

Estrategias para mejorar la productividad en instituciones de salud: cuadro de mando integral como herramienta de gestión

Por la Dra. Lucía Cebe



Médico (Universidad Nacional de Tucumán); Magíster en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD); especialista en Gerenciamiento de Organizaciones de Salud (UBA); especialista en Auditoría Médica (UNT-SADAM); Trends in

Health Care Organizations, Harvard University.

Se desempeña como Coordinadora del departamento de Capacitación de Recursos Humanos de la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán y se ha desempeñado como coordinadora docente de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud y del Diplomado de Gestión Estratégica y Social en Servicios de Salud (ISALUD).

Es Directora del Instituto de Economía y Políticas de Salud de Fundación para el Desarrollo (IPGES) y Directora Ejecutiva de AGESA, empresa de asesoramiento en Gestión de Salud.

Directora: Dra. Nora Rébora

Jurado Evaluador: Lic. Arturo Schweiger,

Dr. Carlos Díaz, Lic. Marcela Amaro

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

1. Introducción

Este trabajo de tesis propone el desarrollo de una herramienta de gestión para instituciones de salud que permita optimizar los resultados de la productividad.

Dicha herramienta se constituye como un conjunto de procedimientos que se consolidan en la formulación y aplicación de un Cuadro de Mando Integral (CMI), cuya finalidad es la generación de información sobre las perspectivas financieras y no financieras del proceso de gestión estratégico.

Se plantea como objetivo general de la tesis el desarrollar un modelo de gestión estratégica innovador y productivo sobre las pautas de un CMI para una organización de salud asistencial, proponiendo aportar un instrumento de información eficaz para la toma de decisión en las instituciones sanitarias y que permita compartir, en los distintos niveles de la organización, los procesos y resultados que hacen a su productividad.

Como objetivos específicos se proponen:

- Crear una matriz de indicadores en cada perspectiva, como un modelo flexible de ser modificado y aplicado de acuerdo a las necesidades de cada organización, incorporando los activos intangibles en la medición de la productividad.
- Desarrollar un esquema vinculante de las distintas perspectivas, para lograr que el CMI se convierta en una herramienta integradora de la gestión de productividad en las instituciones de salud.

2. Planteamiento del problema

Las instituciones de salud, por su peculiaridad de brindar servicios médicos, técnicos, asistenciales, administrativos y hoteleros, entre otros, como parte de un mismo proceso de producción, constituyen or-

ganizaciones sumamente complejas de gerenciar y conducir.

Estas características dificultan la medición de resultados, en los cuales se conjugan componentes científico-técnicos, de calidad de servicio y de procesos administrativos de alta exigencia. La atomización de procesos se transforma en una dificultad crítica al momento de disponer de información clara y oportuna respecto de los resultados de productividad, ya que la inversión de recursos se dispersa por distintos canales y distintos escenarios de funcionamiento.

La productividad, medida desde lo económico y financiero, en general sí se encuentra en las fuentes de información de las instituciones, pero la productividad no económica, medida desde la calidad, o sea, la forma en que se brindó el servicio, los tiempos, la satisfacción, el rendimiento del personal, etc., suele ser más una percepción que un indicador mensurable de balance.

Desde este enfoque, el presente trabajo parte de la necesidad, por parte de las instituciones de salud, de desarrollar una herramienta integradora de la productividad que permita vincular los indicadores de funcionamiento de una institución pública o privada combinando resultados financieros y no financieros.

Resulta fundamental explorar los mecanismos y procesos que intervienen en los resultados de la productividad y, para ello, se ha seleccionado como modelo de herramienta de gestión la presentada por Norton y Kaplan (1992-1993) en su libro Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard). Dicho modelo de gestión, concibe los objetivos de medición de indicadores como parte de la estrategia organizacional, y la incorporación de los indicadores no financieros, propuesta por los autores, contempla el análisis, la medición y monitoreo de cuatro perspectivas relevantes:

- Perspectiva de los procesos internos.
- Perspectiva de los Recursos Humanos.
- Perspectiva del cliente.
- Perspectiva financiera.

El desarrollo de un CMI, pretende ser algo más que una herramienta de control de gestión de los resultados de productividad, apunta a constituirse en un instrumento de políticas estratégicas para el aprovechamiento de los recursos, para la medición de resultados cuantitativos de la producción de servicios y para aportar información, a la vez, desde una perspectiva de calidad y su impacto en la satisfac-

ción del cliente. Su implementación conlleva un análisis de las causas y efectos de las múltiples variables que afectan la eficiencia y eficacia de los resultados tangibles e intangibles en la atención de un paciente. Indefectiblemente, su desarrollo debe estar incorporado a la estrategia y visión de la institución y formar parte de una planificación de objetivos a corto, mediano y largo plazo.

3. Marco conceptual

La productividad, entendida como el resultado en relación a los recursos invertidos, es hoy un concepto abarcativo de resultados financieros y no financieros. Si bien no puede prescindirse del balance contable correspondiente a un determinado período, una gestión eficiente debe adosar un balance de la productividad no económica de la organización, que implica a los activos intangibles y recae finalmente en los resultados financieros.

Los indicadores no financieros, no fueron utilizados como medidas de resultados de eficiencia en las instituciones de salud, hasta la aparición de los programas de calidad, que introducen las mediciones en los procesos de mejora continua y calidad total (TQM) y que hoy avanzaron hasta los pasos de las certificaciones internacionales como referentes de excelencias. Estos programas, han ayudado a culturalizar a las instituciones de salud en la gestión medible y gerenciada desde distintas ópticas de resultados de calidad, incluyendo los activos intangibles.

La información, como herramienta de gestión eficiente, juega hoy un rol trascendente en salud, y debe abrirse a la organización. La información que no retroalimenta a los niveles operativos, no permite tomar medidas correctivas sobre la gestión. Una organización moderna y con miras a mejorar su productividad deberá manejar la información de la marcha de la institución en períodos muy cortos, con premura y con mediciones de perspectivas no financieras de acceso a todos los niveles de la organización.

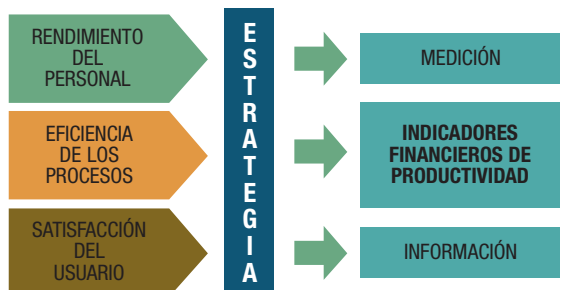
La diversidad de unidades de servicios que funcionan como parte de la misma institución asistencial, conducen a la desarticulación de objetivos en común. En este marco, cada servicio busca cumplir sus propios objetivos asistenciales, técnicos, económicos, productivos, etc.

Como contrapartida, la aplicación de un CMI implica la integración estratégica de cada una de esas unidades, de tal manera que la productividad de cada una se transparente en una información unificada y accesible formando parte de un mismo cuerpo de recursos y resultados. Esta es la característica por la cual se atribuye al CMI el poder inductor de ser una herramienta integradora de la productividad, con capacidad para medir la gestión e informar los resultados.

Además de su utilidad estratégica, la aplicación de herramientas que aporten información mediante procesos de medición de resultados, como el CMI, potencian, además, el desarrollo de capacidades institucionales que agregan componentes muy valiosos a la gestión, como ser:

- Compromiso con la productividad: transformar la gestión de los

Figura 1
CMI: gestión integradora de la productividad



Fuente: elaboración propia.

Figura 2

CMI y sus perspectivas: Modelo de Visión y Objetivos

Perspectiva	Objetivos estratégicos	Objetivos específicos
Financiera	Incremento de productividad	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la producción - Incrementar los mercados - Disminuir los costos de producción
Del cliente	Mejorar los niveles de conformidad	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar las expectativas - Agregar valor a la atención - Mejorar el confort
Del proceso	Optimizar resultado del proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir los riesgos de los procesos - Eficientizar los tiempos - Mejorar la calidad de procesos
Aprendizaje y crecimiento	Incrementar el rendimiento de las personas	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación técnica - Desarrollo de habilidades - Incrementar la satisfacción

Fuente: elaboración propia.

servicios en un sistema tangible y monitoreable refuerza en forma sostenida la responsabilidad de los equipos profesionales, técnicos y administrativos en la utilización de los recursos.

- Desarrollo de matrices FODA: la medición de la productividad pone en evidencia las debilidades y fortalezas de los servicios y sus equipos de trabajo y crea la perspectiva de análisis para el aprovechamiento de oportunidades y la neutralización de las amenazas de los escenarios internos y externos.
- Calidad de la información: los indicadores de medición sólo pueden llevarse adelante si la información es adecuada, justa, confiable y oportuna. Grandes volúmenes de datos o variables en general entorpecen la lectura y resulta ineficiente, de la misma manera, información acotada o desviada ponen en riesgo los resultados de interpretación del funcionamiento.
- Retroalimentación: la retroalimentación de los resultados es el incentivo para la mejora continua. La retroalimentación de la información debe compartirse en todos los sectores con el cuidado de no caer en una competencia desigual que desanime el aprendizaje.
- Comunicación: una fortaleza importante del cuadro de mando es que favorece la comunicación intrínseca y extrínseca. Es importante agregar indicadores que marquen la marcha de la comunicación, para medir el avance horizontal y vertical de la misma.

4. Metodología

El trabajo realizado se encuentra dentro de las características de la investigación en gestión, la cual propone el diseño de una herramienta de gestión adecuada a la realidad de las instituciones sanitarias. El propósito final de este estudio es contribuir a la creación de un modelo de CMI a la vez que presentar los procedimientos implicados en la selección de los indicadores que lo integren y sus métodos de medición a fin de que sirva para la toma de decisiones futuras. La estrategia metodológica conducente al logro de los objetivos planteados es de tipo cuali-cuantitativa. Con respecto a las fuentes de información, se recurrió al análisis de registros administrativos, documentación, experiencias y bibliografía específica.

5. Fundamentos para el desarrollo del Cuadro de Mando Integral (CMI) y sus cuatro perspectivas

5.1 Perspectiva Financiera

La perspectiva financiera se presenta con componentes diferentes según sea una institución pública o privada. Mientras las públicas direccionan su gestión de productividad a obtener los mejores resultados acordes a un presupuesto preestablecido, las privadas buscan que la producción de los servicios se transforme en rentabilidad. Sin embargo, ningún caso escapa a la necesidad de incorporar la medición de los activos intangibles para obtener resultados financieros óptimos. La perspectiva financiera, incorpora la visión de los directivos en la creación del valor de la gestión, es una perspectiva que va más allá de los informes contables tradicionales, porque incorpora cultura estratégica y vinculación de resultados. En salud, esta ecuación está íntimamente relacionada con la eficacia y la eficiencia: los procesos en salud son fenómenos productivos críticos, gastar menos no siempre es ahorrar, ahorrar no siempre es un mejor resultado y a la inversa. Sin embargo, como los recursos son finitos, y en el contexto actual no se vislumbra un desahogo financiero para las instituciones de salud, es y será importante medir cuánto se gasta y en qué, y por lo tanto la carga de indicadores guardará relación con la necesidad de tomar medidas correctivas.

Objetivos - Indicadores

Los objetivos para mejorar la productividad, se presentan a modo de ejemplo desde la perspectiva financiera y como marcadores de rutas estratégicas a:

- Producción.
- Mercados.
- Costos.

Estos objetivos son medidores de productividad por su enlace en la relación inversión-resultados, donde los mercados son una variable cualitativa importante no sólo desde el punto de vista de la rentabilidad,

sino desde su carga de morbimortalidad, prevención de enfermedades, demandas contenidas, factores ambientales y laborales etc.

Los mercados son dilemas diarios en la gestión sanitaria. La modalidad de contratación, los términos de cobranzas y los volúmenes de mercados cautivos, juegan un rol en los resultados finales.

El desarrollo de un CMI, debe servir a los directivos de la institución, como fuente de información del movimiento financiero de los mercados. Para ello cada servicio debe transformarse virtualmente en una unidad de negocio.

Indicadores financieros y de producción:

Una primera división de indicadores es:

- Indicadores financieros generales de:
 - Producción de la institución.
 - Costos generales.
 - Mercados globales.
- Indicadores financieros por servicios:
 - Producción del servicio.
 - Costos de producción.
 - Mercados del servicio.

Los indicadores de producción se ven en la tabla 1.

Los costos fijos y variables de la institución tienen que estar actualizados, para que sean referentes en la estrategia de mejora. Siempre hay costos para disminuir, y los procesos sanitarios tienen que ser evaluados desde los indicadores de costo en forma permanente.

A modo de ejemplo se presentan como indicadores de costos generales:

- Costos fijos y variables.
- Costos por patologías.
- Costos por procesos.

Y como específicos por servicios:

- Costo hora-quirófano.
- Costo de personal en un servicio.
- Costo por patologías.
- Costo en material descartable.
- Costo de insumos.

Respecto a los mercados, conviene partir de una clasificación previa según la modalidad de contratación, según el sector financiador y la mo-

dalidad de pago, y en concordancia con lo que la institución desea monitorear, investigar, controlar o mejorar. En relación a esto, hay indicadores generales que pueden ser trasladados para seguir en cada servicio:

- Pacientes de Obras Sociales.
- Pacientes de Prepagas.
- Pacientes Particulares.
- Pacientes de Convenios Capitados.
- Pacientes de Convenios Directos.
- Pacientes de Convenios de Terceros.

En todos los casos se deben agregar los indicadores relacionados con la facturación y los pendientes de facturar, así como los indicadores de cobranza, del ciclo y los pendientes de cobro.

5.2 Perspectiva del Cliente

La satisfacción del cliente guarda una relación sinérgica con la producción. Para mejorar la producción indefectiblemente se tiene que trabajar en aumentar la satisfacción del cliente. De ella depende, en gran medida, la fidelidad con la empresa y la multiplicación de clientes potenciales. El cliente es el centro de la producción, y por ende requiere un enfoque racional y sistemático en el desarrollo estratégico.

El cliente, como usuario de un servicio, se ha transformado en el principal crítico y evaluador, tanto de la atención recibida por su problemática de salud, como del trato dispensado y el entorno físico de la estructura.

La satisfacción y la percepción de la calidad en las instituciones de salud por parte del cliente es bastante más compleja que en otras empresas de servicio: un óptimo resultado asistencial no siempre es sinónimo de satisfacción, o un excelente servicio administrativo no compensa un mal resultado asistencial.

Esta percepción de satisfacción/insatisfacción está relacionada con apreciaciones objetivas y subjetivas:

- Apreciaciones objetivas están referidas a lo que el paciente pudo observar y constatar del servicio y de su atención.
- Apreciaciones subjetivas se refiere a la percepción que experimenta el paciente de lo que deberían haberle realizado o brindado.

Ambos enfoques por parte del paciente están subordinados a numerosos factores de su estado emotivo, grado de información y expectativas personales, y no siempre reflejan un resultado de la calidad de su atención. La expresión de la satisfacción del cliente en las instituciones de salud ha sufrido una transformación con el advenimiento de la información en los medios de comunicación masiva, y con ello el grado de exigencia de los servicios recibidos.

Cada tipo de cliente, según su vínculo con la institución, percibe la calidad de una manera distinta, estrechamente relacionado con el interés que lo lleva a ser usuario del servicio:

- Cliente-paciente: en el caso del paciente, son numerosas las circunstancias y los estados anímicos que influyen en su conformidad, como así también hay que tener en cuenta que no todas las veces su estado de lucidez permite recoger una opinión.
- Cliente-pariente: el familiar, en general en su rol de cuidador o acompañante del enfermo, se transforma en un usuario observador

Tabla 1
Indicadores de producción

Indicadores de producción generales	Indicadores de producción por servicio
- Pacientes ingresados	- Giro cama por servicio
- Consultas ambulatorias	- % de ocupación por servicio
- Estudios complementarios	- Horas-quirófano ocupadas
- % de ocupación	- Prácticas de imagen
- Capacidad ociosa	- Medicamentos por convenio
- Pacientes por convenios	- Días camas por convenio
- Giro cama	- Facturas del servicio
- Medicamentos vendidos	- Montos facturados
- Facturas emitidas	- Pacientes particulares
- Montos facturados	- Servicios adicionales vendidos

Fuente: elaboración propia

y emite opiniones críticas. El usuario-pariente tiene un papel relevante e influenciador en la conformidad del mismo paciente.

- Cliente-visita: los visitantes familiares, amigos o conocidos, juegan un rol predominantemente social, pero son evaluadores de impactos del trato del personal y de las bondades de la estructura.
- Cliente-proveedor: el proveedor o vendedor de servicios o insumos, en general, evalúa la oferta del servicio en su relación con el personal de contacto y el cumplimiento de las obligaciones de la misma. Se deben considerar clientes potenciales e informantes y publicistas de la oferta de la empresa.
- Cliente-contratador: el personal de las Obras Sociales, Medicinas Prepagas y contratantes de seguros de salud, son clientes evaluadores y acreditadores del servicio. La atención brindada en la institución y la relación interpersonal creada pueden sostener o quebrar una relación contractual relacionada con la producción.
- Cliente-prestador: el prestador externo, es un usuario exigente como derivador y generador de producción. Es importante evaluar su conformidad en forma permanente y mantenerlo informado de las variables de organización y gestión de la institución.

5.3 Perspectiva de los procesos

Desde el punto de vista estratégico de los procesos, el Cuadro de Mando permitiría:

- Evaluar los procesos, y medir su calidad, tiempos, costos, y resultados.
- Identificar los puntos críticos de los procesos.
- Conocer el funcionamiento de los servicios.
- Corregir desvíos en los procesos.
- Vincular los resultados de los procesos con el de productividad.

Mapa de Procesos

Para determinar cuáles son los procesos de cada servicio y su relación con la productividad es necesario desmembrar paso a paso sus componentes y los responsables involucrados. Cada sector o servicio debiera seleccionar los procesos a formular para el desarrollo del CMI, y existen numerosos procesos que comparten responsables de distintas áreas o áreas que comparten puntos de procesos. Estos eslabones forman parte de la interfase de los mismos, los cuales deben estar explicitados en el mapa de procesos.

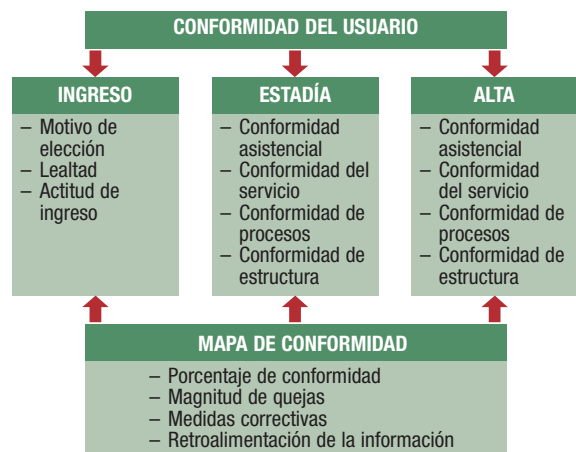
Los procesos en los servicios asistenciales pueden presentar dificultades al ser desmembrados paso a paso por encontrarse diversificados sus caminos. De todas maneras este no debe ser un impedimento para dibujar un mapa de procesos, ya que se pueden adosar distintas alternativas, llamados o bifurcaciones.

En la figura 5 se ejemplifica un sector administrativo de internación con su mapa de procesos.

Relación Estrategia-Indicador-Objetivo

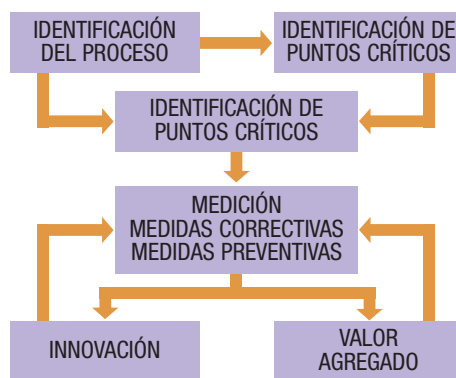
Los servicios o sectores, deben medir en cada paso del proceso las fallas que afecten la calidad y el cumplimiento óptimo del proceso.

Figura 3
Mapa de indicadores del cliente-usuario de servicio de salud



Fuente: elaboración propia

Figura 4
Estrategia de los procesos



Fuente: elaboración propia

Figura 5
Mapa de procesos



Fuente: elaboración propia

En caso de producciones importantes debe realizarse un muestreo. Se debe aclarar la técnica estadística utilizada y el tiempo considerado del mismo.

Se analiza luego la causa de la falla y su impacto en la productividad (análisis causa-efecto), aplicándose luego la estrategia para mejora de acuerdo a las posibilidades de la empresa.

Indicadores de Procesos

Los indicadores de proceso se pueden trabajar a partir de la siguiente clasificación:

Primer Grupo: indicadores generales de la organización e indicadores específicos de los servicios.

Segundo Grupo: según temática, en el área administrativa sería: producción, facturación, cobranza, costos.

A modo de ejemplo, se enumeran un grupo de indicadores organizacionales relacionados con el proceso administrativo que impactan en la productividad

PRODUCCIÓN

- % de pacientes no ingresados por fallas de procesos.
- % de prestaciones no realizadas por fallas de procesos.
- % de turnos perdidos por fallas de procesos.
- % de estudios no realizados por fallas de procesos.
- % de camas no ocupadas por fallas de procesos.
- % de incremento de días camas por fallas de procesos.
- % de demora en altas de pacientes no facturables.

FACTURACIÓN

- % de facturas no presentadas.
- % de órdenes no emitidas.
- % de errores de emisión.
- % de estudios efectuados sin autorización.
- % de facturas no realizadas.
- % de facturas pendientes.
- % de facturas no realizadas por servicios adicionales.
- % de medicamentos no facturados.
- % de material descartable no facturado.

INDICADORES DE COBRANZA

- % de cobranza no realizada por fallas de proceso de facturación.
- % de cobranzas no realizada por fallas en proceso de contratación.
- % de cobranzas no realizadas por fallas en proceso de cobranza.
- % de cobranzas no realizadas por fallas en proceso de confección.
- % de cobranzas no realizadas por fallas en proceso de comunicación.
- % cobranzas no realizadas por fallas en proceso de información.

5.4 perspectiva de los recursos humanos

Los recursos humanos son la piedra basal de toda institución sanitaria. Sobre ellos se asientan los procesos, la satisfacción de los pacientes, la administración de recursos materiales y la calidad de los servicios asistenciales y no asistenciales. La diferenciación competitiva y la satisfacción del usuario dependen de manera directa del nivel de formación y del valor agregado de las personas que intervienen.

En las organizaciones de salud está incorporada la medición del desempeño de las personas a través de metodologías que contemplan los activos tangibles de la productividad. Un profesional médico es evaluado de acuerdo a la cantidad de pacientes o prácticas, un profesional de enfermería de acuerdo al cumplimiento en tiempo y forma de la medicación, un facturista de acuerdo a la cantidad de facturas emitidas, etc. De esta manera, la productividad es medida en tiempos posteriores a lo ya realizado, a lo ya vivido.

No obstante, resulta interesante generar estrategias para medir el actual desempeño y a la vez crear el escenario futuro de cómo debería ser para superar los niveles de productividad y disminuir errores. En este aspecto existen dos mediciones posibles e integradas:

- El desempeño del equipo.
- El desempeño de las personas.

En este sentido, se presenta la siguiente guía (tabla 3) de lo que sería el primer paso para la implementación de un CMI: realizar un diagnóstico de la realidad del perfil y desempeño de las personas. Cada consigna, presenta cinco posibilidades, siendo la menor calificación 1 y la mayor 10.

Tabla 2
Modelo de tabla de estrategias y metas-Proceso de admisión

Pasos	Fallas detectadas (N° de errores/N° de pacientes admitidos)	Estrategia	Meta de mejora	Tiempo en meses
Recepción	10%	Capacitación	Disminución de fallas en 5%	6
Comunicación	20%	Refuerzo personal	Disminución de fallas en 10%	6
Documentación	15%	Capacitación	Disminución de fallas en 5%	8
Legales	10%	Control de gestión	Disminución de fallas en 10%	8
Asegurador	25%	Refuerzo personal	Disminución de fallas en 10%	10
Sistema	18%	Capacitación	Disminución de fallas en 5%	10
Archivo	28%	Control gestión	Disminución de fallas en 12%	10

Fuente: elaboración propia

Evaluación de resultados

La guía de diagnóstico y su resultado permite crear una matriz de indicadores, que será la base sobre la cual se ajuste la estrategia del desarrollo del capital humano. La interpretación de los resultados de acuerdo al total de puntaje obtenido en el perfil analizado, se puede interpretar como niveles excelentes adecuados, o inapropiados.

Se muestra como ejemplo el siguiente análisis:

Indicador de Perfil de puesto

$$P. \text{ de Puesto} = \frac{N^{\circ} \text{ de personas con nivel adecuado}}{N^{\circ} \text{ de personas del equipo}}$$

Ejemplo: 3/10 o sea el 30% no reúne las condiciones para el puesto.

Desarrollo de competencias

El desarrollo de competencias dentro de la empresa está ligada a una matriz de indicadores que tiene que ver con la inversión que requiere la empresa para fortalecer el proyecto desde los recursos económicos, físicos, tiempos, y sobre los cuales debe diseñarse un plan estratégico de inversiones específicas.

Se deben tener en cuenta:

- N° de empleados que recibirán capacitaciones técnicas.
- Costos de las capacitaciones en un determinado período.
- N° de mandos medios que se abocarán al seguimiento.
- Costos de seguimiento.
- N° de directivos que deberán monitorear resultados.
- Costos de monitoreo.
- N° de empleados que asistirán fuera de la empresa a capacitaciones.
- Costos de la capacitación fuera de la empresa.
- N° de horas extras que se requieren en cada grupo.

Figura 6
Modelo de variables de medición



Tabla 3:
Guía para una medición de desempeño de RRHH

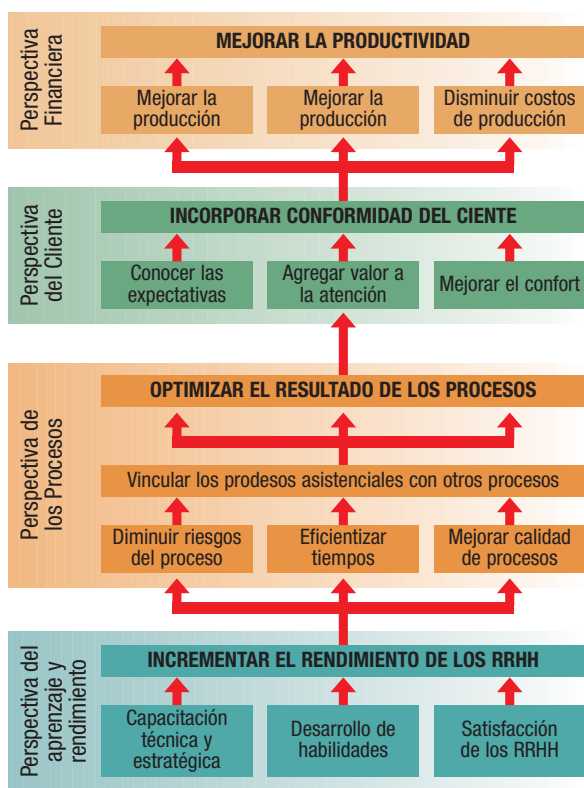
Clasificar de 1 a 10

NOMBRE Y APELLIDO
CARGO
FUNCIÓN
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

PERFIL DE PUESTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacidad técnica para la función										
Satisfacción con el puesto										
Competencias para agregar valor										
Motivación con la función										
Interés en el aprendizaje de las funciones										
Aptitudes para el puesto										
TOTAL										
PERFIL DE DESEMPEÑO										
Rendimiento en los tiempos										
Compromiso con el resultado esperado										
Fallas en resultados de procesos										
Capacidad de aprendizaje										
Aceptación al control de su gestión										
Capacidad de agregar valor										
Transparencia en su gestión										
Compromiso con los costos										
TOTAL										
PERFIL DE HABILIDADES										
Capacidad de adaptación a los cambios										
Capacidad de corrección de errores										
Relación con el cliente externo										
Predisposición a solución de problemas										
Compromiso con la institución										
Creatividad										
Innovación										
Flexibilidad										
TOTAL										
PERFIL DE APRENDIZAJE										
Interés por superar sus conocimientos										
Capacitaciones relacionadas con su función										
Capacitaciones no relacionadas con su función										
Facilidad de aprendizaje de tareas nuevas										
Capacidad de cumplir metas										
TOTAL										
PERFIL DE LIDERAZGO										
Capacidad de manejo de conflictos										
Valores morales										
Capacidad de superar dificultades										
Respeto por los principios de la organización										
Visión compartida de la empresa										
Capacidad de asumir riesgos										
Comunicación eficaz										
TOTAL										
PERFIL DE EQUIPO										
Respeto por los compañeros										
Capacidad de formar equipo de trabajo										
Capacidad de involucrarse en solucionar problemas										
Predisposición para enseñar										
Actitud de solidaridad										
TOTAL										
PERFIL DE PERSONALIDAD										
Extrovertido										
Alegre										
Sinceridad										
Fidelidad con los amigos										
Grado de sociabilidad										
Equilibrado										
Aportes positivos al clima laboral										
TOTAL										

Fuente: elaboración propia

Figura 7
Vinculación de las perspectivas



Fuente: elaboración propia

- Costos de horas extras asignadas.
- Nº de empleados con necesidad de rotación de puestos.
- Costos de la rotación.
- Nº de empleados a desligar de la empresa.
- Costo de indemnizaciones.

6. Conclusiones

El CMI resulta una herramienta clave para la gestión estratégica de instituciones sanitarias. La vinculación de sus perspectivas mediante indicadores consensuados aporta información útil y oportuna para la evaluación, control y planificación de la organización.

En la figura 7 se presenta un consolidado de lo trabajado mediante una matriz ilustrativa modelo, ya que cada empresa puede modificar los objetivos estratégicos y con ello la carga de indicadores.

El CMI es una herramienta que rompe paradigmas obsoletos del manejo de la información y de las estructuras de análisis contables como causa y consecuencia de la productividad, abre un abanico válido de utilizarse para una gestión productiva integrada.

La implementación de un CMI en una institución de salud, puede ser un instrumento de cambio eficaz para la gestión, que aporte características más flexibles, eficientes y más productivas en nuevos escenarios

La productividad, incorporada como objetivo estratégico en las políticas de conducción, puede convertir a la gestión sanitaria en un sistema integrado, con nuevos enfoques de información sobre el desempeño de empresa y mejoras en sus resultados financieros.

Bibliografía

- Kaplan Robert Y Norton, David. "Balanced Scorecard" - Measures That Drive Performance- Harvard Business Review, Boston-Enero 1992
- Kaplan Robert Y Norton David. " Using The Balanced Scorecard As A Strategic Management Systems. Harvard Business Review. Boston-Enero 1996
- Kaplan Robert Y Norton David. " Cuadro De Mando Integral"(The Balance Scorecard)-Gestión 2000-1997
- Kaplan Robert Y Norton David. " Putting The Balance Scorecard To Work". Harvard Business Review. 1999
- Ballarin E Y Davila A. " El Cuadro De Mando Integral". Documento De Trabajo IESE - Universidad De Navarra-1999
- Lic. J. Ruiz - "Seminario De Tablero De Comando" - Instituto Superior De Planeamiento Estratégico. 1998
- Kaplan - Norton - Art. "Creando La Organización Focalizada En La Estrategia" - The Balanced Scorecard Collaborative - 2004
- Díaz De Iparaguirre - Art. " El Balance Scorecard" Aragua -Venezuela - 2001
- Díaz Carlos - "La Empresa Sanitaria Moderna" - Fd. Isalud - Argentina - Abril 2001
- Díaz Carlos - "Producción De La Empresa Sanitaria" Fundación Isalud - Argentina - 2004
- Mintzberg H.- "Diseño Organizacional: Moda O Un Buen Ajuste? Escuela De Administración De Empresas De Harvard - Bogotá109-135
- González García G. Tobar F. Más Salud Por El Mismo Dinero. La Reforma Del Sistema De Salud En Argentina-Ediciones Isalud -1998
- Fundipe - Fundación Para El Desarrollo De Rrhh - "Cuadro De Mando Para La Gestión De Personas" España - 2003
- Levy Alberto - "Estrategia Competitiva" Ed. Macchi - Argentina -1993
- Servicio Andaluz De Salud - Manual Sistema De Control De Gestión Hospitalaria, Junta De Andalucía, Consejería De Salud, Enero 1995
- Lima Quitana L. Apuntes - "Economía De La Salud" - Fundación Isalud - Argentina - 2004
- Bugueño Gomez M. "Aplicación De Un Cuadro De Mando Integral Hospital San José" - Chile - 2001
- Coppa Astorga - Art. "El Sentido De Los Indicadores Relacionales En La Dirección De Rrhh" - Santiago De Chile - Chile - 2002
- Jaime Varo - "Gestión Estratégica De La Calidad En Los Servicios Sanitarios" - Díaz De Santos - Madrid, 1994
- Cebe Lucia - Art. "Gestión De Calidad En El Proceso De Facturación" - Asociación De Clínicas, Tucumán - 2003
- Belcher John - "Productividad Total" - Ed. Granica - Barcelona, España -1987
- Sallenave Jean - "La Gerencia Integral" - Ed. Norma - Bogotá, Colombia -1994
- Schweiger, Arturo - "Sistema De Información Gerencial -Sig" -Documento Fundación Isalud-Información Y Control De Gestión-2003
- Lazzati Santiago - "El Proceso Decisorio" Ed. Macchi - Argentina 1999
- Albrecht Karl-"Servicio Al Cliente Interno" - Ed. Paidós - Illinois -1998
- Becker - Mochon - "Elementos De Micro Y Macroeconomía" - Ed. Mc Graw Hill - Argentina - 2001
- Eiglier - Langeard - "Servucción" - Ed. Mcgraw - Hill - Paris -1996
- Drucker Peter - "La Administración En Una Época De Grandes Cambios" Ed. Sudamericana - 2ª Edición - Argentina 1997
- Horovitz Jacques - " Los Siete Secretos Del Servicio Al Cliente" Ed. Financial Times - España - 2000