

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Liliana Ongaro

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MODELO DE TABLERO DE CONTROL DEL HOSPITAL GARRAHAN

2010



Citar como: Ongaro, L. (2010). Descripción y análisis del modelo de tablero de control del Hospital Garrahan. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE	
1. Introducción	2
1.1 Antecedentes	7
1.2 El hospital Garrahan hoy	9
2.Planteamiento del Problema	11
2.1 Objetivo General	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. Metodología	13
4.Marco teórico	13
4.1 Gestión y sus funciones principales	14
4.2 El Control de gestión	14
4.3 Herramientas para el control de gestión	16
4.4 El Cuadro de Mando Integral	18
4.5 Características	20
4.6 Tipos de cuadro de mando	20
4.7 Puesta en práctica de C. de mando	21
4.8 Elaboración y contenido	22
4.9 Elaboración del C. de mando	24
4.10 Contenido del C. de mando	26
5. El Caso de Análisis	28
5.1 Perspectiva del usuario e indicadores	29
5.2 Perspectiva de procesos internos e indicadores	30
5.3 Perspectiva de RR.HH, Aprendizaje y Crecimiento e indicadores	31
5.4 Perspectiva económica-financiera e indicadores	32
6.Tablero de control del Hospital J.P Garrahan	34
6.1 Características de la institución	34
6.2 Visión, Misión y Valores	36
6.3 Indicadores	38
7. Tablero de control Hospital Garrahan	43
7.1 Perspectiva desde el cliente externo	44
7.2 Perspectiva desde el cliente interno	49
7.3 Perspectiva desde el proceso interno	57
7.4 Perspectiva económica- financiera	65
8. Análisis Comparativo	68
8.1 Análisis de la calidad	72
9.Tablero de control su construcción en relación a las características de gestión	75
10.CONCLUSIONES	77
11.BIBLIOGRAFIA	80

TÍTULO

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MODELO DE TABLERO DE CONTROL DEL HOSPITAL GARRAHAN.

1. INTRODUCCIÓN

El propósito del siguiente trabajo es analizar una moderna herramienta de gestión , que permite disponer de información en base a indicadores cuantificables y oportunos para la adecuada gestión de las organizaciones de salud .Esta herramienta de gestión es conocido como **tablero de control** o cuadro de indicadores ,implementándose en el Hospital J.P Garrahan en el 2004.

El Hospital J.P Garrahan es un hospital de referencia nacional e internacional para la alta complejidad pediátrica, con un modelo innovador, la comunidad lo reconoce como el mejor centro especializado en niños. Presenta estándares de calidad a nivel internacional por los resultados en trasplantes .Tiene un esquema de gestión único a nivel público en el país ,con equipos interdisciplinarios con un importante desarrollo ,formación y capacitación técnico-científico .Para el hospital como institución de salud el proceso de innovación ,esta destinado a satisfacer las exigencias del cliente /usuario , constituye un motor más potente con relación a la futura perfomance que el ciclo operativo de corto plazo, característica de los sistemas tradicionales.

En el presente trabajo se desarrollará el origen del hospital, su importancia dentro de la comunidad y del sistema sociosanitario, antecedentes del tablero de control y otras herramientas utilizadas, previo a la elaboración del mismo , dicho tablero fue elaborado por Rodríguez, J a través de una beca de investigación.(2003)

El hospital de Pediatría SAMIC Prof. Juan C. Garrahan ^{1,2)} alrededor de año 1969 de la iniciativa de un grupo de sobresalientes médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, quienes elaboraron, bajo la dirección del Dr. Carlos Gianantonio un programa médico para

un nuevo modelo de establecimiento pediátrico. Surge este Programa de la observación de la situación en la cual se encontraba la planta física de los hospitales existentes como así también la necesidad de adaptar la organización a los cambios sociales, científicos y tecnológicos de la época, de manera tal de brindar asistencia de calidad a la población pediátrica.

En el programa municipal se destacaban, entre otras, las siguientes observaciones:

- El Hospital debía «brindar prestaciones de la mayor complejidad en la rama básica de la pediatría y en sus respectivas especialidades, haciendo que el establecimiento se constituya en hospital de referencia para todo el país».
- Indicaba una organización basada en el cuidado progresivo del paciente que significa que «la estructura de los servicios del Hospital debe satisfacer las necesidades médicas y de enfermería de los pacientes en cada etapa de su enfermedad». Afirmaba también

que ello «...implica modificar la tradicional estructura de los profesionales del departamento médico...», en consecuencia «...la resultante es la constitución de equipos de trabajo que realizan tareas asistenciales en todas las áreas del Hospital...»

- Anticipaba que «el Hospital, de acuerdo a la evolución previsible de la política sanitaria, funcionará con un sistema de financiación distinto del actual, sobre la base de un sistema que, asegurando a la población una accesibilidad igualitaria, permita, a través de un sistema de seguro o similares, canalizar recursos para el funcionamiento correcto del mismo».

El desafío de la habilitación ^(1,2)

En 1984, a quince años de los pasos iniciales y aproximándose la finalización de las obras, el gobierno debió afrontar la responsabilidad de poner en funcionamiento una institución que, por sus particulares características, corría el riesgo de fracasar en el logro de sus objetivos si no se le facilitaba una organización y financiación acordes con sus necesidades.

Era evidente que en los últimos años había aumentado el deterioro del hospital público, y se reconocían, entre sus causas, las siguientes:

1. No recibieron asistencia financiera adecuada y quedaron marginados del sistema de Obras Sociales.

2. Mecanismos poco ágiles de la administración pública dificultaron el manejo presupuestario desarrollo de una política de personal ajustada a sus necesidades.

3. Falta de acciones de mantenimiento y renovación de edificios y equipamiento, con su consecuencia de deterioro, incomodidades y carencias.

4. Insuficiente incorporación de tecnología moderna de alta complejidad.

Por entonces, la magnitud de la empresa, la dura situación económica imperante, y la convicción de que la administración pública no constituía una herramienta idónea para la tarea, alentaron en algunos sectores la idea de que se estaba frente a una pesada herencia producto del espíritu de otras épocas, la cual no se podía ni debía afrontar.

Además, los cuerpos profesionales de los Hospitales pediátricos existentes resistían todo proyecto que amenazara sus posiciones y territorios, oponiéndose a la creación de un nuevo modelo de Hospital.

En otros sectores, también cercanos al ámbito del gobierno, que veían en esta situación crítica una oportunidad para definir un modelo alternativo al hospital tradicional, se hizo carne la necesidad de la habilitación en condiciones que asegurasen el cumplimiento de los objetivos iniciales.

Por último, la comunidad se expresaba de diferentes formas reclamando la puesta en marcha del establecimiento.

Como es natural, la cuestión fue abordada desde distintas perspectivas, y las diferencias de criterios existentes en la comunidad pediátrica y sanitaria tomaron, con frecuencia, estado público.

Al fin prevaleció la idea de habilitar el Hospital generando para ello un modelo fuertemente descentralizado, y con una organización asistencial que indujera características superadoras de los esquemas tradicionales, requerimientos estos últimos, ya planteados en el programa original.

El Decreto del PEN 598 del 20 de abril de 1987 creó el Ente Hospital de Pediatría SAMIC, conforme a lo prescrito en la Ley 17.102, y el Decreto Reglamentario 8284/68. Se constituyó el Ente con carácter provisional por un período de dos años y su Consejo de Administración se integró con dos representantes del Ministerio de Salud Nacional y dos representantes de la MCBA. Ambas partes se comprometieron

a asistir presupuestariamente al Hospital en igual proporción. A los dos años de este hecho, y superado con éxito el período de constitución provisional del Ente, el PEN, por medio del Decreto 815/89, consolidó a la entidad «Hospital de Pediatría SAMIC, Profesor Doctor Juan P. Garrahan» en el marco de la Ley 17.102.

COMENTARIOS ^(1,2,3)

1. Gobiernos de distinto signo político generaron ,como respuesta al reconocimiento de una realidad adversa, marcos legales que hicieron posible la puesta en marcha de modelos hospitalarios alternativos y los sostuvieron frente a la reacción que generaron los intereses perjudicados. En ocasiones, mientras se deshacía el proyecto de un gobierno anterior, se gestaba en otros ámbitos del mismo gobierno una nueva propuesta reformadora.
2. Los modelos de cambio atrajeron profesionales jóvenes cuya calidad y compromiso fueron factores importantes en el éxito inmediato de los proyectos.
3. Los proyectos obtuvieron reconocimiento inmediato por parte de la población y resistencia marcada en los grupos médico-sanatoriales locales.
4. Las experiencias de los Hospitales Regionales de Mar del Plata y Comodoro Rivadavia, así como la del Hospital de Pediatría, tuvieron lugar en establecimientos nuevos. Existió conciencia de la necesidad de poner en marcha modelos que superasen los tradicionales en vigencia.

A tal fin el hospital Garrahan tenía 3 objetivos principales: ^(1,2,3)

"Brindar atención médica integral y de la mejor calidad disponible a la población infantil de su área de influencia."

"Actuar como Hospital de referencia del sistema de atención médica pediátrica, principalmente en el área Metropolitana, teniendo en cuenta su proyección en el ámbito nacional."

Desarrollar programación de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad, en el área de atención médica y administrativa sanitaria."

El modelo propuesto se basaba en la atención de los cuidados del paciente por cuanto toda la estructura de los Servicios del Hospital está abocada resolver las necesidades médicas y de enfermería en cada etapa de la enfermedad del paciente. Concepto

revolucionario que cambiaba la estructura tradicional del médico del sector por la del médico que realiza tareas asistenciales en todas las áreas del Hospital.

De acuerdo a esta nueva modalidad también se debía cambiar el modo de financiación y administración por el cual se aseguraba la accesibilidad igualitaria de la población recibiría los recursos necesarios para su correcto funcionamiento.

Es desde su creación el 25 de abril de 1987 que el hospital Garrahan ha mantenido un interés permanente en el desarrollo de nuevas estrategias de gestión, que permitieran mejorar la calidad de la atención de los pacientes y optimizar la utilización de los recursos. Es en el 2004 que se crea el Tablero de control del hospital, creando una herramienta de motivación, comunicación, asignación de responsabilidades y evaluación, que permitiera generar un nuevo sistema de gestión más ágil, comprometida y eficiente. Fueron sus antecedentes el boletín mensual y anual, información elaborada por la **oficina de estadística del hospital**, (producción asistencial, consultorio externo, especialidades, internación, egresos, indicadores de rendimiento del recurso cama, intervenciones quirúrgicas etc.). **Información on line** a través del sistema informático, en 1991 este fue un proyecto de transferencia de tecnología entre los ministerios de salud de la Argentina y Francia, **C-PAGE**, a partir de este proyecto, el hospital fue poniendo en marcha en forma progresiva los distintos módulos y adaptándolos a la realidad propia operativa y de gestión de cada área. Esta compuesto por los siguientes módulos de gestión: módulos de pacientes, módulos de recursos humanos, módulo económico, módulo de facturación además de informes financieros, clasificación de pacientes por isoconsumos, informes sobre situaciones emergentes, seguimiento de acontecimientos adversos.

Es a través del **Tablero de Control** que se genera una visión unificada de la organización, se diagnostica adecuadamente una situación, permite la evaluación continua de los objetivos planteados, establecer un idioma homogéneo entre diferentes áreas, contribuye a las metas de la organización, refleja la estructura de la organización y su grado de descentralización, facilita las toma de decisiones a través de indicadores claves de gestión.

La estructura del presente trabajo se organiza en una primera parte de descripción del Hospital De Pediatría J.P Garrahan, definición de objetivos generales y específicos y la

estrategia metodológica , un desarrollo acerca del marco teórico las diferentes perspectivas que componen el tablero de control del hospital e indicadores .

1.1 ANTECEDENTES ^(1,2)

Antecedentes del Hospital de Pediatría Sistema de Atención Médica de la Comunidad Prof. Juan P. Garrahan

El proyecto de diseño del hospital es solicitado mediante concurso de croquis preliminares por la Secretaría de Estado de Salud Pública en el año 1971.

A fines de 1973 el Ministerio de Bienestar Social decide cambiar el lugar donde se construiría el Hospital ,el proyecto inicial ubicaba al hospital en la Zona Norte, Puente Saavedra y la locación actual es en el Barrio de Constitución entre las calles: Combate de los Pozos, Pichincha, Avenida Brasil y 15 de Noviembre ; las obras comenzaron el 6 de mayo de 1975.

En 1984, a quince años de los pasos iniciales y aproximándose la finalización de las obras, debía encararse la etapa de la puesta en marcha y con ello la definición de la organización y financiación adecuada a las necesidades particulares dadas por las particularidades de sus objetivos.

Por cuanto se conformaron pequeños grupos de trabajo con distintas disciplinas y especialidades médicas, expertos en administración y en mantenimiento hospitalario que abordaron los siguientes temas:

- Estudios del programa médico original y sus modificaciones.
- Reconocimiento del recurso físico disponible.
- Elaboración de la propuesta e inicio de los trámites de compra, a través del nivel central y del equipamiento faltante.
- Encuadre jurídico administrativo
- Puesta en operación de la planta
- Elaboración de la propuesta de insumos e inicio de los trámites de compra

Grupos de trabajo conformados:

Por personal administrativo-contable

De mantenimiento

De enfermería

Delaboratorio

Los hospitales públicos en ese momento se encontraban en un gran deterioro y dentro de sus causas se podían reconocer las siguientes:

1. No recibieron asistencia financiera adecuada y quedaron marginados del sistema de Obras Sociales.
2. Mecanismos poco ágiles de la administración pública dificultaron el manejo presupuestario y el desarrollo de una política de personal ajustada a sus necesidades.
3. Falta de acciones de mantenimiento y renovación de edificios y equipamiento, con su consecuencia de deterioro, incomodidades y carencias.
4. Insuficiente incorporación de tecnología moderna de alta complejidad.

Entre las cosas a que debieron afrontar además de la oposición de los cuerpos profesionales de los otros hospitales de pediatría por la creación de este nuevo concepto de Hospital que pudiera amenazar sus posiciones y territorios, se sumaba la dura situación económica de la época, las dudas que caían sobre la administración pública y su posibilidad de administrar este nuevo modelo de atención.

Finalmente el modelo definido con gran énfasis en la descentralización fue establecido en el Decreto del PEN 598 del 20 de abril de 1987 creó el Ente Hospital de Pediatría SAMIC, conforme a lo prescrito en la Ley 17.102 y el Decreto Reglamentario 8284/68. Se constituyó el Ente con carácter provisional por un período de dos años y su consejo de Administración se integró con dos representantes del Ministerio de Salud Nacional y dos representantes de la CABA. Ambas partes se comprometieron a asistir presupuestariamente al Hospital en igual proporción. A los dos años de este hecho, y superado con éxito el período de constitución provisional del Ente, el PEN, por medio del Decreto 815/89, consolidó a la entidad «Hospital de Pediatría SAMIC, Profesor Doctor Juan P. Garrahan» en el marco de la Ley 17.102.

El encuadre legal en el cual se crea el hospital está dado por la **"LEY DE HOSPITALES DE COMUNIDAD"** nro. 17.102 del año 1966 que permitía la creación de hospitales descentralizados con capacidad para integrar la asistencia de personas con y sin recursos y con cobertura.

Ley 17.102 del año 1966 permitía la creación de hospitales descentralizados con capacidad para integrar la asistencia de personas con y sin recursos o cobertura. Los aspectos más destacados de esta Ley eran tres:

1. Autorizaba al gobierno nacional a crear entidades descentralizadas, de carácter asistencial o sanitario, en plantas físicas de su propiedad asociándose con el Municipio donde estuviere radicado el establecimiento, la Provincia y otros organismos de carácter público o privado, si lo considerara conveniente.
2. Cada uno de estos nuevos entes sería denominado genéricamente Sistema de Atención Médica de la Comunidad (SAMIC) y estaría gobernado por un Consejo de Administración integrado por un representante por cada una de las partes que integrasen el Servicio, cuyo número no podría ser menor de 4 ni mayor de 12.
3. El Consejo de Administración tendría las facultades necesarias para el manejo de la empresa, debiendo contar con la aprobación de los estatutos de funcionamiento por parte del Poder Ejecutivo Nacional (PEN).
4. Los nuevos SAMIC se constituirían por un período provisional no mayor de tres años, al cabo de los cuales el PEN optaría por la condición jurídica que en definitiva decidiera asignarle.
5. Su presupuesto se integraría, además de los créditos que el gobierno decidiera asignarle, por el producto de los servicios que prestase.
6. Debería asegurarse la igualdad de la atención de las personas independientemente de la capacidad de pago.

1.2 El Hospital Garrahan hoy

En la actualidad el Hospital cuenta con 510 camas, 6 Terapias intensivas, ocupa una superficie de 106.000 metros cuadrados aprox. 63.000 cubiertos. El porcentaje de

ocupación es del 95%. Tiene un promedio de estadía de 7.5 días y está organizado con un criterio de cuidados progresivos.

Su planta de personal está conformada por 3500 agentes y 500 personas contratadas en servicios a terceros, funciona las 24 horas, los 365 días del año, en un horario extendido de 8 a 16 horas, y sábados de 8 a 12 horas, cubriéndose el resto del horario con personal de guardia.

Cuenta dentro de su planta con 3 enfermeros por cada médico.

La modalidad presupuestaria del hospital es de presupuesto global. Proveniente de dos jurisdicciones, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Ministerio de Salud de la Nación. Completa el presupuesto la identificación del tercer pagador, fundamentalmente la Seguridad Social. El presupuesto es elaborado por el hospital se toma como base la actividad que el hospital desarrolló el año anterior.

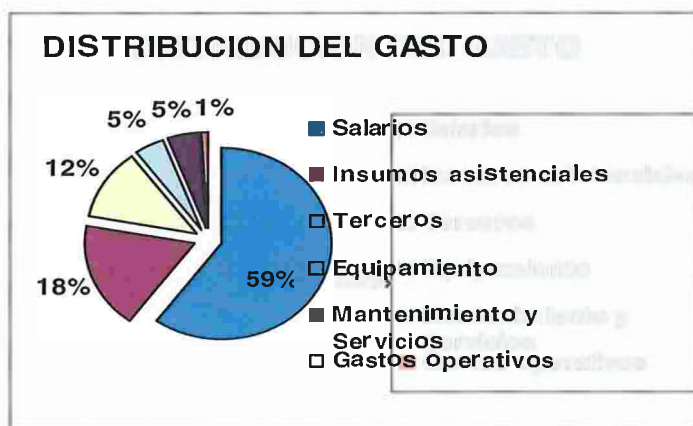
Existe una propuesta de reducción del Financiamiento por parte de C.A.B.A. a la mitad del aporte al que está obligada.

A la fecha queda pendiente parte del aporte del 2008, siendo la deuda de 6.833.681 y queda pendiente del presupuesto del 2009 la suma de 14.267.000 y el retroactivo de carrera hospitalaria de 26.349.114 \$.

Dada esta situación debía realizar cambios en cuanto al pago a proveedores retrasando la fecha efectiva del abono.

Son 3 los ítems que hacen a las mayores erogaciones

- a. Salarios. (59 %)
- b. Insumos Asistenciales (18%) (Medicación, alimentos, insumos)
- c. Terceros (12%)



Fuente: Presupuesto Hospital Garrahan 2009

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada las características de la organización de salud del hospital Garrahan: alta complejidad pediátrica, gestión descentralizada, autogestión, cuidados progresivos, adhocrático, estructura matricial, atención interdisciplinaria, y zona de influencia en todo el país.

Realizándose gestión por procesos, gestión clínica, gestión de pacientes, gestión de enfermedades crónicas, aplicación de la tecnología y la información en la ejecución de los procesos.

Producción de servicios de calidad, comprometiéndose con la eficiencia, efectividad, eficacia, equidad y accesibilidad.

Siendo su **Misión**:

- Brindar atención al paciente por el equipo de salud
- Gestión de calidad en las prestaciones y servicios de apoyo
- Gestión de recursos humanos por competencias y resultados
- Desarrollo profesional de sus agentes
- Docencia e investigación

Las preguntas a plantearse serían :

- ¿ Cómo influyeron en la construcción del tablero de control las particularidades de la institución
- Cuáles son las características existentes que lo diferencian al tablero de control del Hospital Garrahan con los modelos descriptivos

2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente trabajo será explorar y describir el modelo de tablero de control del Hospital Garrahan.
Y poder realizar un análisis comparativo del tablero de control de la institución con los modelos descriptivos .

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características de la institución
- Describir las características de gestión de la institución
- Precisar la misión, visión , valores.
- Identificar y describir los indicadores de los Tableros de control de la institución
- Graficar los indicadores seleccionados
- Determinar los indicadores y su vinculación con el modelo de gestión de la institución
- Que privilegia la institución
- Definir las características de calidad

3.METODOLOGÍA ⁽⁴⁾

El trabajo realizado se encuentra dentro de las características del tipo estudio de caso, es descriptivo.

Este tipo de investigación implica el estudio en profundidad de las características de un fenómeno determinado para facilitar su comprensión.

En general todas las definiciones coinciden en una indagación detallada, sistemática y en profundidad del caso que es objeto de interés

El caso puede ser desde una persona, una comunidad, una organización en su conjunto o alguna unidad dentro de la organización, la exigencia es que posea identidad propia.

La estrategia metodológica conducente al logro de los objetivos planteados en el proyecto será de tipo cualitativo..

4. MARCO TEÓRICO

4.1 GESTIÓN , sus funciones ^(6,7,8,9,10,11,14,15)

4.2 Control de gestión

La nueva gestión pública implica pasar del concepto de administrar el de gestionar. Obliga a utilizar técnicas de control que verifiquen los objetivos. Desde finales de los años setenta ha ido surgiendo un cuestionamiento a la utilidad de los indicadores tradicionales de la producción. Los cambios tecnológicos y socioculturales han generado nuevos sistemas de control, apuntando a una mejora continua en la calidad como en la satisfacción del usuario. Los servicios sanitarios tiene que adaptarse a las nuevas exigencias, estar de cara al usuario, los directivos centrarse en mejoras de los procesos, competitividad y financiamiento sustentable, recuperación de costos, información

confiable, motivación al persona, organización de equipos y capacitarlos. Integrando el conocimiento con la eficiencia en la utilización de los recursos y el aumento de la equidad. Es a partir de estos conceptos y otros más que surge como herramienta importante en la gestión, el balanced scorecard, o cuadro de mando integral o tablero de mando.

El CMI es una forma integrada, balanceada y estratégica de medir el progreso actual y suministrar la dirección futura, que permita transformar la visión en acción por medio de un conjunto coherente de objetivos e indicadores.

Schweiger ⁶ (2003), refiere que a partir de la "Relación de Agencia", ante la diferencia de objetivos y la información asimétrica entre el Principal y el Agente, surge la necesidad de instaurar sistemas de "Control de Gestión".

Los mercados imperfectos del sector salud se caracterizan por distintas relaciones de agencia, desde la conocida relación entre "Médico-Paciente" hasta la relación entre Financiadores y Prestadores de Servicios.

Es en este contexto de mercados imperfectos, que la gestión de sistemas de salud o de organizaciones financiadoras o prestadoras de servicios de salud requiere de desarrollo de "Sistemas de Información Gerencial" (SIG) para aplicar la gestión por objetivos y control de gestión por resultados.

Al respecto la literatura de administración de empresas acerca diversos conceptos e instrumentos para el monitoreo de la gestión como base del SIG. Entre ellos se destaca un conjunto de indicadores financieros denominados "Tableros o Cuadro de Mando", formado por un "sistema de ratios" que con formato piramidal y basados en datos contable financiero aportan elementos para la gestión financiera. Más recientemente se desarrolló el concepto de "Cuadro de Mando Integral" donde se integran las perspectivas financieras con indicadores de otras áreas críticas de gestión, destacándose entre ellas las de producción, recursos humanos, investigación y desarrollo.

Sistema de Control Gerencial, este concepto adoptado por la literatura francesa, significa verificación o examen, detecta los desvíos existentes entre lo realizado y la meta. El control se ejerce a posteriori y penaliza errores cometidos. Contrariamente, el término anglosajón, control significa autocontrol de tareas realizadas.

Las funciones principales del SIG son: evaluar globalmente el desempeño de instituciones y programas de salud; identificar los factores o problemas más relevantes del perfil de productividad de las organizaciones del sector salud; facilitar el análisis de dichos factores

o problemas a fin de determinar opciones de cambio, en el marco de los procesos de reforma sectorial y modernización de la administración de salud ;monitorear los procesos de cambio y la evaluación de impacto de medidas de ajuste institucional que sean adoptadas para atacar la problemática que el propio SIG permite identificar ;establecer los costos de la áreas críticas o de los centros de responsabilidad resultantes de la organización o empresa analizada.

Todo SIG concentra en un "Cuadro de Mando" un conjunto de indicadores que permiten una rápida visualización del desempeño de las áreas críticas de gestión para la toma de decisiones de gestión de organizaciones sanitarias.

El Cuadro de Mando es una herramienta de gestión que permite disponer de información en base a indicadores cuantificables y oportunos para la adecuada gestión de las empresas y organizaciones de salud. El CIM también conocido como tablero de control o cuadro de indicadores, tiene antecedentes en la literatura de administración de empresas y de economía. En términos económicos el CIM constituye un sistema de señales de la empresa con indicadores internos y de mercado, que permite orientar mejor las decisiones económicas de los gerentes y racionalizar el proceso de gestión de la empresa u organización de salud.

Desde el enfoque de administración de empresas , el CIM permite realizar análisis de administración estratégica, mediante el uso de la matriz FODA (fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas)

Díaz (2001) al referirse al esquema práctico para la construcción de un cuadro de mando, dice que para tener un CIM hay que contar con una estrategia, un plan de mediano plazo, o con objetivos estratégicos , que surgen de un diagnóstico matricial y de un análisis de proceso que se deben relacionar con metas, las perspectivas desde donde se podrá controlar la consecución de las mismas. Si bien los autores originales del CIM sugieren cuatro perspectivas desde donde seguir los objetivos estratégicos, éstas pueden ser más, y el peso entre ellas para el cumplimiento de cada objetivo estratégico es diferente, también se modifica en relación a la misión de la empresa. El CIM controla el cumplimiento de las metas que hacen honrar los objetivos estratégicos. Si no se debatió, el consenso, si no se participó y se generó visión compartida por los mismos, no se puede tener un cuadro de mando.

Por qué implementar un sistema de control integral : .Para incorporar la estrategia a la gestión diaria ,para gestionar en entornos dinámicos y hostiles, por la descentralización de las decisiones, por los recursos escasos, por las exigencias del usuario, para contener el aumento de los costos, por la competencia con otros servicios, para mejorar la accesibilidad, para aumentar la equidad, para tener una concepción sintética de la organización, para generar una visión compartida, por la responsabilidad de ser más eficaces.

Aportes que puede realizar un CIM en la mejora de la empresa y los sistemas de salud:
Aportes a la gestión.

Traduce la estrategia de la organización en un conjunto de indicadores que informan el logro de los objetivos.

Es útil para comunicar la misión a toda la organización. Aplicar la misión al trabajo diario

Para que los objetivos de los trabajadores sean coherentes con los de los de la propia empresa

Es un sistema de información, control, comunicación, motivación y formación.

Más que un controlador es un simulador de vuelo.

Relaciona el proceso de planificación con la ejecución.

Al identificar claves del éxito de la organización puede ser de gran ayuda para los procesos de reingeniería.

Contribuye a la revisión permanente de la estrategia

4.3 Herramientas para el control de gestión

Es posible identificar distintas herramientas para el control de gestión. Uno muy difundido son los tableros de indicadores. Ballvé (2000) en su libro Tablero de Control define cuatro tipos genéricos de Tableros.^(18,19)

Ballvé , define al Tablero de control como el conjunto de indicadores cuyo seguimiento periódico permitirá contar con un mayor conocimiento de la situación de la institución.

Denominados por algunos "tableros de comando" también se definen como un sistema integrado de gestión estratégica, que permite ver como la estrategia se traslada a la acción gestionable a través de relaciones causa-efecto, vinculando el logro de objetivos estratégicos a través de cuatro perspectivas con indicadores e inductores ejecutados a

través de iniciativas. Actúan como un sistema de medición, un sistema de administración estratégica y una herramienta de comunicación.

El autor describe cuatro tipos genéricos de tableros :

- Tablero de control operativo
- Tablero de control directivo
- Tablero de control estratégico
- Tablero de control integral

Tablero de Control Operativo: se lo define como aquel que permite realizar un seguimiento diario del estado de situación de un sector o proceso de la empresa para tomar en forma inmediata las medidas correctivas que sean necesarias. Por ejemplo, información sobre los internados por día, cantidad de determinada práctica que fueron realizadas o solicitadas en el día.

Tablero de Control Directivo: este va a posibilitar monitorear los resultados de la empresa en su conjunto, y de sus áreas claves. Está más orientado a los resultados internos y al corto plazo.

Tablero de Control Estratégico: este brindará información tanto interna como externa a la organización, con respecto al posicionamiento estratégico de la empresa y a largo plazo.

Tablero de Control Integral: constituye el resumen de los tres anteriores, porque va a resumir la información más importante de cada uno de ellos y esta destinada a la dirección superior para que pueda interiorizarse de la situación integral de su empresa.

A estos cuatro modelos definidos podemos incorporar la de Cuadro de Mando Integral.

Cuadro de mando Integral: Según Kaplan y Norton lo definen como la herramienta que le brinda a la dirección de una organización un amplio marco en el

que se traduce la visión y estrategia de toda la organización en un conjunto de indicadores

4.4 CUADRO DE MANDO INTEGRAL (8,9,17,21,22,23,27)

Es una herramienta de la gestión que permite disponer de información en base a indicadores cuantificables y oportunos para la adecuada gestión de las organizaciones de salud. Es conocido también como tablero de control o cuadro de indicadores.

El concepto de cuadro de mando integral – CMI (Balanced Scorecard – BSC) fue presentado en el número de Enero/Febrero de 1992 de la revista [Harvard Business Review](#), con base en un trabajo realizado para una empresa de semiconductores (La empresa en cuestión sería Analog Devices Inc.). Sus autores, [Robert Kaplan](#) y [David Norton](#), plantean que el CMI es un sistema de administración o sistema administrativo (Management system), que va más allá de la perspectiva financiera con la que los gerentes acostumbran evaluar la marcha de una empresa.

Es un método para medir las actividades de una compañía en términos de su visión y estrategia. Proporciona a los administradores una mirada global de las prestaciones del negocio.

Es una herramienta de la gestión que muestra continuamente cuándo un hospital y sus empleados alcanzan los resultados definidos por el plan estratégico. También es una herramienta que ayuda a expresar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia.

Según el libro "The Balanced ScoreCard: Translating Strategy into Action", Harvard Business School Press, Boston, 1996:

"el BSC es una herramienta revolucionaria para movilizar a la gente hacia el pleno cumplimiento de la misión, a través de canalizar las energías, habilidades y conocimientos específicos de la gente en la organización hacia el logro de metas estratégicas de largo plazo. Permite tanto guiar el desempeño actual como apuntar el desempeño futuro. Usa medidas en cuatro categorías -desempeño financiero, conocimiento del cliente, procesos internos de negocios y aprendizaje y crecimiento- para alinear iniciativas individuales,

organizacionales y trans-departamentales e identifica procesos enteramente nuevos para cumplir con objetivos del cliente y accionista .El BSC es un robusto sistema de aprendizaje para probar, obtener realimentación y actualizar la estrategia de la organización. Provee el sistema gerencial para que las compañías inviertan en el largo plazo -en clientes, empleados, desarrollo de nuevos productos y sistemas más bien que en gerenciar la última línea para bombear utilidades de corto plazo. Cambia la manera en que se mide y gerencia un negocio".

El CMI es por lo tanto un sistema de gestión estratégica, que consiste en:

Formular una estrategia consistente y transparente.

Comunicar la estrategia a través de la organización.

Coordinar los objetivos de las diversas unidades organizativas.

Conectar los objetivos con la planificación financiera y presupuestaria.

Identificar y coordinar las iniciativas estratégicas.

Es una herramienta de gestión analítica orientada a mejorar el rendimiento de toda la organización, midiendo y optimizando los procesos de gestión y utilizando indicadores financieros y no financieros.

Teoría top-down : define una estrategia o visión global de negocio y la traduce en medidas de gestión.

Incluye a toda la organización globalmente y va a tener un efecto en la salud financiera de la organización a largo plazo.

Ayuda a las organizaciones a transformar la estrategia en objetivos operativos, que a su vez constituyen la guía para la obtención de resultados y de comportamientos estratégicamente alineados de las personas de la organización.

PASOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CUADRO DE MANDO

Definir la VISIÓN de la organización

Formular los objetivos generales y por área

Seleccionar los indicadores

Factibilidad de la captura de la información

Fijar metas

Identificar responsables del seguimiento

Objetivar desviaciones

Graficar

4.5 Características del Cuadro de Mando (20,27,28,29,30)

En la actualidad -debido a las turbulencias del entorno empresarial, influenciado en la mayoría de los casos por una gran presión competitiva, así como por un auge de la tecnología, es cuando comienza a tener una amplia trascendencia, el concepto de Cuadro de Mando deriva del concepto denominado "tableau de bord" en Francia, que traducido de manera literal, vendría a significar algo así como tablero de mandos, o cuadro de instrumentos.

A partir de los años 80, es cuando el Cuadro de Mando pasa a ser, además de un concepto práctico, una idea académica, ya que hasta entonces el entorno empresarial no sufría grandes variaciones, la tendencia del mismo era estable, las decisiones que se tomaban carecían de un alto nivel de riesgo.

Para entonces, los principios básicos sobre los que se sostenía el Cuadro de Mando ya estaban estructurados, es decir, se fijaban unos fines en la entidad, cada uno de éstos eran llevados a cabo mediante la definición de unas variables clave, y el control era realizado a través de indicadores.

Básicamente, y de manera resumida, podemos destacar tres características fundamentales de los Cuadros de Mando:

- 1.La naturaleza de las informaciones recogidas en él, dando cierto privilegio a las secciones operativas, para poder informar a las secciones de carácter financiero, siendo éstas últimas el producto resultante de las demás.
- 2.La rapidez de ascenso de la información entre los distintos niveles de responsabilidad.
- 3.La selección de los indicadores necesarios para la toma de decisiones, sobre todo en el menor número posible.

En definitiva, lo importante es establecer un sistema de señales en forma de Cuadro de Mando que nos indique la variación de las magnitudes verdaderamente importantes que debemos vigilar para someter a control la gestión.

4.6 Tipos de Cuadro de Mando

A la hora de disponer una relación de Cuadros de Mando, muchos son los criterios que se pueden entremezclar, siendo los que a continuación se describen, algunos de los más indicativos, para clasificar tales herramientas de apoyo a la toma de decisiones.

- El horizonte temporal.
- Los niveles de responsabilidad y/o delegación.
- Las áreas o departamentos específicos.

Otras clasificaciones:

- La situación económica.
- Los sectores económicos.
- Otros sistemas de información.

En la actualidad, no todos los Cuadros de Mando están basados en los principios de Kaplan y Norton, aunque sí influenciados en alguna medida por ellos. Por este motivo, se suele emplear con cierta frecuencia el término Dashboard, que relaja algunas características teóricas del Cuadro de Mando. De forma genérica, un Dashboard engloba a varias herramientas que muestran información relevante para la empresa a través de una serie de indicadores de rendimiento, también denominados KPIs (Key Performance Indicators).

Con una frecuencia mucho menor se utiliza el concepto de Cuadro de Mando Operativo, que es una utilidad de control enfocada a la monitorización de variables operativas, es decir, indicadores rutinarios ligados a áreas o departamentos específicos de la empresa. Su puesta en funcionamiento es más barata y sencilla, por lo que suele ser un buen punto de partida para aquellas compañías que intentan evaluar la implantación de un Cuadro de Mando Integral.

4.7 Puesta en práctica del Cuadro de Mando

Seis serán las etapas propuestas:

- 1 .Análisis** de la situación y obtención de información.
- 2 .Análisis** de la empresa y determinación de las funciones generales.
- 3. Estudio** de las necesidades según prioridades y nivel informativo.
- 4. Señalización** de las variables críticas en cada área funcional.
- 5 .Establecimiento** de una correspondencia eficaz y eficiente entre las variables críticas y las medidas precisas para su control.
- 6 .Configuración** del Cuadro de Mando según las necesidades y la información obtenida.

En una primera etapa, la empresa debe conocer en qué situación se encuentra, valorar dicha situación y reconocer la información con la que va a poder contar en cada momento o escenario, tanto la del entorno como la que maneja habitualmente.

Esta etapa se encuentra muy ligada con la segunda, en la cual la empresa habrá de definir claramente las funciones que la componen, de manera que se puedan estudiar las necesidades según los niveles de responsabilidad en cada caso y poder concluir cuáles son las prioridades informativas que se han de cubrir, cometido que se llevará a cabo en la tercera de las etapas.

Por otro lado, en una cuarta etapa se han de señalar las variables críticas necesarias para controlar cada área funcional. Estas variables son ciertamente distintas en cada caso, ya sea por los valores culturales y humanos que impregnan la filosofía de la empresa en cuestión, o ya sea por el tipo de área que nos estemos refiriendo. Lo importante en todo caso, es determinar cuáles son las importantes en cada caso para que se pueda llevar a cabo un correcto control y un adecuado proceso de toma de decisiones.

Posteriormente, y en la penúltima de nuestras etapas, se ha de encontrar una correspondencia lógica entre el tipo de variable crítica determinada en cada caso, y el ratio, valor, medida, etc, que nos informe de su estado cuando así se estime necesario. De este modo podremos atribuir un correcto control en cada momento de cada una de estas variables críticas.

En último lugar, deberemos configurar el Cuadro de Mando en cada área funcional, y en cada nivel de responsabilidad, de manera que albergue siempre la información mínima, necesaria y suficiente para poder extraer conclusiones y tomar decisiones acertadas

4.8 Elaboración y Contenido del Cuadro de Mando

Los responsables de cada uno de los Cuadros de Mando de los diferentes departamentos, han de tener en cuenta una serie de aspectos comunes en cuanto a su elaboración. Entre dichos aspectos cabría destacar los siguientes:

Los Cuadros de mando han de presentar sólo aquella información que resulte ser imprescindible, de una forma sencilla y por supuesto, sinóptica y resumida.

El carácter de estructura piramidal entre los Cuadros de Mando, ha de tenerse presente en todo momento, ya que esto permite la conciliación de dos puntos básicos: uno, que cada vez más se vayan agregando los indicadores hasta llegar a los más resumidos y dos, que a cada responsable se le asignen sólo aquellos indicadores relativos a su gestión y a sus objetivos.

Tienen que destacar lo verdaderamente relevante, ofreciendo un mayor énfasis en cuanto a las informaciones más significativas.

No se puede olvidar la importancia que tienen tanto los gráficos, tablas y/o cuadros de datos, etc, ya que son verdaderos nexos de apoyo de toda la información que se resume en los Cuadros de Mando.

La uniformidad en cuanto a la forma de elaborar estas herramientas es importante, ya que esto permitirá una verdadera normalización de los informes con los que la empresa trabaja, así como facilitar las tareas de contrastación de resultados entre los distintos departamentos o áreas.

De alguna manera, lo que incorporemos en esta herramienta, será aquello con lo que podremos medir la gestión realizada y, por este motivo, es muy importante establecer en cada caso qué es lo que hay que controlar y cómo hacerlo. En general, el Cuadro de Mando debe tener cuatro partes bien diferenciadas:

Una primera en la que se deben de constatar de forma clara, cuáles son las variables o aspectos clave más importantes a tener en cuenta para la correcta medición de la gestión en un área determinada o en un nivel de responsabilidad concreto.

Una segunda en la que estas variables puedan ser cuantificadas de alguna manera a través de los indicadores precisos, y en los períodos de tiempo que se consideren oportunos.

En tercer lugar, en alusión al control de dichos indicadores, será necesaria la comparación entre lo previsto y lo realizado, extrayendo de algún modo las diferencias positivas o negativas que se han generado, es decir, las desviaciones producidas.

Por último, es fundamental que con imaginación y creatividad, se consiga que el modelo de Cuadro de Mando que se proponga en una organización, ofrezca soluciones cuando así sea necesario.

4.9 Elaboración del Cuadro de Mando

No deben perderse de vista los objetivos elementales que se pretenden alcanzar mediante el Cuadro de Mando, ya que sin unos fines a alcanzar, difícilmente se puede entender la creación de ciertos informes. Entre dichos objetivos podemos considerar que:

Ha de ser un medio informativo destacable. Sobre todo ha de conseguir eliminar en la medida de lo posible la **burocracia informativa** en cuanto a los diferentes informes con los que los hospitales pueden contar.

Debe ser una herramienta de diagnóstico. Se trata de especificar lo que no funciona correctamente, en definitiva ha de comportarse como un **sistema de alerta**. En este sentido, tenemos que considerar dos aspectos:

1. Se han de poner en evidencia aquellos parámetros que no marchan como estaba previsto. Esta es la base de la gestión por excepción, es decir, el Cuadro de Mando ha de mostrar en primer lugar aquello que no se ajusta a los límites absolutos fijados, y en segundo advertir de aquellos otros elementos que se mueven en niveles de tolerancia de cierto riesgo.

Esta herramienta debería de seleccionar tanto la cantidad como la calidad de la información que suministra en función de la repercusión sobre los resultados que vaya a obtener.

En relación a la confrontación entre realizaciones y previsiones, ha de ponerse de manifiesto su eficacia. El análisis de las desviaciones es básico a la hora de estudiar la trayectoria de la gestión así como en el proceso de toma de decisiones a corto plazo.

Debe promover el diálogo entre todos. Mediante la exposición conjunta de los problemas por parte de los distintos responsables, se puede avanzar mucho en cuanto a la agilización del proceso de toma de decisiones. Es preciso que se analicen las causas de las

desviaciones más importantes, proporcionar soluciones y tomar la vía de acción más adecuada.

Ha de ser útil a la hora de asignar responsabilidades. Además la disponibilidad de información adecuada, facilita una comunicación fluida entre los distintos niveles directivos y el trabajo en grupo que permite mejorar resultados.

Ha de ser motivo de cambio y de formación continuada en cuanto a los comportamientos de los distintos directivos y/o responsables. Ha de conseguir la motivación entre los distintos responsables. Esto ha de ser así, sobre todo por cuanto esta herramienta será el reflejo de su propia gestión.

2 .Por último y como objetivo más importante, esta herramienta de gestión debe facilitar la toma de decisiones. Para ello, el modelo debería en todo momento:

Facilitar el análisis de las causas de las desviaciones. Para ello se precisaría de una serie de informaciones de carácter complementario en continuo apoyo al Cuadro de mando, además de la que pudiera aportarle el Controller, ya que en muchas ocasiones disfruta de cierta información de carácter privilegiado que ni siquiera la Dirección conoce.

Proporcionar los medios para solucionar dichos problemas y disponer de los medios de acción adecuados.

Saber decidir como comportarse. En cierto modo, estaríamos haciendo referencia a un sistema inteligente, a un sistema que se iría nutriendo de la propia trayectoria de la empresa, y que cada vez mejor, suministraría una información y un modo de actuar óptimo

Los principales elementos que pueden hacer que el Cuadro de mando muestre notables diferencias con respecto a otras herramientas contables y de gestión:

1. El carácter de la información utilizada.

2. La relación entre el Cuadro de mando y el perfil característico de la persona destinataria.

3. La solución de problemas mediante acciones rápidas.

4 .Informaciones sencillas y poco voluminosas

En relación con el tipo de información utilizada, el Cuadro de Mando aparte de reunir información de similares características que la empleada en las distintas disciplinas de naturaleza contable, es decir, financiera, debe contener información de carácter no

financiero. Ya desde su presentación como útil de gestión, el Cuadro de Mando se destacaba por su total flexibilidad para recoger tal información.

Otro aspecto que cabe destacar, es la relación mutua que ha de existir entre el Cuadro de Mando y el perfil de la persona a quien va destinado. Precisamente, las necesidades de cada directivo, han de marcar la pauta que caracterice y haga idónea a esta herramienta en cada caso y situación, sobre todo con respecto al nivel de mayor responsabilidad de la jerarquía actual de la empresa, debido a que se precisa un esfuerzo mucho mayor de generalidad y síntesis.

Un rasgo más del Cuadro de Mando es la solución de problemas mediante acciones rápidas. Cuando se incorporan indicadores de carácter cualitativo al Cuadro de Mando, en cierto modo, éstos están más cerca de la acción que los propios indicadores o resultados financieros. Asimismo, estos indicadores nominales nos dan un avance en cuanto a qué resultados se van a alcanzar.

El último de los rasgos que diferenciarían al Cuadro de Mando es el hecho de utilizar informaciones sencillas y poco voluminosas. Las disciplinas y herramientas contables habituales precisan una mayor dedicación de tiempo de análisis y de realización, y a la hora de tener que tomar decisiones, siempre van a necesitar de otros aspectos que en principio no tomaban parte de su marco de acción.

El Cuadro de Mando se orienta hacia la reducción y síntesis de conceptos, es una herramienta que junto con el apoyo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, puede y debe ofrecer una información sencilla, resumida y eficaz para la toma de decisiones

4.10 Contenido del Cuadro de Mando

En relación a las principales variables a tener en cuenta no existe una única fórmula para todas las empresas, sino que para cada tipo de organización habrá que tomar unas variables determinadas con las que llevar a cabo la medición de la gestión.

Es importante tener en cuenta que el contenido de cualquier Cuadro de Mando, no se reduce tan sólo a cifras o números, ha de ser un contenido muy concreto para cada departamento o para cada responsable. De igual manera, se ha de tener presente que la información que se maneja en un Cuadro de mando determinado puede ser válida para otro.

Con respecto a los indicadores, éstos son elementos objetivos que describen situaciones específicas, y que tratan de medir de alguna manera las variables propuestas en cada caso. Al analizar los indicadores necesarios, establecíamos una distinción básica entre los financieros y los no financieros.

El Cuadro de Mando se nutre de todo este tipo de indicadores, tiene en cuenta los aspectos prospectivo y retrospectivo, configurando un punto de vista global mucho más completo y eficaz. Su función es conjugar una serie de elementos para suministrar una visión de conjunto y ofrecer soluciones en cada caso.

No obstante, los indicadores tratados hasta aquí se encargan de valorar elementos con un carácter cuantificable, pero cada vez más, es mayor la importancia que van adquiriendo las variables cualitativas, aunque su desarrollo siga todavía estando por debajo del alcanzado en los financieros.

La mayoría de las técnicas tienen como elemento común, el mostrar las relaciones que existen entre las categorías de las variables más que entre las propias variables. El Cuadro de mando, no debe profundizar tanto en estas técnicas, sino en la obtención de la información mínima necesaria, para que junto a las variables de carácter monetario, pueda llevar a cabo la ya mencionada gestión globalizada.

A tener en consideración

Aprendizaje: ¿Cómo debe nuestra organización aprender e innovar para alcanzar sus objetivos?

Procesos Internos: ¿En que Procesos debemos ser excelentes?

Clientes: ¿Qué necesidades de los Clientes debemos atender para tener éxito?

Financiera: ¿Qué Objetivos Financieros debemos lograr para ser exitosos?

De modo previo al abordar la presentación del Cuadro de Mando, se debe resaltar una cuestión que es de gran importancia en relación a su contenido. Se trata del aspecto cualitativo de esta herramienta, ya que hasta el momento no se le ha prestado la importancia que se merece y, sobre todo, porque existen numerosos aspectos como por ejemplo el factor humano, cuyo rendimiento queda determinado por el entorno que le rodea en la propia organización, y estas son cuestiones que rara vez se tienen en cuenta. La empresa -desde una perspectiva meramente global- constituye un conjunto de vinculaciones más o menos establecidas y de recursos compartidos con un fin común. Asimismo, se puede señalar que la empresa en sí representa un conjunto de subsistemas de información, claramente definidos y normalizados.

Otros temas relacionados

Información y Fluidez. La información que puede obtener y utilizar la empresa, según cuál sea su naturaleza, puede ser válida para unos u otros Cuadros de mando. La información que contienen los Cuadros de mando pueden dividirse en dos grandes áreas: externa e interna. Cada vez consta, con más fuerza, la preocupación de las empresas por contar con unos sistemas organizados, ágiles y fluidos de comunicación entre todos los niveles de responsabilidad. Dicha comunicación se ha de dar a través de los canales que se establezcan y hagan posible que el personal, por medio del conocimiento claro de los temas que les afectan, pueda sentirse más involucrado en sus quehaceres diarios.

Relaciones de causa-efecto. Entre los diversos objetivos de una Compañía, pueden establecerse relaciones de causa-efecto. Esto es, hallar una correlación entre la variación de las métricas de un objetivo y las de otro a lo largo del tiempo. Esto permite predecir como se comportarán algunas métricas en el futuro a partir del análisis de otras en el momento actual; y tomar alguna decisión que permita cambiar el rumbo de los acontecimientos.

Mapas estratégicos. En base a las relaciones de causa-efecto, se elabora un [Mapa estratégico](#) (Si bien la traducción literal de Strategy Map es Mapa de la estrategia) que

permite ver de un pantallazo la evolución de los indicadores y tomar acciones tendientes a modificarlos.

5. EL Caso de análisis (28,29,30,31,32)

Modelo descriptivo de cuadro de mando y tablero de control del Garrahan

5.1 Perspectiva del cliente e indicadores

5.2 Perspectiva de los procesos internos e indicadores

5.3 Perspectiva de Recursos humanos, Aprendizaje y crecimiento e indicadores

5.4 Perspectiva económica-financiera e indicadores

5.1 PERSPECTIVA DEL CLIENTE Y/O SATISFACCIÓN DEL USUARIO

El paciente necesita que lo atiendan, lo escuchen, que no haya demoras, que le expliquen y resuelvan el problema y que el médico tenga un comportamiento humanitario.

Para lograr el desempeño financiero que una empresa desea, es fundamental que posea clientes leales y satisfechos, con ese objetivo en esta perspectiva se miden las relaciones con los clientes y las expectativas que los mismos tienen sobre los negocios. Además, en esta perspectiva se toman en cuenta los principales elementos que generan valor para los clientes, para poder así centrarse en los procesos que para ellos son más importantes y que más los satisfacen.

El conocimiento de los clientes y de los procesos que más valor generan es muy importante para lograr que el panorama financiero sea próspero. Sin el estudio de las peculiaridades del mercado al que está enfocada la empresa no podrá existir un desarrollo sostenible en la perspectiva financiera, ya que en gran medida el éxito financiero proviene del aumento de las ventas, situación que es el efecto de clientes que repiten sus compras porque prefieren los productos que la empresa desarrolla teniendo en cuenta sus preferencias.

Una buena manera de medir o saber la perspectiva del cliente es diseñando protocolos básicos de atención , encuestas de satisfacción, buzón de quejas .

Indicadores

Encuesta de satisfacción

Número de quejas, motivo de las mismas

Hora de llegada del profesional y cumplimiento de los turnos

Resultante por profesional y por actividad

Demora en los turnos constatados desde el turno asignado al ingreso a consultorio

Primer turno disponible por especialidad, laboratorio, radiología, y para consultorio de prequirúrgico.

Tiempo de entregas de informes

5.2 PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS

Evaluación de todos los indicadores que nos sirvan para evaluar producción, resultados, efectividad y calidad.

Analiza la adecuación de los procesos internos de la empresa de cara a la obtención de la satisfacción del cliente y logro de altos niveles de rendimiento financiero. Para alcanzar este objetivo se propone un análisis de los procesos internos desde una perspectiva de negocio y una predeterminación de los procesos clave a través de la cadena de valor.

Indicadores

Cantidad de ingresos y egresos
Correlación diagnóstica
Giro cama
Estancias medias
Estancias medias ajustadas por GRD
Mortalidad por servicio
Reinternaciones, reingresos
Infecciones intrahospitalarias

Indicadores de proceso ambulatorio

Cantidad de consultas de primera vez y ulteriores
Cantidad de consultas por especialidad
Cantidad de estudios de laboratorio, ecografías, radiografías
Cumplimiento de los horarios de citaciones
Espera de turnos por especialidad
Cantidad de consultas por obra social

5.3 PERSPECTIVA de APRENDIZAJE Y DESARROLLO

El modelo plantea los valores de este bloque como el conjunto de guías del resto de las perspectivas. Estos inductores constituyen el conjunto de activos que dotan a la organización de la habilidad para mejorar y aprender.

La perspectiva del aprendizaje y mejora es la menos desarrollada, debido al escaso avance de las empresas en este punto. De cualquier forma, la aportación del modelo es relevante, ya que deja un camino perfectamente apuntado y estructura esta perspectiva. Clasifica los activos relativos al aprendizaje y mejora en:

Capacidad y competencia de las personas (gestión de los empleados). Incluye indicadores de satisfacción de los empleados, productividad, necesidad de formación, entre otros.

Sistemas de información (sistemas que proveen información útil para el trabajo).
Indicadores: bases de datos estratégicos, software propio, las patentes y copyrights, entre otros.

Cultura-clima-motivación para el aprendizaje y la acción. Indicadores: iniciativa de las personas y equipos, la capacidad de trabajar en equipo, el alineamiento con la visión de la empresa, entre otros.

Esta perspectiva se basa en la utilización de activos intangibles, lo que en toda compañía no es siempre la lógica de negocios. En algunas compañías los recursos tangibles son preponderantes en vez de los intangibles, por lo que no se trata de copiar y pegar tratando de encajar este modelo en todas las empresas.

INDICADORES

- Satisfacción del cliente interno
- Medición del desempeño
- Creatividad de recursos humanos
- Asistencia y participación en los cursos
- Identificación del personal que cumple estudios fuera de la institución
- El clima laboral
- Introducción de nueva tecnología
- Formación de la gerencia media
- Evaluación de los resultados de la capacitación
- Procesos de capacitación específicos de enfermería y otros profesionales
- Ausentismo y enfermedad
- Desarrollo de nuevos equipos
- Antigüedad por área
- Entrevista de salida

5.4 PERSPECTIVA ECONÓMICA-FINANCIERA

En general, los indicadores económicos- financieros están basados en la contabilidad de la institución y muestran el pasado de la misma.

Un mayor desarrollo de la gestión clínica basada en la evidencia científica, en la eficiencia, efectividad en lo pertinente de su aplicación, en la economía de su decisión, en un presupuesto descentralizado por servicios llevara a una mejora en el proceso de recuperación de costos y la reinversión de los ahorros presupuestarios.

Algunos indicadores financieros frecuentemente utilizados son:

Cash-flow o flujo de fondos

Índice de liquidez.

Índice de endeudamiento.

Índice DuPont.

índice de rendimiento del capital invertido.

Gestión económica : conocimiento del presupuesto ,control de la ejecución del mismo.

Acciones para el control del gasto, perfil de utilización de recursos, flujo de fondos, facturación, disminución del costo de insumos, participación en la solicitud y decisión de compras.

Indicadores económicos

Estado de resultados

Costos por centro de costos

Costos y gastos. Correcciones

Costos por algunos procesos

Estado de la deuda salarial, aportes, proveedores, honorarios, juicios.

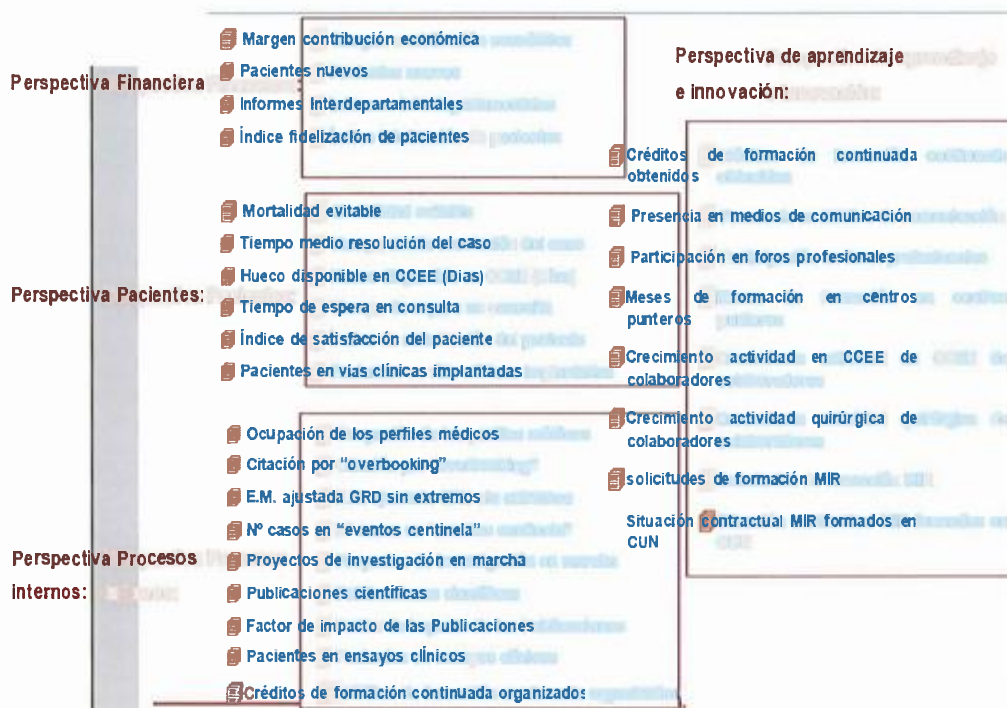
Imputación de los gastos a los servicios

Evaluación de los resultados operativos

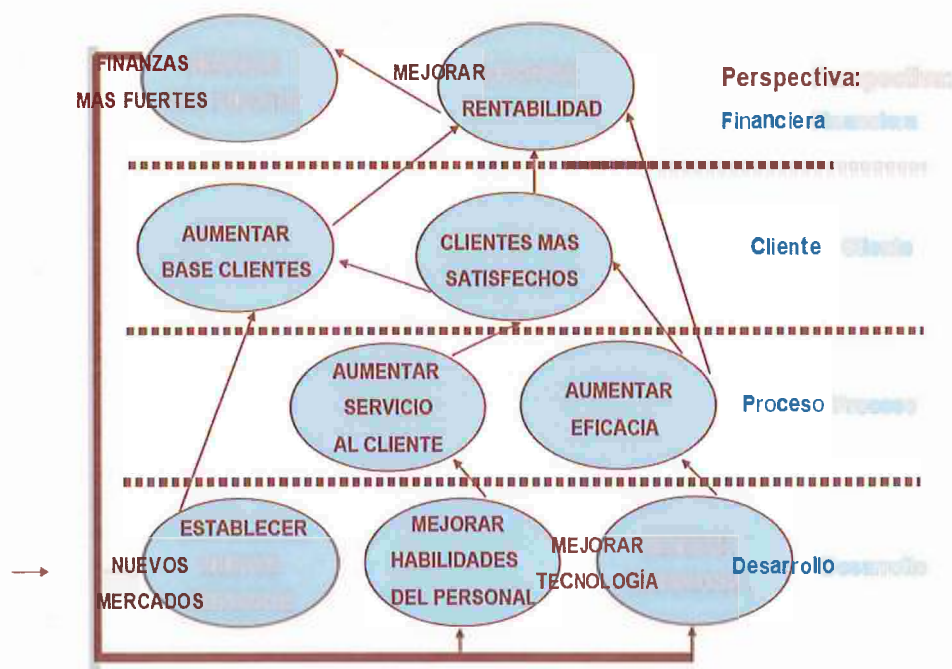
Relación entre producción, gasto, venta y resultados operativos. Punto de equilibrio

Resultado operativo. Contribución marginal

Cuadro con las diferentes perspectivas (41,42,43)



Fuente: D'Aste ,P "Balanced Scorecard" Universidad Isalud ,2009



6. TABLERO DE MANDO del Hospital J.P Garrahan ^(1,2,3)

6.1 Describir las características de complejidad de la institución

En cuanto a las Característica de complejidad el Hospital Garrahan es de:

- **Gestión descentralizada y autogestión** (Sistema por el cual el Hospital Público de Gestión Descentralizada (HPGD) recupera los fondos invertidos en la atención de pacientes mutualizados, distribuyéndolos en un Fondo de Redistribución Solidaria, Fondo para Inversores, y un Fondo de Distribución entre el personal, con el fin, entre otros, de fomentar una gestión eficiente y racional de la salud, mejorar los niveles de accesibilidad de la población sin cobertura, Garantizando la Gratuidad del acceso a la atención de la salud)
- **Estructura matricial:** Consiste en la integración de los recursos humanos especializados y de materiales que son asignados de acuerdo a los diferentes proyectos que se llevan a cabo conformando equipos de integrantes de varias áreas de la organización con un objetivo común. La estructura crea dos líneas de autoridad que combina la departamentalización. Por cuanto cada empleado depende de un gerente en lo funcional y de otro en lo administrativo.
- **Adhocrático:** Posee una estructura con alto grado de especialización horizontal donde se agrupa multidisciplinariamente los especialistas en unidades funcionales con mecanismos de coordinación claves en y entre estos equipos formados funcionando bajo un esquema descentralizado.
- **Atención Interdisciplinaria:** Se toma al paciente no como una sumatoria de servicios que le brindan atención, sino como la culminación de un proceso que conlleva a la integración del mismo. La conformación de equipos interdisciplinarios, implica sostener los espacios de diálogo, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella una relación horizontal. La interdisciplinar es interacción y reciprocidad simétrica, es decir complementariedad.

- **Cuidados progresivos** "Es la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios hospitalarios y otros afines según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física del Hospital más apropiado a su estado clínico". -OPS/OMS 1.973)
- **De Alta Complejidad Pediátrica.** Cuenta con las 4 especialidades básicas de la medicina pediátrica (clínica, cirugía, pediatría y neonatología) y además cuenta con la totalidad de las sub.-especialidades.
- **Zona de influencia todo el país:** Reciben derivaciones desde todo el país

6.2 Precisar la Visión y la Misión de la institución

Visión

El Hospital de Pediatría J.P. Garrahan, es una empresa pública descentralizada, financiada por la Nación y el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires y con recursos obtenidos de la facturación a Obras Sociales y Empresas de la Medicina Prepaga, tiene como valores la solidaridad, equidad, ética, eficacia y eficiencia.

Orientada a la atención de pacientes pediátricos con patologías complejas, está organizada en base a cuidados progresivos y actividad interdisciplinaria. Sostendrá un alto desarrollo tecnológico y nivel científico técnico de todo su personal, prestigiando el desarrollo de la docencia y la investigación, siendo pionera en avances científicos y modelos de gestión, manteniendo como objetivo la satisfacción de los usuarios y del personal, y desarrollando la gestión por procesos y objetivos.

Misión

Asistir a todos los niños y adolescentes de cero a dieciséis años que requieran atención pediátrica, siendo centro de referencia para la atención de la alta complejidad pediátrica de todo el país.

Tener una organización asistencial basada en los cuidados progresivos con jerarquización de la actividad interdisciplinaria, realizando un abordaje integrador de los pacientes por medio de la coordinación de clínicos pediatras, que permita considerara a cada niño y adolescente desde múltiples perspectivas , sin dejar de considerar el cuidado de sus aspectos sanos.

Alentar, jerarquizar, promover y sostener las actividades de docencia e investigación, así como el desarrollo de avances científicos en las distintas formas de diagnóstico, tratamiento y modelos de gestión.

Ser una empresa pública descentralizada, financiada por Nación y Gobierno de la ciudad de Buenos Aires y con recursos obtenidos de la facturación a obras sociales y empresas de medicina prepaga .

- **Brindar atención al paciente por el equipo de salud**
- **Gestión de calidad en las prestaciones y servicios de apoyo**
- **Gestión de recursos humanos por competencias y resultados**
- **Desarrollo profesional de sus agentes**
- **Docencia e investigación**

VALORES de la Institución

- Solidaridad
- Equidad

- Eficiencia
- Eficacia
- Accesibilidad

Visión Compartida

Se define como la capacidad de compartir una imagen de futuro que se procura lograr para la institución.

No hay organización inteligente sin visión compartida.

El objetivo de compartir la visión, es lograr el compromiso y darle **valor agregado** a lo que se hace , evitando que solo sea un acatamiento formal .

Las cosas no se imponen sino que se comparten y se desean ingresando en el pensamiento del equipo de salud , pasando a integrar el imaginario colectivo.

6.3 Identificar y describir los indicadores del Tablero de mando de la institución

6.3 a) Indicadores

Los indicadores son herramientas que se utilizan en la planificación para realizar el análisis interno de la organización y del entorno ..

Los **indicadores del entorno** (tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, producto bruto interno, NBI, tasa de desempleo, etc.) están dados, el planificador los toma

de fuentes externas y los utiliza para analizar la situación en la cual la organización está inmersa ,poniendo énfasis a las oportunidades que el contexto brinda a la institución.

Los **indicadores de la organización**, en establecimiento de salud (porcentaje

de ocupación, giro cama, promedio días de estada de los egresos, tasa de accidentes de trabajo del personal, etc) hay que construirlos internamente, y para ello se necesita un sistema de información que capte datos cotidianos en los servicios de salud, para luego transformarlos en información a través de indicadores..

De esta forma el sistema de registros debe estar enfocado no sólo a fines administrativos o financieros, sino a características diagnósticas e individuales para no perder valor epidemiológico.

En la actualidad el Programa Nacional de Garantía de Calidad, perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina, ha desarrollado una "Guía de indicadores Básicos de Calidad para Establecimientos de Salud" .

. Esta Guía de Indicadores consensuada por el Gobierno Nacional, es un gran avance, porque se comienza a percibir la preocupación por parte de las autoridades haciéndose factible la evaluación objetiva, ya que es de gran valor para el sistema de salud en su conjunto, que este cuente con indicadores que permitan obtener valores homogéneos y comparables a los demás establecimientos.

Otro antecedente de este tipo es la creación de la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM), con sede en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Ésta organización promueve la estrategia de autoevaluación de los establecimientos de salud a fines de identificar los puntos débiles, e instrumentar un plan de mejora. De esta forma, se tiende a la mejoría continua de la calidad, incorporando herramientas de diagnóstico y comparación.

La confección de indicadores, no sólo permite la comparación con otros establecimientos, sino la comparación dentro del mismo establecimiento, la comparación con estándares establecidos por organismos competentes y finalmente la comparación entre un valor real de un indicador con el valor que se había propuesto previamente como objetivo.

6.3 b) DEFINICIÓN DE INDICADORES

Los indicadores son medidas de resumen de variables cualitativas o cuantitativas, se los calcula como cocientes entre un valor incluido en el numerador y otro en el denominador.

¿CÓMO SE CONSTRUYE UN INDICADOR?

La construcción de un indicador, en sí es muy sencilla, ya que como se dijo anteriormente la operación matemática a utilizar es una simple división entre variables.

Lo que introduce complejidad es la elección de las variables a utilizar, ya que definirán un indicador que debe contener información sobre el funcionamiento de un sistema o subsistema. Para obtener este tipo de información, por lo general no se utiliza un solo indicador, sino que se combinan un grupo de ellos y se interpretan los resultados.

Hasta aquí se pueden observar dos puntos críticos:

- El **diseño** del indicador o los indicadores que se van a utilizar para medir el sistema que se quiere evaluar
- La **interpretación** de los mismos.

Otros dos puntos importantes a tener en cuenta son:

- La **recolección de datos**. Para poder asignar valores a las variables, el establecimiento debe contar con un sistema de registros adecuado que capte los datos necesarios día a día, o en la frecuencia requerida.
- La **capacitación del personal**, informándole la importancia que tiene la carga de datos en forma constante, homogénea y normalizada, a la hora de mantener un sistema estadístico que permita la confección de indicadores.

Indicador = Variable cualitativa / cuantitativa

Variable cualitativa/ cuantitativa

MEDICIÓN DE VARIABLES:

Como se explicó anteriormente, una variable sobre otra forman un indicador que nos da información sobre un sistema, subsistema, objeto, proceso, situación.

Pasos

1. Definir las variables
2. Si es necesario operacionalizarlas, de tal forma que faciliten la observación rutinaria.
3. Clasificar las variables según la capacidad o el nivel en que permitan medir los

objetos. Por esta razón la categorización básica divide a las variables en cuantitativas y cualitativas, según se les asigne valores cuantitativos o cualitativos

Existen fenómenos a los que se los puede medir en términos de la cantidad de la propiedad presente, o sea en términos numéricos. Por ejemplo: edad, peso, talla, etc...

Con otro tipo de fenómenos sólo se puede determinar la presencia o ausencia de determinada propiedad o cualidad y no se le puede asignar mayor o menor peso a las diferentes categorías. Por ejemplo: sexo, ocupación, estado civil, etc.

4. Diseñar o modificar el sistema de registros a fin de captar las observaciones necesarias.

5. Medir las variables: se refiere generalmente a la asignación de números a las observaciones, de modo de que sean susceptibles de análisis por medio de operaciones de acuerdo con ciertas reglas. Es importante aclarar que todas las variables, cuantitativas o cualitativas, se terminan transformando en un número. Las primeras por naturaleza, las segundas a través del conteo.

6.3 c) CLASIFICACIÓN DE INDICADORES:

Según la naturaleza de las variables que forman un indicador, éstos pueden adoptar la forma para variables cualitativas :

- **Tasa:** Cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo (muerte, enfermedad, accidentes, etc.) en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo durante un periodo especificado.

- **Razón:** Cuando los hechos incluidos en los dos términos del cociente son de diferente naturaleza

- **Proporción:** Cuando el numerador esta incluido en el denominador

- Para variables cuantitativas

- **Media:** la media de un conjunto de números es la sumatoria de sus valores dividida por la cantidad de números. Se la conoce generalmente como promedio.

- **Mediana:** la mediana de un conjunto de números ordenados en magnitud es o el valor central o la media de los dos valores centrales.

- **Moda:** la moda de un conjunto de números es el valor que ocurre con mayor frecuencia ; es decir el valor mas frecuente. La moda puede no existir, e incluso no ser única en caso de existir.

Bajo un enfoque puramente sistémico, se pueden clasificar los indicadores en:

- Indicadores de Estructura
- Indicadores de Proceso
- Indicadores de Resultado

Según se esté evaluando la estructura del sistema, los procesos que se realizan en él haciendo uso de la estructura o los resultados que se obtienen a partir de la estructura que se tiene y los procesos que se aplican.

ENFOQUE SISTEMICO: ENTRADAS, PROCESOS, SALIDA^(11,12,13)

Las entradas al sistema provienen del medio y son necesarias para ponerlo en funcionamiento . En el caso de un establecimiento de salud, las entradas serán los **pacientes** , que buscan mejorar su estado de salud, y todo lo que posteriormente se convertirá en la **estructura** del establecimiento: instalaciones físicas, equipo, normas y organización , registros de información, recursos humanos, recursos financieros, etc.

El establecimiento tiene una misión que lograr: obtener cambios en el estado de salud de los pacientes, que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del mismo , así como realizar otras actividades afines a la salud, como la enseñanza e investigación.

Para ello, se realizan diferentes actividades, a las que llamamos procesos, utilizando la estructura y se obtienen resultados.

El enfoque sistémico se basa en la lógica de la **transformación**. Se supone que las

entradas al sistema, son procesadas de tal manera de producir un cambio entre lo que ingresa y lo que egresa al mismo. Si esta transformación no se produce o se produce de manera insuficiente, significa que en algún lugar del sistema existen fallas que deben ser explicitadas. Una manera de explicitarlas, es evaluar las **estructuras, procesos y resultados** a través de **indicadores**, analizando los mismos individualmente, pero por sobre todo buscando relaciones entre estos componentes .

7. TABLERO DE CONTROL DEL HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN

(14,15,16)

Este control de la gestión en estas características de complejidad de la institución se logra a través del **Tablero de control** , herramienta de gestión , que mide la actuación de la organización desde cuatro o más perspectivas ,con sus respectivos indicadores. Cuenta con metodología que aporta criterios sobre cómo definir la estrategia del hospital y ayuda a traducirla en términos operativos

Traduce la estrategia de la organización en un conjunto de indicadores que informan el logro de los objetivos .Es útil para comunicar la misión a toda la organización. Aplicar la misión al trabajo diario .Para que los objetivos de los trabajadores sean coherentes con los de los de la propia empresa.

Es un sistema de información, control, comunicación, motivación y formación.

Más que un controlador es un simulador de vuelo .Relaciona el proceso de planificación con la ejecución. Al identificar claves del éxito de la organización puede ser de gran ayuda para los procesos de reingeniería .Contribuye a la revisión permanente de la estrategia

El tablero de control es un conjunto de indicadores cuyo seguimiento periódico permitirá contar con un mayor conocimiento de la situación de la institución.

Denominados por algunos "tableros de comando" también se definen como un sistema integrado de gestión estratégica, que permite ver como la estrategia se traslada a la

acción gestionable a través de relaciones causa-efecto, vinculando el logro de objetivos estratégicos a través de cuatro perspectivas o más con indicadores e inductores ejecutados a través de iniciativas. Actúan como un sistema de medición, un sistema de administración estratégica y una herramienta de comunicación.

7.1 PERSPECTIVA DEL CLIENTE Y /O SATISFACCIÓN DEL USUARIO en el TABLERO DE CONTROL del HOSPITAL GARRAHAN (41,42,43)

El paciente necesita que lo atiendan, lo escuchen, que no haya demoras, que le expliquen y resuelvan el problema y que el médico tenga un comportamiento humanitario. Existe una ecuación de valor para el cliente, que se pasa a desarrollar a continuación.

La ecuación de Valor para el Cliente

- La ecuación de Valor desde la perspectiva del Cliente

$$\text{Valor} = \frac{\text{resultados para el cliente} + \text{calidad de proceso}}{\text{precio para el cliente} + \text{costo de adquirir el servicio}}$$

- Resultados=> lo que realmente adquiere
- Calidad => el modo en que los resultados se proveen
 - Cumplir las promesas
 - Puntualidad
 - Confianza
 - Empatía
 - Evidencia de que el servicio ha sido cumplido

Fuente: Alvarez,M "Cuadro de mando integral .Perspectiva del cliente" Isalud 2009.

Consecuencias de la ecuación de valor:

- Gestión de la organización: Aumentar resultados y calidad de los procesos, disminuir costo de accesibilidad.

El usuario busca atención personalizada, calidad , la mejor atención en el momento oportuno.

Requerimiento para aquellos que operan con la Ecuación de Valor:

- Comprender las necesidades de los clientes externos
- Determinar las formas a en que las necesidades influyen en las actitudes hacia la Ecuación de Valor
- Establecer inversiones con alto retorno en valor
- Desarrollar diferentes "paquetes de beneficios" para cada segmento de clientes
- Enfatizar el concepto de valor
- Evaluar si el concepto se provee con beneficios

El conocimiento de los clientes y de los procesos que más valor generan es muy importante para lograr que el panorama financiero sea próspero. Sin el estudio de las peculiaridades del mercado al que está enfocada la empresa no podrá existir un desarrollo sostenible en la perspectiva financiera, ya que en gran medida el éxito financiero proviene del aumento de las ventas, situación que es el efecto de clientes que repiten sus compras porque prefieren los productos que la empresa desarrolla teniendo en cuenta sus preferencias.

Una buena manera de medir o saber la perspectiva del cliente es diseñando **protocolos básicos de atención , encuestas de satisfacción, buzón de quejas .**

A continuación se desarrolla desde la perspectiva del cliente externo, en el Tablero de control del Hospital Garrahan, sus indicadores de satisfacción, Oficina de representante del cliente externo, buzón de quejas, encuestas de satisfacción del paciente internado y ambulatorio.^(3,36)

TABLERO DE CONTROL GARRAHAN

SATISFACCION DEL USUARIO Oficina de Representante del paciente

Encuestas de satisfacción

Número de quejas

- buzón en el CIM
- Libro de quejas

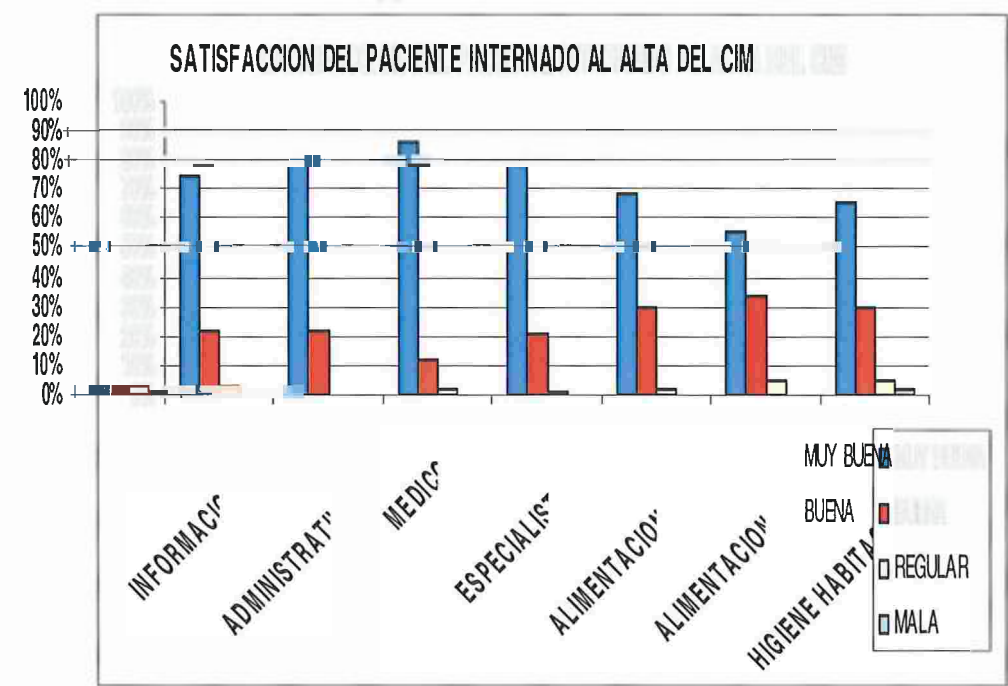
La Oficina de Representante de Paciente surge en agosto del 2008 como un nuevo espacio de comunicación entre el paciente y el Hospital. Está destinada a priorizar la satisfacción del niño /adolescente y su familia poniendo a su disposición un ámbito donde pueda hacer valer sus derechos. Brinda diariamente atención personalizada recepcionando, gestionando y analizando los reclamos. Quejas y sugerencias buscando darle, en la mayor cantidad de casos una resolución inmediata.

Además, con el fin de medir la satisfacción del paciente y transformar la opinión que nos brinda en acciones concretas para mejorar la calidad de atención, se han realizado dos encuestas en el Área de Ambulatoria, y en el Área de Internación. Se consideraron distintas variables como, por ejemplo, calidad del servicio, tiempos de espera, trato, información recibida, comodidad de sala de espera.

Con la búsqueda de una mayor participación de los pacientes en la institución, nacieron dos revistas , la de los niños y la de adolescentes.

A partir de junio 2009 , se puso en marcha el proyecto “Garrahan festeja tu cumpleaños”, se festeja cumpleaños de pacientes internados.

Gráfico correspondiente a la Encuesta de satisfacción del usuario externo en el área de internación (3)



Fuente: Rodríguez,J y col. Beca” R.Carrillo-A Oñativia “”Tablero de Comando de un Hospital Público” 2003

De la encuesta de satisfacción del paciente internado , la percepción es muy buena, se encuentra entre un 72-85% ,en relación a los médicos, administrativos, especialistas ,y desciende a un 50 % la satisfacción con el equipo a cargo de la alimentación del paciente y su madre.

De otra encuesta de satisfacción en el área ambulatoria, servicio de ortopedia. En relación a la **información** recibida por el personal, la misma dada por los médicos es muy buena en un 97%, por administrativos muy buena un 86,5% y desciende a un 59 % en enfermería. En relación al **trato** recibido por enfermeros, administrativos, médicos y yeseros es muy buena entre el 95-98%. En relación al **tiempo de espera**, 19 % considero que fue poco, mucho el 15,4%, estuvo bien el 60%, no tuvo que esperar 5,9 %.

Producción de la oficina representante del cliente período septiembre 2008-junio 2009 ⁽³⁶⁾

Oficina representante del paciente : se atendieron 685 consultas

Buzón de quejas : se recibieron 276 quejas

Encuestas : se realizaron en la internación 400 encuestas de satisfacción, y en el área ambulatorio se realizaron 600 encuestas a cliente externo.

Cumpleaños : se festejaron 48 cumpleaños

Publicación de revistas : se publicaron 3 revistas (2 para niños, 1 para adolescentes)

Tiempo de resolución de las quejas planteadas por el usuario durante los meses de abril, mayo y junio del 2009

Dentro de las 24 horas : se resolvieron satisfactoriamente 151 casos

Dentro de las 48 horas se resolvieron satisfactoriamente 18 casos

Dentro de 72 horas se resolvieron 2 casos

Se tardó más de 72 horas en resolver 16 casos

Quedaron pendientes 3 casos, sin resolver.

Y en este período los hechos ya ocurridos fueron solo de 2 casos.

Análisis del buzón de quejas, las causas más frecuentes :

- Relaciones interpersonales, trato descortés, maltrato, trato dehumanizado,
- Problemas de oportunidad en los servicios : listas de espera, postergaciones de turnos programados, demoras

- Deficiencias técnico-asistenciales de médicos, enfermeros o técnicos
- Fallas organizacionales
- Negligencia no médica
- Falta de limpieza

Del análisis de encuestas de 3 periodos distintos, es **consultorio externo** de donde se han recibido más quejas. Tomando otros períodos, en los primeros lugares se encuentra: **laboratorio, guardia /emergencia, internación, imágenes , registros médicos.**

7.2 Perspectiva del cliente interno y sus indicadores en el tablero de control del Hospital Garrahan^(3,33,34,35,36,37)

El modelo plantea los valores de esta perspectiva como el conjunto de guías del resto de las perspectivas. Estos inductores constituyen el conjunto de activos que dotan a la organización de la habilidad para mejorar y aprender. Se critica la visión de la contabilidad tradicional, que considera la formación como un gasto, no como una inversión..

El aprendizaje debe estar referido a las competencias necesarias en las relaciones causa-efecto para lograr el objetivo. Capacitación en el sistema de información, en la atención al cliente externo , mejorar la calidad de cuidados, implica capacitar en prevención capacitación en nuevas tecnologías, prevención de accidentes laborales, reducción de costos, en el uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos .Incentivos de capacitación, identificar el capital humano, sus habilidades, competencias, conocimientos , formación. Certificación de especialistas, profesionalización de enfermeras, publicación de trabajos, participación en congresos, jornadas como expositores, capacitación del personal administrativo .Comités de tecnoestructura, encuesta de satisfacción a los profesionales de nuevos desarrollos, de las expectativas, de los procesos motivacionales, iniciativas, creatividad del recurso humano. Ausentismo y enfermedad, entrevista de ingreso y de salida. Antigüedad por áreas.

Esta herramienta el tablero de control , se basa en las relaciones causa-efecto.

Lo • importante es que ninguna perspectiva funciona de forma independiente, sino que se puede tomar la iniciativa actuando en cualquiera de ellas.

FINANCIEROS



CLIENTES



PROCESOS INTERNOS.



FORMACIÓN-APRENDIZAJE y CRECIMIENTO

Los recursos humanos son solo una parte del sistema de salud, el alcance y los beneficios potenciales de las mejoras en la gestión del personal estarán necesariamente limitadas por lo que permitan las otras partes del sistema.

La gestión del personal de salud se ocupa de:

- * determinar las habilidades más apropiadas para cada puesto específico.
- * contratar los servicios de personas con esas habilidades.
- * coordinar sus actividades.
- * mejorar sus habilidades.
- * motivar para que tengan un desempeño excelente.

- * vigilar su desempeño.
- * lograr que se sientan satisfechas con su trabajo.
- * asegurar el compromiso de todos los trabajadores de la institución con las metas de un sistema de salud eficiente y equitativo.

Para mejorar los servicios es preciso que, los administradores de personal, hagan la selección de candidatos adecuados para los puestos y la distribución correcta del personal. También deben asegurar que todo el personal conozca con claridad lo que se espera de ellos y que reciban remuneraciones que intensifiquen su dedicación y compromiso.

El Hospital Garrahan cuenta con 4000 agentes , distribuidos de la siguiente manera :

(36)

TABLERO DE CONTROL GARRAHAN

Recursos Humanos

Personal de hospital : 3500 agentes

Médicos : 400

Enfermeros : 950

Servicio contratado a terceros: 500 personas

- Seguridad y vigilancia
- Contratos de alimentación
- Limpieza
- Mantenimientos técnicos
- Mantenimiento de infraestructura
- Locaciones de administración y asistencial
- Otros contratos, con anestesistas 68%, y ART 28%

Total del personal : 4000

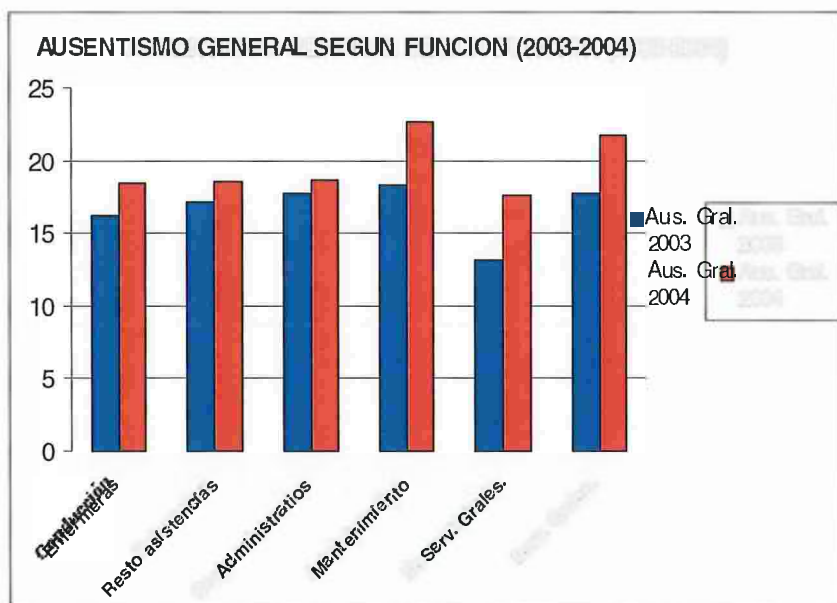
El ausentismo es uno de los indicadores utilizados por el tablero de control del hospital Garrahan ⁽³⁾

- **Ausentismo**

Ausentismo global : ausentes por cualquier causa. Este indicador tiene utilidad desde la organización de los RRHH. Sirve para saber con cuanto personal contamos **diariamente**. A continuación se grafica.

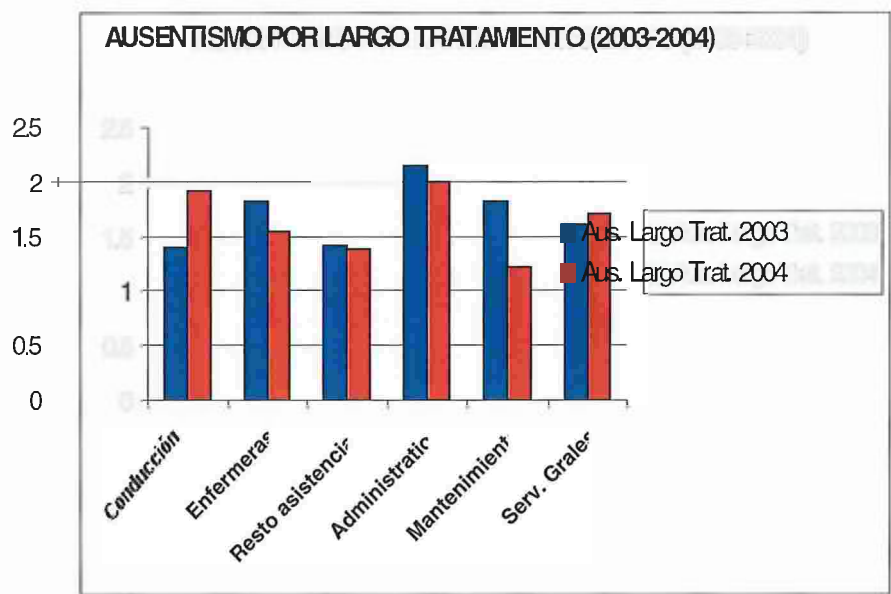
Ausentismo por enfermedad: es importante evaluarlo por agente , para ver su frecuencia, en general tiene variaciones estacionales y esta ligado a la edad media del personal.

Ausentismo por tratamiento prolongado: esta influenciado por la edad del personal, la selección al ingreso de la institución, y los niveles de insatisfacción y stress .A continuación se grafica.



Fuente: Rodríguez,J y col. Beca " R.Carrillo-A Oñativia " "Tablero de Comando de un Hospital Público" 2003

En el grupo administrativo se observa el porcentaje más alto de ausentismo , seguido por servicios generales y enfermería.



Fuente: Rodríguez,J y col. Beca" R.Carrillo-A Oñativia ""Tablero de Comando de un Hospital Público "2003

En relación a enfermedades de tratamiento prolongado el porcentaje es mayor en el personal administrativo, mantenimiento, enfermería.

Otro indicador utilizado por el hospital son los accidentes cortopunzantes:

- Accidentes cortopunzante

Accidentes corto-punzantes según función : su medición y seguimiento permiten identificar personal en riesgo, evaluar las causas y generar políticas de mejora. Este

indicador aumenta cuando el RRHH no está adecuadamente formado o cuando aumentan las situaciones de stress.

A continuación se ordena en forma decreciente los grupos más expuestos a los accidentes corto-punzantes :

- 1) técnicos de laboratorio
- 2) bioquímicos
- 3) técnicos de anatomía patológica
- 4) instrumentadoras
- 5) técnico de anestesia
- 6) Enfermeros /auxiliar
- 7) Técnicos en imagen
- 8) Kinesiólogos

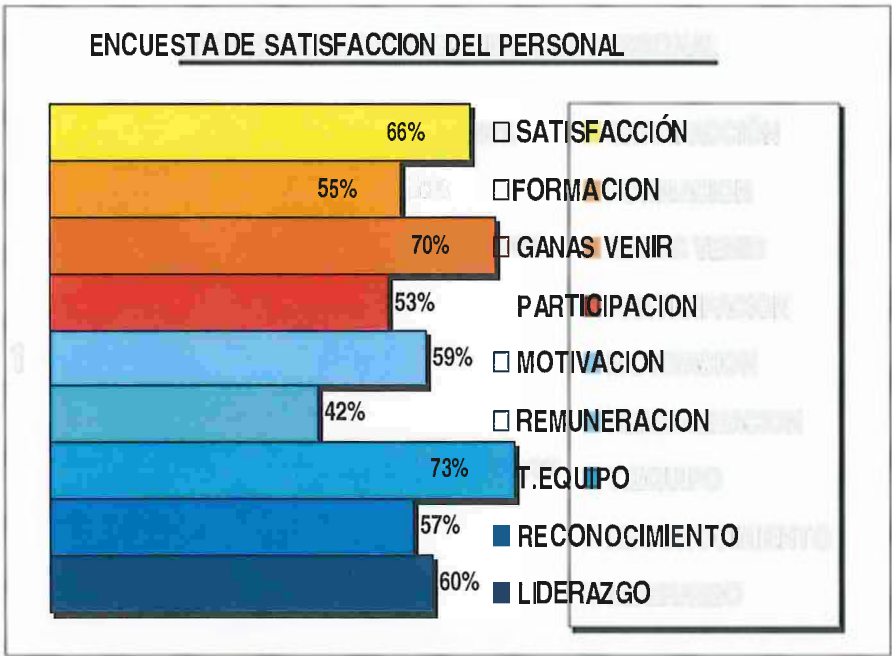
Otro indicador es la satisfacción del personal , medido por Encuesta de satisfacción

Encuesta de satisfacción del personal de los servicios de apoyo ,n=189 , fue implementada por los diferentes jefes de servicios, en reuniones conjuntas con su equipo, para evaluar los problemas presentados y consensuar mejoras.

Preguntas		
1.Reconoce algún líder en su lugar de trabajo	60%	
2.Considera que su tarea es reconocida adecuadamente por su competencia	57%	
3.Considera que se trabaja en equipo	73%	
4.Considera adecuado la remuneración de su institución	42%	
5.Encuentra motivación para su crecimiento	59%	
6.Participa en la toma de decisiones en su lugar de trabajo	53%	
7.Tiene deseos de venir a trabajar	70%	
8.Cómo considera la satisfacción personal	66%	

Fuente: Rodríguez,J y col. Beca " R.Carrillo-A Oñativia " "Tablero de Comando de un Hospital Público" 2003

Gráfico de la encuesta de Satisfacción del personal



Fuente: Rodríguez,J y col. Beca " R.Carrillo-A Oñativia " "Tablero de Comando de un Hospital Público" 2003

Los ítems trabajo en equipo y ganas de venir a trabajar son los más altos 73% y 70 %, esta encuesta tiene 6 años , no están publicada la última del 2009, y tampoco pude acceder.

El ítem remuneración es el que produce más insatisfacción ; a partir del 2009 ,con la implementación de la Nueva Carrera Hospitalaria ,se ha aumentado el malestar por las inequidades y discriminación entre los profesionales médicos y no médicos , con diferencias salariales importantes.

Otras preguntas de encuesta de satisfacción con diferentes poblaciones arrojaron los siguientes datos :

1. Señale dos situaciones de estrés en su lugar de trabajo :

N= 354

- 68% exceso de trabajo-falta de personal-cobertura de compañeros
- 46% pedidos fuera de horario-urgencia asistencial
- 36% atención al público-reclamos injustos
- 16% falta de trabajo en equipo
- 8% extracciones difíciles
- 7% equipo que no funciona adecuadamente
- 7% pacientes terminales

En un trabajo realizado por el Área de Medicina (32), Higiene y Seguridad en relación al estrés y el aumento de licencias por enfermedad al 25%, describe los diferentes factores que interviene en el riesgo de estrés.

Describe:

- Factores inherentes al trabajo
- Factores interpersonales
- La seguridad en el empleo
- Factores macroorganizativos
- Desarrollo de la carrera hospitalaria
- Factores individuales
- Reacciones de estrés
- Efectos crónicos en la salud

EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL y prevalencia de estos factores a evaluar en el lugar de trabajo ,como predictores de riesgo de estrés : Estilo de dirección, Estructura organizativa ,Clima y cultura organizativa, Medición y remuneración del rendimiento, violencia en el lugar de trabajo, acoso sexual, la jornada de trabajo, ritmo de trabajo, la

supervisión electrónica del trabajo, sobrecarga de los roles asignados, estilos de afrontamiento, género, estrés en el trabajo y enfermedad, enfermedades cardiovasculares, problemas gastrointestinales, cáncer, trastornos musculoesqueléticos, trastornos mentales ,burnout

La conclusión a la que arriban es la necesidad de un abordaje interdisciplinario para la resolución de esta problemática, donde tanto las condiciones objetivas de trabajo como las subjetivas juegan un papel importante en la generación de enfermedades de los trabajadores.

2. Señale dos situaciones de buen trato

N=192

- 64% compañerismo
- 18% relación entre colegas
- 18% tener el material necesario

7.3 Perspectiva de los procesos internos e indicadores en el Hospital Garrahan (3,33,34,35,36)

Evaluación de todos los indicadores que nos sirvan para evaluar producción, resultados, efectividad y calidad.

Analiza la adecuación de los procesos internos de la empresa de cara a la obtención de la satisfacción del cliente y logro de altos niveles de rendimiento financiero. Para alcanzar este objetivo se propone un análisis de los procesos internos desde una perspectiva de empresa de salud y una predeterminación de los procesos clave a través de la cadena de valor.

TABLERO DE CONTROL GARRAHAN

INDICADORES DE PROCESOS

➤ Internación:

GRDs – Infección – Mortalidad –
Reinternaciones – historia clínica - trazadora

➤ Ambulatorio:

% consultas programadas – ausentismo

➤ Quirófano:

% utilización – % suspensiones - causas

➤ Administrativo:

%débitos y causas –tiempo promedio proceso compras

Grupos relacionados para el diagnóstico (GRD)

Una herramienta para la gestión sanitaria. Los índices tradicionales no muestran de un modo claro cual es la complejidad de la casuística que se atiende en un hospital. La necesidad de poder ponderar de un modo adecuado cuales son las características de la producción hospitalaria y tener indicadores que permitan la comparación con otras instituciones a nivel nacional e internacional, así como la comparación de diferentes períodos en la misma institución, llevo al desarrollo de una herramienta para la gestión, los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Dicha herramienta ha sido incorporada en países como, Australia, España, Canadá, los países Nórdicos, Alemania, Estados Unidos, por nombrar solos algunos .El Hospital Garrahan ha sido pionero en la en Argentina, incorporando dicha clasificación y codificación de los egresos (GRD).

En el cuadro siguiente se pueden observar indicadores de gestión de la evolución del último año, así como su comparación con indicadores internacionales. Esta nueva dimensión de análisis cualitativo es posible a través de la utilización del GRD como herramienta.

Año de egreso	Casos	Min 04 G4 EMAC	Min04 G4 EMAF	Min04 G4 EM	Min04 G4 PM	Hosp.peso medio	Hestancia media	Índice funcional	Razón fun...estandar	Índice casemix	Días ganados(-) Evitables(+)
2005	10.647	7,15	6,69	7,2	1,84	1,89	6,89	0,99	1,03	0,93	2.153,78
2006	11.635	6,64	6,76	7,2	1,84	1,92	6,62	0,92	0,98	0,94	-1.698,46
2007	11.496	6,72	6,87	7,2	1,83	1,94	6,80	0,93	0,99	0,95	-779,85
2008	12.276	6,62	6,85	7,2	1,83	1,96	6,84	0,92	1,00	0,95	-207,81

Fuente: Presupuesto Hospital Garrahan 2010

Egresos del 2005-2008, excluida la guardia y los pacientes día cero

Min04 G4 es un conjunto multihospitalario de España con más de 500 camas, todos los servicios, alta complejidad y universitario .Es el Estándar o Norma de comparación.

EMAC :Estancia Media Ajustada por casuística

EMAF :Estancia Media Ajustada por Funcionamiento

PM : Peso Medio

EM : Estancia media

La EMAF del 2008 disminuyó dos centésimos con respecto al año anterior, sin embargo el Índice Case-Mix se mantuvo en el mismo valor habiéndose atendido más pacientes. El índice case- mix se mantiene menor a 1 (uno) ,ya que el hospital en estos años tiene menos pacientes que la Norma en GRDs de larga estancia .Desde el punto de vista del consumo de recursos el Peso Medio (PM) del último año es superior al de los años anteriores y todos ellos son superiores al de la norma.

Podemos decir que el hospital está aumentando la atención de pacientes en GRDs de alto Peso Relativo (PR) y por lo tanto de alto costo , esto sumado al poco aumento de la estancia media verifica la eficiencia en la atención.

El hospital ha sido también más eficiente que el Estándar ya que si bien en Índice Funcional llegó a 1, la Razón de Funcionamiento Estándar es menor a uno.

Podemos concluir que en el 2008 se ganaron casi 208 días con respecto a la forma en que el estándar hubiera atendido a la misma población. Como vemos es una herramienta que

permite la comparación ,no solo con distintos períodos de la institución, si no también con otras instituciones a nivel internacional.

Cuadro comparativo de 6 años, de procesos internos e indicadores

Procesos internos

Año	2008	2007	2006	2005	2004	2003
Camas Internación (sin Hospital de Día)	501	485	471	464	472	454
Camas de Cuidados Intensivos y Trasplantes (*)	120	113	107	107	107	107
Nº de egresos	19.375	18.427	18.234	16.952	17.776	18.551
Promedio de Permanencia (Días)	7,53	7,64	7,42	7,48	7,58	7,59
Promedio de Ocupación (%)	89,39	88,42	88,13	87,98	90,34	92,94
Nº de consultas externas	262.851	237.936	247.211	232.171	255.150	262.536
Nº de consultas de emergencias	62.644	58.516	58.934	52.171	64.264	66.490
Intervenciones Quirúrgicas	9.226	8.794	8.748	7.937	8.217	8.100
Trasplantes Hepáticos	15 dv y 14 dcad	20	31	25	33	30
Trasplantes Renales	6 dv y 37 dcad	46	26	30	22	19
Trasplantes de Médula Osea	21	16	23	20	24	30
Trasplantes Cardíacos	5 tc y 31 impl	3	2	3	2	1
Trasplantes Pulmonares	2	0	1	1	0	1
Sesiones de	29.279	27.957	31.056	29.618	28.423	29.473

Hospital de Día						
Unidades de Laboratorio (Totales)	33.466.560,40	30.270.548,71	27.660.622,00	24.122.695,00	22.856.055,00	21.431.245,01
Prestaciones de Imágenes	122.438	122.790	113.484	105.077	112.508	117.057
Capital Federal	14,09 %	13,96 %	13,77 %	14,40 %	14,01 %	14,36 %
Conurbano bonaerense	55,64 %	55,23 %	54,93 %	54,45 %	56,63 %	57,58 %
Resto de la provincia de Buenos Aires	6,55 %	7,12 %	6,38 %	6,98 %	6,60 %	6,18 %
Demás Provincias	22,78 %	22,88 %	24,31 %	23,70 %	22,31 %	21,62 %
Residentes en el Extranjero	0,89 %	0,78 %	0,59 %	0,44 %	0,42 %	0,24 %

Fuente : Presupuestos Hospital Garrahan 2003/4/5/6/7/8

Infección intrahospitalaria (IH) se define como el número de infecciones cada mil pacientes/día

IAC: bacteriemia asociada a catéter. Nro de bacteriemia .asociada a catéter cada mil días de uso de catéter.

IAR infección asoc . a respirador. Nro de infecciones cada mil días de uso de respirador

IASV infección asoc. a sonda vesical. Nro de infecciones cada mil días de uso de sonda

INFECCIÓN INTRA HOSPITALARIA

AÑO	UCI 35				UCI44				UCI45				PROM
	IH	IAC	IAR	IASV	IH	IAC	IAR	IASV	IH	IAC	IAR	IASV	
97	12.	15	4.4	6.2	11.	6.9	5.6	4.9	13.	9.5	7.6	1.3	1.2
98	7.8	6.2	2.9	3.6	14.	5	6.4	10.6	12.	7.4	5.6	5.1	6.1
99	4.1	4.5	0	0.9	12.	8.6	4.2	8.8	9.5	5	3.7	5.2	4.2
00	4.9				9.8	6	5.1	2.5	10.	5.5	2.5	6.6	3.8
01	3.5	4	0.6	1.5	11.	8	1.6	6.8	11.	7	3.3	6.1	3.1
02	4.2	5.6	1.3	0	8.5	6.4	2.6	4	7.2	5.7	3.3	5.8	6.0
03	6.8	6.8	0	0	6.9	5.3	1.3	2.7	7.5	5.3	2.7	3.5	3.6
S.D	7.3	2.9	4.7		7.3	2.9	4.7		7.3	2.9	4.7		4.7
Pc													
50	5.9	2.2	4.3		5.9	2.2	4.3		5.9	2.2	4.3		4.3

Fuente: Rodríguez,J y col. Beca " R.Carrillo-A Oñativia " "Tablero de Comando de un Hospital Público" 2003

En relación a las cirugías y/o quirófanos (3,33,34,35)

Se tomaron como indicadores: porcentaje de utilización, horas usadas/horas disponibles . Porcentaje de suspensiones y causas

El siguiente cuadro pertenece al Centro Quirúrgico del Hospital , donde se realizan un promedio de 700-800 cirugías mensuales y 1200 anestias .

Centro quirúrgico

UTILIZACION	82%	
SUSPENSIONES	20%	
1- Causa organizativa	12%	
2- Causa médica	8%	

Fuente: Rodríguez,J y col. Beca " R.Carrillo-A Oñativia " "Tablero de Comando de un Hospital Público" 2003

Proceso ambulatorio

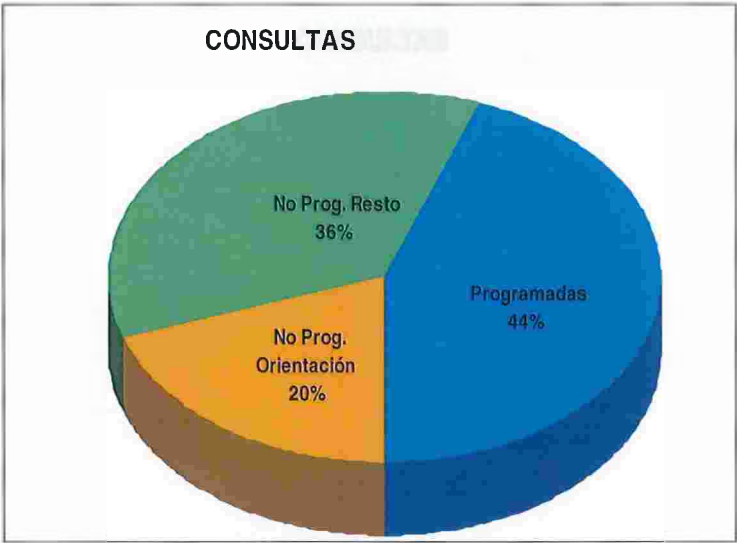
Se tomaron como indicadores :

- Número de consultas anuales

- Porcentaje de consultas programadas
- Ausentismo

Total de consultas	401.341
Programadas	177.888
No programadas orientación	79.246
No programada resto	144.207
Porcentaje de ausentismo	24,4 %

TABLERO DE CONTROL GARRAHAN



Fuente: Rodríguez,J y col. Beca " R.Carrillo-A Oñativia " "Tablero de Comando de un Hospital Público" 2003

Indicadores de uso de recursos

INSUMOS: MEDICAMENTOS

PRODUCTO	U/C 1er S 07	U/C 2do S 07	U/C 1er S 08	D. CONSUMO	D. PRECIO
GAMMA	2311	2622	2124	- 449.302	145.771
SEROFLURANO	1064	1114	1082	15.539	28.018
INM.ANTITROMBICO	348	765	355	13.563	72.852
ALBUMINA	2385	3176	3859	402.113	0
MEROPENEM	10.606	10.687	10.932	19.733	-14.705
ANFOTERICINA	425	560	270	-224.748	0
MILRINONA	1158	1789	1696	173.212	0
IMPENEM	5079	3879	2888	-142.208	14.958
CLO.SODIO	269.179	276.461	300.677	35.467	0
VANCOMICINA	10.870	8.746	4938	-155.221	-53.556
RITUXIMAB	12	23	28	334.970	23.529
TOXINA BOTUL	112	163	145	70.007	0
FACTOR VIII	11	101	15	80.233	-23.673
DEXTROSA	15.534	18.340	16.252	9.669	0
MIDAZOLAN	23.659	26.419	22.025	-13.662	0
2.4% ---50%					

DISTRIBUCION DEL GASTO
INSUMOS ASISTENCIALES

PRODUCTOS		VARIACION MONTO 20007 - 20008		PROYECCION VARIACION ANUAL	
		CONSUMO	PRECIO		
DESCARTABLES	138 15%-80%	-2.9 %	5.2%	2.3%	
MEDICAMENTOS	79 11%-80%	2.7 %	4.4%	7.1%	

Fuente: Rodríguez,J y col. Beca “ R.Carrillo-A Oñativia “ “Tablero de Comando de un Hospital Público” 2003

7.4 Perspectiva Económica –Financiera del Hospital Garrahan e Indicadores

En general, los indicadores económicos- financieros están basados en la contabilidad de la institución y muestran el pasado de la misma.

Un mayor desarrollo de la gestión clínica basada en la evidencia científica, en la eficiencia ,efectividad en lo pertinente de su aplicación, en la economía de su decisión, en un presupuesto descentralizado por servicios llevara a una mejora en el proceso de recuperación de costos y la reinversión de los ahorros presupuestarios(,33,34,35,36,37,44)

TABLERO DE COMANDO FINANCIERO INDICADORES

- PRESUPUESTO ECONÓMICO JURIDICCIONAL
- DISPONIBILIDAD EN PESOS:
- INGRESOS FINANCIEROS TOTALES
- EGRESOS FINANCIEROS TOTALES
- BALANCE
- FACTURACION: bruta– neta
- PROMEDIO MENSUAL DE COBRANZAS
- EJECUCION DEL PRESUPUESTO ECONÓMICO
- SALDO DISPONIBLE DEL PRESUPUESTO JURIDICCIONAL

Financiamiento Jurisdiccional (33 34 35 36,)	
Presupuesto económico 2007	
Financiamientos /ingresos	
Ministerio de Salud y Ambiente	136.245.621
Gob.Ciudad Bs,As	136.192.500
Total crédito ejercicio	272.438.121
TOTAL	272.438.121

Presupuesto económico 2008	
Financiamientos /ingresos	
Ministerio de Salud y Ambiente	170.642.210,62
Gob.Ciudad Bs,As	170.642.211,00
Total crédito ejercicio	341.284.421,62
Reprogramación ejercicio 2007	1.295.974,57
TOTAL	342.580.396,19

Presupuesto económico 2009	
Financiamientos /ingresos	
Ministerio de Salud y Ambiente	241.587.311,07
Gob. Ciudad Bs.As	215.267.000,00
Total crédito ejercicio	456.854.311,00
Reprogramación ejercicio 2008	8.452.085,07
TOTAL	465.306.396,14

Fuente : Presupuesto del Hospital Garrahan 2007/8/9

Fundamento Económico-Financieros para el Presupuesto 2010

(36)

Gasto de Capital : Equipamiento médico, máquinas y equipos no médicos, equipamiento informático, proyectos de obras nuevas de infraestructura y de mantenimiento edilicio : **66.189.480**

Gasto Corrientes: RRHH y funcionamiento asistencial :**492.659.000**

Total del presupuesto : **558.659.000**

Gastos en personal : ajustes escalafonarios habituales y altas por reposición de cargos de enfermería, médicos, técnicos y administrativos .
 Adicional por permanencia institucional y ascenso de grado.
 Incremento salarial del 15,56% , y por carrera hospitalaria.

Origen del financiamiento	
1. Tesoro nacional	279.329.980
2. Gobierno de la Ciudad de Bs.As	279.329.980
3. Recursos de cuentas especiales	20.000.000
TOTAL	578.659.960

A cargo de las jurisdicciones Aplicaciones/Egresos (40)

Concepto	Nación	Ciudad
Sueldo y cargas sociales	169.682.740	169.682.740
Insumos asistenciales	42.051.250	42.051.250
Equipamiento médico	8.042.500	8.042.500
Mantenimiento edilicio y Equipos no médicos	24.679.265	24.679.265
Servicio de tecnolog.médica	1.652.250	1.625.250
Servicios generales	1.083.000	1.083.000
Sistemas y equipos informáticos	2.652.725	2.652.725
Gastos operativos	2.341.000	2.341.000
Servicios contratados a terceros	27.145.250	27.145.250
TOTALES por jurisdicción	279.329.980	279.329.980
TOTALdelPRESUPUESTO	558.659.960	

Presupuesto económico ejecución		
Aplicación y Egresos 2008/ 2009		
	2008	2009
Sueldo y cargas sociales	222.542.948	275.284.346,17
Insumos asistenciales	50.166.383,20	61.498.816,46
Equipamiento médico	7.376.300	4.862.275,18
Mantenimiento edilicio y Equipos no médicos	1.962.509,99	1.636.932,49
Servicio de tecnolog.médica	2.467.971,04	2.392.518,11
Servicios generales	1.256.896,25	1.779.743,53
Sistemas y equipos	68.548,30	80.149,53

informáticos		
Gastos operativos	4.363.257,93	5.738.104,37
Servicios contratados a terceros	31.786.272,34	43.205.294,49
Compras por régimen	4.676.656,56	7.460.291
Simplificado		
Capital de mantenimiento	5.515.624,22	2.112.555,78
Capital de sistemas	1.944.943,18	2.083.281,86

Fuente : Presupuesto del Hospital Garrahan 2008/9

8.Análisis comparativo del Tablero de Control del Hospital J.P Garrahan con Modelo descriptivo

14,15,25,17,30,31,41)

- Desde la perspectiva del usuario /cliente

Comparando los indicadores descriptos en el modelo descriptivo , podemos observar que desde hace algunos años , se ha desarrollado en el hospital indicadores en relación a la satisfacción de usuario , oficina del representante, buzón de quejas ,encuestas de satisfacción ,análisis de los datos recogidos .Y aún no se realizaron indicadores que tiene que ver con la atención por parte del equipo de salud, como ser hora de llegada del profesional , demoras en la atención , productividad , evaluación de los costos de no calidad ,primer turno disponible en laboratorio ,imágenes ,quirófano etc. Tiempo de entrega de informes.

- Desde la perspectiva de los procesos internos

Es desde todas las perspectivas donde se ha logrado un trabajo en equipo para poder objetivar a través de los diferentes indicadores una mejora en la calidad apuntando a la satisfacción del usuario .Se han desarrollado indicadores de procesos de internación , ambulatorios, de quirófano, administrativos. En los procesos de internación tomando los

GRD se ha realizado un estudio comparativo de estancia media , estancia media ajustada por casuística, estancia media ajustada por funcionamiento ,peso medio , con España . En relación a los indicadores en el modelo descriptivo comparando con el hospital ,en el mismo se encuentran contemplados:

Indicadores

- Cantidad de ingresos y egresos
- Correlación diagnóstica
- Giro cama
- Estancias medias
- Estancias medias ajustadas por GRD
- Mortalidad por servicio
- Reinternaciones, reingresos
- Infecciones intrahospitalarias

Indicadores de proceso ambulatorio

- Cantidad de consultas de primera vez y ulteriores
- Cantidad de consultas por especialidad
- Cantidad de estudios de laboratorio, ecografías, radiografías
- Cumplimiento de los horarios de citaciones
- Espera de turnos por especialidad
- Cantidad de consultas por obra social

- **Desde la perspectiva del cliente interno**

Hay indicadores utilizados en el hospital de ausentismo global , ausentismo por enfermedad, ausentismo por tratamiento prolongado ,accidentes corto-punzantes, encuesta de satisfacción.

Comparando con modelos descriptivos:

INDICADORES

Satisfacción del cliente interno **si**
Medición del desempeño **si**
Creatividad de recursos humanos **no**
Asistencia y participación en los cursos
Identificación del personal que cumple estudios fuera de la institución **si**
El clima laboral
Introducción de nueva tecnología **si**
Formación de la gerencia media
Evaluación de los resultados de la capacitación **no**
Procesos de capacitación específicos de enfermería y otros profesionales
Ausentismo y enfermedad **si**
Desarrollo de nuevos equipos **si**
Antigüedad por área **si**
Entrevista de salida **no**

- **Desde la perspectiva del aprendizaje y desarrollo**

No se cuenta con indicadores de la institución comparando con modelos descriptivos.
Si se cuenta en relación a docencia e investigación , datos de cursos ,jornadas, seminarios talleres, proyectos de investigación del 2008. Dando un total de 96 diferentes actividades realizadas en este período.

- **Desde la perspectiva económico –financiera**

El hospital elabora en forma anual un presupuesto económico, teniendo el financiamiento por parte iguales del tesoro nacional y contribuciones del Ministerio de Salud del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, y recursos de cuentas especiales , prestaciones médico-

asistenciales a efectores de salud. Distribución del gasto por concepto ,desagregado por jurisdicciones. Desarrollado en el la perspectiva económica-financiera del hospital.

Indicadores financieros utilizados por los modelos descriptivos

Cash-flow o flujo de fondos

Índice de liquidez.

Índice de endeudamiento.

Índice DuPont. (sirve , para determinar que tan rentable ha sido un proyecto. Para esto utiliza el margen de utilidad sobre las ventas y la eficiencia en la utilización de los activos)

Índice de rendimiento del capital invertido.

Indicadores económico

Presupuesto económico

Estado de resultados

Costos por centro de costos

Costos y gastos. Correcciones

Costos por procesos

Estado de da salarial, aportes, proveedores, honorarios, juicios.

Imputación los gastos a los servicios

Evaluación de los resultados operativos

Relación entre producción, gasto, venta y resultados operativos. Punto de equilibrio

Resultado operativo. Contribución marginal

De los datos obtenidos en el hospital no se encuentran los indicadores mencionados.

Del análisis realizado a partir del Informe final de Auditoría, realizado por Auditoría General de Ciudad de Buenos Aires, transferencias al hospital Garrahan, períodos 2000,2003,2007. (37,38,39,)

Se ha llegado a las siguientes observaciones:

- El Consejo de Administración del Hospital no cuenta con información contable actualizada
- El hospital no dispone de un sistema que integre sus registros contables y financieros con la contabilidad presupuestaria interna.
- Las registraciones realizadas en el SIGAF exhiben una partida duplicada
- Falta de información contable del hospital en la Cuenta de Inversión.
- Existencia de un doble régimen laboral para algunos agentes transferidos al hospital por la ex MCBA.
- Los últimos Estados Contables del Hospital corresponden al ejercicio 2003.
- Evolución de las partidas asignadas en los últimos 5 años : reflejan un crecimiento acumulado de los créditos a favor del hospital del orden del 229,4%, lo cual equivale decir, que el presupuesto aprobado para el 2007 resulta 3,3 veces mayor al correspondiente al año 2002.
- Registros contables : el hospital no lleva el registro de libro sueldos y jornales, libro diario nro.8 , libro inventarios y balances nro.8.
- El hospital dispone de dos registraciones llevados en forma paralela: la contables financieros y la contabilidad presupuestaria.
- El hospital al no contar con un sistema de información interno que integre sus propios registros contables y financieros con sus registros presupuestarios, situación que genera ineficiencia y duplicidad de tareas , a la vez de ocasionar diferencias que podrían eventualmente inducir a una inadecuada toma de decisiones.

8.1 Desde el análisis de la CALIDAD (48,49,50,51)

Generación de calidad según Luigi Valdés.

Considero que el proceso de calidad del hospital estaría entre la 3ra y 4ta Generación, procesos de calidad total y mejora continua de la calidad.

Una característica importante en la transición del proceso de calidad total (3ra generación) y esta 4ta generación, se marca con la desaparición del departamento de calidad - convirtiéndose en responsabilidad de todos y cada uno de los miembros del hospital - situación que aún se sostiene en el hospital, el **departamento de calidad**.

Dentro de la 4ta generación, se gasta en capacitación, desarrollo, educación del personal, esto es tomado como inversión, y es tenido en cuenta en la institución.

Los grupos de trabajo se convierten en equipos de mejora continua, pero **la comunicación y la información** al personal aún es deficiente.

Orientación a mejorar todas las actividades del hospital hacia el cliente externo.

La estructura aún piramidal, poco flexible, autoritaria, exceso de control sobre el personal, sanciones y poco desarrollo de políticas de incentivos a nivel general. Decisiones centralmente planificadas y sistemas de comunicación inadecuados, llevan a cuestionar que si los procesos son horizontales, porqué la administración es vertical. La visión la desarrolla el grupo directivo y la comparte con parte de la organización. Se establecen formalmente técnicas para escuchar al cliente externo, por ejemplo: Oficina de representante del cliente, buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción. Se obtienen premios y/o mención de calidad.

Hay cuatro tipos de cambio en las estructuras formales, por una de formación adhocrática y matricial, como se define entre sus características de gestión el hospital: la ingeniería de procesos de trabajo, el aprendizaje organizacional, la integración entre roles y propósitos de dominio socio-técnico.

- Control de mando, para cambiar las estructuras formales
- Ingeniería, para cambiar los procesos
- Enseñanza, para cambiar las creencias
- Sociabilización, para cambiar las relaciones sociales

Requisitos para el cambio

- Creatividad
- Flexibilidad
- Integración
- Información
- Democracia participativa
- **Visión compartida**
- Recursos
- El cambio de estructuras piramidales y rígidas a estructuras planas o matriciales
- Descentralización

Es sabido que el principal obstáculo o barrera para el cambio en las empresas sanitarias es debido a su cultura-formación , el integrante o actor del equipo de salud tiende a ser tradicionalista ,en nuestro hospital a pesar del avance científico-tecnológico , aún hoy en algún sector esta arraigado el modelo médico hegemónico,por lo cual al tratar de producir cambios en hábitos ,costumbres y modalidades de trabajo, se ven amenazados.

El cambio genera incertidumbre, innovaciones, resistencia , oposición, se afectan privilegios, formas de actuar ,se comparte **información** , la cual es **poder**, viéndose amenazado.

Debilidades : Falta de comunicación e información entre el nivel directivo-gerencial-jefaturas y el nivel operativo. No son suficientemente difundidos los valores de calidad en toda la organización. No esta suficientemente, integrado el plan de desarrollo del personal con el plan de calidad. Se evalúa poco las actitudes, motivaciones y compromiso del personal. Poca participación de los niveles medios en el planeamiento.

En cuanto a la **visión compartida** esta es un déficit de la organización, se da en algunos estamentos superiores y depende de las jefaturas de cada servicio ser difundidos los valores , la visión . objetivos institucionales .Aún no se ha logrado que "mi visión " sea "nuestra visión" objetivo de la visión compartida .

Fortalezas :Se analizan necesidades y expectativas de clientes externos. Compromiso a nivel gerencial en el planeamiento de parámetros de calidad. Importante desarrollo en

gestión clínica, por procesos, gestión de pacientes. Se tiene conocimiento y se realizan comparaciones con otras organizaciones.

9.Tablero de control y su vinculación con el modelo de gestión

(14,15,16,17,25)

El hospital cuenta con una gestión por procesos y un nivel de complejidad anteriormente desarrollado. Gestión por procesos, que se centra en la práctica clínica, se incorporan procesos basados en la evidencia científica, conformación de la integración asistencial matricial, convive la organización horizontal con la vertical, aprendizaje dentro y fuera de la organización, se somete al proceso de control de la eficiencia.

Identificación y priorización de procesos claves, constitución de equipos de trabajo interdisciplinarios, evaluación y mejora, guías clínicas y normas de actuación, revisión, publicación y difusión.

.La gestión de pacientes es un proceso en el hospital dirigido a la mejora de la eficiencia, facilitándole la orientación al usuario, para que transcurra por el proceso asistencial con menos burocracia, satisfacción, escucha, resolución y respuesta a su problema de salud.

.La gestión de pacientes facilita la accesibilidad, equidad y eficiencia.

La gestión clínica es un proceso de cambio organizativo y cultural, marcado por la descentralización de las decisiones técnicas, administrativas, gastos y de producción. Proceso de rediseño organizativo, cuyo objetivo, es involucrar al profesional del equipo de salud, en la gestión de los recursos utilizados.

Qué se gestiona en el hospital ¿

- La salud de las personas
- Los procesos productivos
- La gestión del conocimiento
- Interrelaciones personales
- Los intereses de sus integrantes

- Gran volumen de recursos económicos
- La praxis del equipo de salud
- Objetivación de los intereses de los distintos colectivos y la lucha por el poder

El control de la gestión es necesario porque incorpora la estrategia a la gestión diaria, para gestionar en entornos dinámicos y hostiles ,por la descentralización de las decisiones ,por los recursos escasos , por las exigencias de los usuarios , para contener el aumento de los costos, para mejorar la accesibilidad, aumentar la equidad,.

Este control de la gestión en estas características de complejidad de la institución se logra a través del **Tablero de control** , herramienta de gestión , que mide la actuación de la organización desde cuatro o más perspectivas ,con sus respectivos indicadores. Cuenta con metodología que aporta criterios sobre cómo definir la estrategia del hospital y ayuda a traducirla en términos operativos.

- Traduce la estrategia de la organización en un conjunto de indicadores que informan el logro de los objetivos
- Es útil para comunicar la misión a toda la organización. Aplicar la misión al trabajo diario.
- Para que los objetivos de los trabajadores sean coherentes con los de los de la propia empresa.
- Es un sistema de información, control, comunicación, motivación y formación.
- Más que un controlador es un simulador de vuelo.
- Relaciona el proceso de planificación con la ejecución.
- Al identificar claves del éxito de la organización puede ser de gran ayuda para los procesos de reingeniería
- Contribuye a la revisión permanente de la estrategia

El tablero de control es un conjunto de indicadores cuyo seguimiento periódico permitirá contar con un mayor conocimiento de la situación de la institución.

Denominados por algunos "tableros de comando" también se definen como un sistema integrado de gestión estratégica, que permite ver como la estrategia se traslada a la acción gestionable a través de relaciones causa-efecto, vinculando el logro de objetivos estratégicos a través de cuatro perspectivas o más con indicadores e inductores

ejecutados a través de iniciativas. Actúan como un sistema de medición, un sistema de administración estratégica y una herramienta de comunicación.

Ha de ser un medio informativo destacable. Sobre todo ha de conseguir eliminar en la medida de lo posible la **burocracia informativa** en cuanto a los diferentes informes con los que el hospital puede contar.

Debe ser una herramienta de diagnóstico. Se trata de especificar lo que no funciona correctamente, en definitiva ha de comportarse como un **sistema de alerta**. En este sentido, tenemos que considerar dos aspectos:

1. Se han de poner en evidencia aquellos parámetros que no marchan como estaba previsto
2. Esta herramienta de gestión debe facilitar la toma de **decisiones**.

10. Conclusiones

Todo profesional incluido en equipos de salud interdisciplinarios, en un hospital descentralizado, de autogestión, adhocrático, matricial, de cuidados progresivos, debe conocer las herramientas básicas de la gestión en salud, y de esta forma colaborar en forma mucho más activa y consciente en la definición de planes, implementación y control de los mismos.

Es por esta razón, que el presente documento abordó algunos temas relacionados con la gestión de las organizaciones que brindan servicios de salud, como el hospital al cual pertenezco desde hace 20 años.

No solo es necesario un cambio de rol y funciones de los directores médicos, gerencias y Jefes de Servicio, situación que exige profesionalización en la gestión de tales cargos y el uso de técnicas y herramientas específicas para el desarrollo de esta nueva tarea, sin la participación consensuada, junto a la capacitación y formación de profesionales del nivel operativo, en gestión estratégica, herramientas de control etc. La

profundización en este tema durante mi formación en Isalud estos años, y la posibilidad de plasmarlo en este trabajo me ha facilitado y dado la convicción de la importancia de quienes trabajamos en las instituciones de un desarrollo acorde a los avances en el tema y dada las características institucionales, para contar con un marco de referencia en nuestro trabajo cotidiano. Planteándose la necesidad de impulsar la descentralización de la gestión, de manera de habilitar la posibilidad de adoptar decisiones, con mayor información y una mayor responsabilidad concreta en la resolución de los problemas y dificultades .(45,46,47)

La incorporación de nuevos roles , implica la delegación de atribuciones para tomar decisiones en aquellos niveles de responsabilidad donde se cuenta con la mayor información, recursos y posibilidades de actuar oportunamente con la mayor eficacia. La Gestión Clínica,^(13,16) puede ser una alternativa para facilitar dicha descentralización. Describimos a esta como la organización del proceso de producción asistencial sobre la base de la calidad, los costos, la información, la factibilidad, la eficacia y la eficiencia. Esta orientada a obtener el máximo beneficio para el paciente. Su objeto es mejorar la relación costo – efectividad del servicio sanitario implicando a todos los profesionales que participan en su realización.

La gestión clínica implica un proceso de cambio organizacional y cultural, marcado por la descentralización de las decisiones técnicas, administrativas, de gastos y de producción, implicando a los responsables.

Gestionar un hospital supone planificar, dirigir, coordinar, motivar al personal, controlar, las características de la complejidad hospitalaria imponen estilos de conducción participativa ³⁹ .la metodología más efectiva es la construcción se consensos, en el establecimiento de los objetivos, las metas, en las tomas de decisiones de producción, en la solución de problemas y en la implementación de los cambios.

El núcleo operativo, el personal en contacto, toma decisiones importantes sin intervención jerárquica, por lo tanto es sustancial la colaboración, teniendo información e incentivos para tomar decisiones costo-efectivas.

El hospital es una empresa del conocimiento y de las relaciones humanas
(12,13,17).Es necesario un accionar participativo en la formulación de los objetivos generales

y las metas para construir una visión compartida, que permita responder a los principales desafíos de la gestión actual.

La participación es el grado en que el trabajador se integra a la empresa, participa en la toma de decisiones y asume responsabilidades^(13,23,).

Una empresa del conocimiento como es el hospital, donde los agentes , los clientes internos, el equipo de salud, debe aplicar correctamente el saber hacer, pensando en los objetivos generales de la institución, en las políticas de estado, en las prioridades políticas, en un enfoque de riesgo, en la disminución de la variabilidad en las prestaciones, en la evolución del conocimiento aplicado y en el desarrollo de procesos pensando en el usuario.

Es necesario que la dirección comunique las alternativas del entorno, en relación con la orientación de las prioridades para el sistema sanitario, la importancia de la integración de la organización a la sociedad, las intervenciones activas para mejorar la salud de la comunidad, la interacción con el primer nivel de atención.

La gestión^(17a) en la empresa de salud es un proceso de construcción colectiva e individual característica de una red del conocimiento, basadas en las competencias del saber hacer técnico, construyendo un nuevo abordaje en salud, que contenga la dinámica de la vida y del sector , hacia las prácticas culturales que le dan sentido al sistema de salud ,como parte del sistema social.

Esta construcción es hacia la imagen corporativa, en lo colectivo y de autorrealización en lo individual.

Los integrantes de estas organizaciones comparten ideas, valores, objetivos, sentimientos de pertenencia y compromiso .Lo que emerge de estas organizaciones sanitarias es un sistema más complejo, con diversidad, pluralidad, inclusión, interacción, dinámica, complementariedad, interdisciplina, flexibilidad, compatibilización , negociación, convocatoria, sustentabilidad, solidaridad, aceptación moral, compromiso, cooperación, colaboración, comunicación, transparencia, satisfacción, creatividad, innovación y cambio.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Dal Bo ,L.A "Hospitales de Reforma . Crónicas para evitar el olvido " Editorial Biblos ,Argentina,2008
2. Secretaría de Estado de Salud Pública , Ley Nro. 17.102, Boletín de Día Nro. 4112 , Argentina, 1967
- 3.Rodriguez, J y colaboradores "Tablero de Comando de un Hospital Público " Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia , Conapris ,Argentina, 2003
- 4.Tobar ,F "Cómo sobrevivir a una tesis en salud "ediciones ISalud , Argentina ,2006
- 5.Lago Martínez,G ;Rojas,G " En torno de las metodologías : abordajes cualitativos y cuantitativos "Cap.7
6. Schweiger, A " El control de gestión y sistemas de información gerencial (SIG) en sistemas y organizaciones de sector salud .El caso de aplicaciones en países de América Latina "AES ,Argentina 2003
7. Gonzalez García ,G ; Tobar, F " Salud para los Argentinos "ediciones ISalud ,Argentina 2004
- 8.Kaplan,R; Norton,D "Atributos de productos y servicios. Cuadro de mando integral "Ediciones Gestión 2000.Barcelona, 1997
- 9.Kaplan,R;Norton,D "Cómo utilizar el Cuadro de mando integral" Editorial Gestión 2000 S.A.Barcelona, 2001
- 10.Díaz,C "Implementación de un programa de gestión clínica "AES,2001
- 11.Díaz,C "la empresa sanitaria moderna.Como crear la propia bestia sistémica" Ediciones ISalud.Buenos Aires.2001
12. Díaz, C " La gestión de hospitales .Cómo terminar con el amauterismo en la dirección del hospital público .Gestión en salud. Buenos Aires, 2002
- 13.Díaz, C "Desafíos en la gestión hospitalaria "Isalud, Argentina 2002
- 14.Díaz,C "El Pequeño Gestión Ilustrado" Módulo 7 Ediciones ISalud,,Argentina, 2005

15. Díaz, C "El Pequeño Gestión Ilustrado" Ediciones ISalud Argentina ,2006
16. Díaz, C " Gestión de servicios asistenciales" ¿ Cómo convertir un jefe de servicio en un gerente? Ediciones ISalud Argentina ,2009
- 17a. Díaz.C "Gestión de los sistemas sanitarios .Visión sistémica y de la complejidad organizacional" Isalud, 2009
- 17 .Góngora,N ;Spadafora S "Características funcionales básicas de las organizaciones sociales "Gestión en salud. Buenos Aires 2009
18. Ballvé,A " Tablero de control. Organizando información para crear valor "Ediciones Macchi, Buenos Aires ,2000
19. Ballvé,A" Tablero de control .Información para crear valor "Emecé. Buenos Aires ,2008
- 20 .Pérez,R;Espinosa ,M "Enfoques actuales del control estratégico " Tecnología en marcha, Cuba ,2004
21. Ortún ,R "La participación de los profesionales en la gestión "Fuls Economics,1995
22. Ortún,R ¿Conocimiento para gestionar? Gestión Clínica San.,1999
23. Ortún ,R "Sistema sanitario y estado de bienestar, Todo para todos ? 2001
24. Ortún ,R " Gestión clínica y sanitaria" Editorial Masson, Barcelona, 2006
25. Smolje,A "Evaluación de gestión en entornos competitivos" Boletín de lecturas sociales y económicas FCSE,año 3 ,Nro.10
26. "El cuadro de mando integral. Reportaje a Robert Kaplan" Revista. costos y gestión Nro.51
27. López Viñegla, Alfonso, Gestión estratégica y medición. El Cuadro de mando como complemento del Balanced scorecard, Barcelona, 2003
28. Kaplan, Robert S. and David P. Norton, The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action,Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996.
29. Kaplan, Robert S. and David P. Norton, The Strategy-focused organization, Boston, MA: Harvard.1999
30. Paul R. Niven, El Cuadro de Mando Integral, Business School Press, 200
31. Di Stéfano, V "Tablero de Comando. Desde la administración en una página hasta el cuadro de mando integral"XXVII Congreso Argentino de profesores universitarios de costos .Tandil ,2004
32. Hospital de Pediatría J.P Garrahan, Área de medicina ,higiene y seguridad en el trabajo " Manual de inducción para el personal de salud" Buenos Aires

33. Hospital de Pediatría J.P. Garrahan .Presupuesto Económico 2007. Buenos Aires
- 34.Hospital de Pediatría J.P. Garrahan .Presupuesto Económico 2008. Buenos Aires
35. Hospital de Pediatría J.P. Garrahan .Presupuesto Económico 2009. Buenos Aires
36. Hospital de Pediatría J.P. Garrahan .Presupuesto Económico 2010. Buenos Aires
- 37.Informe final de Auditoría .Con informe ejecutivo .Transferencias al Hospital Garrahan,Buenos Aires ,año 2000
- 38.Informe final de Auditoría .Con informe ejecutivo .Transferencias al Hospital Garrahan,Buenos Aires ,año 2003
- 39.Informe final de Auditoría .Con informe ejecutivo .Transferencias al Hospital Garrahan,Buenos Aires ,año 2007
- 40.Ingresos y egresos Hospital Garrahan, período 2005-2009 ,Buenos Aires ,2010
- 41.D'Aste ,P "Balanced Scorecard" Universidad Isalud ,2009
- 42.D'Aste ,P" Equipos de alto desempeño .Cátedra de RRHH. Isalud, 2005
- 43.Alvarez,M "Cuadro de mando integral .Perspectiva del cliente" Isalud 2009.
- 44.Rosende,H "Cuadro de mando integral, Tablero de mando" Isalud 2009
45. Marin,J.M " los condicionantes que se derivan de los procesos de reforma del estado,de la administración pública y del sector salud a la nueva gestión hospitalaria"www.clad.org.ve/anales6/marin.html .2002
46. "Programa de desarrollo de recursos humanos. OPS.OMS. " Hacia un nuevo abordaje en la administración del personal de salud. 1998
- 47.Varo,J "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un enfoque de gestión hospitalaria. Editorial Santos. Madrid . 1994
48. Bianconi,Z "Modelos de gestión de calidad" Isalud, 2003

49. Bianconi,Z y colab. "Calidad en salud . Diez años de experiencia de la Ciudad de Bs.As" Ministerio de Salud del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2007
50. Bianconi,Z "En que temas trabajar en calidad ¿" Isalud, 2009
51. Valdes, L ""Conocimiento es futuro: hacia la sexta generación de los procesos de calidad"" editorial Norma , 1997
52. Valdes,L "Innovación. El arte de inventar el futuro" Editorial Norma, 2004