

UNIVERSIDAD ISALUD

**MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN
DE LA SALUD
TESIS**

**GESTIÓN ESTRATÉGICA EN OBRAS SOCIALES
NACIONALES.**

**“El Cuadro de Mando Integral como herramienta de Control
de Gestión y su contribución para el logro de una gestión
estratégica en salud, aplicado a la Gestión Prestacional en
una Obra Social Nacional de Origen Sindical para el bienio
2007 - 2008.”**

**Alumno: Cdor. Paladino Joaquin Miguel
Director de Tesis: Mg.Arturo Schweiger**

AGRADECIMIENTOS:

A Lorena mi compañera de vida, a Lucia y Augusto las luces que iluminan mi alma, a Liliana por su apoyo incondicional, a Miguel mi padre, mi amigo, sin el cual todo esto hubiere sido muy difícil.

A Raul y Eduardo por confiar en mí y creen en el proyecto.

Índice:

1.- INTRODUCCIÓN:	6
1.1.- Antecedentes:	8
2.- PLANTEAMIENTO DEL TEMA:	14
2.1.- Formulación del Problema:	14
2.2.- Objetivo General:	16
2.3.- Objetivos Intermedios:	16
3.- METODOLOGÍA:	17
4.- MARCO CONCEPTUAL:	18
4.1.- Fundamentos Generales:	18
4.2.- Sistemas de Control, concepto y elementos:	19
4.2.1.- Definición de Estándares:	21
4.2.2.- Fijación de los procedimientos de medición:	21
4.2.3.-Medición del desempeño real:	22
4.2.4.- Evaluación del desempeño:	22
4.2.5.-Análisis de las causas de las desviaciones y posterior propuesta de acciones correctoras:	23
4.3.- Control de Gestión:	23
4.3.1.-Elementos del Control de Gestión:	25
4.3.1.1.-Indicadores, concepto:	26
4.3.1.2.-Distintas clasificaciones de Indicadores:	28
4.3.1.3-Indicadores Genéricos:	32
4.3.1.4.-Indicadores, Impulsores de Valor:	34
4.3.1.5.-Indicadores Financieros v/s No Financieros:	35
4.4.1.-Relaciones entre medidas No Financieras y Financieras:	38
4.4.2.- Cadena de Valor del Proceso Interno:	39
4.5.- El Cuadro de Mando Integral:	42
4.5.1.- Origen y evolución:	42
4.5.2.-Perspectivas del Cuadro de Mando Integral:	49
4.5.3.-Mapas estratégicos:	51
4.5.4.- Pasos para elaborar un cuadro de mando integral:	53
4.6.- Estado de desarrollo y aplicación del CMI en Instituciones de Salud:	57
5. APLICACIÓN DEL MODELO A LA OBRA SOCIAL SELECCIONADA:	65

5.1.- Construcción del Cuadro de Mando Integral aplicado a las Gestión Prestacional de la Obra Social Seleccionada.....	66
5.1.1.- Visión, Misión y aplicación del análisis DAFO.....	66
5.1.2.- Definición de perspectivas y construcción del mapa estratégico.....	70
5.1.3.- Determinación de los indicadores para cada perspectiva.....	73
5.1.3.1.- Indicadores de la perspectiva del Beneficiario.....	73
5.1.3.2.- Indicadores de la perspectiva Financiera.	79
5.1.3.3.- Indicadores de la perspectiva Prestaciones.	85
5.1.3.4.- Indicadores de la perspectiva de los Procesos Internos.....	96
5.1.3.5.- Indicadores de la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento.	102
5.1.3.6.- Esquema general del Cuadro de Mando Integral aplicado.....	105
5.1.3.7.- Parámetros de actuación de los indicadores.....	110
5.2.- Resultados de los indicadores aplicados.	111
5.3.- Valorización de los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores.	113
5.4.- Observaciones generales sobre la salida de información del CMI con referencia a los registros previos disponibles a su implementación.....	115
5.5.- Observaciones sobre la puesta en funcionamiento de la medición de los indicadores del CMI, implicancias y consecuencias.	116
6.- CONCLUSIONES.	126
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	128
8.- REFERENCIAS.....	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Estructura de la cadena de Valor en las Organizaciones.....	41
Gráfico 2: Beneficios del Cuadro de Mando Integral.....	46
Gráfico 3: Estructura del Cuadro de Mando Integral.....	47
Gráfico 4: Esquema general de elaboración del CMI.....	55
Gráfico 5: Sistemas de información críticos en la gestión de las perspectivas claves.	72
Gráfico 6: Circuito de detección de prestaciones médicas recuperables por APE .	120
Gráfico 7: Circuito de armado y presentación de prestaciones médicas recuperables por APE.	122
Gráfico 8: Circuito de liquidación de prestaciones médicas-asistenciales.	124

INDICE DE CUADROS:

Cuadro 1: Aplicación de la Matriz DAFO a la Obra Social seleccionada.	68
Cuadro 2 : Mapa Estratégico para la Obra Social seleccionada.	71
Cuadro 3: Indicadores de la perspectiva del Beneficiario.	74
Cuadro 4: Indicadores de la perspectiva Financiera.....	80
Cuadro 5: Indicadores perspectiva de las Prestaciones.	86
Cuadro 6: Indicadores de la perspectiva de los Procesos Internos.	96
Cuadro 7: Indicadores la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento.	102
Cuadro 8: Esquema del Cuadro de Mando Integral aplicado.....	106
Cuadro 9: Identificación de Procesos claves en la alimentación de la información base de los indicadores del CMI.....	117
Cuadro 10: Descripción del circuito de detección de prestaciones médicas recuperables por APE.	121
Cuadro 11: Caracterizaciones del circuito de detección de prestaciones médicas recuperables por APE.	121
Cuadro 12: Descripción del circuito de armado y presentación de prestaciones médicas recuperables por APE.....	123
Cuadro 13: Caracterización del circuito de armado y presentación de prestaciones médicas recuperables por APE.....	123
Cuadro 14: Descripción del circuito de liquidación de prestaciones médicas - asistenciales.	125
Cuadro 15: Caracterización del circuito de liquidación de prestaciones médicas - asistenciales.	125

INDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Principales elementos del Balanced Scorecard Implementados en distintas Instituciones de Salud.....	59
Tabla 2: Comparación de las principales variable del Balanced Scorecard aplicado a distintos centros de salud.....	61
Tabla 3: Mejoras producidas tras la implantación del CMI en el Duke Children's Hospital.....	63
Tabla 4: Parámetro de actuación de los indicadores seleccionados.	110
Tabla 5: Resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores en la O.S. seleccionada.....	112

Tabla 6: Resultado global del cumplimiento por medio de las perspectivas seleccionadas.	114
--	-----

1.- INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, las organizaciones de salud se han ido transformando, son más sensibles a la necesidad de sistemas de información que puedan aportar datos sobre la evolución de la gestión, ya que han de desarrollarse en un ambiente cuya principal característica es el cambio permanente.

El mercado de la Salud es uno de los más importantes del sistema socio-económico de un país, tanto por su importancia social, dado que es el encargado de la cobertura médico-asistencial de los ciudadanos, como por su incidencia económica, dada la magnitud de los recursos globales que genera y absorbe.

La evolución del gasto no solo afecta a los estados nacionales, como responsables primarios de la salud y bienestar de la población, sino también a los distintos actores que componen el colectivo sanitario, obras sociales, medicina prepaga, hospitales, clínicas, sanatorios, etc. ya sean privados, públicos o mixtos.

Diversos factores son los que contribuyen al aumento de costos, el envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades crónicas, la incorporación de nuevas tecnologías -donde el ritmo acelerado de su inclusión hace difícil realizar un correcto análisis de su impacto económico-, la globalización de los mercados -que regionalizan la provisión de insumos y medicamentos con el consiguiente problema de costos- y la demanda creciente por parte de los usuarios en la calidad de los servicios.

Estos argumentos llevan a la necesidad de realizar una *mejor planificación* y un mayor seguimiento en la aplicación de los recursos y optimización de los ingresos.

Todos estos desafíos indican que existe una situación que debe ser atendida y afrontada con los elementos necesarios, a fin de lograr su adaptación a los nuevos escenarios.

Las Obras Sociales son, tal vez, los actores más importantes dentro del Sistema de salud argentino y como tal no están exentas de las vicisitudes que hemos enunciado.

El presente trabajo centrará su análisis en evaluar los beneficios que podría llegar a producir la utilización del “*Cuadro de Mando Integral¹*”, en la *Gestión Estratégica Prestacional de la Obra Social seleccionada*, tomando como base el periodo 2007-2008 y dejar planteado el modelo, para complementar con periodos subsiguientes.

El Cuadro de Mando Integral permite la alineación de las acciones y procesos, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos claros, mensurables y específicos, por medio de la definición de objetivos y la utilización de distintos indicadores de seguimiento, que se dividen en cuatro perspectivas².

Permite aclarar el horizonte, organizar los esfuerzos, fomentar sinergias positivas y controlar el camino para llegar a destino y corregir en forma temprana los desvíos producidos.

El estudio será realizado sobre la Gestión Prestacional de una la obra social nacional de origen sindical de la cual, por razones de confidencialidad, no se citará el nombre y se denominará de aquí en adelante como “la Obra Social” (OS).

La OS supera los doscientos mil beneficiarios, está organizada en centros locales de atención por provincias, con características etarias similares en las distintas regiones.

La población se encuentra atomizada y distribuida en forma homogénea y se les

asegura un pool básico de prestaciones de acuerdo al Programa Médico Obligatorio de Emergencia vigente.

Los ingresos por beneficiario están por debajo de la media del sistema, con un modelo de atención prestacional con presencia en los tres niveles de complejidad, por medio de redes de atención médica contratadas directamente por la OS en algunos casos, en otros, a través de sistemas gerenciados y en algunas provincias cuenta con efectores propios en el nivel primario, policonsultorios integrados por médicos generalistas, pediatras, ginecólogos y traumatólogos.

1.1.- Antecedentes:

Las obras sociales sindicales tienen su origen más remoto en la gestión solidaria de las primeras agrupaciones gremiales. Las organizaciones obreras más antiguas, como la Sociedad Tipográfica Bonaerense, que data de 1857, privilegiaban las necesidades del sector especialmente en lo atinente a mejores condiciones de trabajo. Estas entidades también activaban mecanismos coyunturales para recaudar fondos destinados a cubrir las necesidades de los trabajadores que sufriesen la pérdida del empleo o fuesen encarcelados por su actividad sindical, como rifas, bailes, colectas o se aventuraban en empresas como la de la fábrica de cigarrillos de la Unión General de Trabajadores.

La migración masiva de contingentes obreros, predominantemente de origen europeo, formó las bases de un sector obrero “burgués”, este movimiento incipiente dentro de la estructura social trabajadora, trajo consigo las prácticas laborales europeas, tanto por el lado de los reclamos de los derechos de los trabajadores como por el modelo de cuidado colectivo, haciendo especial énfasis en la creación de las

mutuales y las sociedades de socorros mutuos, que ponían el acento en la cobertura sanitaria para salvar las deficiencias del sistema hospitalario argentino. La ideología de la solidaridad y el colectivismo motorizaban estas organizaciones y los denominadores comunes y afinidades definieron una acción paralela e integrada de sindicatos y mutuales.

La conducción militar del golpe de Estado producido en junio de 1943 incursionó en áreas que hasta ese momento no habían sido consideradas de envergadura por los sectores dominantes, en noviembre de ese año el Departamento Nacional del Trabajo (creado en 1907) fue reemplazado por la Secretaría de Trabajo y Previsión (STP), que quedó a cargo del Coronel Juan Domingo Perón, quien incorporó rápidamente a su ideario el enfoque de los gremialistas históricos sobre las obras sociales sindicales.

La medida más destacada del período en este campo fue la creación de la Comisión de Servicio Social (decreto 30655/44), reconocida como el acto fundacional de las obras sociales, y encargada de "propulsar la implementación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas." Los beneficios que debían brindarse a través de tales servicios eran: atención médica gratuita, atención farmacéutica al precio de costo y suministro de artículos alimenticios, de vestir y de uso indispensable para el hogar, también a precio de costo. La empresa debía prestar tales servicios "como mínimo", aunque también se consideraba la posibilidad de que fuese la organización mutualista o cooperativa la que la sustituyese.

El decreto 23.852 de octubre de 1945 organizó las Asociaciones Profesionales de Trabajadores, creadas para atender las necesidades de cobertura médica de sectores

determinados como la Policía, las Fuerzas Armadas y también los Ferroviarios (a diferencia de las mutuales, estas organizaciones obtienen su financiamiento de un importante aporte estatal, además del proveniente de sus beneficiarios), que permitieron a los gremios comenzar a desarrollar obras y servicios destinados a sus afiliados; la independencia y autonomía en el manejo de los recursos posibilitaron un impresionante crecimiento y fortalecieron definitivamente la economía sindical.

El sistema de obras sociales se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la ley 18.610; aunque estas existían desde mucho antes, la modalidad que asumían no era la que hoy conocemos. Las obras sociales, durante las décadas del 50 y del 60, formaban un conjunto heterogéneo con regímenes extremadamente variados de prestaciones brindadas, solo en parte, a través de servicios propios.

Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

En 1974 la ley 20.748 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y su acompañante, la ley 20.749 de Carrera Sanitaria Nacional, que respondía a la concepción de un servicio nacional de salud, tuvieron una recia oposición del entonces, fuerte poder sindical y no llegaron a implementarse más que parcialmente, para ser anuladas en 1980 por la ley 22.269 del llamado proceso militar, a su vez, de consistente contenido antisindical.

El 29 de diciembre de 1989 fueron sancionadas dos leyes: la 23.660, de Obras Sociales y la 23.661, del Seguro Nacional de Salud, estas normas fueron reglamentadas en 1993, dentro de un marco político de desregulación, tendiente a

lograr la optimización prestacional y administrativa de las obras sociales, posibilitando la libre elección del agente de seguro por parte de los usuarios entre las obras sociales sindicales; antes de estas medidas, los asalariados eran clientes cautivos de la obra social de su gremio, incluso si esa persona no estaba afiliada a ese sindicato. La libertad de elección quedó reducida a la posibilidad de optar exclusivamente entre obras sociales de origen sindical; las empresas privadas prestadoras de salud no tenían la posibilidad de competir, salvo indirectamente, actuando como proveedoras de las entidades gremiales.

A través del decreto 1615/96 se fusionaron la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), creada por la ley 23661; el Instituto Nacional de obras sociales (INOS), creado por la ley 18610, y la Dirección Nacional de obras sociales (DINOS), creada por la ley 23660, para constituir la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, bajo jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción social, con personería jurídica y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. La SSSalud es un organismo de regulación y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud y las obras sociales nacionales, en la actualidad existen aproximadamente 287 agentes del seguro adheridos.

En el año 2000 se incluye una modificación que amplía las entidades que pueden competir en este mercado, al establecerse que los beneficiarios del sistema pueden ejercer el derecho de opción entre cualquiera de las obras sociales indicadas en la ley 23.660, exceptuando al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y

los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito. También pueden elegir entre cualquiera de las entidades que se hubieran adherido al Sistema de la ley 23.661 y las entidades que tengan por objeto específico la prestación de servicios de salud de conformidad con la normativa dada por la Superintendencia de Servicios de Salud, las que deben adicionar a su denominación la expresión "Agente Adherido al Sistema Nacional del Seguro de Salud"; esto último permite a las empresas de convenio, a las entidades de medicina prepaga y a las cooperativas que adhieran participar de este mercado (la ley original permite a las mutuales esta función).

La crisis económica y financiera que eclosionó a fines de 2001 en el País, derivó en un aumento de la pobreza y en una parálisis productiva que generó una crisis fiscal, social y política que afectó la financiación del sistema de salud. El gobierno adoptó el decreto 486/02, por medio del cual se estableció la emergencia sanitaria nacional y se tomaron una serie de medidas para facilitar el acceso a los medicamentos de la población más pobre y se rediseñó el Plan Médico Obligatorio junto a un plan de salvamento de las obras sociales, incluyendo la de los Pensionados y Jubilados (PAMI) que estaba al borde de la quiebra, lo que afectaba la atención de sus usuarios.

A principios del año 2007, este sistema contaba con 15.501.655 beneficiarios, entre afiliados titulares (9.547.235) y su grupo familiar primario (5.954.420), distribuidos en casi doscientas noventa entidades de distinta magnitud e importancia, así: el 68.9% estaba en obras sociales sindicales, 18.5% en obras sociales estatales, el 6.2% en obras sociales de personal de dirección y el restante 6,4% en obras sociales de otra naturaleza.

Actualmente, es posible el traspaso una vez cada 12 meses y en cualquier momento del año. El aporte a las obras sociales es del 9% (el 3% es aportado por los empleados de sus salarios y el 6% por los empleadores). Hasta el 2008, por los salarios altos, las empresas pagaban un tope: el 6% de \$ 4.800; para lograr un mayor financiamiento de las obras sociales, el Gobierno incrementó a partir de abril de 2008 este tope, que pasó a \$ 6.000. El aporte personal continuó sin cambios, para evitar una reducción salarial.

Sobre el total de Obras Sociales, excluyendo el PAMI, las primeras 20 del ranking nuclean el 65,7% de los beneficiarios totales, y entre ellas, las 10 primeras entidades absorben el 51, 52% de la población total.

2.- PLANTEAMIENTO DEL TEMA:

2.1.- Formulación del Problema:

A partir de la crisis económico-financiera que atravesó el país desde fines de 1998, y que encontró su pico máximo a principios del año 2002, el Sector Salud y dentro de este, las Obras Sociales Nacionales, como financiadoras, ha sido uno de los más golpeados de la economía.

La obra social bajo estudio no está exenta de los efectos producidos por el entorno económico del país, adicionalmente la población beneficiaria es en su mayoría de bajos ingresos, lo que repercute directamente en el nivel de fondos que percibe, traduciéndose en un ingreso per cápita sumamente bajo, esto ,sumado a la dispersión geográfica de residencia, con el consecuente problema para establecer la red prestacional con una economía de escala adecuada que disminuya los costos, hace necesario optimizar las herramientas para poder cumplir en forma eficiente los objetivos establecidos.

La búsqueda, desarrollo e implementación de *herramientas* que permitan optimizar los esfuerzos económicos y obtener los elementos necesarios para mejorar los procesos de toma de decisiones, se hace tema prioritario de discusión en la agenda de los Directivos de la OS.

En los últimos tiempos se han realizado esfuerzos desde el punto de vista informático para mejorar los resultados, aumentar los controles y generar información oportuna para la toma de decisiones, obteniendo buenos resultados, pero solo parciales y puntuales.

Estos resultados carecen de sentido global ya que fueron diseñados para objetivos sectoriales y no dentro del plan de acción general.

Esta disociación entre objetivos particulares y objetivos organizacionales conlleva la pérdida de efectividad en las acciones, mayores costos operativos y un considerable aumento en los tiempos de respuesta.

Recordemos que un sistema es un conjunto de elementos que debe funcionar en forma organizada, coordinada y con un objetivo común, de esta forma el resultado obtenido será próximo al deseado, de lo contrario, si cada elemento o factor crítico de éxito, intenta formarse identidad propia, el resultado del conjunto distará mucho del planificado.

Los elementos a los que hacemos referencia son los distintos procesos que integran la Gestión Prestacional de la OS, atención a beneficiarios, administración de prestadores y proveedores, costos prestacionales, auditoría médica, bioestadística, gestión de recursos humanos, calidad, etc. donde cada uno de ellos tiene una tarea y un medio definido, con metas establecidas y con la necesidad de articularse entre ellos para maximizar los resultados.

Esta limitación permite definir el siguiente ***problema***: **¿Cómo medir y encausar los aspectos críticos de la Gestión Prestacional, dentro de un plan integral orientado a la obtención de los Objetivos Estratégicos establecidos por la O.S.?**

Problema que se intentará resolver por medio de la aplicación de un Cuadro de Mando Integral.

2.2.- Objetivo General:

Diseñar y desarrollar un Cuadro de Mando Integral para aplicar en una Obra Social Nacional de Origen Sindical, estableciendo su contribución a la consecución de los Objetivos Estratégicos para la Gestión Prestacional en el periodo 2007-2008.

2.3.- Objetivos Intermedios:

- Definir y precisar los principales objetivos de la gestión médico asistencial de la Obra Social Nacional seleccionada para el estudio.
- Identificar las Áreas Claves que intervienen en los procesos de servicios prestacionales.
- Identificar las perspectivas y objetivos que permitan el cumplimiento de los aspectos críticos de la gestión médico asistencial.
- Confeccionar el conjunto de indicadores de gestión de acuerdo a cada una de las perspectivas seleccionadas.
- Realizar una prueba piloto del modelo desarrollado para el periodo 2007-2008.
- Comparar la contribución de la información generada a partir de la utilización del Cuadro de Mando Integral con la que brinda el actual sistema de información.

3.- METODOLOGÍA:

Se propone un estudio de tipo desarrollo, ya que se pondrá en marcha una herramienta de gestión y se medirá el impacto de la misma en las áreas seleccionadas.

Este tipo de investigación implica el estudio en profundidad de las características de un fenómeno determinado para facilitar su comprensión.³ En general todas las definiciones coinciden en una indagación detallada, sistemática y en profundidad del caso que es objeto de interés.

La estrategia metodológica para el análisis de datos recogidos será de tipo cuali-cuantitativo.

Tanto la determinación de los objetivos generales y la valorización de la contribución de los resultados obtenidos, como las conclusiones se analizarán con los directivos de la organización en entrevistas personales del tipo abierta.

Para la determinación de los indicadores de gestión, se utilizará bibliografía relacionada y se presentarán en las entrevistas a cada uno de los responsables de las áreas que intervienen en los distintos procesos, los resultados se validarán con los máximos responsables de la Organización.

Se seleccionarán, como fuente de datos para los indicadores definidos, registros administrativos, médicos y contables existentes en los sistemas informáticos actuales (Fichas de consumo de beneficiarios, sistema de autorizaciones, sistema de turnos, sistema de compras, balances, etc.).

En el presente estudio se desarrollara un Cuadro de Mando Integral para ser aplicado a la gestión de la Gerencia de Prestaciones Médicas. La frecuencia de medición se

estima realizarla en forma trimestral, esto independientemente que los papeles de trabajo se lleven en forma mensualizados para aquellos indicadores que así lo permitan.

4.- MARCO CONCEPTUAL:

4.1.- Fundamentos Generales:

En un contexto de la historia reciente donde se ha producido una cierta convergencia ideológica, en lo que respecta a las tendencias en la administración de las organizaciones de salud y en especial en el conjunto de obras sociales que son responsables de la cobertura de la salud de alrededor de 16 millones de personas⁴, se ha desarrollado un cierto consenso sobre la necesidad de gestionar los recursos que aportan los beneficiarios en forma profesionalizada, aplicando técnicas y modelos de gestión del mundo privado, haciendo especial énfasis en los procesos de planeación estratégica.

Los nuevos elementos a los que se hace mención podrían ser, entre otros, Gestión por procesos, Calidad Total, costos por actividades, Cuadro de Mando Integral, Tablero de Control Operativo. Estas son algunas de las herramientas o técnicas modernas de gestión, aunque también es cierto que no todas las organizaciones están culturalmente y profesionalmente maduras y preparadas para aplicarlas.

Los procesos de planeamiento estratégico han encontrado útiles a los sistemas de mediciones de desempeño para transmitir e implementar en forma simple la estrategia y los objetivos organizacionales.

Más allá de la elección de la herramienta o metodología, resulta clave definir las aplicaciones de cada uno de los sistemas y como utilizarlos con precisión.

El propósito de este trabajo es mostrar como la utilización del Cuadro de Mando Integral puede optimizar el control y la medición de la gestión de los servicios médico asistenciales en la O S, logrando importantes beneficios, tanto en aspectos económicos, en la calidad de los servicios prestados y en la creación de información *base* para el proceso de toma de decisiones para el logro de los objetivos fijados.

4.2.- Sistemas de Control, concepto y elementos.

Existe gran diversidad de opiniones sobre la importancia de los sistemas de control, que históricamente se han basado en sistemas contables, ya sea patrimonial, analítica o un mix de ambos, los cuales en general, se definen como apropiados a tal fin. Sin embargo, también hay estudiosos críticos que consideran que los sistemas de control no son la solución, ya que son útiles pero no imprescindibles y especialmente porque solo tienen una visión parcial de la realidad de la actividad global de la organización. Por consiguiente, no se puede encontrar el sistema ideal y perfecto que facilite la información suficiente para controlar y planificar la organización.

El hecho de que no exista un único sistema que solucione la falta de información y, por ende, contribuya de manera única e inequívoca al proceso de toma de decisiones trae como consecuencia que las organizaciones se hayan ido haciendo más sensibles a la necesidad de obtener herramientas que observen distintos aspectos del negocio y vincularlas entre sí.

Factores como el entorno, que está perpetuamente en estado de movimiento, tanto por cambios políticos, jurídicos, ambientales, sociales (moda, movimientos

sindicales, corrientes de pensamiento, etc.), como por la innovación tecnológica (en especial en el sector salud y el impacto que esto tiene en el presupuesto, por ejemplo medicamentos de nueva generación, aparatología, nuevos tratamientos, prótesis, etc.), hace que los directivos tengan la necesidad de adecuar las estructuras de sus organizaciones a tal escenario y, por lo tanto, tengan que **planificar, controlar y gestionar mejor**, en forma continua.

Los gestores necesitan de sistemas de información que estén en relación con los objetivos de la organización, con su estructura y con su manera de ser. Estos sistemas intentan optimizar los procesos e interacciones que se producen en la empresa, de modo que se puedan alcanzar los objetivos de la forma más eficiente posible.

Podemos decir entonces que el concepto de “gestión” que empleamos corresponde a “la disposición y organización de los recursos de un individuo o grupo para obtener los resultados esperados”⁵. Está caracterizada por una visión amplia de las posibilidades reales de una organización para resolver determinada situación o alcanzar un objetivo. Podría generalizarse como una forma de alinear los esfuerzos y recursos para alcanzar un fin determinado.

El control como proceso se asocia a las distintas herramientas de control mediante un enfoque sistémico, por lo que resulta de gran importancia esclarecer los conceptos asociados a la idea de sistema integral y coordinado.

Un sistema se puede definir como un conjunto de elementos interrelacionados entre sí, en función de un fin, que forman un todo único y que posee características nuevas que no están presentes, en su totalidad, en cada uno de los elementos que lo forman.

4.2.1.- Definición de Estándares.

La evaluación de un situación, un evento o una realidad es viable en la medida que, en primer lugar, se pueda medir y en segundo lugar que exista un patrón de referencia o estándar que nos dé la noción u orientación de cuál es la situación que nos podría indicar un escenario donde el comportamiento de la variable que estamos estudiando se comporta de la manera esperada en referencia a lo establecido como meta.

Los estándares son criterios establecidos contra los cuales pueden medirse los resultados. Representan la expresión de las metas de planificación de la empresa y sus unidades, en términos tales que el logro real de los deberes asignados pueda contrastarse con ellos.

En la etapa donde se determina cuales son las áreas críticas de la actividad de la organización, definidas como aquellas de cuales depende el logro de los objetivos, independientemente del resultado de los demás componentes de las organización⁶, es donde se relacionan las acciones necesarias para la consecución de los objetivos y donde se establecen los criterios cuantitativos de evaluación de las acciones en tales áreas y sus repercusiones en los objetivos marcados.

Los estándares pueden ser físicos (representar cantidades de productos, unidades de servicio, horas-hombre, velocidad, volumen de rechazo, otros) o pueden estipularse en términos monetarios (costos, ingresos o inversiones).

4.2.2.- Fijación de los procedimientos de medición.

Es tan importante el establecimiento de una unidad de medida o indicador de desempeño, como la forma o procedimiento en que se establece su valor. En esta

etapa se definen los métodos que posteriormente serán usados para obtener información acerca del desempeño real de los indicadores seleccionados. La calidad de la información sobre el desempeño real que se obtiene estará determinada, de forma importante, por el grado de adecuación de los procedimientos de medición del desempeño que se establezcan, por cuanto un error en el proceso de relevamiento o establecimiento de la oportunidad del dato puede llevar a conclusiones erróneas con el consecuente perjuicio para la organización.

4.2.3.-Medición del desempeño real.

Es el procedimiento por medio del cual se obtiene y organiza la información acerca de los resultados efectivamente obtenidos por la organización para posteriormente analizar el grado de correspondencia con los objetivos organizacionales que se pretenden alcanzar.

Si los procedimientos de medición se fijan adecuadamente y si existen medios disponibles para determinar exactamente que están haciendo los integrantes de la organización, la medición del desempeño real será fácil. Pero hay actividades en las que es difícil establecer estándares de control, por lo que se hará más difícil la medición.

4.2.4.- Evaluación del desempeño.

Es el proceso mediante el cual se estima el rendimiento global de los miembros de la organización, sobre la base de los objetivos definidos previamente y de acuerdo a la información recolectada por los agentes evaluadores. Para poder llevar a cabo la evaluación es necesario que quien la realice tenga el conocimiento apropiado de las

acciones llevadas a cabo por el ente evaluado en relación con la consecución de los objetivos de los cuales éste es responsable.

Este proceso obtiene además información acerca de las desviaciones con respecto a los objetivos planteados y de acuerdo al nivel de desvío dispara acciones correctoras.

4.2.5.-Análisis de las causas de las desviaciones y posterior propuesta de acciones correctoras.

Una vez establecido el comportamiento real y comparado con el objetivo, se establece el nivel de desvío, del control y análisis del mismo y se establecen las causas. Ya analizado, se procede a adoptar medidas tendientes a la corrección de las desviaciones y la definición de planes para evitarlas en el futuro.

Así, los sistemas de control funcionan de forma tal que permiten obtener la información necesaria en el momento preciso, teniendo la posibilidad de actuar proactivamente.

4.3.- Control de Gestión.

En un principio se consideraba al Control de Gestión, como una serie de técnicas tales como el control interno, el control de costos, auditorías internas y externas, análisis de ratios y puntos de equilibrio, dentro de las cuales el control presupuestario constituía (y para algunos aún constituye) el elemento fundamental del control.

Este concepto ha sido sometido a muchas modificaciones propias de su evolución, con el objetivo de aportarle elementos que lo aparten de su aspecto esencialmente contable y de corto plazo.

Existen múltiples definiciones de Control de Gestión que varían de acuerdo al autor y al transcurso de los años, lo cual es un reflejo más del constante cambio en el

entorno empresarial que ha hecho evolucionar la forma de pensar y actuar en esta área, así como también las herramientas empleadas para dirigir una organización.

Por lo anterior, resulta interesante citar a algunos autores que han entregado su visión con respecto a este concepto.

“El Control de Gestión es un método, un medio para conducir con orden el pensamiento y la acción, lo primero es prever, establecer un pronóstico sobre el cual fijar los objetivos y definir un programa de acción; y en segundo lugar, controlar, comparando las realizaciones con las previsiones, al mismo tiempo que se ponen todos los medios para compensar las diferencias constatadas”⁷.

“Es un proceso mediante el cual los directivos aseguran la obtención de recursos y su utilización eficaz y eficiente en el cumplimiento de los objetivos de la organización”⁸.

“La gestión es una mezcla de decisiones locales con objetivos globales de la compañía, siendo el control una parte del sistema de información que responde a una de las preguntas gerenciales más candentes: ¿Cómo medir objetiva y constructivamente el desempeño local pasado?”⁹

“Es el conjunto de mecanismos que puede utilizar la dirección que permiten aumentar la probabilidad de que el comportamiento de las personas que forman parte de la organización sea coherente con los objetivos de ésta”¹⁰.

“El Control de Gestión es un instrumento de la gestión que aporta una ayuda a la decisión y sus útiles de dirección van a permitir a los directores alcanzar los objetivos; es una función descentralizada y coordinada para la planificación de objetivos, acompañada de un plan de acción y la verificación de que los objetivos han sido alcanzados”¹¹

Basándonos en la visión expuesta por los distintos autores y las consideraciones hechas anteriormente con respecto al control y la gestión, procederemos a definir el Control de Gestión de la siguiente manera:

Conjunto de acciones ordenadas y coordinadas destinadas a apoyar la gestión de la dirección de la organización, mediante diversas herramientas que, con información generada periódicamente, permite conocer el comportamiento y los resultados de las áreas, temas o variables que se consideren primordiales para el logro de los objetivos organizacionales.

El Control de Gestión, como marco conceptual de la acción, intenta monitorear de manera global lo que está ocurriendo en la organización, utilizando para ello un conjunto de indicadores de control que permitan orientar y evaluar posteriormente el aporte de cada departamento a las variables claves de la organización.

De este modo, constituye el proceso por medio del cual los directivos de la organización logran influir sobre los demás miembros para que éstos cumplan e implementen las estrategias que la entidad ha establecido.

4.3.1.-Elementos del Control de Gestión.

De la definición anteriormente planteada podemos decir, de manera simple, que un Sistema de Control de Gestión tiene como función principal reducir la diferencia entre los resultados planteados por la organización y los resultados obtenidos como consecuencia de las acciones de sus miembros, tendiendo a reducir la divergencia entre los objetivos particulares de sus miembros, con los de la organización, de modo de lograr la cooperación de todos los integrantes para alcanzar los objetivos organizacionales.

Este proceso del “Control de Gestión” trae aparejado la utilización de una serie de elementos que se fusionan en una estructura coherente y organizada, de forma tal, que su funcionamiento conjunto produce una sinergia positiva cuyos resultados posibilitan obtener información base para poder tomar decisiones y corregir desvíos o en su caso apuntalar resultados.

En los apartados siguientes haremos referencia a una serie de conceptos sobre los indicadores y sus características. Es importante detenerse unos minutos en describir sus propiedades y aplicaciones, ya que de su elección y combinación surgirá la información crítica que alimentara el proceso de toma de decisiones.

4.3.1.1.-Indicadores, concepto.

Diferentes autores definen el concepto indicador de manera distinta. La palabra “indicador” proviene del latín “indicare” cuyo significado incluye: señalar (advertir), indicar, anunciar, dar aviso, determinar y estimar. Algunas definiciones específicas señalan que indicador es “una medida estadística que permite describir y evaluar fenómenos” o permite “resumir la información relevante de un fenómeno particular” o “es una medida específica, objetivamente verificable, de los cambios o resultados de una actividad”.

Para AECA¹², un indicador es una unidad de medida que permite el seguimiento y la evaluación periódica de factores claves de una organización. Así pues, es un índice que permite evaluar los resultados conseguidos en cualquiera de sus componentes. No son por sí mismos un objetivo, sino que constituyen una herramienta para evaluar la gestión.

Los indicadores son instrumentos de medición de las variables asociadas a las metas, resultando la expresión cuantitativa o cualitativa concreta de lo que se pretende alcanzar con un objetivo específico. Su utilización dentro del proceso de recabar información base para la toma de decisiones, tiene como objetivo primordial inducir mejoras en la calidad y oportunidad de la información, facilitar el establecimiento de compromisos de resultado y el seguimiento de la ejecución de acciones y programas concretos, permitiendo disponer de alarmas tempranas e introducir factores de corrección y posibilitar la evaluación de los resultados a lo largo de un período.

Es importante destacar que el indicador es una propuesta de interpretación de la realidad y no se puede pretender a través del mismo, tener una visión acabada de ella, debe actuar como disparador y promover la reflexión, el estudio y la asociación con otros indicadores que amplíen la información.

La elección de un sistemas de información basado en indicadores de gestión asociados a los factores clave de éxito debe permitir a la dirección efectuar un seguimiento de la marcha de un centro de responsabilidad, aportando al mismo tiempo información que permita adoptar una actitud proactiva, facilitando la toma de decisiones y no solo evaluando la gestión ya realizada.

Para Ballve¹³, este enlace se puede conseguir mediante la descomposición de los factores clave de negocio, que se pueden definir como un aspecto, variable o característica, que se considera clave o crítico para el éxito de la organización a largo plazo, permitiéndole aumentar y/o mantener su ventaja competitiva.

La definición de las variables claves facilita el diseño del sistema de indicadores de gestión y su medición, estableciendo la base para la medición del desempeño.

Según López y Gadea¹⁴, los indicadores deben cumplir una función descriptiva porque tienen que aportar información sobre una situación determinada y su evolución en el tiempo.

Para que un indicador sea válido tiene que reunir las siguientes cualidades:¹⁵

- **Pertinencia:** El indicador tiene que ser adecuado para representar la actividad o el proceso que se quiere medir. Será adecuado si mantiene su significación a lo largo del tiempo.
- **Objetividad:** Su cálculo, a partir de las magnitudes observadas, no puede ser ambiguo, y tiene que proporcionar objetividad.
- **Unívoco:** Las modificaciones expresadas por el indicador no deben permitir interpretaciones equívocas.
- **Sensibilidad:** La medida del indicador tiene que ser suficientemente eficaz para identificar variaciones pequeñas.
- **Precisión:** El margen de error del indicador tiene que ser suficientemente aceptable, por lo que tiene que haber una cierta precisión.
- **Fidelidad:** Las cualidades del indicador se tienen que mantener estables a lo largo del tiempo y del espacio.
- **Accesibilidad:** Su obtención debe suponer un costo aceptable y tiene que ser fácil de calcular y de interpretar.

4.3.1.2.-Distintas clasificaciones de Indicadores.

A lo largo de la distinta bibliografía encontramos múltiples clasificaciones de indicadores, en su mayoría apuntan a la medición de alguna característica de la actividad sobre la cual se aplican.

De acuerdo a López y Gadea¹⁶ se puede realizar una clasificación según la naturaleza de los indicadores:

- **Indicadores de economía:** Expresan la relación entre los inputs actuales (costos reales) frente a los recursos o los medios previstos (costos previstos). Este tipo de indicadores suelen estar relacionados con la estructura. Su valoración permite, en el momento del diseño, prever la disposición de los recursos (materiales y humanos) en la calidad y cantidad apropiada, y con los mejores precios posibles. Por tanto, pretenden medir aspectos relacionados con la utilización, disponibilidad consumo de recursos y su repercusión económica.
- **Indicadores de eficiencia:** Miden si es adecuada la relación que existe entre la prestación de los servicios efectuados y los recursos (inputs) utilizados para su producción. Se considera una gestión eficiente cuando con costos fijos determinados se obtienen los máximos valores para unos objetivos establecidos previamente o al contrario, cuando se obtienen objetivos previstos con el menor costo posible.
- **Indicadores de eficacia:** Miden el funcionamiento y los resultados específicos sobre la población objetivo. Hace referencia a la realización de los objetivos y mide el grado o nivel en que una organización ha alcanzado los objetivos previstos. Por otra parte, también se pretende valorar la capacidad que tiene la organización para actuar, y analiza si el sistema ha funcionado de manera adecuada a la hora de obtener los objetivos.

- Indicadores de efectividad: Miden el impacto final en el conjunto de la población. Además de los efectos directos (eficacia), valoran los indirectos (repercusiones) de una actuación en todos los sectores de población. Comparan entre los resultados obtenidos y los resultados esperados. Son indicadores que permiten tomar decisiones de forma rápida ya que ofrecen valores realmente relevantes. Su utilización es adecuada cuando se quiere valorar el resultado de un proceso poco conocido, o bien cuando se quiere profundizar en la eficiencia de los procesos para introducir, si es necesario, medidas correctoras o eliminarlos. También será interesante su utilización cuando se quiere realizar un seguimiento de un proceso considerado clave.

Los mismos autores López y Gadea¹⁷ realizan una clasificación de acuerdo al objeto a medir:

- Indicadores de proceso: Valoran los aspectos relacionados con las actividades y su eficacia. Se utilizan cuando no es posible utilizar directamente indicadores de resultados. Son indicadores de eficacia según los sistemas.
- Indicadores de resultados: Miden directamente el grado de eficacia de una unidad programada o el impacto sobre la población. Es decir, los resultados obtenidos con los esperados. Por su naturaleza, son indicadores de eficiencia o de eficacia según los objetivos. Son los más relacionados directamente con las finalidades y las misiones de las políticas organizacionales.
- Indicadores de estructura: Miden los aspectos relacionados con el costo y la utilización de los recursos. Por su naturaleza, estos indicadores se pueden considerar indicadores de economía.
- Indicadores estratégicos: Valoran aquellas cuestiones que, sin estar directamente vinculadas con las actividades desarrolladas, tienen una

incidencia notable en la obtención de los resultados de estas actividades. Se considera que estos factores son siempre externos a los programas pero actúan influyendo de forma relevante en sus resultados.

Según Anthony y Young¹⁸ existen tres categorías de indicadores basadas en el objeto que se quiere medir:

- Indicadores de resultados: Relacionan la actividad con los objetivos de la organización comparando el porcentaje de actividad realizada sobre la prevista.
- Indicadores de procesos: Tratan sobre una actividad desarrollada midiendo la eficiencia, si se comparan con un estándar, pero no la eficacia.
- Indicadores sociales: Reflejan el trabajo de la organización y el impacto que éste tiene sobre el entorno.

Amat¹⁹ distingue entre indicadores financieros o contables y no financieros o extracontables, en función de la unidad de medida en que se expresa. A su vez, diferencia, también, entre indicadores cuantitativos, aquellos que están asociados a una escala numérica e indicadores cualitativos, los que se vinculan con escalas en las que los tramos o grados vienen definidos por símbolos o palabras.

Para AECA²⁰, los indicadores de gestión se pueden clasificar en:

- Indicadores externos e internos: Los primeros controlan la evolución de las variables referidas a hechos que se producen fuera de la organización. En cambio, los indicadores internos controlan la evolución de variables y de hechos que se producen dentro de la organización. Responden a factores clave internos de la organización y miden la competitividad interna.
- Indicadores cuantitativos y cualitativos: Generalmente, un indicador cuantitativo se concibe como aquel que mide el resultado del comportamiento de un factor clave, expresando la magnitud numéricamente. La mayoría de

los indicadores financieros son cuantitativos, permitiendo prever, medir y comparar su evolución y facilitar el proceso de control. En cambio, los indicadores cualitativos no utilizan una magnitud numérica, sino que se basan en la descripción cualitativa de una situación, o en los caracteres que diferencian a una situación o variable determinada.

- Indicadores monetarios y no monetarios: Miden el resultado del comportamiento de un factor clave en términos monetarios como una magnitud de medida, ya sea con referencia a ventas, costos, inversión, etc. Un indicador no monetario mide la actuación en términos diferentes.
- Indicadores financieros y no financieros: Los indicadores financieros tienen la cualidad de relacionar la evolución de un factor clave con la situación económica y la situación financiera de la organización. Se suelen obtener a través de la contabilidad de gestión y presupuestaria. En cambio, los indicadores no financieros están midiendo otros aspectos, como pueden ser la satisfacción de los usuarios o la calidad de los productos.
- Indicadores de resultado e indicadores de proceso: Un indicador de proceso mide qué está pasando mientras el proceso está todavía inacabado, utilizando mayoritariamente la variable tiempo como elemento de medida. En cambio, un indicador de resultado mide que ha pasado una vez que el proceso ya ha acabado. Los indicadores de proceso se relacionan con la eficiencia, mientras que los de resultado están, en general, más relacionados con la eficacia en la consecución del objetivo.

4.3.1.3-Indicadores Genéricos.

Para maximizar la contribución de los indicadores estos deben ser adaptados a los segmentos seleccionados. Una de las características principales de estos indicadores es que se pueden agrupar en una cadena causal donde un aumento en la satisfacción de los clientes implica una mayor retención, rentabilidad e incluso adquisición de clientes. Por su parte, un aumento en la adquisición y retención de clientes se traduce en un efecto positivo en la cuota de mercado y en la rentabilidad por cliente.

Estos indicadores son:

- **Cuota de Mercado:** Se calcula sobre las estimaciones del tamaño total del mercado. Su efectividad dependerá de si se relaciona o no con la estrategia y de si es adecuada para el negocio en cuestión.
- **Retención de Clientes:** Medir este aspecto período a período es fundamental si es que la retención de clientes es importante para la estrategia, ya que indicará la capacidad que posee la empresa para mantener satisfechos a lo largo del tiempo a sus clientes, reflejando ,en cierta forma, el grado de fidelización que la empresa ha logrado conseguir en sus clientes. Más aún, resulta interesante medir la fidelidad de éstos por medio del porcentaje de crecimiento, por ejemplo.
- **Incremento de Clientes:** Nos indica a que tasa el negocio atrae a nuevos clientes lo que es medido por medio del número de clientes o bien por las ventas totales. Este indicador cobra mayor importancia cuando la empresa pretende crecer.
- **Satisfacción del Cliente:** Este tipo de medidas proporcionan un feedback a la empresa sobre su desempeño. Tanto el incremento como la

retención de los clientes son impulsados por la satisfacción de las necesidades de éstos, sin embargo, el acertar en la satisfacción no implica un alto grado de fidelidad, retención y rentabilidad. Esto se logra cuando el cliente califica la experiencia como completa, es entonces cuando la empresa puede esperar una conducta repetitiva. Por otro lado, la empresa no puede esperar que sus clientes sean proactivos y les proporcionen el feedback necesario, por lo tanto, se requiere diseñar una encuesta que entregue verdadera información sobre este ítem.

- **Rentabilidad del Cliente:** Los indicadores anteriores no garantizan que los clientes sean rentables, tanto desde el punto de vista económico como social²¹, este tipo de indicador ayuda a impedir que compañías orientadas a los clientes se conviertan en compañías obsesionadas con los mismos. Este indicador puede revelar que ciertos clientes no son rentables, es decir que la empresa está satisfaciendo demandas de una forma que no es rentable para ella. Sin embargo, los clientes nuevos suelen no ser rentables debido al gran esfuerzo de captación inicial, pero no dejan de ser valiosos por su potencial crecimiento.

Todas las medidas anteriores proporcionan a la administración un feedback sobre la eficacia de su estrategia, en especial la de segmentación de mercado.

4.3.1.4.-Indicadores, Impulsores de Valor.

Se orientan a medir aquellos atributos que crean satisfacción y fidelidad a los clientes, los cuales son muy variados ya que dependerán de la compañía, del

negocio, del comportamiento del cliente, etc. A pesar de ello se puede apreciar un conjunto común de atributos.

Éstos son:

- Atributos de los Productos/Servicios: Abarcan la funcionalidad, precio y calidad del producto o servicio.
- Relación con los Clientes: Apunta a la entrega del producto/servicio (tiempo de respuesta y plazo de entrega), a la sensación que tiene el cliente al realizar su compra y además a los compromisos de largo plazo.
- Imagen y prestigio: Reflejan los factores intangibles que atraen a un cliente hacia la compañía, como por ejemplo anuncios publicitarios y marca que generan lealtad más allá de los aspectos tangibles del producto o servicio. Esta dimensión permite a una empresa definirse a sí misma, de forma proactiva, para sus clientes.

Al seleccionar indicadores concretos relativos a los atributos que crean satisfacción y fidelidad del cliente, se logra que la empresa se encauce a entregar una propuesta de valor superior a sus clientes.

4.3.1.5.-Indicadores Financieros v/s No Financieros

El entorno en el que se desenvuelven las empresas en general y las de salud en particular han sido afectadas por una serie de cambios que hacen al entendimiento de la realidad como una cuestión sumamente compleja. Por esto es que las organizaciones han debido variar su manera de adaptarse y medir los cambios en el mercado. Surgen de esta forma estrategias centradas en el cliente, en la calidad, en

los recursos humanos u otras que en su mayoría difieren de la estrategia recurrente del pasado: liderazgo en costos con base en las economías de escala.

Con esta nueva generación de estrategias, nació el interés de los directivos por reenfocar sus esfuerzos a la hora de medir el desempeño de su organización hacia un espectro más amplio de variables que no se limitan a las medidas financieras.

Estas últimas habían sido ampliamente utilizadas en el pasado, pero debido a los trastornos señalados, pasaron a ser insuficientes para los administradores, ya que entregan información acerca del desempeño pasado, sobre eventos ya acaecidos y fomentan la visión a corto plazo.

Con el objetivo de incluir medidas no financieras en la medición del desempeño se busca evaluar la gestión de los activos intangibles de la empresa, lo cual si bien nutre de una observación subjetiva de la realidad, impulsa claramente el seguimiento de variables críticas, como ser calidad, credibilidad, fomento de recursos humanos, que para el sector en cuestión son atribuciones esenciales

Otra crítica a la utilización de indicadores financieros para la gestión ha sido el factor temporalidad de la información que estos proporcionan. Los indicadores financieros otorgan información acerca de la actuación pasada, es decir, sólo permiten evaluar una vez que los resultados se han producido y por lo tanto, en caso de que no se haya alcanzado el estándar, corregir la acción en forma reactiva. Así, surge la necesidad de información más oportuna, que permita corregir a tiempo posibles desviaciones a los objetivos planteados, “que muestre el desempeño actual de las actividades claves para el logro de ingresos financieros superiores a largo plazo”²².

Para adaptarse debieron cambiar las herramientas de gestión que utilizaban, por otras que les permitan reaccionar de manera más rápida, es así como surgieron nuevas estrategias.

Los indicadores financieros, por lo general, no dan información de factores críticos para el cumplimiento de la estrategia, sobre todo hoy, cuando la mayoría de las estrategias están centradas, por ejemplo, en la creación de valor para el cliente, en el servicio, en el conocimiento, la innovación y en los sistemas, elementos que no se reflejan en un Estado Financiero. Como ejemplo claro podemos citar, la demora en la entrega de un medicamento de alta complejidad, como ser, para el tratamiento oncológico o del HIV/SIDA que no se refleja en un flujo de fondos, ni en un balance, pero dicha demora puede generar mayores costos, incluso poner en riesgo la vida, por la no aplicación o discontinuación del tratamiento.

Por otro lado, estos indicadores no son suficientes para que el empleado pueda identificar la relación entre sus labores y los resultados financieros que la empresa pretende alcanzar, por lo que no existe claridad en cuál es su contribución en los logros de la compañía.

Aunque es indiscutible que las medidas financieras usadas en forma exclusiva, no entregan la información suficiente para llevar a la organización hacia un desempeño que permita el logro de sus objetivos de largo plazo, debemos reconocer que la inclusión de indicadores no financieros, implica una mayor complejidad para los ejecutivos al momento de identificarlos y medirlos.

El uso de los indicadores no financieros, como mencionamos anteriormente, permite la inclusión de cierto grado de subjetividad en la medición (en algunos indicadores como satisfacción del cliente, esfuerzo y satisfacción del empleado, por ejemplo), lo

que añade complejidad al proceso de medición, ya que es más difícil construir este tipo de indicadores, y a la evaluación posterior, porque los empleados estarán más reticentes a ser evaluados de esta forma.

El entorno, los objetivos estratégicos, la tecnología, los recursos con los que cuenta la empresa; en general, las distintas formas de competir, condicionan las medidas de desempeño a utilizar.

Los indicadores persiguen valorar y hacer un seguimiento de la ejecución en cuanto a la consecución de un objetivo concreto o realizar una actividad determinada.

Se concentran en aspectos relacionados con la economía, eficacia y eficiencia. Relacionan inputs soportados frente a recursos previstos, o bien relacionan la prestación de los servicios efectuados y los recursos utilizados y también, por otro lado, miden el funcionamiento y los resultados específicos sobre el objetivo establecido.

4.4.1.-Relaciones entre medidas No Financieras y Financieras.

Una de las razones que sustentan la incorporación de indicadores no financieros tiene relación con la oportunidad de la información que proporcionan. Éstos, al estar conectados con los objetivos financieros, ayudan a predecir los resultados financieros futuros, siempre y cuando, dicha conexión haya estado clara al momento de la construcción de los indicadores en forma de una cadena de situaciones que lleven a la empresa a los resultados financieros deseados. En la medida que estos inductores de actuación futura se tengan claros y se midan adecuadamente, se podrá actuar más oportunamente ante acciones que apunten a objetivos distintos a los esperados, reorientando los esfuerzos de toda la organización sin la necesidad de esperar los

resultados finales para actuar en forma reactiva y tardía (que sólo permitiría corregir el próximo ciclo).

En esta constante búsqueda distintos autores han contribuido a la mejora de los Sistemas de Medición del Desempeño en términos de la calidad de la información que éstos entregan y a una utilización más integral de estas herramientas.

Estos autores han desarrollado distintos marcos conceptuales entre ellos: “Service-Profit Chain”²³; “Balanced Scorecard”²⁴; “Customer-Profitability Analysis”²⁵; “Action-Profit- Linkage Model”²⁶ y “Return on Quality”²⁷.

4.4.2.- Cadena de Valor del Proceso Interno

Teniendo en cuenta que el concepto de gestión abarca la idea de resultado, de un conjunto de procesos que se interrelacionan entre sí, enmarcados en un plan general y con un objetivo común, es necesario hacer referencia al concepto de Cadena de Valor de la empresa, lo cual nos permitirá entender, conocer y detectar necesidades, problemas y puntos clave del negocio.

M.E. Porter²⁸ introdujo este concepto por primera vez en 1985. Porter evolucionó del análisis funcional en la empresa hacia el análisis de actividades, estudiando sus relaciones y su valor en el proceso productivo. Consideró ampliamente dicho concepto, incidiendo en las ideas de Liderazgo en Costes y diferenciación, ya que estaban enormemente influenciadas por las tareas consideradas por la organización para llevar a cabo su actividad.

La cadena de valor, en sus comienzos, se puso en el frente del pensamiento de gestión de empresa como una poderosa herramienta de análisis para planificación estratégica. Su objetivo último es maximizar la creación de valor mientras se

minimizan los costos. De lo que se trata es de crear valor para el cliente, lo que se traduce en un margen entre lo que se acepta pagar y los costos incurridos.

Ayuda a determinar las actividades que permiten generar una Ventaja Competitiva. Tener una ventaja competitiva es tener una rentabilidad relativa superior a los rivales en el sector en el cual se compete, la cual tiene que ser sustentable en el tiempo²⁹.

Las Actividades de la cadena de valor son múltiples y además complementarias (relacionadas). El conjunto de actividades de valor que decide realizar una unidad de negocio es a lo que se le llama estrategia competitiva.

El concepto ha sido extendido más allá de las organizaciones individuales, capturar el valor generado a lo largo de la cadena es la nueva aproximación que han adoptado muchos estrategias de la gestión.

La cadena de valor está integrada por todas las actividades empresariales que generan valor agregado y por los márgenes que cada una de ellas aportan.

Fundamentalmente podemos destacar tres partes bien diferenciadas:

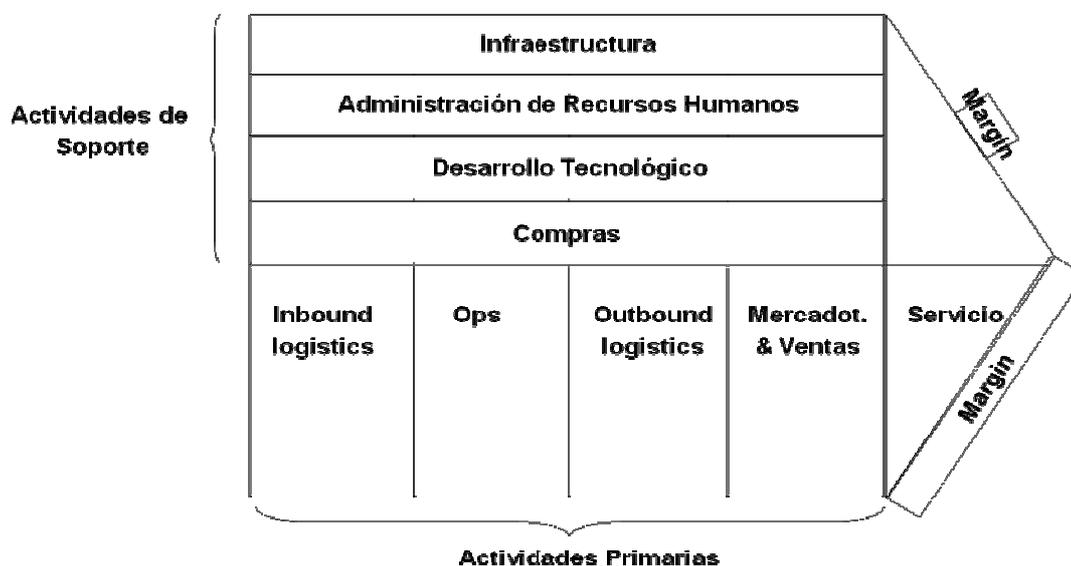
- **Actividades de SOPORTE:** son el complemento necesario para las actividades primarias. Principalmente, en referencia a la infraestructura de la empresa, como son la gestión de los recursos humanos, la gestión de aprovisionamientos de bienes y servicios, la gestión relativa al desarrollo tecnológico (telecomunicaciones, automatización, desarrollo de procesos e ingeniería, investigación), otras áreas de similar importancia como las finanzas, logística, la contabilidad, la gestión de la calidad, proveedores, las relaciones públicas, cuestiones fiscales y legales, etc.
- **Actividades PRIMARIAS:** son la esencia del proceso productivo. Están constituidas por los procesos de innovación (Análisis de mercado,

Desarrollo de productos y/o servicios), por los procesos operativos (Producción y Distribución) y por los procesos relacionados con los servicios de venta (Venta y Servicio post-venta). Estos procesos están en sintonía con lo que Porter denomina:

- Cadena de valor de los Proveedores.
 - Cadena de valor de los Canales.
 - Cadena de Valor de los Compradores.
- MARGEN: el valor íntegro obtenido menos los costes en los que se ha incurrido en cada actividad generadora de valor conforman dicho margen.

Los elementos de la cadena de valor desde una perspectiva gráfica bien podrían ser los siguientes:

Gráfico 1: Estructura de la cadena de Valor en las Organizaciones



Porter, M.E. "Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance", The Free Press, New York, 1985

4.5.- El Cuadro de Mando Integral

4.5.1.- Origen y evolución.

Para identificar los orígenes de esta herramienta, debemos remontarnos a mediados del siglo XX con la aparición de las primeras herramientas de control que involucraban a la utilización de indicadores como objetos para el seguimiento de temas críticos de la organización, la denominación del mismo proviene del término francés “tableau de bord”, cuya traducción significa “tablero de mandos, o cuadro de instrumentos”, independientemente de lo cual, alrededor de 1948 aparece la noción de Cuadro de mando empresarial en Estados Unidos.

El proceso de formulación del Cuadro de Mando (CM) tomado como propulsor de lo que sería el concepto de Cuadro de Mando Integral (CMI) básicamente consiste, en primer lugar, en fijar algunos fines en la entidad, cada uno de los cuales es llevado a cabo mediante la definición de unas variables clave, y en segundo lugar, el control realizado a través de indicadores.

La utilización de los conceptos de CM y CMI no son sinónimos, por el contrario, muestran finalidades distintas en su uso. La gran diferencia del CM con el CMI, es que en el primero se carece de conexión entre los distintos indicadores que pretenden controlar el cumplimiento de objetivos previamente definidos. Es decir, no están establecidas “a priori” las relaciones causa-efecto entre las variables clave definidas y su medición a través de indicadores, lo que da lugar a que el CM haya sido calificado como “un conjunto de indicadores deslavazados”³⁰ cuyo objetivo es el de relevar la marcha de los aspectos más relevantes de una organización.

En la década del 60 y 70 se puso de moda la utilización de la gestión por objetivos donde los tradicionales CM comenzaron a utilizarse en forma masiva sobre todo en

las empresas americanas, un ejemplo destacado de utilización del CM como herramienta de gestión en la década del sesenta, es el caso de la compañía General Electric. Esta empresa desarrolló un CM para hacer el seguimiento de sus procesos y controlar la consecución de objetivos tanto a corto como a largo plazo.

Tal vez, una de las principales críticas que se realizaba a esta herramienta era que carece de la medición y la representación de la política estratégica, que es el verdadero objetivo de las organizaciones. En consecuencia, la mayoría de cuadros de mando convencionales no ofrecen un enfoque integrador que aporte una visión de la organización como conjunto, lo que reduce en gran medida su utilidad como herramienta básica en la gestión estratégica. Básicamente se configura como un instrumento de medición de los factores clave de éxito³¹.

Para Alfonso Lopez Viñegla³², profesor titular del Departamento de Contabilidad y Finanzas de la Facultad de Económicas de la Universidad de Zaragoza, la medición es el principal nexo de unión entre el CM y el CMI, el CMI tiene como objeto final la correcta implantación de la estrategia a través de la definición de objetivos relacionados y alineados con la misma. Una vez definidos los objetivos y los factores críticos que desarrollan la estrategia, el siguiente paso sería la determinación de los indicadores adecuados para el correcto seguimiento del desempeño. Efectivamente, como señala este autor, es en este punto, cuando “entraría en escena” el CM como herramienta de medición.

El problema, básicamente, se centra en la forma en que se seleccionan los indicadores como base para el seguimiento de la gestión, la diferencia fundamental es el balance que debe producirse entre los objetivos individuales y los de la organización, y como ésta planea alcanzarlos a través de la elección de un plan

estratégico que abarca a todas y cada una de las partes de la organización. De este modo, con la utilización del CM cada Gerente podría definir sus propios indicadores para los temas críticos que hacen a su función, tal vez, dejando de lado a alguno que por medio de la utilización de las relaciones “causa efecto”, sería relevante para la organización en su conjunto.

El CMI aporta una solución a esta problemática, ya que ofrece un método más estructurado de selección de indicadores y esto permite que se produzca una mejor adaptación dentro de la gestión de la empresa como herramienta de apoyo. Quizás, sea ésta la gran novedad que el CMI aporta en la gestión empresarial: su versatilidad y adecuación. En el proceso de diseño del CMI resulta tan importante conocer qué modelo de negocio reflejan los indicadores, como entender con precisión el significado de dichos indicadores.

Antes de continuar, es necesario hacer una aclaración, el presente trabajo no conforma una discusión sobre si el CM es una herramienta mejor o peor que un CMI para aplicar en instituciones de salud como en la que se centra el estudio, por el contrario consideramos que estos no son rivales en su uso, sino que pueden complementarse en la medida que quede perfectamente definido y parametrizado el alcance de cada uno y la oportunidad de su aplicación.

En el año 1992 Robert Kaplan y David Norton publican en la Harvard Business Review, un artículo denominado “The Balance Scorecard – Measures that Drive Performance” donde, por primera vez, los autores exponen la frustración por los inadecuados métodos tradicionales de medición de la “performance corporativa”; en septiembre – octubre de 1993 publican el segundo artículo: “Putting the Balanced Scorecard to work”, también en Harvard Business Review, en el cual proponen un

nuevo sistema de medición que provee a los gerentes de una matriz comprensiva que permite trasladar los objetivos estratégicos de las compañías a un set coherente de medidas de performance. Luego de realizadas estas publicaciones los autores se convierten en los principales impulsores del modelo, rápidamente las empresas Américas, principalmente, comienzan a implementar el modelo.

A principios de 1996 los autores publican el artículo “Using the Balanced Scorecard as Strategic Management System” donde explican como las empresas que implementaron el Cuadro de Mando Integral lo están utilizando como un nuevo sistema de gestión estratégico.

Posteriormente, en el mismo año publican el libro “The Balance Scorecard: Translating strategy into action” traducido como “Cuadro de Mando Integral”³³, el cual describe la composición y el proceso de creación del CMI y rápidamente se convierte en un libro de referencia obligada para la introducción del tema.

Ya en el año 2000 publican un nuevo libro “The Strategy Focused Organization” traducido “Como utilizar el Cuadro de Mando Integral – Para implantar y gestionar su estrategia”³⁴

El modelo básico propuesto por Kaplan y Norton está conformado por cuatro perspectivas: Financiera, de Clientes, de Procesos Internos y de Aprendizaje y Crecimiento³⁵, por medio del cual pretende proporcionar a los ejecutivos un amplio marco que traduce la visión y la estrategia de una organización, en un conjunto coherente de indicadores cuya base se encuentra en la conceptualización previa del modelo de negocio en el que se encuentran.

Como podemos observar, el modelo incluye no solo a los indicadores financieros, dado que sólo explican las consecuencias del pasado de la organización, y, por tanto,

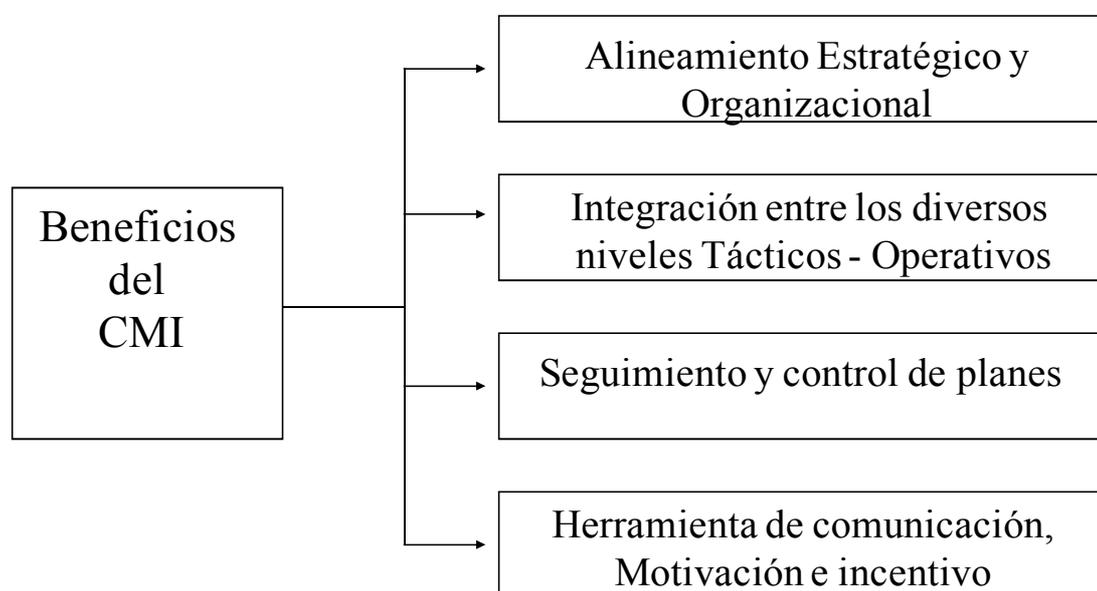
sólo permiten gestionar “a posteriori” de los acontecimientos, es decir, miden resultados y no causas, sino a otras perspectivas de cuyo comportamiento puede deducirse futuros comportamientos o desviaciones de la gestión.

Para poder gestionar en el entorno actual en el que se desenvuelven las empresas, es preciso disponer de indicadores que informen “a priori” de lo que más tarde reflejarán los indicadores financieros.

Es cierto que ninguna medición puede predecir el futuro resultado de las acciones, pero debe tenerse en cuenta que este tipo de herramienta lleva a disminuir la probabilidad de riesgo en el resultado, es decir que las posibilidades de elegir y corregir el rumbo apropiado depende básicamente de seleccionar aquel camino con mayor probabilidad de éxito.

Los beneficios de su implementación se pueden esquematizar de la siguiente manera.

Gráfico 2: Beneficios del Cuadro de Mando Integral

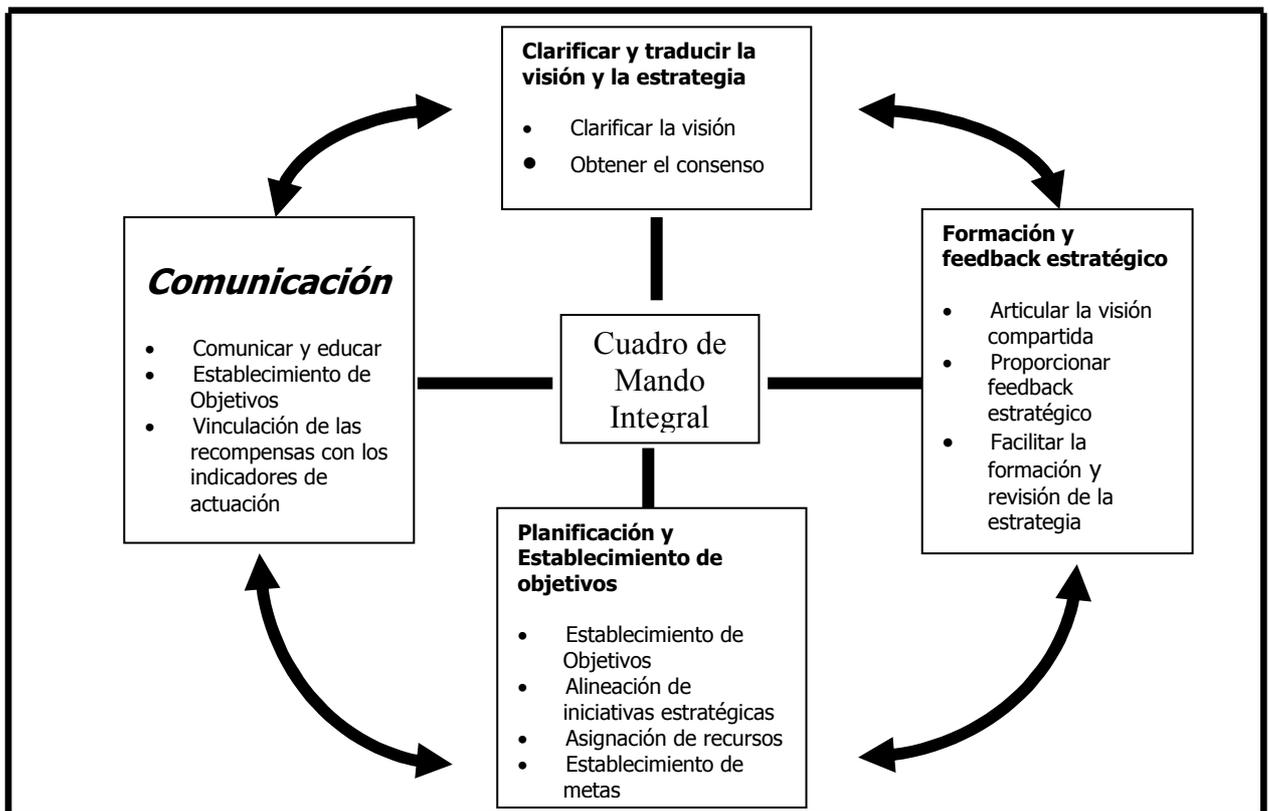


El proceso de construcción del CMI comienza con un análisis del entorno y de la estrategia por parte de los directivos de la organización con el objetivo de construir

un modelo de negocio que refleje las interrelaciones entre los diferentes componentes de la organización. Con esta base, se delimitan las diferentes perspectivas o ámbitos del negocio desde los cuales analizar la estrategia empresarial.

De esta forma, sobre los cimientos de un buen modelo de negocio, los indicadores del CMI facilitan los puntos de referencia que se necesitan para calibrar el progreso en el desarrollo de la estrategia.

Gráfico 3: Estructura del Cuadro de Mando Integral.



Fuente: Kaplan R. y Norton D. "Cuadro de Mando Integral". Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997

Para su utilización es necesario tener perfectamente establecido conceptos tales como Misión, Visión, tener un proyecto estratégico integral claramente identificado y un nivel cultural organizacional bien desarrollado.

El concepto de CMI es coherente en el seno de una organización con niveles de integración importante, donde todas y cada una de las partes se encuentre enfocado a los mismos objetivos.

Distintos autores han desarrollado este concepto para aplicaciones en parte específicas de la organización, tal es el caso de Brian E. Becker, Mark A. Huselid y Dave Ulrich³⁶ quienes desarrollan esta herramienta para la aplicación en recursos humanos.

Otros autores hispanos como, Héctor Mario Vogel³⁷, R.Biescas o Ballve A.M.³⁸, han desarrollado el tema adaptando los conceptos a la cultura e idiosincrasia de las organizaciones hispanas, desarrollando el concepto de Tablero de Control como alternativa al modelo propuesto Kaplan y Norton teniendo como diferencia significativa que la orientación de la herramienta no se basa en la estrategia general de la organización sino en la determinación de la medición de aquellos “temas o factores críticos de éxito dentro de la organización de cuyo resultado, independientemente del comportamiento de las demás variables, depende el éxito o fracaso de la organización”³⁹.

La utilidad del Cuadro de Mando Integral no depende del tipo de empresa, sino de los problemas a los que se enfrenta, se ha implantado en empresas grandes y pequeñas, sectores regulados y no regulados, organizaciones con y sin fines de lucro, así como en empresas de alta rentabilidad y con pérdidas.⁴⁰

En definitiva, el CMI se configura como un instrumento de gestión estratégica, que no sólo incluye indicadores financieros de la actuación pasada, sino que complementa estos indicadores con medidas de los inductores de actuación futura.

En opinión de sus creadores⁴¹, “el Cuadro de Mando Integral es más que un sistema de medición táctico u operativo.

Las empresas innovadoras están utilizando el Cuadro de Mando como un sistema para administrar su estrategia a largo plazo. Están utilizando el enfoque de medición del Cuadro de Mando para llevar a cabo procesos de gestión decisivos:

- Aclarar y traducir o transformar la visión y la estrategia.
- Comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos.
- Planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas.
- Aumentar el feedback y formación estratégica.

4.5.2.-Perspectivas del Cuadro de Mando Integral.

El Cuadro de Mando Integral se debe integrar a partir de la construcción de perspectivas, las cuales agrupan los temas relevantes a medir de acuerdo a lo planificado en el plan estratégico. Un CMI apropiado debe incorporar medidas críticas en relación con esas perspectivas, tanto de resultado como inductores de actuación, metas o estándares realistas y bien definidos.

Si bien no existe un completo consenso sobre cuáles y qué cantidad de perspectivas deben seleccionarse. La elección de las perspectivas para el Cuadro de Mando Integral debe basarse en las necesidades y características de la empresa, su estrategia y por sobre todo las posibilidades con las que cuentan para su seguimiento e implementación. Se ha utilizado como generalidad que el CMI debe estar integrado por cuatro perspectivas, (Financiera, del cliente, de los procesos internos y de aprendizaje y crecimiento), pero los mismos autores⁴² del CMI dicen que las cuatro

perspectivas “*deben considerarse un patrón, no un chaleco de fuerza*”. Muchas empresas han desarrollado perspectivas tales como investigación y desarrollo, proveedores, medio ambiente, liderazgo y comunidad.

Algunas características de las principales Perspectivas:

- **Financiera:** Los objetivos financieros sirven de enfoque para los objetivos e indicadores en las otras perspectivas, donde cada medida seleccionada debería formar parte de un eslabón de relaciones causales que culmina en la mejora de la actuación financiera. Un ejemplo podría ser Reducción de Costos y Mejoras en la Productividad. Un indicador compuesto que mida el costo por beneficiario y por el otro lado, la evolución por reclamos por corte de servicios. Puede impactar en el aumento de la disponibilidad de fondos y el aumento de la calidad percibida de los servicios prestados.

- **Del Beneficiario:** (Cliente para empresas de salud sin fin de lucro)
Un factor importante en el desempeño de la organización es la capacidad que tengan para crear valor al beneficiario, de manera que pueda ser percibido por éste. Esta perspectiva permite definir indicadores claves sobre los beneficiarios, así como también identificar y medir explícitamente las propuestas de valor que le entregarán a estos, pudiendo incluso segmentarlos en distintos mercados y distintos grupos de patologías o necesidades

- **Procesos Internos:** Los procesos internos de una organización son originados por una cadena de interrelaciones entre distintos elementos y actores de la misma. El punto de partida de es la innovación, donde se identifican las necesidades de los beneficiarios actuales y potenciales, y se

desarrollan nuevas soluciones para estas necesidades. Continúa con los procesos operativos que corresponden a las soluciones existentes (los productos y servicios) que son entregados a los clientes actuales. En posteriores apartados se desarrollará el tema de cadena de valor, concepto que creemos muy importante para este tipo de organizaciones.

- **Aprendizaje y Crecimiento:** Se refiere a las capacidades de los empleados, de los sistemas y de la organización. Desarrolla objetivos para impulsar tanto el aprendizaje como el crecimiento, los cuales proporcionan la infraestructura que permite que se logren los objetivos de las otras perspectivas.

4.5.3.-Mapas estratégicos.

Desde finales del 1995, los autores Robert S. Kaplan y David P. Norton han planteado la relevancia de “dibujar la estrategia, con objetivos encadenados por relaciones de causa y efecto”. Originalmente denominan a este “dibujo” el “diagrama de Cauda y Efecto”. Hoy en día, basados en la continua práctica e investigación de más de 20 años, crean el concepto del “Mapa Estratégico” o “Mapa de la Estrategia”, como un instrumento poderoso para plasmar y comunicar la estrategia de las organizaciones. El mapa de estrategia permite que compañías e instituciones describan los eslabones entre activos intangibles y creación de valor, de manera que todos los aspectos de la estrategia pueden ser puestos en práctica, de forma que se asegura la creación de valor sostenida.

Una estrategia describe como una organización puede crear el valor sostenido para sus accionistas, clientes y comunidades. La mayor parte de las organizaciones tienen

métodos diferentes de comunicación, alineación e implantación, pero el CMI es un camino eficaz para empresas, organizaciones sin fines de lucro y organizaciones del sector público, para describir estrategias que creen valor. El CMI incluye los indicadores de resultados del desempeño financiero y de propuesta de valor al cliente, y los indicadores de resultados e indicadores guía de los procesos internos, así como aprendizaje y crecimiento.

El mapa de la estrategia, en conjunto con otros componentes del Balanced Scorecard, provee a la gerencia de elementos para conocer:

- Que procesos organizativos son los más críticos para realzar la productividad.
- Como entender, alinear y comunicar la estrategia al trazar un mapa, con sus relaciones de causa-y-efecto entre procesos y activos intangibles.
- Como manejar procesos internos para conseguir su propuesta de valor diferenciada e innovadora.
- Como definir y medir activos intangibles y luego integrarlos y alinearlos con una estrategia para generar valor real.
- Como desarrollar un mapa para su compañía basada en su estrategia y objetivos únicos.

El mapa de estrategia permite que los gerentes alineen las inversiones en la gente , en la tecnología y en el capital de organización (valores, cultura, liderazgo), para generar el mayor impacto en el valor, prestando atención estrecha al mejoramiento de procesos internos como las operaciones, las relaciones de cliente, la innovación y la cultura y haciendo inversiones apropiadas en activos intangibles capital humano, capital de información, y capital organizacional, la dirección de la empresa o

institución puede poner en práctica un plan estructurado para conseguir el éxito estratégico.

El mapa ilustra la dinámica, con base en el tiempo, de una estrategia y las relaciones que unen resultados deseados en las perspectivas de cliente y financiera, con el desempeño excepcional en procesos internos críticos.

Estos procesos por su parte crean y entregan la “propuesta de valor” de la organización a clientes- objetivo y promueven metas de productividad en la perspectiva financiera. El mapa de estrategia también identifica las capacidades específicas en los activos intangibles de la organización que son requeridos para generar el desempeño excepcional en procesos internos críticos.

4.5.4.- Pasos para elaborar un cuadro de mando integral.

El cuadro de mando integral representa un cambio drástico en la forma de gestionar, es un paso crítico de “hacer” por “usos y costumbres”, como consecuencia del concepto de “reacción” al “hacer” como consecuencia del principio de “acción”. Es decir, en el primer caso se actúa como “por consecuencia de tal o cual cosa”, con mínimo de planificación y en su mayoría por cuestiones individuales y poco coordinadas, es sinónimo de iniciar una actividad como resultado de otra actividad, suceso o evento, donde el énfasis se pone en el “efecto” del problema y no en la “causa”.

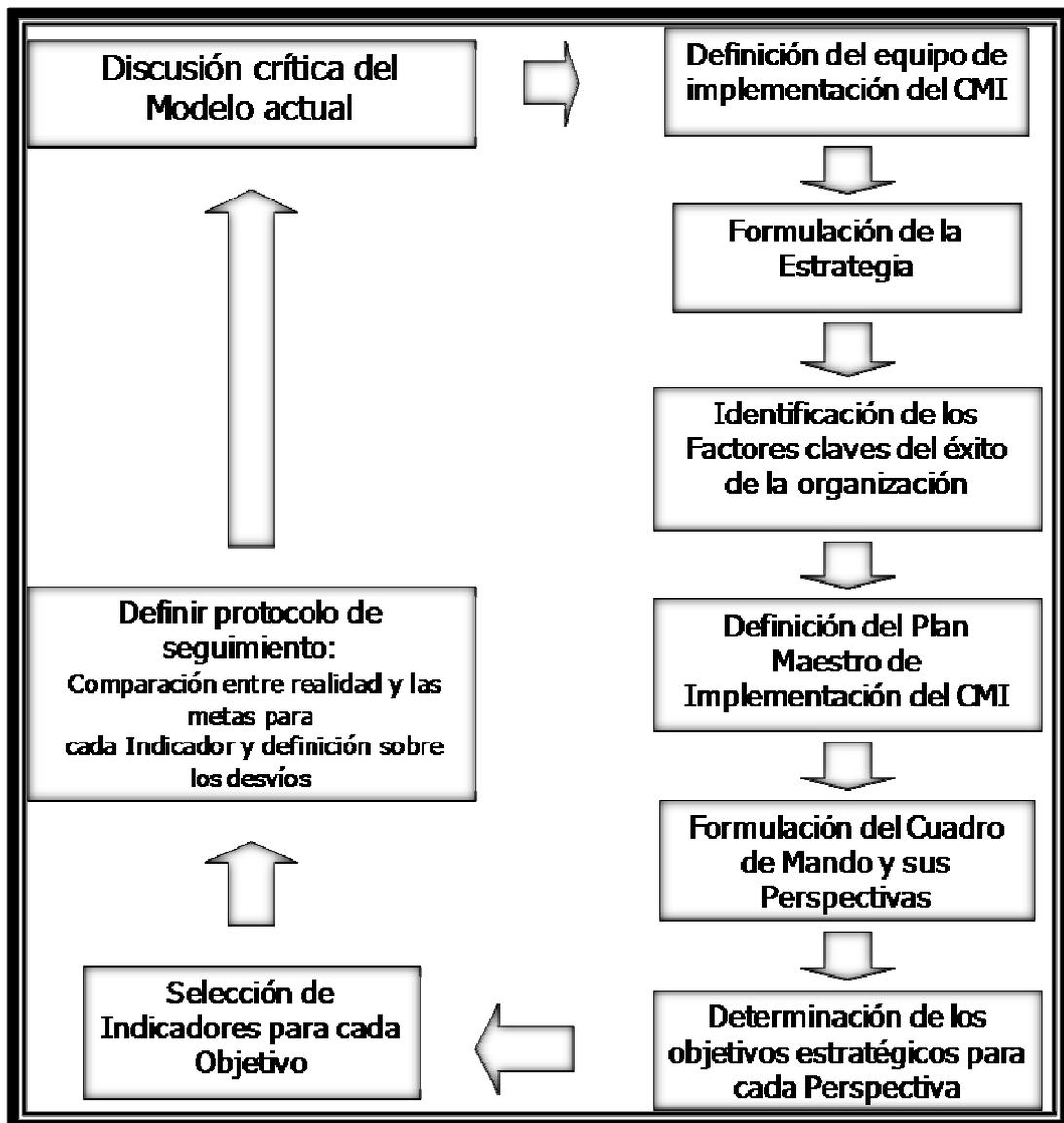
La utilización del CMI cambia la base del proceso de toma de decisiones. Este modelo dirige su sentido a un concepto del tipo predictivo, centra su atención en la “causa” y su relación con el “efecto”, toma a la organización como un todo y la vincula a través de la estrategia. Para cumplir con el fin deben lograrse los objetivos

parciales de cada una de las áreas, siempre teniendo en cuenta que los resultados de cada uno de ellos en forma aislada van a tener efectos menores sobre el logro del objetivo conjunto de la organización.

Esta idea de organización como sistema integrado, repercute directamente en la forma de gestionar, la visión de la actuación individual de las partes solo crea valor en la medida que funcione en forma conjunta y coordinada.

Todo desarrollo de sistema o herramienta de gestión para que tenga éxito debe estar pensada como un órgano vital de la organización, en especial el CMI deberá convertirse en la piedra angular en los procesos de toma de decisiones de los niveles más altos. Su concepción e implementación deberá comenzar en el seno de la planta directiva de la organización, solo así se podrá lograr sus sustentabilidad en el tiempo

Gráfico 4: Esquema general de elaboración del CMI



Fuente: Elaboración Propia.

El primer paso debe darse en torno a la definición y discusión del modelo de gestión actual de la organización, tres conceptos fundamentales se asocian inmediatamente a esta discusión, Misión, Visión y Valores. Estos conceptos generalmente están enunciados en las organizaciones, pero rara vez se evalúa su vigencia en el tiempo.

La discusión tiene que ver con la relación entre lo que se está haciendo en la organización, como se lo está haciendo, si con esto se cumple con la finalidad para la

cual fue creada y si la realidad del entorno modifica o no los tres aspectos que mencionamos.

La misión es la razón de ser de cualquier organización; es la pregunta de ¿Por qué la organización existe? La visión nos debe dar respuesta a la pregunta ¿Dónde queremos estar en un futuro determinado? y los valores son aquellos apéndices donde nos apoyaremos para llevar adelante nuestra misión y poder llegar a concretar nuestra visión.

Estas definiciones se tornan muy importantes puesto que son la columna vertebral para crear la cultura organizacional. Tanto la misión como la visión tienen que ser amplias y a largo plazo.

Una vez iniciada esta etapa debe definirse el equipo que va a llevar adelante todo el proceso, quizás esta sea una de las etapas más importantes. Este equipo va a ser el motor del CMI, si los miembros seleccionados no dan la impresión de ser fuentes de información bien enteradas y creíbles, se puede estar seguros de que crecerá el escepticismo ante que la iniciativa. Este equipo estará formado por:

- Un Directivo patrocinador: Será un directivo del más alto nivel, que asumirá el proyecto como propio. Proporcionará información de fondo sobre estrategia y metodología. Mantiene comunicación con la alta dirección.
- Líder de Cuadro de Mando integral: Coordina reuniones, planifica, hace el seguimiento e informa de los resultados del equipo a todos los públicos.

A partir del entendimiento de la realidad de la organización, es necesario realizar un análisis de la situación actual, como herramienta de diagnóstico puede utilizarse la

matriz FODA la cual nos mostrará en forma resumida la fortalezas y debilidades internas de la organización, y las oportunidades y amenazas que se desprenden del contexto. Todo entorno al cumplimiento de nuestra misión y visión.

Una vez determinada la matriz y especificado cada uno de sus puntos críticos deberemos fijar los objetivos estratégicos.

Los objetivos no deben ser embates o acciones individuales sino que deben estar contenidas en un marco general, coordinado y organizado.

Este agrupamiento se dará a partir de la definición de las perspectivas y de las relaciones que se establezcan entre ellas. Su visualización se hará por medio de la construcción del Mapa Estratégico.

Establecidas las perspectivas y los objetivos estratégicos se deberán definir los indicadores particulares.

Conjuntamente, se establecerá el plan de acción que debe tener como horizonte el cumplimiento de las metas definidas dentro del plan estratégico, debiendo contar como mínimo con los inductores de valor, siendo estos los vehículos que se utilizarán para estimular los resultados positivos, las iniciativas específicas y un claro protocolo de seguimiento, el cual funcionara como elemento preventivo y correctivo ante desvíos tempranos.

4.6.- Estado de desarrollo y aplicación del CMI en Instituciones de Salud.

Este tipo de herramientas está siendo utilizado en numerosas instituciones de salud de todo el mundo. Pueden destacarse países como Estados Unidos, Canadá o Inglaterra como los iniciadores y precursores de su utilización, luego se fue

expandingo a otros países como Australia, Nueva Zelanda y entre los países de habla hispana se ha encontrado un alto nivel de uso en España, México, Chile, Nicaragua y en forma insipiente en Colombia y Argentina, principalmente en instituciones privadas.

De acuerdo al trabajo elaborado por Tian Gao⁴³, donde realiza un análisis crítico sobre la utilización de herramientas de gestión, cuya funcionalidad gira en torno a la definición de estrategias y la selección de indicadores para la evaluación y seguimiento de las mismas, concretamente el Balanced Scorecard, hace referencia a su utilización en distintos hospitales, menciona 22 casos particulares, 10 de Estados Unidos de América, 3 del Reino Unido, 3 Suecia , 2 de Australia, 2 Nueva Zelanda, 1 de Canadá y 1 Taiwán.

Del análisis que realizó, tipificó algunos parámetros, tales como tipo de organización, tipo de utilización como herramienta de seguimiento estratégico o como sistema de seguimiento de actuación, cantidad de perspectivas o dimensiones y número total de indicadores utilizados (ver Tabla 1).

Tabla 1: Principales elementos del Balanced Scorecard Implementados en distintas Instituciones de Salud.

Tipo de organización	Denominación	Estratégico o herramienta de dirección de Actuación	No. de Perspectivas	Detalle de perspectivas	No. de Indicadores
Hospital	Clínica de Mayo, EE.UU.,	Estrategia	8	Información insuficiente	13
	Cambridge Health Alliance USA	Actuación	4	Información insuficiente	44
	St. Mary's/Duluth Clinic Health System, USA	Estrategia	5	Financiero	25
	El hospital de Niños del Duque, EE.UU.,	Estrategia	4	Cliente y Financiero	22
	Falls Memorial Hospital, International Falls, USA	Estrategia	4	Calidad & las Seguridades Proveen de personal & Médicos	37
	Hospital de Bridgeport, EE.UU.,	Estrategia	5	Información insuficiente	18
	Royal Ottawa Hospital, Canadá,	Estrategia	5	Innovación y Crecimiento, Cuidado y Servicio	32
	Community Memorial Hospital(CMH), USA	Estrategia		Información insuficiente	13
	Royal Brisbane & Women's Hospital, AU	Estrategia	4	Pacientes, Clientes y provee de personal, Proceso	26
	Silver Cross Hospital, EE.UU.,	Estrategia	4	Calidad y Performance Financiero	27
Centro Psiquiátrico	Hudson River Centro Psiquiátrico, EE.UU.,	Estrategia	4	Financiero y Cliente	15
Hospitales comunales	Un hospital departamental sueco	Estrategia	4	Insuficiente Información	21

	A Hospice unit's of St. Elsewhere Hospital, USA	Estrategia	4	Financiero	11
	Una Clínica del Hospital de Hogland de Suecia	Estrategia	4	Información insuficiente	16
	Sección de la emergencia en un Hospital, Taiwán	Estrategia	4	Información insuficiente	9
Sistema Nacional de Salud	Hospital Supervisando Consejo de administración, NZ,	Actuación (información Insuficiente)	4	Información insuficiente	16
	Mental Health Trusts and Providers of Mental Health Services, Healthcare Commission, UK	Actuación (Información insuficiente)	3	Información insuficiente	35
Dependientes del gobierno regional	Nursing of Queensland Health , AU	Actuación (Información insuficiente)	3	Información insuficiente	26
	Long-term planning at Jonkoping County Council, Sweden	Estrategia	4	Cliente y el Proceso Interior	14
	Bradford PCT, UK	Estrategia	4	Cliente y el Proceso Interior	30
	Bradford HIMP, UK	Estrategia	4	Cliente y el Proceso Interior	29
	South Canterbury District Health Board, NZ	Actuación (Insuficiente)	4	Información insuficiente	16

Tabla 1. Comparación de las principales variable del Balanced Scorecard aplicado a distintos centros de salud. Fuente. Tian Gao. Lives In The Balance: Managing With The Scorecard In Not-For-Profit Healthcare Settings (Escuela del Graduados internacional de Negocio Universidad de Australia Sur) Pag. 7

Tabla 2: Comparación de las principales variable del Balanced Scorecard aplicado a distintos centros de salud.

Perspectiva o Temas Críticos	<i>Cantidad de utilizaciones</i>	<i>Porcentaje</i>
Financiero (y Sinónimos)	19	86
Cliente (y Sinónimos)	17	77
Procesos internos (y Sinónimos)	20	91
Aprendizaje y crecimiento (y Sinónimos)	11	50
Otras perspectivas	14	64

Fuente. Tian Gao. *Lives In The Balance: Managing With The Scorecard In Not-For-Profit Healthcare Settings* (Escuela del Graduados internacional de Negocios, Universidad de Australia Sur) Pag. 8

Como puede observarse la mayoría usó las perspectivas de proceso de negocio financieras y de procesos internos (86 %).

Sólo el 77% hacia foco en el cliente o perspectiva del paciente. Esto, da cuenta de que en los modelos aplicados, el enfoque del paciente pasa a un segundo lugar en las prioridades estratégicas de los directivos de las instituciones al elaborar este tipo de herramientas. Cincuenta por ciento usaron el foco de aprendizaje y crecimiento, lo cual estimamos que es un punto débil, ya que la maximización de la calidad parte del crecimiento de las destrezas y técnicas que utilizan las personas que integran las organizaciones y más en salud donde el criterio medico debate posibilidad de vida en las personas.

Los centros sanitarios que han implantado herramientas de gestión basadas en medidas e indicadores de desempeño suelen manifestar que la contribución que genera muestra resultados positivos y tangibles. Por ejemplo, en el Hudson River Psychiatric Center se produjeron mejoras medias del 10% en el conjunto de los indicadores a los seis meses de la puesta en marcha y la mejora continua no dejo de avanzar en los años posteriores.⁴⁴

Estos mismos autores señalan que uno de los inconvenientes que suelen tener las implementaciones iniciales es el exceso de indicadores, sobre todo en lo referente a la satisfacción de los usuarios. También señalan que algunos indicadores no se calculan con frecuencia.

Otra experiencia práctica ilustrativa es la del Duke Children's Hospital de la Universidad de Duke en Durham Carolina del Norte ⁴⁵. En los dos años anteriores a la implantación del CMI, el hospital generaba grandes pérdidas, la estancia media no dejaba de aumentar y el personal estaba muy descontento. De acuerdo con Meliones (1999), este hospital tenía diversas cuestiones candentes:

- No había un proyecto común para el personal médico, la dirección y el personal administrativo.
- La comunicación y la coordinación con el personal médico era muy deficiente.
- El hospital tenía grandes dificultades para conseguir coherencia en aspectos como la calidad asistencial, la satisfacción de los usuarios y del personal, la formación y los objetivos financieros.
- Dos años después de la puesta en marcha del proyecto CMI se produjeron mejoras muy significativas (Ver tabla 3).

De los datos de la Tabla 3 se desprende que el impacto del BSC produjo en el hospital estudiado mejoras muy importantes. Además, como resaltan los gestores del mismo, estas mejoras fueron acompañadas de un incremento en la satisfacción del personal y en la calidad asistencial generalizada.

Tabla 3: Mejoras producidas tras la implantación del CMI en el Duke Children's Hospital

Perspectiva	<u>Antes</u>	<u>Después</u>	<u>% mejora</u>
Usuarios			
Satisfacción de familiares	4,3	4,7	+11%
Usuarios que recomendarían el hospital	4,3	4,7	+11%
Usuarios que se sienten bien informados	47%	94%	100%
Financiera			
Beneficio de explotación (millones dólares)	-50	+10	
Coste por caso (dólares)	14.889	11.146	-25%
Perspectiva de procesos			
Estancia media	8 días	6 días	-25%
Tasa reingresos UCI	11%	4%	-63%

Fuente : Kaplan RS, Norton, DP. Como utilizar el Cuadro de Mando Integral. Para implantar y gestionar una estrategia. Gestión 2000, pág. 29.

El CMI del Hospital Montefiori de la Facultad de Medicina Albert Einstein de Nueva York tiene indicadores similares a los anteriores y añade algunos como quejas, felicitaciones de usuarios, duración media de los equipos médicos y ocupación de las camas⁴⁶.

Otros ejemplos importantes se han dado en España, particularmente en el servicio de salud de Andalucía, donde se han realizado pruebas definiendo que nivel de objetivos es posible alcanzar para incentivar el logro y superación de los mismos. El modelo diseñado se ha mostrado relativamente eficiente. Los directivos se han esforzado por conseguir los objetivos marcados por la dirección general del Servicio Andaluz de Salud. La finalidad es estimular la consecución de los objetivos del contrato-programa en las gerencias de atención primaria incrementando la productividad, cuidando la calidad, racionalizando el gasto, y en consecuencia, generando remanentes presupuestarios.

El objetivo del contrato programa es descentralizar algunas decisiones y vincular costos con actividad, potenciar y mejorar significativamente los sistemas de información y vincular explícitamente costos con producción, obteniendo medidas de eficiencia o ineficiencia de los centros sanitarios.

Dado que las partes que los integran son dos administraciones o dos órganos de la Administración, cuales quiera que sean, no es sino una ficción legal que encubre una estrategia de dirección por objetivos.

Otro caso interesante en el sector salud es el del Hospital de Zumárraga, donde también se usan indicadores que van en la misma línea e incorpora otros indicadores a destacar, como el de facturación a terceros (perspectiva financiera), el de número de complicaciones (procesos) y el de opinión del usuario acerca de si volvería al centro si pudiera elegir. A nivel general utilizan las cuatro perspectivas clásicas, 8 indicadores globales e identifican 96 factores críticos de éxito, 13 económicos, 5 de mejoras continuas, 16 de procesos internos, 12 de mejoras de sistemas y 58 de salud y producción sanitaria.

Otros casos de implementación exitosos son el Hospital Universitario de Valencia, el Hospital Universitario Puerta de Hierro, el Hospital Sabadell, Corporación Parc-Tauli y el Hospital Gerónimo Marañón, todos estos de España, el hospital San José de Chile, el sistema hospitalario de segundo nivel de Nicaragua y el hospital Alemán en Argentina entre otros.

5. APLICACIÓN DEL MODELO A LA OBRA SOCIAL SELECCIONADA.

La principal función de una obra social es brindar la **cobertura médico – asistencial** al conjunto de sus beneficiarios, por medio de la administración racional de los fondos de los cuales dispone, cuyo origen son los aportes que los mismos afiliados realizan.

La cobertura médico asistencial es un compromiso de prestación de servicios asumido por la obra social para con sus beneficiarios, legislado por leyes nacionales, de carácter irrenunciable entre las partes que la conforman, teniendo como límites, en primer lugar, lo que dispone la legislación como conjunto básico de prestaciones (PMO, programa médico obligatorio Res.202/2001 y sus modificaciones) y aquellas prácticas que se dispongan por vía judicial.

Como actores podemos identificar básicamente:

- **Beneficiario:** Es quien goza del derecho de recibir cobertura médico asistencial para la atención o el tratamiento de enfermedades.
- **Prestador o efector:** Es quien realiza la prestación diagnóstica y terapéutica, sea profesional individual o institución.
- **Prestadora:** Organización que administra a un conjunto de prestadores, destinada a armar una red de efectores para la provisión de servicios de salud.
- **Financiado:** Es quien dispone y administra los fondos para cubrir las erogaciones y costos necesarios para atender las necesidades de salud de los beneficiarios.

Cada uno de los actores se constituye como parte fundamental del sistema, se convierte en un eslabón de la cadena de valor de la organización, cada uno requiere una posición y gestión diferente, es así como los focos de atención o perspectivas se observan en forma independiente y dan origen a un plano de seguimiento individual para lograr una administración racional y exitosa.

5.1.- Construcción del Cuadro de Mando Integral aplicado a las Gestión Prestacional de la Obra Social Seleccionada.

Tal como lo hemos señalado, la construcción de un Cuadro de Mando Integral es el resultado de un proceso, una secuencia de acciones y pasos ordenados y coordinados. Definiciones tales como misión, visión, diagnóstico situacional, mapas estratégicos, perspectivas, definición de objetivos, indicadores para seguimientos.

Paso a paso, se irán mostrando cada una de estas etapas con las conclusiones que se obtuvieron a partir de las distintas entrevistas y relevamientos de datos realizados.

5.1.1.- Visión, Misión y aplicación del análisis DAFO.

Para reflejar adecuadamente la realidad de una organización es necesario, en primer lugar, realizar un análisis de la situación actual, donde podremos fijar un marco, un punto de referencia a partir del cual pueda proyectarse un futuro. La matriz DAFO es una herramienta muy importante de diagnóstico para cualquier tipo de organización, donde se pueden resumir las fortalezas y debilidades internas de la organización, y las oportunidades y amenazas que presenta el contexto externo de la misma.

Se conjugan factores internos y externos y la manera en que afectan, en forma favorable o no, a la organización.

Para la construcción de esta matriz en la OS se podría realizar una división que facilite el análisis en cuatro focos:

- a. Los beneficiarios.
- b. Las prestaciones.
- c. Los prestadores.
- d. La organización.

Cada uno de estos focos tiene su reflejo, tanto en la estructura interna, como en la relación del medio con la organización.

Este tipo de análisis contempla aspectos demográficos, socio-económicos epidemiológicos, políticas de regulación de la salud, el avance tecnológico, situación de nuestros proveedores, situación económica interna e internacional.

Se realizaron reuniones en distintos niveles y con directivos de la organización en las cuales se les presento y explicó el tema, logrando realizar una jornada con los principales referentes de donde, entre otras cosas, se pudieron obtener las siguientes revisiones, definiciones y redefiniciones, según el caso, de las bases de la Misión, Visión y Matriz DAFO.

Misión:

La misión es la razón de existir de la organización, es él para que se creó y marca cual va a ser su camino, para quien va desarrollar su actividad y porque medio la va a concretar.

Misión

“Satisfacer siempre las necesidades de nuestros beneficiarios en el mercado de prestaciones de salud y beneficios sociales, con el fuerte compromiso de proporcionar los más altos estándares de calidad y profesionalismo”.

Visión

“Ser una obra social que garantice una cobertura de salud medico asistencial adecuada y sustentable para la comunidad de beneficiarios cubierta, manejando en forma adecuada y eficiente los recursos. Convirtiéndonos en un referente de la seguridad social en cuanto al modelo de gestión prestacional”

Cuadro 1: Aplicación de la Matriz DAFO a la Obra Social seleccionada.

FOCO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
LOS BENEFICIARIOS	<ul style="list-style-type: none">- Múltiples canales de acceso a los servicios.- Mayoritariamente población económicamente activa.	<ul style="list-style-type: none">- Población geográficamente dispersa y atomizada.- Componente importante de haberes variables.- Falta de actualización del Padrón de la SSSalud (Compens.).- Crecimiento constante en la demanda de los Beneficiarios. (cuantitativa y cualitativamente)
LAS PRESTACIONES	<ul style="list-style-type: none">- Buena consideración en el mercado de la salud.- Cobertura superadora en medicamentos para afiliados directos.- Red eficiente de cobertura progresiva por complejidad de acuerdo a la zona geográfica.	<ul style="list-style-type: none">- Inestabilidad de los costos médicos.- Constante incremento de la diversidad de prestaciones y tratamientos para los mismos diagnósticos.- Constante aumento en los costos de tratamientos oncológicos y protésicos.
LOS PRESTADORES	<ul style="list-style-type: none">- Adecuado nivel de redes profesionales.- Correcto nivel de equipamiento técnico de los efectores.- Red con prestadores estables y de fácil acceso.	<ul style="list-style-type: none">- Red de prestación demasiado amplia.- Incremento de la prescripción de prácticas de mediana y alta complejidad con desvíos progresivos a nuevas tecnologías.
LA ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none">- Personal con mucha experiencia.- Presencia física en todo el país.- Adecuado equipamiento tecnológico.- Actual proceso de reformulación de políticas prestacionales, periodo 2007-2011.- Conciencia organizacional de la importancia del recurso	<ul style="list-style-type: none">- Falta de programas corrientes de seguimiento y análisis estratégico.- Falta de políticas uniformes de formación de recursos humanos.- Plantilla muy envejecida.- Cultura organizacional reticente al cambio.- Plantilla demasiado amplia.- Costos operativos altos.- Multiplicidad de sistemas de

	humano como eje fundamental de la efectividad del trabajo.	información.
--	--	--------------

FOCO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
LOS BENEFICIARIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de los salarios de los trabajos como consecuencia de la creciente demanda de los servicios y productos de base. - Unificación de aportes por parte de los afiliados.- 	<ul style="list-style-type: none"> - Envejecimiento de la Población. - Mayor influencia de los medios en las exigencias de los beneficiarios (inducción a nuevos tratamientos). - Creciente participación de beneficiarios no originarios en el padrón. (Monotributistas, jubilados, traspasados, etc.)
LAS PRESTACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor cobertura de prestaciones por parte de la Administración de Programas Especiales. - Mayor presencia de la ANMAT en los controles de trazabilidad y aprobación de medicamentos e insumos médicos. - Mayor oferta de nuevos tratamientos e innovaciones tecnológicas en medicamentos de alta complejidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevas leyes que exigen mayores coberturas sin financiamiento. - Mayor nivel de judicialización de las solicitudes de cobertura médica. - Constante innovación tecnológica en procedimientos médicos y medicamentos de alta complejidad sin financiamiento.
LOS PRESTADORES	<ul style="list-style-type: none"> - Poder de negociación por cantidad de beneficiarios en determinadas zonas. - Ampliación de convenios con prestadores nuevos. - Nueva oferta de servicios por incremento de aparatología médica en zonas nuevas del país. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor poder e incidencia de laboratorios sobre los perfiles prescriptivos de los profesionales. - Creciente nivel de corporativización de especialidades médicas. - Crisis Fiscal acumulada en los prestadores.
LA ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de planes superadores. - Construir alianzas estratégicas con otros financiadores. - Predisposición del Gobierno a mejorar la asignación de fondos por compensación automática del fondo solidario de redistribución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad en políticas de Salud. - Sistema de Salud fragmentado. - Crisis financiera y económica Global.

Construcción propia en base a “Reunión estratégica de conformación de políticas prestacionales 2007 – 2011, O.S. ALFA” Febrero 2006.

5.1.2.- Definición de perspectivas y construcción del mapa estratégico.

La elección de las perspectivas para el CMI debe basarse, en definitiva, en aquello que sea necesario para contar la historia de la estrategia y crear valor agregado para sus destinatarios finales, en nuestro caso los beneficiarios.

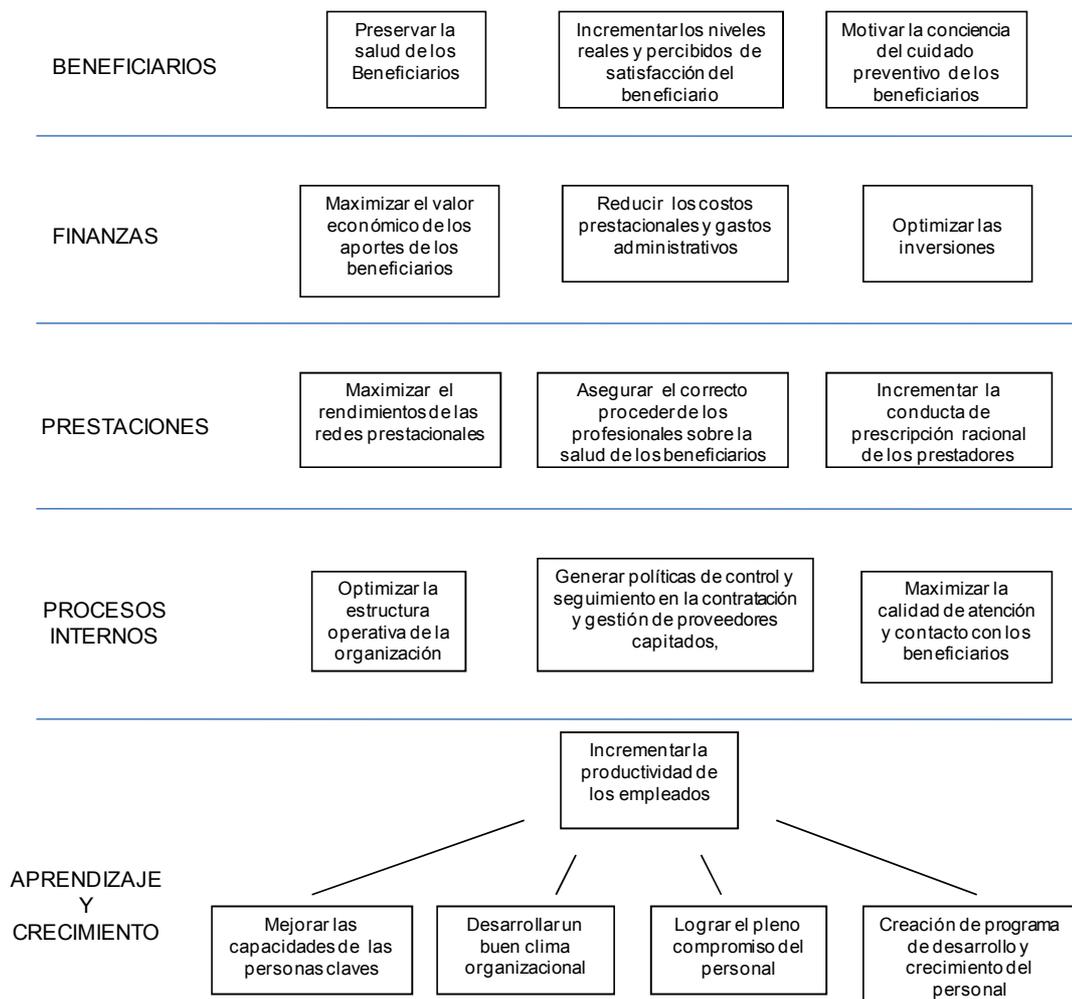
Como se observó al comienzo del estudio, el trabajo se realizará sobre el área médico asistencial de la OS, como es de esperar por su naturaleza, el foco más importante de atención se basa en el beneficiario y los servicios que éste recibe, aquí se habla de rentabilidad social y no económica. Esto no significa que el dinero no sea importante, por el contrario es el medio para poder realizar la función central y cumplir con su objetivo. Luego se debe hacer hincapié en el menú prestacional y la forma en la cual éste se pone a disposición del público, que procesos realiza la organización para que esto pueda llegar al beneficiario y que políticas generará de cara al futuro para mantener y mejorar la capacidad operativa del personal para continuar con el cumplimiento de los objetivos.

Para que esto sea posible se debe plantear una estrategia clara y fundamentarla básicamente en cinco pilares o perspectivas de acuerdo al siguiente esquema:

1. Beneficiario (Brindar la cobertura de acuerdo a las normas y necesidades de los mismos).
2. Financiero (Administrar los recursos en forma racional, interpolando necesidades con disponibilidades, de tal forma de hacer sustentable el sistema).
3. Prestacional (Seleccionar el modelo de gestión adecuado para brindar mejor el servicio y optimizar los proceso claves para su cumplimiento).

4. Proceso Interno (Asegurar las mejores prácticas y procesos para optimizar el funcionamiento del sistema).
5. Crecimiento y Aprendizaje (Potenciar la capacidades individuales y grupales del personal para asegurar un continuo crecimiento de las capacidades).

Cuadro 2 : Mapa Estratégico para la Obra Social seleccionada.



Fuente: Adaptación propia en base a Kaplan R. y Norton D. Como Utilizar el Cuadro de Mando Integral. Ed. Gestión 2000. Barcelona 2000.

La orientación y posicionamiento de las perspectivas dentro del esquema del Mapa Estratégico no obedece a una decisión caprichosa, sino que denota un proceso en sí

mismo, por lo tanto si bien el fin último de la Organización se centra en el beneficiario y su satisfacción, la base para lograrlo comienza en la perspectiva de “Aprendizaje y Crecimiento”, es decir, en la maximización de las capacidades del personal de la O.S., siendo estos los impulsores principales del cambio organizacional, es quien una vez capacitado puede llevar a cabo acciones que mejoren los procesos y optimicen los vínculos O.S. – Prestadores – Beneficiarios.

Este es, en líneas generales, el proceso global de funcionamiento y concepción del mapa estratégico.

Desde el punto de vista analítico desarrollaremos indicadores, acciones, impulsores y medidas de desempeño para cada uno de los indicadores de las perspectivas, es decir que cumplidas en manera satisfactoria las metas, o en su caso, corregidos los desvíos, se alcanzará en forma razonable los objetivos de la organización.

Gráfico 5: Sistemas de información críticos en la gestión de las perspectivas claves.



Fuente: Elaboración Propia.

5.1.3.- Determinación de los indicadores para cada perspectiva.

Para la determinación de los indicadores de cada una de las perspectivas se seguirá el modelo general propuesto por Kaplan y Norton, al cual se le realizarán las modificaciones pertinentes al tipo de organización objeto del estudio para adecuarlo a la visión de la Gerencia de Prestaciones Médico-Asistenciales como núcleo decisor.

Para cada una de las perspectivas se asignaran indicadores, las fórmulas para cada uno, los sistemas base de información y las iniciativas estratégicas globales a las que pertenecen.

5.1.3.1.- Indicadores de la perspectiva del Beneficiario.

Esta perspectiva es definida por Kaplan y Norton como la del Cliente, dado el carácter de entidad sin fines de lucro y las características propias de las obras sociales, como prestadoras de servicios de salud y el carácter obligatorio de afiliación de los trabajadores, se define como beneficiarios y no como clientes.

Esta perspectiva toma especial relevancia en este tipo de organización, constituyéndose en el fin último de sus actividades, es decir que su satisfacción deberá alcanzarse de la mano de una correcta y racional utilización de los recursos económicos en la contratación y gestión de servicios de salud.

Los aspectos más relevantes que mostrarán los indicadores son los relacionados con:

- Satisfacción del Cliente.
- Calidad real y calidad percibida de los servicios prestados.
- Aumentar la conciencia del cuidado preventivo en la salud.
- Retención de los beneficiarios.

Cuadro 3: Indicadores de la perspectiva del Beneficiario.

<i>Perspectiva</i>	<i>Objetivo Estratégico</i>	<i>Indicador</i>
BENEFICIARIO	Preservar la salud de los beneficiarios	Patologías resueltas
		Índice de Mala praxis Médica
	Incrementar los niveles reales y percibidos de satisfacción de los beneficiarios	Satisfacción de los beneficiarios
		Reclamos solucionados
		Índice de reclamos por carta documentos
	Motivar la conciencia del cuidado preventivo de los beneficiarios	Campañas de prevención implementadas
		Cantidad de pacientes bajo programas de atención de patologías crónicas (con continuidad)

Fuente: Elaboración Propia.

Cabe destacar que existen otros aspectos importantes a medir como ser, la cuota de mercado, la retención de los beneficiarios, incorporación de nuevos beneficiarios, que si bien son aspectos importantes, no se desarrollan en este estudio, ya que se considera que de acuerdo a la estructura de la OS bajo estudio, su medición, responsabilidad, seguimiento y gestión pertenecen a otra área de la misma, la “Gerencia de Servicios al Beneficiario”, es decir que tanto las variables como las iniciativas específicas, los sistemas de gestión y las fuentes de información son de manejo exclusivo de esa gerencia.

Los indicadores seleccionados se pueden definir de la siguiente manera.

- **Patologías resueltas:**
 - Estrategia: Preservar la salud de los Beneficiarios.
 - Responsable operativo del indicador: Jefe de Auditoria Médica.
 - Descripción: El índice de Patologías Resueltas mide el porcentaje de procedimientos realizados con resultados positivos. Desde el punto de vista práctico, se empleará sobre las patologías que requieran internación y aquellas que conllevan un procedimiento quirúrgico ambulatorio, no

se tomarán en cuenta las practicas ambulatorias no quirúrgicas tales como imágenes, rehabilitación, etc., por la dificultad del seguimiento en la resolución y el volumen de las mismas.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Porcentajes
- Polaridad: Los valores altos son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán del sistema de Autorizaciones – Módulo Auditoría, donde se realiza el seguimiento de las internaciones, procedimientos quirúrgicos y se asientan las auditorías en terreno y sus resultados.
- Meta: Maximizar los procedimientos exitosos, disminuir los riesgos de altas no positivas como consecuencia de riesgos evitables.
- Razonamiento: Si se optimiza la tasa de patologías resueltas, se estará mejorando la vida de nuestros beneficiarios, el nivel de satisfacción aumentará y se podrá disponer de mayores recursos, que hubiesen sido necesarios para retratar la patología no curada, para la aplicación de mayores procedimientos para otros beneficiarios.

- **Índice de Mala Praxis:**

- Estrategia: Preservar la salud de los Beneficiarios.
- Responsable operativo del indicador: Jefe de Auditoria Médica.
- Descripción: El índice de Mala Praxis mide la cantidad de juicios que se inician contra la O.S. como consecuencia de denuncias de posibles situaciones de mala Praxis Médica, ponderado por la población total de los beneficiarios. A efecto de poder hacer manejables y comparables los resultados se utilizará como multiplicador la cantidad de 10.000 beneficiarios, es decir que el resultado nos indicará la cantidad de juicios iniciados por Mala Praxis de los efectores de nuestra red por cada 10.000 beneficiarios.
- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absolutos
- Polaridad: Los valores bajos, próximos a cero son buenos.

- Formula: Ver cuadro al Final.
 - Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán del sistema de Legales – Módulo Denuncias y reclamos carta documento, y el registro del sistema de Mesa de Entradas Módulo- Registros Judiciales
 - Meta: Minimizar los casos de mala Praxis Médica de los distintos efectores de la red.
 - Razonamiento: Si se realiza un seguimiento estricto de los procedimientos que ocasionan reclamos por vía judicial del tipo Mala Praxis Médica, se podrá detectar rápidamente posibles efectores o procedimientos que no reúnan las características para pertenecer a la red prestacional o que no cuenten con la experiencia, equipamiento o nivel necesarios para llevar adelante. Asimismo, se estará mejorando la vida de nuestros beneficiarios, el nivel de satisfacción aumentará y se podrá disponer de mayores recursos, que hubiesen sido necesarios para retratar la patología no curada, para aplicar mayores fondos en procedimientos para otros beneficiarios.
- **Satisfacción de los Beneficiarios:**
 - Estrategia: Incrementar los niveles reales y percibidos de satisfacción de los beneficiarios.
 - Responsable operativo del indicador: Jefe de Atención al Público.
 - Descripción: Mide la cantidad de beneficiarios encuestados que están satisfechos con los servicios que presta la OS. Se toman como satisfechos a aquellos que responden positivamente al menos 4 de los 5 puntos encuestados.
 - Temporalidad: Pasado.
 - Frecuencia: Trimestral.
 - Tipo de unidad: Porcentaje.
 - Polaridad: Los valores altos son buenos.
 - Formula: Ver cuadro al Final.
 - Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán del sistema de Legales – Módulo Denuncias y reclamos carta documento, y el registro del sistema de Mesa de Entradas Módulo- Registros Judiciales
 - Meta: Minimizar los casos de mala Praxis Médica de los distintos efectores de la red.
 - Razonamiento: Si se realiza un seguimiento estricto de los juicios que se le inician a la O.S. como consecuencia de

posibles casos de Mala Praxis Médica, se podrá detectar rápidamente dos grandes focos que hacen a la salud de los beneficiarios, por un lado posibles efectores o procedimientos que no reúnan las características para pertenecer a la red prestacional o que no cuenten con la experiencia, equipamiento o nivel necesarios para llevarlos adelante y por el otro que existan fallas en los procedimientos de autorizaciones, auditorías en terreno, atención de reclamos y la trazabilidad de la compra de insumos y medicamentos de alto costo.

- **Reclamos resueltos:**

- Estrategia: Incrementar los niveles reales y percibidos de satisfacción de los beneficiarios.
- Responsable operativo del indicador: Jefe de Atención al Público.
- Descripción: El índice de Reclamos Resueltos mide el porcentaje de reclamos realizados por los beneficiarios que es resuelto en forma satisfactoria. Se entiende como respuesta satisfactoria a aquellos reclamos que una vez analizados se determina que son fundamentados en una obligación no cumplida por la obra social o una prestación que no cumple con lo que está fijado por la legislación de las obras sociales. Es decir que se considerarán aquellos reclamos válidos con sustento normativo y aquellos cuyo fundamento no revista la característica de procedente se tomarán como nulos.
- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Porcentajes
- Polaridad: Los valores altos son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán del sistema de Call Center Módulo-Reclamos y Denuncias, del sistema Autorizaciones – Módulo Reclamos y Denuncias, del sistema de Mesa de Entradas (notificaciones oficiales, Sssalud).
- Meta: Maximizar la resolución de los reclamos, detectar focos que produzcan procedimientos o atenciones improcedentes y elevar la satisfacción de los beneficiarios.

- Razonamiento: Si se optimiza la tasa de reclamos resueltos, se estará mejorando la vida de nuestros beneficiarios, el nivel de satisfacción aumentará y se podrá identificar posibles focos de conflicto o insatisfacción potenciales.
- **Índice de Reclamos por carta documento:**
 - Estrategia: Incrementar los niveles reales y percibidos de satisfacción de los beneficiarios.
 - Responsable operativo del indicador: Jefe de Auditoría Médica.
 - Descripción: El índice de Reclamos por carta documento mide la cantidad de reclamos por vía carta documento que se inician contra la O.S. como consecuencia de denuncias de posibles situaciones que pueden ir desde, reclamos por insatisfacción del servicio prestado, falta de autorización de determinados servicios o por falta de provisión de insumos, medicamentos, prótesis, etc. hasta hechos de mala Praxis Médica, ponderados por la población total de los beneficiarios. A efectos de poder hacer manejable y comparable los resultados se utilizará como multiplicador la cantidad de 10.000 beneficiarios, es decir que el resultado nos indicará la cantidad de reclamos prestacionales vía carta documento cada 10.000 beneficiarios.
 - Temporalidad: Pasado.
 - Frecuencia: Trimestral.
 - Tipo de unidad: Valores absolutos
 - Polaridad: Los valores bajos próximos a cero son buenos.
 - Fórmula: Ver cuadro al Final.
 - Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán del sistema de Legales – Módulo Denuncias y reclamos carta documento, y el registro del sistema de Mesa de Entradas Módulo- Registros Judiciales
 - Meta: Minimizar los casos de reclamos vía carta documento.
 - Razonamiento: Si se realiza un seguimiento estricto de los procedimientos o situaciones que ocasionan reclamos por vía carta documento, se podrán detectar rápidamente posibles procesos o procedimientos que no cumplan con los requerimientos básicos o exigibles para los beneficiarios. Asimismo se estará mejorando la vida de nuestros beneficiarios, el nivel de satisfacción aumentará y se podrá

disponer de mayores recursos, que hubiesen sido necesarios para retratar la patología no curada, para la aplicación de mayores fondos en procedimientos para otros beneficiarios.

- **Campañas de prevención implementadas:**

- Estrategia: Motivar la conciencia del cuidado preventivo de los beneficiarios.
- Responsable operativo del indicador: Jefe de Auditoría Médica – Jefe de Atención al público.
- Descripción: Este indicador muestra el nivel de implementación de los distintos programas y campañas que se implementan para concientizar a los beneficiarios en el cuidado preventivo de su salud. Como ejemplo, podemos citar la necesidad de una higiene personal frecuente, salud sexual y procreación responsable, chagas, tabaquismo, gripe “A”, enfermedades infectocontagiosas, etc.)
- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absolutos.
- Polaridad: Los valores bajos próximo a cero son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán del sistema de Legales – Módulo Denuncias y reclamos carta documento, y el registro del sistema de Mesa de Entradas Módulo- Registros Judiciales.
- Meta: Minimizar los casos de reclamos vía carta documento.
- Razonamiento: Si se realiza un seguimiento estricto de los procedimientos o situaciones que ocasionan reclamos por vía carta documento, se podrá detectar rápidamente posibles procesos o procedimientos que no cumplan con los requerimientos básicos o exigibles para los beneficiarios. Asimismo, se estará mejorando la vida de nuestros beneficiarios, el nivel de satisfacción aumentará y se podrá disponer de mayores recursos, que hubiesen sido necesarios para retratar la patología no curada, para la aplicación de mayores fondos en procedimientos para otros beneficiarios.

5.1.3.2.- Indicadores de la perspectiva Financiera.

Esta perspectiva reúne los indicadores de actuación económica – financiera de la OS.

De acuerdo a las características de la organización, sin fines de lucro, el concepto

aplicable es el de rentabilidad social, la utilización de recursos en forma adecuada para cumplir con las necesidades de los beneficiarios, teniendo en cuenta la necesidad de hacer sustentable el sistema en el tiempo.

La “Sustentabilidad del Sistema” toma especial importancia dada las condiciones de la economía y sus vaivenes, si bien desde el aspecto normativo las Obras Sociales no deben tener superávit económico, es decir, que el total de los fondos percibidos deben ser volcados a cubrir y mejorar las prestaciones de los beneficiarios, en la realidad se da que siempre se trata de formar un fondo con excedentes de dinero para afrontar posibles crisis o eventos inesperados.

Cuadro 4: Indicadores de la perspectiva Financiera.

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador
Finanzas	Maximizar el valor económico de los aportes de los beneficiarios	Ingreso por beneficiario trimestral (Trim.)
		Ingresos por Recupero APE (Trim.) por beneficiario
		Ingresos por Recupero judiciales trimestrales (Acc.Tr./Enf.Pr.)
	Reducir los costos prestacionales y gastos operativos	Porcentaje de gasto Prestacional (Trim.)
		Cumplimiento de la Pauta presupuestaria
		Gasto Prestacional por Beneficiario (Trim.)

Fuente: Elaboración Propia.

Cabe destacar que existen otros aspectos importantes a medir desde esta perspectiva como ser, tal cual pasa en la perspectiva anterior, la cuota de mercado en \$, rentabilidad promedio por beneficiario, rentabilidad por zona, periodo medio de cobranzas, periodo medio de pagos, nivel de morosos, ROI, el costo financiero, incorporación de nuevos beneficiarios, cuota de mercado, que si bien son aspectos importantes, no se desarrollan en este estudio, ya que se considera que de acuerdo a la estructura de la OS bajo estudio, su medición, responsabilidad, seguimiento y

gestión pertenecen a otra área de la misma, la “Gerencia de Finanzas”, es decir que tanto las variables como las iniciativas específicas, los sistemas de gestión y las fuentes de información son de manejo preferencial de esa gerencia.

- **Ingreso por beneficiario:**

- Estrategia: Maximizar el valor económico de los beneficiarios.
- Responsable operativo del indicador: Jefe de Recaudaciones, Gerencia de Beneficiarios.
- Descripción: Este indicador mide el ingreso promedio por beneficiario, relaciona los ingresos totales dividido la cantidad total de beneficiarios. Permite tener una idea de cómo evoluciona el ingreso y permite tomar ciertas medidas ante eventuales desfasajes económicos, en relación a los gastos.
- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absolutos, en valor monetario.
- Polaridad: Los valores altos son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema contable y del sistema de administración de padrón.
- Meta: Maximizar los ingresos por beneficiarios, por medio de acciones sobre las distintas fuentes de ingreso.
- Razonamiento: Si se maximizan las fuentes de ingreso genuinas (ej., Aportes de trabajadores) y las adicionales, ingresos APE y Judiciales, se podrán disponer de mayor fondos para invertir en mayores y mejores prestaciones médicas.

- **Ingreso por recuperó APE por beneficiario:**

- Estrategia: Maximizar el valor económico de los beneficiarios.
- Responsable operativo del indicador: Jefe de Recuperos Prestacionales (GPM).
- Descripción: Este indicador mide el ingreso promedio por beneficiario en concepto de recuperó por prestaciones financiadas por el APE, relaciona los ingresos por este concepto dividido la cantidad total de beneficiarios. Permite

tener una idea de cómo evoluciona el ingreso por prestaciones APE y permite tomar ciertas medidas ante eventuales desfasajes económicos y/o administrativos.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absolutos, en valor monetario.
- Polaridad: Los valores altos son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional, del sistema de gestión de recuperos y del sistema de administración de padrón.
- Meta: Maximizar los ingresos por beneficiarios, por medio de acciones sobre la detección, gestión de documentación respaldatoria y su correspondiente presentación ante el APE.
- Razonamiento: Si se maximizan las fuentes de ingreso APE se podrán disponer de mayores fondos para invertir en mayores y mejores prestaciones médicas.

- **Ingreso por recuperos Judiciales por beneficiario:**

- Estrategia: Maximizar el valor económico de los beneficiarios.
- Responsable operativo del indicador: Jefe de Recuperos Prestacionales (GPM).
- Descripción: Este indicador mide el ingreso promedio por beneficiario en concepto de recuperos por prestaciones cuya causas fueron consecuencia de accidentes donde se comprobó la participación de un tercero asegurado, o producida durante la jornada laboral del beneficiario con cobertura de la ART, o en los casos que las patologías se den como consecuencia de una enfermedad producida por la misma actividad laboral (enfermedad profesional), relaciona los ingresos por este concepto dividido la cantidad total de beneficiarios. Permite tener una idea de cómo evoluciona el ingreso por reclamos judiciales por accidentes y enfermedades profesionales demandadas ante la justicia y permite tomar ciertas medidas ante eventuales desfasajes económicos y/o administrativos.
- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absolutos, en valor monetario.

- Polaridad: Los valores altos son buenos.
 - Fórmula: Ver cuadro al Final.
 - Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional, del sistema de gestión de recuperos y del sistema de administración de padrón.
 - Meta: Maximizar los ingresos por beneficiarios, por medio de acciones sobre la detección, gestión de documentación respaldatoria y su correspondiente presentación ante la justicia.
 - Razonamiento: Si se maximizan esta fuente de ingresos se podrán disponer de mayores fondos para invertir en mayores y mejores prestaciones médicas.
- **Porcentaje del gasto prestacional:**
 - Estrategia: Reducir los costos prestacionales y los gastos operativos.
 - Responsable operativo del indicador: Jefe de Costos y Presupuesto prestacional (GPM).
 - Descripción: Este indicador mide la proporción del gasto total que se invierte en prestaciones medias y su gestión administrativa. Permite tener una guía sobre el cumplimiento con el presupuesto general y los parámetros indicados por la superintendencia de servicios de salud de acuerdo a las pautas de gasto que deberían seguir las Obras Sociales.
 - Temporalidad: Pasado.
 - Frecuencia: Trimestral.
 - Tipo de unidad: Valores porcentuales.
 - Polaridad: Los valores altos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
 - Fórmula: Ver cuadro al Final.
 - Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional y del sistema contable.
 - Meta: Optimizar la utilización de los recursos, para poder brindar la mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones utilizando todos los fondos **disponibles a tal fin**.
 - Razonamiento: Si el gasto porcentual se mantiene en los niveles establecidos se estará cumpliendo con lo normado por el organismo de control y en forma paralela dará un marco guía para presupuestar y asignar priorizar y distribuir

la parte de los fondos disponibles a solventar los costos prestacionales.

- **Porcentaje del cumplimiento de la pauta presupuestaria:**
 - Estrategia: Reducir los costos prestacionales y los gastos operativos.
 - Responsable operativo del indicador: Jefe de Costos y Presupuesto prestacional (GPM).
 - Descripción: Este indicador mide el nivel del cumplimiento de las pautas de gasto presupuestadas, es decir si el gasto efectuado se encuentra dentro de lo que se previó para el periodo.
 - Temporalidad: Pasado.
 - Frecuencia: Trimestral.
 - Tipo de unidad: Valores porcentuales.
 - Polaridad: Los valores cercanos a cien (100) son buenos.
 - Fórmula: Ver cuadro al Final.
 - Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional y del sistema contable.
 - Meta: Optimizar la utilización de los recursos, para poder brindar la mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones utilizando todos los fondos disponibles de acuerdo al presupuesto asignado.
 - Razonamiento: Si el gasto porcentual se mantiene en los niveles establecidos se estará cumpliendo con las pautas presupuestarias, si existen desvíos negativos significativos se deberá analizar en forma detallada, ya que si bien corresponde a un gasto mayor al presupuestado, no necesariamente signifique una ineficiencia, ya que puede ocurrir como consecuencia de una patología catástrofe, de la misma forma debe analizarse si existen desvíos positivos, ya que puede no ser por causas de ahorro, sino de subprestación de servicios con los consecuentes costos ocultos a futuro del tratamiento omitidos por las patologías no tratadas o parcialmente atendidas.
- **Gasto prestacional por beneficiario:**
 - Estrategia: Reducir los costos prestacionales y los gastos operativos.
 - Responsable operativo del indicador: Jefe de Costos y Presupuesto prestacional (GPM).

- Descripción: Este indicador mide el gasto por beneficiario, si bien se expone en forma resumida en este cuadro de mando, el seguimiento se realiza por medio de sub_indicadores, es decir gasto por beneficiario en medicamento amb, en prótesis, en oncológicos, etc. La visión global se da por el nivel de usuario final que se le asigno al CMI, y permite un panorama general de la situación, ante desvíos se inician los procesos de análisis pormenorizado de los componentes del mismo.
- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absoluto, monetizados.
- Polaridad: Los valores bajos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional y del sistema de administración de padrón.
- Meta: Optimizar la utilización de los recurso, para poder brindar mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones nivelando los gastos promedios por beneficiarios de acuerdo a lo establecido por las pautas presupuestarias.
- Razonamiento: Si el gasto se mantiene en los niveles establecido se estará cumplimiento con lo normado por el organismo de control y en forma paralela dará un marco guía para presupuestar, asignar, priorizar y distribuir la parte de los fondos disponibles a solventar los costos prestacionales.

5.1.3.3.- Indicadores de la perspectiva Prestaciones.

Esta perspectiva reúne los indicadores de monitoreo de conductas y culturas de consumo de la población beneficiaria de la Obra Social. De acuerdo a las características de la organización, la conducta de consumo prestacional es una de las más importantes de la variables a seguir, es decir es la determinante de los costos y de la satisfacción de los beneficiarios.

Esta perspectiva es tal vez una de las más relevantes en cuanto a seguimiento permanente, no solo desde el punto de vista del consumo de los beneficiarios sino también de la conducta prescriptiva y de facturación de los profesionales e instituciones prestadoras, quienes en algunas oportunidades fuerzan situaciones de agencia imperfectas, anteponiendo intereses personales en la prescripción de tratamientos antes que los objetivos propios del principal o beneficiario, con la clara intención de obtener algún beneficio personal y en el segundo caso situaciones de sobrefacturación por prestaciones no acordadas o directamente no realizadas.

Cuadro 5: Indicadores perspectiva de las Prestaciones.

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador
Prestaciones	Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales	Tasa de consulta
		Tasa Egreso
		Estadía Promedio
		Recetas de Medicamentos AMB por consultas
		Análisis Bioquímico por consultas
		Prácticas Amb. X Consulta
	Asegurar el correcto proceder de los profesionales sobre la salud de los beneficiarios	Historias clínicas incompletas
	Incrementar la conducta de prescripción racional de los prestadores	Débitos en facturación
		Rechazo en autorizaciones

Fuente: Elaboración Propia.

- **Tasa de consulta:**
 - Estrategia: Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales.
 - Responsable operativo del indicador: Responsable de Estadísticas y Responsable de Auditoría médica (GPM).
 - Descripción: Se aplica al conjunto de la población beneficiaria o a cualquiera de sus partes, desde el punto de vista del seguimiento operativo se puede desagregar por

área geográfica, grupo de edad y sexo o grupo de riesgo. Es un excelente indicador de "consumo" y accesibilidad de servicios, pues la consulta médica marca la tendencia del público para demandar atención, a la vez que señala también en qué medida los servicios están accesibles. En cuanto al seguimiento operativo conviene obtener este indicador según sus diferentes tipos, consultas a médicos de cabecera, consultas a especialistas, o consultas de urgencia, situación que se da en los tableros de control de las divisiones operativas.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absoluto.
- Polaridad: Los valores bajos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional y del sistema de administración de padrón, del sistema de autorizaciones y del modulo estadístico.
- Meta: Optimizar la utilización de los recurso, para poder brindar mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones nivelando las cantidades de prestaciones disponibles de acuerdo a la demanda de la población.
- Razonamiento: Si la tasa de consulta tiene un comportamiento de acuerdo a los parámetros establecidos, cuyos valores se obtuvieron de un análisis estadístico, nos daría la noción que en promedio se están brindado la cantidad de prestaciones necesarias que proveer de un marco de oferta de servicios adecuada, siempre y cuando se presentes situaciones coyunturales normales similares a las que se utilizaron de base para el cálculo del estándar o meta fijados.

- **Tasa de egreso:**

- Estrategia: Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Estadísticas y Responsable de Auditoría médica (GPM).
- Descripción: Esta tasa nos da la noción de la cantidad de beneficiarios cada 100, que pasan por una situación clínica

o quirúrgica, que requiera internación, puede ser desagregada por región, edad, sexo y, también, por tipo de Patología. Este indicador está muy relacionado con el referido a pacientes día / cada 100 beneficiarios / año. Desde el nivel gerencia se toma este indicador en forma general, para la parte operativa se desagrega en sub indicadores, tales como la tasa de egreso como consecuencia de procesos clínico o quirúrgico, y a su vez por las principales patologías, como ser por ejemplo neonatologías, parto natural vs. cesáreas.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absoluto.
- Polaridad: Los valores bajos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional, del sistema de autorizaciones y del modulo estadístico.
- Meta: Optimizar la utilización de los recurso, para poder brindar mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones nivelando las cantidades de prestaciones disponibles de acuerdo a la demanda de la población.
- Razonamiento: Si la tasa de egreso tiene un comportamiento de acuerdo a los parámetros establecidos, cuyos valores se obtuvieron de un análisis estadístico, nos daría la noción que la cantidad de personas internadas con altas fueron aquellas que se encontraban dentro de lo esperado, siempre y cuando se presentes situaciones coyunturales normales similares a las que se utilizaron de base para el cálculo del estándar o meta fijados.

- **Estadía promedio:**

- Estrategia: Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Estadísticas y Responsable de Auditoría médica (GPM).
- Descripción: Este indicador muestra la relación entre la sumatoria de los días de internación consumidos por los beneficiarios y la cantidad de internaciones ocurridas en el mismo lapso.

Desde el nivel gerencia se toma este indicador en forma general, para la parte operativa se desagrega en sub indicadores, tales como la estadía promedio como consecuencia de procesos clínico, quirúrgico, neonato lógicos y a su vez por el tipo de complejidad, piso, UTI, UCO, NEO, UTIN, etc.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absoluto.
- Polaridad: Los valores bajos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional y del sistema de administración de padrón, del sistema de autorizaciones y sistema de registro de auditorías en terreno.
- Meta: Optimizar la utilización de los recurso, para poder brindar mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones nivelando las cantidades de prestaciones disponibles de acuerdo a la demanda de la población.
- Razonamiento: Si la estadía promedio tiene un comportamiento de acuerdo a los parámetros establecidos, cuyos valores se obtuvieron de un análisis estadístico, nos daría la noción que la cantidad de personas internadas con altas fueron aquellas que se encontraban dentro de lo esperado, siempre y cuando se presentes situaciones coyunturales normales similares a las que se utilizaron de base para el cálculo del estándar o meta fijados.

- **Recetas de Medicamentos AMB por consultas:**

- Estrategia: Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Estadísticas y Responsable de Auditoría médica (GPM).
- Descripción: Este indicador muestra la relación entre la cantidad de recetas prescriptas y las consultas realizadas. Desde el nivel gerencia sirve para establecer desvíos, revisar vademécum y formularios de prescripción, tomar medidas destinadas a controlar el gasto y para estimar los costos respectivos.

Desde el punto de vista operativo se trata de un análisis fundamental que se debe realizar médico por médico, especialidad por especialidad, para detectar problemas individuales o grupales que darán origen a sus correspondientes medidas correctiva.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores bajos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional, del sistema de autorizaciones y sistema de validación on line de recetas.
- Meta: Optimizar la utilización de los recurso, para poder brindar mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones nivelando las cantidades de prestaciones disponibles de acuerdo a la demanda de la población.
- Razonamiento: Si la relación promedio tiene un comportamiento de acuerdo a los parámetros establecidos, cuyos valores se obtuvieron de un análisis estadístico, nos daría la noción que la cantidad de personas internadas con altas fueron aquellas que se encontraban dentro de lo esperado, siempre y cuando se presentes situaciones coyunturales normales similares a las que se utilizaron de base para el cálculo del estándar o meta fijados.

- **Análisis bioquímicos por consultas:**

- Estrategia: Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Estadísticas y Responsable de Auditoría médica (GPM).
- Descripción: Este indicador muestra la relación entre la sumatoria de los análisis de laboratorio solicitados por los profesionales y la cantidad de consulta realizadas por los beneficiarios.

Es un indicador bastante bueno de la conducta diagnóstica y terapéutica de la atención médica, especialmente cuando se la analiza en regiones amplias con disponibilidad de un volumen apreciable de datos. A su vez, cuando se analiza

por profesional, por grupo de profesionales o por tipo de especialidad se pueden detectar desviaciones por errores prescriptivos, por falta de los protocolos acordados de atención, etc.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absoluto.
- Polaridad: Los valores bajos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional, del sistema de autorizaciones y sistema de registro de auditorías en médica.
- Meta: Optimizar la utilización de los recurso, para poder brindar mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones nivelando las cantidades de prestaciones disponibles de acuerdo a la demanda de la población.
- Razonamiento: Si la relación promedio tiene un comportamiento de acuerdo a los parámetros establecidos, cuyos valores se obtuvieron de un análisis estadístico, nos daría la noción que la cantidad de personas internadas con altas fueron aquellas que se encontraban dentro de lo esperado, siempre y cuando se presentes situaciones coyunturales normales similares a las que se utilizaron de base para el cálculo del estándar o meta fijados.

- **Prácticas por consultas:**

- Estrategia: Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Estadísticas y Responsable de Auditoría médica (GPM).
- Descripción: Este indicador muestra la relación entre la sumatoria de las Prácticas ambulatorias **solicitadas** por los profesionales y la cantidad de consulta realizadas por los beneficiarios.

Es un indicador bastante bueno de la conducta diagnóstica y terapéutica de la atención médica, especialmente cuando se la analiza en regiones amplias con disponibilidad de un volumen apreciable de datos. A su vez, cuando se analiza

por profesional, por grupo de profesionales o por tipo de especialidad se pueden detectar desviaciones por errores prescriptivos, por falta de los protocolos acordados de atención, etc. Desde el punto de vista operativo es conveniente hacer una desagregación por tipo de prácticas, radiología, ecografías, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, rehabilitación y otros, siempre relacionadas con las consultas efectuadas en el mismo período.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores absoluto.
- Polaridad: Los valores bajos, que se encuentran dentro de los límites fijados son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: los datos de este indicador se obtendrán de sistema de liquidación prestacional, del sistema de autorizaciones y sistema de registro de auditorías en médica.
- Meta: Optimizar la utilización de los recurso, para poder brindar mayor y mejor cantidad y calidad de prestaciones nivelando las cantidades de prestaciones disponibles de acuerdo a la demanda de la población.
- Razonamiento: Si la relación promedio tiene un comportamiento de acuerdo a los parámetros establecidos, cuyos valores se obtuvieron de un análisis estadístico, nos daría la noción que la cantidad de personas internadas con altas fueron aquellas que se encontraban dentro de lo esperado, siempre y cuando se presentes situaciones coyunturales normales similares a las que se utilizaron de base para el cálculo del estándar o meta fijados.

- **Historias clínicas incompletas:**

- Estrategia: Asegurar el correcto proceder de los profesionales sobre la salud de los beneficiarios.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Auditoría médica y Jefe de Liquidaciones. (GPM).
- Descripción: Este indicador tiene como objetivo mostrar que porcentaje de las historias clínicas están confeccionadas en forma completa, es decir con todo los requisitos legales y

administrativos. No solo es importante desde el punto de vista del conocimiento de la patología del paciente, su evolución y resolución, o por su utilidad como respaldo para la facturación por parte del profesional o institución prestadora, sino también como respaldo en caso de que se produzca una situación de mala praxis, donde la Obra Social termine teniendo responsabilidad, ya sea en forma directa o solidaria. Este indicador se evalúa principalmente en el momento de realizarse la auditoría en terreno por parte de los médicos auditores de la organización, y en aquellas patologías de menor complejidad que no entren dentro del protocolo de visita, son observadas directamente al momento de la liquidación prestacional de la facturación. Se entienda desde el punto de vista operativo que las muestras seleccionadas son representativas en cantidad y diversidad de las patologías de internación. Su observación no se hace en forma aislada, sino en conjunto con otros indicadores.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores altos cercanos al 100 % son buenos.
- Fórmula: Ver cuadro al Final.
- Fuente de datos: Este indicador se obtendrá del sistema de liquidación prestacional y principalmente del sistema de registro de auditorías en médica en terreno.
- Meta: Inducir a los prestadores y profesionales que cumplan estrictamente con las normas legales y administrativa en el tratamiento y confección de las historias clínicas de los beneficiarios de la Obra Social.
- Razonamiento: Si este indicado es igual o próximo al 100% se estaría en condiciones de poder afirmar que desde el punto de vista del resguardo legal se estaría cubierto, al menos en este aspecto, ante un proceso de mala praxis, desde el punto de vista médico se podrá estar en condiciones de evaluar si la alternativa terapéutica elegida por el profesional para el tratamiento de la patología se ajustaba al protocolo correspondiente y por último si al utilizarlo como respaldo de la facturación todos los ítems o consumos incluidos se justifican desde el punto de vista médico y su evolución.

- **Débitos en Facturación:**

- Estrategia: Incrementar la conducta de prescripción racional de los prestadores.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Auditoría médica y Jefe de Liquidaciones. (GPM).
- Descripción: Este indicador relaciona el monto total de débitos con los importes facturados por los prestadores. A nivel general se estima que existe un promedio de débitos que se realizan que se catalogan como “normales”, es decir que pueden ocurrir por cuestiones o errores formales de facturación, un valor distinto del acordado o la inclusión de un periodo fuera de término, etc. Distintas son las situaciones que se generan cuando los débitos se generan como consecuencia de sobrefacturación e prestaciones, prestaciones no autorizadas o por ejemplo tratamientos fuera de protocolos.
- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores bajos cerca de cero (0) son buenos.
- Fuente de datos: Este indicador se obtendrá del sistema de liquidación prestacional, del sistema de autorizaciones y de los registros de auditorías médicas en terreno.
- Meta: Inducir a los prestadores y profesionales que cumplan estrictamente con las autorizaciones realizadas, en su caso, emergencias o urgencias que se ajusten a los protocolos de actuación, solicitud y prestación entregados, que los valores facturados correspondan a los acordados.
- Razonamiento: Si este indicador es igual o próximo al 0% se estaría en condiciones de poder afirmar que desde el punto de vista del comportamiento en la facturación se respeta a los lineamientos dados por la organización. Es decir que en forma conjunta con los criterios de autorización, auditoría en terreno, auditoría en facturación y liquidación prestacional se estaría cerrando el ciclo de seguimiento y verificación de la prestación.

- **Rechazo de solicitudes:**

- Estrategia: Incrementar la conducta de prescripción racional de los prestadores.

- Responsable operativo del indicador: Responsable de Auditoría médica y Jefe de Atención al Público.
- Descripción: Este indicador relaciona la cantidad de solicitudes de prestaciones realizadas que son rechazadas por la auditoría sobre el total de prestaciones solicitadas. A nivel general se estima que existe un promedio de rechazos que se que se realizan y se catalogan como “normales”, es decir que pueden ocurrir por cuestiones o errores formales como ser el caso de una receta que no contenga el nombre de la monodroga y se prescriba por el nombre comercial, o una solicitud donde el sello del medico prescriptor no es claro, o que este mal codificada la prestación solicitada, o que el beneficiario no se encuentre en condiciones de recibir servicios.

Distintas son las situaciones que se generan cuando los se solicitan prestaciones que no respetan los procedimientos de diagnósticos o solicitudes que no se relacionan con los protocolos aplicables a las patologías, o medicamentos no indicados específicamente o el caso de las prótesis(Importadas) fuera de PMO que de alguna manera al ser registradas puede convertirse en una importante herramienta de acciones preventivas y correctivas sobre la conducta inapropiada de prescripción de los profesionales de la red prestacional.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores bajos cerca de cero (0) son buenos.
- Fuente de datos: Este indicador se obtendrá del sistema de autorizaciones y de los registros de auditorías médicas en terreno.
- Meta: Inducir a los prestadores y profesionales que cumplan estrictamente con las normas de solicitud de autorizaciones establecidas.
- Razonamiento: Si este indicador es igual o próximo al 0% se estaría en condiciones de poder afirmar que desde el punto de vista del comportamiento en la solicitud de prestaciones medicas-asistenciales se respetan los lineamientos dados por la organización.

5.1.3.4.- Indicadores de la perspectiva de los Procesos Internos.

Esta perspectiva es la que se centra en aquellos temas o áreas críticas que tienen una relación directa con la propuesta de valor que se les brindará a los beneficiarios, es decir que sigue aquellos procesos críticos internos de cuyo resultado dependerá la satisfacción de la población objetivo.

Esta perspectiva se decidió centrar sobre dos temas básicos para el momento en el cual se determinaron los aspectos críticos, una es sobre la optimización de la gestión operativa de la organización en aquellas variables que maneja en forma directa, desde el punto de vista de maximizar aquellos procesos que aseguren un nivel de calidad óptimo en la prestación médica asistencial al beneficiario, tanto en forma como a tiempo, como en aquellas cuestiones que terceriza en terceros que tienen contacto directo con los beneficiarios.

Cuadro 6: Indicadores de la perspectiva de los Procesos Internos.

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador
Procesos Internos	Optimizar la gestión operativa de la organización	% de auditoría en terreno
		Porcentaje de provisión de insumos médicos fuera de término.
	Generar políticas de control y seguimiento en la contratación y gestión de proveedores capitados.	Presentación de libre deudas
		Índice de reintegros

Fuente: Elaboración Propia.

- **Auditoría en terreno realizadas:**
 - Estrategia: Optimizar la gestión operativa de la organización.
 - Responsable operativo del indicador: Responsable de Auditoría médica.
 - Descripción: Este indicador relaciona la cantidad de auditorías en terreno realizadas (de acuerdo al procedimiento) en relación a las auditorías en terreno que se

debieron hacer de acuerdo a los egresos que de acuerdo a la patología debieron haberse realizado.

El hecho de la auditoría en terreno no es una cuestión solamente para detectar si posteriormente lo que facture el prestador está de acuerdo a lo que se verifico en la visita, si que va mucho más allá, se evalúa que el tratamiento realizado se realizo de acuerdo a los protocolos, que el mismo, en su caso, se adaptase a situaciones particulares del paciente, que se evalúe si los familiares o personas a cargo del mismo entienda no solo lo que se le realizo al paciente sino los recaudos y cuidados que deberán tener en adelante, etc.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores altos cercanos al cien (100) % son buenos.
- Fuente de datos: Este indicador se obtendrá del sistema de autorizaciones y de los registros de auditorías médicas en terreno.
- Meta: Que se cumpla con los programas de auditoría en terreno, que las mismas se ajusten a los requerimientos internos y que los profesionales que las realicen se concienticen de la importancia de la misma.
- Razonamiento: Si se realizan las auditoria que correspondan en forma continua y sistemática se lograría establecer dos importantes avances por un lado asegurar una asistencia de mayor calidad al beneficiario en el momento de mayor vulnerabilidad del proceso de asistencia medica, es decir durante el procesos de reparación de la salud y por el otro, desde el lado del prestador no aseguraríamos que este cumpla con los procedimiento y protocolos acordes a las patología tratadas, coordinar conductas prescriptivas correctas y disminuir los riesgos de facturación incorrectas.

● **Provisión de insumos médicos fuera de término:**

- Estrategia: Optimizar la gestión operativa de la organización.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Auditoría médica (GPM) y responsable del Área de compras y suministros (GF).

- Descripción: Este indicado relaciona la cantidad de pedidos de insumos médicos aprobados entregados fuera de la fechas previstas sobre el total de pedidos de insumos médicos aprobados.

En la práctica, al referirnos a insumos médicos hacemos referencia principalmente al ítem de Prótesis que es la parte que representa la mayor incidencia económica en forma directa, costo propiamente dicho, como indirecta, días adicionales de internación por entrega tardía del material protésico, juicios por mala praxis como consecuencia de formación de discapacidades por no intervención en el momento adecuado (Casos en los que por urgencia se produce una fractura oca y desde el punto de vista médico hay un plazo para poner una prótesis, ya que si se suelda el hueso sin dicha intervención se produciría un daño que en muchas ocasiones sería irreversible y produciría algún tipo de discapacidad en la persona.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores bajos cercanos al cero (0) % son buenos.
- Fuente de datos: Este indicador se obtendrá del sistema de autorizaciones y del sistema de compras y suministros.
- Meta: Disminuir al mínimo las entrega fuera de termino ocasionadas por errores en los procesos internos de gestión de aprobación, compra y entrega de insumos.
- Razonamiento: Si se optimizan estos procesos se disminuirá la posibilidad de inconvenientes para los beneficiarios que se encuentran a la espera del insumo, disminuirán los costos por aumento de complicaciones por la no provisión y por cuestiones relacionadas a la mala praxis.

- **Provisión de insumos médicos fuera de término:**

- Estrategia: Optimizar la gestión operativa de la organización.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de Auditoría médica (GPM) y responsable del Área de compras y suministros (GF).

- Descripción: Este indicado relaciona la cantidad de pedidos de insumos médicos aprobados entregados fuera de la fechas previstas sobre el total de pedidos de insumos médicos aprobados.

En la práctica, al referirnos a insumos médicos hacemos referencia principalmente al ítem de Prótesis que es la parte que representa la mayor incidencia económica en forma directa, costo propiamente dicho, como indirecta, días adicionales de internación por entrega tardía del material protésico, juicios por mala praxis como consecuencia de formación de discapacidades por no intervención en el momento adecuado (Casos en los que por urgencia se produce una fractura oca y desde el punto de vista médico hay un plazo para poner una prótesis, ya que si se suelda el hueso sin dicha intervención se produciría un daño que en muchas ocasiones sería irreversible y produciría algún tipo de discapacidad en la persona.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores bajos cercanos al cero (0) % son buenos.
- Fuente de datos: Este indicador se obtendrá del sistema de autorizaciones y del sistema de compras y suministros.
- Meta: Disminuir al mínimo las entrega fuera de termino ocasionadas por errores en los procesos internos de gestión de aprobación, compra y entrega de insumos.
- Razonamiento: Si se optimizan estos procesos se disminuirá la posibilidad de inconvenientes para los beneficiarios que se encuentran a la espera del insumo, disminuirán los costos por aumento de complicaciones por la no provisión y por cuestiones relacionadas a la mala praxis y compras urgentes.

- **Presentación de libre deudas:**

- Estrategia: Generar políticas de control y seguimiento en la contratación y gestión de proveedores capitados.
- Responsable operativo del indicador: Responsable del Área de convenios (GPM).

- Descripción: Este indicado relaciona la cantidad certificados de libre deuda presentados sobre el total de efectores de la red contratada.

Una de las modalidades de prestación de servicios médicos asistenciales es a través de la contratación de una red prestacional, lo que normalmente se define como gerenciadora, uno de los puntos importantes es que la red de efectores es manejada operativamente por un tercero, aquel que se contrata para el servicio, en consecuencia el financiador (la Obra Social) gestiona con esta figura, le paga un monto mensual global y él se encarga por medio de su red de prestadores que se encuentren disponibles los servicios incluidos dentro del convenio. Este tipo de acuerdos tiene varias particularidades, entre las cuales existen alguna que son muy sensibles ya que se relacionan directamente con la accesibilidad de los beneficiarios a los servicios, entre ellos se destacan la necesidad que todos los prestadores que se acordaron que conformaría la red estén disponibles y que los mismos ofrezcan los servicios comprometidos. Del análisis FODA que se realizó se detectó que la principal causa de corte de servicios de los prestadores de la red era por falta de pago del gerenciador, por lo tanto la forma de prevenir posibles cortes del servicio era por medio del seguimiento de la presentación de las libras deudas de la red con sus propios efectores.

Por otro lado la Obra Social se aseguraría que de mediar un inconveniente con el gerenciador no quede esta con la deuda de la red, que en definitiva tiene una responsabilidad solidaria con la misma.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores altos cercanos al cien (100) % son buenos.
- Fuente de datos: De los registros del área de manejo de convenios.
- Meta: Maximizar la cantidad de libre deudas presentados.
- Razonamiento: Mientras mayor sea la cantidad de prestadores con sus pagos al día menor será la posibilidad de corte de servicios para los beneficiarios.

- **Índice de reintegros:**

- Estrategia: Generar políticas de control y seguimiento en la contratación y gestión de proveedores capitados.
- Responsable operativo del indicador: Responsable de liquidaciones y del Área de convenios (GPM).
- Descripción: Este indicador relaciona la cantidad de gastos prestacionales realizados originados por pedidos de reintegros de los beneficiarios sobre el gasto total prestacional.

La función principal de la Obra Social es brindar servicios médicos-asistenciales a sus beneficiarios, ya sea por medio de la puesta a disposición de servicios propios, contratados en forma directa o a través de modelos gerenciados. En los dos últimos casos y en especial el gerenciado la variable disponibilidad se da no solo en que el prestador este activo, sino que de todos los servicios contratados, este aspecto es clave para que los beneficiarios cuenten con la posibilidad de acceder libremente a los servicios.

Cuando esto no es así, es decir cuando los beneficiarios no tienen disponibles los servicios o los tienen pero son obligados a pagar un plus o copago no autorizado se les está afectando su derecho a elección y acceso a la salud y una de las formas importantes de detección de estas situaciones es por medio del seguimiento de la variable “presentación de reintegros”, esto permite identificar claramente al profesional o institución que generó dicha situación y corregir tal anomalía y en su caso proceder al débito del costo en caso que corresponda .

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores bajos cercanos a cero (0) % son buenos.
- Fuente de datos: Sistema de autorizaciones y sistema de liquidaciones prestacionales.
- Meta: Minimizar la cantidad de fuentes y situaciones generadoras de reintegros.
- Razonamiento: Si se logra detectar aquellas situaciones o carencias de la red que induzcan a los beneficiarios a la necesidad de pagar de su bolsillo una prestación que se

encuentra dentro del menú prestacional obligatorio de la Obra Social se lograra dar pleno acceso a los servicios y garantizar las condiciones para asegurar la posibilidad de prevenir, atender y o dar continuidad en el tratamiento de enfermedades o situaciones de potencial riesgo.

5.1.3.5.- Indicadores de la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento.

Se refiere a las capacidades de los empleados, de los sistemas y de la organización. Desarrolla objetivos para impulsar tanto el aprendizaje como el crecimiento, los cuales proporcionan mejoras en las capacidades de los actores que potenciarán las acciones para el logro de los objetivos de la organización y de cada una de sus áreas.

Alcanzada una cierta calidad de gestión mediante la planificación de las operaciones, la calidad total, solamente se consigue si la organización puede contar con la participación entusiasta de todos sus empleados. Para esto es necesario maximizar los temas relacionado con el clima laboral, el favorecimiento del desarrollo y crecimiento de los empleados y la constante motivación en el cumplimiento e innovación de los procesos internos.

Si bien la mayoría de estos indicadores que componen la perspectiva dependen del área de recursos humanos, la diagramación y seguimiento se realiza en forma estrecha con cada uno de los responsables de las gerencias.

Cuadro 7: Indicadores la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento.

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Mejora en las capacidades de los empleados	Capacitación al personal
	Aumentar el compromiso del personal	Clima laboral
		Sugerencias implementadas

Fuente: Elaboración Propia

- **Capacitación del personal:**

- Estrategia: Mejora en las capacidades de los empleados.
- Responsable operativo del indicador: Responsable del Área de Recursos Humanos (GRH).
- Descripción: Este indicador relaciona la cantidad de horas de capacitación realizadas sobre la cantidad de horas programadas de capacitación.

Anualmente, a fin de cada año se realiza una revisión de los temas y áreas críticas de la organización, de ese análisis se determina que cuestiones deben reforzarse a los efectos de mejorar aquellas cosas que en el pasado tuvieron algún tipo de desvío o performance inferior a los que requería el escenario, en forma paralela se analiza cual podría ser el escenario futuro y que requerimiento podría tener en cuanto a la capacidad de los recursos humanos y físicos actuales, de aquí surgen las necesidades de capacitación para el personal.

Esto se plasma a través de un documento donde se presentan los temas principales de capacitación, los cursos a realizar, la carga horaria, los requisitos de los participantes, los requisitos de aprobación y finalmente quienes deberán realizar dicha capacitación. Si bien la capacitación por sí sola no asegura resultados, es de destacar que si la misma está bien planificada y los recursos afectados a la misma la realizan en forma completa y consiente, seguramente la organización tendrá muchas más posibilidades de concretar positivamente sus objetivos. Desde el punto de vista operativo este indicador se desagrega por áreas o temas específicos.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores altos cercanos a cien (100) % son buenos.
- Fuente de datos: Sistema de administración de recursos humanos.
- Meta: Maximizar el cumplimiento efectivo del programa de capacitación.
- Razonamiento: Si los empleados se capacitan en forma continua, van a estar mejor preparados para cumplir con sus

trabajos con mayores posibilidades de hacerlo de forma más eficiente.

- **Clima Laboral:**

- Estrategia: Aumentar el compromiso del personal.
- Responsable operativo del indicador: Responsable del Área de Recursos Humanos (GRH).
- Descripción: Este indicador se conforma a través de la realización de encuestas al personal y la correspondiente ponderación de las respuestas.

El monitoreo del clima Laboral permite conocer el estado de la Organización en cuanto a aspectos tales como, ambiente de trabajo, la cultura, estado de ánimo, y factores similares que pueden influir en el desempeño de su personal y desde el punto de vista de la organización permite determinar qué políticas y estrategias son realmente necesarias reforzar y posteriormente si las mismas fueron efectivas.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores altos cercanos a cien (100) % son buenos.
- Fuente de datos: Sistema de administración de recursos humanos.
- Meta: Maximizar las acciones para la generación del mejor clima laboral posible.
- Razonamiento: Si los empleados se sienten bien, cómodos, reconocidos, y sobre todo parte de un objetivo común, las posibilidades de que desarrollen sus actividades de forma correcta serán mayores.

- **Sugerencias Implementadas:**

- Estrategia: Aumentar el compromiso del personal.
- Responsable operativo del indicador: Responsable del Área de Recursos Humanos (GRH).
- Descripción: Este indicador se conforma a través de la ponderación del total de sugerencia realizadas por el

personal implementadas, sobre el total de sugerencias realizadas.

Desde el punto de vista operativo se deben conformar formularios de sugerencias, es decir se genera una grilla agrupando los grandes temas facilitando su contabilización y luego un detalle de la solicitud en si, por lo cual desde el punto de vista operativo de seguimiento se abre en esto sub rubros.

- Temporalidad: Pasado.
- Frecuencia: Trimestral.
- Tipo de unidad: Valores porcentuales.
- Polaridad: Los valores altos cercanos a cien (100) % son buenos.
- Fuente de datos: Sistema de administración de recursos humanos.
- Meta: Maximizar la puesta en práctica de aquellas iniciativas viables y que generen valor para la organización, los beneficiarios y los empleados.
- Razonamiento: Si las iniciativas contribuyen a que los empleados se sienten mejor, cómodos, reconocidos, y sobre todo parte de un objetivo común, las posibilidades de que desarrollen sus actividades de forma correcta serán mayores.

5.1.3.6.- Esquema general del Cuadro de Mando Integral aplicado.

A continuación se expone en forma esquemática un resumen con las principales caracterizaciones del CMI, diferenciando cada una de las perspectivas, los objetivos e indicadores de cada una y las principales sistemas de información e iniciativas estratégicas asociadas

Cuadro 8: Esquema del Cuadro de Mando Integral aplicado

APLICADO A LA GESTIÓN DE UNA GERENCIA DE PRESTACIONES MÉDICAS, PERIODO 2007/08.

OBRA SOCIAL NACIONAL DE ORIGEN SINDICAL.

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Formula	Sistemas Base	Iniciativa Estratégica
BENEFICIARIO	Preservar la salud de los beneficiarios	Patologías resueltas	Altas positivas del periodo / Prestaciones brindadas con altas en el periodo	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones	Disminuir la cantidad de muertes
		Índice de Mala praxis Médica	Cantidad de Juicios inic. Por Mala P. X 10.000 Benef. / Total de beneficiarios	Sistema de Legales / sistema de mesa de entradas	Aumentar la seguridad de la red prestacional
	Incrementar los niveles reales y percibidos de satisfacción de los beneficiarios	Satisfacción de los beneficiarios	(Beneficiarios Satisfechos / Total de beneficiarios relevados) X 100	Encuestas específicas / Auditorias en Terreno	Maximizar la calidad de atención
		Reclamos solucionados	Reclamos solucionados X 100 / Total de reclamos procedentes.	Call Center / buzón de reclamos / Libro de quejas	Optimizar la respuesta por reclamos
		Índice de reclamos por Carta documentos	Cartas Documentos X 10000 Benef. / Promedio de beneficiarios (mismo periodo)	Sistema de Legales / sistema de mesa de entradas	Disminuir conflicto con beneficiarios
	Motivar la conciencia del cuidado preventivo de los beneficiarios	Campañas de prevención implementadas	Accione (eventos)realizados / Acciones (eventos) programados	Agenda de trabajo / Sistema general de prensa	Mejorar las condiciones de salud de los beneficiarios
		Cantidad de pacientes bajo programas de atención de patologías crónicas (con continuidad)	cantidad de pacientes bajo programa / Total de Pacientes con patologías crónicas	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones -Padrón de Beneficiarios	Mejorar las condiciones de salud de los beneficiarios con patologías crónicas

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Formula	Sistemas Base	Iniciativa Estratégica
Finanzas	Maximizar el valor económico de los aportes de los beneficiarios	Ingreso por beneficiario trimestral (Trim.)	Ingresos totales trimestrales / Total de Beneficiarios (Prom. Trim.)	Sistema Contable (Aportes, recuperos y coseguros)	Maximizar los ingresos por beneficiario.
		Ingresos por Recupero APE (Trim.) por beneficiario	Ingresos totales APE trimestrales/ Población de beneficiarios (Trim.)	Sistema de Liquidación Prestacional, Sistema de gestión de recuperos, Padrón.	Minimizar el no recupero de prestaciones APE
		Ingresos por Recupero judiciales trimestrales (Acc.Tr./Enf.Pr.)	Ingresos totales Judiciales trimestrales / Monto total reclamado por acciones judiciales.	Sistema de Liquidación Prestacional, Sistema de Ingresos, sistema contable - Sistema de Legales	Maximizar los ingresos por acciones Judiciales
	Reducir los costos prestacionales y gastos operativos	Porcentaje de gasto Prestacional (Trim.)	Gasto prestacional (Trim.) / Gasto Total (Trim.)	Sistema de Liquidación Prestacional, Sistema de Ingresos, Sistema contable.	Minimización de gastos prestacionales
		Cumplimiento de la Pauta presupuestaria	(Gasto Prestacional (Trim.) / Presupuesto (Trim.))*100	Sistema de Liquidación Prestacional, Sistema contable.	Adecuación del Gasto a la Pauta presupuestaria.
		Gasto Prestacional por Beneficiario (Trim.)	Gasto Prestacional Total (Trim.) / Cantidad de Beneficiarios (Prom.Trim.)	Sistema de liquidación prestacional, Padrón	Optimización del gastos por beneficiario

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Formula	Sistemas Base	Iniciativa Estratégica
Prestaciones	Maximizar el rendimientos de las redes prestacionales	Tasa de consulta	Total de Consultas en periodo n / Promedio de beneficiarios en periodo n	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones - Modulo estadístico	Optimización de la red Prestacional
		Tasa Egreso	(Egresos totales en periodo n X 100) / Beneficiarios promedio en periodo n	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones - Modulo estadístico	Optimización de la red Prestacional
		Estadía Promedio	Días totales de estada periodo n / total de egresos periodo n	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones - Modulo estadístico	Optimización de la red Prestacional
		Recetas de Medicamentos AMB por consultas	Total de recetas de medicamentos ambulatorios prescriptas(n periodo) / Total de consultas. (n periodo)	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones - Modulo estadístico	Optimización de la red Prestacional
		Análisis Bioquímico por consultas	Total de análisis bioquímicos prescriptos / total de consultas.	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones - Modulo estadístico	Optimización de la red Prestacional
		Practicas Amb. X Consulta	Total de Prácticas médicas Amb. Periodo n/ Total de consultas periodo n.	Sistema de Autorizaciones - Sist. de Liquidaciones - Modulo estadístico	Optimización de la red Prestacional
	Asegurar el correcto proceder de los profesionales sobre la salud de los beneficiarios	Historias clínicas incompletas	Total de Historias clínicas defectuosas / Total de Historias clínicas auditadas.	Sistema de Autorizaciones - Auditoria de Facturación - Auditoria en Terreno.	Optimizar la calidad prestacional
	Incrementar la conducta de prescripción racional de los prestadores	Débitos en facturación	Total de débitos / total facturado	Sistema de Liquidaciones	Optimizar la calidad prestacional
Rechazo de solicitudes		Solicitudes rechazadas / total de solicitudes	Sistema de autorizaciones	Optimizar la calidad prestacional	

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Formula	Sistemas Base	Iniciativa Estratégica
Procesos Internos	Optimizar la gestión operativa de la organización	Auditoria en terreno realizadas	Total de Auditorias en terreno / Total de egresos hospitalarios (*)	Agenda de trabajo - Sistema de autorizaciones.	Mejorar Calidad
		Provisión de insumos médicos fuera de termino.	Entregas de insumos fuera de termino / Total de entregas realizadas	Sistema de autorizaciones - Sistema de gestión de compra de insumos.	Optimizar los procesos de compra y provisión
	Generar políticas de control y seguimiento en la contratación y gestión de proveedores capitados.	Presentación de libre deudas	Libre deuda presentados / total de prestadores de red con facturación activa.	Sistema de administración de convenios	Optimizar la calidad prestacional - Reducción de riesgo Financiero
		Índice de reintegros	Monto solicitado por reintegro / monto total de gastos.	Sistema de autorizaciones - Sistema de Liquidaciones.	Optimizar la calidad prestacional

(*) Internaciones mayores tres días o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Formula	Sistema Base	Iniciativa Estratégica
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Mejora en las capacidades de los empleados	Capacitación al personal	$\frac{\text{Cantidad de horas de capacitación realizadas}}{\text{Total horas de capacitación programadas}}$	Sistema de Recursos Humanos	Programa de capacitación
	Aumentar el compromiso del personal	Clima laboral	$\frac{\text{Puntos de satisfacción positivos}}{\text{Total de puntos encuestados}}$	Sistema de Recursos Humanos	Implementar programa de encuestas periódicas
		Sugerencias implementadas	$\frac{\text{Cantidad de sugerencias implementadas}}{\text{Cantidad de sugerencias aprobadas}}$	Sistema de Recursos Humanos	Implementar las sugerencias del personal

Fuente: Elaboración Propia

5.1.3.7.- Parámetros de actuación de los indicadores.

En la siguiente tabla se muestra los parámetros de actuación entre los que se moverán los resultados de los indicadores.

Tabla 4: Parámetro de actuación de los indicadores seleccionados.

Perspectiva	Indicador	Sistema de alertas			Valor Esperado	Puntaje Parcial			Puntaje total
		Verde/Bien	Amarillo/precaución	Rojo/Mal		Bien	Precaución	Mal	
Beneficiario	Patología resueltas	≥ 95 %	< 95 % y ≥ 90 %	< 90 %	96%	1	0,50	0	7
	Índice de Mala praxis Médica	0,0	≤ 0,3 y > 0,0	> 0,3	0	1	0,50	0	
	Satisfacción de los beneficiarios	≥ 85 %	< 85 % y ≥ 75 %	< 75 %	90%	1	0,50	0	
	Reclamos solucionados	≥ 95 %	< 95 % y ≥ 90 %	< 90 %	99%	1	0,50	0	
	Índice de reclamos por Carta documentos	≤ 1	≤ 3 y > 1	> 3	0,80	1	0,50	0	
	Campañas de prevención implementadas	≥ 90 %	< 90% y ≥ 75 %	< 75 %	92%	1	0,50	0	
	Cantidad de pacientes bajo programas de atención de patologías crónicas (con continuidad)	≥ 90 %	< 90% y ≥ 70 %	< 70 %	92%	1	0,50	0	
Finanzas	Ingreso por beneficiario trimestral (Trim.)	≥ 290 \$	< 290 \$ y ≥ 250 \$	< 250 \$	296 \$	1	0,50	0	6
	Ingresos por Recupero APE (Trim.) por beneficiario	≥ 24 \$	< 24 \$ y ≥ 18 \$	< 18 \$	28 \$	1	0,50	0	
	Ingresos por Recupero judiciales trimestrales (Acc.Tr./Enf.Pr.)	≥ 3,8 \$	< 3,8 \$ y ≥ 2 \$	< 2 \$	4 \$	1	0,50	0	
	Porcentaje de gasto Prestacional (Trim.)	≥ 82 %	< 82 % y ≥ 70 %	< 70 %	82%	1	0,50	0	
	Cumplimiento de la Pauta presupuestaria	≥ 95 % y ≤ 106 %	(≥ 106 % y < 115 %) y (> 85 % y ≤ 94 %)	< 84 % y > 116 %	100,0%	1	0,50	0	
	Gasto Prestacional por Beneficiario (Trim.)	≥ 240 \$ y ≤ 276 \$	(≥ 210 \$ y < 240 \$) y (> 276 \$ y ≤ 288 \$)	< 210 \$ y > 288 \$	258 \$	1	0,50	0	
Prestaciones	Tasa de consulta	≥ 3,2 y ≤ 4	(≥ 2,5 y < 3,2) y (≤ 4,5 y > 4 \$)	< 2,5 y > 4,5	3,5	1	0,50	0	9
	Tasa Egreso	≥ 7 y ≤ 9	(≥ 5 y < 7) y (≤ 11 y > 9)	< 5 y > 11	8	1	0,50	0	

	Estadía Promedio	≥ 3 y $\leq 3,8$	$(\geq 2,5$ y $< 3)$ y $(\leq 4,5$ y $> 3,8)$	$< 2,5$ y $> 4,5$	3,4	1	0,50	0	
	Recetas de Medicamentos AMB por consultas	$\leq 0,4$	$\leq 0,55$ y $> 0,4$	$> 0,55$	0,38	1	0,50	0	
	Análisis Bioq. Por consultas	$\leq 0,55$	$\leq 0,75$ y $> 0,55$	$> 0,75$	0,5	1	0,50	0	
	Practicas Amb. X Consulta	$\leq 1,35$	$\leq 1,48$ y $> 1,35$	$> 1,48$	1,25	1	0,50	0	
	Historias clínicas incompletas	$\leq 0,07$ %	$\leq 0,12$ % y $> 0,07$ %	$> 0,12$ %	0,05%	1	0,50	0	
	Débitos en facturación	≥ 4 % y ≤ 8 %	$(\geq 2$ % y < 4 %) y $(> 8$ % y ≤ 10 %)	< 2 % y > 10 %	6,00%	1	0,50	0	
	Rechazo de solicitudes	≤ 3 %	> 3 % y ≤ 8 %	> 8 %	2,00%	1	0,50	0	
Procesos Internos	% de auditoria en terreno	≥ 90 %	≥ 80 % y < 90 %	< 80 %	92%	1	0,50	0	4
	Provisión de insumos médicos fuera de término.	≤ 5 %	≤ 12 % y > 5 %	> 12 %	3,00%	1	0,50	0	
	Presentación de libre deudas	≥ 95 %	≥ 90 % y < 95 %	< 90 %	97%	1	0,50	0	
	Índice de reintegros	$\leq 2,1$ %	$> 2,1$ % y ≤ 5 %	> 5 %	1%	1	0,50	0	
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Capacitación al personal	≥ 85 %	≥ 70 % y < 85 %	< 70 %	95%	1	0,50	0	3
	Clima laboral	≥ 75 %	< 75 % y ≥ 65 %	< 65 %	83%	1	0,50	0	
	Sugerencias implementadas	≥ 80 %	< 80 % y ≥ 65 %	< 65 %	85%	1	0,50	0	

Fuente: Elaboración Propia

5.2.- Resultados de los indicadores aplicados.

A continuación se mostrará los resultados obtenidos para cada uno de los trimestres que integraron el período bajo estudio.

Los valores que se muestran son resultado de las formulas que se aplican a cada indicador, de acuerdo en que zona caigan esos resultados, bien (Verde), precaución (Amarillo) o mal (Rojo) la celda muestra un color distinto que facilita visualmente la comprensión del resultado. En el caso particular que se muestra “S/D”, significa que en ese periodo y para ese indicado no se encontraban disponibles las variables para

realizar la medición, ya sea porque no se puso en marcha el sistema que alimenta el dato o no se implementó el procedimiento correspondiente.

Tabla 5: Resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores en la O.S. seleccionada.

Perspectiva	Indicador	Valor Esperado	PERIODOS DE MEDICIÓN							
			1 trim. 07	2 trim. 07	3 trim. 07	4 trim. 07	1 trim. 08	2 trim. 08	3 trim. 08	4 trim. 08
BENEFICARIO	Patologías resueltas	96%	93,00 %	95,60%	98,00%	97,50%	98,90%	97,90%	99,00%	98,60%
	Índice de Mala praxis Médica	0,00%	0,16 (2)	0,75 (9)	0	0	0,08(1)	0	0	0
	Satisfacción de los beneficiarios	90%	68,00 %	59,00%	S/D	82,00%	81,00%	S/D	86,00%	84,00%
	Reclamos solucionados	99%	S/D	55,00%	75,00%	90,00%	79,00%	88,00%	90,00%	94,00%
	Índice de reclamos por Carta documentos	0,80	4 (48)	4,58(55)	1,75 (21)	0,75(9)	0,25(3)	0,58 (7)	0,5(6)	0,08 (1)
	Campañas de prevención implementadas	92%	S/D	S/D	S/D	S/D	100,00%	100,00%	50,00%	100,00%
	Cantidad de pacientes bajo programas de atención de patologías crónicas (con continuidad)	92%	S/D	S/D	82,00%	76,00%	90,00%	94,00%	92,00%	88,00%
FINANZAS	Ingreso por beneficiario trimestral (Trim.)	296 \$	\$ 242	\$ 278	\$ 285	\$ 301	\$ 388	\$ 288	\$ 345	\$ 315
	Ingresos por Recupero APE (Trim.) por beneficiario	\$ 28	\$ 4	\$ 16	\$ 24	\$ 18	\$ 19	\$ 16	\$ 29	\$ 14
	Ingresos por Recupero judiciales trimestrales (Acc.Tr./Enf.Pr.)	4 \$	S/D	S/D	\$ 2	S/D	\$ 4	\$ 2	\$ 1	\$ 2
	Porcentaje de gasto Prestacional (Trim.)	82%	S/D	78,50%	83,00%	83,20%	72,00%	83,90%	82,20%	84,00%
	Cumplimiento de la Pauta presupuestaria	100,0 %	S/D	S/D	S/D	S/D	92,00%	87,00%	97,00%	95,50%
	Gasto Prestacional por Beneficiario (Trim.)	258 \$	S/D	\$ 218,23	\$ 236,55	\$ 250,43	\$ 279,36	\$ 241,63	\$ 283,59	\$ 264,60
PRESTACIONES	Tasa de consulta	3,5	3,70	4,05	4,15	3,05	3,21	3,62	3,48	3,02
	Tasa Egreso	8	11,89	13,15	9,15	8,56	8,12	8,78	9,21	8,35
	Estadía Promedio	3,4	4,58	5,02	3,25	3,08	3,36	3,28	2,98	3,15
	Prescripción de Medicamentos AMB	0,38	0,48	0,42	0,39	0,38	0,32	0,33	0,41	0,36

	Análisis Bioq. Por consultas	0,2	0,26	0,24	0,25	0,28	0,21	0,20	0,19	0,21
	Practicas Amb. X Consulta	1,25	1,68	1,75	1,48	1,38	1,29	1,21	1,25	1,32
	Historias clínicas incompletas	0,05%	S/D	0,03%	0,02%	0,03%	0,01%	0,02%	0,01%	0,01%
	Débitos en facturación	6,00%	10,00%	13,00%	8,00%	5,00%	6,00%	10,00%	8,00%	3,00%
	Rechazo de solicitudes	2,00%	5,00%	6,00%	2,00%	1,00%	1,50%	2,25%	3,01%	4,25%
PROCESOS INTERNOS	Auditoria en terreno realizadas	92,00%	76,00%	80,00%	90,00%	94,00%	96,00%	97,00%	95,00%	98,00%
	Porcentaje de provisión de insumos médicos fuera de término.	3,00%	7,00%	6,80%	2,50%	1,98%	0,80%	1,01%	0,50%	1,21%
	Presentación de libre deudas	97,00%	68,00%	72,00%	90,00%	92,00%	88,00%	86,00%	91,00%	94,00%
	Índice de reintegros	1%	9,48%	7,29%	3,12%	2,05%	0,92%	0,88%	0,53%	0,58%
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Capacitación al personal	95,00%	S/D	S/D	0,00%	60,00%	95,00%	65,00%	90,00%	95,00%
	Clima laboral	83,00%	S/D	64,00%	89,00%	90,00%	80,00%	94,00%	82,00%	79,00%
	Sugerencias implementadas	85,00%	S/D							

Fuente: Elaboración Propia

5.3.- Valorización de los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores.

La parte final de la aplicación del esquema del CMI se centra en la valorización de los resultados obtenidos por los indicadores en relación a los parámetros de actuación definidos y a su vez en sumando estos resultados ponderándolos con el peso asignado a cada perspectiva, este resultado muestra en qué grado se cumplió con los objetivos estratégicos generales y los asignados para cada perspectiva, para este trabajo se definió que para aquellas perspectivas alcancen una performance igual o superior al 75 % estaría en un valor aceptable, aquella que sean menores 75 % y mayores o iguales a 60 % deberían ser observadas con mayor precaución, sin ser una señal neta de alarma tienen que ser analizadas con mayor cuidado y por último

las menores al 60 % indican una clara señal de alarma que debe ser inmediatamente analizada y corregida.

Tabla 6: Resultado global del cumplimiento por medio de las perspectivas seleccionadas.

RESULTADO -- "PUNTUACIÓN GENERAL" --								
	1 trim. 07	2 trim. 07	3 trim. 07	4 trim. 07	1 trim. 08	2 trim. 08	3 trim. 08	4 trim. 08
Puntaje ideal	18	22	26	27	29	29	29	29
Puntaje obtenido	4,5	7	17,5	20	23	20,5	22,5	23,5
Porcentaje Logro	25%	32%	67%	74%	79%	71%	78%	81%
RESULTADO – "PUNTUACIÓN POR PERSPECTIVA"--								
BENEFICIARIOS								
Puntaje ideal	4	5	6	6	7	7	7	7
Puntaje obtenido	1	1,0	3	4,5	5	5	5,5	6
Porcentaje Logro	25%	20%	50%	75%	71%	71%	79%	86%
FINANZAS								
Puntaje ideal	2	3	5	5	6	6	6	6
Puntaje obtenido	0	1,5	3	3,5	4	3,5	4,5	4,5
Porcentaje Logro	0,0%	50,0%	60,0%	70,0%	66,7%	58,3%	75,0%	75,0%
PRESTACIONES								
Puntaje ideal	8	9	9	9	9	9	9	9
Puntaje obtenido	3,0	3,5	7,5	7,5	9	8	7	7,5
Porcentaje Logro	38%	39%	83%	83%	100%	89%	78%	83%
PROCESOS INTERNOS								
Puntaje ideal	4	4	4	4	4	4	4	4
Puntaje obtenido	0,5	1,0	3	3,5	3	3	3,5	3,5
Porcentaje Logro	13%	25%	75%	88%	75%	75%	88%	88%
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO								
Puntaje ideal	0	1	2	3	3	3	3	3
Puntaje obtenido	0	0,0	1	1	2	1	2	2
Porcentaje logro	NO Apl.	0%	50%	33%	67%	33%	67%	67%

Fuente: Elaboración Propia

5.4.- Observaciones generales sobre la salida de información del CMI con referencia a los registros previos disponibles a su implementación.

La puesta en funcionamiento del CMI tuvo como principal beneficio el ordenamiento sistemático de los procesos que generaran los flujos de información y la democratización de la misma, es decir, información constante, disponible para consulta y compartida entre los actores.

Previa a la implementación el principio que gobernaba en la institución era el de información por excepción, solo algunos informes se elaboraban en forma constante relacionados, básicamente, con información que debía presentarse periódicamente ante los organismos de control, el resto se generaba ante solicitudes de los directivos en momentos determinados, como ser ante la solicitud de incremento de carteras fijas de gerenciables, cuando se producía la necesidad de ajustes económicos por desequilibrios en las disponibilidades de fondos, ante demandas de beneficiarios ante la justicia, etc.

Estas dos cuestiones, sistematización y democratización, dotaron al sistemas de información de cualidades tales como, oportunidad, información disponible en los momentos que se necesitan, mayor conocimiento de las consecuencias de las acciones y tal vez lo más importante, lograr una integralidad en la visión de las áreas, donde necesariamente los responsables de los departamentos y divisiones necesitaron trabajar en conjunto para corregir los desvíos que se producían en los caminos definidos.

Dos años después del inicio de la implementación todos los actores que componen la Gerencia de Prestaciones Médicas, que son parte directa o indirecta del CMI, coinciden⁴⁷ que desde su implementación han cambiado la forma en la cual utilizan

la información en sus procesos de toma de decisiones, hoy antes de decidir sobre cuestiones que pudieran afectar el cumplimiento de alguno de los objetivos planteados realizan evaluaciones de las distintas alternativas y variables disponibles, como afectan a sus áreas y a aquellas relacionadas.

5.5.- Observaciones sobre la puesta en funcionamiento de la medición de los indicadores del CMI, implicancias y consecuencias.

La puesta en funcionamiento del CMI, trajo aparejado dos situaciones muy importantes, la primera relacionada con el cambio de mentalidad y resistencia de los responsables de las áreas que se incluían en las mediciones y el segundo un importante trabajo que debió realizarse en la readecuación de los procesos que se realizaban para cumplir con las tareas que alimentarían los indicadores.

El primero de los aspectos, resistencia al cambio, estaba relacionado con la creencia de que un sistema de estas características estaba destinado al control de sus tareas, no en el sentido de mejorar la eficiencia, sino en el sentido de control de “policía”. Este aspecto fue desde el punto de vista operativo tal vez el más difícil de afrontar ya que se debió invertir mucho tiempo en la concientización y convencimiento por medio de reuniones, pruebas e incentivos, y por sobre todas las cosas capacitación del personal.

El segundo aspecto estaba relacionado con la identificación de los procesos que alimentaría los indicadores del CMI. Al realizarse una prueba previa a la implementación se observó que más de la mitad de los indicadores no podían completarse con las salidas de los sistemas vigentes, que para ello debía solicitarse a las áreas que lo elaboren en forma especial para esa oportunidad, si bien esto se

solicito los resultados fueron dispares, incompletos y en algunos casos fuera de tiempo. Se tomo desde la directiva la identificación de los procesos y revisión de los mismos, la lo cual se individualizaron más de 130 procesos distribuidos en 4 gerencias que en forma directa o indirecta y en distinto grado podrían incidir en el logro de los objetivos estratégico prestacionales planteados. En la siguiente tabla se muestran algunos de los considerados como más relevantes.

Cuadro 9: Identificación de Procesos claves en la alimentación de la información base de los indicadores del CMI.

Gerencia/Sector	Proceso
Compras	1.1 Compras - Medicamentos a Farmacias 1.2 Compras - Insumos, Prótesis y Ortesis 1.3 Compras – Laboratorios y droguerías 1.4 Compras - Insumos campañas de prevención y promoción de la salud. 1.10 Compras - Comodato y Devolución de insumos
Mesa de Entradas	2.1 Mesa de entrada - Solicitud de Reintegros
Acceso al Servicio	3.1.1 Control Afiliatorio - Beneficiarios Directos 3.1.2 Control Afiliatorio - Monotributistas 3.1.3 Control Afiliatorio - Adherentes y Jubilados 3.3 Cartilla de Prestadores 3.4 Corte de Servicio a beneficiarios 3.5 Hospital Público - Autorización
Prestaciones	4.1 PREST.MED E INTER. DERIVACIONES <i>4.1.1 Prestaciones médicas e internación. - Incluidas en convenio. Efector en red</i> 4.1.1.9 Prestaciones Autorizaciones. Prestaciones efectores de red. 4.1.1.10 Prestaciones Autorizaciones. Hospitales privados, Clínicas y Sanatorios 4.1.3.1 Autoderivación de beneficiarios 4.2 PREST. MED INSUM PROT ORT RECU COMODATO AMBUL 4.2.1 Autorización de Medicamentos 4.2.1.2 Medicamentos - Oncológicos 4.2.3 Autorización de Insumos, Prótesis y Ortesis 4.2.5 Entrega Insumos, Prótesis y Ortesis 4.2.6 Medicamentos - Entrega 4.3 PREST. LIQUIDACIONES-REINTEGROS-DEBITOS 4.3.1 Liquidaciones - Prestaciones médicas asistenciales. 4.3.3 Liquidaciones - Débitos a gerenciadore por corte de servicio 4.3.4 Liquidaciones - Reintegros a beneficiarios 4.4 PREST.SOCI(BENF DE EXCEPTCION-EXTENSIÒN-DISCA'P-ESCUELAS

	4.4.1 Autorizaciones Prestaciones por Discapacidades 4.4.2 Beneficios de Excepción 4.4.4 Viáticos a beneficiarios para traslados urbanos y suburbanos. Ayuda para Insumos, Medicamentos, Alimentos
Reintegros APE	5.1 Rendición de subsidios APE 5.2 Identificación de prestaciones APE en auditoria y otros sectores 5.3 Trámite de reconsideración de saldo y expedientes denegados. 5.4 Trámite de pedido de reintegro APE
Recursos Humanos	6.3 RRHH - Parte Diario-Novedades de ausentismo 6.6 RRHH - Vacaciones - Solicitud - Anticipo - Control 6.7 RRHH - Renovación de Pasantías 6.8 RRHH - Encuesta permanentes de satisfacción del personal 6.9 RRHH - Liquidación de sueldos
Asuntos Jurídicos	12.1 Mesa de entrada - Recepción y Despacho Documentación 12.2 Inicio de Juicios 12.3 Actualización de Juicios 12.4 Demandadas deuda 12.5 Impugnaciones 12.6 Seguimiento Cartas documento y Amparos por prestaciones a beneficiarios. 12.12 Recupero de prestaciones a Terceros.
Gerencia de Finanzas	13.2 PAGOS prestaciones. 13.4 Fondo Fijo 13.9 Ingresos - Beneficiarios directos y Adherentes 13.10 Ingresos APE y Judiciales. 13.14 Ingresos - Monotributistas 13.19 Bonos recaudación por venta bonos y coseguros.
Afiliaciones	15.2.1 Administración de Afiliaciones - 15.2.2 Administración de Afiliaciones-Traspasos No Rurales 15.2.4 Afiliaciones Monotributo 15.3 Administración y Actualización de Padrones 15.5 Asignación de Planes

Fuente: Elaboración Propia

Esta identificación de procesos surgió de las reuniones que se realizaban con los responsables de las áreas, una de los principales beneficios que trajo aparejado fue la decisión por parte de los directivos de revisar los procesos críticos en busca de detectar oportunidades de mejora en el desempeño de ellos.

Si bien el análisis y rediseño no son el objeto central de este trabajo se esquematizarán dos procesos claves cuya información y seguimiento son centrales en la conformación del CMI, estos son la detección y presentación de solicitudes de

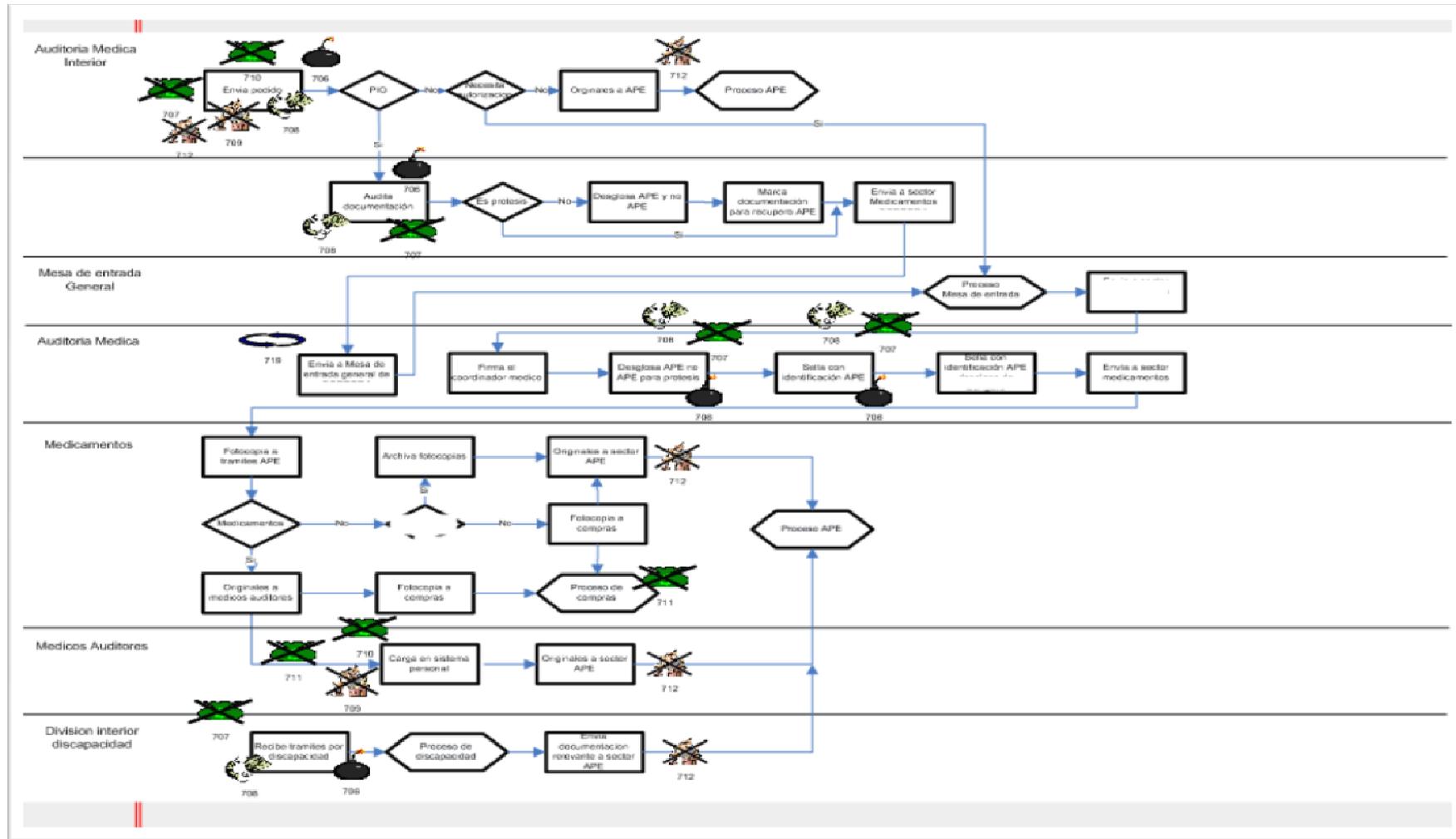
reintegros Financiables por la Administración de Programas Especiales(APE) y el proceso de Liquidación de Prestaciones Médicas.

Proceso: Detección y presentación de solicitudes de reintegros de prestaciones al APE.

El relevamiento de procesos se realizo por medio de la técnica de observación de caso, entrevista y seguimiento en campo, se analizaron y detectaron defectos y oportunidades, se realizaron ajustes y se pusieron en funcionamiento.

Se aclara que en los ejemplos que se mostrarán representan globalmente los procesos, es decir que los mismo fueron, en algunas partes, eliminados u ocultados por razones de confidencialidad de los datos expuestos por la Obra Social objeto del estudio.

Gráfico 6: Circuito de detección de prestaciones médicas recuperables por APE .



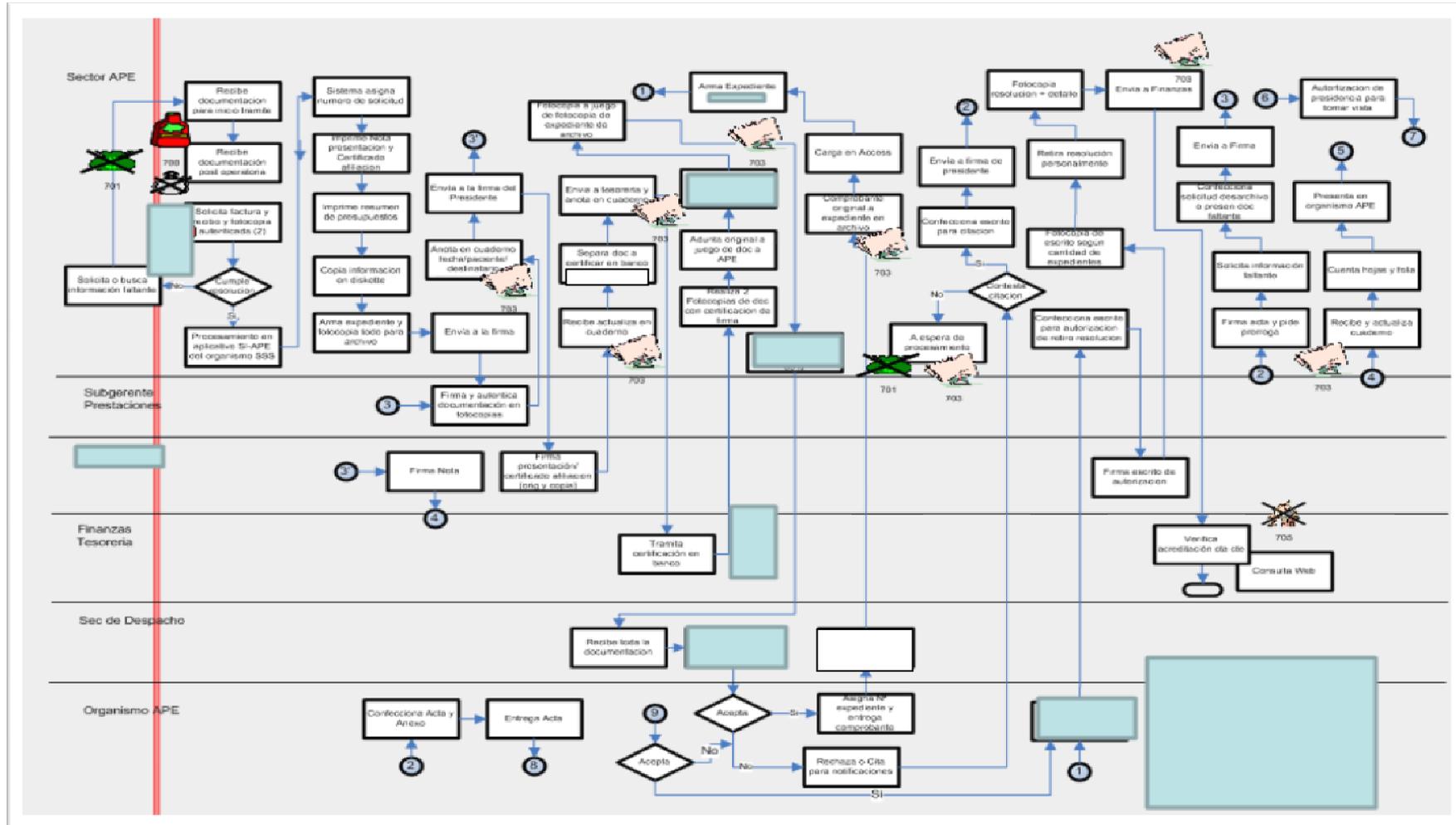
Cuadro 10: Descripción del circuito de detección de prestaciones médicas recuperables por APE.

Nivel	Tipo de Nota	Nota
Proceso	Descripción del proceso	<ul style="list-style-type: none"> □ La detección de aquellas prestaciones posibles de ser recuperadas vía APE, deben detectarse en la agencia de origen. El auditor médico de cada agencia es el responsable de dicha identificación □ No obstante ello en la auditoría de ALFA compras-central se realiza la identificación de las prestaciones que corresponden a recupero APE, antes de ser enviada al sector de prestaciones. □ Esta documentación es llevada por personal de medicamentos a la mesa de entrada general para darle ingreso, luego la entrega en Auditoría médica. □ La documentación es firmada por el jefe de auditoría médica, en el sector se verifica si tanto en la agencia de origen del trámite y en ALFA se hayan identificado correctamente la documentación y agrega una identificación APE. Envía la documentación nuevamente al sector medicamentos □ En el sector medicamentos se realizan las fotocopias de la documentación sellada con APE, la que corresponda a prestaciones por medicamentos entrega los originales a cada médico auditor según el diagnóstico y las fotocopias a compras. Con la documentación de las prótesis que deben ser compradas envía las fotocopias a compras y los originales al sector APE □ Los médicos auditores cargan al sistema personal de cada médico la documentación que el sector de medicamentos se entregó a cada uno, luego de ello mandan la documentación al sector de APE. □ Se envía al sector APE toda la documentación referida a discapacidad

Cuadro 11: Caracterizaciones del circuito de detección de prestaciones médicas recuperables por APE.

Caract.	Tipo	Nota
	Nodo de error	La posibilidad del recupero APE no es detectado adecuadamente en ninguno de los sectores en los cuales esto debiera suceder.
	Sustituible	Esta falta de detección ocasiona pérdida de recuperos por varios millones de pesos al año
	Falta de comunicación	No existe una normativa para identificar en la documentación cuando el material puede recuperarse mediante APE. En algunos casos se usa un sello rojo
	Falta de control	No se controla adecuadamente que la prestadora envíe a la ALFA la documentación necesaria para realizar los recuperos
	No agrega valor	Se pierden recuperos porque las prestadoras no envían la documentación necesaria a ALFA
	No agrega valor	Se pierde recuperos por falta de identificación de aquellos diagnósticos que se pueden recuperar por vía de la excepción
	Falta de control	La documentación que se envía al sector APE es incompleta
	Retrabajo	ALFA envía al sector Medicamentos documentación, ese sector lo envía a mesa de entrada general de ALFA para darle ingreso.

Gráfico 7: Circuito de armado y presentación de prestaciones médicas recuperables por APE.



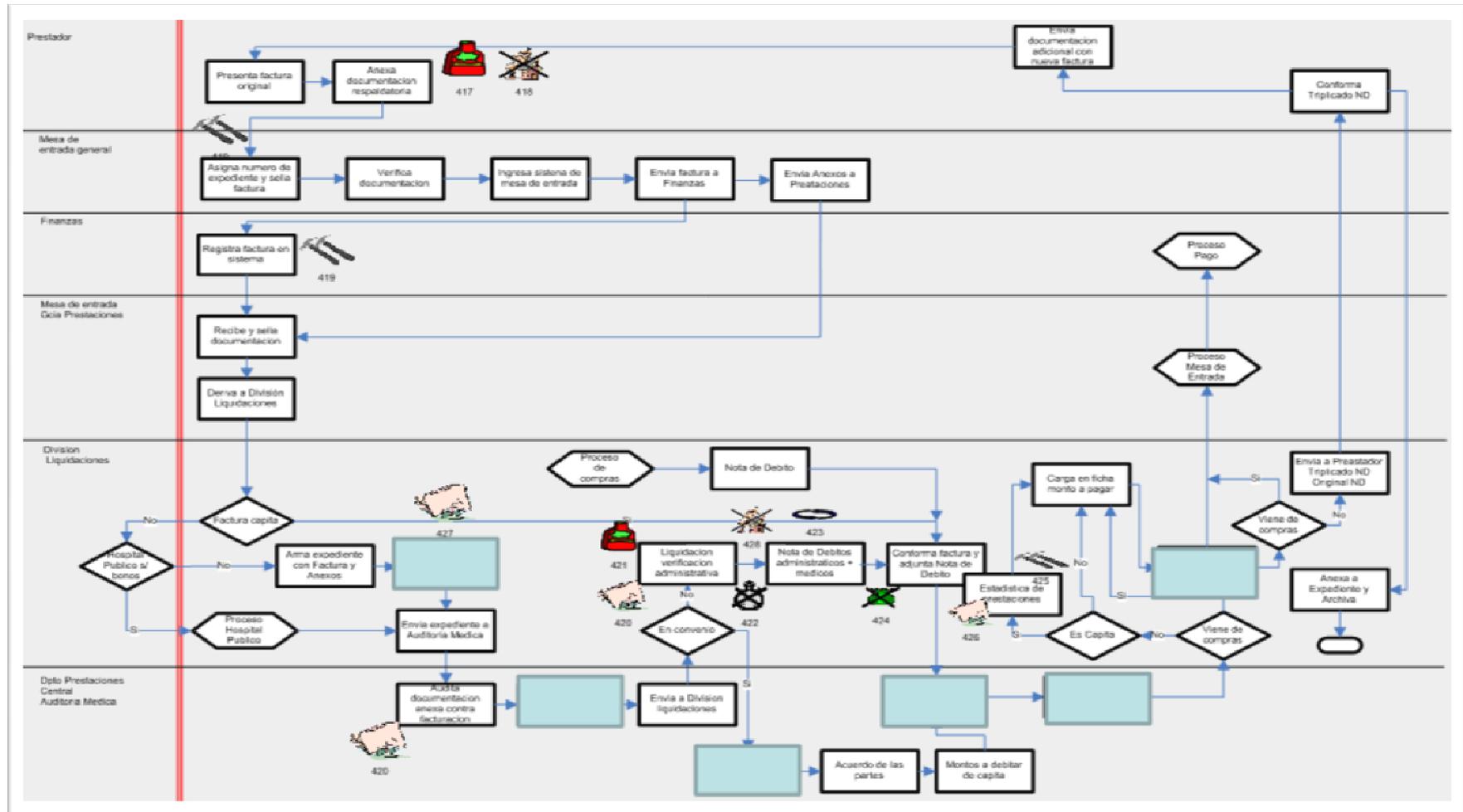
**Cuadro 12: Descripción del circuito de armado y presentación de prestaciones
médicas recuperables por APE.**

Nivel	Tipo de Nota	Nota
Proceso	Descripción del proceso	<ul style="list-style-type: none"> □ Los pedidos de reintegros pueden realizarse luego realizada la prestación, hasta 60 días a partir del último pago. □ El sector APE recibe la documentación para inicio del trámite del reintegro. Dicha documentación debe estar completa en el caso. (Ver detalle – Requerimiento documentación APE V1.02) □ El sector realiza un análisis de la documentación entregada y verifica si esta completa, debe cumplir con la resolución del organismo. Si no cumple debe solicitar al sector de origen del trámite la documentación faltante, en algunos casos, aunque no corresponde, el mismo sector de APE se encarga de conseguir la documentación faltante, comunicándose con Ministerios, Servicio al Beneficiario, Auditoría Médica Central, Prestadora, Prestador, Empleador, Proveedor. □ Existe un aplicativo que es proporcionado por el organismo para la carga de información.. Este aplicativo asigna un número de solicitud y permite bajar la información en diskette, dos hojas, una con nota de presentación, otra con condición afiliatoria y el resumen de los presupuestos cargados. □ Luego de la carga en el sistema el sector APE procede al armado del expediente que consta de toda la información que requiere el organismo. Realiza un juego completo en fotocopias y guarda en archivo del sector. En el expediente para enviar al organismos se encuentran originales y fotocopias, por ejemplo el DNI, recibo de sueldo, tales fotocopias deben ser autenticadas por el subgerente de prestaciones. □ Luego de la firma por parte del gerente se envía la nota de presentación, mas la condición afiliatoria por original y copia a la firma del máximo responsable. □ Todo pase de sector se anota en un cuaderno. □ La firma del presidente debe estar certificada por banco, por lo cual la nota de presentación y la condición afiliatoria, se envía a tesorería para que realice el trámite de certificación. □ Cuando retorna la documentación certificada por banco, el sector APE realiza dos fotocopias, una fotocopias es enviada a la secretaria de despacho, otra es adjuntada al juego de fotocopias del expediente que esta en el sector y los originales lo adjunta a la documentación a presentar en el organismo

**Cuadro 13: Caracterización del circuito de armado y presentación de
prestaciones médicas recuperables por APE.**

Caract.	Tipo	Nota
 7403	Cuello de botella	Falta de personal para completar todos los pasos y seguimiento de los tramites
 701	No agrega valor	Se pierden pedidos por no presentarlos antes del vencimiento, esto se debe a que es imposible para el sector llegar a tiempo con el procesamiento y presentación de todos los tramites.
 702	Atrasos	Demoras por falta de documentación. La misma en muchos casos llega incompleta
 703	Trabajo manual	Seguimiento de todos los pasos del proceso sin un soporte informático, ni alarmas de fechas de vencimiento adecuadas
 704		
 705	Falta de control	Falta de seguimiento continuo de los expedientes que están en el organismo APE
 706	Inactividad	Alto en la espera de la factura y recibo del proveedor.

Gráfico 8: Circuito de liquidación de prestaciones médicas-asistenciales.



Cuadro 14: Descripción del circuito de liquidación de prestaciones médicas - asistenciales.

Nivel	Tipo de Nota	Nota
Proceso	Descripción del proceso	<ul style="list-style-type: none"> □ El prestador presenta el comprobante original en Mesa de Entradas General (MEG) conjuntamente con la documentación respaldatoria anexa (historia clínica, autorizaciones, orden médica – bonos, etc.). □ En MEG se asigna un n° de expediente, para darle ingreso, se procede a verificar la documentación y se carga el comprobante en sistema. Luego este último se envía a Cuentas a Pagar mediante un listado y los anexos a Gcía. De Prestaciones □ En Cuentas a Pagar se controla el listado con los comprobantes recibidos y se registran en sistema. Se imprime un listado de mesa de entradas y se envían los comprobantes a Prestaciones adjuntándole dicho listado. □ Allí se audita la documentación anexa (historia clínica) contra la facturación, se confecciona el informe de auditoría, detallándose si corresponde efectuar algún débito de carácter médico (ya sea por cantidad de días o por medicamentos) y se envía a Liquidaciones. Si corresponde a una prestación incluida en convenio se efectúa una auditoría compartida entre ALFA y la Prestadora, y se llega a un acuerdo entre las partes respecto del monto a debitar. □ Se conforma la factura y se adjuntan la totalidad de las Notas de Débitos. Esta información se carga en una base de datos. Tanto las facturas y Notas de Débitos correspondientes a prestaciones incluidas en convenio como la no incluidas, son firmadas por máximas autoridades administrativas. □ Luego de ser firmadas, con las correspondientes a la cápita se lleva una estadística de prestaciones, en Liquidaciones se cargan en las fichas el monto efectivo a pagar, se envía a Cuentas a Pagar el duplicado de la Nota de Débito y el original de la Factura, a los efectos de efectuarse el pago.

Cuadro 15: Caracterización del circuito de liquidación de prestaciones médicas -asistenciales.

Caract.	Tipo	Nota
 417	Cuello de botella	El profesional médico debe presentar una factura por prestación/beneficiario, lo que determina una gran cantidad de factura para procesar.
 418	Falta de control/información	Falta de información al prestador, en relación a como debe ser la facturación
 419	Redundancia	Los datos de la factura se cargan en dos sistemas distintos (mesa de entrada y cuentas a pagar)
 420	Trabajo Manual	La verificación de la facturación con relación a la prestación se realiza manualmente, consultado documentación impresa, sin soporte informático adecuado.
 421	Cuello de botella	Falta personal en relación al alto volumen de facturas a procesar
 422	Retrasos	Las facturas de las Delegaciones llegan a la delegación provincial con atrasos que no permiten, luego pagar a término las facturas
 423	Retrabajo	Las notas de débito se realizan previo a la auditoría compartida, si de dicha auditoría surgen diferencias, la nota de débito debe confeccionarse nuevamente
 424	No agrega valor	Se realiza la liquidación de factura de prestadores, cuando dichas facturas deberían ser liquidadas por la prestadora.

6.- CONCLUSIONES.

La gestión de organizaciones que administran y gestionan la salud de las personas, deben de tener como eje fundamental de sus objetivos la eficiencia, eficacia y efectividad de sus procesos, los desvíos de sus acciones pueden tener como resultado el aumento del riesgo de salud o incluso la muerte de sus beneficiarios.

Estas características hacen que los márgenes e equivocaciones deban ser muy acotados, para lo cual necesariamente se tienen que dar situaciones tales como, conocimiento de la institución, de los procesos críticos, del entorno (conjunto de prestadores) y los perfiles de salud de sus beneficiarios. Es por tal razón que este trabajo intenta el desarrollo e implementación de una herramienta como el CMI en la organización objeto del estudio.

Su implementación pasos por etapas difíciles en sus comienzos, relacionado directamente con la resistencia de los empleados a formalizar los procesos y compartir la información de sus sectores con la organización, se podría decir que uno de los primeros resultados que se pudieron identificar claramente fue la democratización de los datos no solo en forma vertical, es decir de los jefes de área al gerente, sino también en forma horizontal, entre las mismas áreas, fomentando la “necesaria” colaboración para el cumplimiento conjunto de las metas y objetivos.

La utilización del CMI enfocó la atención de los directivos en cuestiones críticas, no solo aquellas relacionadas con el giro normal de las actividades si con las que tienen que ver con la construcción del futuro, evitando la dispersión de la atención y el derroche de tiempo y esfuerzos. Centró el interés de la organización en la revisión sistemática de los procesos más importantes, al definir claramente objetivos

comunes, impulso la visión en conjunto de los distintos actores, fomentando una imagen de pertenencia mayor ya que cada uno de los participantes veían que sus acciones eran parte de un plan integral de la organización.

También permitió, como hecho destacado, el aumento exponencial de los reflejos antes situaciones que demandaban atención en forma urgente, a ordenar los datos y procesar la información en tiempo real, los insumos básicos para los procesos de toma de decisiones se encontraban asegurados.

En la actualidad la organización continua utilizando esta herramienta, mejorando la calidad de sus indicadores, reemplazándolos en algunos casos y desechándolos en otros, actualizando metas y parámetros de actuación de acuerdo a nuevos escenarios.

Tal vez la conclusión más importante que pueda dejar este trabajo este dado por los efectos de la implementación del CMI, no solo de los indudables beneficios que trajo aparejado para quienes deciden, sino en el procesos propiamente dicho de construcción de la herramienta en la cual participó el personal de Gerencia Prestacional, y de qué forma se fue transformando un ambiente de resistencia, en una situación de trabajo en equipo, sentido de pertenecía al proyecto y consecución conjunta de objetivos.

La intención de este estudio es la de construir un modelo aplicado a un tipo de institución específica, el cual puede servir de base para aplicar a otras instituciones de similares características.

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. **Arredondo Pérez L.G.** “Administración Hospitalaria – Planeación Estratégica en Hospitales”.
2. **Amat, J.M, 1992.** El control de gestión: una perspectiva de dirección (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA). (Segunda edición 1993)
3. **Anthony Robert N. 1985.** Sistemas de Planeamiento y Control. Biblioteca de la Empresa. Hispanoamérica Ediciones. Buenos Aires.
4. **Anthony, R.N. y Young, D.W, 1998.** “La planificación estratégica, Manual de las organizaciones no lucrativas”, Ediciones Pleniluni, Barcelona,
5. **Ballve A M. 2.000.** Tablero de control. Organizando información para crear valor. Ediciones Macchi. Buenos Aires.
6. **Alonso, Aldo H. 1980.** Administración de las Finanzas de la Empresa. Bs. As., Ediciones Macchi.
7. **Boerner, Christopher S.; MACHER, Jeffrey T. 2000.** “Transaction Costs Economics: An Assessment of Empirical Research in the Social Sciences”. Documento accesible en <http://www.msb.edu/faculty/jtm4/Papers/eTCE.pdf> .
8. **Castaño S. 2.002.** Finanzas y Costos: Un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud. Centro de Gestión Hospitalaria – Fundación CORONA – Alfaomega. Colombia.
9. **Carlos H. Acuña; Mariana Chudnovsky.** El sistema de salud en argentina. Documento 60 marzo 2002.
10. **Carazo, Luis Ramón. 2003.** Medición del Desempeño (Balanced Scorecard). Fundación Mexicana para la Calidad Total.. <http://www.cavdiseno.com/articulo/arti-ago03.htm> .
11. **Díaz C.A. 2001.** “La Organización Sanitaria Moderna” Como crear nuestra propia bestia sistemática. Ed. Isalud.
12. **Díaz C.A.** “Desarrollo de cuadro de mando en organizaciones de salud.
13. **Díaz C.A.** “Función gerencial profesional y participativa”.
14. **Donabedian, Avedis.** 1993. “Definición de la calidad de la atención médica”. En: Resumen de la conferencia dictada el 20/05/93 en la Facultad de Medicina de la U.B.A., Anexo del I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica, Bs. As.
15. **Falguera Martínez-Alcarcon, J. (2002):** La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios. Tesis doctoral. Universitat Pompeu Fabra.
16. **Fernández Hatre, Alfonso, 2005.** “Indicadores de Gestión y Cuadro de Mando Integral”. Centro para la Calidad de Asturias, Instituto de Desarrollo Económico del Principado de Asturias. Gobierno del principado de Asturias, España.
17. **González García G. / Tobar F. 2005.** “Mas Salud por el mismo Dinero” Ed. Isalud.

18. **Gordon, L.A. y Miller, D. (1976):** "A contingency framework for the design of accounting information systems", Accounting Organizations and Society, vol. 1
19. **Goldratt, 1990** Theory of Constraints, Eliyahu M. Goldratt, North River Press, Great Barrington, Massachusetts.
20. **Kaplan RS, Cooper R. 1.998.** Cost and effect: using integrated cost systems to drive profitability and performance. Boston: Harvard Business School Press.
21. **Kaplan RS, Norton, DP DP. 1.997.** Cuadro de Mando Integral. Gestión 2000. Barcelona.
22. **Kaplan RS, Norton, DP. 2.001.** Como utilizar el Cuadro de Mando Integral. Para implantar y gestionar una estrategia. Gestión 2000. Barcelona.
23. **Kaplan RS, Norton, DP. 1.999.** La tarjeta de valoración equilibrada: Medidas que impulsan el rendimiento. Harvard Business Review; 135-197.
24. **Kaplan RS, Norton, DP. 1.999.** La utilización de la tarjeta de valoración equilibrada como sistema estratégico de gestión. Harvard Business Review; 199-234.
25. **Lardent A.R. 2.001.** Sistemas de información para la gestión empresarial. Prestice Hall.
26. **Lavolpe A., Capasso C.M., Smolje R. 2.001.** La Gestión Presupuestaria. Ediciones Macchi. Bue Aires.
27. **López, J. y Gadea, A. (1992):** El control de gestión en la Administración Local (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA).
28. **López Viñegla, A.** El Cuadro de Mando. [en línea]. 5campus.com, Control de Gestión. <http://www.ciberconta.unizar.es/LECCION/Cmando/INICIO.HTML> .
29. López Viñegla, A. (2001): "El "Balanced Scorecard" y el Cuadro de Mando como herramientas complementarias. Un análisis diferenciado." Revista Gestión, (revista de economía), N°. 22, Junio- Julio 2002. Colegio de Murcia. España.
30. **Marracino C. / Abadie J. / Vera Figueroa M.** "Indicadores para el Monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud".
31. **Mario Roitter, Inés González Bombal;** Estudios sobre el Sector sin fines de lucro en la Argentina.
32. **Michael E. Porter 1999.** Ser competitivos: Nuevas aportaciones y conclusiones. Ediciones DEUSTO S.A. España.
33. **Ross S.A., Westerfield R.W., Jaffe J.F., 1.997.** Finanzas Corporativas. Mc Gran Hill Irwin.
34. **Tian Gao. 2006.** LIVES IN THE BALANCE: MANAGING WITH THE SCORECARD IN NOT-FOR-PROFIT HEALTHCARE SETTINGS (Escuela del Graduados internacional de Negocios Universidad de Australia Sur), Australia and New Zealand Third Sector Research Eighth Biennial Conference, Navigating New Waters.Australia.
35. **Thompson Jr A. A. / Strickland III A.J. 1995** "Dirección y Administración Estratégicas" Irwin – Madrid.
36. **Tobar Federico. 2001.** Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina.

37. **Torres R.** “Mitos y Realidades de las Obras Sociales” Ed. Isalud. Buenos Aires 2004.
38. **Schweiger A. 2003.** El control de gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector Salud: El caso de aplicaciones en países de América latina. AES – España Cádiz.
39. **Schweiger, Arturo. 1989.** “El Control de Gestión de Empresas Públicas”. Revista de la Asociación Internacional de Presupuesto, N° 23.
40. Las Obras Sociales; En:
http://www.oscom.com.ar/os_old/www/home.htm

8.- REFERENCIAS

-
- ¹ Kaplan R.S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997
- ² Kaplan R.S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997
- ³ Fassio A. / Pascual L./ Suárez F. "Introducción a la Metodología de la Investigación" Ed. Machi Bs. As. 2003.
- ⁴ Datos obtenidos de la página oficial de la Súper Intendencia de Servicios de Salud. www.sssalud.gov.ar . Diciembre de 2006.
- ⁵ Thompson Jr A. A. / Strickland III A.J. 1995 "Dirección y Administración Estratégicas" Irwin – Madrid.
- ⁶ Ballve A M. 2.000. Tablero de control. Ediciones Macchi. Buenos Aires 2000
- ⁷ Gordon, L.A. y Miller, D. (1976): "A contingency framework for the design of accounting information systems", Accounting Organizations and Society, vol. 1
- ⁸ Anthony Robert N. Sistemas de Planeamiento y Control. Biblioteca de la Empresa. Hispanoamérica Ediciones. Buenos Aires 1985. Pag. 27
- ⁹ Goldratt, 1990 Theory of Constrains, Eliyahu M. Goldratt, North River Press, Great Barrington, Massachusetts, 1990.Pag. 129
- ¹⁰ Amat, J.M, 1992. El control de gestión: una perspectiva de dirección (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA). (Segunda edición 1993).
- ¹¹ Jordán, H. (1995). Control de gestión. DEADE, Comisión Europea.
- ¹² AECA, "La Contabilidad de Gestión en las Entidades Públicas", Documento 15 de principios de Contabilidad de gestión, Madrid, 1997.pag. 31
- ¹³ Ballve A M. 2.000. Tablero de control. Ediciones Macchi. Buenos Aires 2000
- ¹⁴ López, J. y Gadea, A. (1992): El control de gestión en la Administración Local (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA). pág. 55-56
- ¹⁵ López, J. y Gadea, A. (1992): El control de gestión en la Administración Local (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA).
- ¹⁶ López, J. y Gadea, A. (1992): El control de gestión en la Administración Local (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA). pág.59
- ¹⁷ López, J. y Gadea, A. (1992): El control de gestión en la Administración Local (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA). pág.63
- ¹⁸ Anthony, R.N. y Young, D.W, "La planificación estratégica, Manual de las organizaciones no lucrativas", Ediciones Pleniluni, Barcelona, 1998.
- ¹⁹ El control de gestión: una perspectiva de dirección (Barcelona: Ediciones Gestión 2000, SA). (Segunda edición 1993).
- ²⁰ "Memoria AECA 1997". Publicada en abril de 1998. Pág. 37-39.
- ²¹ Hacemos referencia al termino "rentabilidad social" cuando hablamos de obtener el máximo beneficio para las personas objeto de la organización de que se trate, por ejemplo para una ONG una entidad sin fines de lucro, que se financia con aportes de sus asociados, al finalizar el periodo de gestión habrá conseguido buenos resultados de actuación cuando sus beneficiarios se encuentren satisfechos con los servicios recibidos, por el otro lado que los fondos destinados hayan utilizado los fondos en forma eficiente.
- ²² Farías L., Antonio. Control de Gestión: Un Enfoque Integral. Estudios de Información y Control de Gestión. Volumen 5
- ²³ Heskett JL, Sasser W, Schlesinger LA. The Service Profit Chain. New York C: Free Press; 1997
- ²⁴ Kaplan R.S. y Norton D. P. "Cuadro de Mando Integral" Ed. Gestión 2000. Barcelona 1997
- ²⁵ Kaplan, R.S., Cooper, R. "Coste y efecto", Ediciones Gestión 2000, Barcelona, 1999
- ²⁶ Epstein MJ y RA Westbrook, "Linking Actions to Profits In Strategic Decision Making", MIT Sloan Management Review, 2001

-
- ²⁷ Rust, R.T., Zahorik, A.J. y Keiningham, T.L.. Return on quality (ROQ): Making service quality financially accountable. *Journal for Marketing*, 1995
- ²⁸ Porter, M.E. "Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance", The Free Press, New York, 1985, pág. 3.
- ²⁹ Obtenido de http://es.wikipedia.org/wiki/Cadena_de_valor.
- ³⁰ FALGUERA MARTÍNEZ-ALCARCON, J. (2002): La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios. Tesis doctoral. Universitat Pompeu Fabra, junio p.188
- ³¹ BALLVE A M. 2.000. Tablero de control. Ediciones Macchi. Buenos Aires 2000.
- ³² LÓPEZ VIÑEGLA, A. (2001): "El "Balanced Scorecard" y el Cuadro de Mando como herramientas complementarias. Un análisis diferenciado." *Revista Gestión*, (revista de economía), Nº. 22, Junio- Julio 2002. Colegio de Murcia. España.
- ³³ Kaplan, Robert S. y Norton, David P. "Cuadro de Mando Integral". (2º Edición, España, Gestión 2000. Barcelona 1997.
- ³⁴ Robert S. Kaplan y David P. Norton *The Strategy Focused Organization..* Ed. Harvard Business School Publishing Corporation. 2000. Boston. USA
Como Utilizar el Cuadro de Mando Integral. Para implantar y gestionar su estrategia. Robert S. Kaplan y David P. Norton. Ed. Gestión 2000. Barcelona 2000. España
- ³⁵ Kaplan, Robert S. y Norton, David P. "Cuadro de Mando Integral". (2º Edición, España, Gestión 2000. Barcelona 1997)
- ³⁶ Brian E. Becker, Mark A. Huselid y Dave Ulrich. *El Cuadro de Mando de RRHH*. Ediciones Edipe-Ediciones Gestión 2000. Barcelona 2002.
- ³⁷ Director del club del Tablero de Comando. www.tablero-decomando.com
- ³⁸ Ballve A M. 2.000. Tablero de control. Ediciones Macchi. Buenos Aires 2000.
- ³⁹ Ballve A M. 2.000. Tablero de control. Ediciones Macchi. Buenos Aires 2000.
- ⁴⁰ Fernández A. "El Balanced Scorecard: ayudando a implementar la estrategia" *Revista Antiguos Alumnos del IESE*. Marzo 2001. pag. 36
- ⁴¹ Kaplan, Robert S. y Norton, David P. "Cuadro de Mando Integral". 2º Edición, España, Gestión 2000. Barcelona 1997 p.23
- ⁴² Kaplan, Robert S. y Norton, David P. "Cuadro de Mando Integral". 2º Edición, España, Gestión 2000. Barcelona 1997
- ⁴³ Tian Gao .(Escuela del Graduados internacional de Negocios Universidad de Australia Sur) *LIVES IN THE BALANCE: MANAGING WITH THE SCORECARD IN NOT-FOR-PROFIT HEALTHCARE SETTINGS*, Australia and New Zealand Third Sector Research Eighth Biennial Conference, Navigating New Waters. Australia 2006.
- ⁴⁴ Kaplan RS, Norton, DP. Como utilizar el Cuadro de Mando Integral. Para implantar y gestionar una estrategia. Gestión 2000. Barcelona. 2001
- ⁴⁵ Kaplan RS, Norton, DP. Como utilizar el Cuadro de Mando Integral. Para implantar y gestionar una estrategia. Gestión 2000. Barcelona. 2001
- ⁴⁶ Kaplan RS, Norton, DP. Como utilizar el Cuadro de Mando Integral. Para implantar y gestionar una estrategia. Gestión 2000. Barcelona. 2001
- ⁴⁷ Opinión relevada en las reuniones de seguimiento realizadas para el control de cumplimiento de metas correspondiente al 3er y 4to trimestre del año 2008, meses de noviembre de 2008 y febrero de 2009, correspondientemente en la ciudad de La Plata Provincia de Buenos Aires.