

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

Seminario para optar al título de Ingeniero en Información y Control de Gestión

Aldo Alberto Caprile Rojas

Juan Andrés González Acevedo

Orlando Andrés Guerrero Zapata

Ana María Jara Rodríguez

Miguel Ángel Rocco Cañón

Profesora Guía: Liliana Neriz J.

Santiago, Chile; 2004

Quedan reservados todos los derechos de autor de esta obra, a los cinco autores de ella, y a la Dra. Liliana Neriz J. se autoriza su uso con fines docentes. Prohibida la reproducción o uso de esta obra sin el consentimiento de los autores, salvo para los fines que se han explicitado

AGRADECIMIENTOS .	1
RESUMEN EJECUTIVO .	3
CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DEL TEMA . .	5
I.1. Introducción .	6
I.2 Metodología .	7
I.3 Plan general de trabajo .	8
I.4 Planteamiento del problema . .	9
I.5 Premisas y suposiciones válidas . .	9
I.5.1 Balanced Scorecard para empresas de servicios .	9
I.5.2 Balanced Scorecard para instituciones sin fines de lucro .	9
I.5.3 Importancia del modelo de niveles de control .	10
I.5.4 Cuadro de Mando Integral como herramienta de control interactivo . .	10
I.6 Alcances y limitaciones . .	10
I.7 Hospital Militar de Santiago .	11
I.7.1 Descripción general del objeto de estudio .	11
I.7.2 Sistemas de información .	12
I.7.3 Visión y misión .	13
I.7.4 Organización del Hospital Militar . .	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO . .	17
II.1 El Balanced Scorecard . .	18
II.1.1 Perspectivas del Balanced Scorecard .	19
II.1.2 Modelo causa-efecto .	20
II.1.3 Balanced Scorecard para organizaciones sin fines de lucro . .	22
II.2 Gestión hospitalaria .	26
II.3 Modelo de Niveles de Control .	29
II.3.1 Los cuatro sistemas fundamentales . .	29
II.3.2 Modelo de niveles de control y Balanced Scorecard .	30

II.3.3 Relación entre los Niveles de Control . . .	32
CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL HOSPITAL MILITAR . . .	35
III.1 Etapa del ciclo de vida . . .	36
III.2 Estrategia . . .	37
III.2.1 Estado . . .	37
III.2.2 Ejército . . .	39
III.2.3 Clientes . . .	39
III.2.4 Competidores . . .	40
III.3 Evaluación por Niveles de Control . . .	41
III.3.1 Controles internos . . .	41
III.3.2 Control diagnóstico . . .	42
III.3.3 Limitantes en los negocios . . .	43
III.3.4 Sistemas de creencias . . .	43
III.3.5 Límites estratégicos . . .	44
III.3.6 Control interactivo . . .	44
III.4 Análisis de la situación actual del Hospital Militar . . .	48
III.4.1 Plan estratégico . . .	48
III.4.2 Apoyo de la gerencia . . .	49
III.4.3 Automatización de los sistemas de información . . .	50
III.4.4 Existencia de planes tácticos . . .	50
III.4.5 Orientación de la cultura médica hacia una cultura de gestión . . .	51
III.4.6 Orientación del Balanced Scorecard hacia la práctica médica . . .	51
CAPÍTULO IV: DISEÑO DE LA PROPUESTA DEL BALANCED SCORECARD PARA EL HOSPITAL MILITAR . . .	53
IV.1 Diseño del modelo general . . .	54
IV.1.1 Definición de actividades . . .	54
IV.1.2 Estructura organizacional . . .	55
IV.1.3 Proceso de cascada del Balanced Scorecard para el Hospital Militar . . .	56
IV.2 Definición de objetivos estratégicos por cada Balanced Scorecard . . .	57

IV.2.1	Balanced Scorecard Global .	59
IV.2.2	Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios .	64
IV.2.3	Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos .	68
IV.2.4	Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud .	73
IV.2.5	Vínculos entre objetivos de cada Balanced Scorecard del nivel “B” con el Cuadro de Mando Estratégico Global .	78
IV.3	Medición y evaluación del cumplimiento de los objetivos .	82
IV.3.1	Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard Global .	83
IV.3.2	Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios .	99
IV.3.3	Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos . .	105
IV.3.4	Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud .	110
CAPÍTULO V: Prototipo de pruebas del Balanced Scorecard para el Hospital Militar .		121
V.1	Prototipo de Pruebas del Balanced Scorecard para el Hospital Militar .	122
V.1.1	Premisas .	122
V.2	Modelamiento y construcción de la aplicación. .	123
V.2.1	Estructura de la aplicación. . .	123
V.2.2	Cadenas causa-efecto .	126
V.2.3	Medición de resultados y Scorecards .	130
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .		139
VI.1	Conclusiones . .	140
VI.1.1	Con respecto al planteamiento del problema y al diseño del Balanced Scorecard . .	140
VI.1.2	Con respecto al diagnóstico del objeto de estudio .	141
VI.1.3	Con respecto a la propuesta de diseño .	141
VI.1.4	Con respecto a la simulación y pruebas . .	142
VI.2	Recomendaciones . .	142
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN .		145

Libros y Textos .	145
Artículos y Seminarios .	146
Páginas de Internet . .	146
ANEXOS .	149
Anexo 1: Especialidades médicas del Hosmil . .	149
Anexo 2: Organigrama del Hospital Militar .	151
Anexo 3: Cuestionario de Control Interno . .	151
Anexo 4: Cuestionario de Control Diagnóstico .	152
Anexo 5: Cuestionario sobre Limitantes en los negocios .	153
Anexo 6: Cuestionario de Sistemas de creencias . .	153
Anexo 7: Cuestionario de Límites estratégicos .	155
Anexo 8: Cuestionario sobre los Controles Interactivos .	155

AGRADECIMIENTOS

Aldo Caprile: Agradezco al Dr. Patricio Silva Garín, por sus opiniones y su generosidad; a nuestra tutora, Liliana Neriz, por compartir su sabiduría con sus comentarios e ideas, y guiar nuestro camino en la investigación mediante libros y regaños; a mis padres, Angie y Juan, por haber creído en mis habilidades, por enseñarme tantas cosas útiles, tales como hacer lo correcto y hacerlo bien, por su paciencia en aquellas noches sin fin de ruidos insoportables y en aquellos días con platos sucios y la casa “boca abajo”; a mis tíos, Kiko y Oriana, por haber sido una influencia importante en mi vida desde que se convirtieron en mis padres adoptivos, por su eterna comprensión ante mi ingratitud, soportando excusas de moda, como este trabajo; a mis hermanas, Sandra y Mariana, por su cariño, por tolerar mis desahogos emocionales, y por no demandar justicia en demasía en cada desorden o cuando no devolvía el computador; a todas las personas y amigos que se preocuparon por mi devenir durante todo este tiempo, en especial Amalia, Nelly y Lucho; a Hansi Kürsch, por ser nuestra compañía y fuente de energía y ánimos para continuar cuando ya Morfeo anunciaba su aparición; y a mi novia, Sandra, amor de mi vida, por ser mi inspiración, por tu confianza, tu fe en mí y tu compañía incondicional. A ti, princesita, y a nuestros futuros hijos, les dedico los frutos de este proyecto.

Miguel Rocco: Agradezco a nuestra profesora guía, Liliana Neriz, por aceptar ser parte de este proyecto, dar sus mejores consejos para un buen fin de él y por su entendimiento y paciencia cuando los plazos se agotaban; al Dr. Patricio Silva por su tiempo y conocimiento; a mi familia, en especial a mis padres, Marisol y Miguel por la comprensión y apoyo incondicional que tuvieron conmigo durante este período y todo mi camino universitario, aguantando incluso mi genio producto del proceso; a las familias Caprile Rojas y Guerrero Zapata por la hospitalidad ofrecida durante esas eternas sesiones de discusión realizadas en sus hogares; a mis compañeros de tesis, en particular Juan, Orlando y Aldo, que dieron todo de sí para llevar a cabo la tarea; a todos mis amigos, en especial a Solange, Juan (de nuevo), Carolina y Daniela, que de una u otra forma me apoyaron, comprendieron y soportaron cuando sentía que las fuerzas me abandonaban y se preocuparon de animarme y reconfortarme con sus palabras; y a todos mis compañeros que estuvieron conmigo, y que contribuyeron con el necesario “apoyo moral” para el buen fin de este proyecto.

Juan González: Agradezco a mi familia por el apoyo incondicional para terminar mis estudios superiores y por ser los pilares de mi crecimiento profesional y personal. A todos mis amigos de Universidad, por los buenos momentos y apoyo entregados, y por los fuertes lazos creados. A mi grupo de tesis: Ana, Aldo, Orlando y mi compadre Miguel, por alcanzar el objetivo de este seminario, y especialmente a la profesora Liliana Neriz por los conocimientos entregados.

Orlando Guerrero: Agradezco a todas las personas que hicieron posible el desarrollo de este seminario, que junto a toda su cooperación fue posible el desarrollo final de este trabajo. A mi familia, la fuente de mi inspiración, que gracias a su esfuerzo he llegado a ser lo que soy y por creer en mí en todo momento, en especial a mis Padres, quienes me enseñaron todos los valores que poseo. A mis amigos, a todos incluso a quienes no veo normalmente y que están en mi corazón, que siempre han estado a mi lado en todo momento, a todos ellos que han sido, son y serán parte de mi vida, a todas esas personas muchas gracias. Y finalmente agradezco a Dios por poner en mi vida a todas estas personas que de una u otra forma han contribuido conmigo de una forma admirable, y que al finalizar esta etapa están a mi lado de una u otra forma. A Él le

estoy eternamente agradecido y espero no defraudarlo en lo que me resta de vida.

Ana Jara: A mis padres, familia y amigos por el apoyo prestado en estos años de carrera. A la confianza en mi capacidad para lograr terminar con éxito y gran satisfacción en esta difícil etapa de mi vida y así comenzar una nueva.

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene por objeto proponer un modelo de Balanced Scorecard para el Hospital Militar de Santiago. La gestión en salud es un campo con muchos vacíos en el cual se presentan nuevos desafíos para plantear y modelar las problemáticas de negocio. Las razones que hacen valioso este aporte se centran en la necesidad que tienen organizaciones como las médicas de contar con un sistema de control de gestión que considere las características propias del mercado de la salud, y que adicionalmente contemple una herramienta que permita controlar las variables externas e internas influenciadas por un ambiente dinámico, y vincular la estrategia con la acción de la organización.

El alcance de esta investigación es diseñar un Cuadro de Mando Integral para el Hospital Militar, el cual ayude a la administración del hospital en las nuevas tareas de gestión que está promoviendo. Sin embargo, su implementación está fuera de las metas planteadas, no siendo esto un hecho que limite una posterior aplicación de él.

En los primeros tres capítulos, se presentan todos los antecedentes que sustentan la propuesta base de esta investigación. El aporte bibliográfico y teórico que se ha plasmado posee un valor significativo, al recolectar distintas posturas respecto a una herramienta que tiene los mismos propósitos para los diversos autores, además de enseñar planteamientos y teorías que ayudan a comprender el control de gestión, y la administración hospitalaria. Es en este sentido, que un análisis y discusión de la teoría existente para gestión en empresas de servicios y productivas, con y sin fines de lucro, permite tener una visión amplia de las distintas posibilidades y formas de uso de un Balanced Scorecard. Esto ha sido esencial para dar vida a la propuesta.

El resultado de esta investigación es un diseño completo de una herramienta de gestión para el Hospital Militar de Santiago. El capítulo IV muestra en detalle los resultados de los análisis de información proveniente del hospital y de la bibliografía mencionada con anterioridad. El producto final es un modelo de Balanced Scorecard ajustado a las necesidades del hospital, y para el cual se han incluido en un nivel inferior tres Cuadros de Mando Integral separados por mercado objetivo, unidos todos por un Balanced Scorecard Global representativo de las estrategias globales del hospital, cada uno de ellos con sus correspondientes objetivos estratégicos, perspectivas e indicadores, con una ficha adjunta que enseña los modos de medición complementarios al tablero de mando para medir el desempeño de cada objetivo. Toma sentido el resultado de tener cuadros de mando con distinto orden de perspectivas para atender necesidades puntuales de las diferentes estrategias formuladas, ya que las perspectivas se relacionan unas con otras de acuerdo a las características propias de cada mercado objetivo, y de esta forma, es posible encontrar que un cuadro de mando tiene un orden puntual de perspectivas, y otro cuadro de mando, pues, otro. Esto es útil, ya que el vínculo que se crea al Balanced Scorecard Global considera las particularidades de cada mercado, siendo representativo del Hospital Militar y satisfaciendo las necesidades de medición y control necesarias. La información que sube proveniente de los Balanced Scorecard inferiores está pensada para contemplar en el cuadro de mando global toda la información necesaria para gestionar y medir los resultados del hospital

Una vez conseguido el modelo, se ha simulado su estructura, con ayuda de una aplicación computacional, para validar los indicadores que se han planteado y revisar las relaciones causa – efecto que se definieron para cada uno de ellos. La medición de los indicadores también permite

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

ver los cumplimientos de estrategias, objetivos, visión y misión de la empresa. La gran piedra de tope fue contar con información real para validar la información estratégica que se ha entregado en este documento, así como también para confirmar que el modelo propuesto satisface las necesidades de control y medición que requiere el hospital para tener una gestión óptima y eficiente.

Dentro de las limitaciones, se debe mencionar la imposibilidad de implementar esta herramienta y ver los resultados en terreno, lo cual habría permitido llegar a una validación práctica del modelo que aquí se propone. Sin embargo, existe la convicción de que el marco teórico sobre el cual se ha construido el Balanced Scorecard es lo necesariamente robusto para respaldar las propuestas y mediciones elaboradas, y en un plazo mayor de tiempo, este modelo puede ser tomado e implementado sin ninguna dificultad. Una implementación real de esta herramienta es la actividad necesaria para concluir la utilidad o no del Balanced Scorecard en un entorno en el cual la tendencia cultural médica es ajena a la gestión, estandarización de procesos y medición de resultados, y en donde el cuadro de mando en sí se transforma en una herramienta comunicadora del nuevo estilo de gestión que se le debe inyectar al mercado de la salud. La eficiencia o no de los resultados demostraría que es el cambio necesario para tener un sistema público de salud eficiente, el cual enfoque sus recursos de manera óptima para dar una atención de calidad al cliente.

CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DEL TEMA

Para que el lector conozca el modelo presentado, primero se muestra una justificación del tema tratado en la siguiente investigación, en cuanto al aporte que ésta pueda generar a la gestión en el campo de los servicios de salud y/o en los estudios control de gestión y, más específicamente, para el diseño de un Balanced Scorecard para un hospital. Las razones que hacen valioso este aporte se centran en la necesidad de contar con un sistema de control de gestión, que adicionalmente contemple un Cuadro de Mando Integral que permita controlar las variables externas e internas influenciadas por un ambiente dinámico, y vincular la estrategia con la acción de la organización, considerando los factores fundamentales. El Hospital Militar es el objeto de análisis para elaborar un modelo que satisfaga la puesta en marcha de sus estrategias.

Posteriormente, se explica el modo en que se trabajó para diseñar la propuesta del modelo, metodología que se basa en el modelo de Niveles de Control de Simons (2000) para verificar las condiciones del Hospital Militar y en una secuencia de actividades como si se tratara del desarrollo de un sistema informático, para entonces poder utilizar los métodos propios de un Balanced Scorecard según Kaplan y Norton (1997), apoyados en la cascada que los mismos autores mencionan y que Niven (2002) complementa. El plan de trabajo no es más que la enumeración ordenada de actividades realizadas desde la recopilación de información hasta las conclusiones finales.

El planeamiento del problema se presenta en el capítulo IV, grueso del contenido de

la investigación, aclarándose las interrogantes respecto a cómo diseñar un Balanced Scorecard que se adapte a las necesidades del Hospital Militar.

Para proponer el modelo, se deben cumplir algunos hechos supuestos como premisas, como el hecho que un cuadro de mando es útil en empresas de servicios y en empresas sin fines de lucro, y cuya demostración está fuera del alcance.

Finalmente, es necesario presentar las características fundamentales del Hospital Militar para comprender gran parte de las decisiones tomadas a la hora de diseñar una propuesta de Balanced Scorecard para dicha institución.

I.1. Introducción

La nueva forma de hacer negocios y lo cambiante que son los entornos donde se desenvuelven las empresas, son factores que han hecho que éstas utilicen diversas herramientas para mejorar su desempeño y asegurar su permanencia en los mercados. Ya no basta con ser eficientes en precios o estructuras de costos; es necesario innovar en la gestión interna de las organizaciones, para generar un valor agregado que les permita resaltar por sobre sus competidores y satisfacer las necesidades de sus clientes. Adicionalmente, es imprescindible complementar los procesos a su interior con una evaluación dinámica de su estatus en cuanto a la interacción con el ambiente se refiere, trátase de proveedores, consumidores, bancos, contendientes, e incluso el mismo Estado, entre otros agentes. Lo anterior es válido para todos los sectores de la industria productiva, donde contamos con empresas meramente lucrativas, como así también para las organizaciones de servicios, tengan o no como fin obtener beneficios económicos. La creación de algún sistema de gestión que tome en cuenta estas variables puede ser parte de la solución para que una empresa pueda mantenerse al ritmo del mercado.

El presente estudio toma en cuenta estas consideraciones, las cuales motivan la existencia de la filosofía del control de gestión dentro de la administración moderna. Es por esta razón que se plantea una propuesta para investigar la forma de construir e implementar una herramienta global y particular de control de gestión que se pueda aplicar eficazmente en una institución hospitalaria. Específicamente, se expone el diseño de un “Balanced Scorecard” (BSC), conocido también como “Cuadro de Mando Integral” (CMI son sus siglas en español), para medir el desempeño y la gestión de un hospital, en particular del Hospital Militar de Santiago, objeto de análisis de esta investigación.

Antes de enseñar dicha propuesta, se muestra el marco teórico necesario para sentar las bases para poder construir un modelo de CMI en el Hospital Militar de Santiago (conocido también como “Hosmil”), con los lineamientos suficientes para comprender su eventual implementación en el caso específico de dicha institución. El modelo también está apoyado con la simulación de su ejecución sobre una aplicación computacional, la cual permite sacar conclusiones y sentar las bases para una eventual aplicación de la herramienta. Los contenidos tratados están separados en tres capítulos principales, una vez exhibidas las bases teóricas mencionadas. En el primero de estos capítulos, se

desarrolla un diagnóstico y evaluación de la situación actual de la gestión del Hospital Militar, para determinar los requisitos que se deben cumplir para una construcción exitosa del modelo que aquí se presenta, basado en la teoría de los Niveles de Control de Simons (2000). Seguidamente, se elabora el diseño lógico del Balanced Scorecard que permita medir el desempeño y manejar eficientemente la organización. Finalizando, y como se mencionó, se incluye la construcción efectiva de un prototipo simulado de la herramienta para medir el impacto, con la intención de sacar conclusiones que permitan determinar la viabilidad y éxito de una posible implementación futura que considere dicho prototipo –y/o el diseño lógico- como antecedente base, así como establecer una autocrítica que indique si el modelo satisfizo o no los objetivos planteados.

I.2 Metodología

Debido a que se propone el diseño de un BSC para el Hospital Militar, la metodología para desarrollar dicho modelo es, en efecto, la utilizada para elaborar el esquema de un BSC. El marco teórico incluye un punto que explica lo que es un CMI y cómo se constituye. Seguramente dicho capítulo permita entender al lector la metodología del Cuadro de Mando. Adicionalmente, se considera el “método de cascada” del CMI, tomado en cuenta como una metodología útil por varios autores, entre los que se encuentran Niven (2002), que busca implementar escalonadamente el Balanced Scorecard, teniendo en cuenta la estructura jerárquica de las organizaciones y que los objetivos, metas e indicadores operativos deben estar alineados con los estratégicos, por lo que los BSC y tableros de mando de niveles inferiores al “BSC Corporativo”¹ tienen que ser congruentes y encontrarse vinculados con éste.

No obstante que un BSC tiene su metodología propia, y que la cascada es un buen sistema para distribuirlo a lo largo de la organización, se requiere un método que verifique las condiciones de la empresa para garantizar que el proceso en sí de diseño (antes de la implementación) del BSC se ajuste a dicha institución, así como también determine si el tablero de mandos es aplicable o no a su interior en el momento del tiempo en el que se decida instalar. Para esto, el modelo de niveles de control de Simons (2000) es la metodología adecuada para diagnosticar la situación presente, ya que se puede escalonar en cada nivel de control, indagando en los requerimientos de cada uno y en los sistemas necesarios para la eventual instalación del BSC. Los postulados de Simons (2000) pertinentes para la evaluación y diseño del CMI son exployados en el marco teórico. La revisión de cada nivel de control se realizó mediante algunas técnicas específicas, las cuales se enumeran a continuación:

Técnicas de revelación de información

- Checklist: se realizaron cuestionarios para conocer y certificar el grado de eficacia, eficiencia y existencia de herramientas de los distintos niveles, como el control

¹ El BSC Corporativo se refiere al Cuadro de mando Integral que abarca a toda la organización en cuestión

interno, diagnóstico, entre otros Entrevistas: las consultas a personajes involucrados en los objetos a evaluar permitieron entender mejor cada nivel o sistema de control Dentro del Hospital Militar, las entrevistas sostenidas con el Dr. Patricio Silva Garín, fueron fundamentales

Planteamiento de pruebas de auditoría

- Pruebas de cumplimiento: útiles para certificar la eficacia y eficiencia y credibilidad en el proceso recolección de la información necesaria para contar con lo mínimo requerido para formar los indicadores del BSC Pruebas de auditoría de sistemas: buscan verificar la consistencia y confianza de la información que fluye a través de los sistemas

Posteriormente, para la evaluación del modelo, extraído del enfoque tradicional o de ciclo de vida de la metodología de desarrollo de sistemas de información planteado por varios autores, entre los que se encuentra Senn (1987), se decidió dicha lógica secuencial, incorporando además la utilización de un prototipo. Esto se justifica porque un CMI exige una rigurosidad similar a la que se considera para desarrollar herramientas como un software, donde la base de su creación se encuentra en el diseño lógico, el cual debe probarse y pre-visualizarse antes de concluir sobre la perfección de dicho diseño.

El diseño de un prototipo permite plantear un modelo coherente, donde se analice la sensibilidad de las variables sin alterar el desarrollo de la organización que pueda provocar una implementación directa. No es más que una simulación del impacto del modelo causa-efecto, con indicadores que se conecten con la realidad del hospital.

I.3 Plan general de trabajo

El siguiente plan de trabajo, separado por etapas, permitió ordenar de una manera lógica y consecuente la investigación:

Observación, realizada en dos etapas: mediante la descripción, y con el diagnóstico del objeto de estudio, que en este caso es el Hospital Militar. La descripción permitió formarse un marco general que facilita la comprensión y análisis de la situación particular de Hosmil, para adentrar en aspectos como el rubro, claridad de la organización acerca de sus objetivos, cultura, dimensiones, entre otras cosas; al tiempo que el diagnóstico enseñó una visión más precisa y acorde con las intenciones de la investigación, desde la perspectiva del observador, afuera de la institución

Planificación, donde se idearon y programaron todas las actividades a realizar que permitieron construir el modelo propuesto

Diagnóstico inicial, que fue el proceso en el que se indagó acerca de la organización y su rubro, como de distintos tópicos contingentes al tema de control de gestión y el Cuadro de Mando Integral, útiles para poder tener una formación nutrida y una perspectiva amplia, para luego diseñar un modelo lo más impecable posible

Análisis, que constó de la síntesis de información adquirida en la etapa anterior, que sentó las bases para iniciar la propuesta teórica

Diseño del marco teórico, que fue la determinación y formación de los pilares que permitirían posteriormente elaborar un BSC para el Hospital Militar

Construcción de la herramienta, momento en el que se aplicó el marco teórico para crear la propuesta de CMI, objeto de la investigación

Simulación, donde, ayudados de un software, se creó el prototipo del diseño elaborado, testeando los distintos elementos que lo conforman

Revisión y Conclusiones, que no fue más que el chequeo de los resultados obtenidos de las pruebas, para deducir la viabilidad o no del modelo y la herramienta propuesta

I.4 Planteamiento del problema

El punto I.1 indica los elementos fundamentales del problema: vivimos en un ambiente dinámico, voluble, irregular, inestable, donde se requiere respuestas en tiempo real e imperan las tendencias hacia el control de gestión y las estrategias emergentes. Ante esto, un BSC parece ser una herramienta eficiente.

Las instituciones sin fines de lucro y las empresas de servicio en ocasiones pueden lucir distantes del esquema tradicional de un BSC. El modelo de niveles de control de Simons (2000) hace planteamientos razonables como pasos para implementar un CMI, pero surge la interrogante de cómo se debe diseñar un Balanced Scorecard en un hospital como Hosmil para que responda a sus necesidades y sea un complemento útil de su estrategia.

I.5 Premisas y suposiciones válidas

Para efectos de la presente investigación, se suponen ciertas premisas como verdaderas:

I.5.1 Balanced Scorecard para empresas de servicios

La implementación de un BSC es posible y útil en una empresa de servicios, siempre que se tome en cuenta su naturaleza y estructura como tal.

I.5.2 Balanced Scorecard para instituciones sin fines de lucro

La implementación de un BSC es posible en una organización sin fines de lucro, teniendo en cuenta los elementos que varían respecto a las organizaciones lucrativas, diseñando

los ajustes pertinentes en la estructuración armónica del modelo causa-efecto.

I.5.3 Importancia del modelo de niveles de control

El modelo de niveles de control de Simons (2000) es útil para implementar un BSC que aumente la probabilidad de que esta herramienta sea un aporte en su plenitud para mejorar el control de gestión y la gestión, ya que:

El CMI exige confianza y consistencia en la información –control interno óptimo-, generación de cualquier información requerida para el modelo y entrega en tiempo real útil para la toma de decisiones –sistemas de información automatizados-

El tablero de mando requiere alineación y congruencia de los objetivos particulares por área y perspectiva con los objetivos finales –misión, visión, valores-

El BSC debe ser adaptable a los métodos propios de la organización y capaz de guiar la conducta de sus recursos hacia la deseada –manejo de cultura organizacional-

I.5.4 Cuadro de Mando Integral como herramienta de control interactivo

El BSC es una herramienta de control interactivo, es decir, es un complemento a la estrategia que permite tomar decisiones, hacer proyecciones y analizar modificaciones de los escenarios posibles mediante su análisis de circunstancias, fomentando la creatividad, la proactividad y la consideración de estrategias emergentes. Además, el CMI puede ser un aporte para los otros niveles de control, según el caso.

I.6 Alcances y limitaciones

Es importante hacer notar el alcance de la presente investigación, con el objeto de dar a conocer las reales pretensiones del mismo. A continuación, se enumera un listado de elementos que restringen la capacidad de proponer un modelo más complejo, ambicioso y extenso:

Acceso a la información: si bien el personal del Hospital Militar no se negó a contestar ninguna pregunta formulada ni se vio coartado de suministrar información, el hecho de que Hosmil dependa del Ejército –por más autónomo que se considere- evitó que fuera factible conseguir todo aquello pertinente para diseñar un modelo más completo, que incluya el BSC Corporativo de Hosmil

Tiempo: el tiempo empleado en esta investigación arrojó como resultado una propuesta de modelo Balanced Scorecard, la cual se puede proyectar a una futura implementación, pero que ahora no es viable, entre otras cosas, por dicha restricción temporal

Conocimiento del rubro: la industria de la medicina no escatima en dificultades,

relacionadas éstas a la complejidad de la práctica médica y a que se exige elevado capital humano para tratar con las vidas de las personas, por lo que el no contar con personal experto en medicina dentro del grupo de trabajo es un elemento que impide tener una perspectiva más amplia y ligada a los requerimientos propios del Hospital Militar

Experiencia y conocimiento técnico: al tratarse de un trabajo de titulación, evidentemente la experiencia en la modelación de las herramientas de gestión no es un aspecto presente a plenitud entre los integrantes de dicho trabajo

Restricciones Económicas: es claro, asimismo, que no se trata de una investigación financiada por algún fondo concursable que facilite material bibliográfico vasto y permita acceder a un puñado de consultores técnicos, aún menos a la formación de un equipo multidisciplinario

Estos elementos conllevan a que el alcance se remita a una propuesta de un modelo de BSC; a un diseño simulado de un modelo, y no a una implementación real. Además, no se particularizó ni se profundizó en el tablero de indicadores operativos por área, base de la alimentación del CMI, dada la gran cantidad de especialidades, actividades, programas de salud, etc.

I.7 Hospital Militar de Santiago

Para poder comprender el modelo de BSC que se propone en capítulos posteriores, es pertinente conocer el sistema para el cual éste va a ser diseñado. Una descripción de Hosmil es necesaria para que luego se entiendan aspectos tales como el diagnóstico, el escalonamiento del modelo, los indicadores seleccionados, entre otras cosas. Adicionalmente, inmiscuirse en su estructura organizacional, sistemas de información y demás elementos, es un paso lógico para tomar ciertas decisiones del camino a seguir y modo de proceder para diseñar la herramienta, dentro del medio de un hospital, y dentro del Hospital Militar.

I.7.1 Descripción general del objeto de estudio

La mejor forma de empezar a entender el Hospital Militar es ver cómo se describen a ellos mismo. A continuación se enseña una reseña de algunas características, extraído de su propia página Web ² :

El Hospital Militar fue creado en el año 1932, recibiendo el nombre de su gestor, "General Luis Felipe Brieba Aran". Su creación se debe a la necesidad de prestar las atenciones médicas al personal del Ejército de Chile y sus cargas familiares, tanto en servicio activo como en retiro.

A partir de 1996, el Hospital Militar abre sus puertas para ofrecer su calidad

² [http:// www.hosmil.cl](http://www.hosmil.cl)

profesional y tecnológica a usuarios particulares o que pertenezcan al sistema ISAPRE, FONASA o convenios directos con variadas empresas, con el objeto de aprovechar su capacidad instalada para obtener recursos adicionales que les permitan mejorar su servicio hacia los “beneficiarios originales”³. Con el tiempo, esto ha llevado al hospital a rediseñar su estrategia, la cual apunta hoy en día hacia la satisfacción del cliente en general, para captar mercado y así cumplir mejor sus objetivos iniciales. Entonces el cliente se hace fundamental, independientemente de su procedencia.

Hoy cuenta con 36 especialidades (mostradas en el anexo 1, en su mayoría) en el área de hospitalización, 23 de consultorio externo y 11 departamentos de apoyo clínico, entre otros. La atención que ofrece se entrega agrupada a través de los cinco programas de salud que posee: programa de medicina interna, programa de salud mujer, programa de pediatría, programa de salud mental y programa de cirugía.

Posee un edificio de 36.000 m² distribuidos en siete pisos, el cual está equipado con los medios tecnológicos avanzados en materia de seguridad y comunicaciones necesarias para prestar una atención de excelente calidad. Parte de su infraestructura está formada por 10 pabellones quirúrgicos, tres salas de recuperación, dos quirófanos, habitaciones para servicio de hospitalización, entre otros. Sin embargo, es claro que, si bien cuando sólo se aceptaban pacientes reconocidos como “beneficiarios especiales” la capacidad del hospital estaba subutilizada, actualmente la apertura al mercado “general” trae un efecto inverso, donde se suele sobre-explotar las dependencias de la institución.

Producto de las entrevistas sostenidas con el Doctor Patricio Silva Garín, Director de Gestión Clínica de Hosmil, el hospital define una serie de elementos que son vitales para el plan de gestión que quiere llevar a cabo. De esa manera, él menciona los siguientes factores claves para Hosmil⁴:

Tener clara la visión, misión y objetivos del Hospital. Esto trae su mayor implicancia al momento de instaurar la cultura de gestión que se quiere en el Hosmil

Tener la adecuada masa crítica que utilice el hospital, ya que sólo con ella se pueden generar los recursos adecuados para cumplir los objetivos estratégicos

Tener claro qué “productos” (transformados en atención de salud) necesita y demandará esa masa crítica, haciéndonos expertos en lo que sabemos hacer y aprovechar al máximo la curva de crecimiento

I.7.2 Sistemas de información

El Hospital Militar viene realizando con algún grado de formalidad la tarea de control de gestión sólo desde el año 1996. Esto significó un cambio cultural en la manera de hacer las cosas, y la introducción de nuevas herramientas y sistemas para apoyar esta labor, lo que incluyó la determinación de evaluar los puntos de información crítica, y procurar automatizarlos.

³ Los beneficiarios originales son aquellos miembros actuales o en retiro del Ejército de Chile y sus allegados

⁴ Se describe textualmente los factores que el Dr. Silva dice que Hosmil se propone como “claves del éxito”

Al definir los requerimientos de información, se toma en cuenta la importancia de dónde se origina ésta. Son centenas de nodos o puntos desde los cuales se debe generar información en Hosmil. Para ello, se ha construido una Intranet, la cual está soportada en una plataforma UNIX, que debería cubrir dichos nodos. Actualmente, existen 340 nodos conectados a dicha plataforma de manera automática, quedando una cantidad no despreciable de puntos generadores de información que no están vinculados al sistema. Esta información llega a distintos servidores en los cuales se va registrando toda la información relevante que se recibe (por ejemplo, requerimientos, usos, etc.), siendo este sistema completamente integrado, lo que posibilita tener información en tiempo real, y generar indicadores y estadísticas en los momentos que alguna transacción se ingresa. Además, y para cierta información que no tiene un acceso directo al sistema desde donde ocurre el evento (por ejemplo, encuestas de opinión), existen personas responsables de transcribir los datos y de registrarlos posteriormente. Con el logro de las medidas mencionadas, se hizo posible contar con la información necesaria para alimentar los indicadores y producir información de gestión.

No obstante, hay que mencionar que un módulo crítico que falta dentro de este sistema es el ingreso de las fichas médicas de los pacientes, las cuales aún se encuentran en papel (registro manual) y se manejan de la misma forma también. El objetivo debe ser automatizar los puntos y modernizar la metodología de ingreso de esta información, la cual forma parte de los datos críticos para la gestión. Actualmente, existe un proyecto para automatizar todas las fichas de la red de salud de Chile, con la intención de que cada centro de atención médica tenga acceso al historial completo de cada paciente que ingresa, en lo que respecta a sus incursiones anteriores a cualquier hospital, clínica, etc. Hosmil, como cualquiera de sus similares, lógicamente desea que este proyecto se ejecute para mejorar su gestión. Sin embargo, no debería esperar que se implemente para comenzar a pensar en tener fichas visibles por computador.

El resultado del sistema de ingreso, almacenamiento, comunicación y procesamiento de datos relevantes se traduce en un informe de periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual que muestra cómo ha funcionado Hosmil y cómo se ha gestionado los recursos con los que cuenta. Se informan las cifras y las desviaciones, las cuales se transforman en para tomar decisiones y manejar la organización hacia los objetivos fijados.

I.7.3 Visión y misión

La visión y la misión ⁵ que Hosmil presenta, textualmente, son las siguientes:

Visión

"Ser un Hospital de excelencia".

Misión

El Hospital Militar de Santiago es parte del Sistema de Salud de Ejército, y como tal una Instalación del Comando de Salud del Ejército, dedicada a la medicina curativa de 2º

⁵ Extraído del sitio Web del Hospital Militar, <http://www.hosmil.cl>

y 3er. nivel ⁶, y a las atenciones de Urgencia de los beneficiarios legales, y a otros de los sistemas de Salud pública y privada a través de convenios, esto último con el propósito de cooperar a su sustentabilidad técnica y económica como organismo prestador de salud institucional

La atención de salud que proporciona está centrada en el paciente, con criterios de oportunidad, equidad, calidad y eficiencia

Su ámbito geográfico de atención se centra principalmente en Santiago, comportándose además como centro de referencia para derivaciones institucionales desde todo el país

El hospital, se debe entender como un conjunto de personas, recursos materiales y organizativos, que se orienta al desarrollo personal y profesional de sus colaboradores, a través de diferentes procesos de formación, promoción y participación en la gestión de su entorno de trabajo, con el propósito de alcanzar la excelencia como organización

El hospital es parte de una Red de Salud, por lo cual se relacionará con los Centros de Atención Primaria, fomentando acuerdos y procedimientos de trabajo como una forma de optimizar la razón costo efectividad

El hospital participa en la docencia Universitaria a través de Convenios de colaboración docente, como una expresión de su vocación por la investigación, el desarrollo y excelencia técnica

I.7.4 Organización del Hospital Militar

Si un analista se basara en los modelos de diseño organizacional de Mintzberg (1981), éste afirmarí que el Hospital Militar actualmente se asemeja más a una burocracia profesional –por cierto, de corte funcional- ⁷, que ha ido incorporando profesionales médicos y de otras especialidades distintas a la disciplina militar en los niveles superiores en los últimos 7 años. Todos estos niveles altos reportan al Comandante en Jefe del Ejército (Director General), cargo máximo de esta rama de las Fuerzas Armadas.

La distribución de las labores es la siguiente:

⁶ Los niveles 2 y 3 se refieren, según el sistema de salud chileno, a instituciones facultadas para brindar servicios ambulatorios complejos, de hospitalización e intervenciones quirúrgicas

⁷ Mintzberg define que una organización es una burocracia profesional “cuando la coordinación se lleva a cabo a través del conocimiento de sus empleados”, además de que “se apoya en la estandarización del conocimiento y habilidades, más bien que en procesos de trabajos o productos para realizar su coordinación”. En este caso, se observa que la dirección y administración se fundamenta en la experiencia adquirida como médicos, y que los procesos operativos, como una intervención quirúrgica o el análisis de radiografías, se realiza según procesos estandarizados, determinados por los conocimientos médicos de sus responsables. Adicionalmente, Hosmil se dice funcional, porque las actividades básicas administrativas y dirigenciales están concentradas en cargos centralizados, que responden por las labores de cada actividad dentro del hospital. Así, obstetricia y anestesiología indistintamente son supervisadas finalmente por una misma unidad de gestión y otra de calidad, y sus operaciones, contabilizadas por un mismo y único departamento contable

- Un área enfocada a la Gestión del conocimiento médico
- Un área enfocada a la Gestión de los recursos de apoyo clínico y terapéutico
- Un área enfocada a la Gestión financiera y comercial
- Las áreas anteriores realizan y se apoyan de las siguientes funciones de staff:
- RRHH
- Seguridad
- Planificación y Control de Gestión
- Asesoría Jurídica
- Contraloría Interna

El esquema actual permite, mediante la separación e independencia de la gestión del conocimiento médico de las áreas de apoyo clínico y terapéutico, contar con un adecuado staff administrativo y enfocar la gestión integral del Hospital a dar plena satisfacción con suficiente autonomía, distinguiendo de mejor forma su desempeño, los procesos inherentes que interactúan, y facilitando el buen funcionamiento de una Instalación de Salud. El anexo 2, muestra el organigrama general del Hospital Militar.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Es importante conocer los aspectos básicos sobre el Balanced Scorecard para entender de qué trata el modelo propuesto. Primero se enseña el enfoque tradicional, que no es más que la visión de un modelo orientado a estrategia según sus mismos creadores.

Con el tiempo, han surgido variaciones que producen aportes al diseño de un Balanced Scorecard para organizaciones con las características del Hospital Militar, que es una organización de servicios no lucrativa. Autores como Niven (2003) señalan casos prácticos reales de algunos tableros de mando que alteran aspectos como el orden las perspectivas, y que le dan un valor adicional al cuadro estratégico para cumplir la misión, aumentando la importancia de ésta para organizaciones con intenciones sociales, o distantes de perseguir beneficios económicos, más orientadas al cliente.

Los aportes en gestión hospitalaria muchas veces no se vinculan directamente con la filosofía de gestión necesaria para implementar un Balanced. Sin embargo, los mismos aportes de Niven (2002, 2003) pueden ser útiles y aplicables para adaptar a un Balanced Scorecard los requerimientos de una institución de salud.

Para finalizar el capítulo, se incluye la parte de las teorías de Simons (2000) ligada al control de gestión que permite contar con una metodología que evalúe las condiciones de la organización en cuanto a su capacidad de tener un ambiente propicio para instalar un tablero de mandos: los niveles de control. Los sistemas de diagnóstico, límites, creencias y controles interactivos deben coexistir para que una empresa pueda tener un sistema integral de evaluación de gestión. Para esto, se tiene que poseer algunas herramientas de cada sistema particular que logre entregar, desde una perspectiva amplia, un

esquema predilecto para conocer la situación presente y planificar el futuro.

II.1 El Balanced Scorecard

La visión moderna de control requiere de un conjunto de indicadores que permitan una retroalimentación adecuada en las áreas claves de gestión de las empresas. Junto con ello, el monitoreo de dichos indicadores debe permitir el adecuado control tanto de la implementación como de la adecuación de objetivos y estrategias.

El BSC nació como un concepto que, con el paso del tiempo, ha adquirido importancia al incorporar elementos de apoyo a la gestión de una empresa, particularmente en los manejos de las distintas áreas productivas o procesos de ella, y en la integración de sus unidades a la empresa como un todo.

El Cuadro de Mando Integral -desarrollado por Kaplan y Norton (1997)- es una herramienta de control orientada a desarrollar indicadores que permitan cumplir con lo anterior que, además de apoyar el control estratégico, clarifica y traduce la visión y las estrategias de la empresa en un conjunto de metas e índices, comunicándolos a los otros estratos de la organización.

El CMI está concebido en base a cuatro perspectivas, lo que permite, entre otras cosas, manejar un equilibrio entre los objetivos de corto y largo plazo de las organizaciones, como también, entre medidas financieras y no financieras. También conjuga eficientemente dos aspectos fundamentales de las organizaciones: la dirección estratégica y la evaluación de desempeño. La estrategia de una empresa debe ser más que una declaración de propósitos y buenas prácticas de negocios sobre las cuales sustentar su accionar. Deben ser prácticas que integren los niveles estratégicos, tácticos y operativos de una organización. La estrategia de una empresa debe ser conocida por todos los integrantes de ella, con el propósito de alinear objetivos y centrar los esfuerzos en llevarla a cabo, y en ese sentido, el Cuadro de Mando es un vehículo importante para lograr ese objetivo. También es cierto que una estrategia por sí sola no basta, ya que se debe medir los resultados obtenidos para emitir un juicio del accionar de la empresa.

El BSC como sistema de medición del desempeño incorpora el concepto de retroalimentación estratégica, el cual considera la posibilidad de adaptar y modificar la estrategia traducida ante los posibles cambios que pueda sufrir el entorno competitivo de la empresa.

Para enlazar estos objetivos y perspectivas de manera coherente, el Cuadro de Mando se basa en la estrategia y la visión de la organización. Así, el Balanced Scorecard debe reflejar la estrategia, lo que se logra a través de objetivos encadenados entre sí de forma simple y clara, los cuales a su vez, son medidos por los indicadores de desempeño sujetos a metas determinadas y apoyados por un conjunto de acciones que ayuden a la consecución de dichas metas.

II.1.1 Perspectivas del Balanced Scorecard

El Balanced Scorecard se organiza alrededor de cuatro perspectivas diferentes que contemplan tanto el desempeño interno como externo de una organización. Dichas perspectivas son: la financiera, del cliente, de procesos internos y la de aprendizaje y crecimiento. Dentro de cada una de ellas, se distinguen indicadores del tipo “driver” (aquéllos que condicionan a otros) e indicadores del tipo “output” (indicadores de resultado), los cuales se relacionan en una cadena causa-efecto sin perder de vista el equilibrio que debe existir entre ellos.

En las empresas donde se aplica un Cuadro de Mando, las cuatro perspectivas son válidas, pero, dependiendo de las circunstancias del sector y de la estrategia de la empresa, podría necesitarse una o más perspectivas adicionales. Frente a esto último, se debe poner atención a que la creación de una nueva perspectiva sería producto de que los inductores de las medidas de resultado y los indicadores de gestión son lo suficientemente particulares al mercado o actividad que realiza la empresa como para que no puedan ser incluidos de alguna forma en las cuatro perspectivas tradicionales, y que hacen necesaria la creación de una nueva perspectiva que los incluya y que, lógicamente, los relacione con las demás.

Las perspectivas están vinculadas mediante objetivos mostrados en las mencionadas relaciones causa-efecto, ubicadas en un esquema conocido como “mapa estratégico”, por lo que es importante ordenar las perspectivas conforme los objetivos determinados para cada una vayan siendo la causa de otros objetivos que son consecuencias o “efectos”, dentro de otra perspectiva. A continuación, se explica en líneas generales las cuatro perspectivas clásicas.

Perspectiva Financiera

El diseño del Balanced Scorecard está sustentado en varios ámbitos de la dirección estratégica. Uno de estos ámbitos es el financiero, cuya orientación principal es maximizar el valor de los accionistas, ya que se trata de medir la creación de valor en la organización, incorporando la visión de sus propietarios. Junto con ello, es indispensable que los resultados de la empresa se midan de una forma cuantitativa, que reflejen las acciones adoptadas. Si las medidas de actuación financiera han sido las planificadas y las adecuadas, la empresa obtendría beneficios, que se traducen en un mayor valor que generaría mayores utilidades, reducción de costos, o ambas, de manera que el último beneficiado pasa a ser el accionista. El desempeño de la empresa, se supone culmina en la relación causa-efecto en la mejora de la actuación financiera.

Perspectiva de los Clientes

En esta perspectiva, la empresa identifica los segmentos de cliente y de mercado en los cuales ha decidido desplegar su acción.

El desarrollo de nuevas tecnologías y tendencias, junto con las necesidades cambiantes y crecientes de los clientes, hacen necesario tener una idea clara acerca de los recursos que se deben destinar a actividades de administración necesarias para cumplir dichos objetivos. Los procesos de marketing, operaciones, logística, por nombrar

algunos, son relevantes para alcanzar los estándares que demandan los clientes. Los indicadores a desarrollar deben actualizarse periódicamente, puesto que tienen la característica de ser históricos, y en determinado momento, pueden no reflejar la real percepción que tiene el cliente de la empresa. Se necesita medir la satisfacción del cliente, su fidelidad y su percepción de valor de los bienes ofrecidos, para así vincular lo concluido al respecto con la obtención de rentabilidad.

Perspectiva del Proceso Interno

La perspectiva de procesos internos se relaciona estrechamente con la Cadena de Valor de Porter ⁸, citada por Alfonso López Viñega, por cuanto se deben identificar los procesos críticos, estratégicos, para el logro de los objetivos planteados en la perspectiva financiera y la de los clientes. En todas las organizaciones existe un conjunto de procesos que se pueden señalar como críticos. Los procesos de innovación, mercado, comercialización, operativos y de relación y conocimiento de los clientes van a permitir identificar aquellos con un mayor impacto en la propuesta de valor.

Perspectiva del Aprendizaje y Crecimiento

La perspectiva del aprendizaje y crecimiento evalúa los recursos de la organización, y proporciona así la infraestructura que permite que se alcancen los objetivos planteados en las otras tres perspectivas. Por lo mismo, es muy importante que el modelo de gestión incluya los Recursos Humanos como un elemento clave en el proceso de gestión. Además, se debe tomar en cuenta la cultura organizativa, ya que es la llave a partir de la cual se puede proceder a instaurar cambios. Otros aspectos relevantes a tener en consideración son la tecnología, las alianzas estratégicas y las competencias de la empresa. Es por ello que se debe tener en cuenta que la empresa basa su capacidad para aprender, para adaptarse, para comenzar a impulsar y crecer, en sus recursos estratégicos de primer orden que, consecuentemente, es un elemento importante para la ejecución de la estrategia.

II.1.2 Modelo causa-efecto

Para que se logre los efectos esperados cuando se implementa un BSC, debe existir relación entre las perspectivas del CMI y las estrategias de la empresa. Así, los objetivos definidos dentro de cada perspectiva no deben estar aislados del resto; tienen que estar vinculados entre sí, para cumplir una secuencia lógica y una relación adecuada.

Es por esta razón, que un BSC está incompleto si no se definen los indicadores a partir de un modelo causa-efecto que contenga los vínculos precisos para transmitir la comunicación de la estrategia de cada unidad de negocio a la organización.

La figura 1 muestra la relación de todas las perspectivas para una empresa “tipo”, y cómo crea valor para que se logre el fin último: la rentabilidad esperada por los

⁸ Porter define la cadena de valor como: un resumen del “concepto de valor, el cual apunta a la suma de los beneficios percibidos por el cliente menos los costos en que incurre para adquirir el producto o servicio. La cadena de valor tiene por objetivo, identificar las actividades que se realizan en una empresa las que apuntan a un sistema de valor. La cadena está conformada por la cadena de valor de proveedores, de otras unidades de negocios, de canales de distribución y la de los clientes”

accionistas de la organización. El siguiente modelo comienza observando a los competidores, con lo cual se definen las actividades necesarias que debe tener como base la empresa en cuanto a sus recursos. Está relacionada directamente con la productividad requerida, que detona en mejorar los procesos internos, identificando las necesidades de los clientes y su satisfacción. Con esto se logra fidelidad, lo que conlleva crear valor a la empresa, haciéndola rentable.

No obstante que la armonía y amplitud de las 4 perspectivas estratégicas y el modelo causa-efecto son esquemas que posibilitan una visión clara de los objetivos globales y del rumbo que debe seguir la organización, para autores como Niven (2002) y los mismos Kaplan y Norton (1997), queda incompleta la misión del BSC si éste no se elabora como producto de una discusión entre sus miembros, y no existe una comunicación efectiva que permita tanto aportar ideas como lograr consenso. El proceso de cascada es una metodología –por cierto, la propuesta desde el capítulo I.2- que orienta a los impulsores de un CMI dentro de una empresa para alcanzar esta meta no menor de encaminar a los personajes de ésta hacia una causa común, con objetivos alineados y con acuerdos en lo que desea de cada uno para cumplir con los objetivos estratégicos, siendo éstos, además, consecuencia de las tareas evaluadas mediante un control operativo.

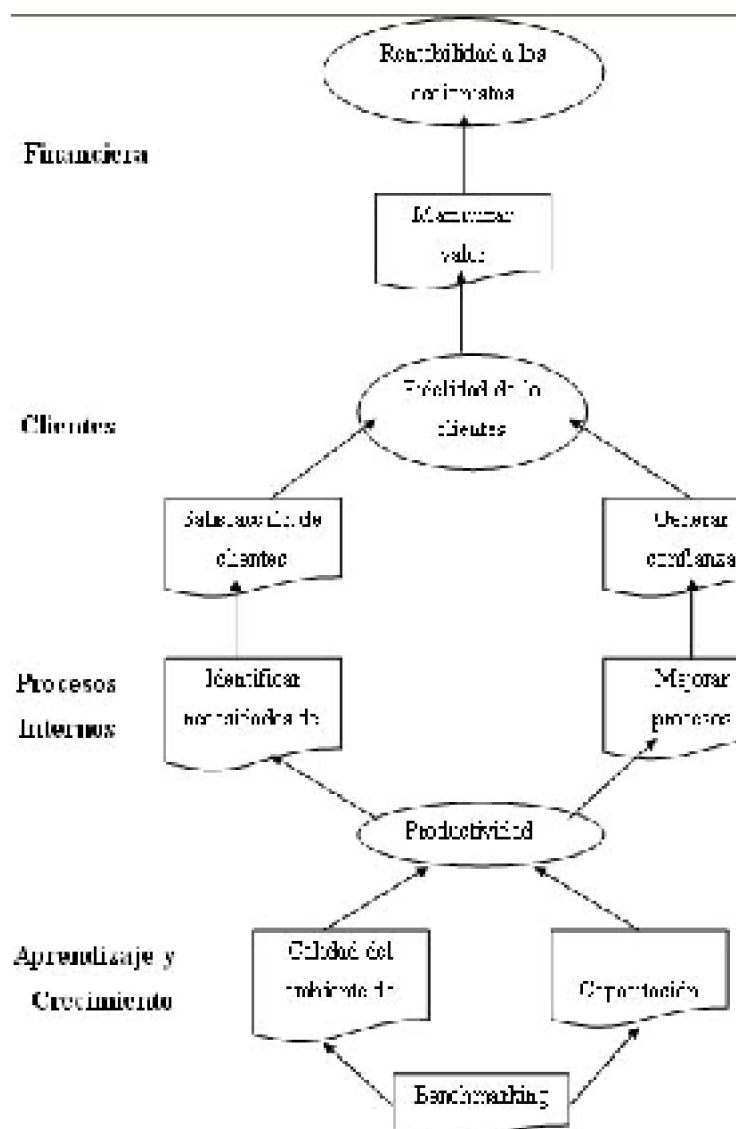


Figura 1: Modelo de causa-efecto para una empresa del tipo comercializadora de bienes

Fuente: Basada en Kaplan y Norton (1997), página 45

II.1.3 Balanced Scorecard para organizaciones sin fines de lucro

Niven (2003) postula un enfoque específico para organizaciones no lucrativas, las cuales poseen diferencias claras en cuanto a la consecución de los objetivos con respecto al resto. En esta postura, se aprecia claramente la importancia que el autor le da a la misión de la empresa. Niven (2003) diferencia a las instituciones sin fines de lucros del resto, en el trasfondo que existe en el contenido de la misión, debido a que el fin último de las empresas no lucrativas va más allá de la mera obtención de ganancias monetarias.

Por el contrario, estas organizaciones buscan satisfacer necesidades a sus “clientes” sin ninguna retribución de dinero. Es más, para ellas el solo hecho de prestar el servicio bajo ciertos estándares satisface su objetivo principal. Es por esto que incrementa la

importancia de la misión en la elaboración de un BSC, ya que esta diferencia desencadena cambios en lo que es la jerarquización de las perspectivas y su relación causa-efecto, debido a que los objetivos serían distintos y las estrategias a seguir también.

Así como la misión se encuentra en la parte superior del BSC, la estrategia debe ser el núcleo que esté sobre todas las prioridades para poder lograr con éxito el desarrollo de la misión (figura 2). El desarrollo de la estrategia debe seguir un camino lo suficientemente eficaz para lograr una correcta definición de ésta y que sea consistente con los objetivos entablados en la misión. De esta forma, en la elaboración misma del BSC, la tenencia de estrategias correctas permite una efectiva traducción e implementación de los distintos objetivos a las distintas perspectivas.

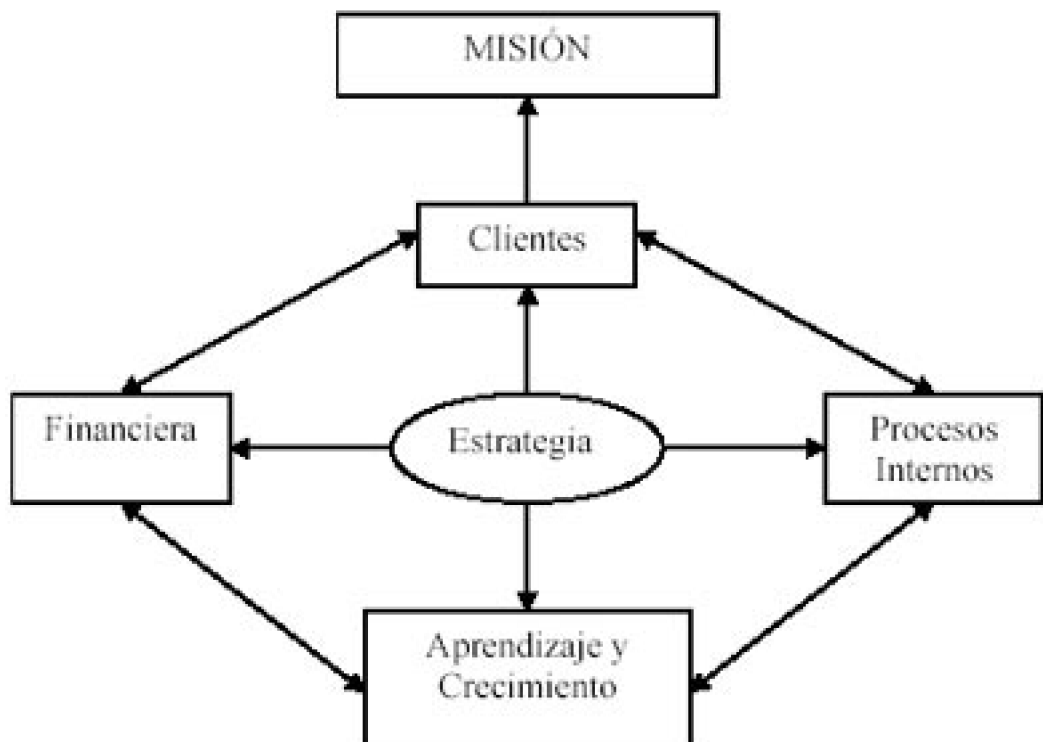


Figura 2: *Balanced Scorecard para el sector público y organizaciones sin fines de lucro*

Fuente: Adaptado de Niven (2003), pág. 32

Niven (2003) declara que dada la importancia de la misión y su naturaleza que la hace distinta, la perspectiva del cliente toma una importancia superior a las otras perspectivas y de forma distinta al modelo tradicional de BSC. Las empresas clásicas enfocan todo su esfuerzo en obtener ganancias y así poder seguir en constante crecimiento o responder con dividendos a los dueños; pero en empresas sin fines de lucro como Hosmil, todo lo que se haga con los recursos financieros es para satisfacer a los clientes, por lo que la perspectiva del cliente probablemente deba estar en la parte superior del cuadro de mando.

Dada esta situación, los clientes pasan a ser los “accionistas” a quienes se le debe responder; son ellos los que exigen que se cumpla lo estipulado en la misión de la

empresa, y para ello se debe saber quiénes son exactamente los clientes, tomando en cuenta que la variedad de clientes que se puede presentar es extensa y a veces desconocida.

El nuevo trasfondo de la misión no sólo genera cambios en la perspectiva del cliente, si no que desencadena variaciones en las demás perspectivas, siendo una de éstas la financiera. Niven (2003) aclara que aunque no haya un objetivo financiero final, la elaboración del BSC no estaría completa si no existe esta perspectiva. La perspectiva financiera debe, en este nuevo contexto, evaluar los costos asociados a la entrega del servicio y relacionarlo con la calidad de éste, con lo cual se podría ver si se está gastando lo debido por la prestación de un servicio en especial, ya que en la práctica puede ser difícil para este tipo de empresas poner un precio financiero a su trabajo. No obstante, la existencia de costos por parte de cada cliente que queda satisfecho, obliga a no dejar de lado la perspectiva financiera. En otras palabras, la perspectiva financiera pasa de ser el cómo se presenta la empresa a los accionistas a cómo la empresa utiliza los recursos financieros que posee para la satisfacción del consumidor.

En lo que respecta a la perspectiva de los procesos internos, lo principal se resume en la siguiente pregunta: “¿cuáles son los procesos internos claves en los que debemos ser excelentes con el objeto de generar valor para nuestros consumidores?”⁹ Esta pregunta toma una importancia adicional, debido al nuevo contexto en el que se manejan este tipo de empresas. La clave del BSC en organizaciones sin fines de lucro (específicamente de servicios), radica en la percepción directa por parte de los clientes de los procesos internos, por lo que esta elección debe ser lo más adecuada dependiendo de la demanda de servicios de los clientes.

Con respecto a la perspectiva de los recursos, más específicamente en lo que se refiere al recurso humano, Niven (2003) no agrega muchas diferencias fundamentales que generen aportes o distinciones reales en comparación con el modelo tradicional de Kaplan y Norton (1997).

La perspectiva de aprendizaje y crecimiento está relacionada, entre otras cosas, con la cantidad de recursos humanos que necesita la organización para la consecución de sus objetivos. Esta perspectiva, para la propuesta, no dista en cuanto al fondo respecto al enfoque tradicional y, por lo tanto, no se entra en mayor descripción ni detalle.

Esta nueva forma de evaluar las perspectivas del BSC repercute directamente en la cadena causa-efecto, ya que a la hora de ligar las perspectivas y sus respectivos indicadores, éstas toman posiciones distintas en relación al modelo tradicional de BSC, debido a que todos los recursos (humanos y financieros) están enfocados a satisfacer las demandas de los clientes. Con esta nueva cadena causa-efecto, el BSC puede describir claramente cómo trabaja la organización, e interconecta todos los objetivos e indicadores a través de estas cuatro perspectivas y mostrando la importancia que tiene cada elemento ligado entre sí. Lo importante, expresa Niven (2003), es tener siempre el objetivo de la Misión como fin último, y que éste encabece el mapa estratégico de la

⁹ La pregunta en inglés (textual) es “What are the key internal processes we must excel at in order to drive value for our customers?”

organización.

Para demostrar este concepto, Niven (2003) muestra un ejemplo hipotético en el cual una organización representativa del arte, considera a la comunidad como cliente del teatro, como se muestra en la figura 3.

Se ve que para este tipo de organización, el objetivo final es servir al cliente, específicamente “construir soporte comunitario”. Para esto, las demás perspectivas están ligadas a ella para poder desencadenar el efecto deseado.

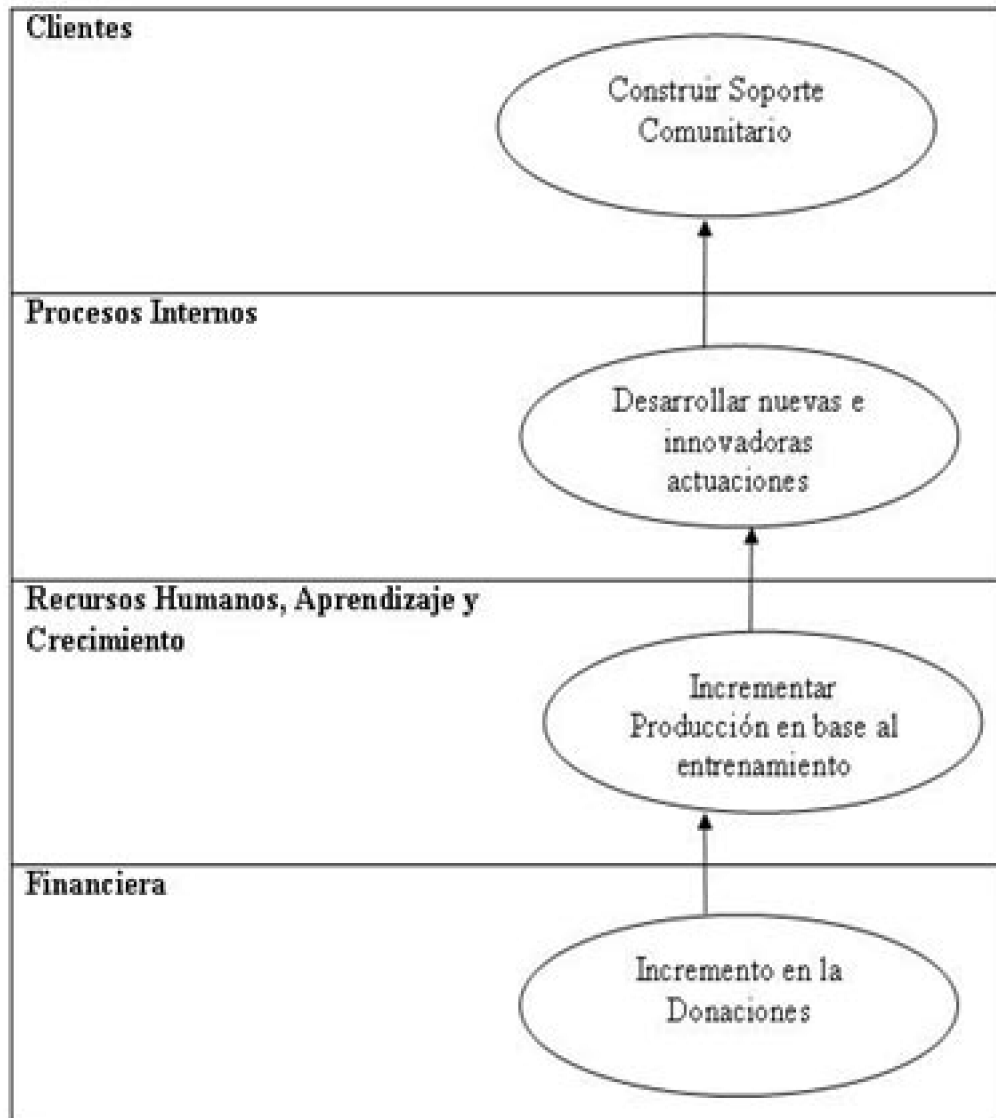


Figura 3: Relación causa – efecto y orden de perspectivas de una organización de arte para la comunidad

Fuente: Niven (2003), página 37

Otra variación notable de este esquema simple es que la perspectiva financiera no sólo no es la que contiene al objetivo principal, sino que está ubicada al principio, como una fuente primaria de recursos, la restricción de la que depende el límite superior del desempeño de aquellos “representantes del arte”. Aquí, incluso el resto de los recursos,

como el recurso humano, está sujeto a la habilidad para conseguir donaciones que puedan financiar la tarea planteada.

El eliminar, añadir o separar perspectivas es un hecho bastante recurrente en este tipo de organizaciones, para poder adaptar el BSC a sus necesidades, ya sea dividiendo perspectivas de carácter demasiado amplio con elementos fundamentales o diferentes entre sí que se deben sectorizar –como por ejemplo, distintos mercados objetivos–, o bien incluyendo una nueva perspectiva con aspectos no contemplados en las demás –como la influencia del Estado o de cualquier otro agente externo-. Niven (2003) presenta dos casos con estas características: el BSC del “Centro Naval Submarítimo de Guerra”¹⁰, que fraccionó la perspectiva del cliente en los agentes externos o “Stakeholders” –que incluye al Estado, los ciudadanos contribuyentes, entre otros- y los clientes directos –aquellos agentes que esperan un beneficio directo de sus aportes-; y el CMI de una organización que busca prestar servicios a las familias que han sido afectadas por el virus del SIDA, que separa la perspectiva del cliente, en los cuidados de salud y la perspectiva de servicios sociales.

Poister (2003) enseña un caso de un BSC para el gobierno de Charlotte, pioneros en gestión pública estadounidense; Kaplan y Norton (2000) también lo menciona. Nuevamente, por tratarse de una institución sin fines de lucro, este CMI muestra una perspectiva financiera (llamada de “contabilidad financiera”) al servicio de la del cliente, sólo que esta vez está ubicada de penúltima la financiera, gatillando directamente efectos en la perspectiva que ellos llaman del “consumidor”. Adicionalmente, no existen mayores variaciones.

II.2 Gestión hospitalaria

La característica diferencial del sector salud con otras organizaciones de servicio es la naturaleza de su actividad. Es difícil entender a los hospitales como áreas de negocios para gran parte de la sociedad, ya que dedicarse a preservar la salud de la población se asocia con entidades encargadas de entregar bienestar social y no con una empresa dedicada a generar rentabilidad.

Existen dos diferencias fundamentales, adicionales a la complejidad del sector salud, que con respecto a una empresa “tipo”, considerada en el modelo primitivo de BSC: la primera, que es una entidad sin fines de lucro; la segunda, que el bien que entrega hace enmarcarla dentro de la categoría de “empresa de servicios”, con múltiples servicios, por cierto. Adicionalmente, la gestión del cambio en el rubro de salud tiene un ciclo de retorno muy prolongado; según el Dr. Silva Garín, una política progresiva que se realice desde hoy, trae consecuencias finales entre 5 y 8 años después de haberlas iniciado. Asociado a que es una empresa de servicios, hay una supuesta imposibilidad para determinar las capacidades máximas, a tal punto que en Chile es un deseo hasta ahora inalcanzable, porque la mezcla de ventas es variable, y porque la duración de actividades como una

¹⁰ En inglés, se llama “The Naval Undersea Warfare Center” (NUWC).

intervención quirúrgica tiene una varianza muy alta.

Se puede encontrar diferencias conceptuales con repercusiones estratégicas entre organizaciones sin fines de lucro y con fines lucrativos, más allá –y como consecuencia- del lucro en sí mismo. Éstas se pueden ver en los siguientes puntos:

Misión: tal y como se ha explicado en párrafos previos, para una organización sin fines de lucro, la misión es una declaración de lo que realmente desea dicha organización, sin ser un medio para obtener recursos financieros.

Estrategias: según Niven (2003), “se suele pensar que una organización sin fines de lucro no posee una estrategia fuertemente desarrollada, o en algunos casos son simples manuales con pequeñas acciones que establecen los cursos a seguir en situaciones particulares. Pero en este tipo de organizaciones también se debe tener un desarrollo maduro de lo que son las estrategias de la empresa, ya que, por la naturaleza de éstas, tienden a caer en un error al tener un montón de buenas intenciones, grandes cosas que hacer por la comunidad, y esto nubla en ocasiones el desarrollo apropiado de la misión. Es más, en lo que respecta a un hospital, la estrategia toma un valor no despreciable debido a su gran importancia para la sociedad”. Propone que debido a la importancia de la estrategia para las organizaciones sin fines de lucro, éstas sigan pasos establecidos para el correcto desarrollo de las estrategia de este tipo de organización: en una primera etapa establecer las preguntas que se consideren necesarias para este proceso, con ello identificar las verdaderas estrategias que vayan dirigidas a dilemas operacionales, no simplemente variaciones de estrategias ya establecidas -con esto se busca tener identificados los objetivos asociados a las nuevas estrategias-; un segundo paso es realizar un análisis de los beneficiarios de nuestra organización -para esto se debe tener un conocimiento detallado de quiénes se benefician de el servicio y con esto tener un visión exacta de cuáles son las necesidades que se deben satisfacer de los beneficiarios-; en tercer lugar, realizar un análisis FODA de nuestra organización -con esto se busca responder a preguntas que afecten directamente a los objetivos que busca la empresa-; como un cuarto paso, se debe identificar lo que él denomina “*Strategic Issues*”, que serían las políticas fundamentales o desafíos críticos que afectan a la misión y los valores, productos o niveles de servicios, clientes, usuarios, costos, financiamiento, organización, entre otros. Estos “*Strategic Issues*” pueden ser “una escasez de requisitos de espacio a largo plazo de la oficina”, por ejemplo. Una vez obtenida toda esta información, pasamos al quinto paso que es el desarrollo de la estrategia en sí

Perspectivas: como se mostró, puede haber un cambio de perspectivas, al cambiar los medios (recursos financieros, entre otros) y el fin (cliente)

Otro punto relevante a considerar es la posible desvaloración de la perspectiva financiera, debido al hecho de que al ser una organización sin fines de lucro no debe demostrar su rentabilidad ante sus dueños o accionistas. En otras palabras, algunos autores plantean que la perspectiva financiera cobra un rol casi ínfimo al compararse con las empresas que sí buscan retornos financieros dentro de su misión (como objetivo último).

No obstante lo mencionado, cabe destacar que el hecho de que las organizaciones no sean lucrativas no necesariamente significa que el tópico financiero sea irrelevante,

debido a que, si bien dentro de los objetivos de la misión de estas instituciones no se encuentra el obtener ganancias monetarias, sí está el satisfacer las necesidades de los clientes, lo cual exige un desembolso de recursos, por lo que el financiamiento, y hoy en día el autofinanciamiento, cobran trascendencia. Por esto, la perspectiva financiera toma valor, aunque de distinta forma que las organizaciones tradicionales, para llevar un monitoreo de los recursos con los que se cuenta y así lograr producir el servicio, recursos que son escasos y que requieren de una correcta administración para su eficiente funcionamiento. Así, puede cambiar el indicador financiero, alterarse el orden de la perspectiva en el modelo causa-efecto y su jerarquía; pero no extinguirse, en ningún caso.

Importancia de la cadena causa-efecto: debido a los cambios en la forma de ver las perspectivas del BSC para una organización como lo es el hospital en cuestión y a la diferencias que puedan surgir en relación directa con la elaboración de las estrategias de las misma, la cadena causa-efecto podría tener cambios a la hora de establecer la relación de las perspectivas, ya que los objetivos que se buscan en una organización sin fines de lucro tienen una naturaleza distinta a los objetivos de las otras organizaciones. Aunque el concepto de cadena causa-efecto es el mismo, su percepción y elaboración sería distinta, puesto que la perspectiva del cliente, al tomar un valor mucho mayor, estaría en la cima de la cadena como fin último (satisfacer las necesidades de los “pacientes”), mientras que las otras perspectivas poseerían una reorganización jerárquica dentro de la cadena, creando diferencias sustanciales en lo que es el funcionamiento de las perspectivas (como lo sería utilizar como base la perspectiva financiera como -o dentro de- la perspectiva “de los recursos”)

Los cambios en las demás perspectivas no se relacionan tanto con la cadena causa-efecto como con las características de los servicios en sí, en cuanto a sus procesos y requerimientos del personal.

Ahora, un hospital, independientemente de sus intenciones de lucro, el que esté enmarcado dentro del tipo de institución que brinda un servicio, trae varias repercusiones, partiendo, por ejemplo, porque el modelo clásico de la cadena de valor de Porter no es perfectamente aplicable para explicar sus procesos internos y sus interacciones con el medio, tal y como se analiza, entre otras, a empresas productivas (como la industria alimenticia) o comerciales que entregan bienes físicos. Kotler (1980), Bell (1966), entre otros, mencionan algunas diferencias en las empresas de servicios, las cuales repercuten en la gestión logística y evaluación de procesos, pero no necesariamente en la gestión de marketing, por ejemplo.

Fundamentalmente, existen seis características especiales que hacen de las organizaciones de servicios un caso particular o distinto, en el bien entendido que cada giro de empresa es en sí peculiar. Estas características son la intangibilidad, inseparabilidad del consumo con la producción, variabilidad o heterogeneidad del servicio, caducidad, transferibilidad y cultura específica.

Los servicios tienen tres variables claves a tomar en cuenta, para entender su estructura, las cuales son vitales para diseñar un sistema de control de gestión y de evaluación de desempeño. “Las tres P’s adicionales delos servicios” ¹¹ , como se les

conoce, son “Physical evidence” (o evidencia física), “Procesos” y “Personal”.

II.3 Modelo de Niveles de Control

II.3.1 Los cuatro sistemas fundamentales

Simons (2000) considera el control de gestión como aquellos procedimientos y controles habituales, de tipo formal, basados en la información y utilizados por la dirección para mantener o modificar determinadas pautas en las actividades de una organización, distinguiendo en este proceso cuatro tipos de sistemas formales o niveles de control, basados en la información en función de su relación con la estrategia. Estos niveles se describen a continuación:

Sistema de creencias, las cuales engloban a la declaración de valores y misión, pilares de la organización. Se debe tener claros los valores centrales de la organización y cuál es el papel de cada persona dentro de ella, a manera de evitar desviaciones que influyan en la consecución de los objetivos. Con el sistema de creencias se busca comprometer a las personas con los valores corporativos e incentivar la búsqueda y aprovechamiento de nuevas oportunidades, mediante incentivos a desarrollar la creatividad y participación de los integrantes de una organización en la creación de valor

Sistema de límites organizacionales, que establecen reglas, límites o estándares mínimos que permitan guiar un proceso de innovación dentro de un marco razonable, asegurando que las actividades desarrolladas por la empresa ocurran en escenarios definidos con un nivel de riesgo aceptable. Con esto, se busca no desperdiciar los recursos que posea la empresa, haciendo explícitos los costos que afectan a una determinada acción de ésta

Sistema de control diagnóstico, con el cual se quiere establecer un sistema formal de feedback, para realizar un seguimiento adecuado a los resultados que obtiene la empresa y corregir las desviaciones que se producen en relación a lo previsto. Es el sistema esencial en las herramientas de gerencia para traducir las intenciones en estrategias realizables, teniendo siempre presente que ciertas metas pueden no ser alcanzables dada la realidad de la empresa y su entorno

Sistema de control interactivo, que otorga herramientas a los administradores para fomentar la creatividad y la búsqueda de nuevas oportunidades, así como también incentivar el diálogo y el aprendizaje a lo largo de toda la organización. Gracias a este nivel de control, se puede contar con información estratégica que permita enfrentar el futuro de la empresa, uniendo a toda la entidad en un propósito de enfocar la atención organizacional en las problemáticas de planificación que se viven en ella

¹¹ En el marketing tradicional, se habla de “las 4 P’s”, las cuales representan los 4 aspectos básicos que esta disciplina considera para la gestión de fomentar el intercambio con el cliente: Plaza, Precio, Promoción y Producto

Está claro que estos niveles de control, para que tengan un efecto deseado dentro de la organización, deben usarse como un todo (figura 4), ya que se complementan entre sí formando un verdadero Sistema de Control de Gestión, representando un conjunto de procedimientos que forman un modelo concreto para realizar la planificación y el control de las actividades que se llevan a cabo en la empresa, quedando determinado por un conjunto de accionares y sus interrelaciones, con el consiguiente sistema de información.



Figura 4: Interacción de los Niveles de Control

Fuente: Adaptada de Simons (2000), p. 305

II.3.2 Modelo de niveles de control y Balanced Scorecard

Muy ligado a lo planteado por Simons (2000), se encuentra el Cuadro de Mando Integral, donde se considera que el mismo proporciona a los ejecutivos de las empresas un amplio marco que permite traducir las estrategias y oportunidades mencionadas en un conjunto coherente de indicadores de actuación.

Muchos creen que los indicadores son una herramienta para controlar y evaluar eventos pasados. El Cuadro de Mando es mucho más que eso, ya que permite articular y comunicar la estrategia de la empresa, coordinando y alineando las iniciativas individuales de la organización y la de sus múltiples unidades a fin de conseguir un objetivo común. Es en este sentido que el Balanced Scorecard juega un rol que va más allá de los objetivos de un sistema de control tradicional –entendiéndose como tal que la organización siga un plan preestablecido- y busca ser un sistema de comunicación, de información y de formación que permita todo lo anterior. De esta forma y como se mostró en la figura 4, los niveles de control permiten ver la estrategia como perspectivas,

patrones de acción, posicionamiento y planes, los cuales se pueden aterrizar en ideas concretas.

La figura 5, explica cómo se deben incorporar niveles de control en la medida que crecen dentro del ciclo de vida. Gráficamente, se explica las etapas y la jerarquización de controles, los cuales, mientras se asciende, exigen un correcto funcionamiento de los inferiores. La estructura organizacional, también debe evolucionar de forma armoniosa, conforme crece.

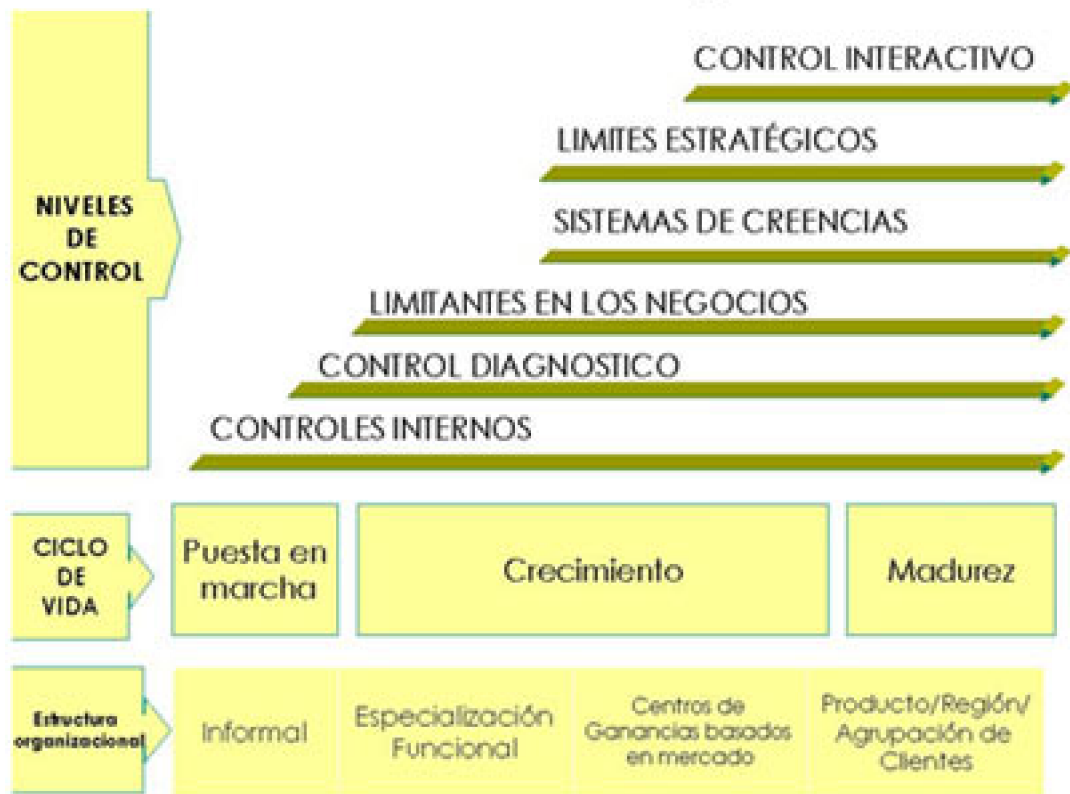


Figura 5: Sistemas de Control y su relación con el ciclo de vida de la empresa

Fuente: Adaptada de Simons (2000), p. 310

Habiendo distinguido estos tipos de estrategia, se puede entender cómo se relaciona cada una de ellas y cómo pueden ser usados los niveles de control para dirigir la estrategia.

Revisando los niveles de control, se pueden encontrar características particulares en cada uno de ellos en cuanto a estrategias se refiere. Esto se pasa a revisar a continuación:

Un **control diagnóstico** se hace necesario cuando se vislumbra la “estrategia como un plan”. De esta forma, una estrategia intentada puede “ver la luz” como una realizada, ya que se focalizan en el cumplimiento de metas, tanto del negocio como de cada individuo de la empresa. Así, se puede medir si los intentos de estrategias están siendo logrados. El CMI aporta como un control diagnóstico, en la medida en que permite evaluar tácticamente si se está encaminado dentro de la estrategia a seguir, como, por

ejemplo, a través de las desviaciones presupuestarias. Los Factores Críticos del Éxito (FCE) deben ser base para determinar los objetivos, y éstos deben contribuir al desempeño de la organización en los FCE

Un **sistema de creencias** se hace necesario cuando la “estrategia se ve como un perspectiva global”. Dicho sistema aparece como fundamental al momento de controlar y transmitir los valores fundamentales de la organización. Éstos guían la fusión entre estrategias intentadas y emergentes, en toda la búsqueda de oportunidades individuales. El BSC debería funcionar como un elemento fundamental para el sistema de creencias, siempre que permita comprender mejor el rol de cada uno, y difundir la misión, por ejemplo, vinculando un objetivo a un valor en especial, o señalando el aporte de un empleado a lograr un objetivo medido con algún indicador operativo, el cual contribuye de algún modo al logro de otros objetivos que llevan a la misión

Un **sistema de límites** se hace necesario cuando la estrategia se usa para “posicionarse” en un mercado de manera sostenible, asegurando que las actividades de la empresa ocurren en mercado de productos definidos, y con un nivel de riesgo aceptable. Un BSC puede ser clave para hacer cumplir las políticas, ligadas a ciertos objetivos, así como reglamentos internos y aspectos de la legislación de un rubro o país determinado que restringe el accionar de la empresa a lo no penalizado

Un **sistema de control interactivo** se hace necesario en organizaciones de mayor tamaño, desde que se encuentran hacia un proceso de consolidación, en un medio dinámico como cualquier caso del presente. Se requiere resumir la información y la concentrarla en factores claves, pero lo suficientemente rápido como para conseguir respuestas satisfactorias del diagnóstico de la situación en el mismo momento en que se detecta una “luz roja” (peligro) o “amarilla” (potencial peligro). Los riesgos deben resolverse antes de materializarse, y si ya sucedió el “siniestro”, pues los controles interactivos permiten reducir su efecto y evitarlo en el futuro. Se necesitan cuando la planificación se transforma en una etapa compleja y las estrategias son cambiantes según las respuestas del día. El BSC debe tener esa flexibilidad, adaptarse al medio y a la organización, para ser una herramienta de control interactivo que fomente la creatividad mediante la búsqueda de formas de lograr los objetivos o mejores maneras de alcanzar la misión, surgiendo objetivos emergentes

II.3.3 Relación entre los Niveles de Control

Como se mencionó en párrafos anteriores, un sistema de control completo no contempla usar los niveles de control por separado. Los cuatro niveles planteados trabajan juntos para controlar tanto la implementación de estrategias intentadas como la formación de estrategias emergentes (figura 4). Los sistemas de creencias y el control interactivo crean un ambiente de participación dentro de la organización, que fomenta la creatividad y la expansión del espectro de oportunidades. Esta motivación intrínseca se crea dado el positivo ambiente de información, basado en el aprendizaje y en compartir dicha información. Los otros dos sistemas –de límites y control diagnóstico- confían en la motivación explícita, es decir, mediante la fijación de metas, sistemas de premios conocidos y espacios delimitados claramente para la búsqueda de nuevas oportunidades.

En este sentido, estos sistemas se mueven en un ambiente de certidumbre, y contrarrestan de alguna forma los efectos perversos que puedan emanar del ambiente creado por los sistemas de creencias y control interactivo –los que funcionan en un ambiente de “menos certidumbre”-.

Finalmente, deducido de las conclusiones de Simons (2000), se puede plantear los siguientes requisitos para que los sistemas de control tengan sinergia entre ellos:

- Control interno eficiente
- Claridad en el “focus” del negocio, y en lo que se quiere hacer y lograr
- Sistemas de información automatizados, consistentes, eficientes, en tiempo real
- Estrategias coherentes y flexibles
- Cultura dinámica y adaptable a los cambios en las reglas que imponga el medioambiente

CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN DEL HOSPITAL MILITAR

El modelo de niveles de control de Simons (2000) se utiliza a plenitud para diagnosticar la situación presente del Hospital Militar. Dentro de este mismo marco, se enseña primero en qué etapa del ciclo de vida está el hospital y cómo afecta esto su estrategia. El crecimiento constante de esta institución, complementado con la captación de clientes totalmente ajenos a la rama del Ejército, conlleva a plantearse una estrategia que no se aleje de lo que pasa en el mercado y en el entorno global para poder cumplir su objetivo de satisfacer los requerimientos de sus clientes cautivos. Agentes como el Estado, los competidores, y los clientes, además del Ejército, producen una presión importante para planificar un esquema estratégico completo.

El Hospital Militar muestra una conducta asimétrica en sus niveles, con buenos diagnósticos -aunque no suficientes- y sistema de límites claros, pero con creencias que fueron reformuladas como parte de la propuesta para enmarcar el modelo con una misión correcta, y con una ausencia de controles interactivos que fomenten la iniciativa y la mejora continua.

Para terminar el capítulo, se deja explícito qué debe cumplir el Hospital Militar para que el Balanced Scorecard sea aplicable y exitoso. El apoyo -y compromiso- de la gerencia, un buen plan estratégico integral (que se desglose en un plan de recursos, otro

de gestión médica y uno de gerencia), la generación de información estadística pertinente, los planes tácticos, la cultura de gestión y la orientación del tablero -y los objetivos- hacia la práctica médica por encima de la satisfacción militar o estatal, son elementos clave para que la puesta en marcha valga la pena, y sea una ayuda, más que un simple cuadro teórico.

El modelo de Simons (2000), como se exhibió en el capítulo anterior, es un sistema integral de controles, que analizados en conjunto pueden detectar fallas en el control de gestión de las organizaciones. Es por esto, que se hace un análisis particularizado de Hosmil por nivel de control para “radiografiar” su situación en cada elemento fundamental, y así poder concluir la viabilidad de diseñar un BSC, y cómo realizarlo. Antes de hacer esto, se requiere conocer otros aspectos que son parte de la metodología de Simons (2000), como la etapa del ciclo de vida, que se presenta a continuación.

III.1 Etapa del ciclo de vida

A lo largo de su existencia el Hospital Militar se dedicó a atender a un grupo más o menos homogéneo de clientes (familiares de miembros activos y jubilados del Ejército), el cual actuaba como un mercado cautivo.

Cuando en 1996 el hospital abrió sus puertas para atender a gente del sector público y así captar un mercado diferente al que tradicionalmente atendía, produjo un impacto cultural y recambio de las también tradicionales formas de atención de pacientes. Además, se debía producir cambios a nivel de planificación estratégica, elaboración de Planes de Atención Social, entre otras, de la mano de una importante evolución de las tradicionales formas de realizar un control interno hasta la elaboración y proyección hoy de un BSC.

Es un hecho que ya el tan mencionado “entorno cambiante” influye directamente en el ciclo de vida de las empresas, acelerando, dilatando su evolución, o bien produciendo saltos discontinuos de una etapa a otra ¹², dado que surgen variaciones en los competidores, alteraciones en las preferencias de los clientes y, en este caso, apertura a otros mercados objetivo, unido a circunstancias exógenas, como nuevas exigencias del Estado –esto último, provocado en gran parte por el exceso de demanda por salud pública en Chile–.

Los cambios mencionados generan remesones dentro de las organizaciones, e impulsan modificaciones estratégicas que finalmente repercuten en su personal –para efectos del Hosmil, al incorporar médicos en los cargos administrativos, repercuten hasta en su cultura–, sus procesos internos, crean y destruyen áreas de negocios, y obligan a pensar en nuevas inversiones en instalaciones, tecnología y equipos.

Así, aplicando el modelo de Simons (2000), se puede decir que la dinámica del

¹² Una empresa bien puede avanzar hacia su madurez o retroceder a sentar nuevas bases. Las empresas vinculadas a la tecnología, en particular a la informática, son un ejemplo claro de esta afirmación

medio es un factor fundamental para afirmar que el Hospital Militar está reposicionado desde una etapa de madurez –y cosecha- hacia un momento de pleno crecimiento, puesto que hoy debe tomar importantes decisiones para lograr atraer una “masa crítica mínima” de nuevos clientes –explicados en el punto III.2.3-, y conseguir sus objetivos, tanto económicos como sociales.

III.2 Estrategia

La estrategia del Hospital Militar de Santiago nace de un análisis de aquellos factores que influyen en el accionar del hospital y cómo debe reaccionar éste frente a ellos. Se identifican claramente cuatro factores relevantes, y cada uno de ellos tiene diferentes impactos en la estrategia. Tal y como se muestra en las Figuras 6.1 y 6.2, dichos factores son:

El Estado	1.
El Ejército	2.
Los Clientes	3.
Los Competidores	4.

III.2.1 Estado

El Estado en su rol de regulador y asignador de recursos, busca de muchas formas satisfacer la sobre-demanda que existe en el mercado de la salud. Esta presión también es sentida por el Hospital Militar, ya que pertenece al grupo de hospitales de la salud pública, y por lo mismo, muchas veces debe sobrepasar su capacidad instalada para dar atención a aquéllos que lo necesiten, sin descuidar, por supuesto, la atención que debe brindarle por derecho legal a sus beneficiarios.

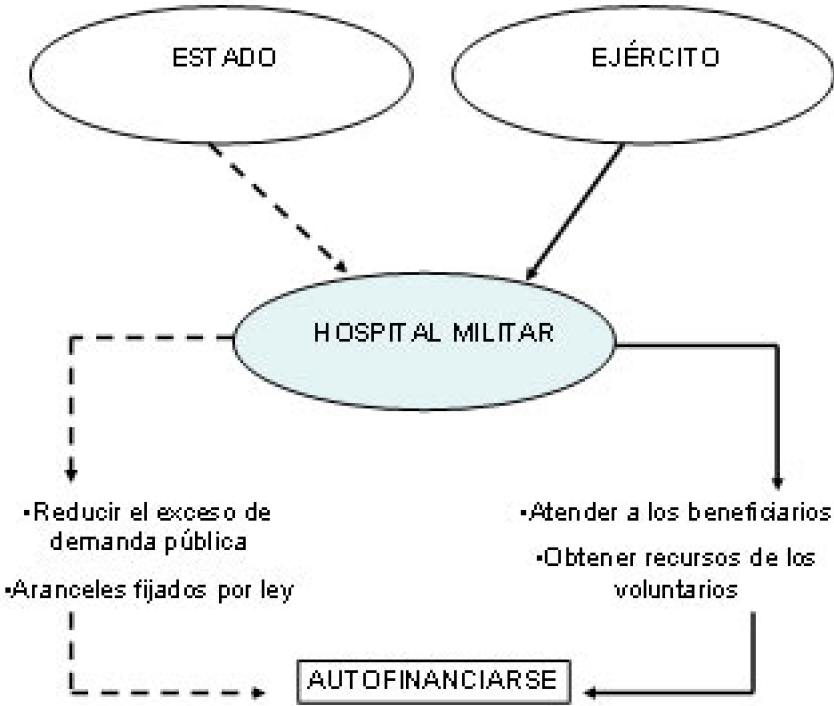


Figura 6.1: Estrategia financiera

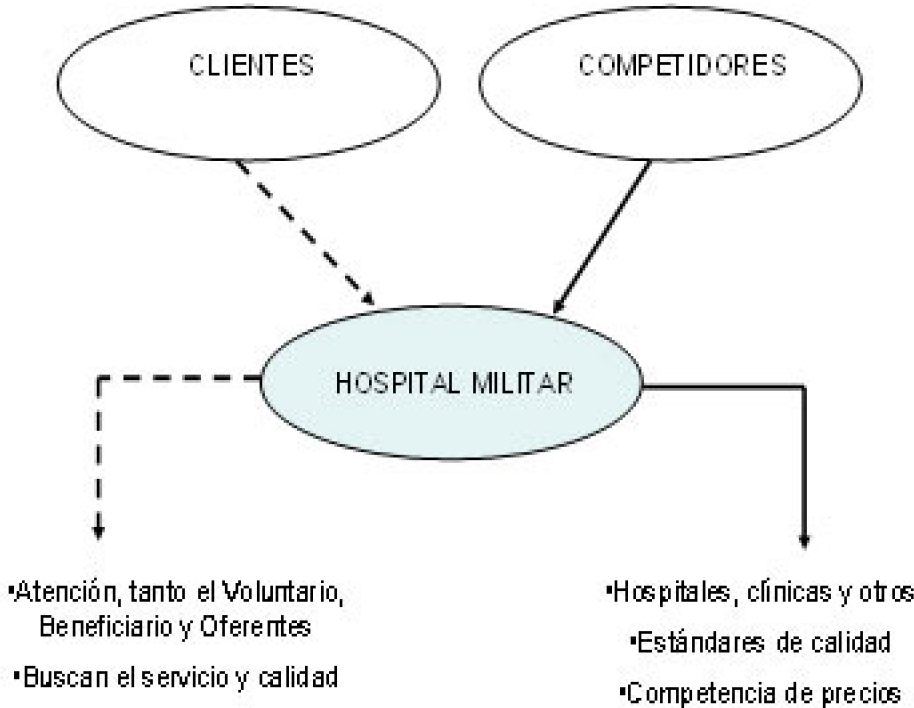


Figura 6.2: Estrategia con los clientes y competidores

Fuente: Elaboración propia

Este rol del Hospital Militar nace con la histórica participación que tiene del

presupuesto anual de la Salud Pública. Actualmente, ésta consta de un 15%, y es por ello que el Estado descansa sobre Hosmil -de cierta manera- para que ayude a solucionar el problema de exceso de demanda, antes mencionado. Además, y junto con lo anterior, existen ciertos aranceles para determinadas prestaciones, los cuales son fijados por ley y en los que el Hospital Militar se comporta como un tomador de precios¹³. Este factor se debe conjugar muy bien con un riguroso control de costos, ya que su monitoreo es esencial para que el hospital pueda dar un nivel “aceptable” de servicio, y que le genere rentabilidad. Es importante destacar que la prestación de un servicio tiene un precio finalmente pagado por agentes distintos, que podría ser la institución de seguro (a través del FOSAPRE¹⁴, su mayor fuente de ingreso), el sistema de salud de FONASA, ISAPRE, o el bolsillo del cliente particular. Por lo mismo, es importante reconocer que una misma prestación tendría distintos aranceles dependiendo el tipo de cliente, por lo cual, la política de precios que utilice el Hospital Militar (tanto los fijados por ley como no) le permitiría generar recursos para dar cumplimiento a las “presiones” del Estado, y obviamente, a la buena atención de sus beneficiarios.

III.2.2 Ejército

Siendo desde sus orígenes un hospital creado para dar atención de salud al personal de la rama del Ejército, el Hospital Militar tiene que atender a sus beneficiarios por derecho legal, al cotizar mensualmente cada funcionario en el FOSAPRE. Es por eso, que aún cuando el hospital haya abierto sus puertas al público en general, como consecuencia de la necesidad de nuevos ingresos para poder cumplir con la tarea para la cual fue creado, debe seguir brindando una atención “prioritaria” a sus beneficiarios (salvo casos de urgencias, donde no existe discriminación). Es por este derecho legal que el Hospital Militar debe dar una atención “de primer nivel” a estos beneficiarios, y satisfacer sus necesidades, en cuanto a la “recuperación de la salud” se refiere. Asimismo, al depender directamente de la plana superior del Ejército, es evidente que el Hospital Militar debe responderle a éste acerca de su gestión y accionar.

Conjugando la influencia que hace el Estado y el Ejército sobre el Hospital Militar, encontramos que ésta se traduce en que el hospital adopta una estrategia que al final le debe permitir autofinanciar su gestión. Es evidente que si los ingresos no alcanzan para dar todo el servicio pertinente, se debe buscar otras formas de conseguir las entradas necesarias que le permitan a Hosmil continuar con su gestión y entregar las prestaciones requeridas, y en ese sentido, los cambios estratégicos sufridos en los último 8 años son fundamentales para lograr el mencionado objetivo.

III.2.3 Clientes

El mercado al cual accede Hosmil es un mercado mixto, ya que se compone por tres

¹³ El Estado impone tarifas para ciertas áreas, por lo que los precios no pueden aumentar por sobre este límite superior

¹⁴ Fondo de Salud Previsional del Ejército

grandes grupos: los *beneficiarios*, que abarcan el 50% de sus ingresos, que son aquellos que provienen directamente de la rama del Ejército y sus cargas, siendo los mismos afiliados al FOSAPRE. También dentro de este grupo están los jubilados de la misma rama. Un segundo grupo que se identifica es aquél compuesto por cualquier persona que voluntariamente quiera acceder a los servicios que ofrece el hospital, pudiendo ser privados o pertenecientes al sistema de salud por ISAPRE. Este grupo, para efectos de esta investigación, son identificados como *pacientes externos*. El tercer y último grupo, esta compuesto por los *oferentes de salud*, como las clínicas y hospitales (públicos o privados) que ofrecen servicios de salud distintos o complementarios a los que ofrece el hospital.

Los oferentes, en conjunto con el Hospital Militar, forman la gran red de salud que tiene el país, lo que podría llamarse una gran “alianza estratégica”, la que busca entre otras cosas, la “especialización” en algunas técnicas médicas y la cooperación producto de la misma. Con estos grupos identificados, el Hospital Militar define cuál es su masa crítica de clientes, es decir, qué nichos de mercado abarca y con ellos define la estructura que debe adoptar para satisfacer dicha masa crítica. Es por ello, y como se explicó anteriormente, que el Hospital Militar se organiza en cinco grandes “programas de salud” que se transforman en definitiva en la satisfacción de los requerimientos de dicha masa crítica. Hosmil tiene la oportunidades explotar las especialidades y servicios en los que los demás se encuentran relativamente débiles, desarrollando proyectos que atraigan tanto a los clientes externos, como a los mismos competidores.

Es importante definir los tres grupos de clientes, ya que cada uno de ellos influye de manera distinta al Hospital Militar. En primer lugar, una prestación de salud cualquiera tiene diferentes aranceles para cada grupo. Este precio, conjugado con la rigurosa asignación de costos que posee el Hospital Militar, permite tener márgenes en cada centro de costos. Profundizando aún más, se puede encontrar que una especialidad para los beneficiarios les genere pérdidas al Hosmil, pero la misma especialidad para los clientes externos genere una utilidad, siendo resultante la suma global como una utilidad, por ejemplo. Esto se traduce al final en satisfacer los requerimientos que busca el cliente: la prestación de un servicio y la calidad del mismo.

Los pacientes externos y los oferentes de salud significan la posibilidad de Hosmil de alcanzar beneficios, los que representan dinero fresco para reinvertir y crecer, para incrementar la calidad de sus servicios, otorgando mayor satisfacción a sus usuarios finales: los beneficiarios. Luego, como la misión del Hospital Militar busca mejorar la calidad de sus servicios para su beneficiarios, la estrategia de calidad se extiende hacia sus demás clientes, los cuales, dadas las tarifas, en su grueso exigen demandas de servicio similares, excepto que no reciben tarifas especiales.

III.2.4 Competidores

Antes de analizar cómo influyen los competidores en la estrategia que adopta el Hospital Militar, vale aclarar que el término “competidores” nace desde el momento que el Hosmil se abre al mercado público y privado, dejando de ser una dependencia de uso exclusivo de los beneficiarios (ya que al atender a la rama del Ejército, actuaba como un proveedor

exclusivo). Esta apertura al mercado, implicó que el Hospital Militar comenzara a competir con clínicas y hospitales, tanto públicos y privados, para captar nuevos clientes y generar los recursos necesarios para continuar con sus planes de acción. Esto implicaba responder la siguiente pregunta: ¿Cómo logro que un determinado cliente se trate su enfermedad en el Hospital Militar, y no en otra institución? Esto lleva a definir algunos Factores Críticos del Éxito que se traducen en por qué una determinada persona se queda en el Hospital Militar y no en otra entidad. La estrategia es variada, y pasa desde precios más atractivos hasta satisfacción de comodidades, requerimientos y necesidades de la persona.

Con todo esto, se puede concluir que dadas las restricciones de mercado, la competencia de servicio con las clínicas, la competencia por precios de otros hospitales, las políticas de fijación de algunos de estos precios y los acuerdos con planes de seguros como el FOSAPRE, llevan a la institución a procurar mantener aquellos ingresos que son aportados por sus beneficiarios, así como a optimizar el uso de recursos sin que esto vaya en desmedro de la calidad del servicio. De la misma forma, buscan una constante reducción de costos con el objeto de ofrecer mejores precios por una prestación y aún así conseguir utilidades, haciendo una inteligente segmentación de los tres grupos de clientes que maneja.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el hospital se está enfocando más hacia el mercado con el fin de incrementar la rentabilidad y satisfacer necesidades de sus beneficiarios habituales, así como también aliviar al Estado del exceso de demanda por atención pública. Asimismo, los competidores establecen estándares que influyen en las políticas de precios y también en los estándares que el mismo hospital ofrece a sus clientes, traduciéndose todo al final en la visión del hospital (“Ser un hospital de excelencia”)

III.3 Evaluación por Niveles de Control

A continuación, se presenta los resultados de una evaluación integral de Hosmil, separada por niveles de control, según el modelo de Simons (2000). Del anexo 3 al 8, se encuentran los cuestionarios diseñados para revisar cada nivel de control.

III.3.1 Controles internos

Para evaluar el nivel de control interno, debe tomarse pruebas de auditoría (de cumplimiento) y evaluación de procedimientos, así como hacerse análisis de segregación de funciones, entre otras cosas, lo que está lejos de las posibilidades de esta investigación. Sin embargo, se mencionan los elementos que deben revisar las pruebas de auditoría para concluir sobre la efectividad del control interno:

Verificar confianza en la información mediante pruebas de cumplimientos, con muestreo de transacciones relevantes al azar

Pruebas de auditoría de sistemas para evaluar la consistencia de la información (cuadratura operativo-contable, en “bate” u “on line”), tiempo de respuesta adecuado (cumplir fechas corte en los “checkpoint” de información), que no haya errores u omisiones, etc.

Verificar posibilidad de generación de información adecuada (“input”, base de datos, modelos de datos, software de tablero tipo EIS, output, etc.)

Revisar procedimientos de registro y documentación de la información, archivos de respaldo, documentos alternativos para conciliar datos, etc.

El control interno debe ser un aporte para el BSC, ya que debe haber un nivel de satisfactorio en adelante para que se pueda confiar en la medición de resultados. Las pruebas de auditoría se deben enfocar en los sistemas de información crítica, los manuales de procedimientos médicos y de uso de equipamiento, las prácticas éticas, la generación de información financiera (costos operativos e ingresos) y la documentación de los puntos mencionados, para poder implementarse un CMI que funcione como corresponde. Debe certificarse la fidelidad de la información contable (pruebas sustantivas) de manera de poder tener informes razonablemente certeros de donde se obtiene gran parte de la información financiera, esencialmente, y de donde se cruza para conseguir otro tipo de indicadores, incluso no financieros (número de clientes, cantidad de transacciones, mezcla de ventas, datos de facturas, proveedores, entre otras cosas).

III.3.2 Control diagnóstico

Es preciso redefinir los Factores Críticos del Éxito (FCE) con la intención de establecer claramente los objetivos estratégicos de la organización y así orientar todos los esfuerzos hacia su cumplimiento. De esta forma los FCE para el Hospital Militar son:

- Regulación gubernamental
- Calidad de atención
- Opinión del paciente sobre la práctica médica
- Calidad del personal médico (doctores, enfermeras, asistentes)
- Administración del presupuesto
- Calidad de la tecnología del equipamiento médico e instalaciones
- En base a estos FCE, debemos centrar la atención en:
- Evaluaciones de calidad de servicio e incentivos para el personal médico
- Sistema de aportes del cliente (sugerencias, reclamos, felicitaciones)
- Elaboración y revisión del proceso presupuestario
- Fijación de estándares y medición del rendimiento del equipamiento médico e instalaciones

Los FCE entregan el “focus” para definir los objetivos estratégicos del BSC. Así, el CMI recoge estos aspectos y los distribuye entre sus perspectivas, generando un aporte, no

sólo entonces como control interactivo, sino para el control de diagnóstico. Allí se nota la sinergia entre el BSC y este nivel. El cálculo de desviaciones presupuestarias, la evaluación de la calidad médica, la evaluación de desempeño en cuanto al cumplimiento de metas, el estudio del rendimiento de la infraestructura, son algunos ejemplos de resultados que el BSC puede medir para diagnosticar a Hosmil.

III.3.3 Limitantes en los negocios

Con relación a los FCE redefinidos, se requiere establecer los criterios para reducir los riesgos evitables derivados de estos factores. Por eso se debe determinar:

- Estandarización para medición de desempeño del recurso humano y técnico
- Estandarización de procesos y normativa de la ejecución médica (manuales de procedimiento y código ético)
- Manual de uso del equipo técnico

Asimismo, debe conocerse el resto de las normas legales de salud, recordando que la regulación estatal, fuera de que fija los límites en los que se debe desenvolverse, es un FCE para Hosmil.

El BSC, entonces, recibe aportes de este nivel en la medida que establece parámetros y políticas que tienen que cumplirse, incluyendo las relacionadas con la práctica médica y la preocupación social, parte de la misión. Las evaluaciones de desempeño, el cumplimiento de los procesos, cada manual que indica el uso correcto de la infraestructura, son elementos indispensables para establecer los objetivos e indicadores, para medir los resultados de los recursos, y los procesos, así como la satisfacción equitativa de los clientes, en términos de entregar salud.

El BSC, a su vez, debe contener objetivos e indicadores que midan el cumplimiento de la normativa, para devolver su aporte al sistema de límites, ya que está dentro de sus prioridades como hospital.

III.3.4 Sistemas de creencias

Se recomienda reconsiderar el rol de la misión y visión como elementos estratégicos, debido a que la misión presenta un error conceptual, puesto que más que apuntar a mostrar cómo se logra la visión, es más una pauta de las fortalezas y capacidades del hospital y una declaración de valores y normas; y la visión podría eventualmente complementarse con un par de aspectos adicionales que son parte de la estrategia del hospital.

Redefinición de Misión

“Dar una atención de salud de excelencia, manteniendo nuestra orientación social, de servicios, infraestructura, medios tecnológicos y personal calificado hacia nuestros beneficiarios y todos nuestros clientes”.

Redefinición de Visión

“Ser siempre la primera preferencia de nuestros beneficiarios”

“Otorgar una atención social de primer nivel”

“Ser el primer hospital público con una calidad de gestión privada”

Este replanteamiento de misión y visión tiene su mayor implicancia en la tarea de instaurar la cultura de gestión que se quiere en el Hospital Militar. La visión planteada por el hospital se encuentra dentro de los patrones que se esperan, recibiendo el complemento pertinente; la misión, en cambio, sencillamente se adecuó a los límites de su concepto.

Este sistema de creencias propuesto debe ser el Norte del BSC, por lo que este último se tiene que basar en medir la manera en que se consigue la excelencia, se atiende a los beneficiarios y se cumple con el rol social. Al mismo tiempo, el sistema de creencias debe recibir el apoyo del BSC, puesto que su evaluación positiva significaría el cumplimiento efectivo de la misión para alcanzar la visión.

III.3.5 Límites estratégicos

Se hace notar un esfuerzo de la Dirección de Gestión Clínica por guiar la conducta de los profesionales médicos y el staff hacia una cultura de administración eficiente de recursos. Así, la estrategia de calidad de salud se enmarca más hacia una atención más dinámica, en desmedro de la personalización, lo cual es necesario si se desea optimizar los recursos, aunque vaya en contra de la primera percepción del paciente. Los presupuestos, las evaluaciones al personal y los reclamos / sugerencias del cliente son aspectos que marcan los límites de la estrategia, y que enlazan el desempeño táctico con la estrategia diseñada.

III.3.6 Control interactivo

Para que Hosmil cuente con un sistema de controles interactivos, se debe incluir en su evaluación de desempeño aspectos vinculados a la participación de los empleados. La gestión de marketing debe orientarse a la búsqueda y desarrollo de negocios afines, como el caso del pasado cuando se abrieron a la comunidad, pero siempre dentro del marco legal y las políticas de bajo riesgo y de autofinanciamiento.

En la parte de medición de aspectos que conlleven a la evaluación de cumplimiento de objetivos estratégicos que permitan tomar medidas sobre la marcha, lo que hay en el presente es sólo una pila de indicadores y perspectivas sin causa ni efecto ni coherencia. La evaluación es separada en cada actividad; no se indaga si el problema está en otra perspectiva o en otro objetivo que lo impulsa.

El área de control de gestión del hospital se encuentra en un proceso de evaluación a futuro del diseño de un BSC. No se cuenta con un cuadro de mando consolidado y claramente estructurado, sino que aún quedan áreas por cubrir y objetivos estratégicos por definir. Existen elementos que dificultan la implantación de un BSC a corto plazo,

como una organización completamente integrada, cultura, sistemas de información automatizados, claridad en las estrategias, selección de prioridades, por nombrar algunas. Adicionalmente, es importante aclarar cuáles serían otros factores influyentes, como el nivel de compromiso de la “alta directiva”, el hecho de que sea una organización burocrática, la nula experiencia chilena en implementación de CMI para hospitales, entre otras.

III.3.6.1 Definición de perspectivas

Cuando se consultó si los indicadores definidos estaban agrupados por determinadas áreas se presentó una definición algo distinta de las perspectivas que tradicionalmente se conocen en un cuadro de mando, que son la perspectiva Financiera, de los Clientes, de los Procesos Internos y del Aprendizaje y Crecimiento. La naturaleza del mercado donde compite el Hospital Militar, que se caracteriza por una alta preocupación por ser eficiente en los costos, al tener precios fijados externamente por otras autoridades para determinadas atenciones médicas y la necesidad de captar potenciales clientes, los ha llevado, según plantean, a definir las siguientes perspectivas:

- Perspectiva de la Infraestructura
- Perspectiva de los Procesos
- Perspectiva de la Capacitación
- Perspectiva de Mercado

Perspectiva de la Infraestructura: esta perspectiva define cómo afecta la capacidad tecnológica instalada en la labor que realiza el Hospital; cómo aporta el tener última tecnología o buenos accesos a que el producto final que se entrega sea de agrado para el cliente y cumpla con los objetivos estratégicos fijados. Acá, la mayoría de los indicadores apunta al funcionamiento del equipo tecnológico y a su rendimiento, siendo la mayoría de corte operativo.

Perspectiva de Procesos: esta perspectiva apunta a medir el impacto que tienen los procesos médicos y de otra índole a la calidad del producto final y la satisfacción del cliente. Los indicadores buscan evaluar cómo se hacen las cosas de acuerdo a normas, patrones y estándares.

Perspectiva de Capacitación: esta perspectiva intenta recoger el cambio constante y los avances que ocurren en el campo de la medicina. Busca medir cómo y cuánto cambia el rendimiento frente a la incorporación de nuevos procedimientos, y nuevas atenciones. Esta área (capacitación) tiene especial énfasis en Hosmil, ya que se procura estar presente en la mayor cantidad de eventos de formación, tanto en el ámbito mundial como nacional.

Perspectiva de Mercado: busca establecer la relación que tiene el Hospital Militar con sus clientes, siendo éstos de cualquiera de los tres grupos mencionados en secciones previas. En este sentido, se intenta medir la satisfacción del mercado frente a los servicios y prestaciones que otorga el hospital. Esta perspectiva incluye una mezcla que identifica a los 3 tipos de clientes mencionados con anterioridad.

Además, es notoria la ausencia de la perspectiva financiera, ajena a las funciones de planificación y control financiero del hospital, ya que estos ítems se atienden principalmente en la rama superior del Ejército, de donde proviene el diseño “macro” presupuestario y la asignación de los recursos totales.

Por otro lado, al existir una clara preocupación por la gestión del instrumental, dependencias de pabellones y equipamiento tecnológico utilizado en cada una de las atenciones a clientes, se define la “Perspectiva de la Infraestructura”, como una clasificación separada de los demás recursos, aunque bien se refiere al uso de los equipos, separadamente del resto de los procesos internos. La tabla 1 señala los indicadores por perspectiva utilizados.

El Hospital Militar utiliza muchos indicadores de tareas operativas y particulares, así como índices de costeo útiles para evaluar particularmente la eficiencia de los procesos y la tecnología (uso vs. capacidad óptima).

III.3.6.2 Objetivos e indicadores estratégicos

El control de gestión que se realiza apunta a medir el desempeño para tomar acciones estratégicas y preventivas, bajo la premisa de estimular la imaginación y la creatividad a todo lo largo de la organización y al interior de cada uno de los departamentos de la misma, intentando entonces formar una cultura dentro del personal, para que así éste, a través de su gestión, lo transmita tanto a los clientes externos como a los beneficiarios.

Estas propuestas innovadoras, como era de esperar, no han sido bien recibidas por todo el personal que conforma esta cultura hospitalaria: el tradicional cuerpo médico, acostumbrado a tener un horario “flexible”, el cual no es muy controlado, reacios en ciertos casos a utilizar la tecnología y que además la misma ejecución de su trabajo nunca suele ser cuestionada, naturalmente se resistió a las medidas que se han implantado. Esto aún es una traba que requiere de tiempo para que las conductas se asemejen a las óptimas solicitadas para cumplir la misión de la organización. Otro problema que surge es cuando se “importa” recurso humano de otras organizaciones, ya que éste no suele habituarse a las nuevas prácticas que se inculcan en el Hospital Militar.

1) Infraestructura
a) Q scanner tomado / hora b) Q energía uso equipos / Q energía uso total
2) Proceso
a) N° informes redactados / hora b) N° visitas a pacientes / hora c) N° visitas con informes / N° visitas a pacientes d) N° medicamentos / paciente f) Indicador Morbilidad: Enfermedad X / N° enfermedades totales
3) Capacitación
a) Δ frecuencia (aumento en # de prestaciones de un servicio) / hora capacitación b) Δ productividad / hora capacitación
4) Mercado
a) N° reclamos / N° formularios llenados b) N° sugerencias / N° formularios llenados c) N° felicitaciones / N° formularios llenados d) N° prestaciones solicitadas

Tabla 1: Indicadores existentes según perspectiva

Fuente: Basada en la información de Hosmil

El feed back de esta gestión médica, para una mejor comprensión y gestión de la información presente en la empresa, es dividido en centros de costos directos e indirectos. De este modo se puede encontrar, por ejemplo, que dentro del centro de costos del área de “Cirugía”, existe un subcentro de “Cirugía Plástica” e incluso dentro de éste, hay un “Sub-subcentro” de costos de “Cirugía Plástica Facial”. Esto, ya entrando en el costeo, se debe conjugar muy bien con los precios que son fijados por ley y aquéllos que son fijados por el hospital, ya que de esta forma, pueden tener utilidades y cifras positivas.

Para ello, es muy importante otra herramienta de gestión que se usa: el presupuesto. Antiguamente, era la única tomada en cuenta. Hoy en día, es útil para analizar la gestión de los recursos, y la integración de los mismos. Este presupuesto es basado en actividades (ABC), y es lo suficientemente flexible como para realizar ajustes.

Con todo esto, se comienza a definir una serie de indicadores dentro de toda la organización, con el objetivo de ser más eficientes en los costos de sus servicios, teniendo como punto central la atención del cliente.

Para esto son muy útiles los formularios de consulta de opinión, buzones de reclamos o de sugerencias que se encuentran en cada una de las áreas de atención al público, las que son recogidas por una determinada persona dentro del hospital que ingresa el total de éstas a un sistema, para que así sean mejor administradas y tomadas en cuenta para tomar acciones correctivas o mejoras.

Con la finalidad de obtener una mejor gestión y medición de los resultados que arrojan los indicadores, se ha intentado crear protocolos para unificar criterios, estandarizando los procesos, particularmente los de la práctica médica. De esta forma se pueden optimizar los recursos ya que, por ejemplo, si todos los doctores de una determinada especialidad o los funcionarios que realicen labores similares ejecutan sus quehaceres de la misma manera, podría tenerse una medida de comparación más real y

objetiva a la hora de revisar el desempeño, facilitándose un eventual reemplazo siempre que, además, se pueda hacer un seguimiento de los resultados del cliente para concluir la eficiencia de las operaciones, diagnósticos y otras actividades.

Si bien no se vincula indicadores entre perspectivas distintas, también se usa el cruce de indicadores con el objetivo de resumir información de los múltiples indicadores existentes y gestionar de manera más rápida algunos procesos del hospital. Este cruce se puede mirar tanto desde la plana baja como la de arriba. Por abajo, el cruce de indicadores apunta al control de tareas, de medición de costos por área, por equipo, etc. Por arriba, hay principalmente indicadores de corte táctico y estratégico que resumen la información, pero no demasiado.

III.4 Análisis de la situación actual del Hospital Militar

Dada su larga existencia en el mercado y en base a la etapa del ciclo de vida en que se encuentra esta organización, el Hospital Militar cuenta con un buen sistema de control interno y hoy, previo a la implementación de un CMI, debe realizar una importante labor en cuanto a la definición de los FCE en una etapa de diagnóstico, revisión de los límites de sus negocios, sistemas de creencias y límites estratégicos.

Aún así, la tendencia de las condiciones actuales en las que se encuentra el hospital es favorable para una implementación futura (a mediano plazo) de una herramienta como el BSC. No obstante, existen ciertos puntos en los cuales se deben hacer especificaciones claras, las cuales sirven de premisa para los planteamientos que siguen en el capítulo posterior.

III.4.1 Plan estratégico

Es necesario que exista un plan estratégico definido, de manera que el uso de la herramienta permita medirlo, y que se construya en base a él. Partiendo de la información obtenida al interior de Hosmil, los objetivos generales con los que debe contar este plan son los siguientes:

Mejora continua de la calidad y la excelencia, reflejando en él la misión del hospital. El objetivo es claro, y todos los esfuerzos de las actividades desarrolladas en el hospital tienen que apuntar a él. Los objetivos estratégicos del cuadro de mando reflejarán esta premisa, y a través de ellos se mide la llegada a este objetivo último.

Aumentar la participación de mercado de los clientes externos, puesto que es precisamente este mercado objetivo el que genera flujos adicionales, los cuales permiten la reinversión y la mejora continua en calidad e infraestructura que se busca para satisfacer a los clientes beneficiarios, y a todos en general.

Crecimiento armónico de recursos, ya que las metas previstas requieren de muchos factores y recursos, los cuales desalineados causan problemas de exceso o escasez de ellos. Es necesaria su planificación para que el crecimiento general que se

desea aporte los beneficios esperados y no se entrampe por la falta de unos u otros recursos.

Reducción y posterior eliminación de los “cuellos de botella”, ya que estos producen ineficiencias tanto en el uso de la infraestructura como del recurso humano. Este objetivo es parte del nivel y la calidad de servicio que se desea entregar, teniendo que estar controlado en base a la capacidad instalada y los recursos con los que cuenta el hospital.

Constante capacitación en conocimiento médico y cultura de gestión, ya que el aumento del “know how gerencial” es necesario para todas las actividades que realiza el hospital, si quiere aspirar a tener buenos estándares y niveles de calidad. La cultura de gestión es requisito. Esta tarea debe ser acuciosa sobre el personal médico, los cuales deben modificar la conducta en pos del cumplimiento de los objetivos estratégicos, sin ir en desmedro de seguir ejerciendo su rol a plenitud, bajo el control de límite que significa la normativa ética y legal.

Dados los objetivos mencionados recientemente, se requiere desglosar el plan estratégico en al menos tres planes, que son:

Plan Gerencial, orientado específicamente hacia la estrategia general de crecimiento. Se deben gerenciar todas las actividades, que den cumplimiento al plan estratégico.

Plan de Recursos, para la correcta distribución de éstos en las diversas actividades y objetivos que se fijan. El plan de recursos debe contemplar un plan de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC); un plan de Recursos Humanos (RRHH), incluido un plan de capacitación que signifique establecer características y tiempo para el incremento en la instrucción en áreas de conocimiento y gestión; y un plan de Infraestructura, que contiene tanto el espacio físico, como el equipo médico tecnológico, indumentaria, medicamentos, etc.

Plan de Gestión Médica, el cual se enfoque a la práctica médica, mejora de calidad de servicios por especialidad y por programa y el cumplimiento de objetivos vinculados directamente a la entrega de salud.

III.4.2 Apoyo de la gerencia

Para que el diseño del BSC sea útil, es indispensable contar con el apoyo de los altos directivos de HOSMIL. En este caso, se debe contar con el apoyo del mismo Ejército, el cual debe ser un “sponsor” activo de estos planes que se desarrollan, y que incluso espere vincular dos o tres objetivos a su CMI propio. Por eso mismo, es esperable que el cuadro de mando del hospital reciba la retroalimentación necesaria en cuanto a indicadores y objetivos. Descendiendo un poco en la línea de mando, el apoyo necesario también debe provenir de la Dirección General de Hosmil, puesto que este compromiso debe ser extrapolable a todos los niveles del hospital. Son ellos los encargados, a través de todos los canales que poseen, de transmitir los planes estratégicos, la misión y visión, y tan importante como eso, dar su respaldo a ellos.

III.4.3 Automatización de los sistemas de información

Todas las actividades que se realizan en el hospital, tanto médicas como operativas, generan datos e información la cual debe ser aprovechada en la medida de lo posible. Este aspecto está en un nivel aceptable para su condición presente, ya que la información que se genera en el hospital es usada con fines de obtener información sobre las tareas que se realizan, sacar indicadores e información estadística. El paso siguiente es lograr que todos los nodos que generan información estén automatizados, de manera de contar con toda la información y generar cruces que entreguen información con mayor valor y de utilidad para la toma de decisiones. La información estadística se genera a partir de comparaciones entre períodos de la información, siendo útil para eso el gran avance que presenta el hospital en infraestructura de tecnologías de información y comunicaciones (TIC). Las bases de datos contienen toda la información necesaria, faltando sólo el ingreso de las fichas médicas de los pacientes, para lo cual se está planificando armar un proyecto que incluya el historial médico de los pacientes, y ser incorporados a una red global de información que satisfaga esta necesidad. De no cumplirse lo anterior, debe considerarse la implementación de un sistema dentro del Hosmil, para contar con esta información dentro de los índices estadísticos.

No obstante, y como Kaplan y Norton (2001) plantean, la generación de la información de los indicadores no es un requisito para empezar el desarrollo del BSC, si bien debe acelerarse el proceso para poder tener una medición efectiva del desempeño de los objetivos propuestos.

III.4.4 Existencia de planes tácticos

Es necesario contar con planes tácticos que permitan la colaboración y el traspaso de información con los planes estratégicos. El nivel táctico monitorea las actividades de manera más detallada, filtrando y entregando información más específica a la alta dirección para tomar acciones. Entre los planes tácticos, se deben considerar los siguientes:

Planificación presupuestaria, siendo importante para la planificación de recursos económicos y proyecciones que pueda realizar el hospital. El presupuesto y sus desviaciones dan las pautas de uso de los recursos, fundamentales para la toma de decisiones. Los presupuestos deben separarse por área (por mercados objetivo, programas, departamentos, centros de responsabilidad, actividades y especialidades) y por recurso (espacio físico, equipos tecnológicos médicos, equipos de trabajo, recurso humano).

Capacity Planning, el cual es un plan que contempla la disposición de recursos físicos (particularmente computacionales, espacio y equipos médicos, en este caso) según su uso en el tiempo, dadas las condiciones establecidas en el plan estratégico y las proyecciones que tiene. Esta planificación va ligada a un determinado presupuesto que contempla las necesidades futuras de Hosmil en cuanto a equipamiento e infraestructura.

Plan de capacitación al personal, teniendo importancia en el grado de calificación que se le entregue al personal, tanto médico como operacional. Los planes deben incluir los grupos a capacitar, las áreas en las cuales se van a instruir, los tiempos destinados, así como una planificación de acuerdo al ritmo de los avances que existan en salud. Las capacitaciones se orientan básicamente a conocimiento específico de acuerdo a la disciplina, uso de equipos tecnológicos y elementos relacionados con la gestión administrativa, eficiencia de atención, aplicación de procedimientos estandarizados, y otras cosas afines.

Sistema de Vigilancia Tecnológica (SVT), que no es más que un sistema continuo de supervisión del medio externo, con el objeto de conocer las tendencias, en este caso, de especialidades, prácticas médicas, equipamiento, tecnologías, descubrimientos, conocimiento específico para Hosmil. La idea es tomar todo lo que sirva y que otorgue ventajas comparativas o que no deje a la institución en desventaja. Un buen plan estratégico de recursos y de gestión médica debe incorporar el SVT a la obtención de las tecnologías y conocimiento médico deseado.

Control de costos por actividad e infraestructura mediante Total Cost Ownership (TCO), que es un sistema ordenado que mide el costo completo de un ítem físico en particular desde su adquisición, como un registro histórico de costos perfectamente relacionados a éste. Por ejemplo, un scanner tiene asociado como costo el valor de su compra, los mantenimientos (incluyendo el pago al personal técnico), las reparaciones (también consideran el recurso humano), el espacio físico que ocupa, el gasto en capacitación para su uso, el gasto de puesta en marcha, entre otras cosas.

III.4.5 Orientación de la cultura médica hacia una cultura de gestión

Fundamental para que los planes iniciados tengan éxito, es eliminar las acciones perversas que trae consigo la conducta médica. La gestión es aplicable sin problemas en Hosmil, y la clave está en separar el conocimiento médico del administrativo cuando corresponde, pero extender la cultura de eficiencia hacia los profesionales médicos, siempre que no afecte (o mejore) su misión desde que juró salvar la mayor cantidad de vidas posible. El cambio debe ser paulatino, para minorizar los efectos negativos que esto pueda traer (resistencia, migración de personal, etc). Se debe fijar procedimientos, estándares, con el objeto de medir el desempeño y lograr el valor deseado. Una cultura de gestión permitiría entre otras cosas, la aplicación exitosa del Balanced Scorecard, al lograr que toda la institución hable un solo lenguaje, al mismo tiempo que él se convierte en un canal de difusión de dicho lenguaje.

III.4.6 Orientación del Balanced Scorecard hacia la práctica médica

El cuadro de mando necesariamente debe abarcar las actividades médicas desarrolladas en el hospital, por lo cual, éstas deben permitir la medición y la extracción de información de gestión, como se describió en el punto anterior. Al mismo tiempo, el Balanced Scorecard del Hospital Militar debe estar alineado con el cuadro de mando del Ejército en cuanto al cumplimiento de la misión para mejorar las condiciones de salud y entregar

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

beneficios a los miembros de FOSAPRE y a la evaluación financiera (autofinanciamiento, desviaciones presupuestarias, gestión de costos); pero no puede alterar las decisiones de recursos y procesos, dados los fondos con los que se cuenta.

CAPÍTULO IV: DISEÑO DE LA PROPUESTA DEL BALANCED SCORECARD PARA EL HOSPITAL MILITAR

Este capítulo contempla los resultados de una ardua discusión acerca del desarrollo del modelo de Balanced Scorecard, sus niveles de aplicación y varios aspectos más, relevantes para elegir el camino a seguir, a la hora de tomar una decisión sobre cuántos y cuáles tableros de mando estratégico deben proponerse, cómo debe ordenarse las perspectiva en cada unos, cuáles deben ser los objetivos y los indicadores para medirlos, entre otras tantas cosas.

Se plantea un modelo que considere un Balanced Corporativo ya existente en la realidad para el Ejército de Chile (fuera del alcance de la investigación), un Cuadro de Mando Integral para el nivel global del Hospital Militar ,y tres Cuadros Estratégicos por debajo, uno por cada mercado objetivo. Se utiliza la cascada como método de comunicación, vinculando los objetivos internos por mercado con el global, cuando así se requiera. Además, cada Balanced Scorecard debe alimentarse de tableros operativos por cada programa de salud, y de indicadores operativos por cada especialidad médica, y demás áreas de staff.

Las perspectivas sufren variaciones de acuerdo a los objetivos lucrativos o no

lucrativos que se espera de cada mercado objetivo; el global considera que el fin no es obtener ganancias económicas.

Los objetivos estratégicos dependen de los objetivos globales definidos en el plan estratégico, que se enumeraron de acuerdo a la misión y visión propuestas en el diagnóstico (capítulo III). La medición de estos objetivos se hace íntegra mediante indicadores, complementándose con otros sistemas separados pero paralelos al Balanced Scorecard.

IV.1 Diseño del modelo general

El Hospital Militar, a lo largo de su existencia, ha estado subordinado a la comandancia en Jefe del Ejército, incluso después de su semi-apertura a la atención pública. Desde hace algún tiempo, la alta administración del Ejército cuenta con un cuadro de mando que evalúa la gestión de esta rama de las Fuerzas Armadas a nivel general. De este modo, se hace necesario que al momento de confeccionar el CMI, se cree un vínculo en cuanto a objetivos de corte estratégico entre el cuadro de mando del Ejército con su potencial similar en el Hospital Militar (alineación de objetivos), aspecto en el cual no se profundizó, dado que las herramientas del Ejército están fuera del alcance de la investigación.

A continuación se mencionan algunos aspectos a considerar en el planteamiento del BSC para el Hospital Militar:

IV.1.1 Definición de actividades

Las actividades globales realizadas por el Hospital Militar, son perfectamente separables en cuatro grupos exhaustivos y mutuamente excluyentes:

- Urgencias
- Atención médica (separada a su vez en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)
- Intervenciones quirúrgicas
- Hospitalización

La figura 7 muestra el flujo de las actividades básicas seleccionadas.



Figura 7: Flujograma de las actividades básicas del Hospital Militar

Fuente: Elaboración propia

Es lógico que cada cliente que ingresa a Hosmil no tiene por qué pasar por todas estas actividades -de hecho en muchos casos el paciente sólo recurre a una o dos-; pero no es menos cierto que el flujo de estas actividades se mueve en términos generales en la dirección indicada en la figura anterior, sin perjuicio de que el diagnóstico puede estar intercalado en más de una etapa.

IV.1.2 Estructura organizacional

Lo correcto es la definición y la orientación desde una simple organización funcional hacia una un poco más compleja separada por Centros de Costos más allá de los existentes, ya que la definición de estos centros de responsabilidad permite identificar el input y output, con el objeto de tener un control más preciso del uso de los recursos y de su gestión. Adicionalmente, existe una discusión seria respecto a considerar si la evolución del hospital debería tender hacia hacer tratar las actividades mencionadas como Centros de Utilidad, lo cual se cuestionaría por las siguientes razones:

- Porque el “negocio” no necesariamente está en cada unidad por separado, dado que existen varias actividades que intervienen en el proceso de atención médica. Por ejemplo, se podría obtener utilidades por realizar una cirugía y pérdidas por hospitalización del mismo paciente, y seguir siendo rentable como conjunto
- Porque eventualmente puede tenerse pérdidas con los beneficiarios y por clientes sin recursos, sin ir en desmedro de algunos de los objetivos de la organización, dada su naturaleza no lucrativa

- Por obligación ética
- Complejidad para establecer precios de transferencia e ineficiencias para su traspaso de una unidad a otra

No obstante las razones previas, podría considerarse un esquema de Unidades Estratégicas de Negocio (UEN), siempre que no se pierda la misión, y más bien se gane en el cumplimiento de ésta, y se tenga presente que el objetivo es separar las áreas en unidades divisibles y con gestión autónoma, para que haya una especialización en el desempeño de cada uno, sin perjuicio de poder hacer un “benchmarking” interno, fomentando algún grado de competitividad. Para que pueda segmentarse en varias UEN, Hosmil no debe dejar de lado los motivos planteados anteriormente (negocios aislados, utilidad segregable por unidad, ética y complejidad). El lado ético se aclara si se entiende la misión del Hospital; los otros requisitos se pueden sostener con una maqueta de UEN como la que se presenta a continuación, disgregando el total de la estructura organizacional por mercados objetivos, ya que cada uno es separable en la medida en que se conoce el origen de un paciente desde que llena la ficha técnica, y existen algunos objetivos esperados distintos de cada uno. Estos mercados son:

- 1.- Clientes beneficiarios
- 2.- Pacientes externos
- 3.- Oferentes de salud

El primero se diferencia de los otros dos en que son la razón de la existencia de la organización, por lo que la atención a los demás se debe en parte a ellos; de los mercados dos y tres se espera conseguir rentabilidad.

Los oferentes de salud se distinguen de los otros en la gestión “intercorporativa” necesaria, relacionada más con la investigación y desarrollo de proyectos para atender a los otros centros de salud.

Los pacientes externos tienen un poco de cada mercado objetivo: son pacientes individuales, pero se desea un beneficio lucrativo de ellos, dentro de lo posible, sin olvidar, claro, la labor social.

Sin embargo, al abrirse al mercado, Hosmil pierde grados de libertad para decidir dar tratos distintivos hacia sus “clientes preferenciales”; si el Hospital desea competir por ganar algún porcentaje de pacientes externos, pues debe ofrecer un servicio de calidad, por lo que se ve obligado a satisfacer sus requerimientos. Es por esto, que cada cliente es significativo, tomando en cuenta que cada uno tiene su lugar. Así, recogiendo el modelo de BSC que enseña Niven (2003) de aquella división de la marina de los Estados Unidos, se puede considerar a los clientes externos –tanto los oferentes de salud como los pacientes que no sean beneficiarios militares- como medios financiadores, ubicados como una condición necesaria para alcanzar las atenciones relacionadas con la misión de la organización.

IV.1.3 Proceso de cascada del Balanced Scorecard para el Hospital

Militar

Como una forma de poder ordenar el diseño del BSC, éste debe desglosarse en varios cuadros distintos posteriormente vinculados entre sí, para poder contar con objetivos e indicadores más específicos que permitan evaluar y comunicar mejor la estrategia a lo largo y ancho de la organización. Así, se propone un “BSC Global para Hosmil”, ligado en la medida de lo posible, por cierto, al CMI Corporativo del Ejército, a través de los objetivos esperados por éste del Hospital, incluyendo la asignación del presupuesto. Luego, del “BSC Global” se derivan tres CMI, uno para cada UEN definida, todavía con objetivos e indicadores estratégicos (al tratarse de UEN), como parte de un auténtico control de gestión.

Después, un poco más relacionado con un control de tareas para servir al control de gestión, de cada CMI se ramifican varios tableros con indicadores operativos. Debe haber tantos tableros como programas posea dicha UEN, integrándose estos programas como centros de costos, ordenados como la cadena de valor, por actividades, en una relación causa-efecto horizontal, en dirección a su flujo de procesos. Estos centros de costos poseen sus propias perspectivas Financiera, del Cliente, Procesos Internos y Recursos (Aprendizaje y Crecimiento), como un BSC ordinario. Cada actividad se subdivide en las especialidades médicas correspondientes, medidas con indicadores de tareas (operativos), y en departamentos y zonas de staff, relacionados directamente con la atención de salud (enfermería, por ejemplo) o indirectamente. Dadas las limitaciones justificadas en el punto I.6, no se profundizó en realizar un tablero de mando operativo ni en proponer indicadores operativos más allá de los encontrados en la sección III.3.6.

Ordenando el esquema, cada especialidad es evaluada en cuanto a sus servicios, personal, cumplimiento del presupuesto y atención al cliente. Luego, se juntan los indicadores en su centro de costos respectivo, formando un tablero global por programa de salud, dentro de cada UEN o mercado objetivo. Asimismo, cada UEN determina los resultados de cada objetivo estratégico, y mide los eventuales problemas, localizándose en la perspectiva correspondiente, y adentrándose en el programa y en la etapa respectiva de la cadena de valor (actividad). Es entonces cuando se contrastan los BSC por UEN, y se forma el “BSC Global para Hosmil”.

Para conseguir este esquema integrado, se necesita un sistema de cascada, donde se discuten, partiendo por la misión y la estrategia general, los objetivos primero “desde arriba hacia abajo” (de la cúspide la organización hacia la parte operativa); para posteriormente evaluar el impacto de la organización sobre los objetivos, metas e indicadores propuestos, recibir la retroalimentación (“de abajo hacia arriba”), fomentar la discusión, y hacer las correcciones pertinentes.

La figura 8 muestra el desglose horizontal y vertical, partiendo del BSC Global hasta las áreas medidas con indicadores operativos, separando la organización de obtención de información en 4 niveles jerárquicos (del “A” al “D”), además del BSC Corporativo del Ejército (nivel “0”).

IV.2 Definición de objetivos estratégicos por cada Balanced Scorecard

El modelo que se presenta a continuación está sustentado en base a objetivos globales del plan estratégico, según lo consultado al Director de Gestión Clínica, los que se mencionaron en el capítulo anterior.

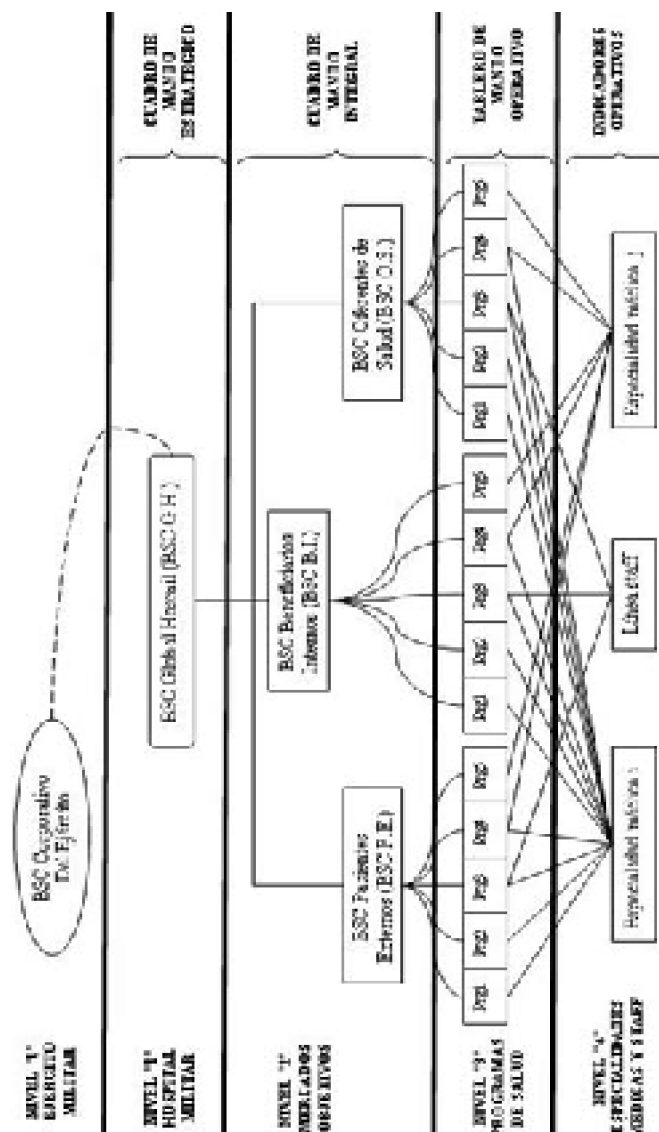


Figura 8: Interrelaciones entre los niveles jerárquicos en Hostil

Fuente: Elaboración propia

Además de lo señalado precedentemente, y dada toda la información recolectada en el marco teórico, se ha llegado a la conclusión de hacer una salvedad en la aplicación de un CMI en Hosmil, ya que no es posible implementar sólo un Balanced Scorecard al

hospital, por la variedad de clientes que demandan su servicio.

Es por lo anterior que se diseñaron cuatro BSC. El primero, general, que contiene todos los objetivos específicos que sirven para cumplir con la planificación estratégica, la misión y la visión de Hosmil en forma global. Los otros son para cada uno de los tres mercados objetivo, que logran identificar objetivos específicos para cada tipo de clientes.

En cada BSC se ha realizado una modificación en la jerarquización de las perspectivas, adaptándolas a las condiciones de cada área. Cabe señalar también, que en algunos casos existe una duplicidad de objetivos estratégicos y correspondientes indicadores entre los CMI.

IV.2.1 Balanced Scorecard Global

Definición de los objetivos

(A.1) Aumentar los fondos desde los Oferentes de Salud y Pacientes Externos

El objetivo que encabeza los cuadros de mando de oferentes de salud y de pacientes externos es el incremento de utilidad. Este aumento, permite el cumplimiento del objetivo de aumentar los fondos que son base para incrementar la calidad de los recursos y procesos internos.

(A.2) Mantener vigente capacitación de personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipo médico

Se busca mantener al día el conocimiento médico, así como también respecto a nuevas prácticas que surgen en el campo e inculcar la cultura de gestión a los procedimientos mediante directrices que apunten a este ámbito. Hay que tener conocimientos actualizados al respecto, de manera de lograr la excelencia en el profesional y en el uso del instrumental médico que le permita lograr eficiencia en su trabajo, y que la nueva cultura de gestión sea clave para el desarrollo de una nueva forma de proceder, tanto en el ámbito médico como gerencial, fomentando la eficiencia.

(A.3) Mejorar calidad de equipamiento en infraestructura de diagnóstico

Mejorar la calidad de equipos que se posee para efectuar diagnósticos permite obtener un uso eficiente y eficaz de ellos, lo que logra que su trabajo se desarrolle de manera normal, obteniendo los beneficios pertinentes al lograr la certeza de los resultados que entrega el equipo. El mejoramiento de calidad pasa tanto por el correcto mantenimiento de la infraestructura como por el reemplazo del instrumental existente.

(A.4) Aumento de la certeza de los diagnósticos

Entregar un diagnóstico certero busca aumentar el número de evaluaciones exitosas y derivaciones de clientes a especialistas adecuados, para que se identifique la eventual enfermedad al primer diagnóstico, se derive a la especialidad correspondiente y se evite que se deba repetir reiteradas veces la atención a un mismo paciente, o se produzcan negligencias.

(A.5) Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas

Se desea contar con recurso humano y técnicas que permitan realizar las

intervenciones lo más exitosamente posible, visto esto como el cumplimiento de la meta propuesta antes de la operación, según el caso, y minimizar las secuelas.

(A.6) Minimización de negligencias médicas

Este objetivo busca minimizar las fallas que puedan ocurrir al momento de realizar una atención, sobre todo si esta falta proviene del recurso humano. El médico al actuar con mayor certeza sobre lo que hace, y bajo un régimen de calidad de la atención integral, puede realizar de mejor forma su tarea, avocando su trabajo a su especialidad misma y no a la solución de problemas inesperados que ocurran en el desarrollo de su trabajo. La idea es cumplir con el compromiso social de los doctores de hacer un trabajo lo más profesional posible, y evitar demandas o procesos indeseados que vayan en desmedro de la calidad de la salud.

(A.7) Incrementar rendimiento eficiente del instrumental médico de las actividades de diagnóstico

Se requiere explotar, en la medida de lo posible, la capacidad de los recursos de equipamiento de manera eficiente, lo que significa que no haya capacidad ociosa, así como que no se utilicen las máquinas cuando no corresponde, por una falla de diagnóstico. El sobre uso tampoco es apropiado.

(A.8) Aumento de productividad del personal médico

Se desea, paralelamente, incrementar la capacidad efectiva por unidad de tiempo del recurso humano, sin perjudicar su calidad, para evitar despilfarros costosos ni producir molestias o atrasos en el resto de las unidades.

(A.9) Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero

Usando eficientemente los recursos, se puede dar atención programada a la gente, logrando disminuir las esperas y atochamientos que se producen en los servicios. Asimismo, la capacitación del recurso humano con el consecuente aumento de productividad que eso genera, ayuda al cumplimiento mediante una atención expedita y ordenada de los clientes, lo que permite organizar la distribución de recursos para la atención.

Se procura aumentar la cuota de mercado en aquellos clientes que no son beneficiarios para no subutilizar la infraestructura, mejorar la gestión de costos y conseguir más recursos frescos con los que puede contar el hospital.

(A.11) Cumplimiento del presupuesto según capacity planning de equipamiento médico

El objetivo es cumplir las estimaciones por cantidades de infraestructura, para alcanzar el objetivo global de crecimiento armónico, y abastecer la demanda. El apoyo de capacity planning es útil para chequear que las entradas de equipamiento correspondan a los plazos óptimos planificados. Sin embargo, se debe ejecutar un chequeo continuo del plan, para adaptarlo a las circunstancias, analizando la causa de las fallas.

(A.12) Minimizar los costos operacionales totales

Mejorar la gestión de costos es un objetivo importante, puesto que permite cumplir la

política de mantener las tarifas simétricas a los costos, para el caso de los beneficiarios y obtener rentas de los clientes externos. De esta forma, se cumple la misión de aumentar la preferencia de los beneficiarios con mejores servicios y mejores precios. Esto se logra mediante el mejor aprovechamiento de los recursos dado los aprendizajes adquiridos y al uso eficiente del recurso humano en cada atención.

(A.13) Mantener tarifas preferenciales para clientes beneficiarios

Se quiere siempre ofrecer a los beneficiarios un precio menor en comparación al mercado, una tarifa preferencial, la cual va estrechamente ligada a los costos en que se incurra en el servicio entregado. La intención es que el beneficiario perciba la diferencia en el precio que paga, justificando su condición.

(A.14) Aumento de la percepción de los beneficiarios de satisfacción integral del servicio

Todos los objetivos anteriores buscan el cumplimiento del objetivo de aumentar en todos los beneficiarios la percepción de satisfacción integral del servicio. La satisfacción se consigue de manera integral entre las tarifas, la calidad de la atención y la disminución de los tiempos.

(A.15) Aumento de la percepción de los clientes externos de satisfacción integral del servicio

Remítase al objetivo A.14 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos y los llegados a través de los oferentes de salud.

IV.2.1.1 Perspectivas del Balanced Scorecard Global

Para el BSC Global, se definen las siguientes perspectivas:

Perspectiva de los Recursos: equivalente a la de “Aprendizaje y crecimiento”, salvo que enfatiza más en todos los factores productivos necesarios para el funcionamiento de Hosmil, los cuales son financieros (dependiendo del caso), RRHH e infraestructura y tecnología, puesto que forman parte de los FCE de un hospital

Perspectiva de los Proceso Internos: similar a la propuesta en el modelo tradicional

Perspectiva Financiera: similar a la propuesta en el modelo tradicional

Perspectiva del Cliente: similar a la propuesta en el modelo tradicional. Incluye la satisfacción de los pacientes beneficiarios, pacientes externos y los oferentes de salud

El orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto se muestra en la figura 9, vinculándose también con el ámbito estratégico:

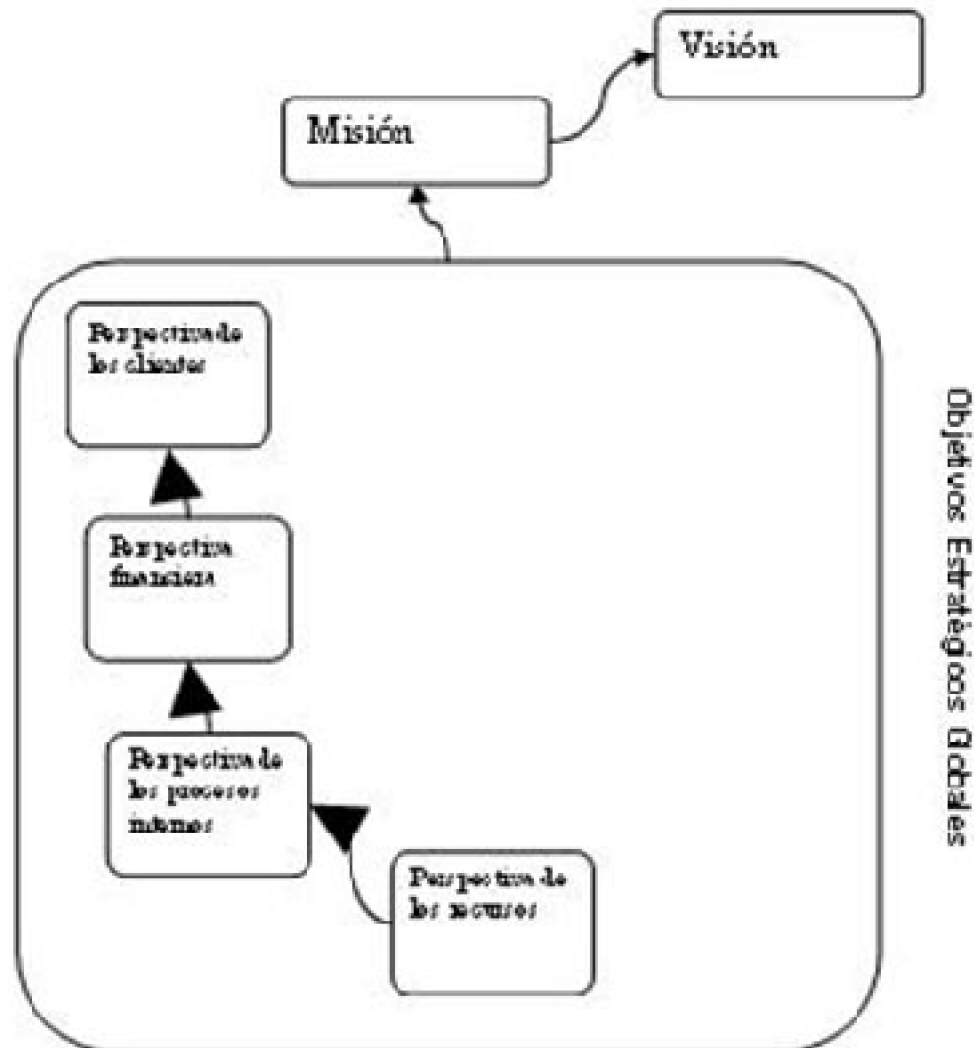


Figura 9: Orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto para el Balanced Scorecard Global

Fuente: Elaboración propia

Este orden lógico sufre una alteración con respecto al modelo tradicional, invirtiendo la perspectiva del Cliente con la Financiera, debido básicamente a que, para Hosmil, la satisfacción del cliente es el fin que se logra con una buena gestión financiera que administre adecuadamente los recursos, esencialmente mediante presupuestos y gestión de costos.

PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
CLIENTES	15. Aumento de la percepción de los clientes externos de satisfacción integral del servicio 14. Aumento de la percepción de los beneficiarios de satisfacción integral del servicio 13. Mantener tarifas preferenciales para clientes beneficiarios
FINANCIERA	12. Minimizar los costos operacionales totales 11. Cumplimiento del presupuesto según capacity planning de equipamiento médico 10. Incrementar la participación de mercado de clientes externos
PROCESOS INTERNOS	9. Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero 8. Aumento de productividad del personal médico 7. Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico 6. Minimización de negligencias médicas 5. Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas 4. Aumento de la certeza de los diagnósticos
RECURSOS	3. Mejorar calidad de equipamiento en infraestructura de diagnóstico 2. Mantener vigente capacitación de personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipo médico 1. Aumentar los fondos desde los Oferentes de Salud y Pacientes Externos

Tabla 2: Cuadro resumen de objetivos por perspectiva del Balanced Scorecard Global

Fuente: Elaboración propia

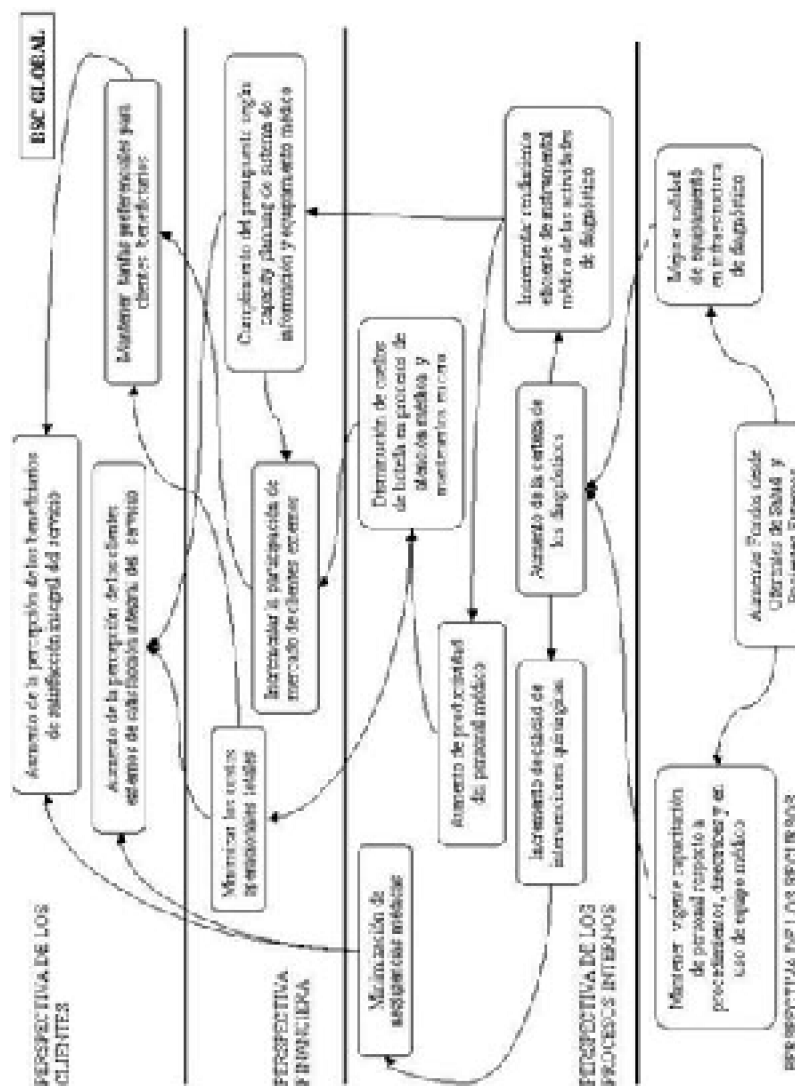


Figura 10: Modelo causa-efecto de los objetivos del Balanced Scorecard Global
Fuente: Elaboración propia

IV.2.2 Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios

Definición de los objetivos

(B.1.1) Mantener vigente la capacitación del personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipamiento médico

Remítase al objetivo A.2 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.2) Mejorar calidad de equipamiento en infraestructura de diagnóstico

Remítase al objetivo A.3 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes

beneficiarios.

(B.1.3) Disminuir el Impacto negativo de la capacitación del RRHH en ambiente de trabajo

Paralelamente se capacita el RRHH, surge el riesgo de incrementar deserciones producto de la adversidad a los cambios en los modos de proceder de los médicos y el staff médico. Por ello, se requiere políticas que contrapesen este efecto, mediante un mejor ambiente de trabajo y una internalización de la relevancia de las capacitaciones y de la importancia del personal para la organización.

(B.1.4) Aumento de la certeza de los diagnósticos

Remítase al objetivo A.4 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.5) Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas

Remítase al objetivo A.5 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.6) Minimización de negligencias médicas

Remítase al objetivo A.6 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.7) Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico

Remítase al objetivo A.7 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.8) Aumento de productividad del personal médico

Remítase al objetivo A.8 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.9) Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero

Remítase al objetivo A.9 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.10) Minimizar los costos operacionales asignados a los beneficiarios

Remítase al objetivo A.12 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.11) Cumplir con el presupuesto de infraestructura asignado a beneficiarios

Remítase al objetivo A.11 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.12) Mantener tarifas preferenciales para los beneficiarios

Remítase al objetivo A.13 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

(B.1.13) Aumento de la percepción de los beneficiarios de satisfacción integral

del servicio

Remítase al objetivo A.14 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes beneficiarios.

IV.2.2.1 Perspectivas del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios

Para este BSC, se definen las siguientes perspectivas:

Perspectiva de los Recursos: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo la gestión de recursos necesarios para atender los beneficiarios

Perspectiva de los Proceso Internos: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo los procesos internos realizados para satisfacer a los beneficiarios

Perspectiva Financiera: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo la gestión financiera relativa a los procesos vinculados a los beneficiarios

Perspectiva del Beneficiario: similar a la propuesta en el BSC Global, pero se constituye sólo por los clientes beneficiarios

El orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto se muestra en la figura 11, vinculándose también con el ámbito estratégico:

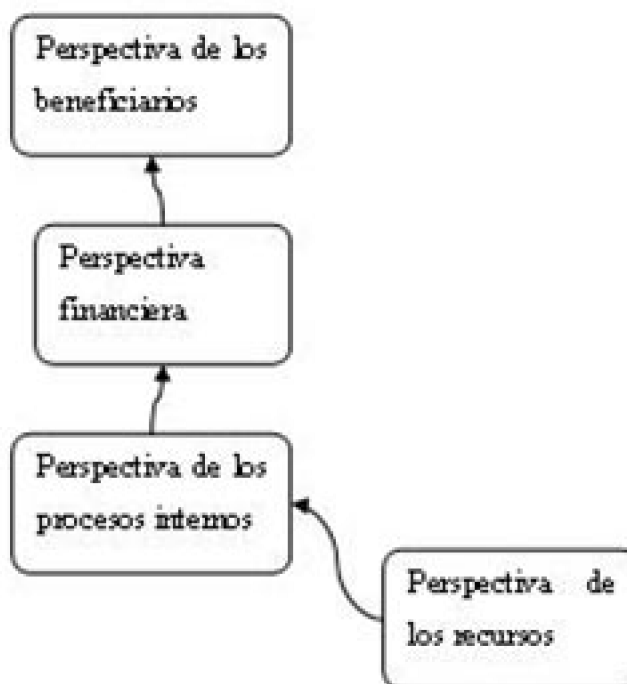


Figura 11: Orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto para el Balanced Scorecard de los Beneficiarios

Fuente: Elaboración propia

Este orden lógico también sufre una alteración con respecto al modelo tradicional, invirtiendo la perspectiva del Cliente con la Financiera, debido a que la satisfacción del beneficiario es el objetivo que se logra con una buena gestión financiera que administre

apropiadamente los recursos.

PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
BENEFICIARIOS	13. Aumento de la percepción de los beneficiarios de satisfacción integral del servicio 12. Mantener tarifas preferenciales para los Beneficiarios
FINANCIERA	11. Cumplir con el presupuesto de infraestructura asignado a Beneficiarios 10. Minimizar los costos operacionales asignados a los Beneficiarios
PROCESOS INTERNOS	9. Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero 8. Aumento de productividad del personal médico 7. Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico 6. Minimización de negligencias médicas 5. Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas 4. Aumento de la certeza de los diagnósticos
RECURSOS	3. Disminuir el impacto negativo de la capacitación del RRHH en ambiente de trabajo 2. Mejorar calidad de equipamiento en infraestructura de diagnóstico 1. Mantener vigente la capacitación del personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipamiento médico

Tabla 3: Cuadro resumen de objetivos por perspectiva del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios

Fuente: Elaboración propia

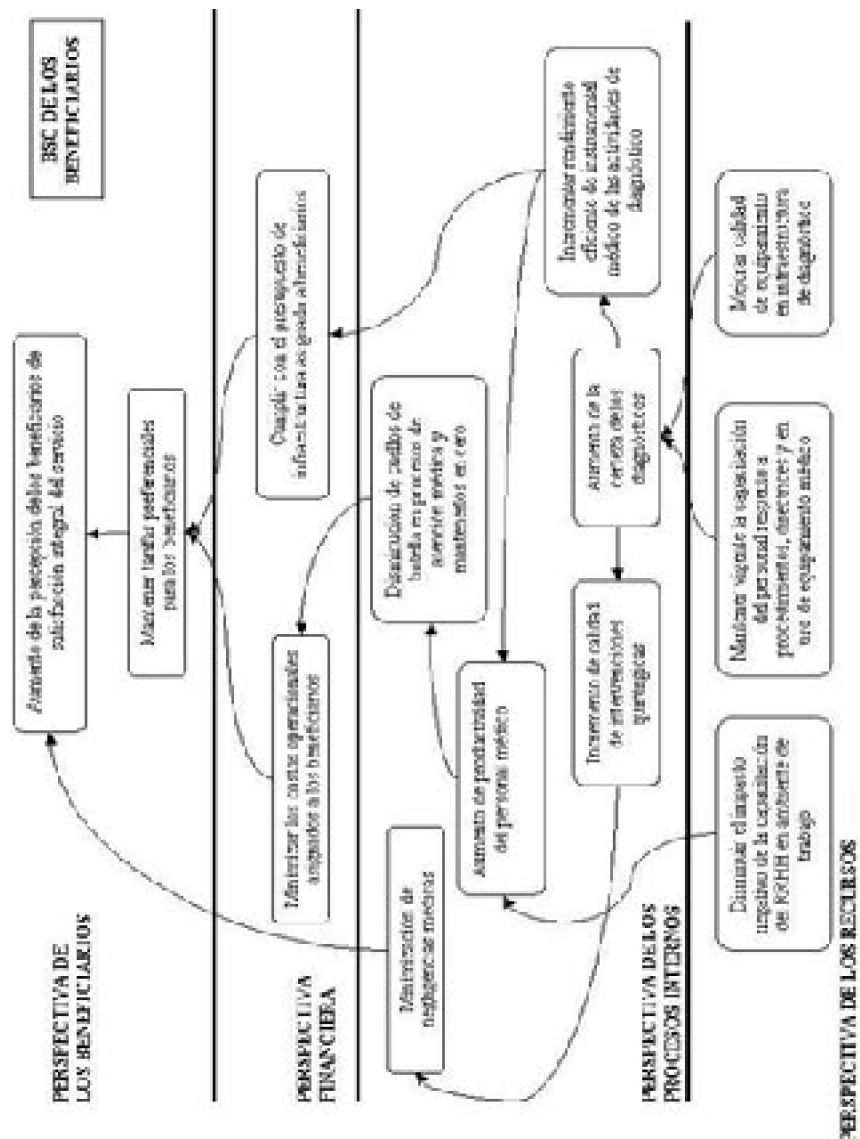


Figura 12: Modelo causa-efecto de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocios de los Beneficiarios

Fuente: Elaboración propia

IV.2.3 Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos

Definición de los objetivos

(B.2.1) Mantener vigente la capacitación del personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipamiento médico.

Remítase al objetivo A.2 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.2) Mejorar calidad y cantidad de equipamiento en infraestructura de

diagnóstico.

Remítase al objetivo A.3 con la salvedad de que se está bajo el contexto de los pacientes externos, y de que se requiere incrementar la infraestructura para abastecer la demanda creciente.

(B.2.3) Disminuir el Impacto negativo de la capacitación del RRHH en ambiente de trabajo.

Remítase al objetivo B.1.3 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.4) Aumento de la certeza de los diagnósticos

Remítase al objetivo A.4 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.5) Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas

Remítase al objetivo A.5 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.6) Minimización de negligencias médicas

Remítase al objetivo A.6 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.7) Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico

Remítase al objetivo A.7 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.8) Aumento de productividad del personal médico

Remítase al objetivo A.8 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.9) Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero

Remítase al objetivo A.9 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.10) Mejorar la percepción de los clientes de satisfacción integral del servicio

Remítase al objetivo A.14 con la salvedad de que la satisfacción de los pacientes externos puede incluir procurar reducir las tarifas, pero sólo a un precio competitivo.

(B.2.11) Minimizar los costos operacionales asignados a los Pacientes Externos

Remítase al objetivo A.12 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes externos.

(B.2.12) Cumplir con el presupuesto de infraestructura asignado a Clientes Externos

Remítase al objetivo A.11 con la salvedad que está bajo el contexto de los pacientes

externos.

(B.2.13) Incremento de la Utilidad Neta

La consecución de utilidades es el objetivo esperado de los clientes externos, como estos pacientes, para poder reinvertir recursos para crecer y mejorar la calidad de Hosmil, además de cubrir otros gastos no cubiertos por los otros mercados objetivo.

IV.2.3.1 Perspectivas del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos

Para este BSC, se definen las siguientes perspectivas:

Perspectiva de los Recursos: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo la gestión de recursos necesarios para atender los pacientes externos

Perspectiva de los Proceso Internos: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo los procesos internos realizados para satisfacer a los pacientes externos

Perspectiva del Paciente Externo: similar a la propuesta en el BSC Global para el cliente, pero se constituye sólo por los pacientes externos

Perspectiva Financiera: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo la gestión financiera relativa a los procesos vinculados a los pacientes externos

El orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto se muestra en la figura 13, vinculándose también con el ámbito estratégico:

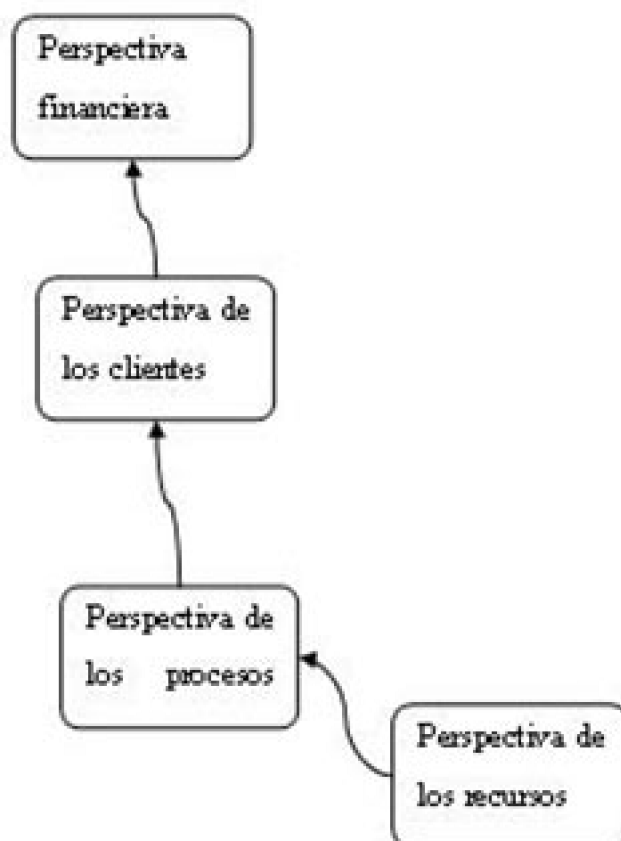


Figura 13: Orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto para el Balanced Scorecard de los Pacientes Externos

Fuente: Elaboración propia

Este orden lógico no sufre una alteración con respecto al modelo tradicional, debido a que la satisfacción del paciente, si bien es parte del compromiso social de Hosmil, es el medio que se requiere para una buena gestión financiera que administre apropiadamente los recursos y que obtenga como fin utilidades económicas para mejorar la calidad integral del hospital.

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
FINANCIERA	14. Incrementar la Utilidad Neta 13. Minimizar los costos operacionales asignados a los Oferentes de Salud 12. Aumentar demanda de los servicios para los Oferentes de Salud
OFERENTES DE SALUD	11. Aumentar la satisfacción de los Oferentes de Salud
PROCESOS INTERNOS	10. Minimización de negligencias medicas 9. Cumplimiento de plazos de entrega para los Oferentes de Salud 8. Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica vinculada a los proyectos, y mantenerlos en cero 7. Incrementar la calidad y el rendimiento eficiente de actividades vinculadas a los proyectos 6. Incrementar la eficiencia de la gestión de marketing corporativo 5. Aumentar la certificación y/o el reconocimiento de calidad en las actividades vinculadas a los proyectos 4. Maximizar los resultados positivos y las aprobaciones de las evaluaciones de la implementación de las actividades de los proyectos
RECURSOS	3. Aumentar capacitación del RRHH en conocimiento, métodos y en uso de equipo del proyecto a desarrollar 2. Mantener vigente la infraestructura y tecnología, con apoyo de SVT, según el diseño del capacity planning para cumplir los requerimientos de los proyectos para los Oferentes de Salud 1. Incrementar desarrollo de proyectos según resultado de la investigación de necesidades de Oferentes de Salud

Tabla 4: Cuadro resumen de objetivos por perspectiva del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos

Fuente: Elaboración propia

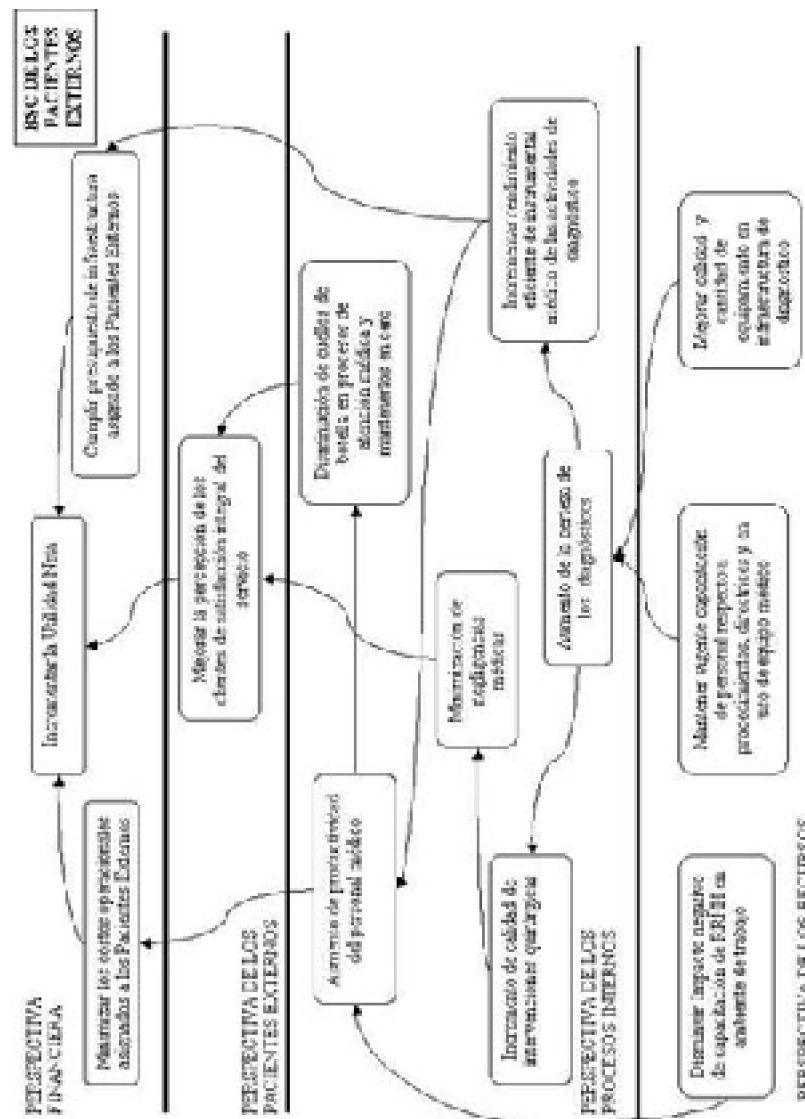


Figura 14: Modelo causa-efecto de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos

Fuente: Elaboración propia

IV.2.4 Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud

Definición de los objetivos

(B.3.1) Incrementar el desarrollo de proyectos según resultados de la investigación de necesidades de Oferentes de la Salud.

Para atender las necesidades de los oferentes, se requiere de una investigación más técnica, apoyada incluso por el SVT, y buscando desarrollar proyectos que satisfagan sus requerimientos. Un aumento constante consigue vender nuevos productos que pueden tener resultados positivos.

(B.3.2) Mantener vigente la infraestructura y tecnología, con apoyo de un SVT, según el diseño del capacity planning, para cumplir requerimientos de los proyectos para los Oferentes de Salud

El capacity planning debe incorporar los nuevos proyectos, y abastecerlos, con constante apoyo del SVT, el cual debe permitir detectar tecnologías y prácticas recientes y novedosas. La infraestructura debe estar incluyéndose en el momento preciso, para no generar colas en los proyectos desarrollados.

(B.3.3) Aumentar capacitación del RRHH en conocimiento, métodos y en uso de equipos del proyecto a desarrollar

Remítase a objetivo A.3, pero se exige más conocimiento nuevo, del tipo de ir a seminarios, reunirse con los proveedores de tecnología, puesto que se trata probablemente en buena parte de nuevos recursos para Hosmil, de los que no se disponía, refiriéndose tanto a la información como a los materiales.

(B.3.4) Maximizar los resultados positivos y las aprobaciones de las evaluaciones de la implementación de las actividades de los proyectos

Los proyectos deben evaluarse integralmente conforme se desarrollan e implementan, para corregir las fallas antes de comercializarlos más masivamente dentro de los oferentes de salud. Debe aprobarse cada ítem global, que abarca varios aspectos de una encuesta por proyecto.

(B.3.5) Aumentar la certificación y/o el reconocimiento de calidad en las actividades vinculadas a los proyectos

En la medida en que se certifique o reconozca la calidad de alguna forma, se logran dos cosas: mejorar la calidad y estandarizarla, y aumentar la confianza de los clientes. Debe procurarse certificarse cada proceso del proyecto que valga la pena certificar.

(B.3.6) Incrementar la eficiencia de la gestión de marketing corporativo

La certificación permite pasar a una comercialización. Ésta debe entregar lo que pide la demanda, para venderse exitosamente. Por tanto, se pide una gestión de marketing que incremente los ingresos sobre los costos de esta gestión. Esto pasa por presentar el proyecto, hacerlo conocido y promover sus ventajas.

(B.3.7) Incrementar la calidad y el rendimiento eficiente de actividades vinculadas a los proyectos

Remítase al objetivo A.7, salvo que la calidad también es vital para contar con ventajas comparativas

(B.3.8) Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica vinculada a los proyectos, y mantenerlos en cero.

Remítase al objetivo A.9 con la salvedad que está bajo el contexto de los oferentes de salud.

(B.3.9) Cumplimiento de plazos de entrega para los Oferentes de la Salud.

Parte de la calidad del producto se encuentra al cumplir los plazos que eviten cuellos de botella para los clientes que también son instituciones de salud. Muchas veces, es por

eso que se contrata a Hosmil.

(B.3.10) Minimización de negligencias médicas

Remítase al objetivo A.6 con la salvedad que está bajo el contexto de los oferentes de salud.

(B.3.11) Aumentar la satisfacción de los Oferentes de Salud.

Su satisfacción depende de cumplir los plazos, y ofrecer un servicio mejor, más eficiente o más barato de lo que le cuesta a los competidores. Debe evaluarse y recogerse las observaciones que consigan mejoras internas para el proyecto.

(B.3.12) Aumentar demanda de los servicios para los Oferentes de Salud.

Remítase al objetivo A.10 con la salvedad que está bajo el contexto de los Oferentes de Salud.

(B.3.13) Minimizar los costos operacionales asignados a los Oferentes de Salud

Remítase al objetivo A.12 con la salvedad que está bajo el contexto de los oferentes de salud.

(B.3.14) Incremento de la Utilidad Neta

Remítase al objetivo B.2.13 con la salvedad que está bajo el contexto de los oferentes de salud.

IV.2.4.1 Perspectivas del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud

Para este BSC, se definen las siguientes perspectivas:

Perspectiva de los Recursos: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo la gestión de recursos e investigación de proyectos necesarios para atender a los oferentes de salud

Perspectiva de los Proceso Internos: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo los procesos internos realizados para desarrollar proyectos que satisfagan a los oferentes de salud

Perspectiva del Paciente Externo: similar a la propuesta en el BSC Global para el cliente, pero se constituye sólo por los oferentes de salud

Perspectiva Financiera: equivalente a la mostrada en el BSC Global, pero incluye sólo la gestión financiera relativa a los procesos vinculados a los oferentes de salud

El orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto se muestra en la figura 15, vinculándose también con el ámbito estratégico.

Este orden lógico, al igual que el del BSC de los Pacientes Externos, tampoco sufre una alteración con respecto al modelo tradicional, debido a que la satisfacción de los oferentes de salud, si bien es parte del compromiso social de Hosmil, es el medio que se requiere para obtener como fin utilidades económicas para mejorar la calidad integral del hospital.

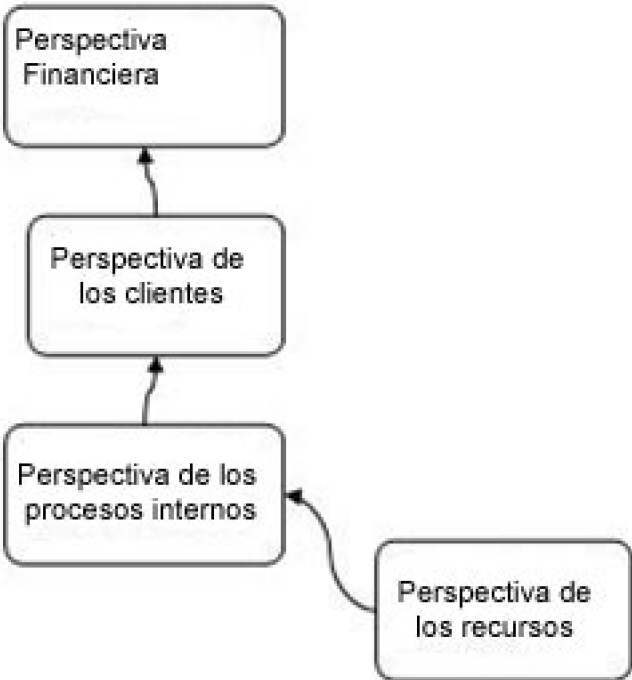


Figura 15: Orden lógico de las perspectivas según las relaciones causa-efecto para el Balanced Scorecard de los Oferentes de Salud

Fuente: Elaboración propia

PERSPECTIVAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
FINANCIERA	14. Incrementar la Utilidad Neta 13. Minimizar los costos operacionales asignados a los Oferentes de Salud 12. Aumentar demanda de los servicios para los Oferentes de Salud
OFERENTES DE SALUD	11. Aumentar la satisfacción de los Oferentes de Salud
PROCESOS INTERNOS	10. Minimización de negligencias medicas 9. Cumplimiento de plazos de entrega para los Oferentes de Salud 8. Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica vinculada a los proyectos, y mantenerlos en cero 7. Incrementar la calidad y el rendimiento eficiente de actividades vinculadas a los proyectos 6. Incrementar la eficiencia de la gestión de marketing corporativo 5. Aumentar la certificación y/o el reconocimiento de calidad en las actividades vinculadas a los proyectos 4. Maximizar los resultados positivos y las aprobaciones de las evaluaciones de la implementación de las actividades de los proyectos
RECURSOS	3. Aumentar capacitación del RRHH en conocimiento, métodos y en uso de equipo del proyecto a desarrollar 2. Mantener vigente la infraestructura y tecnología, con apoyo de SVT, según el diseño del capacity planning para cumplir los requerimientos de los proyectos para los Oferentes de Salud 1. Incrementar desarrollo de proyectos según resultado de la investigación de necesidades de Oferentes de Salud

Tabla 5: Cuadro resumen de objetivos por perspectiva del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud

Fuente: Elaboración propia

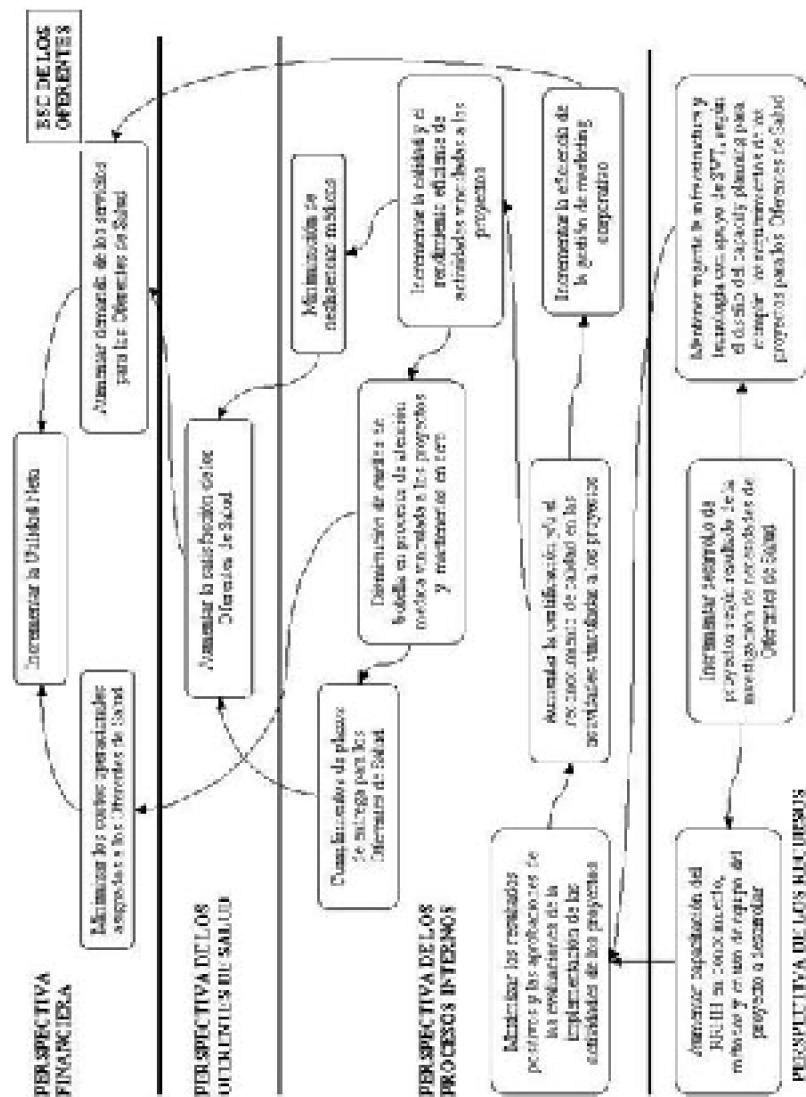


Figura 16: Modelo causa-efecto de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud

Fuente: Elaboración propia

IV.2.5 Vínculos entre objetivos de cada Balanced Scorecard del nivel “B” con el Cuadro de Mando Estratégico Global

El BSC Global es una consecuencia, “desde arriba”, de las estrategias globales estipuladas de acuerdo a la misión y visión de Hosmil; pero también es un efecto, “desde abajo”, de la agrupación de objetivos de cada BSC por mercados objetivo. Así, los objetivos del BSC Global se explican de ciertos fenómenos ocurridos en el nivel “B”. A continuación, se exhibe los orígenes de los objetivos estratégicos del BSC Global por perspectiva.

Perspectiva de los Recursos

La figura 17, muestra cómo el objetivo de aumento de los fondos disponibles proviene de la rentabilidad de las áreas consideradas de negocio, como lo son los Pacientes Externos y los Oferentes de Salud.

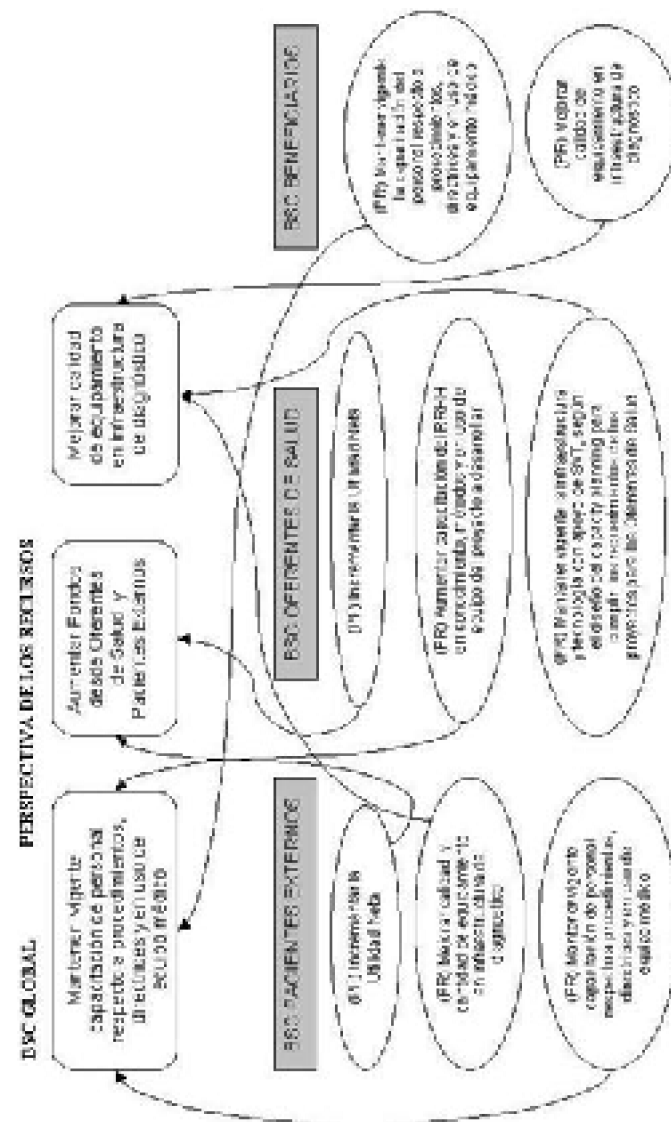


Figura 17: Relación Balanced Scorecard Global con los específicos en la perspectiva de los Recursos

Fuente: Elaboración propia

Perspectiva de los Procesos Internos

La figura 18 muestra cómo el aumento en la productividad del personal médico proviene de la eficiencia de la capacitación de los otros BSC.

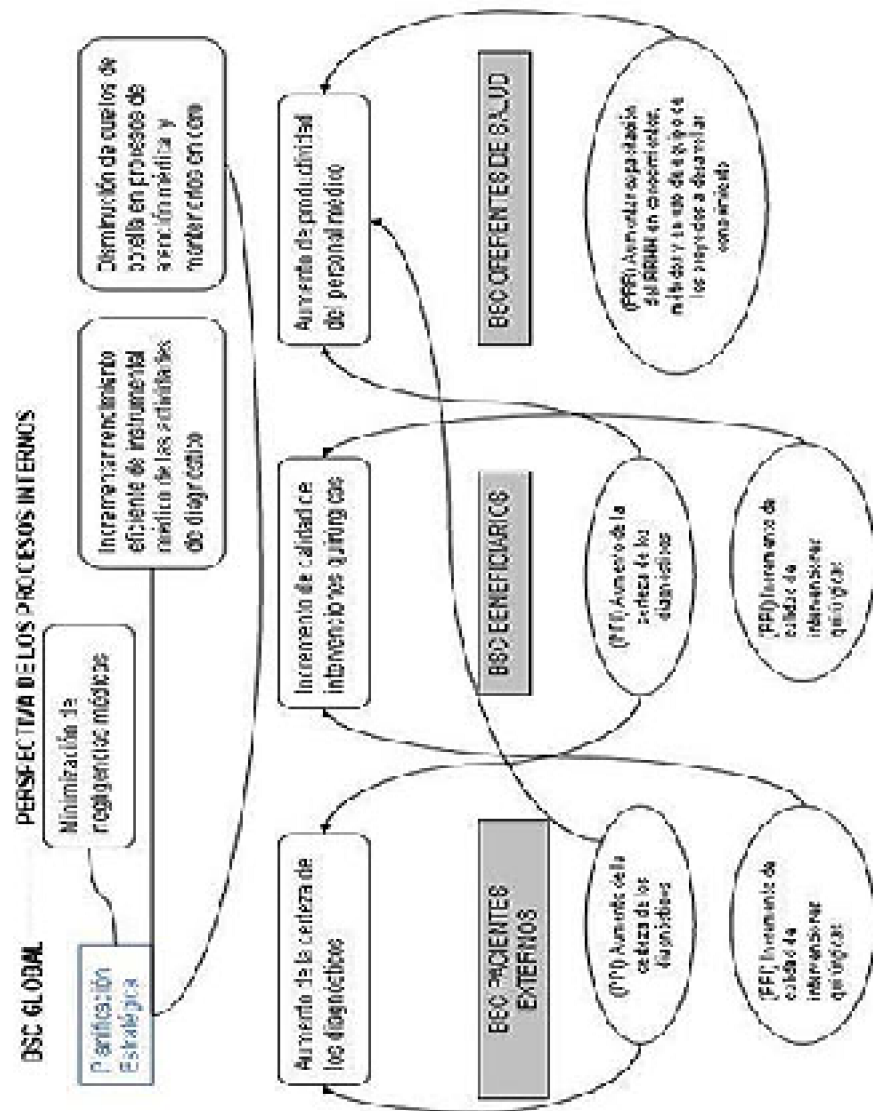


Figura 18: Relación Balanced Scorecard Global con los específicos en la perspectiva de los Procesos Internos

Fuente: Elaboración propia

Perspectiva Financiera

La figura 19 muestra cómo los objetivos financieros de los BSC de cada mercado objetivo se ligan con los objetivos del BSC Global.

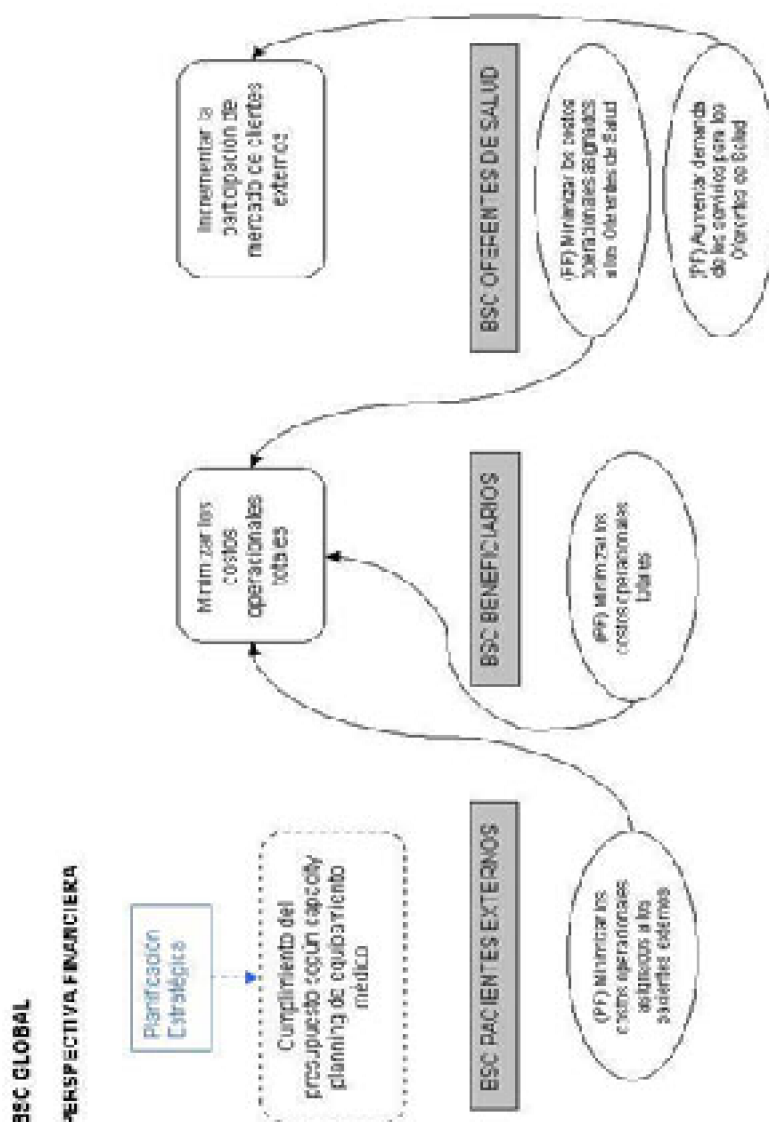


Figura 19: Relación Balanced Scorecard Global con los específicos en la perspectiva Financiera

Fuente: Elaboración propia

Perspectiva del Cliente

La figura 20 muestra la relación existente entre todos los tipos de clientes con el BSC Global.

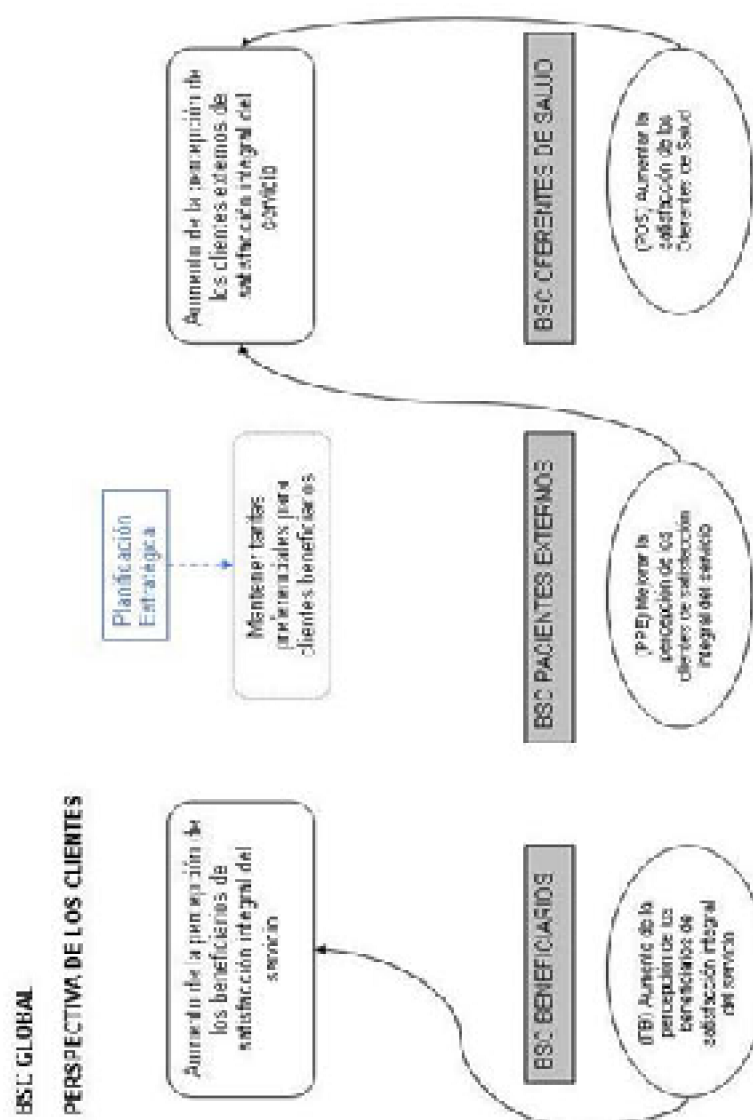


Figura 20: Relación Balanced Scorecard Global con los específicos en la perspectiva de los Clientes

Fuente: Elaboración propia

IV.3 Medición y evaluación del cumplimiento de los objetivos

A continuación, se presenta los indicadores por objetivo, dentro de una ficha “tipo”, que contiene los datos relevantes. En el ítem que señala los sistemas de control asociados al indicador dentro del BSC, vale agregar que, como se supone que los CMI van a funcionar como un sistema de control interactivo, este control se presume existente como tal en cada objetivo y, por tanto, en cada indicador.

También se incluye controles complementarios que apoyan la labor del BSC, ya que debe tenerse en cuenta que éste no puede ser la única herramienta de acción estratégica, y que el CMI debe alimentarse y cruzarse con otros métodos, indicadores, informes, procedimientos, etc. Ahora bien, para los controles complementarios, se hace la salvedad cuando contenga algún control interactivo, como cualquier otro sistema de control más.

IV.3.1 Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard Global

Perspectiva de los Recursos

(A.1) Aumentar los fondos desde los Oferentes de Salud y Pacientes Externos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Fondos frescos disponibles

Nomenclatura: FFD

Fórmula:

UN paciente externo + UN oferente de salud

Donde:

UN = Utilidad neta = Ingresos totales mercado objetivo – costos operativos directos reales – costos operativos asignados – costos administrativos asignados

Explicación: Mide el total de fondos que se obtienen de sus mercados objetivos distintos a los beneficiarios, visto como una suma de las utilidades disponibles para la reinversión.

Tendencia deseada: Crecimiento

Valor deseado: Desde un mínimo que contribuya a cubrir el presupuesto planificado, hacia un monto dependiente de las restricciones legales (tarifas), de mercado, etc. También esta restringido por aquel punto en donde empieza a obstruirse la entrega de un servicio de calidad a los beneficiarios.

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límites de los negocios.

Origen(es) de la información: Estados Financieros

Sistema de medición complementario

Descripción: Proyecciones de utilidades según tendencias y conducta del mercado; pruebas sustantivas de auditoría que certifiquen razonabilidad de los saldos contabilizados en las cuentas de disponibles; pruebas de cumplimiento que garanticen la retención y custodias de montos vendidos; eficiencia de la gestión de cobranzas, a través de metas de plazos de cobrabilidad, según las características del cliente; análisis de control financiero, como flujo de caja y punto de equilibrio de clientes externos; asignación eficiente de costos (ABC).

Sistema(s) de control asociado(s): Interactivo, diagnóstico y límites de los

negocios.

(A.2) Mantener vigente capacitación de personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipo médico

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de incumplimiento de plan de capacitación

Nomenclatura: TIPC

Fórmula:

$$\frac{\sum_i^n |\Delta^- HC_i|}{HP} * 100$$

Donde:

$$|\Delta^- HC_i|$$

= Son los valores absolutos de las desviaciones negativas (diferencia entre horas efectivas de capacitación y horas presupuestadas, sólo en cada caso de los departamentos en los que las efectivas sean menores a las presupuestadas) en horas. Se asume igual a cero cada desviación nula o favorable

HP = Horas fijadas en el plan de capacitación al mes

n = Es el numero de departamentos en las que se aplica el plan de capacitación

Explicación: Mide el porcentaje de horas de capacitación que no se hayan realizado al mes con respecto a las horas establecidas en la planificación pertinente. Es importante recordar que el plan de capacitación contiene un calendario de instrucción en lo que respecta a uso de equipamiento, aprendizaje relacionado con las labores correspondientes y adiestramiento de los médicos en cultura de gestión. Debe revisarse con alta frecuencia con el objeto de corregir los incumplimientos en capacitación el próximo período. También es relevante entender que la distribución de las horas por departamento es fundamental, por lo que los aumentos en la capacitación en un departamento no pueden compensar las bajas en otros; es por eso que se toma en cuenta sólo las desviaciones negativas, y por área, en vez de totales.

Valor deseado: 0

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Creencias, diagnóstico.

Origen(es) de la información: Plan de Capacitación, Departamento de RRHH, quien debe recoger los informes de capacitación de cada área.

Sistema de medición complementario

Descripción: Creación, corrección y difusión de normativa, manuales de uso y de

manuales de procedimientos, observaciones de los informes de capacitación.

Sistema(s) de control asociado(s): Límite de los negocios.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de fracaso en evaluación de aprendizaje de las capacitaciones

Nomenclatura: TFEAC

Fórmula:

$$\sum_i^n (E|_i * |R_i)$$

Donde:

$E|_i$ = Evaluación insatisfactoria en la actividad i

$|R_i$ = Importancia relativa de la capacitación en la actividad

Explicación: Es una media ponderada de las capacitaciones evaluadas negativamente según una importancia relativa que se le asigna a cada ítem de adiestramiento. Dicha importancia relativa depende de la relevancia del área, complejidad y duración del entrenamiento, así como del total de capacitaciones que se incluyeron en el período pertinente. Se asume el valor cero, cuando se evalúa satisfactoriamente.

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Valor deseado: 0

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Informe de capacitación por área para RRHH, en aspecto de puntuaciones y observaciones

Sistema de medición complementario

Descripción: Revisión de aplicación efectiva de normativa y manuales de procedimientos mediante pruebas de cumplimiento (check list), y de aprendizaje en capacitación a través de evaluación de desempeño, observaciones de informe de capacitación.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico y límites de los negocios.

(A.3) Mejorar calidad de equipamiento en infraestructura de diagnóstico

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de incumplimiento de mantenimiento de equipos médicos y laboratorios

Nomenclatura: TCM

Fórmula:

$$\frac{\sum_i^n \Delta MD_i}{MT}$$

Donde:

ΔMD_i = Desviaciones por cantidad desfavorables de los mantenimientos de los equipos médicos de diagnóstico y laboratorios en número y plazos estipulados, según el capacity planning (diferencia entre mantenimientos realizados efectivamente fuera del plazo o no realizados y mantenimientos en los plazos estipulados, sólo cuando no se hace el mantenimiento o no se cumple el plazo). Si se cumple el plazo, se asume igual a cero

n = # de equipos médicos a realizar mantenimiento

Explicación: Mide la capacidad de Hosmil de ejecutar el plan de acción de mantenimientos, con el objeto de prevenir fallas en los equipos médicos.

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Valor deseado: 0

Periodicidad de seguimiento: Semanal.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límites de los negocios

Origen(es) de la información: Informes de cumplimiento de mantenimientos anexo al capacity planning, capacity planning

Sistema de medición complementario

Descripción: Control logístico de mantenimiento de equipos mediante lo establecido según contratos con proveedores del servicio, y calendario de mantenimiento de laboratorios, por parte del área involucrada. Medición de eficiencia de tiempo de respuesta para reportar problemas y hacer reparaciones y mantenimientos de los proveedores de este servicio, elaboración de informes con retrasos totales por período.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de falla en adquisiciones de equipamiento

Nomenclatura: TFAE

Fórmula:

$$\frac{\sum_i^n AC_i * MP\%_i}{TMP}$$

Donde:

AC_i = Número de adquisiciones establecidas en el capacity planning no realizadas en

el período correspondiente. Se iguala a cero cuando sí se realizó la compra

$MP\%_i$ = Ponderación de los montos presupuestados

TMP = Total del monto presupuestado

n = # de actividades que requieren adquisiciones

Explicación: Mide las compras de equipos que quedaron rezagadas para períodos de importancia, usando su costo monetario estimado como variable “proxy” de su importancia relativa.

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Valor deseado: 0

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Informes de cumplimiento de capacity planning, Comité de Adquisiciones, informe del SVT.

Sistema de medición complementario

Descripción: Sistema de evaluación de calidad de los equipos, análisis de informes de requerimientos médicos por área

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Perspectiva de los Procesos Internos

(A.4) Aumento de la certeza de los diagnósticos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de diagnósticos certeros

Nomenclatura: TDC

Fórmula:

$$\sum_i^n \frac{DC_i}{DE_i} * IR_i$$

Donde:

DC_i = # de diagnósticos correctos

DE_i = # de diagnósticos efectuados

IR_i = Importancia relativa, donde importancia relativa es una ponderación porcentual del impacto de la certeza de diagnóstico que cada área genera presuntamente sobre la totalidad de diagnósticos, establecido, según discusión conjunta, por el Directorio

Explicación: Mide la capacidad de cada área de realizar diagnósticos efectivos, reflejado como un porcentaje total. Cada área debe evaluar su propia tasa de certeza de diagnóstico, y finalmente llega la media ponderada como un resumen de la información.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: 100

Periodicidad de seguimiento: semanal

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico

Origen(es) de la información: Formulario de diagnóstico del Informe de Gestión Médica, evaluación de desempeño

Sistema de medición complementario

Descripción: Reclamos relativos a diagnósticos errados, contenidos en las hojas de observaciones de los pacientes; informe de evaluación de desempeño; feedback de personal mediante canales informales.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

(A.5) Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de intervenciones exitosas

Nomenclatura: TIE

Fórmula:

$$\sum_i^n (IE_i * PR_i) * 100$$

Donde:

IE_i = # intervenciones quirúrgicas exitosas, es decir, que cumplen íntegramente las metas establecidas en la ficha de la operación, antes de intervenir. Se asume iguala cero aquéllas no exitosas

PR_i = Ponderación relativa según ICR_i / ICR_t

$$PR_i = \frac{ICR_i}{\sum_i^n ICR_i} \text{ con:}$$

ICR_i = Índice de calificación de riesgo de la intervención, según ficha de operación

ICR_t = sumatoria de todos los índices de calificación de riesgo por intervención

Explicación: Es una media ponderada del éxito de las intervenciones quirúrgicas. El éxito particular de una intervención quirúrgica surge de comparar el resultado de una operación (ex-post) del informe médico pertinente, con el resultado esperado de dicha operación (ex-ante). En caso de que una operación no sea exitosa como consecuencia de un mal diagnóstico, este se notifica en el informe y se anula de la contabilización del total de intervenciones. Los índices de la ponderación relativa provienen de una calificación de riesgo ex-ante que forma parte del informe que incluye los resultados esperados.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: 100%

Periodicidad de seguimiento: Semanal.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Ficha de operación, informe de Gestión Médica

Sistema de medición complementario

Descripción: Reclamos relativos a intervenciones insatisfactorias, o con secuelas, contenidos en las hojas de observaciones de los pacientes; informe de evaluación de desempeño; feedback de personal mediante canales informales; evaluaciones cualitativas de los jefes responsables de cada programa y especialidad

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, interactivo.

(A.6) Minimización de negligencias médicas

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de negligencias médicas

Nomenclatura: NNM

Fórmula:

de negligencias médicas

Explicación: Mide las negligencias notificadas en los informes médicos de diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Este informe debe ser manejado por la alta directiva en forma confidencial.

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Valor deseado: 0

Periodicidad de seguimiento: Semanal.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límites de los negocios.

Origen(es) de la información: Informes médicos de diagnóstico, Informe de Gestión Médica

Sistema de medición complementario

Descripción: Análisis de tendencia de negligencias frecuentes; reportes de seguimientos de denuncias y acuerdos con los pacientes afectados; costo monetario de estos procesos; evaluación de cumplimiento de normativa, ética, legal, y del hospital; seguimiento de doctores que incurren en negligencias.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico y límites de los negocios.

(A.7) Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de uso eficiente de instrumental

Nomenclatura: TUEI

Fórmula:

$$\sum_i^n \frac{UT_i - UI_i}{UO_i} * IR_i$$

Donde:

UT_i = # de usos totales del instrumental

UI_i = # usos inapropiados del instrumental

UO_i = uso óptimo del instrumental

IR_i = importancia relativa del instrumental

Explicación: Es una media ponderada que considera sólo los usos correctos, para medir la eficiencia final del instrumental, en relación a su capacidad óptima.

Tendencia deseada: Crecimiento hasta 100%

Valor deseado: 100%

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Informe de usos por equipo, contrastado con fichas de diagnóstico, anexos al informe de Gestión Médica

Sistema de medición complementario

Descripción: Determinación de capacidades óptimas del espacio físico y equipo mediante un análisis técnico; revisión periódica del capacity planning de acuerdo a los excesos o déficit de infraestructura en cada área de diagnóstico. Más allá de que los proveedores entreguen óptimos recomendados de los equipos, debe verificarse que éstos sean tales, que no se sobre exijan, afectando a la calidad del servicio y provocando eventuales negligencias; debe normarse al respecto.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico y límite de negocios.

(A.8) Aumento de productividad del personal médico

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Productividad del personal médico

Nomenclatura: PPM

Fórmula:

$$\frac{\sum_i^n (PA_i - PDE_i)}{PT}$$

Donde:

PA_i = # de pacientes atendidos

PDE_i = # pacientes con diagnostico errado

PT = período de tiempo (hrs.)

Explicación: Mide el total de pacientes atendidos eficientemente por hora. Cada área debe definir su estándar para compararlo con los resultados de este indicador particular.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: al menos igual al estándar.

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Query del sistema del módulo de atención médica, evaluaciones de desempeño de RRHH

Sistema de medición complementario

Descripción: Control de asistencia y cumplimiento de horario; contraste de productividad de un período a otro; productividad por trabajador; evaluación de desempeño positiva por cumplimiento de objetivos.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límite de negocios e interactivo.

(A.9) Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de puntualidad de atención médica

Nomenclatura: TPAM

Fórmula:

$$\frac{(CRHE - INP)}{(CT - INP)} * 100$$

Donde:

CRHE = # de consultas realizadas en la hora establecida

INP = Inasistencia natural de los pacientes, # inasistencias a la hora establecida por impuntualidad natural de los pacientes

CT = # consultas totales

Explicación: Mide la capacidad del cuerpo médico en infraestructura de cumplir con el tiempo establecido para las actividades de atención médica, con el objeto de reducir los cuellos de botella.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: 100%

Periodicidad de seguimiento: Semanal.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Query de diagnósticos, módulo de atenciones, Informe de Gestión Médica

Sistema de medición complementario

Descripción: Control del tiempo promedio del paciente en sala de espera; reclamos de clientes por atención impuntual, reflejados en la hoja de observaciones.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de cuellos de botella

Nomenclatura: NCB

Fórmula:

de cuellos de botella

Explicación: Mide el número de cuellos de botellas provocados por RRHH e infraestructura.

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Valor deseado: 0

Periodicidad de seguimiento: Semanal.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Query del sistema remotede monitoreo de cuellos de botella, según estándares de software del modelo de simulación, informe de Gestión Médica

Sistema de medición complementario

Descripción: Análisis de flujo de pacientes por proceso, mediante modelos de simulación; control de tiempos de respuesta de los sistemas de información; evaluación del cumplimiento del capacity planning para velar por un crecimiento en TIC de procesamiento, almacenamiento y comunicaciones de datos; control de tiempos procesos administrativos.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, interactivo.

Perspectiva Financiera

(A.10) Incrementar la participación de mercado de clientes externos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de crecimiento extraordinaria

Nomenclatura: TCE

Fórmula:

$$\text{INR}_{(t)} - \text{INR}_{(t-1)} - \text{INR}_{(t-1)} * \text{TCN}$$

Donde:

INR = Ingresos reales en periodo especificado

TCN = Tasa de crecimiento natural

Explicación: Dada la dificultad para monitorear la participación de mercado, este indicador mide el crecimiento en la participación de los ingresos, una vez descontado el aumento de ingresos que se produce por el exceso de demanda del sector de Salud.

Tendencia deseada: Crecimiento hasta capacidad optima, siempre que no interrumpa la atención, eficiencia y calidad de los servicios a los beneficiarios.

Valor deseado: Igual a las ventas máximas de la capacidad descontada por la utilizada por los beneficiarios.

Periodicidad de seguimiento: Trimestral.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Estados Financieros, información de mercado, estimación de TCN, según conclusiones del Directorio sobre informes de atenciones totales del Ministerio de Salud

Sistema de medición complementario

Descripción: Otros indicadores relacionados con las ventas y demás ratios financieros; cumplimiento del presupuestos de venta; evaluación de iniciativas y desarrollo de proyectos que busquen aumentar la participación

Sistema(s) de control asociado(s): Interactivo, diagnóstico.

(A.11) Cumplimiento del presupuesto del capacity planning de sistema de información y equipamiento

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desviaciones totales en el presupuesto de inversión en infraestructura de sistemas de información y equipamiento médico

Nomenclatura: DP11

Fórmula: monto de inversión en infraestructura presupuestado – monto inversión real

MIIP - MIR

Donde:

MIIP = Monto de inversión en infraestructura presupuestado

MIR = Monto inversión real

Explicación: Mide la eficiencia en la ejecución presupuestaria de la inversión en infraestructura de equipamiento y sistemas de información. Tal como el objetivo anterior, se refleja como un valor íntegro y no relativo.

Tendencia deseada: Crecimiento, desviaciones favorables.

Valor deseado: al menos igual a 0

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Presupuesto de inversión, capacity planning, informe de equipamiento por área, Estados Financieros

Sistema de medición complementario

Descripción: Capacity planning, útil para controlar el proceso armónico de crecimiento de infraestructura, para analizar las variaciones por cantidades; control de desviaciones por costos estimados, por tasa de asignación y por cantidades; control presupuestario por área y por características de la infraestructura; auditoría interna debe velar por un correcto funcionamiento del control interno de adquisiciones; finanzas debe analizar los casos de desembolsos extraordinarios y autorizarlos; etc.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

(A.12) Minimizar los costos operacionales totales

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desviaciones totales en el presupuesto de costos operacionales

Nomenclatura: DPCO

Fórmula:

MCOP – MCOR

Donde:

MCPO = Monto de costos operacionales presupuestados

MCOR = Monto de costos operacionales reales

Explicación: Mide la eficiencia en la ejecución presupuestaria de los costos operacionales. Se refleja como un valor absoluto para indicar el eventual monto disponible al final del período o lo excesos de costos que provocaran desajustes en otras actividades.

Tendencia deseada: Crecimiento, desviaciones favorables.

Valor deseado: al menos igual a 0

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Presupuesto de costos operacionales, Estados Financieros

Sistema de medición complementario

Descripción: Control de desviaciones por costos estimados, por tasa de asignación y por cantidades; control presupuestario por área y por recurso (insumos, MOD y CIF); auditoría interna debe velar por un correcto funcionamiento del control interno mediante pruebas de cumplimiento y una adecuada segregación de funciones; finanzas debe

autorizar los usos extraordinarios de factores productivos y los gastos sobre el presupuesto.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Perspectiva de los Clientes

(A.13) Mantener tarifas preferenciales para clientes beneficiarios

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Incumplimiento de tarifas preferenciales

Nomenclatura: ITP

Fórmula:

de tarifas con $PPE \leq PPB$

Donde:

PPE = Precios para pacientes externos

PPB = Precios para pacientes beneficiarios

Explicación: Mide la cantidad de tarifas que no cumplen la condición de ser preferenciales para los pacientes beneficiarios.

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Valor deseado: 0; siempre bajo la política de simetría entre costos y precios de beneficiarios, y considerando restricciones de tarifas legales máximas impuestas por el Estado, y los valores de mercado.

Periodicidad de seguimiento: Trimestral.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límites de los negocios, creencias.

Origen(es) de la información: Informe de Gestión Médica, query de tarifas por áreas

Sistema de medición complementario

Descripción: Control de cumplimiento de la política de simetría entre el precio de los beneficiarios, y los costos de los servicios que demandan; control de cumplimiento de la normativa estatal; asignación de tarifas de acuerdo a los valores de mercado asignación eficiente de costos (costeo ABC); proyección de precios según estimaciones de costos (ABB).

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, interactivo, límites de los negocios, creencias.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa ponderada de diferencia de precios

Nomenclatura: TDP

Fórmula:

$$\sum_i^n \frac{(PPE_i - PPB_i)}{PPB_i} * \%RV_i$$

Donde:

PPE_i = Precio paciente externo

PPB_i = Precio paciente beneficiario

$\%RV_i$ = porcentaje que representa de las ventas

n = Cantidad de productos

Explicación: Media ponderada de las diferencias porcentuales de tarifas entre los precios que se ofrecen a los pacientes externos, versus los de los beneficiarios. Busca conocer la diferencia porcentual final, para valorar el grado de predilección que se les puede dar a los beneficiarios.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: no menor de 0; incremento indefinido, en la medida en que se cumpla la política de simetría entre costos y precios de beneficiarios, y considerando restricciones de tarifas legales máximas impuestas por el Estado, y los valores de mercado.

Periodicidad de seguimiento: Trimestral; sujeta a observación del directorio para definir las tarifas, según la información presupuestaria y las proyecciones.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límites de los negocios y creencias.

Origen(es) de la información: Informe de Gestión Médica, query de tarifas por área

Sistema de medición complementario

Descripción: Control de cumplimiento de la política de simetría entre el precio de los beneficiarios, y los costos de los servicios que demandan; control de cumplimiento de la normativa estatal; asignación de tarifas de acuerdo a los valores de mercado; costeo ABC; evaluación de cumplimiento de presupuesto de ventas dada la mezcla de clientes estimada.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, interactivo, límites de los negocios, creencias.

(A.14) Aumento de la percepción de los beneficiarios de satisfacción integral del servicio

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Índice de satisfacción del cliente beneficiario

Nomenclatura: ISCB

Fórmula:

$$\frac{\sum_{i=1}^n IS_i}{CLT}$$

Donde:

IS_i = Índice de satisfacción por cliente

CLT = # de clientes total

Explicación: Mide el puntaje promedio con el que los clientes evalúan el servicio recibido de Hosmil. Este puntaje proviene de una encuesta que debe realizarse al final de entregarse el servicio, y que incluya aspectos que engloben la rapidez de atención, la calidad profesional, la eficiencia de diagnóstico, la percepción de adecuada infraestructura, la satisfacción con los resultados –dentro de lo posible–, etc. Lógicamente, los elementos a contestar depende de lo que el cliente demande al ingresar al Hospital Militar. Para simplificar las conclusiones y la comprensión de la escala, ésta puede ser, por ejemplo, del cero al cien.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: 100

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, creencias.

Origen(es) de la información: Encuesta de percepción a los clientes, Informe de Gestión Médica.

Sistema de medición complementario

Descripción: El sistema de encuestas contempla quejas y sugerencias. El Director de Gestión Médica de Hosmil, hoy en día, se encarga de analizar cada sugerencia y reclamo, con el objeto de determinar qué puede recogerse para mejorar el servicio. Se miden indicadores como # de reclamos/# sugerencias, # clientes declarados insatisfechos, entre otros. Las variaciones en la demanda interna superiores o inferiores al mercado total son una buena aproximación de la calidad relativa de la oferta de Hosmil.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, creencias, interactivo.

(A.15) Aumento de la percepción de los clientes externos de satisfacción integral del servicio

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Índice de satisfacción del cliente externo

Nomenclatura: ISCE

Remite al indicador anterior del objetivo A.14, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

PERFORMANCIA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES
CLIENTES	1) Aumento de la percepción de los clientes en cuanto a calidad de atención al servicio	1) Índice de satisfacción del cliente interno
	2) Aumento de la percepción de los clientes de calidad de atención al servicio	1) Índice de satisfacción del cliente externo
	3) Mejora en calidad de atención para clientes internos	1) Implementación de temas prioritarios 2) Tasa porcentual de atención de casos
FINANCIERA	1) Incremento de los recursos económicos	1) Rentabilidad obtenida en la producción de costos controlados
	2) Cierre anual del presupuesto según cuadro parámetro de metas de ingresos y egresos de recursos	1) Desviación porcentual del presupuesto de ingresos y egresos de recursos
	3) Incrementar la participación de recursos de otros centros	1) Tasa de participación del otro centro
	4) Incrementar los recursos de otros en procesos de atención médica a través de alianzas	1) Tasa de materialización de alianzas
	5) Aumento de productividad del personal médico	1) Productividad del personal médico
PROCESOS INTERNOS	1) Incrementar el nivel de atención de urgencias de diagnóstico	1) Tasa de urgencias de diagnóstico
	2) Eliminación de errores en atención	1) Atención según guías médicas
	3) Incremento en calidad de intervenciones quirúrgicas	1) Tasa de intervenciones exitosas
	4) Aumento de la certeza de los diagnósticos	1) Tasa de diagnósticos correctos
	5) Mejor calidad de equipamiento médico de diagnóstico	1) Tasa de cumplimiento de mantenimiento de equipos 2) Tasa de cumplimiento de regulaciones de equipamiento
RECURSOS	1) Mejora en el desempeño de personal médico, administrativo y de apoyo médico	1) Tasa de cumplimiento de metas de capacitación 2) Tasa de éxito en resolución de necesidades de capacitación
	2) Mantener los recursos humanos de Atención de Salud y Promoción de Salud	1) Faltas Absentes injustificadas

Tabla 6: Cuadro resumen de indicadores por objetivo del Balanced Scorecard Global

Fuente: Elaboración propia

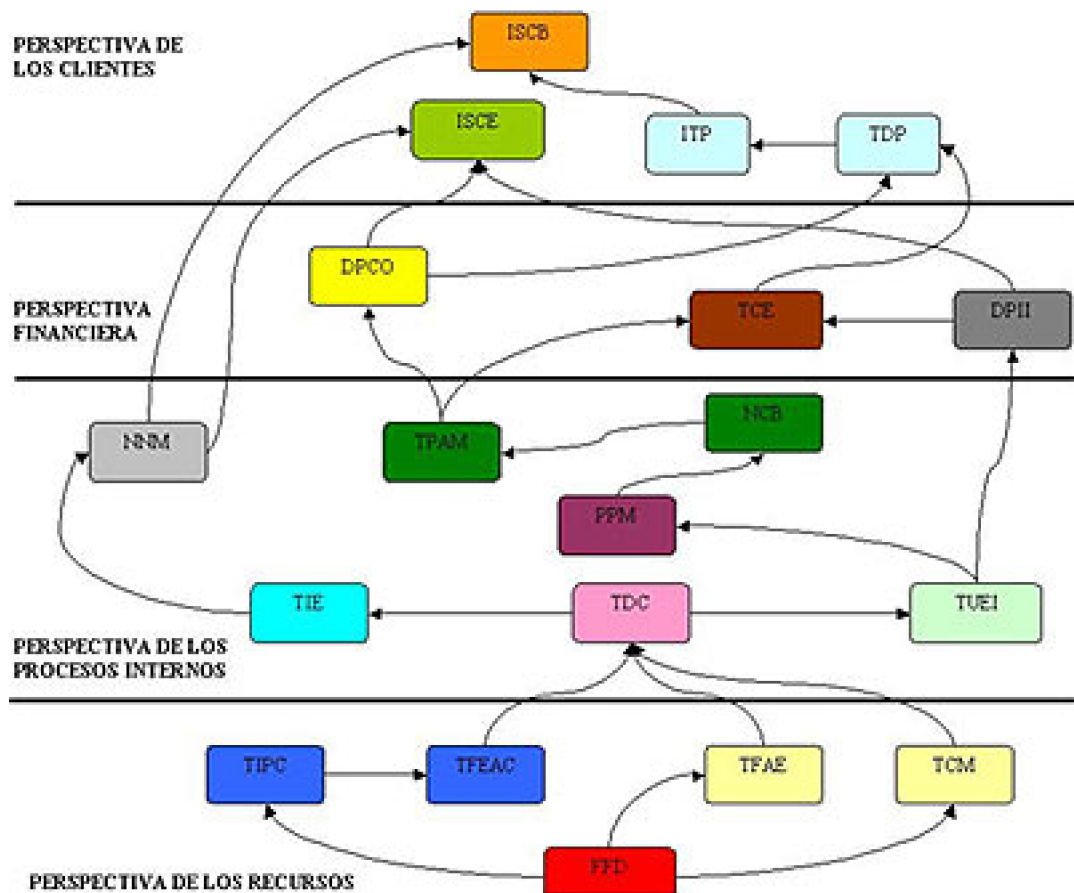


Figura 21: Cadena causa-efecto por indicadores del Balanced Scorecard Global

Fuente: Elaboración propia

IV.3.2 Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios

Perspectiva de los Recursos

(B.1.1) Obj: Mantener vigente la capacitación del personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipamiento médico.

Nombre indicador: Tasa de incumplimiento de plan de capacitación para los pacientes beneficiarios

Nomenclatura: TIPCPB

Remítase al indicador del objetivo A.2, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.2) Obj: Mejorar calidad de equipamiento en infraestructura de diagnóstico

Nombre indicador: Tasa de incumplimiento de mantenimiento de equipos médicos y laboratorios para pacientes beneficiarios

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

Nomenclatura: TCMPB

Remítase al indicador del objetivo A.3, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.3) Obj: Disminuir el impacto negativo de la capacitación del RRHH en ambiente de trabajo

Nombre indicador: Inversión en ambiente laboral

Nomenclatura: IAL

Fórmula:

$$\sum_i^n \Delta^-PI_i$$

Donde:

$$\Delta^-PI_i$$

= Desviaciones negativas del presupuesto de inversión por áreas destinado a condiciones de trabajo (diferencia entre inversión efectiva e inversión presupuestada, cuando ésta es negativa). Se asume cero cualquier desviación favorable o nula

n = Total de áreas

Explicación: Mide el cumplimiento de la inversión destinada a mejorar el ambiente laboral, según políticas ya establecidas, con el objeto de anular el efecto negativo de las capacitaciones y demás cambios que provocan reacciones adversas en los trabajadores, porque afecten sus hábitos de trabajo.

Tendencia deseada: Decrecimiento.

Valor deseado: 0

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Presupuesto de Inversión en RRHH, informe por área, RRHH.

Sistema de medición complementario

Descripción: Informe por área y por departamento de RRHH sobre percepción del clima laboral, y concreción de sugerencias hechas por el personal.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de deserción neta por la capacitación

Nomenclatura: TDNC

Fórmula:

TDT - TDN

Donde:

TDT = Tasa de deserción total

$$TDT = \frac{EAH_i}{ETP_i} \text{ con:}$$

EAH_i = # de empleados que abandonan Hosmil por período

ETP_i = # de empleados totales promedio en el período

TDN = Tasa de deserción natural (incluyendo la tasa de deserción por política del hospital)

$$TDN = \frac{EAHT_i}{ETP_i} \text{ con:}$$

$EAHT_i$ = # de empleados que abandonan Hosmil según tendencia estándar

ETP_i = # de empleados totales promedio en el período

Explicación: Mide los incrementos en la deserción de los trabajadores, que se asumen como consecuencia del impacto de las políticas y normativas contempladas en el objetivo B.1.1.

Tendencia deseada: Decrecimiento hasta 0; cualquier valor negativo puede representar una retención inapropiada de personal.

Valor deseado: 0

Periodicidad de seguimiento: Trimestral.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: query de variaciones de empleados, según nómina de RRHH.

Sistema de medición complementario

Descripción: Informe por área y por departamento de RRHH sobre quejas e insatisfacciones del proceso de capacitación.

Sistema(s) de control asociado(s): Límites de los negocios, diagnóstico.

Perspectiva de los Procesos Internos

(B.1.4) Obj: Aumento de la certeza de los diagnósticos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de diagnósticos certeros para pacientes beneficiarios

Nomenclatura: TDCPB

Remítase al indicador del objetivo A.4, con la salvedad de que se aplica para las

actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.5) Obj: Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de intervenciones exitosas

Nomenclatura: TIE

Remítase al indicador del objetivo A.5, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.6) Obj: Minimización de negligencias médicas

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de negligencias médicas a pacientes beneficiarios

Nomenclatura: NNMPB

Remítase al indicador del objetivo A.6, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.7) Obj: Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de uso eficiente de instrumental para pacientes beneficiarios

Nomenclatura: TUEIPB

Remítase al indicador del objetivo A.7, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.8) Obj: Aumento de productividad del personal médico

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Productividad del personal médico hacia paciente beneficiario

Nomenclatura: PPMPB

Remítase al indicador del objetivo A.8, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.9) Obj: Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de puntualidad de atención médica dirigida a pacientes beneficiarios

Nomenclatura: TPAMPB

Remítase al indicador #1 del objetivo A.9, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de cuellos de botella

Nomenclatura: NCB

Remítase al indicador #2 del objetivo A.9, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

Perspectiva Financiera

(B.1.10) Obj: Minimizar los costos operacionales asignados a los beneficiarios

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desviaciones totales en el presupuesto de costos operacionales asignados a pacientes beneficiarios

Nomenclatura: DPCOPB

Remítase al indicador del objetivo A.12, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.11) Obj: Cumplir con el presupuesto de infraestructura asignado a beneficiarios

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desviaciones totales en el presupuesto de inversión en infraestructura de sistemas de información y equipamiento médico

Nomenclatura: DPPII

Remítase al indicador del objetivo A.11, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

Perspectiva de los Beneficiarios

(B.1.12) Obj: Mantener tarifas preferenciales para los beneficiarios

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Incumplimiento de tarifas preferenciales

Nomenclatura: ITP

Remítase al indicador #1 del objetivo A.13, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa ponderada de diferencia de precios

Nomenclatura: TDP

Remítase al indicador #2 del objetivo A.13, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

(B.1.13) Obj: Aumento de la percepción de los beneficiarios de satisfacción integral del servicio.

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Índice de satisfacción del cliente beneficiario

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

Nomenclatura: ISCB

Remítase al indicador del objetivo A.14, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes beneficiarios.

INDICADOR	RESULTADO DE ESPERADO	INDICADOR
ECONOMÍA	1. Aumento de la capacidad de los servicios de diagnóstico por imagen en el Hospital Militar	1. Índice de utilización del equipo diagnóstico
	2. Reducción de los costos por diagnóstico por imagen	2. Costo por estudio diagnóstico por imagen
EVALUACIÓN	3. Alta calidad en el servicio de diagnóstico por imagen en el Hospital Militar	3. Satisfacción del paciente con el servicio diagnóstico por imagen
	4. Mejorar los procesos de atención al paciente en el Hospital Militar	4. Índice de satisfacción del paciente con el servicio diagnóstico por imagen
EVALUACIÓN	5. Promover la calidad de la atención de diagnóstico por imagen en el Hospital Militar	5. Índice de calidad de la atención de diagnóstico por imagen
	6. Reducir el tiempo de espera para el diagnóstico por imagen	6. Índice de tiempo de espera para el diagnóstico por imagen
	7. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	7. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen
	8. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	8. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen
	9. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	9. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen
	10. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	10. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen
	11. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	11. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen
EVALUACIÓN	12. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	12. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen
	13. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	13. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen
	14. Incrementar el número de estudios de diagnóstico por imagen	14. Índice de número de estudios de diagnóstico por imagen

Tabla 7: Cuadro resumen de indicadores por objetivo del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios

Fuente: Elaboración propia

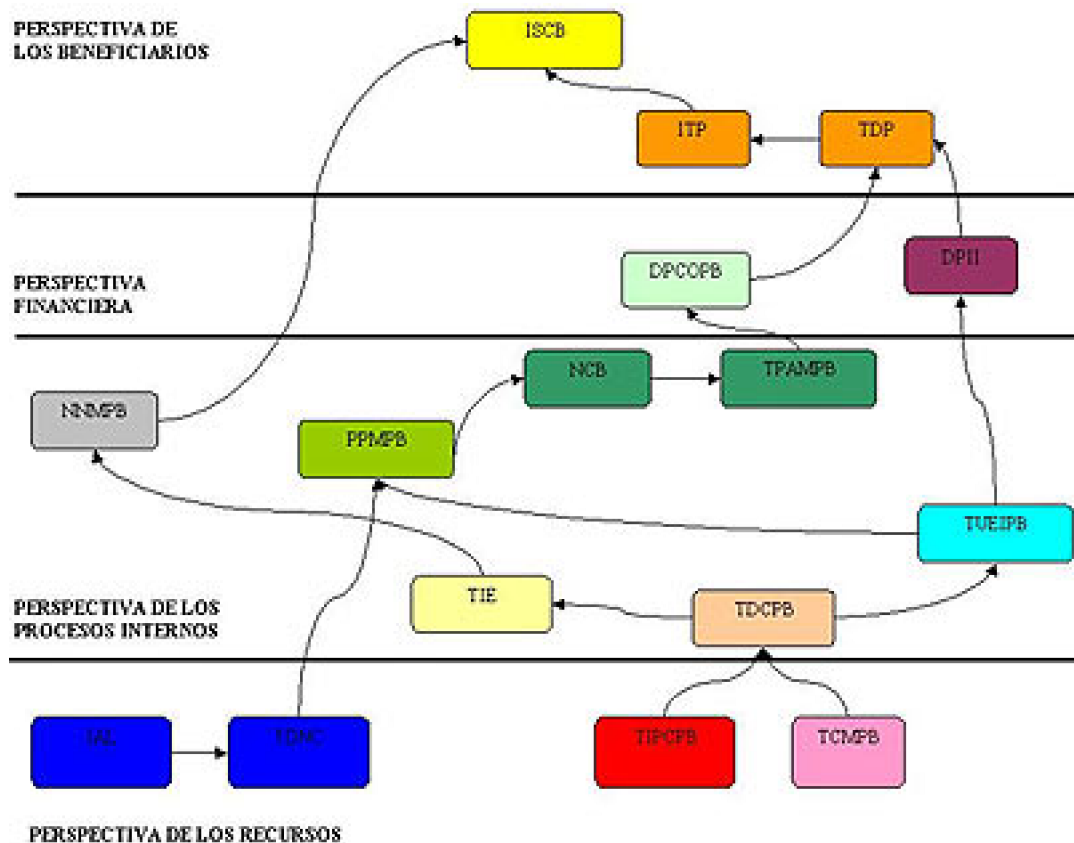


Figura 22: Cadena causa-efecto por indicadores del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Beneficiarios

Fuente: Elaboración propia

IV.3.3 Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos

Perspectiva de los Recursos

(B.2.1) Mantener vigente la capacitación del personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipamiento médico

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de incumplimiento de plan de capacitación

Nomenclatura: TIPC

Remítase al indicador #1 del objetivo A.2, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de fracaso en evaluación de aprendizaje de las capacitaciones

Nomenclatura: TFEAC

Remítase al indicador # 2 del objetivo A.2, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.2) Mejorar calidad y cantidad de equipamiento en infraestructura de diagnóstico

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de incumplimiento de mantenimiento de equipos médicos y laboratorios

Nomenclatura: TCM

Remítase al indicador #1 del objetivo A.3, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de falla en adquisiciones de equipamiento

Nomenclatura: TFAE

Remítase al indicador #2 del objetivo A.3, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.3) Disminuir el impacto negativo de capacitación de RRHH en ambiente de trabajo

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Inversión en ambiente laboral

Nomenclatura: IAL

Remítase al indicador #1 del objetivo B.1.3, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de deserción neta por la capacitación

Nomenclatura: TDNC

Remítase al indicador #2 del objetivo B.1.3, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

Perspectiva de los Procesos Internos

(B.2.4) Aumento de la certeza de los diagnósticos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de diagnósticos certeros

Nomenclatura: TDC

Remítase al indicador del objetivo A.4, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.5) Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de intervenciones exitosas

Nomenclatura: TIE

Remítase al indicador del objetivo A.5, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.6) Minimización de negligencias médicas

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de negligencias médicas

Nomenclatura: NNM

Remítase al indicador del objetivo A.6, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.7) Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de uso eficiente de instrumental

Nomenclatura: TUEI

Remítase al indicador del objetivo A.7, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.8) Aumento de productividad del personal médico

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Productividad del personal médico

Nomenclatura: PPM

Remítase al indicador del objetivo A.8, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.9) Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica y mantenerlos en cero

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de puntualidad de atención médica

Nomenclatura: TPAM

Remítase al indicador #1 del objetivo A.9, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de cuellos de botella

Nomenclatura: NCB

Remítase al indicador #2 del objetivo A.9, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

Perspectiva de los Pacientes Externos

(B.2.10) Mejorar la percepción de los clientes de satisfacción integral del servicio

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Índice de satisfacción del cliente beneficiario

Nomenclatura: ISCB

Remítase al indicador del objetivo A.14, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

Perspectiva Financiera

(B.2.11) Minimizar los costos operacionales asignados a los Pacientes Externos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desviaciones totales en el presupuesto de costos operacionales

Nomenclatura: DPCO

Remítase al indicador del objetivo A.12, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.12) Cumplir presupuesto de infraestructura asignado a Pacientes Externos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desviaciones totales en el presupuesto de inversión en infraestructura de sistemas de información y equipamiento médico

Nomenclatura: DPPI

Remítase al indicador del objetivo A.11, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.2.13) Incremento de la Utilidad Neta

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de Crecimiento de la Utilidad Neta

Nomenclatura: TCUN

Fórmula:

$$[UN_{(t)} - UN_{(t-1)}] \div UN_{(t-1)}$$

Donde:

UN = Utilidad neta definida en A.1, con la salvedad que sólo se considera la de pacientes externos.

t = Período actual

t-1 = Período anterior

Explicación: Mide el crecimiento de la utilidad neta de los pacientes externos en función de sus costos, expresado en un porcentaje

Tendencia deseada: Crecimiento

Valor deseado: Lo más posible siempre que se cumplan restricciones legales, de mercado y de atención de pacientes beneficiarios

Periodicidad de seguimiento: Mensual

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico

Origen(es) de la información: Estados Financieros

Sistema de medición complementario

Descripción: Asignación de costos, desviaciones del presupuesto, utilidad real versus proyecciones de flujos de cajas de las utilidades, ratios financieros (ROI, EVA), auditoría de estados de resultados, análisis de uso de capacidad ociosa, etc.

Sistema(s) de control asociado(s): Interactivo, diagnóstico.

INDICADORES	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	DESCRIPCIONES
FINANCIERA	1. Incremento de la utilidad neta	El indicador muestra el nivel de rentabilidad
	2. Control de la capacidad de los recursos administrativos (Personas/Estructura)	El indicador muestra el nivel de eficiencia de los recursos administrativos
	3. Eficiencia en el control de los recursos administrativos (Personas/Estructura)	El indicador muestra el nivel de eficiencia de los recursos administrativos
CLIENTES EXTERNOS	4. Incremento de la satisfacción de los clientes externos (Indicador de percepción)	El indicador muestra la percepción del cliente externo
	5. Control de la calidad de los servicios administrativos	El indicador muestra el nivel de calidad de los servicios administrativos
PROCESOS INTERNOS	6. Control de la calidad de los servicios administrativos	El indicador muestra el nivel de calidad de los servicios administrativos
	7. Incremento de la eficiencia de los recursos administrativos	El indicador muestra el nivel de eficiencia de los recursos administrativos
	8. Control de la calidad de los servicios administrativos	El indicador muestra el nivel de calidad de los servicios administrativos
	9. Incremento de la eficiencia de los recursos administrativos	El indicador muestra el nivel de eficiencia de los recursos administrativos
	10. Control de la calidad de los servicios administrativos	El indicador muestra el nivel de calidad de los servicios administrativos
	11. Incremento de la eficiencia de los recursos administrativos	El indicador muestra el nivel de eficiencia de los recursos administrativos
	12. Control de la calidad de los servicios administrativos	El indicador muestra el nivel de calidad de los servicios administrativos
RESULTOS	13. Incremento de la satisfacción de los clientes externos (Indicador de percepción)	El indicador muestra la percepción del cliente externo
	14. Control de la calidad de los servicios administrativos	El indicador muestra el nivel de calidad de los servicios administrativos
	15. Incremento de la eficiencia de los recursos administrativos	El indicador muestra el nivel de eficiencia de los recursos administrativos
	16. Control de la calidad de los servicios administrativos	El indicador muestra el nivel de calidad de los servicios administrativos
	17. Incremento de la eficiencia de los recursos administrativos	El indicador muestra el nivel de eficiencia de los recursos administrativos

Tabla 8: Cuadro resumen de indicadores por objetivo del Balanced Scorecard de la Unidad

de Negocio de los Pacientes Externos

Fuente: Elaboración propia

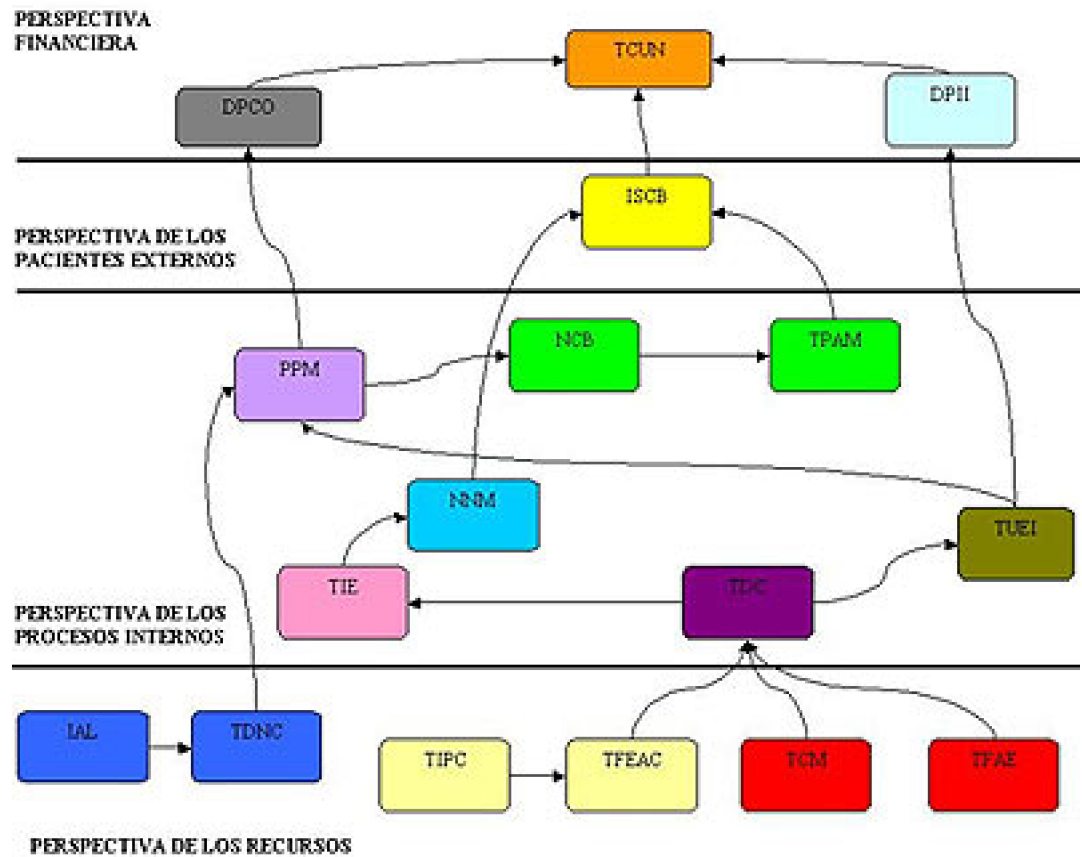


Figura 23: Cadena causa-efecto por indicadores del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Pacientes Externos

Fuente: Elaboración propia

IV.3.4 Indicadores de los objetivos del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud

Perspectiva de los Recursos

(B.3.1) Incrementar desarrollo de proyectos según resultado de la investigación de necesidades de Oferentes de Salud

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desarrollo de nuevos proyectos

Nomenclatura: DNP

Fórmula:

de nuevos proyectos implementados para oferentes de salud

Explicación: Mide la capacidad de las áreas pertinentes de investigación de

mercados para proponer proyectos que efectivamente satisfagan las necesidades de los oferentes de salud.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: El mayor valor posible, restringido por los presupuestos, la capacidad de infraestructura, la normativa, los estándares del mercado, la demanda de los oferentes de salud y la velocidad de reacción para implementar los proyectos.

Periodicidad de seguimiento: Semestral.

Sistema(s) de control asociado(s): Creencias, diagnóstico y límites de los negocios.

Origen(es) de la información: Informe de desarrollo de nuevos proyectos, Dpto. Planificación, Coordinación y Control de Gestión, aprobado por Directorio.

Sistema de medición complementario

Descripción: Presupuesto de desarrollo de nuevos proyectos, evaluación de riesgos, evaluación del proyecto por parte del directorio, evaluación de posibilidad de cumplimiento del marco legal y de estándares de calidad.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, interactivo, límites de los negocios, creencias.

(B.3.2) Mantener vigente la infraestructura y tecnología con apoyo de SVT, según el diseño del capacity planning para cumplir los requerimientos de los proyectos para los oferentes de salud

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Propuestas efectivas del SVT

Nomenclatura: PESVT

Fórmula:

$$\frac{AISVT * CAS}{PIICP}$$

Donde:

AISTV= # de adquisiciones de infraestructura sugeridas por el SVT

CAS = Costo de las adquisiciones sugeridas

PIICP = Presupuesto de inversión en infraestructura, basado en el capacity planning

Explicación: Mide la capacidad del SVT para apoyar la adquisición de la infraestructura idónea para ejecutar el proyecto que demandan los oferentes de salud. Estas propuestas deben estar contempladas en el capacity planning particular del proyecto de oferentes de salud, y aprobadas por el área de finanzas.

Tendencia deseada: Crecimiento con tope del presupuesto de infraestructura.

Valor deseado: 1

Periodicidad de seguimiento: Mensual.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Presupuesto de inversión, capacity planning, informe del SVT, informe de adquisiciones por área, Dpto. Planificación, Coordinación y Control de Gestión.

Sistema de medición complementario

Descripción: Diseño y cumplimiento del capacity planning para los proyectos para los oferentes de salud; supervisión de finanzas; autorización obligatoria de finanzas para el caso de adquisiciones extraordinarias propuestas por el SVT, por nuevas tecnologías; auditoría debe velar por procedimientos de compra correctos, incluyendo la segregación de funciones.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límites de los negocios.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de falla en adquisiciones de equipamiento para los Oferentes de Salud

Nomenclatura: TFAEOS

Remítase al indicador #2 del objetivo A.3, con la salvedad de que se aplica para los proyectos de oferentes de salud.

(B.3.3) Aumentar capacitación del RRHH en conocimiento, métodos y en uso de equipo del proyecto a desarrollar

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de incumplimiento de plan de capacitación para Oferentes de Salud

Nomenclatura: TIPCOS

Remítase al indicador #1 del objetivo A.2, con la salvedad de que se aplica para los proyectos de oferentes de salud.

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de fracaso en evaluación de aprendizaje de las capacitaciones para Oferentes de Salud

Nomenclatura: TFEACOS

Remítase al indicador #2 del objetivo A.2, con la salvedad de que se aplica para los proyectos de oferentes de salud.

Perspectiva de los Procesos Internos

(B.3.4) Maximizar los resultados positivos y las aprobaciones de las evaluaciones de la implementación de las actividades de los proyectos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Puntaje de la evaluación integral del proyecto por actividad

Nomenclatura: PEIP

Fórmula:

$$\sum_i^n PA_i * \%POA_i$$

Donde:

PA_i = Puntajes por actividad

$\%POA_i$ = Ponderación de cada actividad

Explicación: Mediante un checklist, mide la evaluación de cada actividad del proyecto desarrollado para los oferentes de salud, con el objeto de postular a su certificación para mejorar los procesos y apoyar la gestión de marketing corporativo. Esta evaluación integral la debe realizar el departamento de calidad, una vez que se cuente con recursos humanos y materiales capacitados y adquiridos respectivamente para una puesta en marcha a escala, y tiene que ser revisada y autorizada por el director de gestión clínica, contemplando todos los aspectos necesarios para que se considere candidato a conseguir un nivel competitivo. Entre estos aspectos, se incluyen: equipamiento propicio, personal médico y staff capacitado, eficacia en la certeza de diagnóstico, eficiencia en procesos, condiciones óptimas de higiene, cumplimiento de normativa, desviaciones en los costos, satisfacción de los usuarios, entre otros. Para aprobarse la comercialización del proyecto, es requisito que toda actividad y todo ítem deban cumplir un puntaje mínimo, equivalente al menos a “satisfactorio”.

Tendencia deseada: Aprobación y crecimiento.

Valor deseado: Al menos el puntaje equivalente a “satisfactorio”

Periodicidad de seguimiento: Cada vez que se desarrolle un proyecto para los oferentes de salud.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, creencias, límite de los negocios.

Origen(es) de la información: Evaluación según informe del checklist de requerimientos mínimos por ítem del proyecto del Dpto. de Calidad, con aprobación del Directorio, Dpto. Planificación, Coordinación y Control de Gestión.

Sistema de medición complementario

Descripción: Observaciones cualitativas, feed back de los usuarios-pacientes, evaluación de cumplimiento de los manuales de procedimientos para las actividades nuevas, etc.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, límites de los negocios.

(B.3.5) Aumentar la certificación y/o el reconocimiento de calidad en las actividades vinculadas a los proyectos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de certificación

Nomenclatura: TC

Fórmula:

$$\frac{CCO}{PCP}$$

Donde:

CCO = # de certificaciones de calidad obtenidas

PCP = # de procesos o aspectos certificables de los proyectos

Explicación: Mide la capacidad de certificar todos los procesos que puedan obtener reconocimientos de calidad, para que sirvan de carta de aval ante los oferentes de salud, fortaleciendo sus ventajas competitivas. Es una tasa que incentiva a proponerse metas de porcentajes de procesos certificados, dentro de lo posible.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: 1

Periodicidad de seguimiento: Semestral.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, creencias.

Origen(es) de la información: Informe de certificaciones del Dpto. de Calidad, informe de procesos certificables, según SVT y Dpto. de Calidad.

Sistema de medición complementario

Descripción: Búsqueda de reconocimiento en el medio médico, particularmente dentro de la red de salud pública, o dentro de la red de salud de las instituciones de Defensa Nacional; evaluación de incidencia de la certificación en la mejora de procesos; capacitación de personal en certificación de calidad; evaluaciones constantes del departamento de calidad; comparación entre procesos certificados y lo planificado; ejecución de plan de certificación; destinar fondos del presupuesto del proyecto a mejoras de calidad; capacitación en filosofías como Six Sigma, mejora continua, etc..

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico, creencias.

(B.3.6) Incrementar la eficiencia de la gestión de marketing corporativo

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Relación ingreso-costos del marketing

Nomenclatura: RICM

Fórmula:

$$\frac{\Delta^+PISD}{GMC}$$

Donde:

Δ^+ PISD= Incrementos proyectados de los ingresos por servicio desarrollado u aprobado para oferentes de salud

GMC = Gasto en marketing corporativo

Explicación: Mide los mayores ingresos que puede generar el proyecto para los oferentes de salud, como consecuencia del marketing corporativo realizado para promover y vender los nuevos proyectos que Hosmil produce.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: Mayor a uno, hacia un valor indefinido, restringido por la normativa legal en materia de salud, y las restricciones de mercado.

Periodicidad de seguimiento: Cada vez que se apruebe un proyecto.

Sistema(s) de control asociado(s): Creencias, diagnóstico.

Origen(es) de la información: Presupuesto de ingresos y gastos en marketing por proyecto aprobado por Directorio, Dpto. Comercial, Estados Financieros

Descripción: Aprobación de presupuesto de marketing corporativo; definición de mercados objetivos y estrategia de posicionamiento; evaluación cualitativa de participación en seminarios y presentación de los proyectos; autorización de proyecciones de ingresos hechas por el área que realizó la gestión de marketing o propuesta de ingresos proyectados del área de finanzas; comparación de ventas históricas de servicios similares; experiencia previa de la gestión de marketing para estimar su éxito y nivel de gasto óptimo.

Sistema(s) de control asociado(s): Interactivo, creencias, límites de los negocios, diagnóstico.

(B.3.7) Incrementar la calidad y el rendimiento eficiente de actividades vinculadas a los proyectos

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de uso eficiente de instrumental

Nomenclatura: TUEI

Remítase al indicador del objetivo A.7 con la salvedad de que se aplica a los proyectos de los oferentes de salud

(B.3.8) Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica vinculada a los proyectos y mantenerlos en cero

Indicador #1 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de puntualidad de atención médica

Nomenclatura: TPAM

Remítase al indicador #1 del objetivo A.9 con la salvedad de que se aplica a los proyectos de los oferentes de salud

Indicador #2 dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de cuellos de botella

Nomenclatura: NCB

Remítase al indicador #2 del objetivo A.9 con la salvedad de que se aplica a los proyectos de los oferentes de salud

(B.3.9) Cumplimiento de plazos de entrega para los Oferentes de Salud

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de entregas dentro del plazo

Nomenclatura: TEP

Fórmula:

$$\frac{ESDP}{ET} * 100$$

Donde:

ESDP = # de entregas de los servicios demandados por los oferentes de salud dentro del plazo establecido

ET = Entregas totales

Explicación: Mide el porcentaje de entregas dentro de los plazos acordados, del total de servicios prestados.

Tendencia deseada: Crecimiento.

Valor deseado: 100%

Periodicidad de seguimiento: Cada vez que se apruebe un proyecto.

Sistema(s) de control asociado(s): Diagnóstico.

Origen(es) de la información: Query del sistema de entrega de servicios según órdenes de servicio de los clientes, Informe de Gestión Médica

Sistema de medición complementario

Descripción: Medición y monitoreo de tiempos por etapa; análisis de compensación de tiempos cuando una etapa produce atrasos; fijación de tiempos estándares por servicios "tipo; recepción de reclamos de los clientes por entregas atrasadas; reclamos de pacientes provenientes de los oferentes de salud contratistas de un servicio; realización y revisión de cumplimiento de reglamento interno de atención en problemas críticos de pacientes.

Sistema(s) de control asociado(s): Interactivo, diagnóstico.

(B.3.10) Minimización de negligencias medicas

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Número de negligencias médicas

Nomenclatura: NNM

Remítase al indicador del objetivo A.6 con la salvedad de que se aplica para las

actividades de pacientes beneficiarios.

Perspectiva de los Oferentes de Salud

(B.3.11) Aumentar la satisfacción de los Oferentes de Salud

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Índice de satisfacción del oferente de salud

Nomenclatura: ISCB

Remítase al indicador del objetivo A.14, con la salvedad de que se aplica a los proyectos de los oferentes de salud.

Perspectiva Financiera

(B.3.12) Aumentar demanda de los servicios para los Oferentes de Salud

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de crecimiento extraordinaria

Nomenclatura: TCE

Remítase al indicador del objetivo A.10, con la salvedad de que se aplica para las actividades de pacientes externos.

(B.3.13) Minimizar los costos operacionales asignados a los Oferentes de Salud

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Desviaciones totales en el presupuesto de costos operacionales

Nomenclatura: DPCO

Remítase al indicador del objetivo A.12, con la salvedad de que se aplica a los proyectos de los oferentes de salud.

(B.3.14) Incremento de la Utilidad Neta

Indicador dentro del Balanced Scorecard

Nombre indicador: Tasa de Crecimiento de la Utilidad Neta

Nomenclatura: TCUN

Remitir al indicador del objetivo B.2.13, con la salvedad de que se aplica a los oferentes de salud.

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

PROCESOS	INDICADORES	DESCRIPCIONES
FINANCIERA	1. Incremento de los flujos de caja	Se mide el crecimiento de los flujos de caja.
	2. Reducción de los costos operativos	Se mide la reducción de los costos operativos.
	3. Incremento de la rentabilidad	Se mide el incremento de la rentabilidad.
CLIENTES	1. Aumento de la satisfacción de los clientes	Se mide el aumento de la satisfacción de los clientes.
	2. Reducción de las quejas y reclamos	Se mide la reducción de las quejas y reclamos.
	3. Cumplimiento de los plazos de entrega	Se mide el cumplimiento de los plazos de entrega.
	4. Reducción de los costos de adquisición	Se mide la reducción de los costos de adquisición.
PROCESOS OPERATIVOS	1. Reducción de los errores de facturación	Se mide la reducción de los errores de facturación.
	2. Reducción de los costos de operación	Se mide la reducción de los costos de operación.
	3. Reducción de los tiempos de entrega	Se mide la reducción de los tiempos de entrega.
	4. Reducción de los costos de mantenimiento	Se mide la reducción de los costos de mantenimiento.
FINANCIERA	1. Reducción de los costos de operación	Se mide la reducción de los costos de operación.
	2. Reducción de los costos de adquisición	Se mide la reducción de los costos de adquisición.
	3. Reducción de los costos de mantenimiento	Se mide la reducción de los costos de mantenimiento.

Tabla 9: Cuadro resumen de indicadores por objetivo del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud

Fuente: Elaboración propia

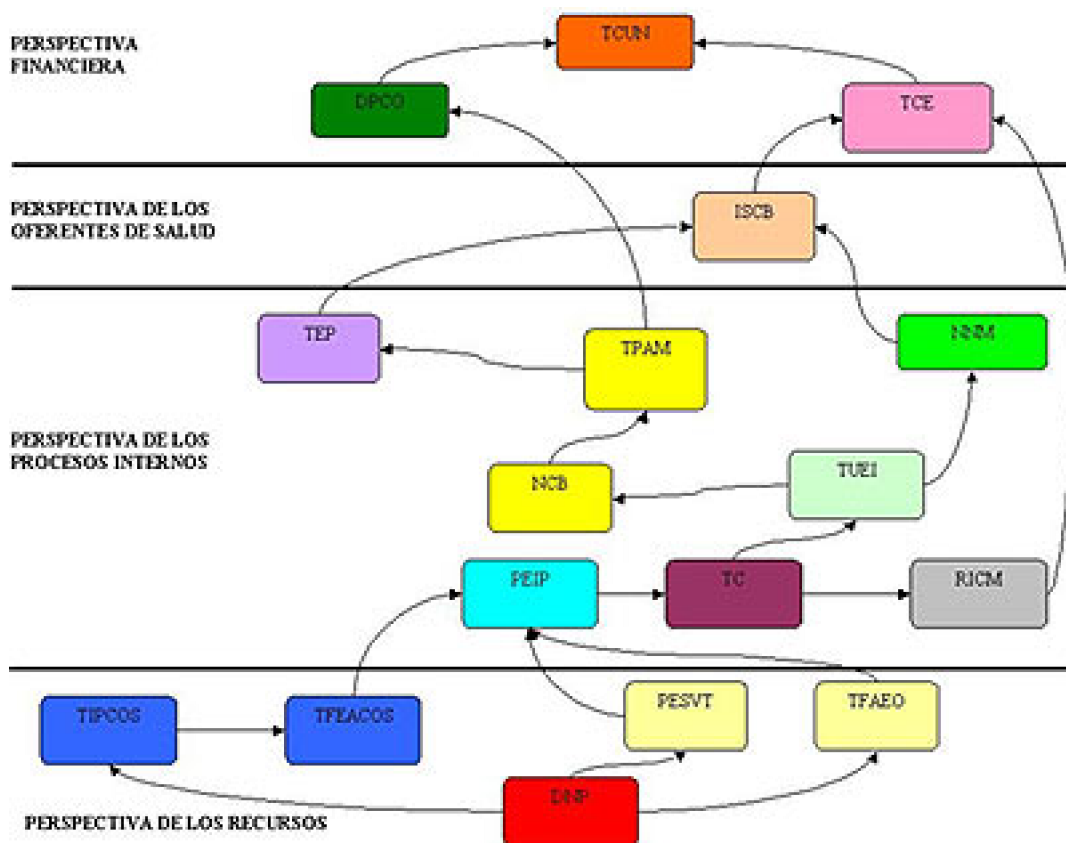


Figura 24: Cadena causa-efecto por indicadores del Balanced Scorecard de la Unidad de Negocio de los Oferentes de Salud

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO V: Prototipo de pruebas del Balanced Scorecard para el Hospital Militar

Este capítulo es resultado de modelar el Balanced Scorecard propuesto en el capítulo anterior en una aplicación computacional, apoyados de Excel, para validar los indicadores presentados y ver su coherencia con las estrategias que se han definido.

El prototipo realizado en Dialog Strategic, y ejecutado sobre Excel mediante programación, ha permitido sacar conclusiones y ver el funcionamiento de los Scorecards definidos y la implicancia que ellos tienen sobre la estrategia, visión y misión del Hospital Militar respectivamente.

Esta aplicación fue construida sólo con fines de validar la información que aquí se presenta. No tiene el propósito de ser una aplicación real a implementar, puesto que sólo ha sido concebida con la finalidad única de probar indicadores, modelar los rangos de tolerancia, y ver el cumplimiento de las estrategias, visiones y misión del Hospital Militar.

Esta aplicación cuenta con interfaz de ingreso de datos para alimentar los indicadores, y posterior a ello botones automatizados que permiten ejecutar los Scorecards, para finalmente realizar un análisis sobre el cumplimiento o no de la estrategia, visión y misión del Hosmil. Se han explicitado los supuestos y premisas que dan validez a los resultados que se obtienen con ella.

V.1 Prototipo de Pruebas del Balanced Scorecard para el Hospital Militar

En el presente capítulo, se prueba el funcionamiento de la herramienta mediante la construcción de una aplicación en el software Dialog Strategic, versión 2.110, de la empresa Dialog Software. Se ha utilizado una versión demo para construir la aplicación, y en ella, se ha modelado todos los puntos importantes del Balanced Scorecard, los cuales han sido tratados en los capítulos anteriores. Este modelo de prueba permite la emisión de conclusiones acerca del trabajo realizado, las cuales están reflejadas en el capítulo siguiente.

Junto con la versión del software, se ha modelado la lógica de los indicadores en planillas Excel, para suplir las limitaciones que la versión demo ofrece. De esta forma, es posible ver los indicadores y su medición en los Scorecards. Con ello, se logra sacar conclusiones y ver las relaciones que existen entre ellos.

A seguir, se muestra la construcción del modelo, y los resultados que se obtuvieron.

V.1.1 Premisas

Antes de comenzar con la elaboración del modelo, se han tomado en cuenta las siguientes premisas y suposiciones como válidas, las cuales justifican el qué y cómo fue construido el modelo. Las premisas son las siguientes:

- **Modelamiento del Balanced Scorecard Global como representativo del hospital.** Al ser una versión demo, el software no permite el encadenamiento de varios cuadros de mando. Por ello, se ha tomado el Cuadro de Mando Global como representativo del Hosmil, básicamente porque contiene todos los elementos necesarios para representar a los cuadros de mando inferiores.
- **Información de los Balanced Scorecard de mercados objetivos como input directo del Balanced Scorecard Global.** Se hace el supuesto de que la información que provenía de los cuadros de mando inferiores y que alimentaban el Balanced Scorecard Global ahora son input directos, y que de alguna forma son considerados ya en los objetivos estratégicos que posee el Cuadro de Mando Global
- **Creación de un indicador “cabecera” representativo.** Por limitaciones del software, no es posible reflejar fielmente la propuesta de Balanced Scorecard con dos grandes objetivos finales en la Perspectiva de los Clientes. Es por ello, y sólo dentro de la simulación, para simplificar el análisis, que se ha creado un indicador por sobre los dos anteriores, el cual no es más que una media ponderada de ellos dos.
- **Limitación de creación de aplicaciones.** Al ser una versión demo, el software no permite la creación de nuevos “negocios”, sino que viene con uno creado, el cual está

en blanco y sobre él se construyó el negocio Hospital Militar (llamado en la aplicación HOSMIL 2004).

V.2 Modelamiento y construcción de la aplicación.

La aplicación construida sirve tanto como para medir el “performance” del hospital, como también cumplir las tareas de un Balanced Scorecard, como por ejemplo comunicar la estrategia a la empresa, relacionar objetivos, etc. El modelamiento del Balanced Scorecard está sustentado en todos los modelos planteados en el capítulo IV, los cuales son la propuesta básica y la columna del modelo desarrollado, y por lo mismo, se han incluido en él como parte fundamental de la aplicación. A continuación, se revisan las características fundamentales del modelo elaborado.

V.2.1 Estructura de la aplicación.

El software está hecho de tal forma que permite anotar todas aquellas variables fundamentales de un Balanced Scorecard, como lo son las estrategias del hospital, los objetivos estratégicos, perspectivas, indicadores, etc. En una primera parte, el diseño pasó por incorporar todas dichas variables al modelo, las que se detallan a continuación:

- **Vision (Visión).** Se ha agregado al modelo la visión del Hosmil, separada en tres ítems fundamentales, como se ejemplifica en la figura 25

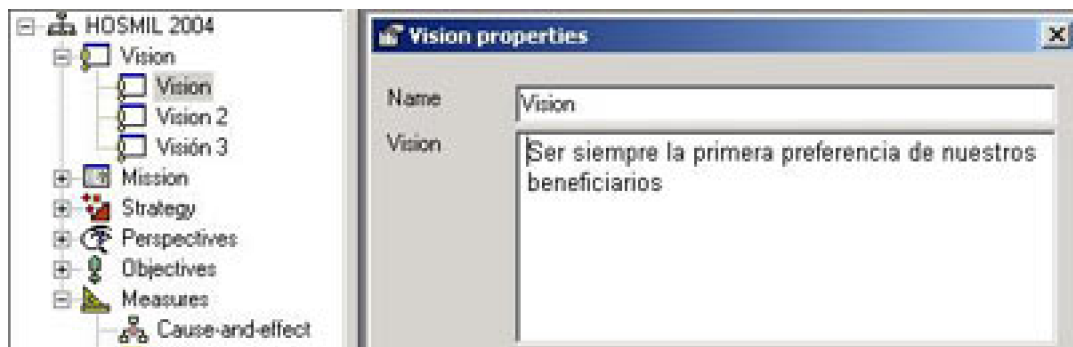


Figura 25: Ejemplo de Visión

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

- **“Mission” (Misión).** Se ha agregado al modelo la misión del Hosmil, en un ítem general, como se muestra en la figura 26
- **“Strategy” (Estrategias).** Se han incorporado al modelo las estrategias de negocio del Hosmil, las cuales fueron extrapoladas principalmente de los puntos tocados al final del capítulo III, como se muestra en la figura 27

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.



Figura 26: Ejemplo de Misión

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

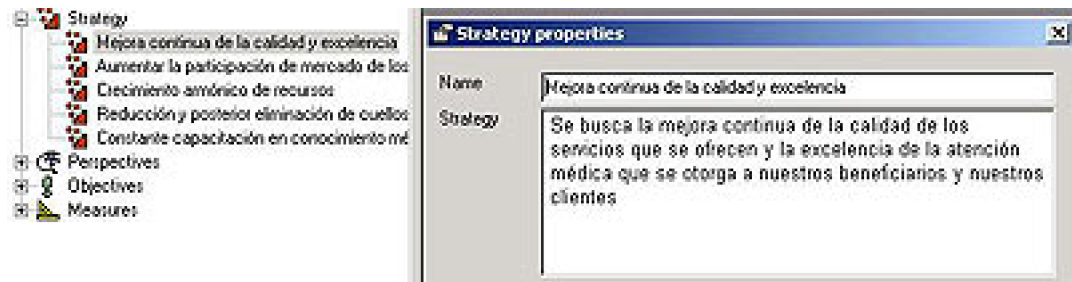


Figura 27: Ejemplo de Estrategia

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

- **“Perspectives” (Perspectivas).** Se han incorporado al modelo las cuatro perspectivas definidas para el Cuadro de Mando Global del Hospital Militar. A saber, éstas son: Perspectiva del Cliente (color azul), Perspectiva Financiera (color púrpura), Perspectiva de los Procesos Internos (color gris) y Perspectiva de los Recursos (color verde musgo), como se muestra en la figura 28

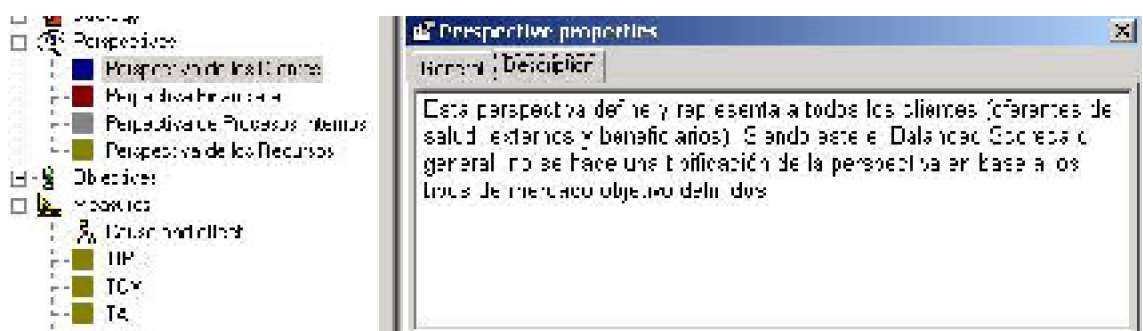


Figura 28: Ejemplo de Perspectiva

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

- **“Objectives” (Objetivos).** Se han agregado los objetivos estratégicos definidos para el Balanced Scorecard Global del Hospital Militar, los cuales se han clasificado de acuerdo a la perspectiva donde están ubicados y a la estrategia que representan, como se muestra en la figura 29



Figura 29: Ejemplo de Objetivo

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

“Measures” (Indicadores). Se han agregado los indicadores estratégicos primordiales de cada objetivo, los cuales sirven para medir el desempeño del Hosmil. En el indicador se define la perspectiva a la cual pertenece, el objetivo que esta midiendo, la periodicidad, así como también se definen los niveles aceptables y críticos que puede tomar el indicador para luego mostrarlo en los tableros, como se muestra en la figura 30



Figura 30: Ejemplo de Indicadores

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

La figura 31 y 32 muestra el esquema global de cómo se ha estructurado el modelo.

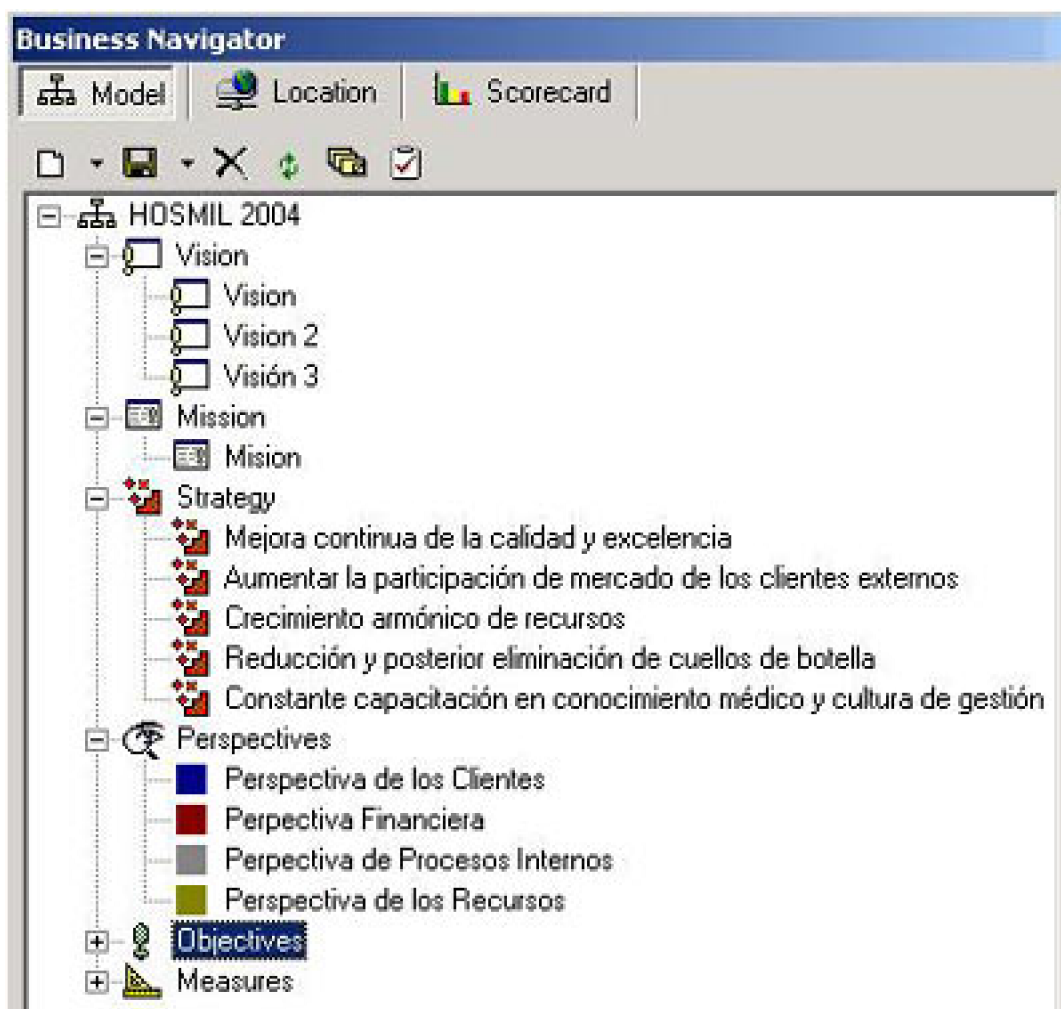


Figura 31: Estructura de la aplicación (Visión, Misión, Estrategia y Perspectivas)

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

V.2.2. Cadenas causa-efecto

En la aplicación se han desarrollado las cadenas causa – efecto tanto para los objetivos estratégicos como para los indicadores. Cada una de ellas es diagramada en una estructura de “parent-children” (padre e hijo), la cual permite ver claramente cuáles objetivos o indicadores son gatilladores de otros. Estos objetivos e indicadores son los mismos que se han incorporado a la estructura de la aplicación, los cuales han sido ordenados de acuerdo a la relación que existe entre ellos, y a las perspectivas en las cuales están ubicados. En la figura 33 se muestra la cadena causa-efecto de los objetivos estratégicos, y en la figura 34 se muestra la cadena causa-efecto de los indicadores estratégicos.



Figura 32: Estructura de la aplicación (Objetivos e Indicadores)

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

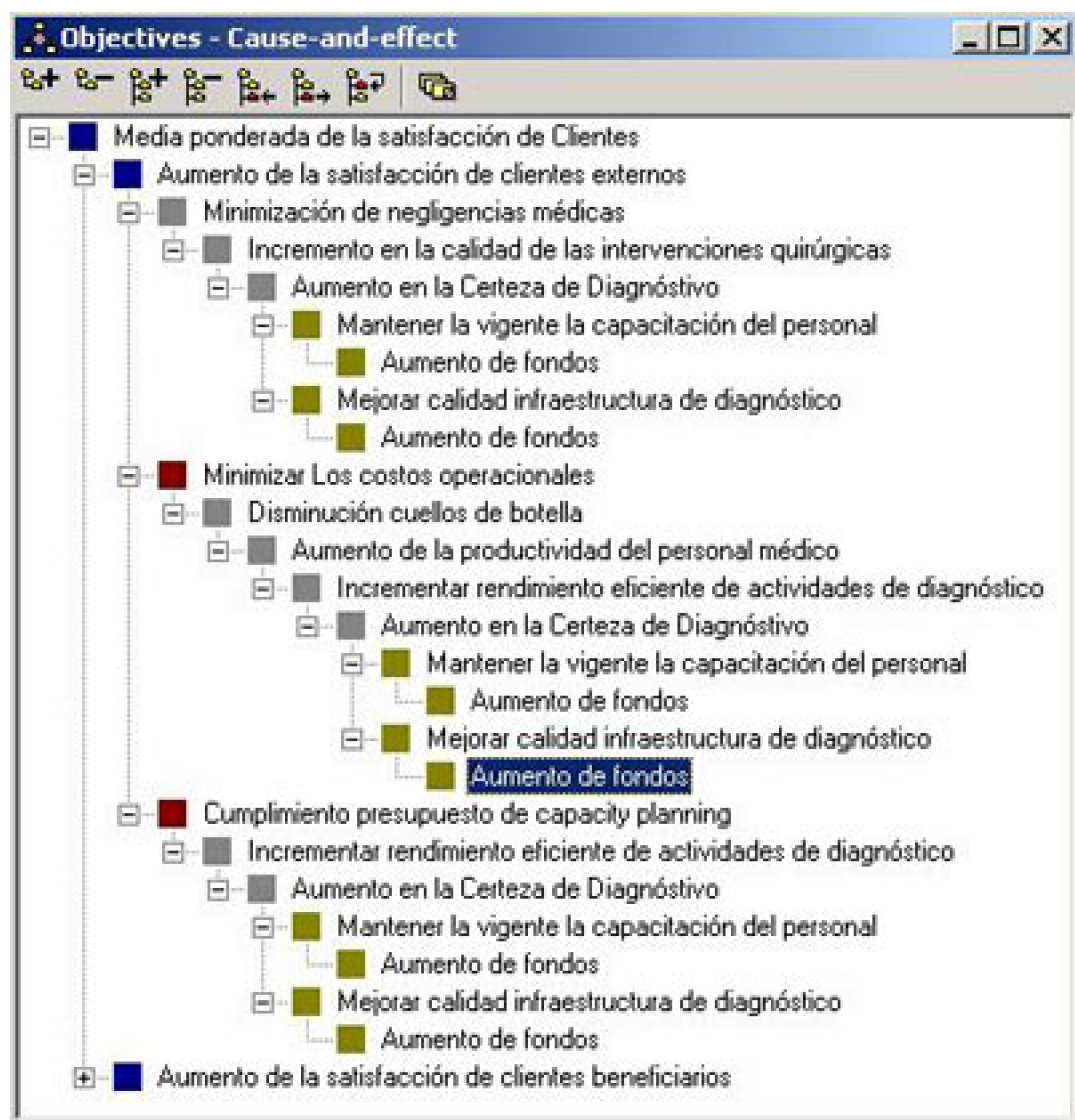
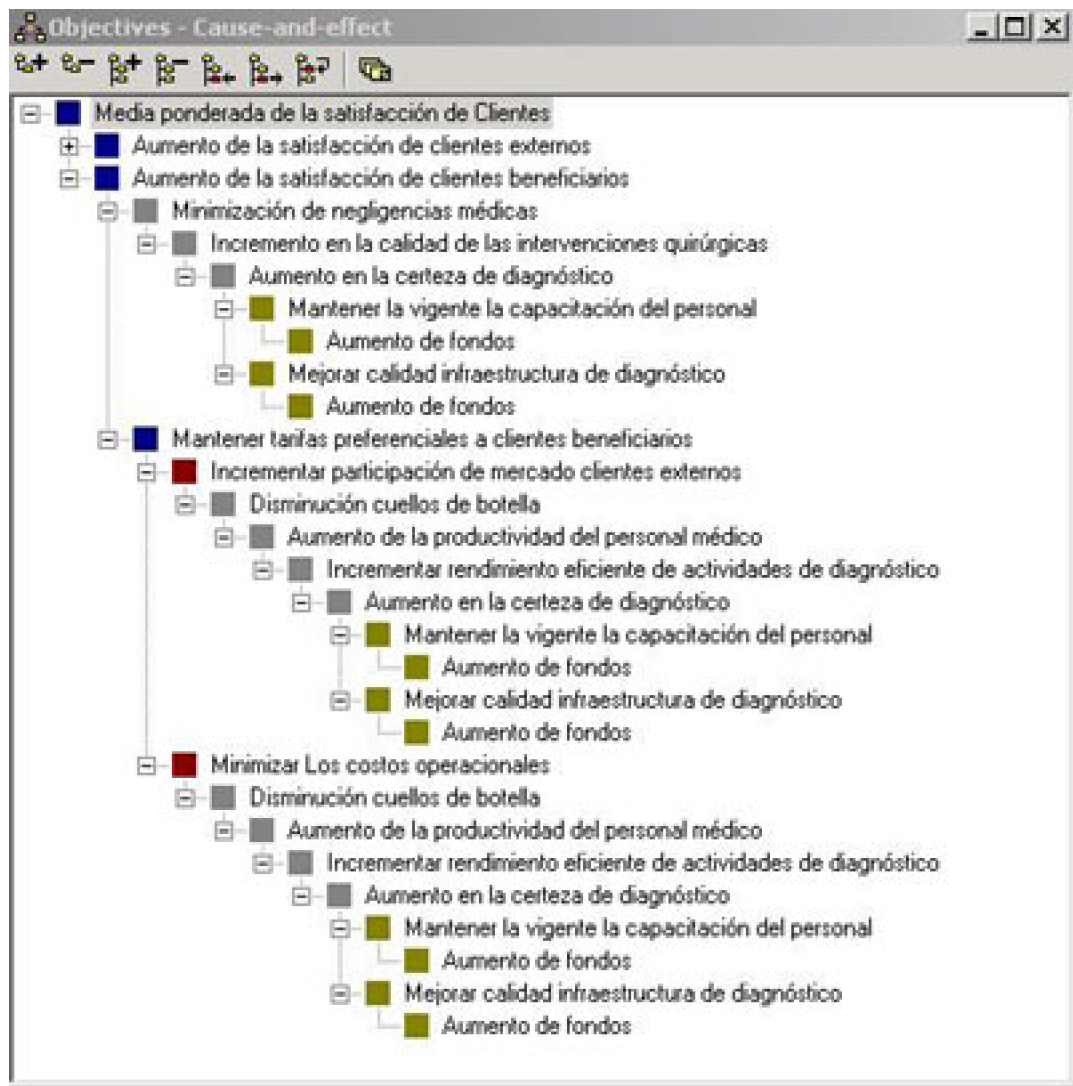


Figura 33: Cadena causa-efecto Objetivos Estratégicos



Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

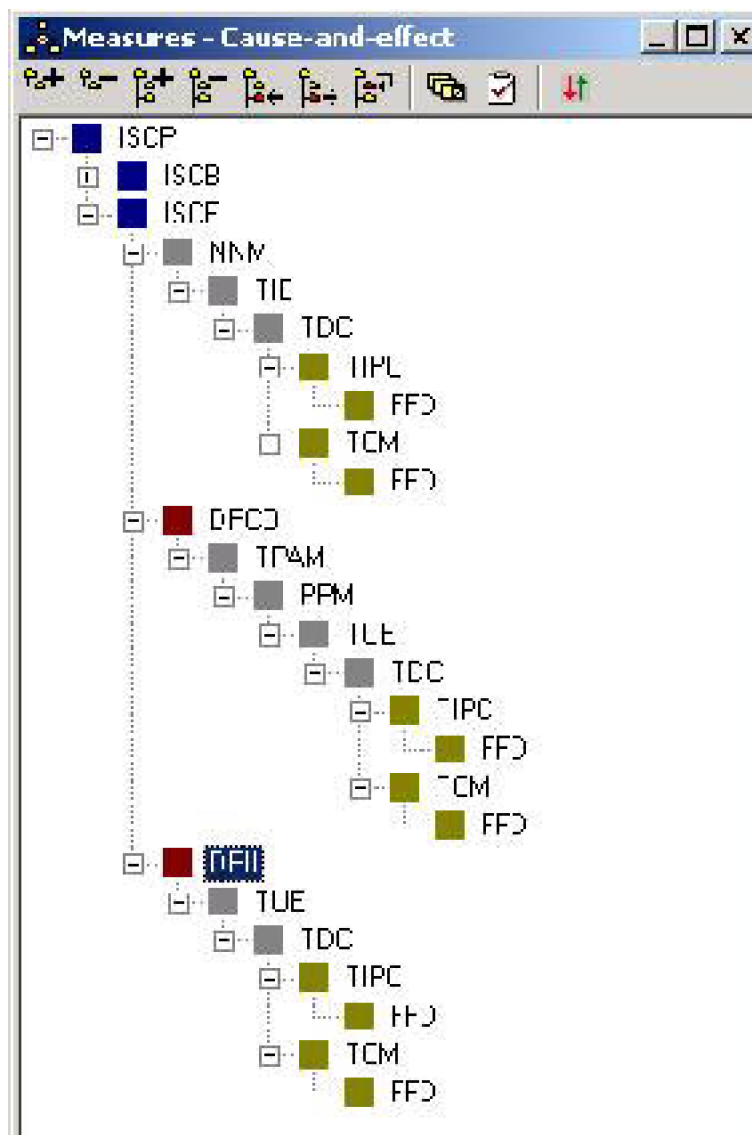


Figura 34: Cadena causa-efecto Indicadores Estratégicos

Fuente: Captura de pantalla software Dialog Strategic

V.2.3 Medición de resultados y Scorecards

Tal como se mencionó al inicio del capítulo, se usó Excel para modelar las relaciones de los indicadores y hacer mediciones de ellos mismos. En un primer paso, se crearon las pantallas de ingresos de datos para alimentar los indicadores. Estas pantallas solicitan los datos necesarios para la ejecución de cada Scorecard. Una vez ingresado los datos, se ejecutan los Scorecards, los cuales muestran un color rojo, amarillo o verde dependiendo de los resultados que arroje el indicador. En la figura 35 se muestra la pantalla de ingreso de datos, y en la figura 36 la pantalla de resultado de Scorecards.

CAPÍTULO V: Prototipo de pruebas del Balanced Scorecard para el Hospital Militar

INGRESO DATOS PARA ANALISIS SCORECARDS (Ingrese los datos, presione el botón deseado, y posteriormente revise los scorecards)

Limpiar Datos Ejecutar Scorecards

PERSPECTIVA DE LOS RECURSOS

Indicador	FFD
Formulación	Utilidad Neta Pacientes Externos + Utilidad Neta de Oferentes de Salud
INGRESO VARIABLES	
VARIABLES	VALOR
UEEX	1000000000
CDREX	500000000
COAEX	100000000
CAAEX	100000000
UEOS	1500000000
CDWOS	150000000
COAOS	500000000
CAAOS	300000000

PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS

Indicador	TDC
Formulación	Sumatoria (# de diagnósticos correctos / # de diagnósticos efectuados) * Importancia relativa
INGRESO VARIABLES	
VARIABLES	VALOR
% Dcorrectos	100
% Defectuados	350
%ImpRelativa	0,5

Indicador	TUPI
Formulación	Sumatoria (# de usos totales - # usos inapropiados) / uso óptimo * importancia relativa del instrumental
INGRESO VARIABLES	
VARIABLES	VALOR
% #UsosTotal	150
% #UsosError	30
% #UsosOptimos	300
%ImpRelativa	0,5


Indicador	TIPC
Formulación	(Sumatoria de las desviaciones negativas mensuales de cada capacitación en horas / horas fijadas en el plan de capacitación al mes) * 100
INGRESO VARIABLES	
VARIABLES	VALOR
% DMC(Hrs)	30
HIPC	90


Indicador	TIE
Formulación	
INGRESO VARIABLES	
VARIABLES	VALOR

Figura 35: Pantalla de Ingreso de Datos a los Indicadores

Fuente: Elaboración Propia

SCORECARDS DEL HOSPITAL MILITAR SEGUN OBJETIVO ESTRATÉGICO Limpiar Scorecards


Objetivo	Indicador	SCORECARD	VALOR
Aumentar los fondos desde los Oferentes de Salud y Pacientes Externos	FFD		985000

Objetivo	Indicador	SCORECARD	VALOR
Mantener vigente capacitación de personal respecto a procedimientos, directrices y en uso de equipo médico	TIPC		33

SCORECARDS x

Los scorecards han sido ejecutados con éxito

Aceptar

Objetivo	Indicador	SCORECARD	VALOR
Aumento de la certeza de los diagnósticos	TDC		14


Objetivo	Indicador	SCORECARD	VALOR
Incremento de calidad de intervenciones quirúrgicas	TIE		14

Figura 36: Pantalla de Resultados o Scorecards

Fuente: Elaboración Propia

Junto con la pantalla de ingreso de datos, y la pantalla de Scorecards, la cual muestra los resultados que se obtienen al ejecutar los indicadores, existen 3 pantallas adicionales de análisis, las cuales permiten sacar conclusiones de los datos ingresados y de los resultados obtenidos.

V.2.3.1 Cumplimiento de las Estrategias

La primera pantalla de análisis es permite concluir acerca del cumplimiento o no las estrategias establecidas por la empresa. Recordando un poco lo que se ha expuesto anteriormente en este trabajo, son cinco las estrategias principales que tiene el HOSMIL. Éstas son:

- **Estrategia 1:** Mejora continua de la calidad y la excelencia médica.
 - **Estrategia 2:** Aumentar la participación de mercado de los clientes externos.
 - **Estrategia 3:** Lograr un crecimiento armónico de recursos.
 - **Estrategia 4:** Reducción y posterior eliminación de los cuellos de botella.
 - **Estrategia 5:** Constante capacitación del recurso humano en conocimiento médico y cultura de gestión.
- Dadas estas cinco estrategias, se han identificado cuáles son los indicadores que permiten medir el cumplimiento o no de dicha estrategia. A continuación, se hace mención y relación a las estrategias con sus respectivos indicadores estratégicos:
- Estrategia 1: Para medir el cumplimiento de esta estrategia, se toman en cuenta los indicadores ISCP (Media ponderada de satisfacción de clientes), ISCB (Índice de satisfacción del cliente beneficiario), ISCE (Índice satisfacción del cliente externo), NNM (Número de negligencias médicas), TPAM (Tasa de puntualidad de atención médica), TIE (Tasa de intervenciones quirúrgicas exitosas) y TDC (Tasa de diagnósticos certeros).
 - Estrategia 2: Para medir el cumplimiento de esta estrategia, se toman en cuenta los indicadores ISCE (Índice de satisfacción del cliente externo), TCE (Tasa de crecimiento extraordinaria) y DPPII (Desviaciones totales en el presupuesto de inversión en infraestructura de sistemas de información y equipamiento médico)
 - Estrategia 3: Para medir el cumplimiento de esta estrategia, se toman en cuenta los indicadores DPCO (Desviaciones totales en el presupuesto de costos operacionales), DPPII (Desviaciones totales en el presupuesto de inversión en infraestructura de sistemas de información y equipamiento médico) y FFD (Aumento de los fondos frescos disponibles)
 - Estrategia 4: Para medir el cumplimiento de esta estrategia, se toman en cuenta los indicadores TPAM (Tasa de puntualidad de atención médica), PPM (Productividad del personal médico) y TUEI (Tasa de uso eficiente del instrumental médico).
 - Estrategia 5: Para medir el cumplimiento de esta estrategia, se toman en cuenta los indicadores TIE (Tasa de intervenciones quirúrgicas exitosas), TDC (Tasa de

diagnósticos certeros) y TIPC (Tasa de incumplimiento del plan de capacitación).

Interpretación de Resultados: Para medir el cumplimiento o no cumplimiento de cada estrategia, se analiza el resultado que presenta cada Scorecard, asociado a los indicadores definidos para cada una. En este sentido, se ha fijado el siguiente criterio: para que una estrategia presente color verde (cumplimiento de la estrategia), todos los indicadores relacionados deben presentar color verde (indicador en su estado óptimo); para que una estrategia presente color amarillo (estrategia presenta índices de cumplimiento poco favorables), al menos 1 de los indicadores relacionados debe presentar color amarillo, y ninguno de ellos debe presentar color rojo (indicador desfavorable); y para que una estrategia presente color rojo (no se cumple la estrategia), basta con que uno de los indicadores asociados a ella presente color rojo (indicador desfavorable), sin importar el resultado del resto de los indicadores. Cualquiera sea el resultado que arroje una estrategia, éste se explica por los indicadores que le han sido asociados, presentando un resumen del estado de cada uno de ellos al momento de ejecutar el procedimiento. Un mensaje da una alerta sobre si se cumple o no la estrategia, procediendo al análisis de los indicadores para identificar cuál es el o los indicadores que están provocando el resultado que entrega el análisis de la estrategia. De esta forma, analizando el panel de información, se puede determinar cuál de los objetivos está gatillando un determinado resultado, punto desde el cual se puede analizar en forma separada aquellos indicadores. La figura 37 muestra un ejemplo de la pantalla de medición de cumplimiento de estrategia y los resultados que se obtienen, exhibiendo la aprobación, en el caso de la estrategia 1.

V.2.3.2 Cumplimiento de las Visiones

La segunda pantalla de análisis permite verificar si se cumplen o no las visiones definidas por el Hosmil. Recordando lo que se ha hablado en capítulos anteriores, son tres las visiones que tiene el Hospital Militar, las que son:

- **Visión 1:** Ser siempre la primera preferencia de nuestros beneficiarios.
- **Visión 2:** Otorgar una atención social de primer nivel

BALANCED SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA: Una propuesta para el Hospital Militar.

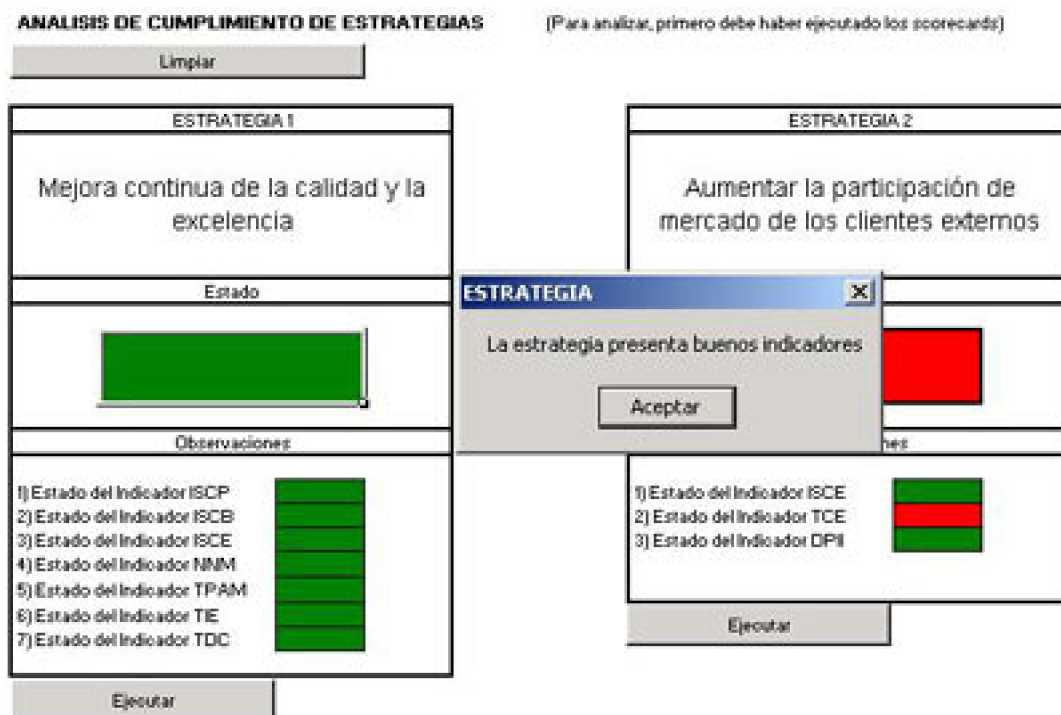


Figura 37: Pantalla de análisis de cumplimiento de estrategias

Fuente: Elaboración Propia

- **Visión 3:** Ser el primer hospital público con una calidad de gestión privada.
 Junto a estas tres visiones, se han definido cuáles son las estrategias asociadas a cada una de ellas que se deben cumplir, para dar cumplimiento, valga la redundancia, a las visiones definidas. Esta relación se resume a continuación:
 - **Visión 1:** Para medir el cumplimiento de esta visión, se considera la estrategia 1 (Mejora continua de la calidad y la excelencia médica)
 - **Visión 2:** Para medir el cumplimiento de esta visión, se considera la estrategia 1 (Mejora continua de la calidad y la excelencia médica) y la estrategia 4 (Reducción y posterior eliminación de los cuellos de botella)
 - **Visión 3:** Para medir el cumplimiento de esta visión, se consideran las cinco estrategias incluidas.

Interpretación de Resultados: Para medir el cumplimiento o no cumplimiento de cada visión, se analiza el resultado que presenta el Scorecard de cada visión, asociado a las estrategias definidas para cada una de ellas. En este sentido, se ha fijado el siguiente criterio: para que una visión presente color verde (cumplimiento de ella), todas las estrategias relacionadas deben presentar color verde (estrategia en su estado óptimo); para que una visión presente color amarillo (visión presenta índices de cumplimiento poco favorables), al menos 1 de las estrategias relacionados debe presentar color amarillo, y ninguna de ellas debe presentar color rojo (estrategia desfavorable); y para que una visión presente color rojo (no se cumple la visión), basta con que una de las estrategias

asociadas a ella presente color rojo (estrategia desfavorable), sin importar el resultado de las otras estrategias. Cualquiera sea el resultado que arroje una visión, éste se explica por las estrategias que le han sido asociadas, presentando un resumen del estado de cada una de ellas al momento de ejecutar el procedimiento. Un mensaje da una alerta sobre si se cumple o no la visión, procediendo al análisis de las estrategias para identificar cuál es la o las estrategias que están provocando el resultado que entrega el análisis de la visión. De esta forma, analizando el panel de información, se puede determinar cuál(es) de las estrategias establecidas está gatillando un determinado resultado, punto desde el cual se puede analizar en forma separada aquellos indicadores. La figura 38 muestra un ejemplo de la pantalla de medición de cumplimiento de visión y los resultados que se obtienen para la visión 2.

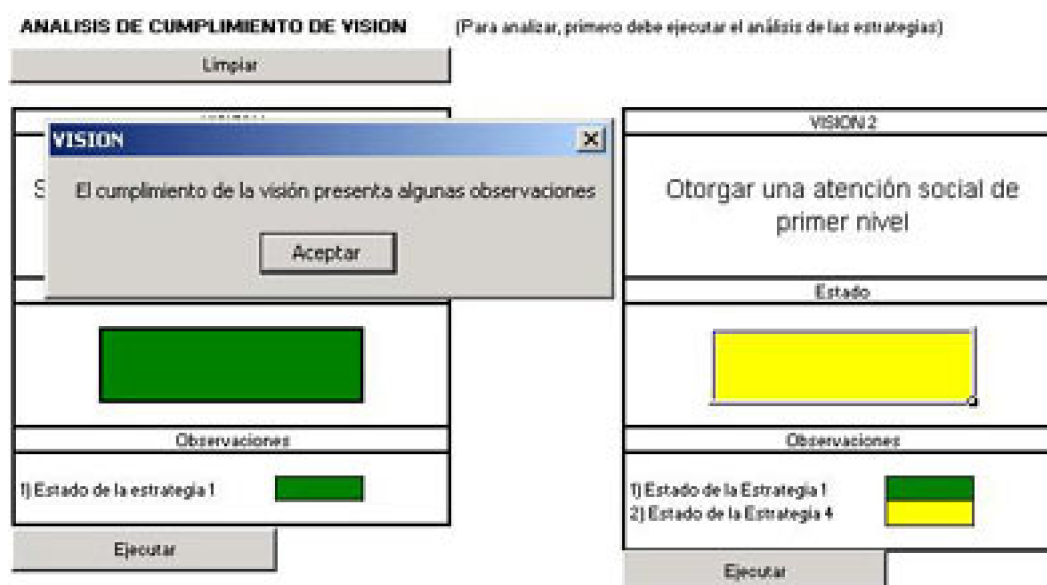


Figura 38: Pantalla de análisis de cumplimiento de las visiones

Fuente: Elaboración Propia

V.2.3.3 Cumplimiento de la Misión

La tercera y última pantalla de análisis de Scorecards es aquella que hace mención al cumplimiento de la misión del Hosmil. Recordando lo que se ha expuesto en capítulos anteriores, la misión del Hospital Militar es la siguiente:

- **Misión:** Dar una atención de salud de excelencia, manteniendo nuestra orientación social, de servicio, infraestructura, medios tecnológicos y personal calificado hacia nuestros beneficiarios y nuestros clientes.

Para analizar el cumplimiento o no cumplimiento de la misión, se ha definido que es necesario el cumplimiento de las cinco estrategias planteadas con anterioridad. En resumen, se debe realizar con éxito las siguientes estrategias:

- Mejora continua de la calidad y la excelencia médica.
- Aumentar la participación de mercado de los clientes externos.

- Lograr un crecimiento armónico de recursos.
- Reducción y posterior eliminación de los cuellos de botella.
- Constante capacitación del recurso humano en conocimiento médico y cultura de gestión.

Interpretación de Resultados: Para medir el cumplimiento o no cumplimiento de la misión, se analiza el resultado que presenta el Scorecard de cada estrategia. En este sentido, se ha fijado el siguiente criterio: para que la misión presente color verde (cumplimiento de ella), todas las estrategias deben presentar color verde (estrategia en su estado óptimo); para que la misión presente color amarillo (misión presenta índices de cumplimiento poco favorables), al menos 1 de las estrategias debe presentar color amarillo, y ninguna de ellas debe presentar color rojo (estrategia desfavorable); y para que la misión presente color rojo (no se cumple con ella), basta con que una de las estrategias presente color rojo (estrategia desfavorable), sin importar el resultado de las otras. Cualquiera sea el resultado que arroje la misión, éste se explica por las estrategias que han sido definidas, presentando un resumen del estado de cada una de ellas al momento de ejecutar el procedimiento. Un mensaje da una alerta sobre si se cumple o no la misión, procediendo al análisis de las estrategias para identificar cuál es la o las estrategias que están provocando el resultado que entrega el análisis de la misión. De esta forma, analizando el panel de información, se puede determinar cuál(es) de las estrategias está gatillando un determinado resultado, punto desde el cual se puede analizar en forma separada aquellos indicadores. La figura 39 muestra un ejemplo de la pantalla de medición de cumplimiento de misión y los resultados que se obtienen.

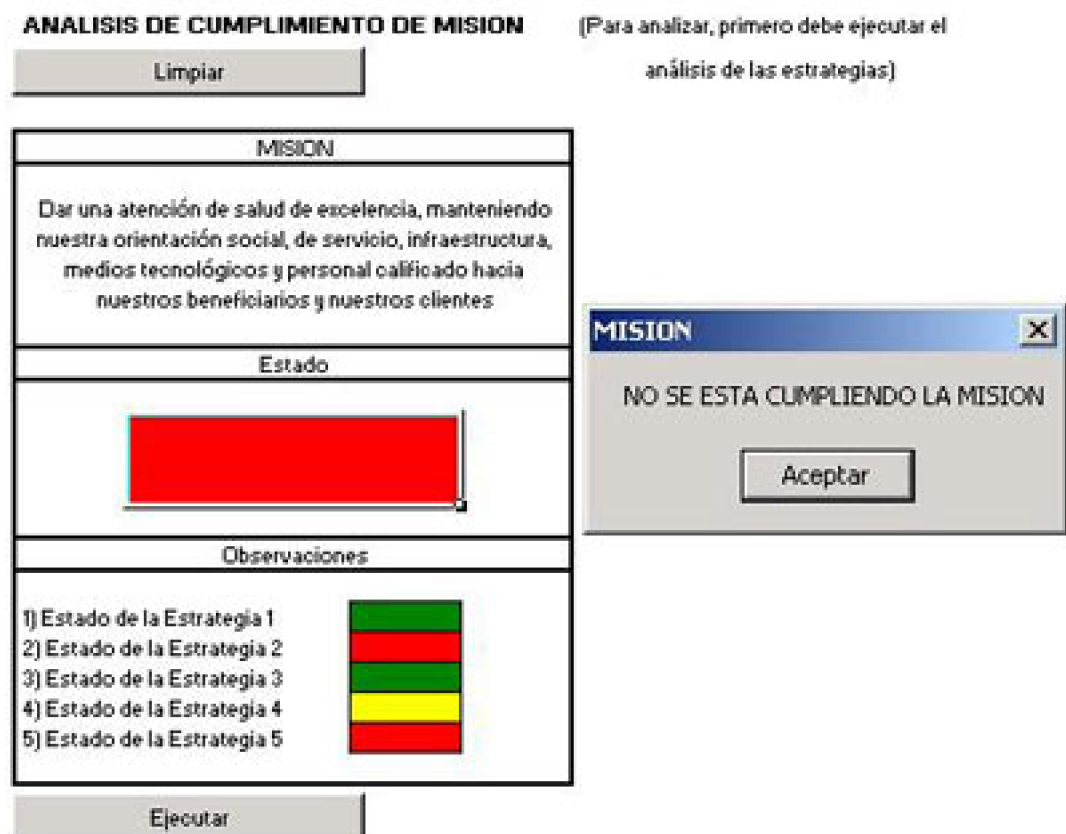


Figura 39: Pantalla de análisis de cumplimiento de la misión

Fuente: Elaboración Propia

Con todo lo expuesto en el presente capítulo, se pueden sacar conclusiones sobre la propuesta de Balanced Scorecard que se presenta en la investigación. Dichas conclusiones se ven plasmadas en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo exhibe las principales conclusiones sobre el aporte de cada capítulo anterior al desarrollo del modelo, justificándose la importancia de las ideas expresadas, vista ésta como el aporte para el trabajo de investigación.

La propuesta planteada sienta sus bases en un marco teórico sólido, que contó con casos, teorías y planteamientos que permitieron fortalecer la alimentación del diseño del modelo y su construcción en sí.

El diagnóstico fue una eficiente herramienta para concluir sobre la situación del Hospital Militar para afrontar el reto de una supuesta implementación de un Cuadro de Mando Integral.

La propuesta de diseño en sí se llevó a cabo de manera completa y satisfactoria, pudiendo dar en evidencia lo aprehendido de los capítulos anteriores.

La elaboración del prototipo no estuvo alejada de problemas, pero finalmente pudo ser, al menos, un apoyo para comprender el funcionamiento del modelo y una ayuda para hacer al lector visualizar cómo se vinculan los objetivos y cómo se desarrolla la cadena causa-efecto, permitiendo advertir también el impacto del resultado de las variables en la estrategia, la misión y la visión.

Las recomendaciones apuntan a mostrar que un Cuadro de Mando de Integral no es una herramienta rígida ni infalible, y que debe adaptarse a cada organización. Ya en otros

capítulos se mencionaron recomendaciones particulares para el Hospital Militar, por lo que las recomendaciones que ahora se exhiben adquieren un nivel más general. Es importante recordar que el Balanced Scorecard debe adaptarse a la empresa o institución, y no es al revés, al menos en un nivel significativo; es decir, la organización tiene que hacer ciertas modificaciones y cumplir ciertos requerimientos, pero estos requerimientos son, en general, vitales para contar con cualquier sistema de apoyo a la estrategia, además de que el BSC está al servicio de la empresa.

VI.1 Conclusiones

Las conclusiones que se señalan a continuación, buscan mostrar el nivel de cumplimiento de cada ítem global relevante para estos efectos, ligado, claro, al nivel de éxito de los objetivos, aspectos y metodología planteados, que finalmente hará ver el grado de satisfacción del trabajo de investigación. En otros casos, procura justificar los contenidos presentados y la orientación escogida.

VI.1.1 Con respecto al planteamiento del problema y al diseño del Balanced Scorecard

El desarrollo del BSC permitió resolver con astucia el problema planteado, en torno a la dificultad de cubrir tantas variables y tan dinámicas como las que propone el medio ambiente de las organizaciones, ya que el sistema de BSC propuesto y su sistema de medición complementario considera todos los aspectos que influyen de manera determinante sobre el desempeño de Hosmil, definidas más específicamente en los FCE. Así, cada FCE está conforme con los objetivos y sistemas diseñados:

- La regulación gubernamental como restricción normativa, que genera impacto tanto en la demanda (atender a personas de la red pública), como en los precios (tarifas máximas) y la oferta (entrega un porcentaje de recursos nada despreciable para el presupuesto de Hosmil), se ubica tanto directa como indirectamente entre los objetivos y los sistemas de control, pero más bien dentro de las políticas, al tenerse un sistema de limitante de los negocios, y al poseer una visión ligada al compromiso social, y otra que habla de la gestión privada dentro de las instituciones públicas.
- La calidad de atención es notada dentro de la visión, misión, y objetivos que apuntan meramente a la excelencia y la satisfacción del cliente.
- La opinión del paciente se observa en las encuestas de percepción que arrojan un índice, así como la puesta en marcha de sus ideas, como sistema complementario.
- La administración del presupuesto arroja el grueso de la perspectiva financiera, entre otras cosas, apoyándose en el capacity planning, TCO, etc.
- La tecnología e infraestructura de calidad fue un factor constante en la perspectiva de los recursos, como los procesos internos, e incluso la financiera, complementándose

con herramientas como el mismo capacity planning, SVT, etc.

Así, se contestó cómo diseñar un buen BSC para Hosmil, al atacar frontalmente los FCE, al aclarar que es una herramienta de apoyo a la estrategia, al proponer sistemas de medición complementarios, al utilizarse el modelo de niveles de control, y al acotar los requisitos mínimos para su efectividad, conociendo sus limitaciones y su necesidad de que se cree en un entorno favorable.

VI.1.2 Con respecto al diagnóstico del objeto de estudio

La implementación de un BSC puede ser útil, por dos motivos fundamentales: primero, porque presiona a la organización a ser eficientes y establecer los controles requeridos; segundo, porque el CMI en sí es un control interactivo que facilita y ordena el proceso de medición, prevención, planificación y “replanificación”, siendo una herramienta poderosa, siempre que se instale bajo las condiciones precisas y en el momento preciso. El compromiso de la gerencia es evidentemente un requisito para “tomarse en serio” la presencia de un BSC.

En el caso del Hosmil, pensar en un BSC en el mediano plazo aporta a la tarea de control, táctica y estrategia, dada la complejidad de una empresa de servicios, particularmente para una institución de salud.

No obstante, es mucha la labor que queda por hacer en el Hospital Militar antes de pensar en un CMI; pero la voluntad, vocación de servicio y seriedad de la labor del departamento de gestión médica lleva a tener fe en que se puede implementar en un plazo no muy prolongado de tiempo.

El sistema de diagnóstico es imprescindible para tener clara la tarea y su medición. El sistema de creencias es clave para conocer para qué se hace esa tarea. El sistema de límites es importante para saber hasta dónde la tarea debe hacerse sin incurrir en problemas. El sistema interactivo es cumbre, tanto para enlazar los anteriores, como para ir más allá de la tarea. Así las cosas, hay una congruencia entre lo que establece cada nivel de control y la propuesta de BSC y sus sistemas de medición complementarios, que juntos son un sistema de medición integral. La utilidad de los sistemas para evaluar la situación de Hosmil fue también clave para determinar las virtudes y falencias en cada elemento de control, además de los requerimientos propuestos para mejorar el rendimiento del BSC.

VI.1.3 Con respecto a la propuesta de diseño

El modelo que aquí se presenta fue realizado con el objetivo de atender los distintos mercados objetivos que posee Hosmil, los cuales requieren estrategias distintas para actuar en ellos. Es indudable que el separar los tres mercados objetivos, cada uno con su CMI, permite el análisis por separado de los impactos de las estrategias específicas en cada uno de los mercados. De esta forma, se pueden comunicar estrategias distintas y medir resultados diferentes sin caer en conciliaciones ineficientes entre éstos, entorpeciendo unos con otros. No obstante lo anterior, todos ellos forman parte de una

misma organización y de una estrategia superior a las especificadas para cada uno de ellos, y el vínculo necesario se forma teniendo un Balanced Scorecard por sobre los otros tres, que los ligue y que recoja la información proveniente de los otros tres cuadros de mando que genere aportes directos a las estrategias globales planteadas según un plan.

VI.1.4 Con respecto a la simulación y pruebas

El prototipo desarrollado en el capítulo V no fue precisamente un camino fácil ni despejado; se convirtió en una secuencia de problemas, al contarse con una versión “demo” de un software que no funcionaba a plenitud. Sin embargo, el reemplazo fue oportuno, y el “desarrollo propio” del prototipo entregó más “Know How” para hacer un modelo a la medida, y comprender mejor qué había detrás de los requerimientos de los usuarios que implementan un BSC.

Este capítulo fue un aporte para el diseño del modelo, en la medida en que se pudo construir un marco bastante realista del “background” del BSC, en cuanto a la lógica en la que opera. Fue útil para analizar las condiciones bajo la que se está cumpliendo o no la misión, visión y estrategia, y trajo resultados positivos mientras el lector pueda visualizar mejor la idea detrás de los objetivos, indicadores y la estructura del BSC Global. El “output” del diseño se hizo más real, y se pudo analizar “salidas de pantalla” que aterrizan los conceptos abstractos.

Sin embargo, el BSC Global no pudo validarse en términos de coherencia de diseño con esta herramienta, al no contar con un usuario del Hosmil que pudiese validar que los resultados que arroja el prototipo sean de utilidad para los análisis del cumplimiento de las estrategias, objetivos, etc. Además, el prototipo no indica si la vinculación causa-efecto de los indicadores, vista como una entidad-relación, es lógica, consistente y única. Tampoco muestra si un indicador se correlaciona o no con su objetivo, o con los resultados de los demás indicadores; para eso se requeriría, además de un sistema estadístico de apoyo a la gestión, un período de prueba bastante razonable, habiéndose hecho, como mínimo, una suerte de “pre-implementación”.

Finalmente, se puede concluir que la propuesta cumplió efectivamente las expectativas, dado que satisfizo el planteamiento del problema, hizo ver que un CMI se adapta a un hospital, contó con una metodología coherente -tanto para diseñar el modelo y probar la capacidad de la organización para implementar un BSC en el presente, como para alcanzar a dar sugerencias razonables-, se basó en el marco teórico preciso para tener herramientas de apoyo y contó con premisas realistas y razonables. En cuanto al prototipo, sirvió para imaginar la puesta en marcha del sistema de BSC, y fue eficaz para “jugar” con las variaciones de los indicadores, pero no llegó a ser capaz de dar pautas para decidir la entrada o salida de indicadores y/o objetivos, o para proponer cambios en sus interacciones.

VI.2 Recomendaciones

Una vez revisado el aporte de cada capítulo, se enseñan las recomendaciones generales para que el modelo tenga éxito, más allá de las nombradas en el punto III.4. Hay consenso en los planteamientos de Kaplan y Norton (2001), sobre que un BSC no funciona a plenitud si se cumplen errores como implementarlo sin un “sponsor” incondicional de peso dentro de la organización, contratar consultores inexpertos, no compartirlo con mucha gente, no difundirlo dentro de la empresa, entre otros. También es verdad que un CMI debe servir como un complemento de la estrategia, y que su proceso de construcción provoca una discusión interesante en cuanto a las interpretaciones de cada uno sobre cómo se deben gestar las cosas internamente.

Sin embargo, debe tenerse claro que, aún con un BSC que interprete la idiosincrasia de la organización, con dirigentes proactivos y muy entusiastas y con recursos suficientes para alimentar todos los indicadores y entregarlos en tiempo real, éste no garantiza el éxito de la organización.

El enfoque tradicional de BSC es práctico para varios tipos de empresas, pero no debe concentrarse todo el esfuerzo en diseñar un CMI espectacular, dejando de lado los otros sistemas complementarios por niveles de control y la evaluación de desempeño. Un BSC, en primer lugar, puede sufrir cambios, porque es una herramienta dinámica y flexible que fomenta la innovación como control interactivo que es; precisamente por eso, un CMI al interior debe revisarse constantemente e incentivar la autocrítica, incluso para modificarlo. Es importante señalar que la revisión constante debe abarcar también los objetivos estratégicos que se plantean en el capítulo IV.2.1, puesto que muchos de ellos pueden cumplirse en el corto plazo, pasando a la reformulación de éstos o la inclusión de otros objetivos. En segundo lugar, un Balanced Scorecard no actúa solo y no es capaz de abarcar todo el espectro táctico y operativo a evaluar; además, no se alimenta solo. Por lo tanto, requiere complementarse con otros medios de control que encubran todos los sistemas fundamentales, fuera de que el CMI sea capaz de posicionarse en todos los niveles.

Al Hospital Militar se le hizo las sugerencias pertinentes, exhibidas en el capítulo III.4. Así que las recomendaciones que se muestran en este capítulo buscan llegar hacia las organizaciones que los implementen. En el caso de empresas de servicios, es muy eficiente para comprender los recursos y los procesos internos; para organizaciones no lucrativas, es una buena forma de hacer valer la misión y de orientar la mayor cantidad proporcional de dinero posible hacia la razón por la cual existe; para un hospital que englobe ambas características, esta investigación debería ser una buena guía, pero en el bien entendido que cada institución es distinta y que si bien la esencia puede ser similar, para elaborar un modelo completo de control de gestión como éste se requiere inmiscuirse en las circunstancias peculiares de cada una, sin perjuicio de que le sirva uno u otro indicador.

Es importante recordar que el Balanced Scorecard debe adaptarse a la empresa o institución, y no es al revés, al menos en un nivel significativo; es decir, la organización tiene que hacer ciertas modificaciones y cumplir ciertos requerimientos, pero estos requerimientos son, en general, vitales para contar con cualquier sistema de apoyo a la estrategia, además de que el BSC está al servicio de la empresa. Si se considera el estándar general aceptable para un sistema de información adquirido para una empresa,

se exigiría al menos un 80% de adaptación del BSC a la organización, y el 20% restante, corresponde a la parte que debe aportar ésta para que el sistema funcione a plenitud. Sin embargo, la realidad no es tan optimista para un BSC y tan “estandarizable”: existen requisitos básicos, mencionados a lo largo de todo este trabajo de investigación, que se recomiendan para reducir el riesgo de fracaso de un CMI, ya que éste se parece más a un software desarrollado interna o externamente (del tipo “propietario”, o “a la medida”) que a un paquete de software al que se le pide este 80%.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Libros y Textos

Baker, Judith y Keyte, Beau (1995); "Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care". Aspen Publishers, Inc. EE.UU.

Bell, Martin (1966); "Mercadotecnia Conceptos y Estrategia", CECSA, bajo autorización de Houghton Mifflin Company Boston Servicios. EE.UU.

Kaplan, Robert y Norton, David (1996); "Cuadro de Mando Integral". Ediciones Gestión 2000 S.A. España.

Kaplan, Robert y Norton, David (2001); "Como utilizar el Cuadro de Mando Integral". Ediciones Gestión 2000 S.A. España.

Kotler, Philip (1980); "Dirección de Mercadotecnia Análisis Planeación y Control". Editorial Diana, bajo autorización de Prentice-Hall Inc. Servicios. España.

López, Alfonso (1997); "El Cuadro de Mando y los Sistemas de Información para la Gestión Empresarial". Editorial AECA. España.

- Niven, Paul (2002); "El Cuadro de Mando Integral paso a paso". Ediciones Gestión 2000, España.
- Niven, Paul (2003); "Balanced Scorecard: step by step for Government and Nonprofit Agencies". Jossey-Bass/John Wiley & Sons Inc., EE.UU.
- Poister, Theodore (2003); "Measuring performance in public and nonprofit organizations", Jossey-Bass/John Wiley & Sons Inc., EE.UU.
- Senn, James (1987); "Sistemas de información para la administración". Wadsworth Publishing Company, Inc. EE.UU.
- Simons, Robert (2000); "Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy". Prentice Hall. EE.UU.

Artículos y Seminarios

- Grandón Montoya, Ignacio (2004); "Cuadro de Mando Integral en Salud", Instituto de Administración de Salud (IAS), Revista 44, pag. 2 a la 8.
- Mintzberg, Henry (1981); "Diseño organizacional: ¿vestir a la moda o con lo que nos quede mejor?", pag. 6, 19 a la 23. Harvard Business Review. EE.UU.
- Chaparro, Fabiola (2001); "Modelo de Control de Gestión Integrado" Una aplicación para telefónica C.T.C. Chile Servicio Técnico 8ª Región, memoria de título. Facultad de Ingeniería, Universidad de Concepción.
- Tapia, Claudia (2002); "Propuesta de un sistema de Control de Gestión basado en un Cuadro de Mando Integral. Una aplicación para CMPC Celulosa S.A., memoria de título." Facultad de Ingeniería, Universidad de Concepción.
- Pink, George; McKillop, Ian; Schraa, Ellen; Preyra, Colin; Montgomery, Catherine y Baker, G. Ross (2001); "Creating a balanced Scorecard for a Hospital System". Aspen Publishers, Inc.
- Seminario Internacional de Gestión Hospitalaria (2000); "V Seminario Internacional de Gestión Hospitalaria hacia la formación continua 2000, Ministerio de salud Chile", pag. 35, 65, 77 y 137. Proyecto Franco-Chileno de Apoyo a la Gestión Hospitalaria.

Páginas de Internet

- <http://www.hosmil.cl>; "Sitio Web Oficial Hospital Militar"
- <http://www.5campus.com/leccion/Cmando/INICIO.HTM>; "Cuadro de Mando Integral"
- <http://www.ciberconta.unizar.es/LECCION/hospi01cl/HSANJOSE.pdf> "Aplicación del Cuadro de Mando Integral al Hospital San José, Ministerio de Salud Chile"

ANEXOS

Anexo 1: Especialidades médicas del Hosmil

A continuación se nombran las especialidades médicas donde se atiende a más de 800 pacientes al día.

Medicina Adultos

- Cardiocirugía
- Cardiología
- Cirugía
- Cirugía Plástica
- Coloproctología
- Dermatología
- Endocrinología
- Enfermedades Respiratorias
- Gastroenterología
- Geriatría

- Ginecología , Obstetricia y Neonatología
- Hemato-oncología y Quimioterapia
- Nefrología
- Neurología
- Nutrición y Diabetes
- Odontología y Máxilo Facial
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría Adultos
- Residencia Médica
- Servicios Adulto
- Tratamiento del Dolor
- Traumatología
- Unidad de Coordinación Médica
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Adultos
- Unidad de Infecciones Epidemiológicas Intrahospitalarias
- Urgencia Adultos
- Urología

Medicina Infantil

- Cirugía Infantil
- Medicina Infantil
- Neonatología
- Psiquiatría Infanto - Juvenil
- Servicios Infantil
- UCI Pediátrica
- Urgencia Pediátrica

Servicios de Apoyo

- Banco de Sangre
- Diagnostico por Imagen
- Esterilización
- Laboratorio Clínico
- Medicina Nuclear
- Psicología

Anexo 2: Organigrama del Hospital Militar



Anexo 3: Cuestionario de Control Interno

- ¿Se cumplen los procedimientos en el Hosmil?
 - Para médicos, paramédicos, ayudantes, etc.
 - Para administrativos de primera línea.
 - Para recepcionistas o secretarías.
- ¿Están actualizados estos manuales de procedimientos?
- ¿Son de completa accesibilidad?
- ¿Existe segregación de funciones?
- ¿Existe control por oposición de intereses entre las UEN?

6. ¿Existen áreas restringidas en el Hosmil?
7. ¿Los instrumentos están custodiados por personal calificado?
8. ¿Existe una adecuada custodia de documentos (fichas de pacientes, facturas, boletas, etc.)?
9. ¿Los exámenes se encuentran en áreas restringidas?
10. ¿Se aplican las normativas legales de fijación de precios?
11. ¿Existe automatización de sistemas?
12. ¿El procesamiento, almacenamiento y comunicación de datos es en línea o en batch?
13. ¿El personal posee perfiles de acceso al sistema al ingresar información?
14. ¿Existe capacitación de los usuarios del sistema?
15. ¿Qué dirección sigue la información en la empresa?
16. ¿Se poseen cámaras o vigilantes en las instalaciones?
17. ¿El personal es controlado en sus horas de llegada y salida?
18. ¿Existe seguridad de las instalaciones y del personal (extintores, vías de evacuación, seguridad de la “maquinaria”)?
19. ¿Se cumplen las fechas de entrega de documentos a la alta dirección y/u otros?
20. ¿La información es ingresada al sistema en el momento o con posterioridad?
21. ¿Existen planes de contingencias ante posibles “caídas del sistema”?
22. ¿Existe algún mecanismo de cuadratura entre los sistemas computacionales que verifique la validez y/o duplicidad de la información?
23. ¿Se trabaja con bases de datos?
24. Verificar posibilidad de generación de información adecuada (inputs, base de datos, modelos de datos, EIS, output, etc.)
25. ¿Los PC's están conectados en red?
26. ¿Existe una “Intranet”?
27. ¿Se hacen encuestas a los clientes sobre la calidad de la atención? (retroalimentación)

Anexo 4: Cuestionario de Control Diagnóstico

1. ¿Se hacen presupuestos?
2. ¿Se cumple con el presupuesto?
3. ¿Se hacen análisis de desviaciones presupuestarias?

4. ¿Qué mecanismos de evaluación de desempeño existen?
5. ¿Cómo se evalúa cualitativa y cuantitativamente el desempeño global de las estrategias?
6. ¿Se evalúa las metas periódicamente?
7. ¿Se crean cuestionarios de auto evaluación de controles?

Anexo 5: Cuestionario sobre Limitantes en los negocios

1. ¿Cómo se norma y se castiga las faltas a la ética? ¿Cómo se descubren?
2. ¿Qué es considerado una falta grave y qué no?
3. ¿Se actualizan los manuales de procedimiento según los resultados?
4. ¿Los manuales de procedimientos incluyen la norma médica?
5. ¿Cuál es el estándar a seguir en lo que respecta a las normas de cumplimiento?
6. ¿Qué normas de salud e higiene existen?
7. ¿Las normas de certificación de calidad son un aspecto clave en su negocio?

Anexo 6: Cuestionario de Sistemas de creencias

1. ¿Sobre qué principios se basa la misión?
2. ¿Cuáles son las prioridades del directorio a la hora de establecer la estrategia?
3. ¿Las estrategias están orientadas a diferenciación o rotación?
4. ¿Cuál es el objetivo fundamental del Hospital Militar?
5. ¿Qué alcance y cuáles limitaciones tiene el objetivo principal?
6. ¿Se producen cambios que generen molestias en el personal?
7. ¿Es de conocimiento del personal la misión / visión?
8. ¿Se incentiva al personal a seguir la misión y visión del Hosmil?
 - a. Remuneradamente
 - b. Días libres
 - c. Distinciones públicas
9. ¿Se evalúa la satisfacción del personal?
10. ¿Existen mecanismos de integración del personal a la empresa?

- a. Días de entretención interno / externo
- b. Comidas con los altos mandos
- c. Mecanismos de saludos (cumpleaños, santos, día de la mujer, etc.)
- 11. ¿Se preocupan por la existencia de un ambiente grato de trabajo?
- 12. ¿Se incentivan valores corporativos al personal?
- 13. ¿Se acepta con frecuencia sugerencias del personal?
- 14. ¿Existe alguna vía formal / informal para escuchar opiniones del personal?
- 15. ¿La infraestructura es la adecuada según misión / visión?

Anexo 7: Cuestionario de Límites estratégicos

1. ¿Cómo se relacionan las estrategias de la organización con la gestión de la Empresa?
2. ¿Todo el esfuerzo de negocios se centra en la misión?
3. ¿Existe algún área que genere rentas y que no sea parte primordial de la estrategia?
4. ¿Son suficientes las normas para enmarcar el desempeño del personal en torno a lo deseado?
5. ¿Se trabaja con Work – Flow o alguna herramienta de control de flujo de procesos?
6. ¿Se definen estrategias a corto y largo plazo?
7. ¿Cuál es el resultado del análisis F.O.D.A.?
8. ¿Cómo se vinculan las herramientas del corto plazo con las estrategias del largo plazo?

Anexo 8: Cuestionario sobre los Controles

Interactivos

1. ¿Qué criterios de medición se emplean?
 2. ¿Existe retroalimentación de parte de los clientes?
 3. ¿Los indicadores son suficientes para la evaluación del control y toma de decisiones?
 1. ¿Cómo se estructuran los indicadores?
 2. ¿Se hacen correcciones de los indicadores?
 3. ¿Son suficientes las perspectivas definidas?
 4. ¿Qué perspectiva (s) se puede (n) agregar?
 5. ¿Se hacen evaluaciones separadas de cada actividad definida?
 6. ¿Cómo se estructuran los indicadores?
 7. ¿Cómo se miden los aportes de los empleados?
 8. ¿Hay estrategias emergentes?
 9. ¿Se crean variaciones en los actuares si las metas / objetivos no son cumplidos?
 10. ¿Se comenta con el personal si los objetivos no son cumplidos y las variaciones que se efectuarán?
 11. ¿Se evalúa la competencia?
 12. ¿Se hace Benchmarking?
 13. ¿Se posee tecnología suficiente?
 14. ¿Se posee un plan de contingencia ante falta de recursos monetarios?
 15. ¿Se realiza capacitación al personal para una correcta atención de acuerdo a la misión y visión?
 16. ¿Cómo se motiva al personal a participar en el Hosmil y la consecución de sus objetivos?