



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**Departamento de Posgrados
Maestría en Administración de Empresas**

Título:

Propuesta para la utilización de herramientas, métricas y modelos de gestión empresarial aplicada a la administración hospitalaria en las clínicas privadas de la Ciudad de Cuenca.

Trabajo de graduación

**Previo a la obtención del título de Magíster en
Administración de Empresas**

Autor:

Luis Alberto Percy Vergara

Director:

Eco. Andrés Ugalde Vásquez

Cuenca – Ecuador

2016

Dedicatoria

A mi papa por su apoyo incondicional en todos los proyectos de mi vida

Agradecimientos

Agradecimientos al Hospital Universitario del Rio, en especial al Dr. Esteban Moscoso Vintimilla Presidente del Hospital por facilitar la posibilidad de realizar la Maestría en Administración del Negocios y por su apoyo en el desarrollo del presente trabajo de tesis.

De igual manera a cada uno de los directivos de los hospitales y clínicas que participaron y contribuyeron a la elaboración del presente trabajo, sus aportes brindaron buena parte de los insumos necesarios para la elaboración de esta investigación.

A la Universidad del Azuay por permitirme ser el primer medico en realizar una Maestría históricamente vinculada a áreas económicas y administrativas. Estoy seguro que este trabajo aportará al desarrollo del Sector Salud en la ciudad y la región.

Resumen

En los Hospitales confluyen tres dimensiones que son de importancia y cuya sinergia debe garantizar la sobrevivencia de estas organizaciones, ellas son: el aspecto técnico representado por los profesionales de salud, el aspecto administrativo financiero representado por la dirección, y los pacientes-clientes quienes demandan servicios y finalmente son la razón de ser de estas organizaciones (Llinas 2010). El equilibrio entre los aspectos administrativos-financieros, los aspectos técnicos y la satisfacción de los pacientes-clientes garantiza el posicionamiento y el éxito de las instituciones en un sector bastante competitivo y altamente dinámico (Vendruscolo 2012).

Como en cualquier otra organización, el sector hospitalario necesita tener herramientas de métrica empresarial que abarquen los aspectos administrativos financieros, los aspectos técnicos y la satisfacción del paciente-cliente y que estén enfocados en los procesos y en la calidad de los servicios ofertados; de tal manera que se preserve el equilibrio y se garantice la sobrevivencia de la organización (Llinas 2010).

Por ello el uso de herramientas gerenciales con las que se monitorice, mida, controle y finalmente se gestionen los procesos hospitalarios es de gran valor para la organización, permitiendo a la alta dirección la posibilidad de alinear el funcionamiento hospitalario con las metas organizacionales propuestas. (Vendruscolo 2012).

Se plantea realizar un estudio para investigar el uso de herramientas de gestión en Hospitales privados de la ciudad de Cuenca¹ y a partir de allí proponer un modelo adaptado al medio, que brinde a la administración la posibilidad de tener una herramienta de gestión que le permita mejorar su desempeño, ser más competitiva y alcanzar las metas organizacionales propuestas.

Palabras clave

Balanced Scorecard, Benchmarking, Seis Sigma, mapas de procesos hospitalarios, Calidad, Gestión Hospitalaria.

¹ Cuenca, oficialmente Santa Ana de los Ríos de Cuenca, es una ciudad del sur de la República del Ecuador y es la capital de la provincia del Azuay. Está situada en la parte meridional de la Cordillera andina Ecuatoriana. Con una población urbana de 505.585 habitantes según el último censo oficial del 2010. Situada a 432 km por carretera al sur de Quito, Capital de la República y a 191 km por carretera al este de la ciudad de Guayaquil, principal puerto Ecuatoriano.

ABSTRACT

There are three important dimensions that come together in hospitals and whose synergy must guarantee the survival of these organizations. They are, the technical aspect represented by health professionals, the administrative-financial aspect represented by the management, and patient-clients who demand services, and who are ultimately the reason for the existence of these organizations (Llinas 2010). The balance between administrative and financial aspects, technical aspects and patient –customer satisfaction guarantees the positioning and success of institutions in a very competitive and highly dynamic sector (Vendruscolo 2012).

As any other organization, the hospital sector needs to have business performance measurement tools for financial-administrative, technical and patient -customer satisfaction aspects that are focused on the processes and on the quality of the services offered, in such a way that the balance is preserved and the survival of the organization is guaranteed (Llinas 2010).

Therefore, it is of great value for the organization the use of management tools that will monitor, measure, control, and finally manage the hospital processes allowing senior management the possibility to align the hospital performance with the proposed organizational goals. (Vendruscolo 2012).

A study to investigate the use of management tools in private hospitals in the city of Cuenca is raised; and from there, propose a model adapted to the environment, which will provide the administration the possibility to have a management tool to enable to improve its performance, become more competitive, and achieve organizational goals.

Keywords: Balanced Scorecard, Benchmarking, Six Sigma, Hospital Processes Maps, Quality, Hospital Management.

Índice de contenido

1. Introducción	7
2. Planteamiento del problema	9
3. Materiales y métodos	11
4. Marco teórico	13
4.1. Análisis del entorno, el sistema de salud ecuatoriano	13
4.1.1. Situación actual país	13
4.1.2. Financiamiento y gasto	15
4.1.3. Recursos del sistema	16
4.2. Balanced Scorecard	17
4.2.1 Integración del BSC al sector hospitalario	20
4.3 Seis Sigma	23
4.4. Benchmarking	27
4.5. Interrelación entre el Benchmarking, Seis Sigma y Balanced Scorecard	30
5. Descripción del Modelo BSC para clínicas y hospitales (SixSigma y Benchmarking)	35
6. Discusión	42
7. Justificación del modelo	56
8..Beneficios de la implementación del modelo	58
9. Conclusiones	61
10 .Anexos	68
11. Bibliografía	74

Índice de, tablas y anexos

Grafico 1 Sistema de salud en Ecuador	14
Grafico 2. Procesos de mejora basados en Seis Sigma	25
Grafico 3. Áreas de aplicación de Benchmarking en Hospitales	32
Grafico 4. Procesos de mejora Six Sigma	33
Grafico 5. Integración Balanced Scorecard, Six Sigma y Benchmarking	36
Grafico 6. Integración de los procesos organizacionales en el mapa estratégico	38
Grafico 7. Ubicación de los diferentes tipos de procesos dentro del Mapa de Procesos	47
Grafico 8. Diferentes componentes de un proceso	48
Grafico 9. Las Etapas del Ciclo DMAMC	54
Grafico 10. Perspectivas del BSC y su integración con Seis Sigma y Benchmarking	56
Grafico 11. Matriz 5W1H	57
Grafico 12. Integración del Balanced Scorecard con Six Sigma y Benchmarking	60

1. Introducción

El sector Hospitalario en Ecuador y específicamente en la Provincia del Azuay está representado por instituciones que hacen parte del sector público (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS², Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP³ y Hospitales Municipales) y del sector privado (clínicas y hospitales con y sin ánimo de lucro) las cuales desde el año 2009 interactúan a través de la Red Pública Integral de Salud RPIS (Lucio 2011). Este modelo de atención ha representado para los hospitales privados dedicados históricamente a atender pacientes no asegurados y de seguros particulares un reto en su modelo de gestión, ya que con la meta Gubernamental de coberturas en salud del cien por ciento (Malo-Serrano 2014), el número de pacientes provenientes de la red pública ha aumentado y los hospitales se han visto obligados a mejorar su eficiencia en los ámbitos médicos, administrativos y financieros.

De igual manera, con el aumento en las coberturas de atención para pacientes afiliados al IESS o con coberturas garantizadas por el MSP, el número de pacientes privados ha disminuido. Lo anterior ha llevado a que el sector presente serios inconvenientes operativos debido al retraso de los pagos por parte de los organismos del estado, al uso de tarifarios que regulan los precios de las prestaciones, a un alto porcentaje de glosas en las cuentas y a la demanda cada vez menor de prestaciones privadas⁴.

En un escenario como el anterior los modelos de gestión deben mejorarse y entra en juego el uso de herramientas que permiten tener una visión del negocio, que garantice el rendimiento financiero esperado por los accionistas, a la par de un adecuado desarrollo técnico científico y un alto nivel de satisfacción en los pacientes-clientes.

Se propone investigar el uso de herramientas de gestión dentro cinco hospitales y clínicas privadas de la ciudad de Cuenca, de tal manera que se determine qué tipo de metodología de gestión

² Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, entidad Pública que maneja el Sistema de Seguro General Obligatorio de Salud y que forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Social.

³ Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP, entidad pública cuya función es ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de los servicios de Salud Ecuatorianos a través de la gobernanza, vigilancia y control sanitario, garantizando el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades; articulando los diversos actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho universal a la Salud en la República de Ecuador.

⁴ Fuente Comunicado de Prensa Asociación Ecuatoriana de Clínicas y Hospitales ACHPE Mayo 25 de 2014

utilizan (Balanced Scorecard⁵, Modelos enfocados en calidad total como Seis Sigma⁶, Benchmarking⁷, mapa de indicadores hospitalarios etc.).

Una vez se tenga establecido el panorama del uso de herramientas de gestión en estas instituciones, se propondrá un modelo que contemple un cuadro de mando integral en donde se tengan en cuenta las cuatro perspectivas de esta herramienta: administrativas financieras, cliente/paciente, aprendizaje y procesos y conocimiento (Bisbe 2012); integrando a estas herramientas como el Benchmarking (Vidal-Pineda 2009) y modelos de calidad total como el Seis Sigma, que ayudaran a optimizar los procesos organizacionales internos a través de una metodología de mejora continua (Varkey 2007).

Con lo anterior se busca tener una herramienta aplicable al sector hospitalario de la región que brinde un enfoque integral a las áreas administrativas y médicas y que permita que estas trabajen de manera sinérgica en pro del logro de los objetivos organizacionales, adaptándose al nuevo entorno de la situación de la salud, permitiendo el crecimiento organizacional a través de procesos de atención enfocados en el paciente-cliente con un alto nivel técnico y con un alto nivel de rentabilidad.

⁵ Balanced Scorecard BSC: "El BSC es una herramienta 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 al 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 transdepartamentales e identifica procesos enteramente nuevos para cumplir con objetivos del cliente y accionistas" (Kaplan 1996).

⁶ Seis Sigma: Es una metodología de mejora de procesos, centrada en la reducción de la variabilidad de los mismos, consiguiendo reducir o eliminar los defectos o fallos en la entrega de un producto o servicio al cliente. La meta de 6 Sigma es llegar a un máximo de 3,4 defectos por millón de eventos u oportunidades (DPMO), entendiéndose como defecto cualquier evento en que un producto o servicio no logra cumplir los requisitos del cliente.

⁷ Benchmarking: Metodología que consiste en tomar "comparadores" o Benchmarks de aquellos productos, servicios y procesos de trabajo que pertenezcan a organizaciones que evidencien las mejores prácticas sobre el área de interés, con el propósito de transferir el conocimiento de las mejores prácticas y su aplicación en la organización. (Vidal-Pineda 2009)

2. Planteamiento del problema.

En los Hospitales por su giro de negocio confluyen tres dimensiones que son de importancia y cuya sinergia debe garantizar la sobrevivencia de estas organizaciones, ellas son: el aspecto técnico representado por los profesionales de salud que a través de equipos multidisciplinarios brindan una atención al paciente, el aspecto administrativo financiero representado por la Dirección de estos, quien vela por el adecuado, racional y eficiente uso de los limitados recursos para su funcionamiento y los pacientes-clientes quienes demandan servicios y finalmente son la razón de ser de estas organizaciones. El equilibrio entre los aspectos administrativos-financieros, los aspectos técnicos y la satisfacción de los pacientes garantiza el posicionamiento de las instituciones en un sector bastante competitivo y altamente dinámico.

A lo anterior se suma un concepto que prima en cualquier contacto que tenga un paciente con los sistemas de salud: La calidad, definida por Donabedian en 1980 como “aquella atención en donde se espera se maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes” o como: “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”. Otra definición de calidad es la expuesta por *Luft y Hunt* quienes definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

Como en cualquier otra organización, en el sector hospitalario es necesario tener herramientas que abarquen los aspectos administrativos financieros, los aspectos técnicos y la satisfacción del paciente-cliente y que estén enfocadas en la calidad de los servicios ofertados, de tal manera que se preserve el equilibrio y se garantice la sobrevivencia de la organización. En este marco conceptual la utilización de indicadores de gestión que permitan monitorizar los procesos hospitalarios y que brinden un sistema de medición, para luego controlar y posteriormente gestionar, se hacen necesarios como única herramienta que permita el funcionamiento de la organización (Kaplan y Norton, 1992)

En Ecuador la Red hospitalaria del Sistema de Salud está formada por hospitales públicos y privados que se interrelacionan y brindan atención a la población asegurada y no asegurada. El número total de Hospitales en el Ecuador es de 785 y la oferta de camas hospitalarias en el país es de 23.138.

En la provincia del Azuay existen 43 hospitales que corresponden al 5.85% de los hospitales del País, la oferta de camas en esta provincia ha aumentado un 17 por ciento de 2002 al 2012 y la población estimada del Azuay según el censo del 2012 es de 767.695 personas, el número de camas hospitalarias es de 1340 y el número de camas por cada 1000 habitantes es de 1,75. El

porcentaje de ocupación de camas es del 54,35%. De las 1340 camas hospitalarias de la provincia, en Cuenca su capital se encuentran 1215, es decir el 90 por ciento de las camas se hallan en la capital y estas se encuentran divididas en 34 centros, de ellos 28 son privadas y 6 son públicas. Las clínicas privadas ofertan 607 camas y las públicas 608 camas.(fuente censo 2012 INEC). Al tener el sector hospitalario una ocupación del 54,35%, el porcentaje de camas no ocupadas es del 45,65%, lo que nos lleva a una cifra de 611,71 camas hospitalarias no utilizadas.

De lo anterior se puede concluir que la oferta de camas supera la demanda, los mismos datos son extrapolables a los servicios hospitalarios es decir: Laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, farmacias hospitalarias y servicios quirúrgicos.

Ante este panorama en donde la oferta de servicios no es equiparable con la demanda, se intuye la existencia de un sistema ineficiente con altos costos, ya que hay que cubrir los gastos de ese 45,65% de camas no utilizadas y en operación. Es en estos escenarios en donde un sistema de gestión que haga seguimiento al funcionamiento diario de las instituciones y que permita a la administración la toma de decisiones basados en datos objetivos se hace necesario.

Se plantea investigar la utilización de sistemas de gestión para la administración de hospitales dentro del sector privado en la Ciudad de Cuenca e investigar dentro de cinco hospitales cuáles son las herramientas de gestión que se utilizan para la toma de decisiones. Adicional a lo anterior se propone luego de la investigación el diseño de un Cuadro de Mando Integral para hospitales que se adecue a las necesidades de la región y que sea equiparable con estándares internacionales.

3. Materiales y métodos

El estudio se desarrolló en el casco urbano del cantón Cuenca y para él se realizaron entrevistas semi estructuradas a Gerentes o Directores de cinco hospitales privados de la ciudad a través de un cuestionario abierto (anexo 1).

La naturaleza de la investigación por tratarse de información cualitativa y de percepciones por parte de los administradores, corresponde a una investigación de tipo cualitativo, sin embargo, dado que los factores a medir ya están parcialmente identificados, la entrevista no estructurada sería demasiado subjetiva, por lo que se decidió utilizar una entrevista semi estructurada dado que permite levantar criterios y opiniones aunque manejando ya un cuestionario pre establecido.

Se tomó como base para el diseño de la entrevista los enunciados expresados por Vargas Jiménez en el artículo: La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos (Vargas 2012) en donde se plantea la estructura del diseño de un cuestionario para una entrevista semi estructurada y se plantea como realizar la entrevista, en donde se define: “que la entrevista de investigación es por lo tanto una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, no fragmentada, segmentada, precodificado y cerrado por un cuestionario previo del entrevistado sobre un tema definido en el marco de la investigación, de tal manera que se logre de los entrevistados la mayor cantidad de información útil para el estudio”. (Vargas 2012)

Para el diseño de la encuesta se tomó en cuenta la definición de Groves quien considera: “La encuesta es un método sistemático para la recopilación de información de [una muestra de] los entes, con el fin de construir descriptores cualitativos de los atributos de la población general de la cual los entes son miembros” (Jansen 2013)

Para el caso de nuestra investigación el entrevistador disponía de un cuestionario en donde se contemplaban los temas de la entrevista y en donde se indagaba sobre los aspectos más importantes contemplados en la investigación, la manera de formular las preguntas era abierta y la manera de responder se dejó a la libre decisión y valoración del entrevistado.

La ventaja de esta metodología es que permitió tener más profundidad en las opiniones y conceptos del entrevistado, indagar sobre los conceptos básicos de la investigación y profundizar en temas que para el estudio eran relevantes.

Partiendo de lo expuesto en los párrafos precedentes, se establece que la metodología cualitativa que se utilizó en este estudio es útil para construir o desarrollar teorías, marcos conceptuales o generar hipótesis que sirvan de base para estudios futuros sobre el tema concerniente a la investigación.

De igual forma, esta ofrece una descripción más rica del fenómeno objeto de estudio, permite no solo aumentar la comprensión del contexto donde se producen los eventos, sino también el conocimiento respecto a los propios eventos (Ugalde 2013).

En el estudio se investigó la utilización de herramientas de métrica empresarial, el uso de indicadores para medición de gestión financiera, clínica y administrativa, se investigó también como estaban estructurados los procesos hospitalarios, si se tenía un mapa de procesos levantado y como era la socialización de estos procesos. También se indagó sobre la participación de los médicos (considerados un activo intangible de alto valor por todos los entrevistados) en actividades como planeación estratégica, comités multidisciplinarios y en general en la toma de decisiones de los centros hospitalarios. Por último se indagó sobre los aspectos a mejorar en cada una de las clínicas así como el uso de herramientas de mejora continua dentro de las organizaciones y sobre la percepción de los directivos sobre el trabajo multisectorial y el uso de herramientas de benchmarking interinstitucional.

La información obtenida se sintetizó en una matriz comparativa (anexos 2 y 3) en donde se registró la totalidad de la información obtenida de los administradores de los hospitales objeto del estudio, esta información fue analizada y a partir de ella se elaboró un cuadro de necesidades comunes y de indicadores para cada una de estas necesidades, de igual manera se determinaron cuáles son las fortalezas y debilidades de cada uno de los esquemas gerenciales y a partir de ellas se diseñó el modelo propuesto en este trabajo, que busca integrar el Balanced Score Card con las metodologías de mejora continua (Six Sigma) y con las de gestión del conocimiento (Benchmarking).

4. Marco teórico

4.1. Análisis del entorno, el sistema de salud ecuatoriano

4.1.1. Situación actual país

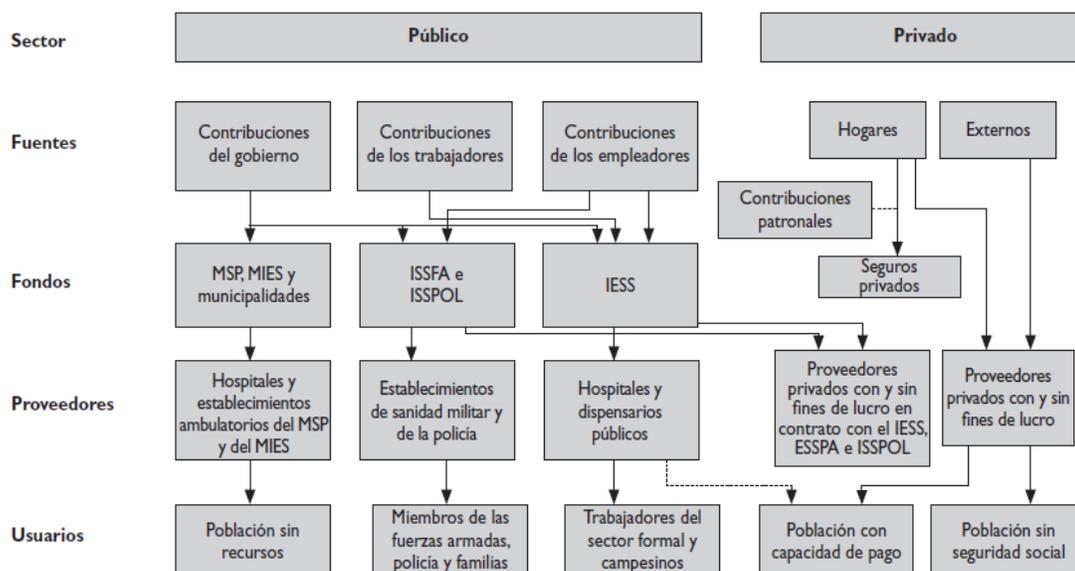
Según el último censo del Instituto Nacional de Estadística y censos (INEC) el Ecuador tiene una población de 14.2 millones de habitantes, de los cuales el 50,1 % son hombres y el 49.9% son mujeres. La población del país está distribuida en población urbana 66% y un 34% es rural, la concentración poblacional en las cinco principales ciudades del país es del 33%.

El Sistema de Salud Ecuatoriano está compuesto por dos grandes sectores que interrelacionan entre sí, el sector público y el sector privado.

Del Sector público hace parte el Ministerio de Salud Pública MSP, que es el ente que rige y fija la política de salud del país, también hacen parte de este sector el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), las instituciones de seguridad social que cumplen un rol de aseguradores públicos y en los que se cuentan (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional ISSPOL, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas ISSFA) y los servicios de salud a cargo de las municipalidades en los que los municipios tienen subsistemas de salud propios y que brindan atención a pacientes del MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL (Lucio 2011).

El sector privado está conformado por una red de prestadores en los que se cuentan Hospitales, Clínicas, Consultorios, farmacias, redes de centros de atención de primer nivel particulares y redes pertenecientes a empresas de medicina prepagada. Se ha observado que las empresas de medicina prepagada han empezado a tener sus propios sistemas de atención basados en integración vertical y que comprenden atenciones en el primer y segundo nivel de complejidad principalmente. Estas compañías de medicina prepagada cubren cerca del 3% de la población como un complemento a la afiliación obligatoria de la población laboralmente activa al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Grafico 1



MSP: Ministerio de Salud Pública
 MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
 ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
 ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
 IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Fuente Sistema de salud de Ecuador Ruth Lucio, Econ, MSc, Nilhda Villacrés, MD, MSc, Rodrigo Henríquez, MD.

La atención en salud y las coberturas de toda la población ecuatoriana están garantizadas desde el año 2008 como un derecho constitucional de los habitantes del país, bajo principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad eficiencia, eficacia precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Las coberturas de atención están garantizadas por los diversos actores del sector público, de los cuales el Ministerio de Salud Pública MSP tiene la red más amplia de servicios con el 46% de todas las unidades hospitalarias y ambulatorias del Ecuador, con esta red brinda cobertura a cerca del 51% de la población.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS brinda atención a los trabajadores del sector formal de la economía y a los jubilados de este sector y su cobertura llega a cerca del 20% de la población.

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas ISSFA y el de la Policía ISSPOL brindan atención a cerca del 5% de la población.

Como se puede observar aunque hay un derecho constitucional a la salud y se promueve dentro del sistema la universalidad de las coberturas, las metas no son garantizadas por el sector público, en donde se observan inconvenientes en la oportunidad de las atenciones, en la accesibilidad a los servicios y en los recursos limitados para la gran demanda de prestaciones que requiere la población en general.

Por lo anterior en el año 2009 se empieza a implementar la Red Publica Integral de Salud, en donde se incluyen a los prestadores privados dentro de la red y se crea un gran sistema en donde los pacientes pueden ser derivados a clínicas y hospitales privados para su atención y en donde el MSP, el IESS, el ISSFA y el ISSPOL empiezan a interrelacionar con el sector privado en calidad de aseguradores y pagadores de servicios contratados con este sector.

4.1.2. Financiamiento y gasto

El financiamiento público del sistema está dado por fuentes provenientes del Presupuesto General del Estado. Según la Ley de Seguridad Social del 2001, el Seguro General Obligatorio del IESS (SGO) tiene tres fuentes de financiamiento: Contribución del estado, el aporte individual de los trabajadores y el aporte de los empleadores. El Seguro Social Campesino se financia con recursos provenientes del aporte solidario de los empleadores, de los aportes de los afiliados al SGO, de contribuciones obligatorias de seguros públicos y privados, del aporte de los propios afiliados y de aportes provenientes del presupuesto general del estado y asignaciones suplementarias provenientes directamente del Ejecutivo.

El ISSPOL se financia con aportes directos de los miembros de la policía, activos y retirados y un aporte directo del Estado.

El ISSFA se financia con recursos provenientes de los aportes de los militares en servicio activo y aportes provenientes del Ministerio de Defensa.

En cuanto al financiamiento privado este proviene directamente del usuario quien paga de su bolsillo por las atenciones recibidas en un sistema que tiene libertad de precios y tarifas. Solo el 3% de la población posee seguros de salud o planes de medicina prepagada y lo cancelado por estos aseguradores representa solo el 4.8% del gasto privado en salud.

En cuanto al gasto en salud durante los últimos 10 años ha crecido de manera constante, hasta ubicarse en el 5,9% del PIB en el año 2008. El gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en el año 2000 a 474 dólares en el año 2008.

El gasto privado en salud, representó en el año 2008 el 60.5% del gasto total y de este total solo el 4,8% estaba representado por pagos realizados por empresas aseguradoras privadas, lo que permite inferir que la gran mayoría del gasto privado es financiado directamente por el usuario.

4.1.3. Recursos del Sistema

En Ecuador hay un total de 3.847 establecimientos de atención en salud, en los tres niveles de atención (Básico, mediana complejidad y alta complejidad), de los cuales el sector público tiene el 80% de toda la infraestructura. De este 80% el MSP posee el 46% de las unidades prestadoras, el IESS tiene el 24% y el ISSFA, ISSPOL y municipios tienen el otro 10%.

El sector privado tiene el otro 20% de la infraestructura y de este 20%, el 14% está representado por instituciones con fines de lucro y el 6% por fundaciones e instituciones sin fines de lucro.

En la provincia del Azuay existen 43 hospitales que corresponden al 5.85% de los hospitales del País, la oferta de camas en esta provincia ha aumentado un 17 por ciento de 2002 al 2012 y la población estimada del Azuay según el censo del 2012 es de 767.695 personas, el número de camas hospitalarias es de 1340 y el número de camas por cada 1000 habitantes es de 1,75. El porcentaje de ocupación de camas es del 54,35%. De las 1340 camas hospitalarias de la provincia, en Cuenca su capital se encuentran 1215, es decir el 90 por ciento de las camas se hallan en la capital y estas se encuentran divididas en 34 centros, de ellos 28 son privadas y 6 son públicas. Las clínicas privadas ofertan 607 camas y las públicas 608 camas.(fuente censo 2012 INEC). Al tener el sector hospitalario una ocupación del 54,35%, el porcentaje de camas no ocupadas es del 45,65%, lo que nos lleva a una cifra de 611,71 camas hospitalarias no utilizadas.

4.2 Balanced Scorecard

El concepto de Balanced Scorecard BSC o Cuadro de mando integral CMI fue desarrollado por Robert Kaplan y David Norton y presentado en el Harvard Business Review en 1992. Este sistema de administración busca ir más allá del clásico enfoque financiero utilizado hasta esa época y plantea no solamente la evaluación de la empresa a través de sus resultados financieros si no tener en cuenta la importancia de los activos intangibles como una ventaja competitiva en el medio. (Kaplan 1992)

Según Kaplan y Norton la visión gerencial de la empresa debe ser vista de manera integral, teniendo en cuenta su visión y su estrategia, lo que debe reflejarse en sus resultados a corto, mediano y largo plazo.

En el libro The Balanced ScoreCard: Traslating Strategy into Action, publicado en 1996 se menciona: "El Balanced ScoreCard 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 corto, mediano y largo plazo".

A partir de este precepto de una perspectiva integral y estratégica que tiene en cuenta la visión y la misión de la organización, el BSC plantea el desarrollo de la empresa a partir cuatro perspectivas:

1. Desempeño financiero
2. Conocimiento y desarrollo de la relación con el cliente
3. Procesos internos
4. Aprendizaje y crecimiento empresarial

Estas cuatro perspectivas permiten establecer cuatro áreas de desarrollo que deben responder a las expectativas de los clientes y accionistas:

1. Desarrollo y aprendizaje (Learning and growth): Puede la organización continuar innovando, mejorando sus procesos y generando valor para los socios y clientes?
2. Perspectiva interna del negocio (Internal business): Cuales son las fortalezas de la organización que le permiten destacarse ante la competencia y ser valorada por los clientes?
3. Valoración por el cliente (Customer): Como ven los clientes a la organización?, que está haciendo la organización para fidelizar a sus clientes y establecer una relación a largo plazo con ellos?
4. Financiera (Financial): Están los accionistas satisfechos con el rendimiento de la empresa?

A través de las perspectivas mencionadas anteriormente, el BSC establece una serie de interrelaciones entre las diversas áreas de la empresa que permiten formular estrategias consistentes y sostenibles en el tiempo, haciendo que estas sean adoptadas por la organización, incluidas dentro de los objetivos de las áreas y que estos objetivos estén alineados con las metas financieras, permitiendo por último tener a la mano información sobre los resultados esperados y realizar ajustes de manera oportuna buscando maximizar el rendimiento organizacional.

Definición de las perspectivas del Balanced ScoreCard

Perspectiva Financiera: Esta perspectiva tiene en cuenta las necesidades y expectativas de los accionistas. La perspectiva financiera está relacionada con todo lo que genera valor para el dueño de la compañía, rédito económico, utilidades, valoración de la empresa, cumplimiento de metas presupuestarias, rentabilidad y rendimiento de la inversión.

Se basa en los indicadores financieros producto de los resultados contables de la organización tales como Valor Económico Agregado (EVA), Retorno sobre inversión (ROI), margen de operación, ingresos, rotación de inventarios, índice de liquidez, índice de endeudamiento etc.

Perspectiva del Cliente: Esta perspectiva tiene en cuenta las necesidades del cliente y establece a través de una propuesta de valor todas las relaciones que la empresa construye y que le permiten mantener relaciones a largo plazo con sus clientes, integrándolos a sus procesos y permitiéndoles generar la confianza necesaria para fidelizarlos y evitar su migración hacia la competencia.

Tiene en cuenta la evaluación de: calidad de productos y servicios, precios, tiempo de respuesta, imagen de la empresa, relación con los clientes, respuesta ante requerimientos, recompra, satisfacción del cliente, benchmarking sectorial, condiciones del producto, plaza, competencia y precio.

Perspectiva de Procesos: Esta perspectiva tiene en cuenta los procesos internos de la empresa que deben estar enfocados hacia la obtención de la satisfacción del cliente y el logro de las metas financieras propuestas. Para alcanzar las metas propuestas en esta perspectiva se tiene en cuenta el análisis de los procesos empresariales clave y el establecimiento y estructuración de la cadena de valor de la empresa.

Existen cuatro tipos de procesos que deben ser tenidos en cuenta: Procesos operacionales, procesos de innovación, procesos de gestión de clientes y procesos relacionados con el medio ambiente y la responsabilidad social empresarial.

Perspectiva de aprendizaje y crecimiento empresarial: Esta perspectiva tiene en cuenta la gestión del conocimiento empresarial en referencia a como la organización va madurando y

adquiriendo el know how necesario para fidelizar a los clientes, mejorar los procesos internos y obtener el mayor rendimiento financiero.

Es una perspectiva de mediano y largo plazo y su desarrollo depende de la visión organizacional y de cómo se proyecta esta a través del conocimiento como un activo intangible de alto valor.

Teniendo en cuenta las cuatro perspectivas y lo que representan para la empresa, el Cuadro de Mando Integral se ha propuesto en la literatura y se ha utilizado ampliamente en la práctica de gestión, como un instrumento útil para ayudar a la implementación efectiva de la estrategia de las organizaciones.

En el área de la salud se tienen reportes desde los últimos años de la década del 80 y los primeros de la década del 90 de la utilización del BSC en hospitales y sistemas de salud (Chow 1998).

El uso del CMI en las organizaciones sanitarias ha ido generalizándose desde la década del 90. El primer artículo de Kaplan y Norton sobre el CMI se publicó en 1992 (Kaplan 1992), y el primer artículo específico sobre el CMI en el sector sanitario data de 1994 (Griffith 1994)

A pesar de haber experiencias aisladas en centros médicos, una de las experiencias internacionales pioneras en la utilización del CMI a gran escala fue la que lideró la Ontario Hospital Association de Canadá. La Ontario Hospital Association, junto con el Ministerio Sanidad y Cuidados de Larga duración, decidió adoptar el BSC como herramienta de evaluación de desempeño de los 89 hospitales de la región de Ontario (Pink 2001).

EL BSC planteado por esta asociación tenía en cuenta cuatro aspectos fundamentales que no difieren de los propuestos para otras industrias y que ratificaban la aplicabilidad de esta herramienta de gestión en el sector salud:

- a) gestión clínica
- b) percepción de los pacientes sobre el hospital
- c) Desempeño financiero
- d) integración de sistemas y cambio organizacional.

En los primeros dos años de implantado el BSC, la información se generaba sobre aspectos generales de los hospitales pero a partir de 2001, los CMI empezaron a desarrollarse para los diversos servicios de los hospitales (emergencias, hospitalización, unidades de cuidados intensivos, enfermería etc.), logrando la integralidad de los servicios y permitiéndole a la administración mirar a estos como unidades independientes susceptibles de mejorar, integradas dentro de un gran sistema de salud.

Otras experiencias exitosas de la utilización del BSC se pueden ver en Francia, donde desde 1991 todo hospital público tiene la obligación legal de presentar un plan estratégico en donde se plantee el desarrollo organizacional con una proyección a cinco años (Projet d'établissement).

En un estudio publicado en el año 2011 (Gonzalez 2011) sobre el grado de uso del CMI en los Hospitales Públicos en España y en donde se analizaron 218 hospitales, constató que el grado de utilización es pequeño. De acuerdo con dicho estudio, el 28% de los hospitales encuestados no utilizan el CMI, en el 52% de ellos su grado de utilización aún es deficiente y solo un 20% de los hospitales analizados tienen un BSC estructurado e implementado de manera adecuada.

En Ecuador y específicamente en Cuenca no hay publicaciones que evidencien la utilización de modelos de BSC en el sector sanitario.

En Brasil algunos autores como Guimaraes y Evora (2004) consideran que el sistema de salud está pasando por un momento difícil generado por un sistema administrativo obsoleto, con gasto exagerado e ineficiencia operacional que se refleja en un alto nivel de insatisfacción de los prestadores (médicos, enfermeras etc) y de los pacientes (Guimaraes). Otros autores como Ferreira, Garcia y Vieira (2010) consideran que en el sector privado existe poca profesionalización desde el punto de vista administrativo, lo que produce una escasa utilización de las herramientas de gestión (Ferreira).

4.2.1 Integración del BSC al sector hospitalario

A pesar de que hay experiencias exitosas con la implantación del BSC en el sector salud y que es una herramienta que ha demostrado su utilidad en sectores de producción y servicios, la integración del BSC a los sistemas hospitalarios representa un reto para la administración, debido a que en sectores como el sanitario en el que históricamente se han utilizado indicadores de tipo no financiero en la gestión operativa o clínica, se puede llegar a producir una dicotomía entre la visión económica de los equipos gerenciales y la visión clínica de los profesionales, sin que los sistemas de medición contribuyan efectivamente a integrarlas o tender puentes entre ambos enfoques; es allí en donde radica la importancia del BSC ya que este permite integrar las cuatro perspectivas (financiera, pacientes/clientes, procesos y aprendizaje y desarrollo empresarial) con la visión estratégica de la empresa y permite a cada uno de los actores (médicos y administradores) participar en el desarrollo de la estrategia empresarial y en el logro de las metas propuestas.

En un estudio reciente, Bohmer identifica cuatro hábitos que distinguen a las organizaciones sanitarias más exitosas y que obtienen mejores resultados: a) la planificación de objetivos y sus medios para alcanzarlos; b) el diseño de la organización, sus políticas y las infraestructuras físicas

y tecnológicas; c) la medición y el seguimiento de resultados, y d) la revisión continua de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica disponible (Bohmer 2011).

Nuestro punto de partida es que una adecuada formulación de la estrategia (planificación de objetivos), así como su consiguiente implementación y evaluación (medición y seguimiento de resultados), es un factor crítico para el éxito durable de cualquier organización sanitaria.

De hecho, diversos estudios señalan que la mayor parte de las estrategias que fracasan no fallan por estar mal formuladas o planificadas, sino por estar mal implementadas (Charan 1999).

Tal como resaltan los autores que desarrollaron el CMI, Kaplan y Norton, los sistemas tradicionales de medición de resultados presentes en una gran mayoría de las organizaciones habían venido haciendo hincapié, de forma exclusiva o casi exclusiva, en indicadores de tipo financiero.

Por un lado, ya sea por el énfasis excesivo en indicadores financieros o por la falta de integración de los indicadores financieros con indicadores de otro tipo, en las organizaciones de salud los equipos directivos cuentan con poco apoyo de los sistemas de medición para guiar sus decisiones con una visión multidimensional e integrada.

Por ello se hace necesario dentro del área de la gestión sanitaria y de la hospitalaria específicamente, adaptar la herramienta (BSC) a las necesidades de la organización, teniendo siempre en cuenta que es lo que los accionistas quieren de ella y como el deseo del accionista tiene que ir enfocado siempre en lo que el cliente necesita, ya que de este depende en muchos casos la supervivencia de la organización.

Correa (2009) realizó un análisis de los trabajos de Kaplan y Norton (1992, 1996, 2000 y 2001) y recomienda cinco etapas para la implementación del BSC en hospitales (Correa 2009):

1. Traducir la estrategia en términos operacionales: En esta etapa es importante el diseño de mapas estratégicos a partir de las cuatro perspectivas del BSC: Financiera, cliente, procesos internos y por ultimo aprendizaje y crecimiento.
2. Alinear al cien por ciento de la organización con la estrategia: Que tiene que ver con la definición de la misión y la visión organizacional y al empoderamiento y motivación de los equipos en el cumplimiento de las metas organizacionales
3. Transformar la estrategia en tarea de todos: Hay que hacer llegar la estrategia a todas las áreas de la organización de tal manera que todos comprendan la real importancia de sus acciones para lograr los resultados contemplados en el mapa estratégico
4. Convertir la estrategia en un proceso de mejoramiento continuo: Conectar la estrategia al proceso productivo de la organización, implementar departamentos de calidad y estrategia, reuniones de seguimiento para discutir el futuro organizacional de tal manera que el

seguimiento al cumplimiento de las metas sea continuo y se pueda controlar con el objeto de lograr las metas propuestas.

5. Movilizar a toda la organización a través del liderazgo de la alta gerencia

En el 2007 Funck analizó la aplicación del BSC en instituciones de salud en Suecia e indicó que el BSC es una herramienta útil para gerenciar instituciones de salud y que es una herramienta capaz de equilibrar las cargas entre las áreas administrativas y asistenciales hospitalarias, lo que repercute de manera positiva en la fidelización y satisfacción de los clientes y de igual manera permite el desarrollo organizacional de manera ordenada y estructurada.

A manera de conclusión existe un consenso general dentro de los autores consultados que el Balanced Scorecard es una herramienta útil que ha demostrado su efectividad en sectores productivos y que cuando se aplica a instituciones de salud y específicamente a hospitales, aporta a una visión amplia y alineada con los objetivos organizacionales. De igual manera el BSC permite crear un equilibrio entre los diversos actores del ámbito hospitalario: áreas financieras administrativas, médico asistenciales y de clientes y pacientes.

El Balanced Scorecard no se trata sólo de medir unos indicadores relacionados entre sí. Se trata de aprender del pasado para reformular permanentemente la estrategia del futuro y que le permitirá a la organización alcanzar su visión deseada por medio, no de un sistema integrado de indicadores, sino de un sistema de gestión estratégica.

4.3 Seis Sigma

La metodología Seis Sigma fue desarrollada en Motorola a finales de la década de 1980 buscando mejorar la calidad de los productos del fabricante Japonés, en un momento en que se requería un nuevo enfoque y una nueva visión frente a la crisis de calidad de los productos que vivía la compañía.

La metodología, que requiere el uso de herramientas estadísticas fue desarrollada por Bill Smith y Mikel Harry y busca básicamente eliminar la variabilidad en los procesos de producción, con el objetivo de obtener los resultados esperados con el mínimo número de defectos, a un bajo costo y obteniendo la máxima satisfacción del cliente.

Desde su implementación en Motorola hace ya más de treinta y cinco años, la metodología ha evolucionado convirtiéndose ya no en una herramienta para la medición objetiva de defectos si no en una metodología de mejora continua de calidad, enfocada en procesos y en obtener la máxima satisfacción del cliente con costos racionales y con el mínimo desperdicio posible

El objetivo final del Seis Sigma es lograr que los procesos no tengan más de 3,4 defectos por millón de oportunidades.

Esta metodología que inició en empresas de producción se ha trasladado y ha sido aplicada en empresas de servicio, en donde la implementación de procesos con mínimos defectos busca lograr la satisfacción y fidelización del cliente y garantizar que los errores disminuyan y se obtengan los mayores réditos posibles, a través de la optimización del tiempo y la disminución de los desperdicios en los procesos de atención. (Pande 2007)

En las empresas de salud la atención de los pacientes puede entenderse como un proceso de producción, que busca satisfacer sus necesidades tanto como sea posible Dentro de este proceso de atención intervienen una serie de variables (historia clínica, diagnóstico, tratamiento, medicación, protocolos de atención, paraclínicos, imágenes diagnósticas, aseguradores etc.) que son susceptibles de medir, controlar y mejorar buscando con esto el cumplimiento de los objetivos organizacionales, que siempre estarán enfocados en la satisfacción del cliente, razón de ser de las empresas de servicios de salud.

Los pioneros en la aplicación de Seis Sigma fueron los sistemas de salud de Estados Unidos que en la década del 90 empezaron a utilizar la metodología buscando mejorar sus servicios. En el año 1998 el Dr. Chassin publicó un artículo titulado "Is Health Care Ready for Six Sigma Quality" en donde expone los beneficios de la adopción de la metodología en los sistemas de Medicare y sus positivas potencialidades en el desarrollo de sistemas más eficientes y mucho mas enfocados en el paciente.

En Latinoamérica encontramos experiencias exitosas en Hospitales Colombianos (Fundación Santa fe de Bogotá) y en hospitales Chilenos (Ramirez,Pinto, Serpell y Enberg, 2007), en Europa la metodología se ha implementado en Alemania buscando estandarizar procesos de atención médicos que buscan disminuir los errores en la atención (Buck, 2001).

La implementación de la metodología Seis Sigma requiere del compromiso y de la voluntad de cambio hacia la mejora continua, de tal manera que debe haber un alto nivel de sensibilización por parte del personal médico, de enfermeras, administrativo y de apoyo, quienes deberán tener presente que el objetivo final del proceso de atención en salud debe ser la satisfacción del paciente.

Profundizando en el tema, el Sigma representa la desviación típica de un conjunto de datos, es decir la dispersión respecto al valor medio. En los procesos de atención sigma representa la variación frente a los procesos previamente establecidos. Lo que se busca básicamente con la aplicación de la metodología en los servicios de salud es:

- Obtener un servicio de calidad y que este sea valorado por el paciente/cliente
- Concientizar a todo los actores que la razón de ser de la organización es el paciente/cliente
- Los datos para alimentar objetivamente los planes de mejora tienen un proceso de recolección y análisis estandarizado
- Se requiere de un alto nivel motivacional y de compromiso de todo el personal que se encuentra relacionado o que hace parte de los procesos asistenciales y administrativos

Para alcanzar las metas anteriores se lleva a cabo el ciclo DMAMC (Definir, Medir, Analizar, Mejorar y Controlar) en donde se llevan a cabo las siguientes actividades:

Definir: En la definición se realiza el planteamiento del problema, se establece el objetivo que se busca alcanzar y se determinan todos los elementos que intervienen en el proceso

Medir: Se realiza un levantamiento de la situación actual que se busca mejorar, con el objetivo de determinar cuáles son los factores susceptibles de mejorar y que pueden ocasionar inconvenientes en el proceso

Analizar: A partir de los hallazgos encontrados se procede a analizar el problema y a entender cuáles son las causales de este

Mejorar: Con el conocimiento de los objetivos a los que se quiere llegar y teniendo en cuenta que se conoce a fondo el proceso y sus problemas, se establecen las oportunidades de mejora que se deben implementar para cumplir con los resultados esperados

Controlar: Se busca en esta última fase medir los resultados obtenidos y realizar los ajustes necesarios para que el proceso alcance los objetivos esperados.

Grafico 2. Proceso de mejora basados en Seis Sigma

PROCESOS DE MEJORA SEIS SIGMA	
Definir ↓	Identificar el problema
	Definir los requisitos que intervienen en el problema
	Establecer el objetivo
Medir ↓	Validar el problema
	Redefinir el problema
	Medir las entradas claves (pasos del proceso)
Analizar ↓	Desarrollar las hipótesis sobre las causas
	Identificar las causas raíz
	Validar la hipótesis de causa y solución
Mejorar ↓	Desarrollar las ideas para eliminar las causas raíz
	Probar las soluciones
	Estandarizar la solución y medir resultados
Controlar	Establecer medidas estándar para mantener el rendimiento
	Corregir nuevos problemas de ser necesario

Fuente Las Claves Prácticas de Seis Sigma

Teniendo en cuenta el ciclo DMAMC se busca que todas las actividades de la organización tengan seis ingredientes críticos para alcanzar el nivel Seis Sigma:

1. Auténtica orientación al cliente
2. Gestión orientada por datos y hechos
3. Orientación a procesos, gestión por procesos y mejora de procesos
4. Gestión proactiva
5. Colaboración sin fronteras
6. Búsqueda de la perfección

Para lograr que se den estas seis premisas del Seis Sigma se debe tener un alto empoderamiento del personal de la organización y este debe tener definidos sus roles dentro de la metodología, de tal manera que todos estén enfocados hacia el cumplimiento de la meta, para ello se debe tener definido el papel de los siguientes actores:

1. Consejo directivo
2. Patrocinadores y champions de los proyectos
3. Responsables de la implantación de los proyectos
4. El tutor de Seis Sigma (también conocido como master black belt)
5. El Jefe del equipo o jefe del proyecto (también conocido como black belt)
6. Los miembros del equipo
7. El propietario del proceso

4.4. Benchmarking

El concepto de Benchmarking fue desarrollado por Robert Camp a finales de la década de 1980 en Xerox Corp. y hace referencia a un procedimiento que consiste en identificar, aprender y aplicar las prácticas más efectivas de otras organizaciones para así mejorar los productos, procesos y capacidades propias de la organización. El fin principal de esta evaluación comparativa consiste en introducir mejoras continuas en la organización, aprendiendo de otros (Camp 1989).

Camp define el Benchmarking como “la búsqueda de mejores prácticas de la industria que conducen a un desempeño excelente”. Lo que busca esta estrategia de mejora continua es identificar los procesos clave del negocio, medirlos y compararlos con los de otras organizaciones consideradas como líderes. Con esto se logra aprender de los mejores y obtener el mejoramiento continuo de la organización. A través de esta estrategia la organización puede lograr a largo plazo ventajas competitivas sostenibles y crecimiento continuo.”

Kotler, et al. (1994, 1995, 2000) mencionan que el benchmarking es “el arte de conocer cómo y por qué algunas empresas desarrollan sus tareas mucho mejor que otras”. Este conocimiento permite obtener una mayor satisfacción de los clientes y mejorar la eficiencia operativa de la empresa, logrando disminuir costos y aumentar utilidades.

O'Reagain y Keegran (2000) definen al benchmarking como “una herramienta para mejorar el desempeño, aprendiendo desde las mejores prácticas y entendiendo los procesos por los que son obtenidas”. Los autores deducen que el benchmarking es una herramienta práctica que busca mirar fuera de la organización, industria, región o país, para examinar cómo logran otros sus niveles de desempeño y entender los procesos que hay detrás del desempeño excelente.

EL concepto mencionado por O'Reagain y Keegran es de gran importancia ya que no circunscribe a la industria a obtener la información de su propio sector, si no que obliga a las empresas a obtener información de los mejores, no importa que no sea en su ámbito, ya que hay actividades comunes para los diversos sectores de la industria, ejemplo de éxito es el documentado en Du Pont Co., empresa de pistolas, rifles y municiones. Los ingenieros de la compañía en el intento de alcanzar el objetivo de conseguir explosivos más finos y más brillantes, acudieron a la industria de los cosméticos. Maybelline fue una de las empresas que aportaron prácticas a sus procesos para satisfacer las demandas de los clientes de armamento.

De los conceptos anteriores se definen unas características comunes cuando se trata de aplicar esta estrategia, ellas son:

- Identificación: Busca definir cuáles son las áreas y procesos claves dentro de la organización que son susceptibles de ser comparados con los líderes del mercado, sean estos del mismo sector o de sectores distintos pero que tienen características comunes.
- Conocimiento: A través del conocimiento se busca analizar de manera profunda que están haciendo los líderes, aprender de ellos y analizar cómo se pueden aplicar estas experiencias a la organización.
- Adaptación: Busca aplicar lo aprendido del líder a los procesos organizacionales con el objeto de implementar las mejoras aprendidas.
- Sistematización: A través de la sistematización se estandarizan los procesos y se introyectan en la organización, logrando que estos se apliquen de manera permanente.
- Continuidad: Busca que los procesos mejorados se apliquen de manera permanente logrando mejorar el rendimiento organizacional.

Existen diversos tipos de Benchmarking, según Robert C. Camp (1989) y Alonso y Martín (2000) el aprendizaje organizacional basado en la comparación podría clasificarse en:

- Benchmarking interno: Es aquel que se realiza al interior de la organización y promueve la transferencia de información entre los diversos departamentos de la empresa.
- Benchmarking competitivo: Trata de comparar el nivel de costos y activos que afectan a los beneficios de nuestros rivales directos, preferentemente con la misma base de clientes de la misma industria.
- Benchmarking funcional: El Benchmarking funcional busca hacer las comparaciones y la transferencia de información con empresas que no están en el mismo sector pero que comparten actividades comunes.
- Benchmarking genérico. Trata de determinar en qué áreas o procesos básicos de negocio hacer benchmarking, con independencia del sector de actividad.

Según Camp (1989) para que el benchmarking sea exitoso se deben cumplir las siguientes etapas:

- Identificar las actividades o procesos a ser considerados para realizar el benchmarking.
- Identificar compañías comparables.
- Determinar el método para recopilación de datos y recopilar los datos.
- Determinar la brecha de desempeño actual. Se determina la diferencia de nuestras operaciones con las de los socios.
- Proyectar los niveles de desempeño futuros.
- Comunicar los hallazgos de benchmarking y obtener aceptación. Para la búsqueda de respaldo, compromiso y participación es vital establecer una estrategia de comunicación.

- Establecer metas funcionales.
- Desarrollar planes de acción.
- Implementar acciones específicas y supervisar el progreso.
- Recalibrar los benchmarks. Este paso tiene como objetivo el mantener las mediciones de referencia actualizadas.

En el área hospitalaria al ser un negocio en el que confluyen una serie de elementos que van desde el meramente técnico científico hasta el hotelero, las oportunidades de realizar benchmarking son muy amplias y acogen a diversos sectores de la producción. Las posibilidades de realizar benchmarking con otros hospitales o con otras industrias son importantes e incluyen:

- Benchmarking intersectorial: En Ecuador existen dos sectores en el ámbito de la prestación que se pueden retroalimentar de manera interesante: el privado y el público, ambos con sus fortalezas y debilidades propias, que son susceptibles de comparar y mejorar.
- Benchmarking en las áreas de abastecimiento y manejo de proveedores: El sector hospitalario puede aprender de otras industrias en lo referente a cadenas de abastecimiento, manejo de proveedores, manejo de inventarios, logística de suministros, de almacenamiento y de despachos. De igual manera de políticas de negociación, licitaciones, seguimiento y calificación de proveedores, manejo de farmacia y de eficiencia en compras a través de economías de escala etc.
- Benchmarking en áreas de servicio: El sector servicios podría aportar a los hospitales su conocimiento en servicio al cliente, fidelización de usuarios, Customer Relationship management, campañas de seguimiento post venta, manejo de conflictos y de clientes insatisfechos etc.
- Benchmarking en áreas de hotelería y catering: Históricamente los hospitales tienen fama de ser sitios incómodos y donde la comida no es la mejor, la industria hotelera y de alimentos podría aportar de manera interesante su experiencia en estos aspectos, generando ventajas competitivas importantes para los hospitales, que además de ofrecer un buen nivel técnico científico ofrezcan servicios de hotelería y de alimentación equiparables con sus pares dedicados al turismo y el catering.
- Benchmarking en áreas de mantenimiento: Los hospitales suelen ser ineficientes en sus planes de mantenimiento y podrían aprender de empresas de producción sus estrategias para optimizar costos y hacer más eficiente la operación.

- Benchmarking en áreas técnico-científicas: Al compararse con otros hospitales de las mismas características, se podrían compartir experiencias exitosas en el manejo de pacientes que ayudaran a mejorar los indicadores técnico asistenciales de las organizaciones.

Como se puede observar en los ejemplos anteriores las oportunidades de aprendizaje comparativo incluyen a amplios sectores de la producción y del servicio de donde se podría obtener información útil y aplicable en el ámbito hospitalario y en donde esta generaría ventajas competitivas en un sector que históricamente se ha enfocado en la solución de problemas de salud, descuidando total o parcialmente aspectos esenciales y estratégicos de su operación como los mencionados anteriormente.

En la literatura consultada no se encontró ninguna referencia de experiencias de benchmarking en la industria hospitalaria en el Ecuador.

4.5. Interrelación entre el Benchmarking, Seis Sigma y Balanced Scorecard

Hemos revisado hasta ahora las diversas herramientas de gestión que son susceptibles de utilizar en un hospital y como su uso plantea para las instituciones oportunidades de mejora en las áreas administrativas, financieras, asistenciales y de clientes.

A continuación planteamos un modelo que integra las tres herramientas de gestión y que al aplicarse puede ofrecer una herramienta exitosa para la gestión de hospitales.

El modelo plantea que en la gestión de las diversas perspectivas del BSC: Financiera, Clientes, procesos internos y aprendizaje e investigación, se utilice el benchmarking y el seis sigma para lograr el máximo de conocimiento posible potencializando cada una de las perspectivas, con el objeto de generar el valor necesario y tener factores claves de éxito, que permitan a la organización el cumplimiento de sus metas en el corto, mediano y largo plazo, así como su sostenibilidad y viabilidad en el tiempo.

Perspectiva de aprendizaje e investigación y su interrelación con el benchmarking:

La perspectiva de aprendizaje e investigación en el BSC es definida como aquella que le permite a la organización innovar, mejorar sus procesos y generar valor para sus socios y clientes. Esta perspectiva tiene en cuenta la gestión del conocimiento empresarial en referencia a como la

organización va madurando y adquiriendo el know how necesario para fidelizar a los clientes, mejorar los procesos internos y obtener el mayor rendimiento financiero.

Es una perspectiva de mediano y largo plazo y su desarrollo depende de la visión organizacional y de cómo se proyecta está a través del conocimiento como un activo intangible de alto valor.

Al ser una perspectiva que tiene en cuenta conocimiento, aprendizaje e investigación esta debe nutrirse no solo de la información de la organización sino de las experiencias de éxito de empresas del mismo sector o de empresas de sectores distintos, pero en donde su modelo de negocio aporte de manera importante al hospitalario.

Es allí donde una metodología como el benchmarking puede ofrecer la estructura necesaria para obtener información importante para incorporar al hospital.

Los hospitales están constituidos por unidades funcionales que de manera general se interrelacionan para ofrecer una atención integral al paciente y sus familiares. Algunas de las principales unidades hospitalarias son: Servicios médicos (hospitalización, emergencias, unidad quirúrgica, unidades de cuidados intensivos), admisiones, farmacia, laboratorio clínico, mantenimiento, servicio al cliente, facturación, cajas y pagaduría, nutrición, seguridad y vigilancia.

Cada una de estas áreas podría nutrirse desde el punto de vista de aprendizaje y de mejora continua de experiencias exitosas en el sector salud (donde la información va a ser restringida debido a que hace parte del know how de la competencia directa) o de otros sectores en donde va a ser más fácil recaudar la información y en donde su propio giro del negocio hace que la experiencia acumulada sea más enriquecedora para la organización hospitalaria.

En el cuadro anexo proponemos algunos sectores distintos al de salud en donde es posible hacer benchmarking y en donde históricamente hay más experiencia que puede ser útil para incorporar a las organizaciones sanitarias.

Grafico 3

Áreas de aplicación de Benchmarking en Hospitales

Area Hospitalaria	Aspectos a mejorar	Sector o industria en donde realizar benchmarking
Servicios medicos	Atencion de enfermeria	Sector Hotelero, Sectores de servicios
	Seguridad del paciente	Industria aeronautica (check list), industria automotriz
Admisiones	Recaudacion de garantias economicas	Sector bancos, sector hotelero
	Asignacion de habitaciones	Sector hotelero
	Tiempos de espera	Sector hotelero
Farmacia	Abastecimiento de producto	Sector de grandes superficies
	Planometrias y Facing	Sector de supermercados y grandes superficies
Laboratorio clinico	Tiempos de procesamiento de pruebas	Industria cosmetica
	Atencion al cliente	sector hotelero
Mantenimiento	Plan de mantenimiento preventivo	Sector industrial
	Evaluacion de proveedores	Sector industrial
	Realizacion de obras de infraestructura	Sector de la construccion
Servicio al cliente	Gestion de quejas y reclamos	Sector de servicios
	Informacion sobre programas, planes y beneficios para el paciente	Sector hotelero, sector turistico
Hoteleria	Calidad de la habitacion	Sector hotelero, sector turistico
	Comodidad de la habitacion	Sector hotelero, sector turistico
	Asignacion de habitaciones	Sector hotelero, sector turistico
Facturacion	Cobro oportuno	Sector hotelero, sector bancario
	Facturacion a aseguradores	Sector hotelero
Nutricion	Calidad de la comida	Sector de cathering y restaurantes
	Presentacion de los productos	Sector de cathering y restaurantes
	Logistica de abastecimiento	Sector de grandes superficies

Fuente: Diseño del autor

Como se puede apreciar en el cuadro anterior el sector hospitalario puede obtener valiosa información para su aprendizaje de industrias tan disimiles como la hotelera y de sectores como las grandes superficies, la construcción, el turístico o la industria cosmética y el benchmarking puede ofrecer herramientas estructuradas para lograr este fin.

Perspectiva de procesos internos y su integración con el seis sigma

Dentro del Balanced Scorecard la perspectiva de procesos internos se define como aquella que tiene en cuenta los procesos de la empresa que deben estar enfocados hacia la obtención de la

satisfacción del cliente y el logro de las metas financieras propuestas. Para alcanzar las metas propuestas en esta perspectiva se tiene en cuenta el análisis de los procesos empresariales clave y el establecimiento y estructuración de la cadena de valor de la empresa.

Para que la organización tenga una estructura de procesos definida debe contar con una herramienta que permita definir, medir, analizar, mejorar y controlar y que logre que estos estén alineados con la misión y visión organizacional, es allí donde la metodología Seis Sigma puede contribuir de manera importante en el logro de las metas organizacionales.

El ciclo DMAMC permite identificar de una manera objetiva cuales son los problemas que se pueden presentar dentro de los procesos administrativos y de atención hospitalaria y a la vez brinda una visión integral para que la administración pueda plantear soluciones y corregir de manera oportuna las fallas, permitiendo a la vez realizar seguimiento y plantear los ajustes necesarios para alcanzar el éxito.

Figura 4.

Procesos de mejora Six Sigma

PROCESOS DE MEJORA SEIS SIGMA	
Definir ↓	Identificar el problema
	Definir los requisitos que intervienen en el problema
	Establecer el objetivo
Medir ↓	Validar el problema
	Redefinir el problema
	Medir las entradas claves (pasos del proceso)
Analizar ↓	Desarrollar las hipótesis sobre las causas
	Identificar las causas raíz
	Validar la hipótesis de causa y solución
Mejorar ↓	Desarrollar las ideas para eliminar las causas raíz
	Probar las soluciones
	Estandarizar la solución y medir resultados
Controlar	Establecer medidas estándar para mantener el rendimiento
	Corregir nuevos problemas de ser necesario

Fuente: Las Claves Prácticas del Seis Sigma

Otro punto en el que juegan un papel importante las metodologías de mejoramiento continuo en los procesos hospitalarios es la calidad, definida por Donabedian como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma. De acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo (Leon 2012).

Hoy en día, en un sector hospitalario dinámico y altamente competitivo, la calidad representa el factor diferenciador en los servicios y un atributo imprescindible de alto valor para el paciente-cliente al momento de elegir su sitio de atención. De igual manera, para el asegurador privado o público es una garantía que sus pacientes estarán bien atendidos y los tratamientos ofertados serán adecuadamente costo efectivos. Por otro lado, el inversionista ve en la calidad la posibilidad de rentabilizar su negocio a través de metodologías que permitan un uso racional, eficiente y adecuado de los recursos que le permitan obtener el mayor rédito sobre su inversión y lograr en el cliente la mayor satisfacción posible que lo fidelice y lo induzca a una recompra de servicios, que es necesaria para lograr la sostenibilidad del negocio y su permanencia en el tiempo.

5. Descripción del Modelo BSC para Clínicas y Hospitales (Seis Sigma y Benchmarking)

El Balance Scorecard o Tablero de Mando Integrado, es un sistema de gestión y medición desarrollado en 1992 por Robert Kaplan y David Norton, de la Universidad de Harvard; el cual permite a las organizaciones medir sus actividades en términos de su visión de futuro y de sus estrategias corporativas, convirtiendo éstas últimas en acciones concretas, permitiendo a la organización tener una visión objetiva del desempeño del negocio.

Además, el Balance ScoreCard monitorea la situación de los procesos empresariales con el objetivo de tomar medidas correctivas, ayudando a definir indicadores para medir el cumplimiento de objetivos.

En el BSC se consideran cuatro perspectivas:

FINANCIERA: Considera el desempeño del hospital desde los indicadores financieros y su comportamiento, asociándolos a una meta financiera de rentabilidad, tanto económica como social.

CLIENTE: Para el hospital, el paciente, se transforma en el cliente, sin perder todas las connotaciones de paciente y las implicaciones éticas de su manejo, por el contrario, gana algunos otros elementos del cliente como la valoración de sus necesidades y el logro de su satisfacción, asociado a la restauración de su salud o intervención de su problemática en salud. Considera el mercado o área de influencia, el cliente hacia el cual se dirige el producto o población asignada al hospital. Esta perspectiva básicamente debe generar información para adquirir, retener y satisfacer a los clientes.

PROCESOS INTERNOS: Hace referencia a los procesos de atención médicos, administrativos y logísticos que deben ser excelentes para garantizar el éxito de los procesos misionales u operativos del hospital. Deben orientarse a cumplir los objetivos financieros y de satisfacción de los clientes.

APRENDIZAJE E INNOVACIÓN: Los hospitales son centros de saber y el área médica debe estar en continuo desarrollo e innovación, esta perspectiva debe identificar los procesos necesarios para crear valor agregado en la institución; formación y crecimiento de los empleados, mejoramiento del clima organizacional, generación de nuevos productos, gestión de los proveedores, actualización tecnológica, investigación y protocolización de la atención, de tal manera que se tengan procesos estandarizados que permitan una operación más eficiente. Todo aquello que permita que el hospital pueda mantener su habilidad para el cambio y la adaptación a un entorno cambiante y altamente competitivo debe ser considerado en esta perspectiva.

El modelo propuesto de Balanced Score Card para clínicas y hospitales plantea la posibilidad de poder integrar a la gestión diaria herramientas que permitan a los administradores y en general a la

organización, tener la posibilidad de alinear todos los esfuerzos en aras de lograr los objetivos estratégicos y cumplir de manera adecuada con las metas organizacionales.

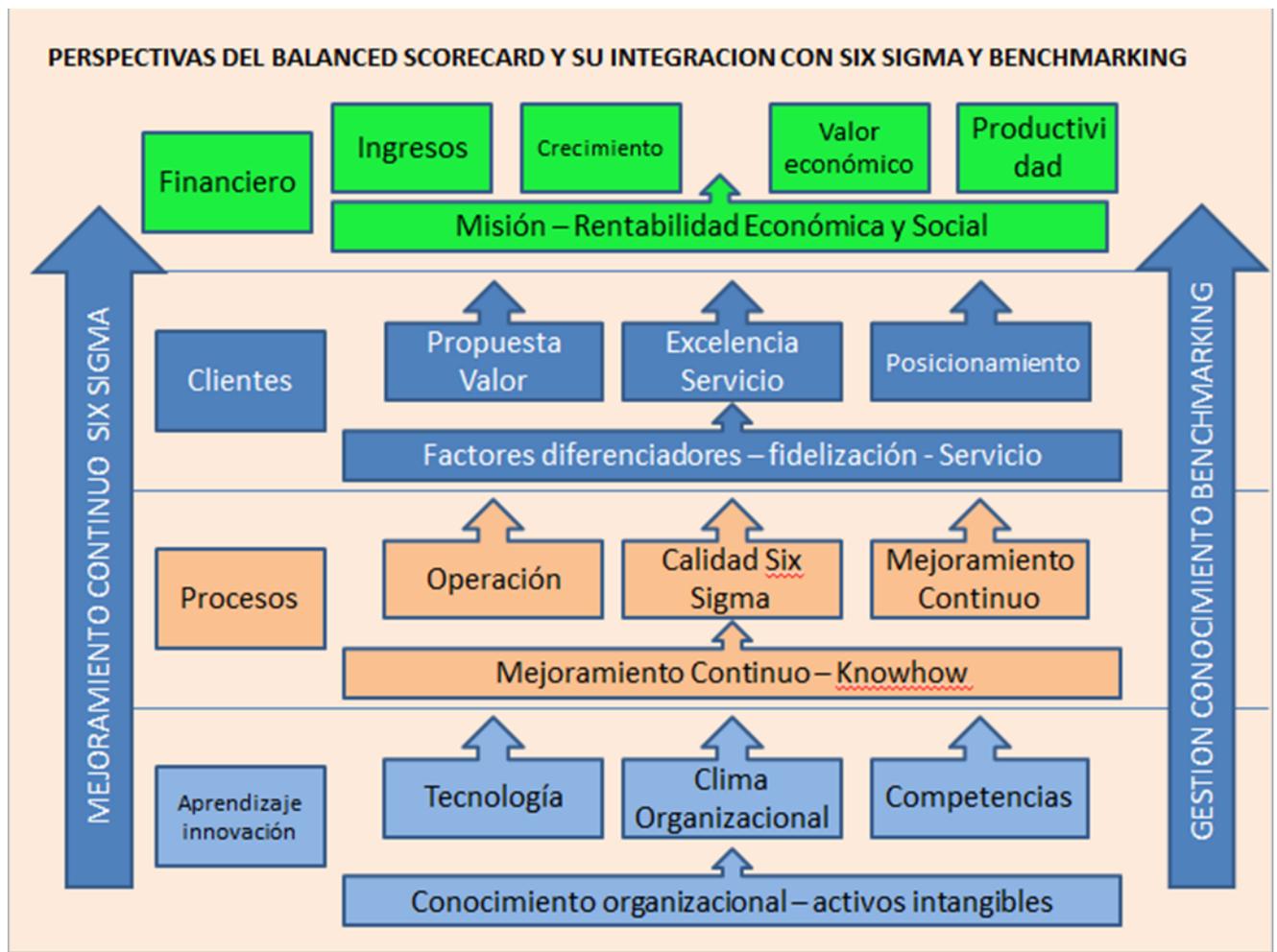
El modelo busca llevar la estrategia empresarial de un modelo estático basado en planes estratégicos hacia un enfoque dinámico, sostenible en el tiempo y basado más bien en un proceso estratégico, en donde de acuerdo a la dinámica empresarial se van ajustando los componentes del BSC (financiero, cliente, procesos y conocimiento) a las necesidades de la organización y su entorno.

Para lo anterior es necesaria la revisión de la misión, la visión, la estrategia empresarial, los objetivos estratégicos y los factores críticos de éxito, para lograr con lo anterior llegar al desarrollo de las acciones que permitirán a la organización estar alineada con lo que las metas empresariales establecidas.

Fig.5

Integración Balanced Scorecard Six Sigma y Benchmarking

Fuente diseño del autor.



Lo anterior nos lleva a poder definir el modelo de BSC para organizaciones de salud como un Sistema integrado de planeación y gestión estratégica, que traduce la visión, misión y objetivos estratégicos de la empresa, a la vez que mapea los objetivos empresariales en cuatro dimensiones: Financiera, Cliente, Procesos y generación de conocimiento y que se vale de herramientas de gestión del conocimiento como Benchmarking y de gestión de Calidad como el Seis Sigma, para alinear la operación con la estrategia empresarial, planteando a la vez un modelo de medición del desempeño empresarial.

Los objetivos que busca este modelo, son lograr ejecutar la estrategia empresarial exitosamente, ayudando a la organización al logro de su misión y visión, de igual manera, provee a los miembros de la organización la información adecuada para la toma de decisiones que permitan articular la operación de la empresa con el proceso estratégico, enfocando recursos de manera eficiente en las actividades contempladas en su planeación logrando así alcanzar las metas y el desarrollo propuesto.

Se propone desarrollar el modelo en varios pasos para lograr su implementación:

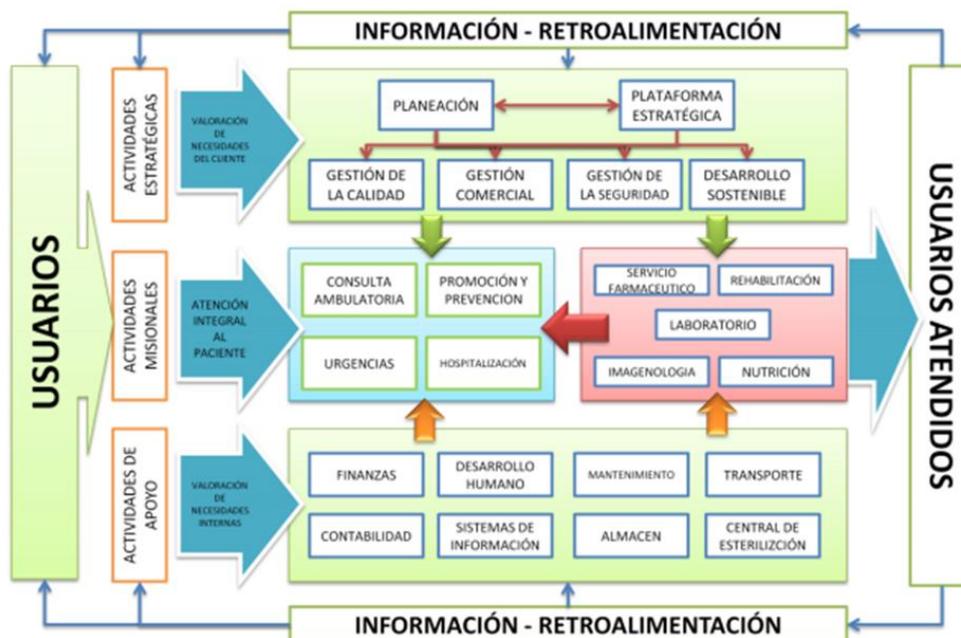
- Realizar el análisis estratégico de la organización, en el cual se plantea el estudio del entorno empresarial, teniendo en cuenta como está estructurado el sistema de salud, cuáles son las oportunidades y amenazas que se pueden encontrar en el entorno, para ello se plantea dentro de este análisis el estudio de los factores políticos, económicos, socioculturales, tecnológicos, ecológicos, legales e industriales que pueden influir en la organización, de igual manera se busca analizar las relaciones con las fuentes de financiamiento organizacional en donde es importante el análisis de la relación con los aseguradores, con el cliente, con los proveedores y como es el posicionamiento de la organización dentro de su área de influencia.
De igual manera se plantea el análisis interno de la organización, que busca realizar un análisis de la estructura organizacional en sí, determinando las necesidades de los grupos de interés, el clima laboral, el empoderamiento de los miembros de la organización, la identificación de líderes y áreas de desarrollo, busca además la definición de los procesos claves de éxito y la identificación de las debilidades y fortalezas de la organización.
- Desarrollo del Proceso estratégico de la organización, el cual plantea una revisión profunda de la Misión, visión, Plan estratégico, estrategia empresarial, objetivos estratégicos y definición de factores críticos de éxito, de tal manera que se evalúe el desempeño organizacional actual y cuáles van a ser las metas planteadas a corto, mediano y largo plazo.

- Levantamiento del mapa estratégico de la organización, una vez estudiado el entorno y la parte interna de la organización y una vez se haya definido el proceso estratégico se hace necesario determinar los mapas de procesos estratégicos para la organización, los cuales deben describir visualmente cuáles son los pasos que desde las perspectivas del Balanced Scorecard (conocimiento, procesos, clientes y financiera) nos llevan a cumplir la misión y la visión empresarial. Los mapas de procesos contemplan tres elementos fundamentales:
- Procesos estratégicos: son los encargados de desarrollar todo el nivel de decisiones de la institución, desde el planteamiento estratégico hasta los planes de acción. Es el nivel para la toma de las decisiones y la evaluación empresarial
- Procesos operativos o misionales: son el objeto y misión de la institución. Es un reflejo del portafolio de servicios y la oferta de salud de la institución.
- Procesos de apoyo o logísticos: son todos los procesos que administran el ambiente físico, la infraestructura y los suministros para los procesos operativos. Entregan los insumos de producción.

Fig 6

Integración de los procesos organizacionales en el mapa estratégico

Fuente Diseño del autor



- Herramientas de gestión del conocimiento, dentro de las diversas perspectivas de BSC es importante tener en cuenta las herramientas de gestión del conocimiento como el Benchmarking, las cuales nos permitirán obtener la información necesaria para lograr aprender de organizaciones exitosas, aplicando lo aprendido en las perspectivas financieras, generación del conocimiento, procesos y clientes, de tal manera que experiencias exitosas se implementen dentro de la organización, optimizando tiempos y recursos a través de estrategias comprobadas dentro del sector o en sectores afines, logrando así optimizar los recursos y obtener resultados más rápidos, efectivos y eficientes.
- Utilización de herramientas de mejoramiento continuo, uno de los hallazgos más importantes encontrados en las entrevistas realizadas a los gerentes de las clínicas y hospitales objeto del estudio fue la no utilización de herramientas de gestión de calidad y el no tener sus procesos de atención integrados con los objetivos organizacionales, por ello el uso de herramientas como el Six Sigma se hace necesario, de tal manera que el ciclo DMAIC permita estructurar procesos a través de una metodología que permita definir, medir, analizar, mejorar y controlar toda la actividad de la organización y con ello tener una herramienta de mejoramiento continuo que permita disminuir las fallas asociadas a la operación hasta los niveles deseados, esta metodología entra a reforzar la perspectiva de procesos organizacionales y de generación del conocimiento dentro de la organización, de tal manera que se mejoren los procesos de manera efectiva y se pueda tener la posibilidad de controlarlos y medirlos a través de parámetros objetivos.
- La integración del Balanced Scorecard con el six sigma y con el benchmarking (fig XX) permite establecer una sinergia en el que la herramienta de gestión BSC se enriquece con una metodología enfocada a mejorar la calidad en todas sus perspectivas, permitiendo que el proceso de atención del paciente se realice con la menor cantidad de fallos posibles y en el que las posibilidades de error se disminuyan hasta alcanzar la menor variabilidad deseada. Para ello el ciclo DMAIC del Six Sigma en el que se definen, miden, analizan, mejoran y controlan los procesos se integra a las actividades de atención ofreciendo la posibilidad de procesos más controlados y eficientes, en donde el fallo es medido y controlado, permitiéndole a la organización poder identificar las variaciones no deseadas y establecer las metas de mejora, obteniendo procesos organizacionales controlados y enfocados en las metas propuestas, lo que permitirá satisfacer las necesidades y metas financieras, del cliente, de procesos y conocimiento empresarial. Por otro lado la implementación y mejora de los procesos de apoyo, logísticos y estratégicos dentro de la empresa debe realizarse de la manera más eficiente posible, teniendo en cuenta cuales son las oportunidades y amenazas del entorno, así como las fortalezas y debilidades de la

organización, de tal manera que la mejora de procesos establecidos o la implementación de nuevos procesos se haga de la manera más eficiente posible, es en este punto en donde el benchmarking se integra al modelo planteado como una metodología que busca la gestión del conocimiento dentro y fuera de la organización, permitiendo la utilización de estrategias empresariales exitosas en el ámbito hospitalario o fuera de este, optimizando las curvas de aprendizaje y permitiendo la comparación con modelos ya establecidos y de comprobada efectividad. Lo anterior permitirá a la organización tener un parámetro de medición objetivo y plantear la consecución y obtención de las metas definidas en cada una de las perspectivas del BSC de manera más rápida y efectiva, garantizando la satisfacción del cliente, mejorando los procesos internos, generando conocimiento y garantizando la sostenibilidad financiera, a la vez que genera ventajas competitivas frente a otras organizaciones en donde se aplican los modelos tradicionales de gestión hospitalaria.

El Balanced Scorecard aplicado a clínicas y hospitales es una herramienta válida para la gestión estratégica de estas organizaciones, para ello la definición de los objetivos estratégicos, los indicadores e iniciativas estratégicas, estableciendo las relaciones entre cada uno de ellos a través de un mapa estratégico que integre las perspectivas financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje y generación de conocimiento se hace necesaria y a partir de esta definición aplicar benchmarking en cada una de las perspectivas, así como las herramientas de gestión de calidad permiten garantizar un enfoque organizacional a corto, mediano y largo plazo que genere valor agregado a la organización y le den factores diferenciadores frente a la competencia posicionándola en el medio y ofreciéndole ventajas competitivas frente a otras organizaciones.

Es importante también tener en cuenta que para establecer esta metodología de trabajo y de cultura organizacional, se debe tener en cuenta la participación de todos los integrantes de la organización, para ello se debe sensibilizar al personal no solo directivo si no medico asistencial y de apoyo de tal manera que el personal se encuentre enterado y comprometido con los cambios planteados.

Es importante también contar con los recursos tanto físicos, como económicos para poder generar los cambios. Las herramientas informáticas también juegan un papel importante ya que para cada una de las perspectivas se deben establecer indicadores de gestión y para la obtención de estos indicadores es necesario tener datos fidedignos y oportunos que permitan establecer los indicadores fiables que para la toma de decisiones de manera adecuada.

El Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral es un modelo que se convierte en una herramienta muy útil para la gestión estratégica. Se basa en la definición de objetivos estratégicos,

indicadores e iniciativas estratégicas, estableciendo las relaciones causa efecto a través del mapa estratégico en cuatro perspectivas base; financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje-crecimiento, es decir traduce la estrategia en objetivos directamente relacionados y que serán medidos a través de indicadores, alineados a iniciativas. El éxito en la implementación del BSC es la participación de personas de diferentes niveles y áreas de la organización.

6. Discusión

Se realizó el análisis de los hallazgos desde el punto de vista de las cuatro perspectivas del Balanced Scorecard, encontrándose que las clínicas y hospitales no disponen de una herramienta que integre las perspectivas financiera, cliente, conocimiento y procesos. También se tuvo en cuenta la aplicación de herramientas de gestión del conocimiento como el benchmarking y de mejora continua como el Six Sigma encontrándose que son altamente valoradas por los directivos de las instituciones pero en la práctica no son aplicadas.

A continuación se plantea el análisis individual de las cuatro perspectivas del cuadro de mando integral y de las herramientas de gestión del conocimiento y de mejora continua.

Perspectiva financiera

Dentro de lo manifestado por los gerentes entrevistados se encontró que en la totalidad de los casos el tener herramientas de métrica empresarial en el área financiera es altamente valorado ya que estas permiten medir, controlar, gestionar y mejorar el funcionamiento de la organización.

Se encontró también que a pesar conocer la importancia de las herramientas de métrica, ninguna de las clínicas contaba con un sistema robusto y eficiente que permitiera al área financiera tener el control del cien por ciento de la operación. De igual manera ninguna tenía integradas las áreas financieras con las áreas asistenciales, de tal manera que la visión del área financiera se limitaba al conocimiento del registro contable de movimientos de dinero, mas no al conocimiento integral de las situaciones de la organización.

Este tema se evidenció al momento de preguntarles a los gerentes si tenían conocimiento de los indicadores del área médica, se pudo establecer durante las entrevistas que la información se encuentra compartimentalizada, es decir: el área médica maneja los indicadores asistenciales (porcentaje de ocupación, giro cama, porcentaje de reingreso, porcentaje de cancelación de cirugías, indicadores generales de morbimortalidad, etc.) y el área financiera maneja los indicadores financieros y de mercado propios del negocio (Crecimiento en ventas, rentabilidad, liquidez, riesgo corporativo, crecimiento de la empresa dentro del mercado, valor de la empresa en mercado etc); en ninguna de las instituciones existe una herramienta que integre a los dos bloques de indicadores y que le permita al equipo gerencial poder tomar decisiones en donde se tenga en cuenta la integralidad del negocio. De igual manera, los planes de mejoramiento se desarrollan en el área específica en donde se requieren, sin tener en cuenta las repercusiones que puedan tener en las otras áreas de la organización.

También manifestaron los gerentes que una de las necesidades que tenían era la de trabajar en equipo con el área médica, de tal manera que en las decisiones medicas se tengan en cuenta criterios financieros y en las decisiones financieras criterios médicos. Se observó también que en

las organizaciones en donde la composición accionaria estaba representada por médicos y por inversionistas no médicos, esta interrelación se hacía más fuerte a diferencia de las organizaciones donde el capital era solo de médicos, en donde la dicotomía entre las áreas asistenciales y administrativas se hacía palpable.

Otro de los aspectos relevantes de las entrevistas fue encontrar que a pesar que se tiene conciencia de la importancia de las herramientas de gestión, los resultados de estas no se socializan con los integrantes de la organización y en ninguna de las instituciones se hacía seguimiento a los logros por áreas, de tal manera que la información de los logros o fracasos obtenidos se manejaba solo a nivel gerencial y de jefaturas, mas no se socializaba de manera oficial con los médicos especialistas ni con el personal asistencial o administrativo de la organización.

En este orden de ideas los comités multidisciplinarios que se realizan en las clínicas tampoco tienen un plan de trabajo preestablecido y que esté integrado con la planeación estratégica, de tal manera que se diluye la proyección de la organización en el mediano y largo plazo. A este respecto vale la pena mencionar que cuando se preguntó quienes participaban en la planeación estratégica de la organización se evidencio que los médicos especialistas de staff no eran considerados para participar en la planeación. Para todos los casos participaban los presidentes y directores médicos de las organizaciones, pero no había un input directamente proveniente de los médicos asistenciales. Se pudo también palpar que la participación de las áreas de apoyo asistencial (imágenes diagnósticas y laboratorio clínico) era escasa, en muchos casos porque no pertenecían directamente a la organización sino que eran empresas anexas a las clínicas y hospitales. En los hospitales en donde si pertenecían a la organización la participación era activa ya que eran consideradas unidades de negocios importantes dentro del esquema productivo.

Por otro lado también es importante recalcar que en general no existe una motivación de las áreas asistenciales en conocer el manejo financiero organizacional y en aportar en algunos casos con capital para mejorar el estado de la organización, esta situación es percibida por los gerentes como una debilidad en sus organizaciones, este aspecto podría mejorar si se realizara un manejo de la información más abierto y en donde las áreas asistenciales asumieran su rol como controladoras del gasto y generadoras de ingreso, para ello es necesario contar con estrategias de motivación que permitan a la dirección de la organización alinear esfuerzos en pro del cumplimiento de metas trazadas.

Estos esfuerzos deben también orientarse a la capacitación de las áreas financieras en el conocimiento del área médica, como un requisito para entender y poder enfocar los esfuerzos financieros en potencializar el negocio y trabajar de manera sinérgica con las áreas asistenciales.

Por último, se pudo establecer que para las áreas financieras, el médico es un activo intangible de alto valor, ya que para el medio y en las clínicas y hospitales objeto del estudio, un importante número de pacientes viene referido por su médico tratante, lo que los convierte a ellos en clientes internos de la organización y en los promotores directos de los servicios hospitalarios.

Se pudo evidenciar que en ninguna de las organizaciones objeto del estudio, había un plan de marketing, de incentivos o motivacional para fidelizar al especialista y lograr su permanencia en la organización. En un medio altamente competitivo como el de la Ciudad de Cuenca en el que los médicos migran entre clínicas y en donde las condiciones laborales de motivación están dadas principalmente por el ingreso percibido, se hace necesario que las clínicas tengan planes de fidelización de los especialistas y en general de todo el personal asistencial, con el objeto de garantizar la promoción de las instituciones y de lograr que la migración de profesionales disminuya y se puedan tener equipos asistenciales altamente motivados y productivos.

Perspectiva del Cliente

En esta perspectiva el análisis se realiza teniendo en cuenta dos tipos de clientes, el cliente externo representado por el paciente que compra servicios y el cliente interno representado por el médico que utiliza los servicios de la institución y que se convierte en su promotor directo.

Perspectiva del Paciente/cliente

Durante las entrevistas se evidenció que las organizaciones no tenían un sistema de información que les permitiera conocer la percepción de su cliente frente al servicio brindado. Las clínicas que tenían algún tipo de herramienta para medir la satisfacción, lo hacían a través de encuestas de satisfacción que aplicaban y que tabulaban bajo una modalidad porcentual, los resultados de estas encuestas eran presentados a los jefes de área dependientes directamente de la clínica, pero no se desarrollaba de manera estructurada ningún tipo de plan de mejoramiento, ni ningún tipo de plan de seguimiento; de tal manera que se medía y se analizaba la satisfacción del cliente pero no se mejoraba ni se controlaba de manera permanente; llevando esto en muchos casos a realizar inversiones en la obtención y procesamiento de la información que se perdían ya que no había un mejoramiento palpable y mucho menos un control sobre los planes de mejoramiento establecidos.

De igual manera, los resultados de estas encuestas no se socializaban con los médicos especialistas, dejando por fuera a promotores importantes de los servicios hospitalarios de los logros obtenidos en la atención de los pacientes, perdiendo la posibilidad de retroalimentación del principal cliente interno de la organización.

En cuanto a los planes de mejoramiento derivados del resultado de las encuestas, ninguna de las clínicas tenía planes estructurados, ni herramientas de métrica para realizar el seguimiento de estos planes.

Por otra parte a pesar de que los gerentes son conscientes de la sobre oferta de servicios de salud de la ciudad, la mayoría no tenían contemplado dentro de su planeación estratégica ningún tipo de herramienta que le permitiera a corto, mediano y largo plazo fidelizar a su cliente y lograr aumentar la recompra de servicios.

Se observó también que a pesar que para todos los entrevistados el tema de servicio es importante, no hay ningún tipo de iniciativa que busque integrar el área de los médicos especialistas al diseño de un plan de mejora en el área de servicios; de tal manera que las iniciativas se establecen desde la alta gerencia de los hospitales, sin tener en cuenta la opinión o el aporte de su principal cliente interno. Esto es importante ya que en un medio con sobre oferta de servicios, con profesionales que tienen la posibilidad de migrar de una institución a otra y en donde el medico tiene un alto poder de influir en la compra de servicios de salud por parte de los pacientes, la organización que desarrolle un programa de fidelización de clientes teniendo en cuenta la opinión del principal determinante de la compra de servicios, logrará tener ventajas competitivas importantes frente a los otros actores del medio.

Perspectiva medico/cliente interno

Respecto al rol que desempeñan los médicos como clientes internos de las Clínicas y Hospitales objeto de este estudio, se pudo establecer que no existe ningún tipo de estrategia estructurada que busque fidelizar al médico a la organización.

A pesar que todos los directivos entrevistados consideraban al médico especialista un activo intangible de alto valor no existe ningún tipo de iniciativa para fidelizarlo a la organización.

Dentro de los aspectos importantes y que pueden ser determinantes para fidelizar al médico a la organización están:

- Honorarios médicos
- Tiempo de pago del honorario medico
- Adecuado relacionamiento con las directivas hospitalarias
- Servicios adicionales ofertados al paciente (hotelería, nutrición, acompañamiento personalizado etc.)
- Costo de las prestaciones hospitalarias
- Comodidad de las instalaciones hospitalarias
- Calidad de los médicos asistenciales hospitalarios

- Calidad de los servicios de apoyo terapéutico (laboratorio clínico e imágenes diagnósticas)
- Calidad del servicio de enfermería
- Servicio y calidad de otras áreas clínicas (farmacia, hotelería, nutrición, servicio al cliente etc.)
- Disponibilidad de quirófanos
- Disponibilidad de habitaciones
- Para las áreas quirúrgicas es determinante la calidad del servicio de anestesiología e influye de manera importante el valor de estos servicios

Lo anterior define al médico como un cliente interno que demanda servicios de calidad que garanticen la satisfacción de sus pacientes, pero que también exige costos razonables y honorarios médicos adecuados y pagados oportunamente. De igual manera es altamente valorada la oportunidad y la accesibilidad a los servicios hospitalarios y la capacidad que tenga la organización de solucionar temas asociados al área técnica. En resumen existen tres aspectos fundamentales que pueden ser tenidos en cuenta al momento de establecer los planes de fidelización del médico: Honorarios médicos y oportunidad de pago, costo de los servicios hospitalarios, seguridad y calidad de los servicios brindados a su paciente.

Perspectiva Procesos

En esta perspectiva se tiene en cuenta que tan desarrollado tienen las clínicas y hospitales sus procesos internos y como la estandarización de los mismos repercute de manera favorable en la prestación del servicio y en la garantía de calidad de la atención.

El entorno cambiante y un sector altamente dinámico y competitivo hacen que las organizaciones permanentemente tengan que estar revisando su funcionamiento y para ello es necesario que tengan procesos estructurados. Actualmente, las instituciones de salud luchan por incorporar herramientas y modelos de gestión como: Benchmarking, Gestión por Procesos o Reingeniería e intentan generalizar la revisión de los procesos como una práctica sistemática, que a la vez forme parte de la cultura médica. Como base para la mejora, es extendido el uso de los mapas de procesos que, a partir de varios enfoques, permiten la visualización y apreciación de las interrelaciones entre los procesos, y actividades para perfeccionar los resultados que los clientes desean. (Hernandez 2009)

En nuestra investigación se pudo observar que ninguna de las clínicas y hospitales tienen un mapa de procesos levantado y que las áreas asistenciales, administrativas y financieras no están integradas de manera formal. Lo anterior hace que las áreas no estén enfocadas en un objetivo común de desarrollo e interfiere en el logro de los objetivos planteados por la organización.

El mapa de procesos debe ser entendido como un diagrama de valor que permite tener un inventario gráfico de los procesos organizacionales. Este mapa va a permitir tener una perspectiva global de su funcionamiento y va a posicionar cada proceso dentro de la cadena de valor, al mismo tiempo relaciona el propósito de la organización con los procesos que lo gestionan. (Hernandez 2009)

Se pudo observar también que las clínicas y hospitales tienen algunos procesos establecidos pero no clasificados como procesos claves, estratégicos y de apoyo, de acuerdo a esta clasificación los procesos se pueden definir de la siguiente manera:

- **Procesos Claves:** Entendidos estos como aquellos orientados al paciente/cliente y que su resultado es percibido directamente por el comprador de servicios, ellos permiten fidelizar al cliente y garantizar la recompra de servicios.
- **Procesos estratégicos:** Los procesos estratégicos son aquellos establecidos por la Alta Dirección y que definen cómo opera el negocio y cómo se crea valor para el cliente/usuario y para la organización. De ellos depende el funcionamiento macro del negocio y a través del cumplimiento de ellos se cumplen las metas organizacionales.
- **Procesos de apoyo:** Los procesos de apoyo tienen por objeto servir de soporte a los procesos claves y estratégicos.

Si bien las clínicas y hospitales objeto de este estudio tienen algunos procesos de atención levantados, ninguna tiene integrados los procesos claves, estratégicos y de apoyo dentro de un mapa que garantice la monitorización de los mismos y que permita una visión global de la operación del negocio.

Gráfico 7. Ubicación de los diferentes tipos de procesos dentro del Mapa de Procesos



Fuente. Diseño del Investigador.

En cuanto a los procesos en sí, es importante que estos se estructuren de acuerdo a una metodología, de tal manera que se tenga en cuenta la descripción del proceso, su objetivo o meta, el responsable, el receptor, donde empieza el proceso, en donde culmina, cuáles son las entradas

al proceso y cuáles son las salidas, con cuales indicadores se va a medir y cuáles son los registros que hacen parte del proceso y que van a permitir su medición y monitorización.

Grafico 8.

Diferentes componentes de un proceso

Nombre del proceso	Es la denominación por la cual identificaremos al proceso.
Descripción	Se trata de definir el proceso dando una idea general de sus partes o propiedades.
Misión/objetivo	Es el objetivo del proceso, el fin último para el cual está diseñado. Debe relacionarse con las necesidades de los clientes/usuarios.
Responsable	Persona de la Unidad o Servicio que tiene la responsabilidad sobre la correcta ejecución del proceso
Destinatario	Clientes /usuarios a los que se presta el servicio. Se indicará brevemente las necesidades que se pretenden cubrir.
Inicio/Fin	El comienzo es el evento que pone en marcha el proceso. El fin es la entrega al cliente/usuario del producto o servicio finalizado.
Entradas	Documentos, registros, recursos que en algún momento hacen su entrada en el proceso y que son necesarios para el desarrollo del mismo.
Salidas	Documentos, registros, productos, resultados intermedios del proceso que tienen su origen en el proceso.
Indicadores	Son magnitudes utilizadas para medir o comparar los resultados efectivamente obtenidos, en la ejecución de un proyecto, programa o actividad.
Registros	Son documentos que presentan resultados obtenidos o proporcionan evidencia de actividades desempeñadas.

Perspectiva de conocimiento e investigación

Esta perspectiva es importante debido a que el desarrollo hospitalario depende en gran medida del conocimiento que las clínicas y hospitales sean capaces de generar.

Actualmente los hospitales deben ser vistos como centros del saber, en donde equipos multidisciplinarios de profesionales y técnicos de la salud actúan de manera sinérgica con equipos administrativos en pro de la satisfacción de un paciente/cliente.

Por ello la generación del conocimiento es necesaria para lograr cada vez más el perfeccionamiento de los procesos de atención, el de los procesos administrativos y el de los procesos de generación de valor tanto económico como de valor intangible.

Durante el desarrollo de las entrevistas se pudo observar que ninguno de los hospitales o clínicas sujetos de este estudio tenía un plan o proyecto que incentivara el desarrollo del conocimiento o la investigación.

Este tema, que es primordial para garantizar la sobrevivencia de las organizaciones, no es tenido en cuenta dentro de la planeación estratégica ni dentro de los aspectos básicos de desarrollo organizacional.

Lo anterior es palpable cuando se observa el desarrollo individual de los médicos y como la información técnica es celosamente guardada, ya que esta es considerada un activo intangible de alto valor para el individuo, quien ve en ella una ventaja competitiva frente al grupo de especialistas de su misma rama.

Por otro lado al no tener establecidos procesos internos de intercambio de información (benchmarking interno) las diversas áreas de la organización pueden generar conocimiento pero este no fluye de manera regular entre dependencias. Es decir, existen áreas que lo pueden estar haciendo muy bien y sus logros y desarrollos no son aprovechados por la organización; quedando en muchos casos la información generada en propiedad de las personas y al abandonar estas la organización se pierden los diversos desarrollos que hubiesen podido generar.

En ninguna de las clínicas y hospitales entrevistados se pudo evidenciar procesos de generación de conocimiento e investigación estructurados. Tampoco empleaban herramientas de generación de conocimiento como benchmarking ni se comparaban con pares o con otros sectores de reconocida experiencia en áreas diversas como hotelería, farmacia, mantenimiento, servicio al cliente etc.

En cuanto al área de investigación ninguna de las clínicas u hospitales tenían implementado un departamento de investigación, los trabajos de investigación que se realizan son emprendimientos individuales de los médicos y como tal satisfacen solo la necesidad de desarrollo del conocimiento del médico y no benefician a la colectividad.

Por otro lado no existen presupuestos asignados a la investigación y dentro de las búsquedas realizadas para evidenciar la participación de las clínicas y hospitales en trabajos de investigación publicados en revistas indexadas no se encontró evidencia de esta participación.

De otra parte se debe resaltar que el desarrollo de conocimiento permite establecer guías y protocolos asistenciales que permiten integrar la parte científica con la económica, en donde a pesar de la especialización y sub especialización de la práctica clínica el paciente/cliente sea considerado integralmente, evitando así la fragmentación en los servicios, el abuso de pruebas diagnósticas, el inadecuado uso de apoyos terapéuticos y las intervenciones innecesarias, eventos

que pueden descontextualizar la prestación de los servicios asistenciales y generar sobre costos e ineficiencias operacionales.

Todo lo anterior debe ir de la mano de unos procesos administrativos que se integren de manera adecuada con los asistenciales y que garanticen su sostenibilidad en el tiempo. En este aspecto es importante tener en cuenta el eficiente financiamiento que deben tener las instituciones y como este debe apalancar de manera adecuada la generación de conocimiento, por esta razón el hospital debe contar con esquemas de planeación, ejecución y control muy funcionales, sus procesos de decisión deben ser oportunos y ágiles, el recurso humano debe estar altamente comprometido con los objetivos institucionales y debe contar con adecuados y suficientes recursos de infraestructura, de suministros y de capital de trabajo, de tal manera que la atención en salud cuente con un entorno favorable para su dispensación y enseñanza.

En un sector salud en donde actualmente se están viviendo cambios en el modelo de atención y en donde los pacientes/clientes cada vez demandan mejores servicios es necesario que los hospitales se conviertan en centros en donde el entrenamiento y la generación de conocimiento en salud sea primordial, para lo cual debe coincidir el uso planificado y programado de los recursos hospitalarios con la atención de los pacientes que acceden al servicio, garantizando que el conocimiento se genere en todas las actividades de la institución y permitiendo confluencia de otras disciplinas y saberes que permitan abordar de manera amplia el proceso salud–enfermedad, con un ejercicio ético de los procesos de enseñanza y atención (Sastre 2013).

Gestión del conocimiento Benchmarking

En ninguna de las clínicas y hospitales objeto del estudio se considera la gestión del conocimiento a través del Benchmarking como una forma de mejorar y obtener información importante que aporte al desarrollo organizacional.

En este aspecto hay que diferenciar dos tipos de benchmarking que pueden contribuir al desarrollo y mejoramiento organizacional, el benchmarking interno y el externo.

Benchmarking Interno

Las clínicas y hospitales están formados por unidades funcionales que tienen objetivos específicos y que interactúan entre sí para lograr el cumplimiento de objetivos organizacionales.

A pesar de lo anterior y de que las unidades funcionales tienen objetivos específicos y funcionan de manera independiente, comparten una serie de procesos comunes que generalmente no están estandarizados dentro de la organización. Un ejemplo palpable de esto se puede observar en las diversas modalidades de facturación que tienen los distintos servicios del hospital, la manera como se factura en las áreas es distinta, pudiendo haber áreas que tienen procesos de facturación más

rápidos y eficientes que otras. Este problema se hace más palpable cuando a pesar de pertenecer a una misma institución los servicios están concesionados o tienen administraciones diferentes, el usuario percibe entonces que dentro de una misma institución el servicio obtenido difiere y la experiencia de compra puede ser muy buena en un área y pésima en otra.

Para este tipo puntual de situaciones el benchmarking interno ofrece una herramienta de intercambio de conocimiento e información que permite a las diversas áreas hospitalarias aprender de quien está haciendo mejor las cosas, los procesos se pueden estandarizar y el cliente puede percibir que el buen servicio es palpable en todos los puntos de contacto con la organización.

Otro aspecto importante dentro del benchmarking interno es el de permitir que la información fluya de manera adecuada entre las diversas áreas de la organización, en este aspecto se encontró que en las clínicas y hospitales sujetos del estudio esto no sucedía, la información se maneja de manera compartimentalizada y no hay una estrategia de difusión que permita a las diversas áreas de la organización conocer los logros y los inconvenientes en su operación.

Un ejemplo palpable de como el adecuado flujo de la información puede influir de manera importante en el mejoramiento del servicio está dado por los resultados de las encuestas de satisfacción, estas usualmente evalúan la percepción del cliente sobre las diversas áreas hospitalarias, calificando unas de manera favorable y otras no favorables; el benchmarking interno integrado a la evaluación rigurosa de los resultados de las encuestas de satisfacción le permite a la organización identificar cuáles son los factores diferenciadores y altamente valorados por el cliente; a partir de allí se pueden replicar las estrategias de éxito en los servicios valorados de manera negativa, en este caso se está integrando la información obtenida del área de servicio al cliente con los procesos de las áreas operativas o asistenciales y estandarizándolos a nivel transversal en la organización.

Si se analizan las interrelaciones que se pueden dar entre las diversas áreas de una clínica y los procesos comunes que estas tienen, se pueden encontrar un gran número de oportunidades de mejora. En ninguna de las clínicas y hospitales objeto de este estudio se pudo evidenciar un plan estructurado que permitiera que se desarrollen estrategias de mejoramiento continuo basadas en el intercambio de información entre las diversas dependencias.

Benchmarking Externo

El benchmarking externo busca que las instituciones obtengan información sobre experiencias de éxito en instituciones del mismo sector o de sectores afines, con la finalidad de implementarlas en sus procesos internos con el objetivo de mejorarlos y hacerlos más eficientes.

Las posibilidades de obtener información útil para el sector hospitalario dentro de la misma industria o en áreas afines es prácticamente ilimitada, en el sector hospitalario confluyen aspectos científicos, técnicos, administrativos, financieros, operacionales, de servicio, de hotelería, de mantenimiento, de nutrición y catering, de logística etc. etc. que son susceptibles de mejorar. Para cada uno de estos aspectos hay industrias médicas y no médicas que se destacan por el desarrollo de procesos replicables dentro de un hospital.

Por otro lado en un sector altamente competitivo con una sobre oferta de camas hospitalarias y con migración de pacientes hacia el aseguramiento público, que representa disminución en los ingresos y dificultades en la recuperación de la cartera, se hace necesaria la fidelización del cliente particular o de seguros privados, uno de los puntos que mayormente influye en la recompra es el servicio y una de los sectores que mayor desarrollo ha tenido en este aspecto es precisamente el de servicios, los hospitales deberían enfocarse en crear factores diferenciadores basados en este tema y que creen ventajas competitivas altamente valoradas por el paciente/cliente.

Desde el punto de vista de intercambio de información técnico asistencial existen experiencias de éxito reportadas en la literatura en donde el desarrollo de trabajos interinstitucionales ha permitido compararse con pares e identificar áreas de mejora para servicios de urgencia (Gomez 2014), enfermería (Gimeno 2014), en el año 2000 en Hospitales españoles los procesos de benchmarking sirvieron para realizar un ranking de los veinte mejores hospitales de ese país (Peiro 2001), evaluaciones similares se han hecho en Estados Unidos⁸ y Latinoamérica⁹ en donde se establecen a partir de indicadores comunes el ranking de los mejores hospitales de la región.

En ninguna de las clínicas y hospitales objeto de este estudio se pudo determinar que tuvieran una estrategia de obtención de información a través de benchmarking intersectorial o multisectorial. De hecho cuando se indagó con los gerentes que opinaban de realizar benchmarking entre las diversas clínicas y hospitales manifestaron que era una opción positiva pero que veían difícil la realización debido a lo restringido del intercambio de información interinstitucional.

Six Sigma y Procesos de mejora continúa

La misión de un hospital es ofrecer a sus pacientes los tratamientos adecuados para la solución de sus problemas de salud de manera eficiente y dentro de parámetros científicamente probados y adecuados a los protocolos y guías internacionalmente aceptadas.

Para alcanzar esta meta es necesario que el hospital o clínica realice una adecuada gestión de los recursos, de tal manera que los tratamientos brindados sean costo efectivos y los recursos no se desperdicien, ello permitirá que las inversiones realizadas por los pacientes, aseguradoras y otros

⁸ hospitals.webometrics.info/es

⁹ rankings.americaeconomia.com/mejores-clínicas-hospitales

financiadores del sistema de salud tengan un uso racional y efectivo, garantizando la prestación y generando la satisfacción necesaria para garantizar la recompra de servicios.

El sector hospitalario ha estado históricamente enfocado en garantizar la solución de los procesos de salud-enfermedad pero ha quedado relegado si se compara con otros sectores respecto al tema de eficiencia operacional, es decir, en muchos casos y sobre todo en el área de la medicina privada hay desperdicio de recursos debido a la no estandarización de procesos y a temas relacionados con falta de pertinencia médica y control del gasto en salud. Es allí en donde las metodologías de mejora continua como el Six Sigma entran en juego, ya que ellas permiten mejorar los procesos asistenciales y establecer protocolos de trabajo que garanticen un eficiente y racional uso de los recursos del sistema.

La metodología Six Sigma permite a los Hospitales y clínicas mejorar sus procesos y disminuir el error en la atención, permitiendo que los tratamientos sean más efectivos, disminuyendo la estancia hospitalaria y garantizando la seguridad de las prestaciones, permitiendo además que las desviaciones producto de variaciones no adecuadas de la atención sean detectadas, documentadas, analizadas, corregidas, mejoradas y controladas. En un proceso de generación de conocimiento y de monitorización continúa buscando la excelencia operacional. Esto permitirá en el corto, mediano y largo plazo aumentar la satisfacción del paciente, preservando su seguridad y garantizando la recompra de servicios, ya que el nivel de satisfacción y de fidelización de este cliente será alto.

En resumen la aplicación del Six Sigma en hospitales y clínicas busca mejorar el desempeño operacional, reducir los costos del servicio de salud, garantizar la seguridad el paciente y mejorar la satisfacción del cliente con la consabida fidelización y recompra de servicios.

Está claro que las organizaciones de salud que no aplican estrategias de mejora, además de no garantizar la seguridad de sus pacientes –que son los que reciben los servicios, exponiéndolos a correr riesgos de negligencia medica por falta de calidad- arriesgan quedarse atrás porque la brecha se está agrandando entre aquellas instituciones consideradas buenas y las excelentes. (Ramirez 2007).

Los hallazgos encontrados en el estudio reportan que a pesar que los directivos de las clínicas conocían de la metodología y sus beneficios y que eran conscientes de la necesidad de implementar procesos estructurados de mejora continua, ninguna de las organizaciones tenía un plan o una estrategia de implementación de procesos de mejora, esta metodología es altamente valorada por los directivos pero no es aplicada. Tampoco se evidencio el uso de otro tipo de metodologías de mejora, los comités interdisciplinarios que se realizan en las instituciones tratan los problemas de manera individual y plantean soluciones de manera puntual, pero no como una

estrategia organizacional estructurada que comprometa a la alta dirección, a los mandos medios y en general a todo el personal de la organización.

Grafico 9. Las Etapas del Ciclo DMAMC

Fuente: Seis Sigma en Hospitales Chilenos

CICLO DMAIC- Etapas	Herramientas sugeridas
D- Definir la meta del proyecto y lo que se entrega a los clientes internos y externos	
Definir clientes y sus requerimientos (pacientes, clientes internos)	Diagrama de flujo del proceso
Documentar problemas, metas y beneficios acorde a estrategias del hospital	Análisis de beneficios
Identificar al dueño del proceso y su equipo	Voz del cliente
Asignar recursos de acuerdo a presupuestos	Mapa de cadena de valor
Evaluar apoyos dentro de la organización	Mapa de procesos
Desarrollar el plan del proyecto	Análisis de actividades que no generan valor
Desarrollar mapas de procesos	
M- Medicion del proceso, estableciendo el desempeño actual, cuantificar el problema	
Definir defectos, oportunidades, unidades y métricas	Diagrama de flujo del proceso
Detallar mapas de procesos de áreas adecuadas	Plan de recolección de datos
Desarrollar el plan de recolección de datos	Benchmarking
Validar sistemas de medición	Análisis del sistema de medición
Recolectar los datos	Encuestas de satisfacción
Determinar capacidad del proceso	Muestreo estadístico
A- Analizar la causa raíz de los defectos	
Definir objetivos de desempeño	Histograma
	Pareto
Identificar pasos que no agregan valor	Estudio de tiempos y controles
	Diagrama causa efecto
Identificar fuentes de variación	5W1H
	Diagrama de flujo del proceso
Determinar la causa raíz del problema	Mapa de procesos
	Mapa de cadena de valor
Improve (mejorar) I- Mejorar el proceso mediante eliminación de defectos	
Desarrollar propuesta experimental	Lluvia de ideas
Desarrollar soluciones potenciales	Benchmarking
Desarrollar mejoras potenciales	Diseño experimental
Validar mejoras potenciales	
Establecer pilotos	Software de simulación
Corregir/re evaluar solución potencial	
C- Control: Control de desempeño del proceso	
Definir y validar monitores y sistema de control	Levantamiento de producto de proceso
Desarrollar estándares y procedimientos	
Implementar control estadístico del proceso	Grafico de control
Determinar capacidad del proceso	
verificar beneficios y ahorros en costos	Calculo de ahorro de costos
Cerrar proyecto y documentar	
Comunicar a todo el personal del hospital	Plan de control

Al analizar las particularidades del sector salud y cuáles serían las estrategias para implementar la metodología podemos concluir que en el sector salud se requiere:

1. Involucrar al personal médico asistencial y de soporte técnico, así como al personal administrativo en la implementación de la metodología.
2. Formar equipos de mejora multidisciplinarios altamente comprometidos y empoderados con una alta dosis motivacional y con voluntad innovadora.
3. Adaptar la metodología de mejoramiento continuo a los servicios críticos y a partir de allí replicarla a toda la organización, la estrategia deberá ser implementada paso a paso demostrando los alcances y éxitos logrados. No es recomendable implementarla en un solo tiempo ya que por la complejidad del negocio hay un alto riesgo de fracaso.
4. Priorizar los proyectos de salud y necesidades más urgentes a atender de tal manera que se desarrolle un proyecto a la vez.
5. Desarrollar el liderazgo desde la alta dirección, dotar a los proyectos de los recursos suficientes para su desarrollo y contar con el compromiso de implementación en todos los niveles jerárquicos de la organización.
6. Organizar reuniones con los integrantes del equipo, socializar los logros y analizar los inconvenientes encontrados.
7. Definir un cronograma de implementación con tiempos de ejecución establecidos y con compromisos preestablecidos por parte de los individuos.
8. Definir los incentivos y las estrategias de reconocimiento para los logros obtenidos, de tal manera que los individuos estén altamente motivados y empoderados (Ramirez 2007).

Por último es necesario que la implementación de procesos de mejora continua en las organizaciones estén apoyados por la alta dirección y que sea la voluntad del directorio hospitalario implementarlos, de tal manera que su desarrollo se convierta en una meta organizacional de cumplimiento obligatorio y que se ubiquen dentro de las metas prioritarias de la planeación estratégica de la organización.

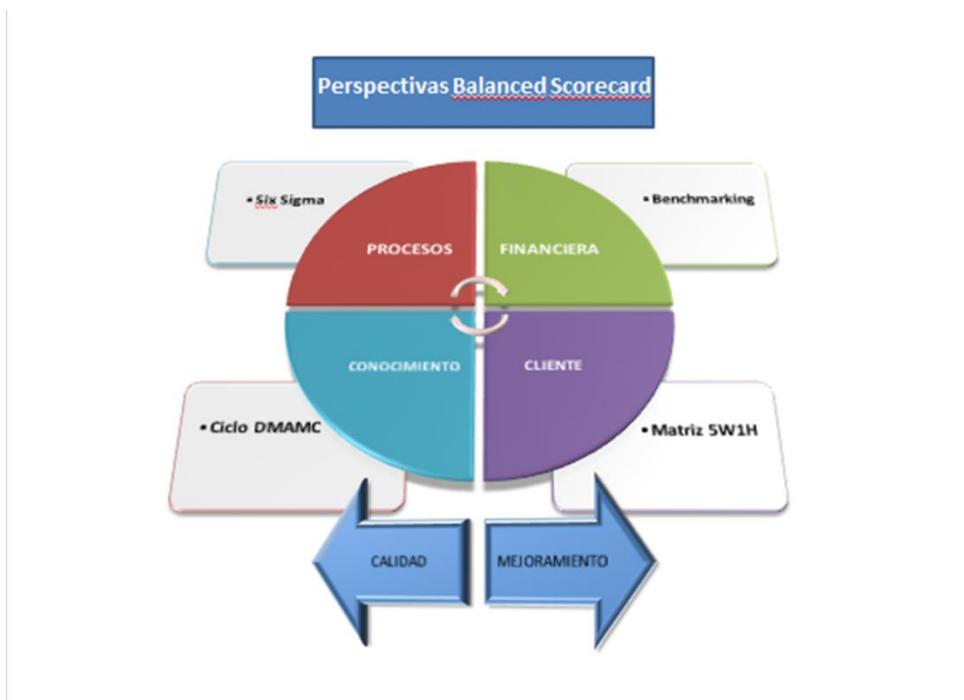
7. Justificación del Modelo

El modelo de Balanced Scorecard aplicado a clínicas y hospitales busca ofrecer una herramienta de gestión que permita a la alta dirección poder tener un método estructurado de medición y control, alineado con las metas a corto, mediano y largo plazo, que le permita conocer el desempeño organizacional y realizar los ajustes necesarios cuando así se requiera para lograr los objetivos trazados y lograr el éxito empresarial.

Grafico 10.

Perspectivas del Balanced Scorecard y su integración con Seis Sigma y Benchmarking

Fuente: Diseño del Autor



Para ello se integran a las cuatro perspectivas del balanced (financiera, clientes, procesos internos y desarrollo de conocimiento) metodologías de mejoramiento continuo como el Six Sigma y de gestión del conocimiento como el Benchmarking, de tal manera que estas ayuden a estructurar y mejorar cada una de las perspectivas del cuadro de mando integral, ofreciendo la posibilidad de una herramienta mucho más robusta, que permita no solo revisar el desempeño de las diversas áreas del hospital si no contar con herramientas de mejora continua que a través de la definición, medición, análisis, mejoramiento y control de los procesos permitan el desarrollo de estos de una manera más eficiente.

Por otro lado al integrar al BSC herramientas de gestión del conocimiento como el benchmarking se busca ofrecer a las diversas áreas de la clinica todo el know how de empresas que han tenido

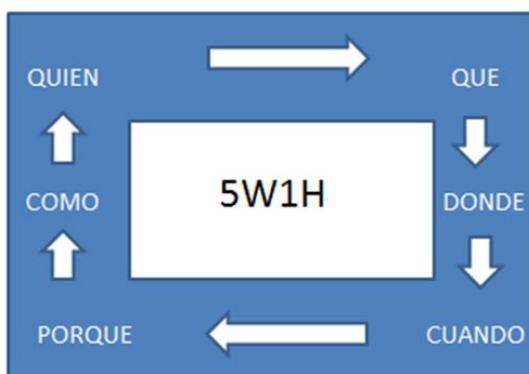
un desarrollo importante y cuya experiencia es aplicable al sector hospitalario. En este punto sectores como el de servicios, hotelería, financiero, industrial, pueden aportar sus experiencias para ser aplicadas en el sector salud enriqueciéndolo y generando ventajas competitivas para quien sepa aprovechar el conocimiento, lo anterior se reflejará en un mejor servicio y en una mejora operacional para instituciones que históricamente se han enfocado en el manejo de los procesos de salud enfermedad.

A parte de obtener información de sectores externos al hospital o de otras instituciones de salud, es importante también hacer gestión de la información entre las diversas áreas de la organización (benchmarking interno) ya que en muchos casos existe una gran cantidad de información en las áreas hospitalarias que puede ser compartida, mejorada y estandarizada.

Para lograr en el éxito en la implementación del modelo se debe tener el apoyo de la alta gerencia y el compromiso de cada una de las jefaturas de la empresa, de tal manera que la aplicación se realice de manera transversal y que todo el personal entienda la metodología y este altamente motivado en su aplicación. Se requiere también que los logros obtenidos sean reconocidos y socializados y que haya un alto nivel de madurez para realizar el análisis de las fallas e inconvenientes presentados.

Debe existir una estrategia de difusión y motivación hacia cada una de las áreas del hospital, especialmente hacia el área médica ya que de ella depende en gran medida el éxito de la aplicación del modelo, se deben definir los motivadores y los controladores de los procesos y debe haber un seguimiento estricto de la implementación. Se propone para el desarrollo de la implementación utilizar una matriz 5W1H en donde se defina: Que se va a hacer, quien lo va a hacer, cuando se va hacer, donde se hará, como se hará, y por ultimo porque se realizará.

Grafico 11. Matriz 5W1H



Fuente Desarrollo del autor.

8. Beneficios de la implementación del modelo

La implementación de un modelo para la gestión hospitalaria como el Balanced Scorecard que integre herramientas de mejora continua como el Six Sigma y de gestión del conocimiento como el benchmarking ofrecerá los siguientes beneficios:

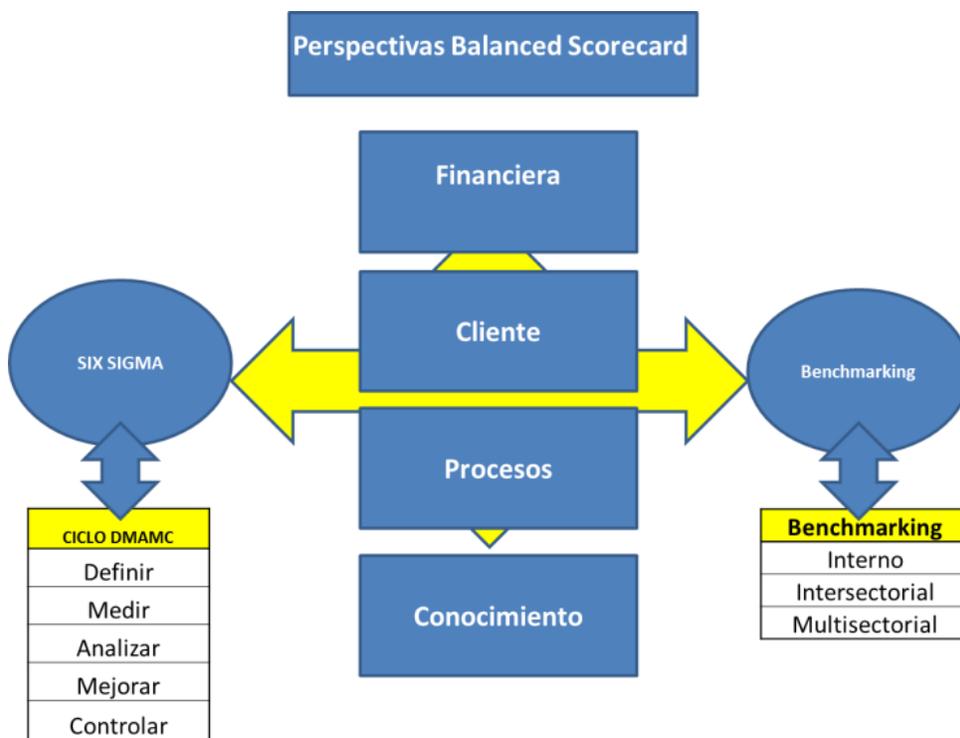
- Permitirá a todas las áreas hospitalarias tener una visión global de la organización, en donde estén integradas las perspectivas financiera, cliente, procesos y conocimiento con metodologías de mejora continua como el Six Sigma y de gestión de conocimiento como benchmarking, de tal manera que se mida el rendimiento financiero, la satisfacción del paciente, los procesos internos y como se ha generado conocimiento en la organización y como se ve esta cuando se compara con otras instituciones del sector o con organizaciones de sectores afines al de la salud.
- El modelo brinda la posibilidad de alinear todas las perspectivas del Balanced con la misión y visión de la organización, de tal manera que se integran las metas organizacionales a corto, mediano y largo plazo con los resultados operacionales plasmados en el BSC. Brinda también la posibilidad de que en el desarrollo de los procesos internos de la organización se utilicen metodologías de mejora continua y que en el desarrollo del conocimiento organizacional se tengan en cuenta las experiencias de las distintas áreas funcionales (benchmarking interno), de otros hospitales (benchmarking sectorial) o de industrias afines (benchmarking intersectorial).
- La toma de decisiones en la organización se facilita al tener una herramienta de control en donde se monitoriza cada una de las áreas hospitalarias, las decisiones serán entonces tomadas sobre la base de datos objetivos, medibles y controlables. Lo anterior permite que la gestión sea más estructurada y que todos los procesos de la organización puedan mejorarse, generando una cultura de calidad que finalmente se verá reflejada en el desarrollo de ventajas competitivas dentro del sector, las cuales son altamente valoradas por los clientes internos y externos del hospital.
- Desde el punto de vista financiero la organización se beneficia, ya que los procesos hospitalarios se vuelven más rentables a través de mejorar la eficiencia operativa, lo cual redundando directamente en el logro de los objetivos financieros de la organización, permitiéndole la posibilidad de crecer de manera sostenida.
- Desde el punto de vista de fidelización del cliente interno y externo al tener la dirección del hospital una herramienta de seguimiento y gestión y disponer de metodologías de mejora continua enfocadas en la recompra de servicios por parte del cliente, se dispone de una herramienta que facilita la toma de decisiones y que permite establecer estrategias de fidelización y de mejora continua del servicio brindado, generando diferenciadores frente a la competencia.

- Los procesos internos de la organización se desarrollaran de manera más eficiente ya que se tiene una herramienta que permite definir, medir, analizar, mejorar y controlar los procesos, logrando realizar los ajustes necesarios para garantizar la mejora continua en cada una de las áreas hospitalarias.
- EL conocimiento de la organización mejora los procesos medico asistenciales y posiciona al hospital como un centro del saber, este punto crea la confianza necesaria para que los usuarios vean en el hospital el sitio ideal para comprar servicios de salud, de igual manera hace que la calidad de los tratamientos mejore y que sea más costo efectiva y eficiente, garantizando tratamientos adecuados con un valor justo, otro atributo altamente valorado por los clientes al momento de decidir dónde buscar asistencia médica.
- Se observó dentro de las entrevistas realizadas que mucha de la gestión está enfocada en garantizar réditos económicos para las organizaciones, descuidando en la gran mayoría de los casos las otras tres perspectivas del BSC (cliente, procesos y conocimiento) estas tres perspectivas deben ser consideradas para garantizar la permanencia de la organización en el mercado, el modelo plantea las metodologías (Six Sigma y Benchmarking) necesarias para fortalecer el desarrollo de las áreas más débiles del balanced.
- El modelo plantea un cuadro de mando que permite a las gerencias y jefaturas de la organización la toma de decisiones basadas en datos objetivos y la manera de controlar y mejorar los cambios y mejoras implementados.
- El Six Sigma al ser una metodología de mejoramiento continuo que busca obtener la menor cantidad de desviaciones estándar del proceso posible, brinda la posibilidad de mejorar los procesos administrativos y asistenciales de las organizaciones, si a esto se suma que está integrado al BSC que es la herramienta de Gestión macro de la organización, ofrece una serie de beneficios y de mejoras que son superiores a que si se consideraran por separado el Six Sigma y el BSC.
- EL Benchmarking es una herramienta que ha demostrado ser exitosa en otros sectores como los de producción, servicios y telecomunicaciones. Las experiencias reportadas cuando se ha aplicado al sector salud han sido exitosas y demuestran que se pueden mejorar los procesos asistenciales y administrativos cuando se utilizan experiencias que han sido efectivas y estas son aplicadas dentro de la organización. La comparación con pares ha demostrado que la suma de experiencias interinstitucionales promueve la calidad y el desarrollo del conocimiento médico. Lo anterior es aplicable también para las áreas administrativas, de apoyo y financieras del hospital. Por otro lado el flujo continuo de la información dentro de las diversas áreas de la organización permite que se puedan replicar y estandarizar procesos comunes a los diversos departamentos hospitalarios.

- El modelo permite establecer metas a corto, mediano y largo plazo y que estas metas vayan estructuradas dentro de la planeación estratégica de la organización, de tal manera que la misión y la visión organizacional se cumplan.
- Permite también tener una metodología estructurada de gestión con indicadores por áreas, con metas para cumplir y con la posibilidad de hacer seguimiento a las metas e implementar planes de mejora que sean alcanzables, medibles y controlables.
- Crea también la posibilidad de tener unidades de métrica empresarial que permitan la comparación objetiva y que le den la posibilidad a la gerencia de priorizar las acciones estratégicas de desarrollo organizacional. De igual manera promueve el intercambio de información y el mejoramiento continuo de los procesos intrahospitalarios a través de metodologías que han demostrado ser exitosas.

Grafico 12.

Integración del Balanced Scorecard con Six Sigma y Benchmarking



Fuente: Diseño del autor

9. Conclusiones

En la fase diseño de esta investigación nos habíamos planteado algunos objetivos que contemplaban:

- Investigar la utilización de sistemas de gestión (presupuestos, indicadores hospitalarios, indicadores financieros, Balanced Scorecard, Benchmarking, Seis Sigma) en cinco Hospitales privados de la Ciudad de Cuenca que permitan la toma de decisiones gerenciales a corto, mediano y largo plazo.
- Determinar qué tipo de herramientas de gestión se están utilizando en la muestra seleccionada en el sector de las clínicas y hospitales privados de la ciudad de Cuenca.
- Identificar cuáles son las fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión que se aplican actualmente y que metodología se pone en práctica para su aplicación y seguimiento
- Realizar el diseño de un modelo de Balanced Scorecard que integre herramientas de gestión del conocimiento y de gestión de procesos y que sea aplicable a la realidad del medio.

Frente a los objetivos planteados se pudo establecer que si bien las clínicas y hospitales sujetos de estudio tenían establecidos algún tipo de sistema de gestión, estos no estaban integrados de manera adecuada, la información estaba compartida entre las áreas asistenciales, las administrativas y las financieras, de tal manera que en la toma de decisiones gerenciales no hay una visión global de las instituciones, prevaleciendo en algunos casos los aspectos asistenciales y en otros los administrativos financieros.

Las herramientas de gestión utilizadas por los gerentes y directores son básicamente presupuestos y herramientas para evaluar el cumplimiento de metas financieras, ninguno de los hospitales contemplaba una estrategia para manejo de clientes, ni para desarrollo de procesos institucionales y tampoco contemplaban el desarrollo de conocimiento o investigación.

Este punto puede ser considerado una debilidad común en la gestión de los hospitales sujetos del estudio; adicionalmente se pudo establecer que a pesar que los directores y gerentes entrevistados conocían la importancia de los procesos de mejora continua (Six Sigma por ejemplo) en ninguno de los hospitales había un plan de mejora continua establecido, adicional a lo anterior tampoco había un programa de benchmarking interno o externo establecido.

Por último frente al objetivo de plantear un modelo de Balanced Scorecard que integre las cuatro perspectivas (financiera, cliente, desarrollo de conocimiento e investigación y desarrollo de procesos) con modelos de mejora continua como Seis Sigma y de gestión del conocimiento como el Benchmarking, se plantea un modelo en el que la perspectiva de procesos internos en la organización se ve enriquecida con una metodología de mejoramiento continuo y la de conocimiento e investigación se potencializa con el uso de benchmarking interno y externo

En cuanto a la hipótesis de la investigación que establece que el uso de herramientas de gestión que integren las perspectivas: financiera, cliente, procesos e información y conocimiento a las herramientas de métricas Six Sigma y los procesos de Benchmarking, permitirá a las Clínicas y Hospitales privados de la ciudad de Cuenca adaptarse de una mejor manera a los cambios que en este momento se están presentando en el sector, es evidente que el modelo planteado ofrece a la alta dirección de las clínicas y hospitales una herramienta útil que puede ayudar a mejorar el rendimiento de la institución ofreciendo integrar y mejorar el desempeño de las áreas financieras, a través de una fidelización de los clientes y de un manejo más eficiente de los procesos internos; por último el desarrollo del conocimiento científico en los hospitales se ve beneficiado por el uso de herramientas de gestión de la información como el benchmarking, estas herramientas son también susceptibles de implementar en áreas tan diversas como servicio al cliente, hotelería, nutrición o mantenimiento.

Adicionalmente a lo anterior se puede concluir que:

- Durante las entrevistas se pudo comprobar que las herramientas de gestión y métrica empresarial son altamente valoradas por los directivos de las organizaciones. En la totalidad de las entrevistas realizadas y dentro de la literatura consultada, se pudo establecer que los hospitales y clínicas requieren de herramientas de métrica empresarial que le permita a la alta y media dirección así como a las áreas asistenciales y operativas la toma de decisiones y el control del negocio.

Los hospitales son empresas en donde confluyen procesos administrativos, comerciales, financieros, de logística, de ventas de servicios, de atención al cliente y por último técnico científicos que requieren estar alineados y estructurados de tal manera que se garantice un proceso de atención adecuado, eficiente y eficaz, que repercuta de manera positiva en el paciente/cliente, garantizando su satisfacción y generando la fidelidad necesaria para que haya recompra de servicios.

De igual manera las aseguradoras, las compañías de medicina prepagada, las compañías de pólizas de salud, buscan tener dentro de sus proveedores a empresas que garanticen el control del costo médico, entendido este como el costo adecuado en que incurre el asegurador por la prestación de un servicio a su asegurado; lo anterior solo se logra con

procesos estandarizados de atención en donde se controle el valor de las prestaciones y se garantice la resolutivez del problema de salud del paciente de manera costo efectiva

Para todo lo anterior se necesita que la organización posea herramientas de métrica que les permita controlar las prestaciones y garantizar la eficiencia y eficacia de los servicios ofertados.

- Por otro lado se pudo observar que prevalece un enfoque gerencial meramente rentista (financiero), el cual es importante pero deja de lado las perspectivas cliente, procesos y de generación y desarrollo del conocimiento. Lo anterior puede repercutir de manera negativa en el desarrollo de la organización en el mediano y largo plazo. Esta apreciación se sustenta en que en la perspectiva del cliente se puede generar insatisfacción y una valoración inadecuada del servicio prestado, lo que afectaría de manera directa la recompra de servicios, de igual manera si se tiene en cuenta al médico como cliente interno de la organización y principal promotor de los servicios de la clínica a través de sus pacientes, existe la posibilidad de migración de especialistas hacia otras organizaciones con la consabida pérdida de pacientes y la disminución en la ocupación de los servicios hospitalarios.

Por otro lado si no se tienen en cuenta el desarrollo de los procesos hospitalarios y no se promueve la estandarización, el control y el mejoramiento continuo de los mismos a través de herramientas como el Six Sigma, la organización no va a poder adaptarse a las condiciones cambiantes y altamente competitivas del medio. Generando brechas de competitividad entre los hospitales, pudiendo quedar rezagada frente a la competencia, lo anterior afectaría de manera directa la permanencia de la organización en el tiempo y su crecimiento en el mediano y largo plazo.

Por último, la generación de conocimiento, el desarrollo científico y la investigación son pilares fundamentales de la industria médica y hospitalaria, estos aspectos son fundamentales y se deben tener en cuenta si se quiere ocupar posiciones de liderazgo en el sector. Estas posiciones permiten que el paciente se sienta seguro y que este sea un atributo importante y altamente valorado al momento de tomar la decisión de compra de servicios de salud.

El desarrollo de conocimiento, asociado a la investigación, son aspectos que fidelizan al médico especialista quien ve en estas perspectivas una oportunidad de posicionamiento frente a la competencia y de desarrollo profesional.

Los centros hospitalarios líderes a nivel mundial invierten en el desarrollo del conocimiento grandes recursos, con el objeto de liderar los avances científicos y ser centros de referencia

para la comunidad médica y de pacientes; los cuales asocian el desarrollo científico con profesionales altamente competentes y con centros de alta resolutiveidad. Este modelo es perfectamente extrapolable al medio local y crea ventajas competitivas frente a las instituciones que no tienen en cuenta el desarrollo científico y de investigación.

Por lo expuesto anteriormente, se hace necesario que las cuatro perspectivas del Balanced Scorecard sean tenidas en cuenta en la gestión hospitalaria, de tal manera que su desarrollo este sincronizado y pueda satisfacer las expectativas de los accionistas que buscan rentabilidad en su inversión, de los médicos que buscan desarrollo profesional y lucro en el ejercicio de su profesión y de los pacientes/clientes que buscan que los procesos de atención y los tratamientos ofertados sean los adecuados, con un alto nivel de éxito y con un costo razonable para el medio.

- En referencia a la gestión de la información y el conocimiento a través de herramientas estructuradas, se hace importante que las clínicas y hospitales tengan estas integradas al BSC, de tal manera que dentro de la perspectiva de procesos y de conocimiento e investigación, se tengan en cuenta las experiencias de éxito dentro de la organización (benchmarking interno), dentro del sector (benchmarking sectorial) o por fuera del mismo (benchmarking intersectorial).

Las clínicas y hospitales pueden replicar dentro de sus estructuras experiencias de éxito no solamente dentro de sus áreas sino de sectores tan disimiles pero a la vez tan comunes como el hotelero, la banca, logística, compras, retail, servicios y el asegurador.

Vale la pena hacer hincapié en que a través del benchmarking se pueden establecer indicadores comunes a la industria hospitalaria que permitan hacer trabajos comparativos en donde se comparta información y en donde se puedan aplicar experiencias de éxito en el manejo de áreas como los servicios de emergencia, hospitalización, quirófanos o el laboratorio clínico, en donde la mejora en los tiempos de espera, la disminución de las estancias hospitalarias, la mejora en los servicios ofertados a los pacientes hospitalizados, la mejora en la oferta de quirófanos y de horas de cirugía y en la oportunidad de entrega de los resultados de laboratorio clínico por ejemplo, crearan factores diferenciadores importantes y altamente valorados por los clientes, que influirán de manera positiva en la percepción del servicio y en la fidelización de los mismos.

- Por otro lado se pudo observar que a pesar que los gerentes tienen claro el tema del mejoramiento continuo, a través de herramientas de gestión como el Six Sigma, en ninguna de las clínicas objeto del estudio había una metodología estructurada de mejoramiento.

Es importante tener en cuenta lo anterior, debido a que la estandarización de procesos, su medición, control y su mejoramiento, garantiza para la institución tener calidad en las prestaciones y en general ofrecer servicios altamente satisfactorios a un costo racional.

Las experiencias de éxito obtenidas al aplicar metodologías de mejora continua en los procesos hospitalarios incluyen áreas como farmacia, unidades quirúrgicas, tiempos de espera, oportunidad en la entrega de resultados etc. Todas ellas replicables en nuestro medio y que ofrecerán a las organizaciones tener procesos más ágiles, efectivos y eficientes, permitiendo su análisis, medición y control; permitiéndole al paciente percibir un servicio de mejor calidad y altamente diferenciado.

- Profundizando un poco más en el tema de procesos y mejoramiento continuo, se pudo observar que las organizaciones tienen procesos estructurados, pero que estos no se hayan integrados, de tal manera que las áreas administrativas, hospitalarias y de apoyo, tienen procesos establecidos, pero al no estar integrados es difícil ver el resultado final de ellos y como impactan de manera positiva o negativa en la percepción del cliente.

Para poder establecer con veracidad como los procesos se integran y cómo influyen de manera positiva o negativa en la percepción del cliente y en el logro de las metas organizacionales, se hace necesario que estos estén estructurados en un mapa de procesos, en donde de manera fácil se puedan determinar las interrelaciones entre los mismos y como ellas repercuten directa o indirectamente en la satisfacción del cliente.

Los mapas de procesos integrados al BSC y a metodologías de mejoramiento continuo, permiten a la organización tener una visión amplia y global de su funcionamiento, logrando que todo lo que ocurre dentro de la organización se enfoque en el cumplimiento de las metas organizacionales y garantice el éxito de su operación.

- Otro tema importante a tener en cuenta, es el manejo de la información y como esta debe estar integrada de manera adecuada, de tal manera que la dirección de la organización tenga acceso a todos los datos que requiera para su gestión, a través de herramientas confiables, oportunas y de fácil lectura. Lo que se pudo observar en el estudio fue que la información no estaba integrada, los indicadores de gestión contemplaban áreas financieras y áreas asistenciales por separado y estos no estaban integrados entre sí, de tal manera que no permitían una visión global de la organización.

En este panorama la toma de decisiones se hace más difícil y hay mayor riesgo de cometer errores, ya que al momento de tomar una decisión estratégica no solo es conveniente la visión financiera sino también la visión asistencial y viceversa.

Lo anterior requiere que se trabaje en equipo entre las áreas asistenciales, científicas y las áreas administrativas y financieras, de tal manera que la toma de decisiones sea basada en una visión global, enfocada en el logro de los objetivos organizacionales y en donde se tengan en cuenta los diversos puntos de vista que involucran la decisión. En este caso es importante el equilibrio que pueda haber en la toma de decisiones entre las diversas áreas hospitalarias y tener presente que el objetivo final es el cumplimiento de las metas organizacionales contempladas dentro de la planeación estratégica. Por ello es importante disponer de herramientas de métrica empresarial como el BSC que integran todas las perspectivas organizacionales en pro del cumplimiento de los objetivos trazados por la alta dirección.

- Un tema de mucha importancia es la consideración del personal médico como un activo intangible de alto valor, que a la vez es un cliente interno de la organización y que participa activamente en los procesos hospitalarios de generación de información, desarrollo científico y de control del gasto a través de los procedimientos médicos y del uso racional de recursos. En las organizaciones de salud el factor humano es de suma importancia ya que de él depende en muchos casos el éxito o no de un tratamiento específico, pero su rol va mucho más allá de ser solamente el prescriptor o el hacedor de un procedimiento, el personal médico asistencial (médicos, enfermeras, auxiliares, terapeutas etc.) es el responsable del uso adecuado de recursos, del manejo del paciente, del acompañamiento del paciente y de hacer valer todas las normas y protocolos del hospital en lo referente a bioseguridad, prevención del evento adverso, prevención de infecciones nosocomiales y en general en todos los aspectos que tienen que ver con la calidad asistencial de los servicios hospitalarios. Por ello es importante vincularlos de manera directa y hacer valer su rol dentro de los aspectos financieros, de servicio y satisfacción del cliente, de procesos internos y de generación de conocimiento e investigación dentro de la organización.

Dentro del estudio realizado no se encontró que hubiese una estrategia de empoderamiento del área médico asistencial que permitiera contar con una alta dosis de motivación por parte del personal y que fuera atractiva para que nuevos profesionales se sumaran a los equipos de los hospitales y clínicas que participaron en el estudio.

- Como se puede observar en los puntos anteriores, el uso de herramientas de métrica empresarial como el BSC que contemplen aspectos financieros, de procesos, de clientes y de investigación y desarrollo del conocimiento, son de gran importancia para las instituciones; si a esto se suman metodologías de gestión de la información como el benchmarking que buscan incorporar a las diversas áreas de la organización experiencias de éxito replicables y metodologías de mejora continua como el Six Sigma que busca la estandarización de procesos y lograr los mínimos de desviación de los mismos obteniendo excelencia operativa;

se cuenta con una herramienta de gestión que permitirá a la dirección un adecuado uso de recursos logrando el cumplimiento de los objetivos organizacionales de manera satisfactoria.

- Por otro lado, este trabajo también deja abierta la posibilidad de realizar trabajos intersectoriales de interés común para las clínicas de la ciudad, en donde el intercambio de información y la consolidación del sector pueda ofrecer oportunidades de mejora y de desarrollo en el sur del Ecuador.

10. Anexos

Anexo 1

Formato entrevista semiestructurada

Libreto de entrevista semiestructurada

Dirigida a: Gerentes o Directores de Hospitales y clínicas privadas de la ciudad de Cuenca

Nombre: _____

Nivel Educativo: _____

Profesión: _____

Introducción:

La siguiente entrevista tiene por objeto investigar el uso de herramientas de métrica empresarial en hospitales privados de la ciudad de Cuenca. De tal manera que se establezca la percepción de los altos directivos (gerentes o directores) sobre el uso de estas herramientas y su aplicabilidad en la empresa. Busca además de investigar qué tipo de herramientas se utilizan, cuáles han sido las experiencias de éxito obtenidas con su aplicación.

La información obtenida será utilizada para proponer un modelo de Balanced Scorecard que integre metodologías de mejora continua como el Seis Sigma y de manejo comparativo de buenas prácticas como el Benchmarking.

1. Qué opinión le merecen las herramientas de métrica empresarial en la gestión administrativa de la clínica u hospital que usted maneja.
2. Utiliza la clínica un sistema de indicadores para medir la gestión financiera?
3. Cual es la fortaleza de este sistema?

4. Cual es la debilidad de este sistema?

5. Utiliza la Clinica un sistema de indicadores para medir la gestión clinica/hospitalaria?

6. Cual es la fortaleza de este sistema?

7. Cual es la debilidad de este sistema?

8. Utiliza la clinica un sistema de indicadores para medir la gestión de clientes?

9. Utiliza la clinica un sistema de indicadores para medir sus procesos internos?

10. Cuantos indicadores financieros maneja la clinica:
 - a.1 a 5
 - b.5 a 10
 - c. Más de 10
 - d. No utiliza

11. Cuantos indicadores de gestión clinica maneja la clinica
 - a.1 a 5
 - b.5 a 10
 - c. Más de 10
 - d. No utiliza

12. Cuantos indicadores para manejo de gestión de clientes maneja la clinica

- a.1 a 5
- b.5 a 10
- c. Más de 10
- d. No utiliza

13. Tiene la clinica establecido un mapa de procesos internos?

Si No

14. La clinica tiene implementado alguna de estas herramientas para medir su gestión:

Balanced Scorecard

Presupuestos

Otro cual _____

15. Realiza la clinica una Planeación estratégica anual?

16. A cuantos años está proyectada la planeación estratégica de la organización?

17. La clinica ha realizado procesos de benchmarking los últimos dos años?

Si No

18. Con quien:

Con otras clínicas

Con Procesos internos

Con otros sectores

19. Tiene la clinica implementado algún tipo de sistema de mejoramiento continuo?

Si No

20. Cual _____

21. Ha utilizado la clinica alguna de estas herramientas para mejorar su gestión?

Seis Sigma

Ciclo PHVA

Ciclo DMAMC

TQM

Ninguna

22. Tiene implantado la clinica un programa de CRM (customer relationship management)

Sí No

23. En las decisiones administrativas de la clinica intervienen los médicos?

Si No

24, En las decisiones medicas de la clinica interviene el área administrativa?

Si No

24. Tiene la clinica un sistema de evaluación de proveedores?

Si No

25. Tiene la clinica perfiles de cargos establecidos?

Si No

26. Tiene la clinica algún programa de responsabilidad social empresarial?

Si No

27. Realiza la clinica una planificación estratégica anual

Si No

28. A cuantos años está realizada la planeación estratégica

1 año

Entre 2 y 3

Entre 3 y 5

Más de 5

29. En la planeación estratégica de la clinica se tienen en cuenta los criterios médicos

Si No

30. Participan los medicos en las reuniones de planeación estratégica?

Posee la clinica un programa de incentivos para sus mejores trabajadores

Si No

31. Realiza la clinica comités multidisciplinarios en donde participen médicos y administración?
32. Cada cuanto se realizan estos comités?
- 33 Tienen un plan de trabajo establecido?
34. Conocen los empleados los logros obtenidos por la clinica?
35. Están socializados o publicados los resultados de los indicadores hospitalarios?
36. Están socializados o publicados los resultados de los indicadores financieros?
37. Cuenta la clinica o el hospital con un plan de carrera para sus empleados?
38. Tienen los diversos servicios de la clinica metas establecidas?
39. Cada cuanto se evalúa el cumplimiento de estas metas?
40. Que cree usted que se debería hacer para mejorar la gestión de su clinica u hospital?
41. Que cree usted que se debería hacer como sector para obtener ventajas como grupo de clinica y hospitales privados?

11. Bibliografia

- Bisbe, Barrubés. «El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias.» Revi Esp Cardiol. (2012): 919-927.
- Bohmer. «The four habits of high value healthcare organizations.» New England Journal of Medicine (2011): 2045-2047.
- Camp. «Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance, quality press.» American Society for Quality Control (1989).
- Charan, Colvin. «Why Ceo's Fail.» Fortune (1999): 30-37.
- Chow, Ganulin, Teknica, Haddad, Williamson. «The Balanced Scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management.» Journal of healthcare management (1998): 263-280.
- Correa, Prochnick, Ferreira. «Balanced Scorecard em Hospitais: Uma avaliação das críticas associadas ao modelo a partir do estudo em duas organizações hospitalares Brasileiras.» Anais do encontro da associação Nacional de pós-graduação e pesquisa em administração (2009): 33-47.
- Ferreira, Garcia, Vieira. «Relações de poder e decisão: Conflitos entre médicos e administradores hospitalares.» Revista de administração Mackenzie (2010): 31-54.
- Gimeno, Salazar, Ferrer, Revuelta, Ayuso, González. «Una aproximación al Benchmarking de indicadores de cuidados. Aprendiendo para mejorar la seguridad del paciente.» Calidad asistencial (2014): 2012-2019.
- Gómez, Faura, Burgués, Pamies. «Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario: Indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística.» Gestión Hospitalaria (2004): 3-12.
- González, López, Gómez. «El Cuadro de Mando Integral en el sector sanitario Español: Una revisión analítica de la literatura.» Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión (2011): 9-17.
- Griffith. «Reengineering healthcare: Management systems for survivors.» Hospital Health Service Administration (1994): 451-470.
- Guimaraes, Evora. «Sistema de Informação: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência.» Ciência da Informação (2004): 33-49.
- Hernández, Medina, Nogueira. «Criterios para la elaboración de mapas de procesos hospitalarios.» Gestión Industrial (2009): 2-7.
- Jansen. «La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social.» Paradigmas (2013): 39-72.
- Kaplan, Norton. «The Balanced Scorecard-measures that drive performance.» Harvard Business review (1992): 451-470.

- Leon. «Calidad en la prestación de los servicios de salud. Mito o realidad.» Salud en Tabasco (2012): 77-78.
- Llinas. «Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema.» Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (1) (2010): 143-154.
- Lucio, Villacres, Henriquez. «Sistema de Salud de Ecuador.» salud pública de México / vol. 53 (2011): 177-187.
- . «Sistema de Salud de Ecuador.» Salud Publica de Mexico (2011): 177-187.
- Malo-Serrano, Malo-Corral. «Reforma de Salud del Ecuador: Nunca mas el derecho a la salud como un privilegio.» Rev Peru Med Exp Salud Publica (2014): 754-761.
- Pande, Newman, Cavanagh. Las claves practicas del Seis Sigma. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana, 2007.
- Peiro. « Los mejores hospitales. Entre la necesidad de la informacion comparativa y la confusion.» Revista calidad asistencial (2001): 119-130.
- Pink, McKillop, Schraa, Preyra, Montgomery, Baker. «Creating a Balanced Scorecard for Hospital Systems.» Journal Healthcare Finance (2001): 1-27.
- Ramirez, Pinto, Serpell, Engell. «Seis Sigma en hospitales Chilenos.» Oikos (2007): 31-46.
- Sastre, Garcia, Diaz. «Construyendo un Hospital Universitario: Justificacion y Proposito.» Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional (2013): 77-81.
- Ugalde, Balbastre. «Investigacion cuantitativa e investigacion cualitativa: Buscandolas ventajas de las diferentes metodologias de investigacion .» Ciencias Economicas (2013): 180-187.
- Vargas. «La entrevista en la investigacion cualitativa: Nuevas tendencias y retos.» Revista CAES, Universidad Estatal de Costa Rica (2012): 119-139.
- Varkey, Reller, Resar. «Basics of Quality Improvement in Health Care.» Mayo Clin Proc (2007): 735-739.
- Vendruscolo, Hoffman, Freitas. «La influencia de las herramientas de gestion estrategica y de stakeholders en el desempeño de las organizaciones del sector privado de salud del Distrito Federal.» Revista IberoAmericana de Estrategia (2012): 30-61.
- Vidal-Pineda. «Modelo de análisis comparativo (benchmarking) entre hospitales privados de características similares: Analisis operativo para la toma de decisiones.» CONAMED (2009): 19-25.