TRADUCIENDO LA ESTRATEGIA EN ACCIÓN:

CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

LIZETH GUAÑARITA ESPINOSA

OSCAR ANDRES PRADO TORRES

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL

CALI

2012

TRADUCIENDO LA ESTRATEGIA EN ACCIÓN:

CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

LIZETH GUAÑARITA ESPINOSA

OSCAR ANDRES PRADO TORRES

Trabajo de grado para optar al título de

Maestría en Administración

con énfasis en Gestión Estratégica

Director,

LINA SOFIA VALENZUELA D.

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL

CALI

2012

Nota de aceptación:

_____

_____

_____

_____

_____

Jurado

_____ _____

Director **Lector**

Cali, 12 de Abril de 2012

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN 11

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 13

2. JUSTIFICACION 16

3. OBJETIVOS 17

3.1 OBJETIVO GENERAL 17

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO 17

4. MARCOTEÓRICO 18

4.1 DEFINIENDO Ó REEVALUANDO LA ESTRATEGIA 18

4.2 ESTRUCTURANDO EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI) 19

4.3 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN LAS ENTIDADES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD 21

4.3.1 Definición de las perspectivas de un mapa estratégico en entidades prestadoras de servicio de salud sin ánimo de lucro. 23

5. METODOLOGÍA 25

5.1 REVISIÓN DEL ESTADO DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA 2009 – 2014 . 25

5.2 DEFINICIÓN DE LAS PERSPECTIVAS DEL C.M.I. Y SUS OBJETIVOS 25

5.3 ESTRUCTURACIÓN DEL MAPA ESTRATEGICO – RELACIONES CAUSA / EFECTO 26

5.4 DEFINICIÓN DE INDICADORES 27

5.5 DEFINICIÓN DE ACCIONES ESTRATEGICAS 27

6. DESARROLLO DE LA PROPUESTA 28

6.1 ESTADO DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA 2009 – 2014 28

6.1.1 Evaluación estrategia actual. 28
6.1.2 Estrategia propuesta. 30

6.2 DEFINICIÓN DE LAS PERSPECTIVAS DEL C.M.I. 31

6.3 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS POR PERSPECTIVAS 31

6.3.1 Perspectiva del cliente. 31
6.3.2 Perspectiva financiera. 32
6.3.3 Perspectiva de procesos internos. 33
6.3.4 Perspectiva aprendizaje y crecimiento. 35

6.4 EL MAPA ESTRATEGICO - RELACIONES CAUSA / EFECTO 36

6.5 DEFINICIÓN DE INDICADORES Y ACCIONES ESTRATÉGICAS 36

7. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES 40

8. CONCLUSIONES 41

BIBLIOGRAFIA 43

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Evolución de indicadores financieros 2008 – 2011 29

Tabla 2. Composición de la cartera por vigencia. Período 2008 – 2011 29

LISTA DE GRAFICAS

Pág.

Gráfica 1. Evolución del estado de resultados 2008 a 2011.

Cifras promedio mes en MM de pesos. 15

Gráfica 2. Comparativo de capacidad instalada en Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en la ciudad

de Buga. 30

LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. Mapa estratégico Fundación Hospital San José de Buga. Relaciones causa / efecto. 37

Cuadro 2. Cuadro de mando integral Fundación Hospital San José de Buga. 38

RESUMEN

El uso del Cuadro de Mando Integral (CMI) en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ha venido tomando auge a partir del año 2000. Si bien ésta es una herramienta que procede del mundo de la empresa con ánimo de lucro, la transferencia de este modelo al sector sanitario, lucrativo y sin ánimo de lucro o incluso público, ha facilitado a los directivos la definición, desarrollo y control de sus estrategias.

El objetivo de este trabajo es analizar los referentes teóricos y la experiencia de algunas IPS durante el proceso de implementación del CMI como modelo de gestión, para desarrollar una propuesta de CMI para la Fundación Hospital San José de Buga en adelante (FHSJB), que le permita enfrentar los cambios permanentes del entorno, focalizando sus esfuerzos no solo en la calidad asistencial; sino también, en la estabilidad financiera, dadas sus limitaciones en el flujo de recursos y sus bajos márgenes de rentabilidad.

PALABRAS CLAVES

Cuadro de mando integral, industria del cuidado de la salud, organización sin ánimo de Lucro, fundación

ABSTRACT

The use of the Balanced Scorecard (BSC) in institutions providing health services, has been gaining momentum since 2000. While this is a tool that comes from the private companies, the transfer of this model to the health sector, with profit and nonprofit or public management has helped the definition, development and control of their strategies.

The aim of this paper is to analyze the theoretical framework and the experience of some enterprises during the implementation of the BSC as a management model to develop a proposal for the nonprofit organization: "Fundación Hospital San Jose de Buga" from now on (FHSJB), which is facing the permanent changes in the environment, focusing its efforts not only in the quality of care, but also in the financial stability, given its limitations in the flow of resources and low profit margins.

KEYWORDS: Balanced scorecard, health care industry, non-profit organization, foundation

INTRODUCCIÓN

El gobierno colombiano a través de sus continuos cambios en la reglamentación legal del sector salud, viene promoviendo la competencia entre las aseguradoras y las IPS, en procura de mejorar la eficiencia del sistema de salud y la calidad en la prestación de sus servicios.

Si bien esto debe considerarse como una gran oportunidad para cualquier IPS, debe visualizarse también como un gran reto, ya que los directivos de estas organizaciones se enfrentan a una mayor exigencia en la cobertura y una mayor productividad en la prestación de sus servicios por parte del gobierno y de los usuarios finales; y a una continua ineficiencia en el flujo de recursos para el pago de sus servicios por parte de las Entidades Responsables de Pago (ERP)´s.

La actual crisis financiera del sector de la salud, las complejas estructuras de costos, y los bajos márgenes de rentabilidad, exigen a los altos directivos de las IPS, establecer estrategias y desarrollar capacidades para lograr la eficiencia operativa y un posicionamiento único, que les permita generar valor para la comunidad y todas sus partes interesadas, centrando cada vez más su atención en la importancia de gestionar, no solo su calidad asistencial y su estabilidad financiera; sino también, la necesidad de involucrar y potencializar sus activos intangibles como soporte fundamental para la prestación de sus servicios.

Se necesita entonces un marco de referencia como el CMI, para ilustrar, comunicar, gestionar e implementar dicha estrategia dentro de las IPS, focalizando sus esfuerzos en el desarrollo de ventajas competitivas que garanticen un mejor futuro para estas instituciones.

El objetivo de este estudio es revisar los referentes teóricos y las experiencias en torno a la implementación del CMI en el sector salud, para definir una propuesta de CMI para la Fundación Hospital San José de Buga (FHSJB).

Para llevar a cabo este propósito, el proyecto se inicia con el planteamiento del problema, seguido de la justificación y el marco teórico, que estructura las bases para la definición de la metodología y el desarrollo de la propuesta, que se resume finalmente en un mapa estratégico y un CMI con sus respectivos objetivos, indicadores, metas y acciones, establecidas en conjunto con el comité de gerencia.

Finalmente, se presentan unas recomendaciones y unas conclusiones para la institución y otras organizaciones que ven en esta metodología de administración, una oportunidad para gestionar sus estrategias, logrando sostenibilidad del negocio a largo plazo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La FHSJB, es una institución de origen fundacional y de carácter privado fundada en el año de 1903. Se encuentra ubicada en la ciudad de Guadalajara de Buga y está dedicada a la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad a los pobladores del centro y norte del Valle del Cauca.

Ante la entrada en vigencia de la ley 100 del año 1993, la FHSJB fue una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que no planteó alternativas para enfrentar este cambio del entorno, situación que la llevó a una de las más grandes crisis financiera de su historia, agudizándose hacia el año 1999 y obligándola a acogerse a la figura del concordato (Ley 550 de 1999 ya derogada), la cual se encuentra vigente hasta el año 2012.

A inicios del 2008, la junta directiva realizó un balance del cumplimiento de las obligaciones concordatarias, identificándose debilidades en la gestión financiera que obligó a buscar un aliado estratégico que diera un viraje a la institución. Fue así como en Octubre de 2008 se subscribió un contrato de administración delegada con la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Valle, para que gestionara los recursos garantizando la operación de la institución. Desde entonces, el gerente delegado y su equipo directivo establecieron una misión y una visión del negocio como punto de partida para la definición de un plan estratégico para el período 2009 – 2014.

VISIÓN FHSJB:

"Ser reconocida en el año 2014; por la calidad y seguridad en prestación de servicios de salud siendo la IPS preferida por los aseguradores para la atención y referencia de los pacientes; por tener sólidos convenios de docencia-servicios; por su alta rentabilidad social y por haber alcanzado el saneamiento financiero."

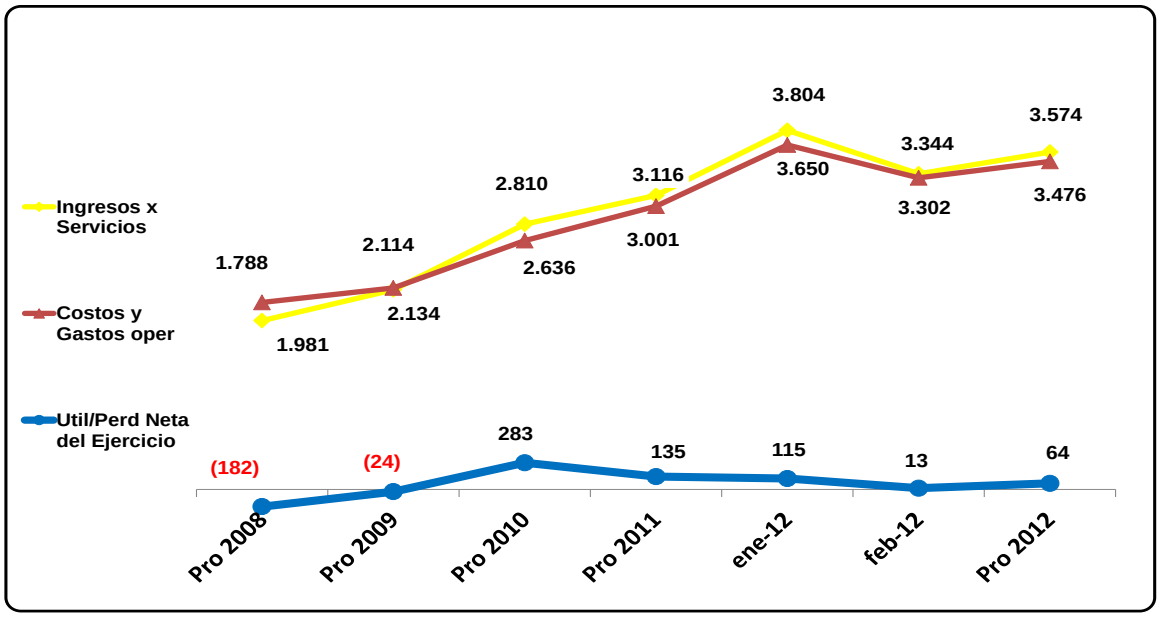
MISIÓN FHSJB:

" La Fundación Hospital San José de Buga, es una Institución de carácter privado sin ánimo de lucro, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, orientada a la seguridad de los pacientes de su área de influencia y referidos del centro y norte del valle. Participa en la formación académica en las diferentes áreas del campo de la salud.
Sus actividades están encaminadas a brindar beneficios a los colaboradores, proveedores y comunidad en general."

El desarrollo de algunos proyectos del plan estratégico han permitido aumentar los ingresos por servicios en un 74,27% al cierre del año 2011, y mejorar la rentabilidad de la institución, superando la pérdida registrada en el año 2008, (ver Gráfica 1.), hasta lograr utilidades para el año 2011 de $135.000.000 y cierto grado de estabilidad financiera y operativa que favorece la continuidad en la prestación de servicios de salud como directriz fundamental de su misión.

Gráfica 1. Evolución del estado de resultados 2008 a 2011.

Cifras promedio mes en MM de pesos.



Fuente: Departamento Contable FHSJB.

Revisando la alineación entre la estrategia planteada de bajos costos de operación, con los objetivos estratégicos y los proyectos, se observa que algunos de ellos no han sido definidos en forma sistemática y balanceada, de tal manera que se asegure la alineación con la estrategia. Algunos de sus indicadores miden más la gestión del día a día, que su aporte a la reducción de costos. Se observa el énfasis sobre los proyectos dirigidos al saneamiento financiero, dejando pendientes proyectos en torno al desarrollo de la cultura organizacional y al desarrollo por competencias, como elementos fundamentales y diferenciadores para este tipo de organizaciones.

2. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta que el usuario final del servicio de salud es cada vez más conocedor del tema y por ende más exigente, y que están surgiendo nuevos competidores en el área de influencia de la FHSJB, la principal motivación de los autores es definir una propuesta de CMI que permita a la institución crear sinergias para revisar, ajustar, gestionar y materializar su estrategia, identificando objetivos que alineen e integren los activos intangibles con los procesos claves de creación de valor.

La definición de la estrategia y los objetivos enmarcados bajo el concepto de CMI, busca convertir a la FHSJB en una organización dinámica y flexible, capaz de aprovechar los logros financieros y de infraestructura alcanzados en el período 2008 – 2011, para enfrentar los cambios del sector, desarrollando nuevas capacidades y ventajas competitivas que le permitan diferenciarse como una institución que ofrece servicios de salud de manera oportuna, cálida e integral.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Definir una propuesta de Cuadro de Mando Integral (CMI) para la Fundación Hospital San José de Buga (FHSJB).

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Revisar en la literatura como ha sido el proceso de adopción del CMI como herramienta de gestión en entidades públicas ó sin ánimo de lucro, haciendo énfasis en instituciones del sector salud.

- Aplicar los conceptos de definición de estrategia para evaluar la continuidad ó necesidad de reorientación, con base en el análisis de las capacidades actuales, los cambios y las oportunidades que ofrece el entorno.

4. MARCO TEÓRICO

Antes de centrarse en la adopción del CMI, Inandar y Kaplan (2002), sugieren evaluar la capacidad de la organización y la preparación de su grupo directivo para aplicar y gestionar la herramienta de CMI, propiciar el aprendizaje antes, durante y después de cada etapa del proceso de implementación y, gestionar y soportar el cambio de roles entre los diferentes miembros de la organización.

Kaplan y Norton (1996), indican que la definición y puesta en marcha del CMI requiere de un fuerte liderazgo de la alta dirección para favorecer e inspirar un trabajo colaborativo; abordando el CMI como un enfoque sistémico que les facilitará la implementación de su estrategia, y no como un sistema de medición.

4.1 DEFINIENDO Ó REEVALUANDO LA ESTRATEGIA

Porter (1997), define la estrategia como la creación de un posicionamiento de valor único y exclusivo capaz de satisfacer un importante conjunto de necesidades de los clientes. Porter (1997) indica que la definición de la estrategia debe centrarse en el aprovechamiento ó desarrollo de capacidades diferenciadoras dentro de la institución, que le permitan obtener ventajas competitivas a largo plazo.

Norton y Kaplan (2004), resaltan que las instituciones sin ánimo de lucro deben potencializar continuamente sus activos intangibles como eje fundamental para la ejecución de su estrategia; buscando el desarrollo permanente de capacidades distintivas que les garanticen el cumplimiento de su misión.

4.2 ESTRUCTURANDO EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)

El modelo de CMI descrito por Norton y Kaplan (1996), introduce el concepto de mapas estratégicos para definir desde un conjunto de perspectivas y de manera balanceada e integrada, los objetivos que materializaran la estrategia de una organización y que serán el punto de partida para la estructuración del CMI.

Como dice Dávila A. (1999), el CMI es una herramienta de gestión que traduce la estrategia de la empresa en un conjunto coherente de indicadores. Pero, al mismo tiempo, se destaca que el CMI, al ofrecer una visión global, obliga a que las organizaciones expliciten su modelo de negocio y definan su estrategia.

En la definición de objetivos estratégicos como el corazón del CMI, Horvath y Partners (2003), resaltan la necesidad de definir objetivos de primer nivel que sean inductores para el desarrollo exitoso de la estrategia, sin llegar a confundirlos con

objetivos básicos, definidos como aquellos necesarios para controlar ó diagnosticar el negocio día a día.

Horvath y Partners (2003), recomiendan: describir los objetivos por medio de una frase breve con un verbo en infinitivo, asegurar que sean concretos y que tengan una gran importancia estratégica, definir máximo 4 ó 5 objetivos para cada perspectiva; es decir, como máximo 20 objetivos por CMI; y asegurar la capacidad de medición y seguimiento de los objetivos ó proponer metodologías para hacerlo.

Se aclara que el número de objetivos puede variar de acuerdo al tamaño y a la complejidad de la organización.

Horvath y Partners (2003), indican que se debe consolidar la propuesta de CMI definiendo los indicadores que expresarán y facilitarán el seguimiento de los objetivos estratégicos, y las acciones en las que se va a centrar la organización para la consecución de las metas de cada objetivo.

Horvath y Partners (2003), recomiendan que para la formulación de los indicadores se debe utilizar la pregunta: ¿Basándose en qué se puede ver si se ha conseguido el objetivo?, en lugar de ¿Cómo se puede medir el objetivo?. De igual manera, indican que se debe cuestionar si cada indicador propuesto puede dirigir el comportamiento y la motivación de los involucrados.

Tal como lo sugiere Fernández (2001), no hay indicadores perfectos, lo normal es que en ciertas ocasiones se requiera conjugar indicadores de resultado, (o de efecto) con indicadores de causa (ó inductores). Los indicadores de resultado son

aquellos que miden la consecución del objetivo estratégico; mientras que los indicadores de causa, son aquellos que miden el resultado de las acciones que permiten su consecución.

Horvath y Partners (2003), recomiendan definir un máximo de tres indicadores por objetivo, para mantener una complejidad reducida en el CMI y facilitar su seguimiento.

4.3 EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN LAS ENTIDADES PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Aunque Kaplan y Norton en su libro en 1996, plantearon ejemplos de CMI para entidades sin fines de lucro, ninguno estaba relacionado con entidades del cuidado de la salud. Desde 1996 la tendencia comenzó a cambiar y fue así como los hospitales de Estados Unidos y Canadá, se convirtieron en los pioneros en la implementación de esta herramienta.

Kocakülah Mehmet C. y Austill David (2007), indican que hasta el año 2000, sólo 70 de los 6000 hospitales de Estados Unidos estaban empleando un CMI. Pink, MCkillop I., et al (2001); afirman que en Canadá se dio una mayor rata de adopción de CMI gracias a que el Ministerio Nacional de Salud empezó a presionar por un mejor control y administración en los hospitales.

Chan y Ho (2000), condujeron un estudio en hospitales de provincias de habla inglesa en Canadá para determinar quiénes estaban usando el CMI, sus razones para adoptarlo o no adoptarlo y el tiempo que les tomaba implementarlo. Algunos resultados significativos de dicho estudio, indican que el proceso de implementación puede tardar hasta dos años, y que el factor clave de implementaciones fallidas era la falta de conocimiento técnico en la aplicación de la herramienta y la falta de compromiso por parte de la alta administración.

Voelker, Rakick, y French G (2001), argumentan que el retraso de las IPS en la adopción del CMI se debe principalmente a dos razones: 1) que las agencias de acreditación y el gobierno, no solicitan mediciones financieras de su desempeño y 2) que este tipo de organizaciones tiene más divergencia en el grupo de partes interesadas que aquellas con fines de lucro.

Mientras en las compañías con ánimo de lucro pueden focalizar el uso del CMI hacia un homogéneo grupo de clientes como una de sus perspectivas, las entidades al cuidado de la salud sin ánimo de lucro deben focalizarse en un amplio grupo de partes interesadas como los usuarios finales y sus familias, empleados, médicos, los donantes y la comunidad en general.

Inamdar y Kaplan (2002), indican que a partir del año 2000 el CMI ha tenido más acogida por parte las instituciones de salud como respuesta a los cambios constantes del entorno de sus organizaciones tales como presiones financieras, entrada de nuevos competidores, mayores expectativas de los clientes,

consolidación de la industria, mayor regulación, aparición de nuevas tecnologías y necesidades de una mejora administrativa que involucre todos los aspectos críticos tanto de la gestión financiera como la asistencial.

Autores como Kocakülah y Austill (2007), han encontrado diversos beneficios de implementar el CMI en instituciones prestadoras de servicios de salud, dentro de los que se destacan:

- El desarrollo de fuerzas dentro de los procesos de la organización para clarificar e intercambiar información, logrando un sistema de alerta temprana para la toma de decisiones.

- La focalización de la atención de los ejecutivos en el desarrollo de su estrategia, y el entendimiento por parte de los trabajadores del valor de su trabajo y su contribución al logro de los objetivos estratégicos. De igual manera se destaca la aceleración del ritmo de aprendizaje, porque los resultados se comparan permanentemente con las metas presupuestadas.

4.3.1 Definición de las perspectivas de un mapa estratégico en entidades prestadoras de servicio de salud sin ánimo de lucro.

Teniendo diferentes misiones, visiones y partes interesadas, se argumenta que las entidades prestadoras de salud de este tipo, no deberían seguir necesariamente las cuatro perspectivas propuestas por Norton y Kaplan (2001): perspectiva del

cliente, perspectiva de operaciones internas, innovación y aprendizaje; y perspectiva financiera.

Oliveira (2001), recomienda remplazar la perspectiva de innovación y aprendizaje por la perspectiva de recurso humano.

Horvath y Partners (2003), destacan que independiente de las perspectivas que la entidad decida trabajar, la clave del éxito de la implementación de la estrategia estará en la adopción equilibrada de ellas durante la etapa de derivación de los objetivos estratégicos; logrando así, un sistema de objetivos ponderado, sencillo y fácil de entender, que explique la estrategia y facilite la definición de los indicadores y acciones que conformarán el CMI.

Norton y Kaplan (2001) destacan la importancia para las instituciones sin ánimo de lucro, de establecer objetivos e indicadores financieros y no financieros que permitan mostrar el desempeño asistencial de la institución, el beneficio entregado a la comunidad y los resultados de la administración de sus recursos; logrando así, mantener y atraer a fieles y generosos donantes que faciliten la prestación continua de sus servicios.

5. METODOLOGÍA

5.1 REVISIÓN DEL ESTADO DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA 2009 – 2014

El comité de gerencia con la participación activa de los autores de este proyecto, revisan la estrategia actual, los objetivos estratégicos y el estado de avance de los proyectos definidos en el plan, y evalúan la conveniencia de su continuidad ó necesidad de ajuste, ante el ambiente competitivo en que opera la institución, su posición en el mercado, sus recursos y capacidades, sus fortalezas y debilidades, y el cambio en las expectativas y necesidades del usuario final, y de las Entidades Promotoras de Salud de Régimen Contributivo (EPS-C) y de Régimen Subsidiado (EPS-S), identificando oportunidades en torno a ellos.

5.2 DEFINICIÓN DE LAS PERSPECTIVAS DEL C.M.I. Y SUS OBJETIVOS

Una vez validada ó redefinida la estrategia por el comité, se empieza a trabajar en la estructuración del mapa estratégico de la institución, seleccionando las perspectivas con base en lo expuesto en el marco teórico del capítulo anterior.

La selección de estas perspectivas se convierte en la base para la formulación de objetivos concretos, decisivos e inductores que materialicen la estrategia y

direccionen a la empresa hacia un mejor futuro, garantizando la continuidad y calidad en sus servicios.

Durante la definición de estos objetivos, se tiene en cuenta la necesidad de abordar cada perspectiva de forma equilibrada, obteniendo un sistema de objetivos interdependientes y de igual importancia, como principio fundamental del CMI, facilitando al equipo directivo y a todos los miembros de la institución, la comprensión del negocio dentro de su multidimensionalidad.

5.3 ESTRUCTURACIÓN DEL MAPA ESTRATEGICO – RELACIONES CAUSA / EFECTO

Una vez definidos los objetivos estratégicos en torno a las perspectivas seleccionadas, se procede a establecer las relaciones causa / efecto, para garantizar que el sistema de objetivos quede alineado, integrado y balanceado con la estrategia seleccionada.

Cumplida esta etapa, se obtiene el mapa estratégico de la institución; es decir, la ilustración gráfica de la estrategia que facilitará la comunicación a los demás miembros de la empresa y el seguimiento de puntos esenciales durante su implementación.

5.4 DEFINICIÓN DE INDICADORES

Siguiendo las recomendaciones de Horvath y Partners (2003), se procede a definir los indicadores para cada objetivo y sus respectivas metas, teniendo en cuenta resultados históricos y algunos referentes de la industria.

5.5 DEFINICIÓN DE ACCIONES ESTRATEGICAS

Definidos los objetivos, indicadores y metas, se plantean las acciones estratégicas, entendiéndolas como aquellas actividades necesarias para alcanzar el objetivo estratégico.

6. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

6.1 ESTADO DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA 2009 – 2014

La revisión de la plataforma refleja que el plan estratégico fue diseñado dando prioridad al logro de la estabilidad financiera de la institución; en respuesta a la situación coyuntural por la que atravesaba la institución a finales del año 2008 y la cercanía de la fecha de vencimiento del acuerdo concordatario (año 2012).

Gran parte de los esfuerzos se focalizan en el desarrollo de una estrategia de eficiencia operativa; logrando reducción de costos en un 12%, reducción de gastos en un 15.4%, y mejoras significativas en las razones financieras de la entidad, (ver Tabla 1.)

6.1.1 Evaluación estrategia actual.

Los resultados de la puesta en marcha de la estrategia de eficiencia operativa a Diciembre de 2011 evidencian: mejoras en la productividad de los procesos internos, permitiendo una mayor oferta de servicios y una mejor relación con las EPS´s; incrementos en los ingresos por ventas en un 74%, (ver Gráfica 1.), y la reducción de la cartera mayor a un año, del 40% en el año 2007 al 26% para finales del 2011, (ver Tabla 2).

También se evidencia la ampliación de los servicios, gracias a la gestión de inversiones propias y alianzas estratégicas con otras instituciones de salud, para lograr una mayor cobertura e integralidad de la oferta hospitalaria y ambulatoria, convirtiendo a la institución en un centro de servicios de salud, atractivo para la comunidad del área de influencia. (ver Gráfica 2).

Tabla 1. Evolución de indicadores financieros 2008 a 2011

Indicadores financieros	Diciembre 08	Diciembre 09	Diciembre 10	Diciembre 11
Indice de liquidez (Activo corriente/Pasivo corriente)	0,88	0,8	1	1,12
Razón de endeudamiento (Total pasivo/ Total activo)	87%	89%	78%	76%
Capital de trabajo (Activo corriente - Pasivo Corriente)	($ 1.199)	($ 2.644)	$ 37	$ 1.978
% Costo de ventas	98%	89%	82%	86%
% Gastos operacionales	13%	12%	12%	11%
Rentabilidad Operativa ($MM)	($ 2.319)	($ 244)	$ 2.094	$ 107
Rentabilidad Neta (%)	-10,60%	-1,29%	10%	4%

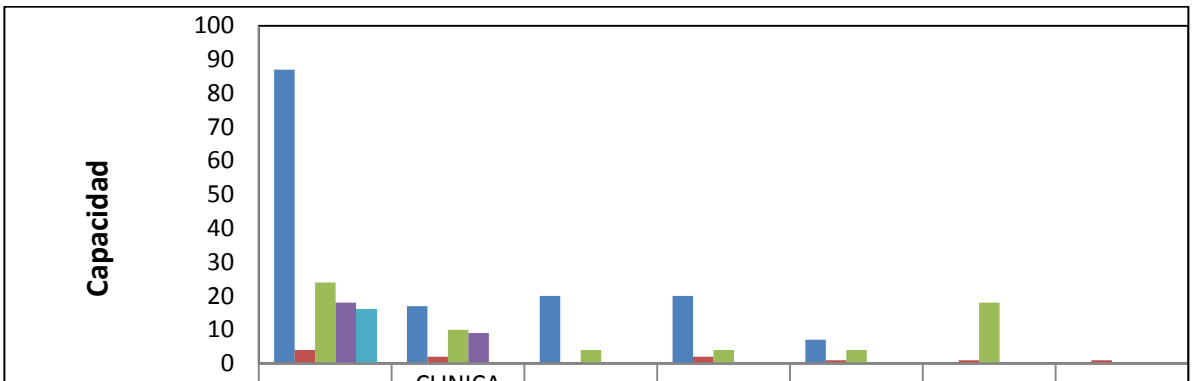
Fuente: Departamento contabilidad FHSJB

Tabla 2. Composición de la cartera por vigencia. Período 2008 – 2011

Diciembre de 2008		Diciembre de 2009		Diciembre de 2010		Diciembre de 2011	
2007 y anteriores	Vigencia 2008	2008 y anteriores	Vigencia 2009	2009 y anteriores	Vigencia 2010	2010 y anteriores	Vigencia 2011
$ 3.683 MM	$ 5.463 MM	$ 2.146 MM	$ 7.813 MM	$ 1.834 MM	$ 11.984MM	$ 4.518 MM	$13.182 MM
40%	60%	22%	78%	13%	87%	26%	74%

Fuente: Departamento de cartera FHSJB

Gráfica 2. Comparativo de capacidad instalada en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en la ciudad de Buga.



	HOSPITAL SAN JOSE	CLINICA GUADALAJARA	H. DIVINO NIÑO	CLINICA LA MERCED	URGENCIAS MEDICAS	COMFANDI	QUIROFANO FONTAL
CAMAS	87	17	20	20	7	0	0
QUIROFANOS	4	2	0	2	1	1	1
C. OBSERVACION	24	10	4	4	4	18	0
C. UCI	18	9	0	0	0	0	0
C. UCIN	16	0	0	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Planeación FHSJB.

6.1.2 Estrategia propuesta.

Conscientes de la agudización de la crisis del sistema de salud en Colombia, la mayor oferta de servicios de salud en el centro del Valle del Cauca, la oportunidad que ha dado el gobierno para la creación de zonas francas para salud [1], los logros financieros y el cambio positivo de la imagen de la institución en la región; la junta directiva aprueba la propuesta de complementar la estrategia actual de eficiencia operativa con la disciplina de valor de acercamiento al cliente, para desarrollar y

[1] *Área geográfica donde se desarrollan actividades de servicios de salud, bajo una normatividad especial en materia tributaria, aduanera y de comercio exterior. El Ministerio de Comercio Industria y Turismo de Colombia, ha definido en los Decretos 383 y 4051 de Oct. 2007, los requisitos, condiciones, tipos y beneficios para declarar zonas francas para servicios de salud con miras a potencializar el desarrollo del sector; aprovechando su reconocimiento a nivel internacional y las ventajas competitivas que ofrece el país.*

prestar servicios que satisfagan sus necesidades y permitan fortalecer una ventaja competitiva en torno a la diferenciación. El objetivo se enfoca en fidelizar a los usuarios finales y a los clientes (EPS´s) de la fundación, mediante una oferta integral de servicios de salud con atributos diferenciadores de calidad como la oportunidad, la calidez y la seguridad.

6.2 DEFINICIÓN DE LAS PERSPECTIVAS DEL C.M.I.

Tomando como base los referentes teóricos citados, se define en reunión de comité de gerencia, el orden de las perspectivas que integran el mapa estratégico así: perspectiva del cliente, perspectiva financiera, perspectiva de procesos internos, y perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

6.3 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS POR PERSPECTIVAS

6.3.1 Perspectiva del cliente.

Para el caso de la fundación se identifican tres tipos de clientes: los usuarios finales, las entidades responsables de pago (ERP), los donantes y la comunidad. Para cada uno de ellos se definen los siguientes objetivos:

Los usuarios finales

- Mejorar oportunidad en los servicios**:** la oportunidad es el atributo de calidad del servicio que más fácilmente perciben y valoran los usuarios finales.
- Mejorar la satisfacción del cliente: este objetivo tiene como finalidad establecer de forma cuantitativa, la percepción que tiene el usuario final de la atención recibida en la institución.

Las entidades responsables de pago (ERP)

- Fidelizar clientes rentables**:** los márgenes de contribución en el sector salud son muy reducidos y la crisis financiera en la que viene inmersa el sector, afecta financieramente a cada uno de los actores; razón por la cual, resulta prioritario gestionar aquellos clientes que hayan sido identificados como rentables, para impactar positivamente los márgenes de la institución.

La comunidad y los donantes

- Incrementar integralidad de la oferta de servicios: para la comunidad de una ciudad intermedia como lo es Guadalajara de Buga, es importante acceder a los servicios de salud sin verse obligados a desplazarse a las ciudades capitales. Para lograr este objetivo, se debe contar con el apoyo de benefactores regionales que deseen invertir en el desarrollo integral de la ciudad , del centro y del Norte del Valle del Cauca.

6.3.2 Perspectiva financiera.

Se identifican dos fuerzas dentro de esta perspectiva, la productiva y la de crecimiento, como marcos de referencia para definir objetivos en torno a la reducción de costos directos e indirectos y objetivos en busca del crecimiento de ingresos ganando clientes rentables que ayuden a mantener la cobertura de servicios para toda la comunidad.

6.3.2.1 Estrategia productiva.

- Lograr metas presupuestadas para los indicadores financieros: siendo consecuentes con los logros financieros de los primeros tres años de ejecución del Plan de Desarrollo 2009 – 2014, es indispensable continuar con el monitoreo y gestión del cumplimiento de los presupuestos.

6.3.2.2 Estrategia de crecimiento.

- Gestionar crecimiento de ventas en segmentos claves: se requiere crecer en los segmentos más rentables para lograr fondos que contribuyan a mantener la estabilidad financiera de la institución, garantizando la prestación de servicios a usuarios finales pertenecientes a ERP menos rentables y a la población pobre no asegurada.

- Aumentar el número anual de donaciones: a pesar de ser una entidad de origen fundacional y sin ánimo de lucro, esta oportunidad no ha sido explotada en los últimos años dada la crisis financiera en la que se encontraba la institución. Gracias a los avances logrados, se considera viable gestionar la participación de donantes en el financiamiento de proyectos que beneficien a la comunidad.

6.3.3 Perspectiva de procesos internos.

Esta perspectiva es la que entrega el valor para el cliente, mejorando los procesos y reduciendo los costos para el componente de productividad de la perspectiva financiera. Para efectos de la definición de los objetivos, esta perspectiva se

divide en tres frentes: atributos del producto y del servicio, interrelación con los clientes e imagen de la institución ante las partes interesadas que se abordan así:

6.3.3.1 Atributos del producto y del servicio.

- Incrementar eficiencia en el servicio: se requiere optimización del uso de los recursos para mantener bajos costos sin afectar la calidad y oportunidad en la prestación del servicio**.**
- Lograr acreditación en salud: la acreditación permite garantizar el cumplimiento de estándares específicos para el sector, facilitando el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación del servicio.

6.3.3.2 Interrelación.

- Fortalecer relación con las E.R.P.: se debe establecer mecanismos de comunicación de doble vía, entre estas entidades y la institución, con el ánimo de conocer sus expectativas y revisar en que medida la Fundación puede agregar ó incrementar el valor en sus servicios, construyendo relaciones duraderas y beneficiosas para las partes.

6.3.3.3 Imagen.

- Establecer programas de salud comunitarios: considerando la importancia de este cliente dentro del desarrollo de la misión y los preceptos establecidos por sus fundadores, se considera necesario retomar el desarrollo de este tipo de programas para beneficio de la comunidad.

- Desarrollar plan de posicionamiento de marca: posicionar la marca se convierte en un pilar fundamental para el desarrollo integral de la estrategia de Diferenciación. La fundación debe aprovechar los logros alcanzados en los últimos tres años en torno al mejoramiento de la infraestructura y la integralidad en los servicios.

6.3.4 Perspectiva aprendizaje y crecimiento.

Para que la estrategia planteada sea alcanzable y sostenible en el tiempo, se debe mantener una fuerza laboral competente y motivada. Para ello se propone:

- Desarrollar una cultura organizacional focalizada en servicio al cliente: este objetivo se convierte en la base para sustentar la estrategia y lograr la fidelización de nuestros usuarios, quienes cada vez valoran más la calidez y calidad en la prestación del servicio de salud.
- Desarrollar y mantener el talento humano idóneo: se deben establecer y desarrollar políticas y procesos de forma sistemática que permitan identificar, capacitar, motivar, desarrollar y mantener el talento humano quien es el que apoya, moviliza y sostiene la estrategia, desarrollando capacidades que se conviertan en ventajas competitivas para la institución.
- Consolidar fuentes de información para agilizar procesos internos y la comunicación con clientes: se debe establecer un sistema de información que de respuesta a las necesidades en los diferentes niveles y perspectivas de la organización para facilitar la comunicación y respaldar el desarrollo de la estrategia.

6.4 EL MAPA ESTRATEGICO - RELACIONES CAUSA / EFECTO

Teniendo en cuenta la definición y composición de cada perspectiva, los objetivos propuestos y su interrelación causa /efecto, se consolidan en el mapa estratégico que se muestra en el Cuadro 1. Las relaciones causa/efecto principales, se establecen desde la perspectiva inferior, perspectiva de aprendizaje y crecimiento hasta la superior, procurando que la estrategia quede descrita de forma clara y balanceada a lo largo del mapa.

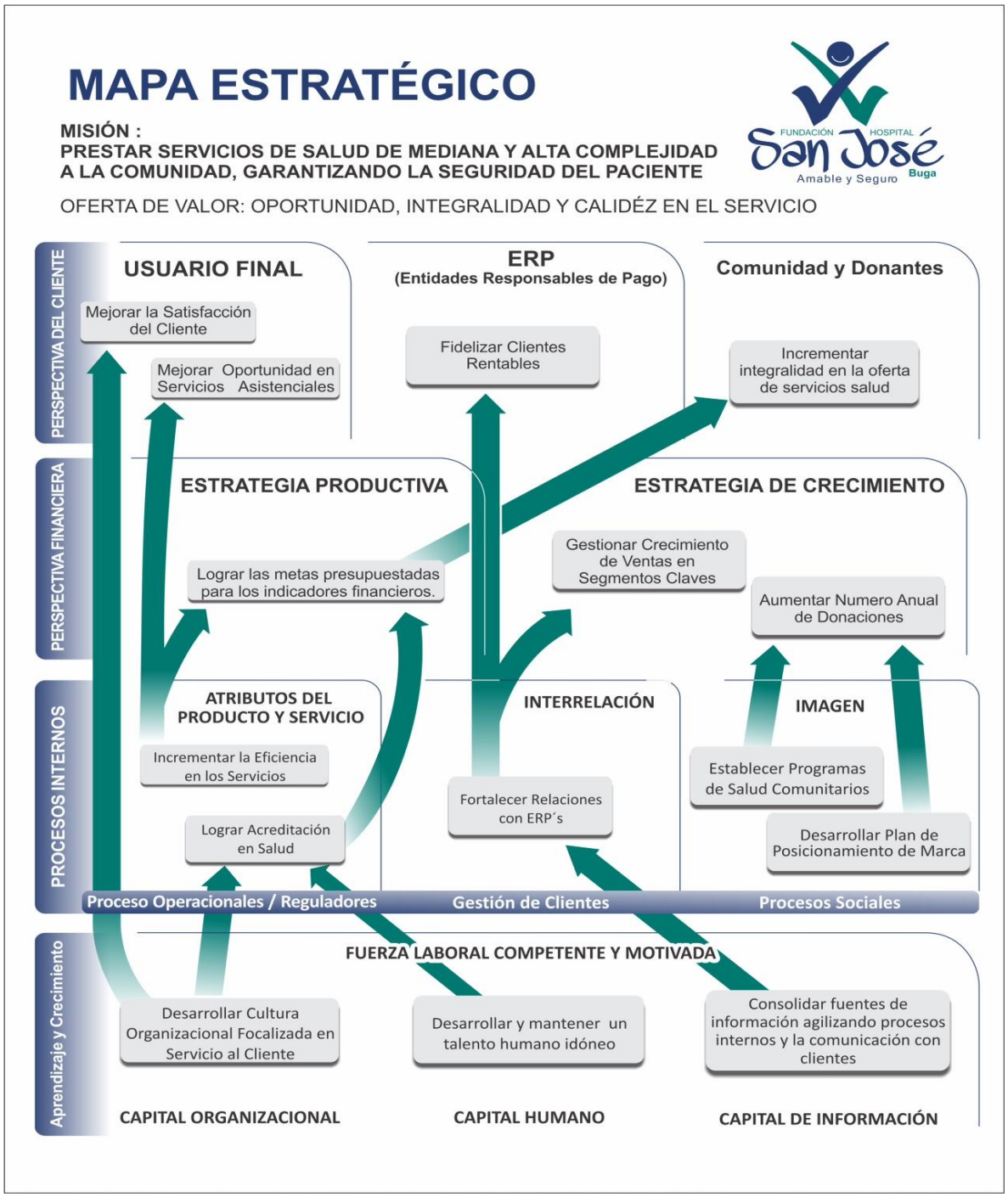
6.5 DEFINICIÓN DE INDICADORES Y ACCIONES ESTRATÉGICAS

Después de definir los objetivos estratégicos y sus correspondientes interrelaciones, se seleccionan indicadores de dos tipos; indicadores de resultados, entendiéndolos como aquellos que miden las consecuencias del objetivo estratégico, y los indicadores de causa, que miden el resultado de acciones específicas. Se establece como máximo tres indicadores por objetivo, para que el cuadro de mando integral resulte manejable.

El resultado de la propuesta se consolida en el Cuadro 2. Cuadro de Mando Integral Fundación Hospital San José de Buga.

Cuadro 1. Mapa Estratégico Fundación Hospital San José de Buga

Relaciones Causa/Efecto.



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. Cuadro de Mando Integral Fundación Hospital San José de Buga.

CUADRO DE MANDO INTEGRAL

		INDICADOR	META	RESPONSABLE	ACCIÓN ESTRATÉGICA
Perspectiva Cliente	**Mejorar oportunidad en los servicios Asistenciales**	Tiempo de espera promedio para atención de los pacientes de urgencias.	15 minutos	Coordinador de Urgencias	Definir plan de mejoramiento de los servicios, con el objeto de realizar acciones de mejora para reducir los tiempos de espera del paciente.
		Número de días promedio de espera para acceder a la consulta medica con especialista.	Según especialidad	Coordinadora de consulta externa	
		Tiempo promedio de estancia en observación de urgencias.	12 horas	Coordinador de Urgencias	
		Tiempo promedio de espera para el egreso hospitalario.	4 horas	Subgerente de Salud	
	Mejorar la satisfacción del cliente	Índice de satisfacción global.	95%	Jefe Oficina Servicio Información y Atención al Usuario	Diseñar e implementar el sistema de información a clientes claves.
	Fidelizar clientes rentables	Niveles de facturación por cliente.	Mínimo el 50% de su facturación en la red	Coordinador de Facturación	
		Rentabilidad por cliente.	7%	Jefe Oficina de Planeación	
	Incrementar Integralidad de la oferta de servicios salud	Porcentaje de pacientes remitidos.	1%	Subgerente de Salud	Dar continuidad al proyecto de fortalecimiento de la infraestructura (Central de urgencias, Torres de consultorios).
Perspectiva financiera	**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**	**INDICADOR**	**META**	**RESPONSABLE**	**ACCIÓN ESTRATÉGICA**
	Lograr las metas presupuestadas para los indicadores financieros	% del costo sobre el ingreso neto	85%	Coordinadora de Contabilidad	Definir plan de recuperación de cartera de vigencias anteriores, sanear contablemente y depurar la cartera.
		Nivel de endeudamiento.	70%	Subgerente Administrativa y Financiera	
		Índice de liquidez.	1,2	Subgerente Administrativa y Financiera	Estandarizar el uso de insumos y medicamentos en los procedimientos quirúrgicos y en las unidades de cuidado intensivo.
		Índice de recaudo vs. lo facturado	95%	Coordinador de Cartera	Recuperar cartera de vigencias anteriores.
	Gestionar crecimiento de ventas en segmentos claves	Porcentaje de facturación de clientes particulares sobre la facturación total.	4%	Jefe Oficina de Planeación	Diseñar servicios y fortalecer infraestructura para satisfacer necesidades de clientes tipo Medicina Prepagada, Pólizas de Salud y particulares.
		Porcentaje de facturación de clientes medicinas prepagas y/o pólizas de salud con respecto al total de la facturación.	3%	Jefe Oficina de Planeación	
	Aumentar numero anual de donaciones	Participación de las donaciones en el presupuesto de ingresos.	5%	Gerente	Conformar comités para gestión de donaciones, liderados por miembros de la Junta Directiva.

Cuadro 2. (Continuación)

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR	META	RESPONSABLE	ACCIÓN ESTRATÉGICA
Perspectiva Procesos Internos	**Incrementar eficiencia en servicios**	Días Promedio de Estancia	3.0	Coordinadora de Consulta Externa	Despliegue de la metodología del cuadro de mando integral en los procesos de la institución
		Numero de consultas externas que derivan en procedimientos	30%	Coordinadora de Quirófanos	implementar sistema de costos
	Lograr acreditación en salud	Nivel de cumplimiento de estándares de acreditación	100%	Jefe Oficina de Calidad	Definir y liderar el plan de implementación del sistema de acreditación en salud.
	Fortalecer relaciones con Entidades Responsables de Pago	Numero de retroalimentaciones con indicadores entregadas por periodo	100%	Subgerente de Salud	Diseñar, desarrollar e implementar canales y mecanismos de comunicación con los clientes
	Establecer programas de salud comunitarios	Numero de programas al año en beneficio de la comunidad	Mínimo 4	Subgerente de Salud	Potencializar la Jornada de " Casa Colombia"
	Desarrollar plan de posicionamiento de marca	Nivel de ejecución del plan de mercadeo	100%	Jefe oficina de Planeación	Diseñar e implementar el plan de Mercadeo

	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR	META	RESPONSABLE	ACCIÓN ESTRATÉGICA
Aprendizaje y Crecimiento	**Desarrollar cultura organizacional focalizada en servicio al cliente.**	Porcentaje de cumplimiento del programa de formación.	100%	Coordinador de Gestión Humana	Programa de formación continua en servicio al cliente y seguridad del paciente
		Número de quejas y reclamos del usuario final por unidad de servicio	Máximo 2% de quejas del numero de pacientes atendidos	Jefe Oficina SIAU	Consolidar información mes a mes y entregar a la Jefatura de área para definir acciones correctivas ó de mejora
		Evaluación de Desempeño	100% de los empleados	Entidad externa	Programa de evaluación y capacitación (reinducción y reentrenamiento)
	Desarrollar y mantener el talento humano idóneo	Porcentaje global de cumplimiento del perfil por competencias.	80%	Coordinador de Gestión Humana	Programa de Gestión por Competencias
		Nivel de rotación de personal.	18%	Coordinador de Gestión Humana	
	Consolidar fuentes de información para agilizar procesos internos y la comunicación con clientes.	Porcentaje de cumplimiento del plan de implementación del sistema de información institucional.	100%	Coordinador de Sistemas	Implementación de un software e historia clínica sistematizada y de planificación de recursos empresariales (E.R.P.)

Fuente: Elaboración propia

7. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Se debe aclarar ante los miembros de la FHSJB, que el hecho de que no se hayan considerado objetivos para el mantenimiento del negocio día a día, no significa que no deban monitorearse, lo que debe quedar claro, es que la alta dirección debe centrar su foco en el CMI, pero que el plan operativo ó de control debe continuar garantizando el cumplimiento de las condiciones estándar de la empresa para mantener su buen funcionamiento. Esta labor debe seguir centralizada a través de los coordinadores de servicios tanto asistenciales como administrativos.

Para la etapa de divulgación e implementación de la estrategia, resulta de vital importancia la etapa de sensibilización y formación de los colaboradores en el uso de esta metodología. Esto facilitará su adopción y la creación de CMI por unidades funcionales, buscando alimentar con sus resultados, los objetivos estratégicos de la institución, plasmados en la propuesta global desarrollada para la FHSJB.

La definición de las metas para cada objetivo hubiese sido más enriquecedora, si se hubiese tenido acceso a información de los principales participantes de la industria. Esto no fue posible, dada la escasez de información del sector salud y el hermetismo que las instituciones manejan en torno a su gestión.

8. CONCLUSIONES

El modelo propuesto de mapa estratégico y de cuadro de mando integral (CMI) para la Fundación Hospital San José de Buga, pretende incorporar todos los conceptos teóricos obtenidos de la revisión bibliográfica. El desarrollo de dicha propuesta, muestra como esta herramienta de gestión se ha transformado en una alternativa real para las organizaciones, por cuanto, su lógica y aplicación son alcanzables por todo tipo de organización.

La propuesta de mapa estratégico y CMI para la FHSJB se desarrolló a partir de la estrategia de complementar la eficiencia operativa lograda en estos últimos 3 años con la estrategia de diferenciación e integralidad en la oferta del servicio. La combinación de estas estrategias se centra en la generación de valor para los tres tipos de clientes, tomados como foco para garantizar el cumplimiento permanente de la misión.

Mantener la eficiencia operativa y focalizar los esfuerzos en diferenciación e integralidad del servicio, a través de la gestión de los objetivos definidos en el CMI, facilitará a la FHSJB responder a las exigencias demandadas por la Ley 100 de 1993, las cuales se centran en brindar mayor cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud, controlando los costos y logrando la sostenibilidad de la institución en el competitivo entorno de la región.

Como Institución prestadora de servicios de salud, se hace imperativa la sincronización de los activos intangibles: capital humano, capital de información y capital organizacional, con los activos tangibles de la empresa, para desarrollar capacidades que le permitan apoyar, respaldar, movilizar y sostener el proceso de cambio que conllevará a la ejecución exitosa de la estrategia y a la obtención de ventajas competitivas a mediano y largo plazo, facilitando la superación de los cambios permanentes del entorno.

Para fortalecer y dar soporte a la estrategia, es necesario priorizar la integración del sistema de información en la institución. Este mejorará la eficiencia de los procesos internos y la comunicación con las partes interesadas: los usuarios finales, clientes E.R.P., proveedores, comunidad y entes gubernamentales, entre otros.

El CMI permite integrar esfuerzos, ofreciendo un marco metodológico para ejecutar las líneas estratégicas de la organización en un proceso continuo de retroalimentación y aprendizaje, integrando y potencializando los activos tangibles e intangibles como soporte fundamental en la generación de valor para todas las partes interesadas y en la implementación de la estrategia y en el seguimiento continuo de la misma, para reaccionar proactivamente ante los continuos cambios del entorno.

BIBLIOGRAFIA

Davila, A. “Nuevas herramientas de control: el Cuadro de Mando Integral”, Revista de antiguos alumnos del IESE, septiembre 1999. p. 35

Fernández A. El Balanced Scorecard: ayudando a implantar la estrategia. En: IESE. Revista de Antiguos alumnos, marzo 2001. p. 37

Fundación Hospital San José de Buga. Recuperado el 26 de enero de 2011, de http://www.fhsjb.org/web/index.php/quienes-somos/mision-vision.

Horvath and partners. Dominar el cuadro de mando Integral. Barcelona: Gestión 2000, 2003. Cap. 5.

Inamdar and Kaplan. Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations*”*.**En:** Journal of Healthcare Management 47 no. 3 (May/June 2002): 179–196.

Kaplan Robert S. y Norton David P. The Balanced Score-card: Translating Strategy into Action, Boston. En: Harvard Business School Press, 1996.

--------. Cómo utilizar el cuadro de mando integral para implementar y gestionar su estrategia. Barcelona: Gestión 2000, 2001. Cap.5.

-------- Desarrollo de la estrategia. The Execution Premiun. Harvard Business Press. 2008 Cap. 2.

-------- Mapas Estratégicos: Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles. Barcelona: Gestión 2000, 2004. p. 31, 58, 67,493.

Kocakülah Mehmet C. and Austill David. Balanced Scorecard Application in the Health Care Industry: A Case Study. Journald of Health Care Finance/Fall 2007. p. 80 – 81, 88

Oliveira. "The Balanced Scorecard: An Integrated Approach to Performance Evaluation," Healthcare financial Management 55 no. 5(May 2001): 42–46.

Pink, MCkillop I.,Schraa E., Preyra C.,Montgomery C, and Baker G. Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. Journal of Healtcare Finance 27 no. 3 (Spring 2001): 1-20.

Porter, Michel E. ¿Qué es la estrategia?. Harvard Business Review exclusivo para Clase Empresarial. Marzo 1997 p. 82-86.

Voelker, Rakick, and French G. The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology, Hospital Topics 79(3) (Summer 2001): 13– 24.