



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Direccionamiento estratégico en Instituciones de Salud de primer nivel de atención en Bogotá a través del Balanced Scorecard

Sergio Andrés Gutiérrez Agudelo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Facultad de Ciencias Económicas

Bogotá, Colombia

2016

Direccionamiento estratégico en Instituciones de Salud de primer nivel de atención en Bogotá a través del Balanced Scorecard

Sergio Andrés Gutiérrez Agudelo

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de
Magister en Administración de Empresas

Directora:

PhD. Zuray Andrea Melgarejo Molina

Línea de investigación:

Estrategia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Facultad de Ciencias Económicas

Bogotá, Colombia

2016

Agradezco primero que todo a DIOS por darme la capacidad y sabiduría para alcanzar este importante logro, a mi familia por su apoyo y motivación, a la profesora Zuray Melgarejo por haberme guiado en la elaboración de esta investigación, a los jurados Liliana Chicaiza y Jairo Villabona por sus sugerencias, a mis compañeros de trabajo por sus valiosos aportes y a aquellas personas que me acompañaron durante este proceso.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO EN INSTITUCIONES DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN BOGOTÁ A TRAVÉS DEL BALANCED SCORECARD

Resumen

El objetivo de esta investigación fue identificar los Factores Críticos de Éxito (FCE) para la adopción de un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del Balanced Scorecard (BSC) en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel de atención médica, esto con el fin de lograr una gestión más eficiente del recurso humano, físico y tecnológico contribuyendo de esta manera a mejorar la sostenibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Con el fin de establecer FCE que sean válidos y relevantes para este tipo de instituciones, la investigación inicia con una revisión de las características, el entorno y la situación de estas organizaciones en Bogotá, lo cual permitió establecer una serie de factores que se deben tener en cuenta y que fueron ampliados mediante la revisión de literatura especializada en el tema y con el punto de vista de altos ejecutivos expertos en la dirección de este tipo de instituciones.

Como resultado de la investigación se establecen trece FCE clasificados en cinco grupos que son: estrategia corporativa, diseño del BSC, procesos, recurso humano e integralidad.

Clasificación JEL: M10, M11, M12, M15, M19.

Palabras Clave: Balanced Scorecard BSC, Direccionamiento Estratégico, Estrategia, Gestión estratégica, Factores Críticos de Éxito, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Abstract

The aim of this research was to identify the Critical Success Factors (CSF) for the adoption of a model of strategic management based on the principles of the Balanced Scorecard (BSC) in first-level Healthcare Services Institutions, this in order to achieve a more efficient use of human, physical and technological resources contributing thus to improve sustainability, access and quality of healthcare services.

In order to establish CSF that are valid and relevant to this type of institutions, the research begins with a review of the features, the environment and the situation of these organizations in Bogotá, which enabled a number of factors to take into account and were extended by reviewing specialized literature on the subject and point of view of senior management experts in the direction of these institutions.

As result of the research thirteen CSF was established and classified into five groups: corporate strategy, BSC design, processes, human resources and integrity.

Classification JEL: M10, M11, M12, M15, M19.

Keywords: Balanced Scorecard BSC, strategic direction, strategic management, strategy, Critical Success Factors, Healthcare Institutions.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
Problemática	11
Pregunta de investigación	12
Objetivo principal.....	12
Objetivos específicos	12
Justificación	13
1 IPS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN BOGOTÁ.....	14
1.1 Instituciones prestadoras de salud (IPS).....	14
1.1.1 Niveles de atención de Salud	14
1.2 Entorno y Regulación	16
1.2.1 Organización del sistema de salud en Colombia	18
1.2.2 Procesos y estructura de una IPS de primer nivel de atención	21
1.2.3 Situación actual	23
1.2.4 Las IPS Privadas de primer nivel de atención en Salud en Bogotá ...	28
1.2.5 Principales retos y desafíos para las instituciones prestadoras de servicios de salud.	30
2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO EN IPS DE PRIMER NIVEL MEDIANTE EL BSC Y FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO (FCE)	32
2.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	32
2.1.1 Direccionamiento estratégico con la ayuda de indicadores	33
2.1.2 Estrategias de las IPS privadas de Primer nivel de atención.....	34
2.2 MODELOS DE DIRECCIÓN ESTRATEGICA	35
2.2.1 Tipos de modelos dirección estratégica.....	36
2.3 EL BALANCED SCORECARD (BSC)	38
2.3.1 Evolución del concepto	39
2.3.2 Beneficios	43
2.3.3 Perspectivas	44
2.4 IMPLEMENTACIÓN DEL BSC COMO MODELO DE DIRECCION ESTRATEGICA.....	47
2.4.1 Desarrollar la estrategia.....	47
2.4.2 Traducir la estrategia.	50
2.4.3 Alinear la organización.	51
2.4.4 Realizar planes operativos.	52
2.4.5 Monitorear y aprender.	52
2.4.6 Probar y adaptar.	52
2.5 EL BSC EN UNA IPS	53
2.5.1 Porque escoger el BSC como modelo de gestión en una IPS.....	57
2.5.2 La Importancia del BSC en una IPS	58
2.5.3 Razones por las cuales implementan el BSC en una IPS	59
2.6 OTROS MODELOS DE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA	59
2.6.1 Dirección estratégica de Mintzberg.....	59
2.6.2 Dirección estratégica de Fred.....	61
2.6.3 Planeación estratégica de Bateman y Snell	62
2.6.4 Modelo de McNair, Lynch y Cross	63

2.6.5	EP2M (Effective progress and performance measurement)	64
2.6.6	Modelo IAM (Intangible Assets Monitor)	65
2.6.7	Modelo Navigator de Skandia.....	66
2.6.8	Modelo SIGER.....	66
2.6.9	Modelo de la EFQM (European Foundation for Quality Management).....	67
2.7	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO (FCE)	68
2.7.1	Definición.....	68
2.7.2	Métodos para la Identificación de los FCE	69
3	DISEÑO, APLICACIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
3.1	Definición del alcance	77
3.2	Recopilación de la información	78
3.2.1	Diseño de la entrevista	78
3.2.2	Selección de la muestra y aplicación de la entrevista a los participantes	79
3.3	Análisis de la información.....	81
3.3.1	Direccionamiento estratégico	82
3.3.2	Situación actual	83
3.3.3	Objetivos e indicadores	85
3.3.4	Balanced Scorecard	89
3.3.5	Matriz de declaración de actividades y temas de apoyo.....	90
3.4	Derivación y Análisis de los FCE para la adopción del BSC como modelo de direccionamiento estratégico en las IPS de primer nivel de atención	94
3.4.1	Estrategia corporativa.....	94
3.4.2	Diseño del BSC	95
3.4.3	Procesos.....	102
3.4.4	Recurso humano	103
3.4.5	Integralidad.....	104
4	CONCLUSIONES.....	106
5	BIBLIOGRAFÍA	110
6	ANEXOS.....	117
6.1	Anexo 1. Formato de Encuesta.....	117
6.2	Anexo 2. Ejemplo de un BSC para los centros médicos de primer nivel de atención	119

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1 Flujo de los recursos de la salud.....	21
Ilustración 2 Tendencia de la cobertura en salud.....	24
Ilustración 3 Percepción de la calidad y cubrimiento de la salud.....	25
Ilustración 4 Satisfacción general con el servicio de salud.....	26
Ilustración 5 Gasto total en salud en Colombia como % del PIB.....	28
Ilustración 6 Principales prestadores del primer nivel	29
Ilustración 7. Servicios de consulta externa de baja complejidad x 100.000 habitantes, por localidad	30
Ilustración 8 Modelo de gestión basado en el BSC	42
Ilustración 9 Beneficios del Balanced Scorecard.....	43
Ilustración 10 Perspectivas del Balanced Scorecard.....	45
Ilustración 11 Matriz PEEA.....	49
Ilustración 12 Matriz BCG.....	49
Ilustración 13 Modelo de dirección Estratégica de Fred.....	61
Ilustración 14 Dirección estratégica Bateman & Snell.....	62
Ilustración 15 Pirámide de resultados	63
Ilustración 16 Modelo EP2M.....	64
Ilustración 17 Modelo EFQM.....	67
Ilustración 18 Ponderación de factores críticos de éxito	70
Ilustración 19 Etapas del proceso de investigación de Quivy & Campenhoudt.....	76
Ilustración 20 Proceso para identificar los FCE según Caralli (2004).....	77
Ilustración 21 Factores críticos de éxito BSC.....	94

Lista de Tablas

Tabla 1 Principales aseguradoras del régimen Contributivo.	24
Tabla 2 Principales aseguradoras del régimen Subsidiado.....	24
Tabla 3 IPS a nivel Nacional	26
Tabla 4 IPS a nivel Bogotá.....	26
Tabla 5 Redes de IPS con mayor número de sedes a nivel nacional	27
Tabla 6 Redes de IPS con mayor número de sedes a nivel Bogotá	27
Tabla 7 Publicaciones de Norton y Kaplan sobre el BSC.....	40
Tabla 8 Objetivos e indicadores para cada perspectiva	50
Tabla 9 Revisión Bibliográfica BSC en una IPS	53
Tabla 10 Modelo IAM	65
Tabla 11 Participantes para las encuestas y entrevistas de la investigación	80
Tabla 12 Matriz de declaraciones de actividad.....	90
Tabla 13 Matriz de temas de apoyo	92
Tabla 14 Agrupación de los temas de apoyo	93
Tabla 15 Objetivos e indicadores para la perspectiva financiera de una IPS.....	99
Tabla 16 Objetivos e indicadores para la perspectiva usuarios de una IPS.....	99
Tabla 17 Objetivos e indicadores para la perspectiva Procesos internos de una IPS	100
Tabla 18 Objetivos e indicadores para la perspectiva Recursos de una IPS	101

INTRODUCCIÓN

El funcionamiento de los sistemas e instituciones de salud a nivel mundial es un tema de crucial importancia para el sector público, privado y académico debido a su significativa repercusión en la calidad de vida de la población y a los múltiples retos que enfrentan, entre los cuales están: el aumento de la población, el envejecimiento de la misma¹, los crecientes costos del capital humano, tecnológico y de los medicamentos², una mayor exigencia tanto de usuarios como de organismos de control, entre otros. Lo cual hace más difícil la gestión de estas organizaciones y obliga a sus directores a implementar estrategias y modelos de gestión eficientes, que ante la limitada disponibilidad de recursos, les permitan no solo superar estos desafíos sino también cumplir sus diferentes objetivos ofreciendo un servicio oportuno y de calidad.

El sistema de Salud en Colombia, opera bajo el modelo de Atención Primaria en Salud (APS), según lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 y en el Modelo Integral en Atención en Salud (Ministerio de salud y protección social, 2014). El modelo de APS ha sido promovido por la organización mundial de la salud desde 1978, con el objetivo de organizar de manera coordinada, sostenible y eficiente los recursos del sector salud para resolver los problemas existentes y enfrentar los retos actuales de estas instituciones (Organización Panamericana de la salud, 2007, pág. 15).

Uno de los elementos estructurales del modelo de APS es ‘el primer contacto’, el cual “se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelven la mayoría de ellos” (Organización Panamericana de la salud, 2007, pág. 25), lo cual implica que un sistema de salud basado en este modelo establece un grupo de centros médicos de primer nivel de atención, que funcionan como la puerta de entrada para los servicios de salud. Para garantizar la cobertura y accesibilidad a la prestación de estos servicios debe existir una amplia base de centros médicos ‘puertas de entrada’, caracterizados por contar principalmente con médicos generales, encargados de atender por primera vez a los pacientes, fomentando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Otro de los elementos del modelo de APS es la atención integral, que implica una sinergia e integralidad entre las instituciones de salud, de tal manera que si en la puerta de entrada no es posible tratar una patología o realizar un determinado procedimiento, deben existir convenios o alianzas con instituciones que presten servicios de mayor

¹ Según cifras del Banco Mundial entre el 2000 y el 2014 la población colombiana aumento en casi 7,5 millones de personas y para los mismos años la población mayor de 65 años paso del 4,7% al 6,8% del total de la población colombiana. Información obtenida de <http://api.worldbank.org/v2/es/country/col?downloadformat=excel>.

² Bob McDonald Consulting. (2012). A Review of the Use of the Balanced Scorecard in HealthCare. Página 2.

nivel de complejidad para remitir al paciente garantizando la atención y la satisfacción de las necesidades de salud (Organización Panamericana de la salud, 2007).

El gobierno de Colombia, con el fin de organizar la prestación de servicios de salud, en armonía con el modelo de APS, define en el artículo 6 del acuerdo 20 de 1990 tres niveles de atención. El primer nivel de atención, que corresponde a lo que en el modelo de APS se denomina puerta de entrada se caracteriza por atención básica: “servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización bajo la atención de médicos generales”³. El segundo nivel se caracteriza por ofrecer servicios prestados por médicos generales y médicos especialistas y el tercer nivel brinda atención de alta complejidad prestada por médicos generales, médicos especialistas y subespecialistas⁴.

Debido a que el primer nivel de atención es el más cercano y accesible a los usuarios, se estima que puede resolver aproximadamente el 85% de las necesidades de salud de la población⁵. Las instituciones que están en este nivel de atención son la base del sistema, son el primer contacto con los usuarios y buscan mejorar la accesibilidad y una atención oportuna y eficiente.

Dada la importancia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (de ahora en adelante IPS) de primer nivel de atención para garantizar un óptimo funcionamiento del sistema de salud, resulta imprescindible que cuenten con modelos de direccionamiento estratégico que permitan una adecuada gestión de recurso humano, físico y tecnológico, en aras de lograr una mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios ante un entorno de recursos limitados.

Diversas investigaciones señalan que un significativo número de instituciones de salud han apostado por el BSC como modelo de gestión (Bob McDonald Consulting, 2012; Baker & Pink, 1995; Chow, Ganulin, Teknika, Haddad, & Williamson, 1998; Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002) y actualmente es uno de los más conocidos, aceptados y utilizados en todo tipo de organizaciones (Kaplan, 2010), razón por la cual es de primordial importancia analizar y determinar los FCE⁶ en la implementación y adopción de un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del BSC propuestos por Norton y Kaplan. Con el fin de determinar dichos factores, la investigación se estructura de la siguiente manera:

En la primera parte del documento se plantea la problemática, la pregunta de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación de la investigación.

En el primer capítulo se presenta el contexto general de las IPS de primer nivel de atención en Bogotá, donde a partir de una profunda revisión bibliográfica y de

³ Artículo 6 del acuerdo 20 de 1990.

⁴ *Ibíd.*

⁵ Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011

⁶ Variables y condiciones internas y externas que la gerencia puede influenciar a través de sus decisiones para que la estrategia de la empresa sea exitosa (Villegas, 2005, pág. 4)

diferentes tipos de informes se analizan las características, el entorno y la situación actual de estas organizaciones.

El tema del segundo capítulo es el direccionamiento estratégico en las IPS de primer nivel de atención mediante el BSC y los FCE, para lo cual se revisan los conceptos de estrategia, direccionamiento estratégico y se estudian los principales modelos de gestión haciendo énfasis en el BSC. Adicionalmente se lleva a cabo una revisión de las experiencias del uso del BSC en Instituciones de salud, evaluando su importancia y pertinencia para este tipo de organizaciones y las razones que llevan a la alta gerencia a implementar un modelo con estas características. Al final de capítulo se presenta la definición de FCE y las diferentes metodologías para su identificación propuestas por autores como Rockart (1979), Bullen y Rockart (1981), Pinto (2000), Caralli (2004) y Olarte y García (2009)

En el tercer capítulo, se presenta el diseño, la aplicación y los resultados de la investigación. En donde se explican cada una de las actividades realizadas para identificar los FCE, que básicamente son: la definición del alcance, el diseño de la entrevista, la selección de la muestra, la aplicación de la entrevista y el análisis de la información recopilada. Al final del capítulo, se exponen los FCE obtenidos con base en la metodología de Caralli (2004) y una serie de recomendaciones que se deben considerar para una adopción exitosa de un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del BSC, con el fin de garantizar que se manifiesten los beneficios que señala la teoría de Norton y Kaplan (1996, pág. 77) y finalmente se presentan las conclusiones de esta investigación y las futuras líneas de estudio.

PROBLEMÁTICA

La salud es un derecho fundamental y su promoción y protección son esenciales para el desarrollo económico y social de cualquier nación, por lo cual el funcionamiento de las instituciones de salud es un tema de vital importancia, debido a que el bienestar de muchas personas está condicionado a la calidad y a la disponibilidad de los servicios de salud, puesto que se podría prevenir y tratar el padecimiento de muchas enfermedades con sistemas e instituciones de salud más eficientes, razón por la cual, en muchos países, como en Colombia, se ha decretado que el gobierno debe garantizar el acceso y la cobertura de los servicios de salud a toda la población⁷. Sin embargo, garantizar el acceso a un servicio de calidad constituye un significativo problema debido a los múltiples retos que enfrentan las instituciones de salud tales como el crecimiento y envejecimiento de la población, altos y crecientes costos para la prestación de ciertos servicios, constantes cambios en la regulación, mayor exigencia e insatisfacción de los usuarios y poca oferta de profesionales cualificados para ciertas especialidades y sub-especialidades.

El sistema de salud colombiano, como el de muchos países funciona bajo los estándares del modelo de APS, el cual es un modelo de atención basado en métodos prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que busca consolidar redes de prestación de servicios que satisfagan las necesidades de salud de la población, lo que implica contar con un amplio número de instituciones que ofrezcan atención primaria, con el fin de que sea más fácil el acceso para la población a programas de prevención de enfermedades, planificación familiar, nutrición, vacunación, tratamientos apropiados de enfermedades comunes y suministro de medicamentos esenciales. Conforme a este modelo, para acceder a cualquier servicio de salud, un paciente debería inicialmente pasar por un centro médico de atención primaria, donde un médico general le realice el respectivo diagnóstico y en caso de ser necesario lo remita a un médico especialista o sub especialista, esto con el fin de garantizar el acceso, la racionalidad y pertinencia de los servicios de salud.

Debido a que los centros médicos de primer nivel son las instituciones en donde inicia la atención del paciente y conforman la base del sistema, es necesario que cuenten con modelos de gestión apropiados que permitan una mejor administración de sus recursos y una mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios de salud, dados los recursos limitados con los que cuentan.

En los últimos años, cientos de Instituciones de salud alrededor del mundo, han apostado por la implementación de modelos de gestión basados en la metodología del BSC (Bob McDonald Consulting, 2012) para el direccionamiento estratégico de sus recursos. Debido a la popularidad del BSC (Kaplan, 2010), resulta imprescindible analizar cuáles son los factores que determinan el éxito de un modelo de gestión basado en los principios de este enfoque administrativo.

⁷ Artículo 49, Constitución política de Colombia de 1991.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los Factores Críticos de Éxito para que un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del BSC garantice que el capital humano, físico y tecnológico de una IPS de primer nivel de atención trabaje coordinado y sincronizado para una prestación de servicios médicos eficiente y de calidad?

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar los Factores Críticos de Éxito que se deben tener en cuenta para que un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del BSC garantice que el capital humano, físico y tecnológico de una IPS de primer nivel de atención trabaje coordinado y sincronizado para una prestación de servicios médicos eficiente y de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprender las características de las IPS de primer nivel de atención y el contexto general en el que se encuentran actualmente.
2. Establecer los principales retos y problemas que enfrentan las IPS de primer nivel de atención médica en Bogotá.
3. Identificar los aspectos relevantes que se deben tener en cuenta en cada una de las fases de un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios BSC para garantizar los beneficios que en teoría se derivan de su utilización.

JUSTIFICACIÓN

Ante los múltiples retos que enfrentan los sistemas e instituciones de salud, sus directivos se ven obligados a adoptar modelos de gestión que permitan direccionar adecuadamente los recursos limitados de la organización para cumplir los objetivos planteados. En estudios realizados en varios países por diferentes autores, se ha demostrado que la implementación de un adecuado modelo de direccionamiento estratégico como el BSC, puede generar múltiples beneficios en la gestión de organizaciones de Salud (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002; Zelman, Pink, & Matthias, 2003; Rodgers, 2011; Chow, Ganulin, Teknika, Haddad, & Williamson, 1998; Martín, 2007; Martínez, Dueñas, Miyahira, & Dulanto, 2010; Nasiripour, Kazemi, & Izadi, 2011; Voelker, Rakich, & French, 2001). Razón por la cual, es pertinente determinar los factores y elementos clave que hacen exitosa la adopción de un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del BSC y que garantizan los beneficios que señala la teoría (Kaplan & Norton, 1996, pág. 77).

A partir de esta investigación se pueden derivar múltiples beneficios, empezando por sus implicaciones prácticas, ya que a través de este trabajo se pretende brindar elementos que ayuden a mejorar la gestión de estas instituciones, además de su valor teórico, por el estudio y análisis de los principales modelos de gestión y los factores claves para el éxito del BSC en este tipo de organizaciones. Adicionalmente, explorando el tema de investigación se evidenció que aunque existen estudios que evalúan el direccionamiento estratégico mediante el BSC en Instituciones de Salud específicas (Bernal & Alvarado, 2000; Triviño, 2001; Gonzalez & Suarez, 2001; Palacio, 2011), no se habían realizado estudios que se enfocarán en la identificación de estos factores y que sean aplicables de manera general a las IPS de primer nivel de atención médica, siendo estas la base del actual sistema de salud, lo cual sustenta la importancia de haber llevado a cabo este proyecto, contribuyendo de esta manera a la consolidación de un cuerpo teórico de conocimientos acerca del tema.

1 IPS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN BOGOTÁ

1.1 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS)

Según lo señala la Ley 100 de 1993 (Artículos 156, 185, 227), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), son entidades oficiales, mixtas, privadas, con o sin ánimo de lucro, organizadas para la prestación de servicios de salud a todos los colombianos, ya sea a través de un contrato con las entidades promotoras de salud (EPS) o fuera de ellas. Estas organizaciones tienen autonomía administrativa y financiera y necesitan cumplir una serie de requisitos para su constitución. Entre estos requisitos está cumplir determinados estándares de calidad y funcionamiento establecidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud (SOGCS), garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios a los usuarios, contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos, no discriminar la atención a usuarios, entre otros (Ley 100 de 1993).

1.1.1 Niveles de atención de Salud

Las IPS se clasifican en niveles de atención con el objetivo de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Generalmente se definen tres niveles de atención (Julio et al., 2011). En la legislación de Bogotá estos tres niveles están definidos en el artículo 6 del acuerdo 20 de 1990.

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, se caracteriza por ofrecer una mayor cobertura y prestar servicios de baja complejidad, son aquellos consultorios, centros médicos y puestos de salud también denominados puertas de entrada que pretenden garantizar la accesibilidad mediante una atención oportuna y eficaz. Cuentan con servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización bajo la atención de médicos generales.

En el segundo nivel de atención se encuentran los centros médicos especializados y hospitales donde se prestan servicios relacionados con medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general, anestesiología, psiquiatría, otras especialidades e incluso partos de bajo y mediano riesgo. Según cálculos de Julio et al (2011) entre el primer y segundo nivel de atención se resuelven alrededor del 95% de los problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para prestar atención médica a pacientes con enfermedades poco frecuentes o con patologías complejas que requieren procedimientos costosos y de alta tecnología.

El nivel de atención de una institución de servicios de salud, está dado por su capacidad y el nivel de especialización del recurso humano que posee. Esta jerarquización basada en el modelo de APS permite que a través de la coordinación y sincronización de las instituciones se garantice el acceso oportuno a los servicios de salud que requiere la población.

En Colombia, el ministerio de salud, mediante la resolución número 5261 de 1994, establece cuatro niveles de complejidad, que corresponden a las actividades intervenciones y procedimientos. El personal responsable de la atención en cada uno de los cuatro niveles es el siguiente (Res. 5261/1994, Artículo 20):

PRIMER NIVEL: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

SEGUNDO NIVEL: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

TERCERO Y CUARTO NIVEL: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

La resolución también establece las actividades, intervenciones y procedimientos para cada nivel de complejidad (Artículos 96-115), que son:

PRIMER NIVEL

Atención ambulatoria.

- Consulta de medicina general.
- Atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.
- Atención odontológica básica.
- Laboratorio clínico básico.
- Radiología básica.
- Medicamentos esenciales.
- Citología.
- Acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control.
- Servicios con internación
- Atención obstétrica
- Atención no quirúrgica
- Laboratorio clínico
- Radiología
- Medicamentos esenciales
- Valoración diagnóstica y manejo médico

SEGUNDO NIVEL

- Atención ambulatoria especializada
- Laboratorio clínico especializado
- Radiología especializada
- Otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Procedimientos quirúrgicos derivados de la atención ambulatoria de medicina especializada en áreas como cirugía general, ginecología, dermatología y otras.

TERCER NIVEL

- Laboratorios clínicos súper especializados contenidos en el artículo 112 de la resolución 5261 de 1994.
- Imágenes diagnósticas como tomografías axiales computarizadas, gammagrafías. Estudios de medicina nuclear y ecografías son consideradas en

el primero y segundo nivel. Exámenes especiales (Abdomen, articulaciones, neuro-radiología, cardiovascular)

- Atención ambulatoria especializada
- Otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos

CUARTO NIVEL

- Imágenes diagnósticas (Resonancias magnéticas)
- Oncología
- Otros procedimientos (trasplante renal, diálisis, neurocirugía, cirugía cardíaca, reemplazos articulares, enfermedades congénitas, cuidados intensivos, VIH, entre otros).

Las IPS objeto de estudio en esta investigación, son aquellas clasificadas en el primer nivel de atención que realizan actividades, intervenciones y procedimientos de primer nivel de complejidad.

1.2 ENTORNO Y REGULACIÓN

La prestación de servicios de salud a la población colombiana está regulada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual fue creado mediante la Ley 100 de 1993 con el objetivo de ordenar la prestación de servicios de salud y crear condiciones para el acceso de la población a todos los niveles de atención médica, bajo principios de calidad, universalidad, solidaridad, eficiencia y participación, estableciendo los fundamentos que rigen su dirección, funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y las obligaciones que debe cumplir.

La ley 100 de 1993 define en el Libro II el actual Sistema de seguridad social como: *“el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los cuales dispone una persona para mejorar su calidad de vida a partir de los planes y programas que el gobierno dispone para la protección de las contingencias que lo afecten”*. Este sistema ha sido considerado de gran importancia para el desarrollo social y económico del país (Merlano & Gorbanev, 2013), puesto que promueve y garantiza la prestación de servicios de salud, que son una necesidad básica de la población.

En cuanto a los antecedentes del sistema de salud en el país, este se empezó a configurar con la promulgación de la constitución política de Colombia de 1886, en ese entonces la capacidad del estado para atender todas las necesidades de salud de la población eran limitadas, haciendo que prevaleciera el denominado “modelo Higienista” (Quevedo, 2007), en el cual, el papel del gobierno en temas de la salud pública se concentraba en promulgar leyes y medidas de higiene y salubridad, que regulaban aspectos como el manejo de las basuras, los sistemas de acueducto y alcantarillado, los cementerios, la inspección de alimentos, puertos, entre otras, con el fin de evitar que se originen, se propaguen o se establezcan enfermedades en las diferentes áreas geográficas del país, mientras que la prestación de servicios de salud por parte de un profesional eran de carácter privado y solo algunas organizaciones caritativas atendían a personas de bajos recursos (Orozco, 2006). Con el paso del tiempo, el estado empezó a concientizarse de la necesidad de prestar servicios de salud a la población y en 1945 crea la Caja Nacional de previsión,

la cual se encargó de atender a los empleados del sector público, en 1946, se creó el Instituto Colombiano de Seguros sociales, con el fin de brindar aseguramiento a los trabajadores del sector privado formal (Quevedo, 2007). En este año termina la primera etapa del modelo higienista e inicia la segunda etapa caracterizada por un sistema de salud que abarca a los trabajadores del sector público y privado formal. La tercera Etapa inicia alrededor de 1970 y termina en 1989, en esta etapa se crea el Sistema Nacional de Salud, caracterizado por otorgar subsidios a la oferta, es decir, los recursos del gobierno eran transferidos directamente a los hospitales públicos quienes brindaban servicios médicos a la población de bajos recursos, a pesar de su limitada capacidad y cobertura (Gonzalez, Gonzalez, Soto, & Casadiegos, 2010, pág. 111). La cuarta etapa inicia en 1990 y es donde se legitima el servicio de salud como un servicio de carácter público mediante la expedición de la Ley 10 de 1990 la cual señala en su primer artículo que la prestación de servicios de salud:

en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley.

En esta cuarta etapa ocurrieron múltiples acontecimientos que modificaron significativamente el sistema de salud y establecieron las pautas que caracterizan el actual sistema. Tal como la promulgación de la constitución política de 1991, que establece un estado social de derecho, declarando la vida como un derecho fundamental e inviolable y postula en el artículo 48 el sistema de seguridad social como un derecho obligatorio e irrenunciable y en el artículo 49 declara la atención de la salud como un servicio público a cargo del estado. Otro suceso importante fue el conceso de Washington que se originó alrededor de 1990 y estableció una serie de recomendaciones de política económica dirigidas principalmente a los países latinoamericanos, entre estas recomendaciones estaba la optimización de los sistemas de salud.

Estos factores y los antecedentes del sistema de salud influyeron para que se formulara e implementará la Ley 100 de 1993, la cual cambio radicalmente el sistema que funcionaba hasta entonces y dio origen al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, remplazando el antiguo Sistema Nacional de Salud, que se caracterizaba por transferencias del gobierno a hospitales públicos para que se encargaran de atender las necesidades de la población con bajos recursos, modelo que se caracterizó por no tener recursos suficientes para atender por completo los requerimientos de la población, evidenciando una baja calidad, un sistema congestionado y muy criticado por sus usuarios (Orozco, 2006). El SGSSS buscó la descentralización administrativa en la gestión de los recursos y abrió las puertas para que los agentes privados pudieran participar en la prestación de los servicios públicos de salud.

El actual SGSSS está bajo la orientación, regulación, supervisión y control del gobierno nacional, todos los afiliados a este sistema tienen derecho a recibir un plan

integral de protección a la salud, con una atención preventiva, con derecho a cirugías médicas y a una serie de medicamentos esenciales, lo cual, se denomina el Plan Obligatorio de Salud POS (Ibíd.).

1.2.1 Organización del sistema de salud en Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta con diferentes agentes, entre los cuales están: Entidades Promotoras de Salud (EPS), IPS, Empresas Sociales del Estado (ESE), el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), la Superintendencia de Salud como ente regulador del sistema y la población afiliada a las IPS que pueden pertenecer bien sea al régimen contributivo, al régimen Subsidiado o una pequeña minoría al régimen de excepción. A continuación, se describen cada uno de los agentes del SGSSS:

Entidades Promotoras de Salud EPS

Son las entidades encargadas de la afiliación, el registro de los afiliados y las delegadas por el Fondo de Solidaridad y Garantías para realizar el recaudo de sus cotizaciones. Entre sus funciones están (Ley 100 de 1993):

- Asegurar la prestación del servicio de salud directa o indirectamente a sus afiliados. Las EPS están en la obligación de afiliar a cualquier persona que lo solicite y cumpla con los requisitos
- Girar al Fondo de Solidaridad y Garantía la diferencia entre los ingresos recaudados por las cotizaciones de los afiliados y el valor de las unidades de pago por capitación
- Definir y establecer mecanismos y procedimientos para garantizar una atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPS.
- Promover la afiliación al SGSSS de la población que no se encuentra asegurada.

Las EPS pueden prestar servicios de salud directamente o contratar con IPS y profesionales independientes. Además, pueden establecer modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos y presupuestos globales fijos, con el fin de incentivar planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el control de costos (Ley 100 de 1993).

Empresas sociales del estado

Son las encargadas de prestar en forma directa por parte de la nación los servicios de salud. Estas son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Su objetivo es la prestación de servicios de salud como servicio público (Ley 100 de 1993).

El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Es una cuenta adscrita al ministerio de salud que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica, ni planta personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud (Ley 100 de 1993). Este fondo tiene las siguientes subcuentas:

- a) De compensación interna del régimen contributivo.
- b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
- c) De promoción de la salud.

d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Superintendencia nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud es el ente regulador del SGSSS, entre sus funciones encontramos (Ley 100 de 1993):

- Imponer sanciones a las Instituciones con las cuales tiene funciones de inspección y Vigilancia cuando desobedezcan las instrucciones que imparta la superintendencia.
- Emitir órdenes para la suspensión de prácticas ilegales o no autorizadas.
- Velar porque las entidades vigiladas suministren la información necesaria para lograr la mayor transparencia posible en las operaciones que realicen y de esta manera puedan escoger las mejores opciones del mercado.
- Publicar y ordenar los estados financieros de las {entidades sometidas a su control.
- Fijar las reglas generales que deben seguir los hospitales en su contabilidad.
- Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas.
- Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las IPS.
- Inspección y Vigilancia sobre el FOSYGA.

1.2.1.1 Administración y financiamiento

En Colombia la prestación de servicios de salud, según lo define el SGSSS debe ser realizada por IPS y empresas sociales del estado (ESE). Su administración debe estar enfocada a consolidar el modelo de APS (Acuerdo 20 de 1990), en el cual se crean redes de IPS en las que hay centros médicos de primero, segundo y tercer nivel de complejidad.

Los usuarios se deben afiliar al sistema de salud a través de la EPS que ellos seleccionen, ya sea en el régimen contributivo o subsidiado, y tienen el derecho de escoger 'libremente' la IPS donde quieren que le presten el Plan Obligatorio de salud POS (Artículo 153 Ley 100 de 1993).

Las EPS deben garantizar a sus afiliados la prestación de los servicios incluidos dentro del POS a través de las IPS con las que tiene convenios. Razón por la cual, las EPS contratan con diferentes IPS para que presten servicios de salud a sus afiliados, generalmente los afiliados escogen un centro médico de primer nivel que tenga convenio con su EPS, para que sea su puerta de entrada.

1.2.1.1.1 Afiliados al SGSSS

La Ley 100 define en el SGSSS dos tipos de afiliados: Los del régimen contributivo y los del régimen subsidiado.

1.2.1.1.1.1 Régimen contributivo

Son todos los individuos y familias que realizan el pago de una cotización. En este régimen están afiliados todos los trabajadores formales, servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago y su afiliación es obligatoria.

1.2.1.1.1.2 Régimen subsidiado

En este régimen se encuentra la población que no tiene la capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Estas personas son subsidiadas por el SGSSS y se da mayor prioridad a mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, niños menores de un año, adultos mayores de 65 años, discapacitados, indígenas, campesinos y demás personas sin capacidad de pago. Este régimen tiene como propósito financiar la atención en salud a través de subsidios a las personas pobres y vulnerables que no tienen la capacidad de realizar el pago de una cotización.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) define los criterios que debe cumplir una persona para ser beneficiario del régimen subsidiado, para hacer parte de este régimen, es necesario que la secretaria distrital de planeación realice la encuesta del SISBEN, para determinar si la población es vulnerable y por lo tanto, potencialmente beneficiaria de los diferentes programas del estado.

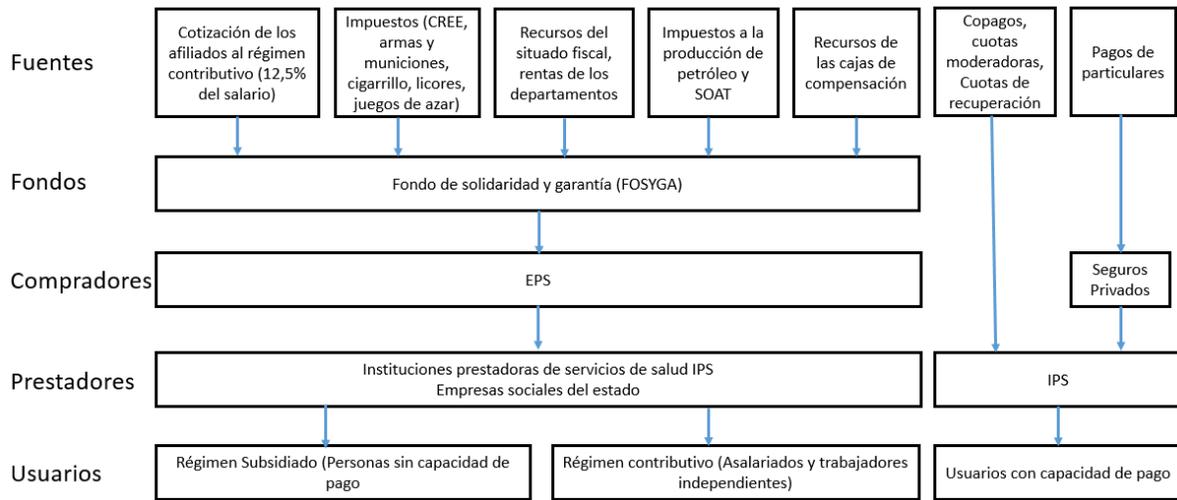
1.2.1.2 Flujo de los recursos de la salud en Colombia

Los ingresos con los que se financia el sistema provienen principalmente de la cotización de los afiliados al régimen contributivo, que equivale al 12,5% del salario base de cotización, el cual no puede ser inferior a un salario mínimo, de este 12,5%, 8,5 puntos porcentuales deben estar a cargo del empleador (Artículo 204 Ley 100 de 1993). Adicionalmente, el sistema recibe ingresos mediante pagos compartidos y cuotas moderadoras de los usuarios, ventas de servicios no POS, una parte del situado fiscal, una parte de los ingresos de las cajas de compensación, recursos del fondo de seguro obligatorio de accidentes de tránsito y de algunos impuestos como el CREE, el impuesto a las armas y municiones, cigarrillos, licores, juegos de azar y producción de petróleo.

La mayoría de estos recursos son administrados por el FOSYGA (Fondo de solidaridad y garantías), quienes le pagan a las EPS por cada usuario afiliado una determinada cantidad de dinero, denominada UPC, Unidad de Pago por Capitación, que en el 2016 está alrededor de \$57.000 mensuales.

Estos recursos que reciben las EPS son utilizados principalmente para el pago a las IPS por atender a su población afiliada. Las IPS aparte de los ingresos recibidos a través de las EPS, prestan servicios a seguros privados, como los planes de atención complementaria o venden servicios directamente a los pacientes o particulares, en especial todos los servicios que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Servicios POS. El siguiente cuadro muestra como es el flujo de los recursos en el sistema de salud colombiano.

Ilustración 1 Flujo de los recursos de la salud



Fuente: Elaboración propia

1.2.2 Procesos y estructura de una IPS de primer nivel de atención

Las IPS de primer nivel de atención se caracterizan por prestar servicios de baja complejidad como medicina general, odontología general, vacunación, tomas de muestras, laboratorio, radiología, citologías y atención inicial de urgencias. Los profesionales que generalmente trabajan en estas instituciones son médicos generales, auxiliares de enfermería, paramédicos y otros profesionales de la salud no especializados.

Para que este tipo de instituciones puedan entrar en funcionamiento deben cumplir una serie de estándares, criterios, parámetros y condiciones establecidas en el manual de habilitación (Ministerio de salud y protección social, 2003) con el fin de brindar seguridad a sus usuarios.

Los parámetros establecidos en el manual de habilitación son una referencia para comprender como es la estructura administrativa, física, científica y tecnológica de este tipo de organizaciones. Las condiciones de habilitación que debe cumplir una IPS para entrar en funcionamiento están relacionadas a (Resolución 1441 de 2013):

- Capacidad técnico-administrativa.
- Suficiencia patrimonial y financiera.
- Capacidad tecnológica y científica.

Las IPS deben obligatoriamente surtir el proceso de habilitación y verificación por parte de las entidades departamentales y distritales de salud. En el caso de esta investigación la secretaria distrital de salud es la encargada de ejercer control a las instituciones objeto de estudio. Todos los prestadores nuevos deben contar con la verificación de la secretaria para su habilitación y periódicamente deben autoevaluarse, en caso de identificar deficiencias deben abstenerse de prestar el servicio hasta cumplir completamente los requisitos. La habilitación dura 4 años desde la fecha de la inscripción y una vez cumplido este periodo se debe realizar el

respectivo proceso de renovación (Artículo 5 Resolución 1441 de 2013). Cualquier novedad relacionada con el prestador, la sede, la capacidad y los servicios debe ser reportada a la entidad competente (artículo 11).

En cuanto a la capacidad técnico administrativa la ley exige: el certificado de existencia y representación legal y un sistema contable que para las IPS privadas debe contar con las especificaciones definidas en el plan único de cuentas hospitalario (Hoja N° 15 del manual de habilitación).

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera exigen que los prestadores cuenten con estados financieros para evaluar:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del 50% del capital social,
2. que el valor de las obligaciones mercantiles vencidas en más de 180 días no supere el 50% del pasivo corriente, y
3. que el valor de las obligaciones laborales vencidas en más de 180 días no supere el 50% del pasivo corriente.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica presentan los estándares bajo los cuales se prestan los servicios de salud para no comprometer la seguridad del paciente. Los estándares aplicables son ocho (Ministerio de Salud y protección social, 2013):

1. Talento humano,
2. infraestructura,
3. dotación,
4. medicamentos
5. dispositivos médicos en insumos,
6. procesos prioritarios,
7. historia clínica y
8. registros e interdependencia de servicios.

Adicional a los requisitos de habilitación de las IPS, que son los requisitos mínimos y obligatorios de operación, existe un Sistema Único de Acreditación, reglamentado desde el 2002 con la resolución 1774, que establece un conjunto de procesos, procedimientos y herramientas, que pueden ser implementados opcionalmente, con el fin de acreditar a las instituciones que operan con niveles de calidad superiores a los establecidos en Habilidad. Los estándares de acreditación, se encuentran clasificados en los siguientes grupos de estándares (Ministerio de la protección social, 2011):

1. Del proceso de atención al cliente asistencial.
2. De direccionamiento.
3. De gerencia.
4. De gerencia de talento humano.
5. Gerencia del ambiente físico.
6. Gestión de tecnología.
7. Gerencia de la información.
8. Mejoramiento de la calidad.

Para conocer en detalle cómo deben ser los diferentes procesos en una IPS se aconseja revisar el manual de habilitación y el manual de acreditación, donde explican los estándares y criterios que se deben tener en cuenta en procesos que van desde el agendamiento y acceso de los pacientes hasta la atención y facturación.

1.2.3 Situación actual

A continuación, se examinan algunos temas relevantes para comprender la situación y el entorno actual de las instituciones de salud en Colombia, tales como la población, la cobertura del aseguramiento en salud, la satisfacción de la población, la oferta de servicios de salud y la actual situación financiera de estas instituciones.

1.2.3.1 Población

Según información del DANE la población colombiana a mayo de 2016 está por llegar a los cuarenta y ocho millones setecientas mil personas (48'700.000), con una tasa de crecimiento promedio en los últimos 6 años del 1,0%, equivalente a cerca de medio millón de personas por año.

La Población en Bogotá, se estima que para finales de 2016 sea de 7,980.001, los últimos cinco años ha presentado un incremento de alrededor de 1,25%, que equivale aproximadamente a cien mil personas más cada año⁸.

En cuanto a la pirámide poblacional, los datos del Banco Mundial señalan que la población mayor de 65 años pasó de ser el 4,74% en el 2000 al 6,76% en el 2014.

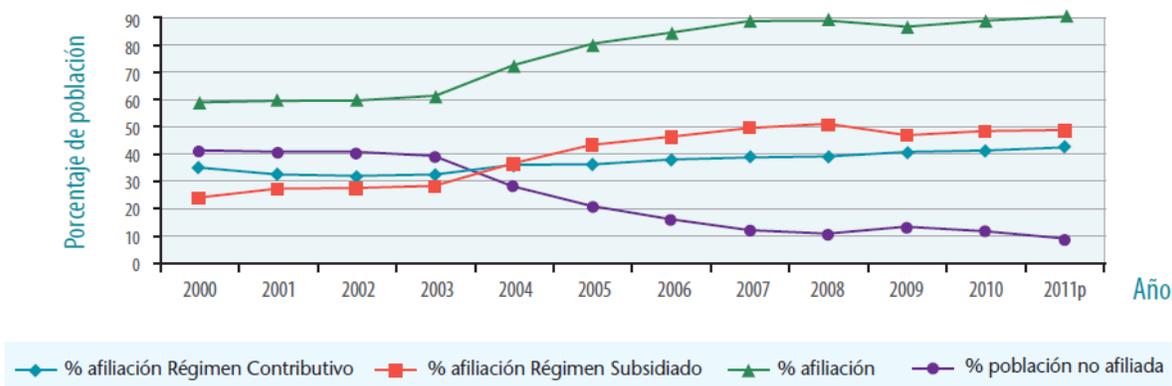
Estas cifras evidencian el potencial aumento de la demanda de servicios de salud en el país, constituyéndose como uno de los principales retos que deben enfrentar las Instituciones de salud y muchas otras organizaciones del sector público y privado.

1.2.3.2 Cobertura del servicio de salud

Según cifras del ministerio de salud, en el año 2000 el sistema de salud colombiano tenía cubierto el 58,8% de la población, de los cuales el 35,22% pertenecía al Régimen Contributivo y el 23,6% al Régimen Subsidiado (Así vamos en salud, 2012). Gracias a los proyectos del gobierno la cobertura se logró aumentar significativamente hasta tal punto que en la actualidad “se estima que el 97% de la población (más de 46 millones de colombianos) se encuentran asegurados en salud, cifra histórica para ese indicador y considerada como una cobertura prácticamente universal” (Ministerio de salud y protección social. Republica de Colombia, 2015, pág. 9), este crecimiento se debe principalmente al aumento de la cobertura del régimen subsidiado el cual paso de cubrir 23,6% del total de afiliados al sistema en el 2000 al 50% en el 2014 (Ver ilustración 2). Esta relación varía significativamente en Bogotá, donde según cifras del BDUA, en el régimen subsidiado hay 1.241.893 afiliados y en el contributivo 6.018.475, por lo tanto, en Bogotá solo el 17% del total de afiliados pertenece al régimen subsidiado, una gran diferencia frente al total nacional que esta alrededor del 50%.

⁸ Fuente. DANE Colombia. Proyecciones de Población Departamentales por área 2005- 2020

Ilustración 2 Tendencia de la cobertura en salud



Fuente: Tomado de Asi vamos en salud (2012, pág. 166)

En cuanto a los principales aseguradores, las EPS con mayor número de afiliados tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado son las que aparecen a continuación:

Tabla 1 Principales aseguradoras del régimen Contributivo.

Ranking	Nombre	Afiliados
1	CAFESALUD E.P.S.	4.684.220
2	COOMEVA E.P.S. S.A.	2.750.710
3	NUEVA EPS S.A.	2.716.261
4	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A	2.318.836
5	SALUD TOTAL S.A.	2.141.938
6	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	1.623.398
7	E.P.S. SANITAS	1.535.846
8	COMPENSAR E.P.S.	1.138.310
9	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	871.780
10	CRUZ BLANCA E.P.S.	568.766

Fuente: Base de datos única de afiliados BDUA. Consultado 11/05/2016.

Tabla 2 Principales aseguradoras del régimen Subsidiado.

Ranking	Nombre	Afiliados
1	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD	1.961.544
2	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. - COOSALUD E.S.S.	1.948.246
3	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA – COMPARTA	1.909.411
4	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO - EMSSANAR E.S.S.	1.830.897
5	SAVIA SALUD E.P.S.	1.631.692
6	SALUDVIDA S.A. E.P.S.	1.322.456
7	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S.	1.321.291
8	CAPITAL SALUD E.P.S.	1.186.337

9	CAFESALUD E.P.S. S.A.	1.119.839
10	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S.	971.971

Fuente: Base de datos única de afiliados BDU. Consultado 11/05/2016.

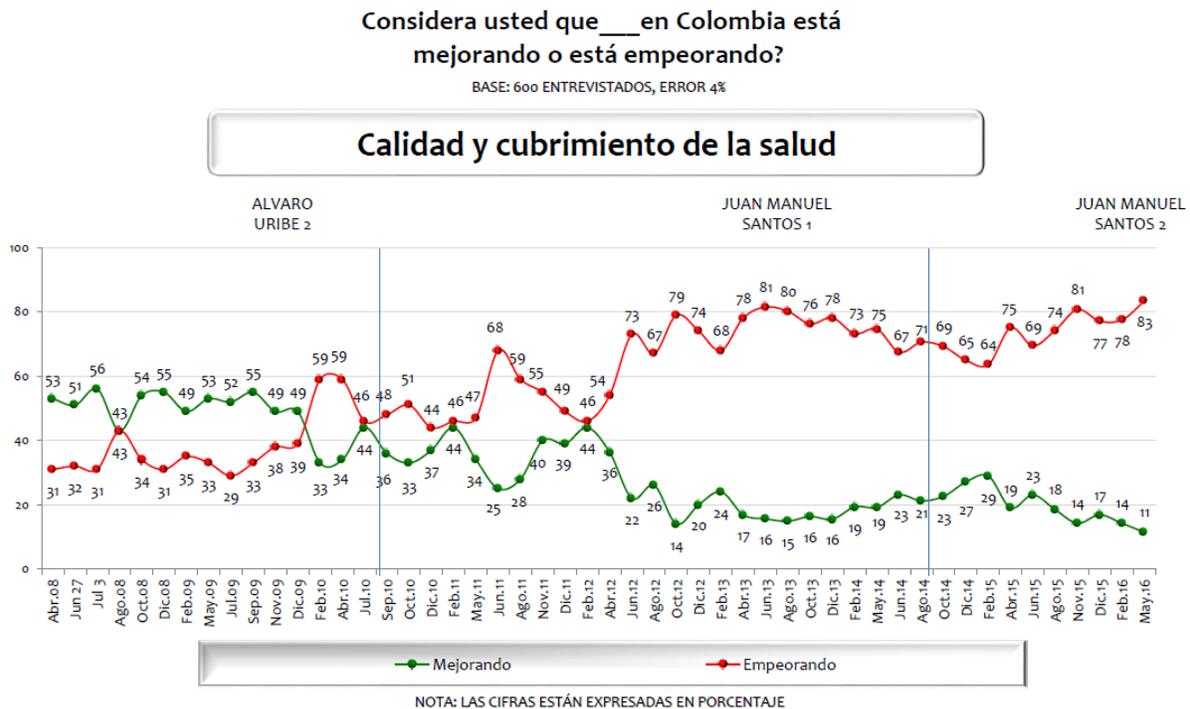
En Colombia, apenas seis EPS (Cafesalud, Coomeva, Nueva EPS, Suramericana, Salud Total y Famisanar) concentran el 77% de la población del régimen contributivo.

1.2.3.3 Satisfacción de los usuarios

A pesar que el gobierno ha logrado resultados plausibles en cuanto a la cobertura del aseguramiento de los servicios de salud, los usuarios se quejan constantemente de la calidad de los servicios, lo cual se puede ver reflejado en encuestas de opinión pública como la Encuesta de Percepción Ciudadana y la Encuesta Gallup Poll.

Según la Encuesta Gallup de mayo de 2016, 83 de cada 100 colombianos consideran que la calidad y la cobertura de los servicios de salud están empeorando (Ver ilustración 3).

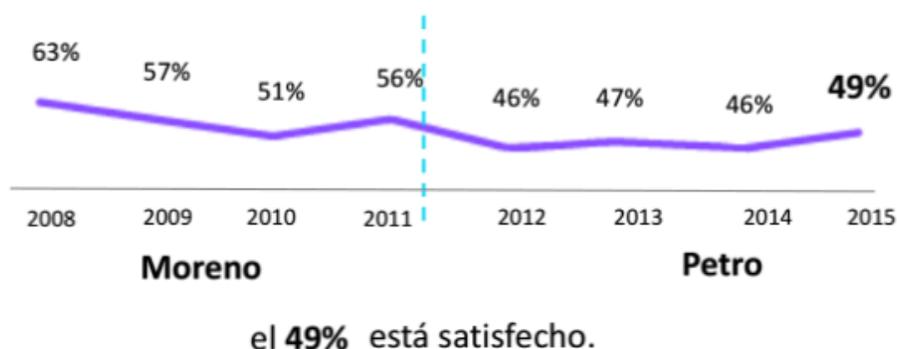
Ilustración 3 Percepción de la calidad y cubrimiento de la salud



Fuente: Encuesta Gallup mayo de 2016.

La Encuesta de Percepción Ciudadana EPC de 2015, realizada por el programa Bogotá como vamos, señala que el 57% de la población de Bogotá siente que no se le está garantizando el derecho a la salud y el 51% no está satisfecha con el servicio de salud (Ver ilustración 4).

Ilustración 4 Satisfacción general con el servicio de salud



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana

Adicionalmente, el alto número de tutelas interpuestas correspondientes a solicitudes por necesidades de Salud (118.281 en el 2014) y el creciente número de quejas, peticiones y reclamos ante los organismos de salud por violaciones al derecho de salud (Defensoría del Pueblo, 2014) demuestran la pérdida de confianza e insatisfacción de los usuarios ante el servicio que prestan las instituciones que conforman el actual sistema de salud de Colombia.

1.2.3.4 Oferta y mercado de servicios de salud

El ministerio de salud en mayo de 2016 reporta 10.116 IPS con 17.904 sedes de atención, distribuidas entre públicas, mixtas y privadas como aparece en la tabla 4.

Tabla 3 IPS a nivel Nacional

TIPO	PRESTADORES	SEDES
PRIVADAS	9.067	14.114
MIXTAS	18	69
PUBLICA	1.031	3.721
TOTAL	10.116	17.904

Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos Única de Afiliados.

De estas 10.116 IPS, 9.067 son de carácter privado y cuentan con 14.114 sedes, en la ciudad de Bogotá, existen 1.687 prestadores con 3.069 sedes, distribuidas como aparece en la tabla 5.

Tabla 4 IPS a nivel Bogotá

TIPO	PRESTADORES	SEDES
PRIVADAS	1.657	2.890
MIXTAS	2	3
PUBLICA	27	176
TOTAL	1.686	3.069

Fuente: Elaboración propia con información de la Base de Datos Única de Afiliados. Las anteriores cifras, incluyen Centro médicos, hospitales, ópticas, clínicas dentales, centros de reconocimiento de conductores, centros de estética, centros de rehabilitación, laboratorios y centros de diagnóstico.

El ministerio de salud en el marco del Modelo Integral de atención en Salud MIAS busca conformar redes de prestación de servicios de salud para brindar accesibilidad, integralidad, continuidad y calidad. Las redes de IPS o prestadores de salud que ofrecen servicios de consulta médica general y cuentan con el mayor número de sedes tanto a nivel Nacional como nivel Bogotá son los que aparecen a continuación:

Tabla 5 Redes de IPS con mayor número de sedes a nivel nacional

Ranking	NIT	Nombre	Sedes
1	800215908	ESTUDIO E INVERSIONES MEDICAS S A ESIMED S A	81
2	900363673	SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS	71
3	800149384	CLINICA COLSANITAS S A	67
4	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	54
5	811007832	SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.	54
6	800130907	SALUD TOTAL EPS-S S.A.	54
7	800058016	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD	52
8	811016192	IPS DE UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA IPS UNIVERSITARIA	52
9	860007336	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSUBSIDIO	51
10	812005726	ESE CAMU EL AMPARO	51

Fuente: Cálculos realizados a partir de la base de datos del Registro Especial de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y protección social (consultado 11/05/2016)

Tabla 6 Redes de IPS con mayor número de sedes a nivel Bogotá

Ranking	NIT	Nombre	Sedes
1	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	51
2	860007336	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSUBSIDIO	39
3	800149384	CLINICA COLSANITAS S A	37
4	800215908	ESTUDIO E INVERSIONES MEDICAS S A ESIMED S A	23
5	830128856	CORPORACIÓN NUESTRA IPS	23
6	830077444	HOSPITAL DEL SUR	21
7	800003765	VIRREY SOLIS IPS. S.A.	20
8	860013570	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM	17
9	800251440	EPS SANITAS SA	13
10	800149453	CPO S A	12

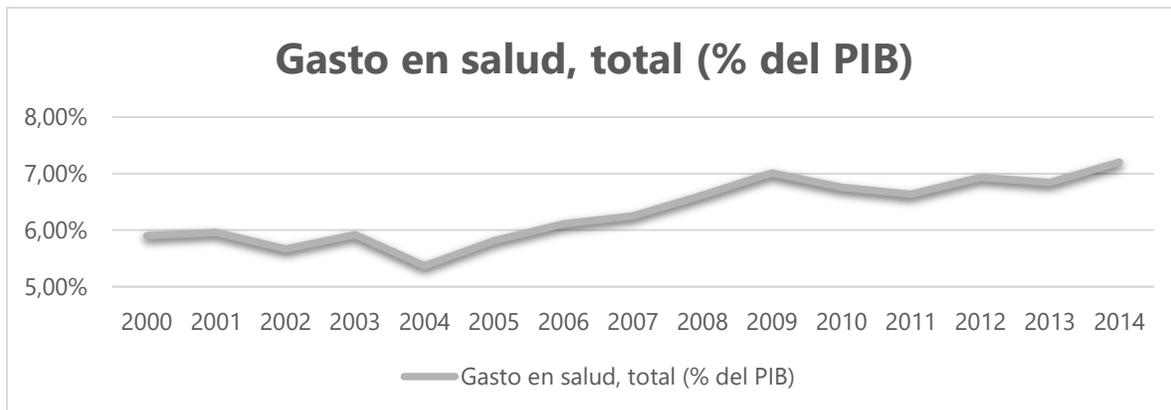
Fuente: Cálculos realizados a partir de la base de datos del Registro Especial de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y protección social (consultado 11/05/2016)

1.2.3.5 Situación Financiera de las IPS en Colombia

Los servicios de salud conforman uno de los sectores más representativos de la economía, según datos del banco mundial: en el 2012 el gasto global en salud

represento el 10,2% del PIB mundial y en Colombia para el año 2014 fue de 7,2%, es decir que esta al alrededor de los 27 mil millones de dólares y de ese total, el 75,1% corresponde a gasto del sector público. La ilustración 5 muestra cómo ha sido el comportamiento en Colombia del gasto total en salud como porcentaje del PIB.

Ilustración 5 Gasto total en salud en Colombia como % del PIB



Fuente: Elaborado con información de la base de datos del Banco Mundial.

En cuanto al gasto en salud per cápita, en Colombia es de 569 dólares para el 2014, valor que resulta muy inferior, si se compara con otros países latinoamericanos como Uruguay (U\$1.442), Chile (U\$1.137), Brasil (U\$947), Cuba (U\$817), entre otros (Banco Mundial, consultado en mayo de 2016).

Basados en las cifras publicadas por superintendencia de salud, en el año 2013, las IPS públicas obtuvieron unos ingresos de 10,54 billones de pesos, unos costos de 6,2 billones y unos gastos de 3,6 billones de pesos, dejando una utilidad de 672 mil millones de pesos, que representa un 6% del total de los ingresos. Por otro lado, las IPS privadas reportaron unos ingresos de 57 billones de pesos, unos costos de 29,7 billones y gastos de 22,5 billones generando una utilidad de 5,3 billones (9,2%).

1.2.4 Las IPS Privadas de primer nivel de atención en Salud en Bogotá

De las 1890 sedes de IPS privadas en Bogotá, 880 sedes tienen servicio de medicina general, la cuales pertenecen a un total de 562 prestadores, 678 sedes tienen Odontología general y en 260 sedes hay servicio vacunación. Del total de sedes con servicio de consulta de medicina general en Bogotá, Compensar y Colsubsidio son las redes que más sedes tienen, cada una más o menos con un 4% del número total de sedes de la ciudad⁹.

El cuadro que aparece a continuación muestra los diez prestadores privados con mayor número de sedes que tienen habilitado el servicio de medicina general en Bogotá, que es el servicio que caracteriza los centros médicos de primer nivel de atención.

⁹ Cálculos realizados a partir de la base de datos del Registro Especial de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y protección social (consultado 11/05/2016)

Ilustración 6 Principales prestadores del primer nivel

NIT	DESCRIPCIÓN	No. Sedes	%
860066942	COMPENSAR	34	4%
860007336	COLSUBSUBSIDIO	34	4%
830128856	CORPORACIÓN NUESTRA IPS	23	3%
800003765	VIRREY SOLIS IPS. S.A.	17	2%
860013570	CAFAM	11	1%
900067141	SIESUA MEDICINA LASER & SPA S.A.S	11	1%
800251440	SANITAS	11	1%
800215908	ESTUDIO E INVERSIONES MEDICAS ESIMED S.A.	10	1%
800149384	COLSANITAS S A	10	1%
811007832	SURAMERICANA S.A.	9	1%

Fuente: Cálculos realizados a partir de la base de datos del Registro Especial de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y protección social (consultado 11/05/2016)

En la anterior ilustración se evidencia que los principales prestadores de servicios de primer nivel son organizaciones como Compensar, Colsubsidio, Cafam, Sanitas, Colsanitas y Sura. Estas organizaciones presentan una integración vertical entre EPS e IPS. Castaño (2004) plantea que la Integración vertical se presenta principalmente en el primer nivel de atención, debido a la ausencia de mercado, ya que aparte de prestar servicios de salud, este nivel es el eje del sistema donde coordina el proceso de atención y se determina el uso de recursos en niveles de atención y complejidad superiores.

Restrepo (2007) realizó una investigación con el fin de medir el grado de integración vertical entre EPS e IPS en el servicio de atención básica en las cinco principales ciudades que cubren cerca del 60% de la población afiliada al régimen contributivo en Colombia, la investigación le arrojó que en Bogotá el 72% de las EPS prestan los servicios de salud a través de su red propia, es decir, están integrados verticalmente, el 14% presentan integración parcial es decir que la EPS tiene cierto grado de control sobre la IPS y en el 14% de los casos restantes no se presenta integración vertical.

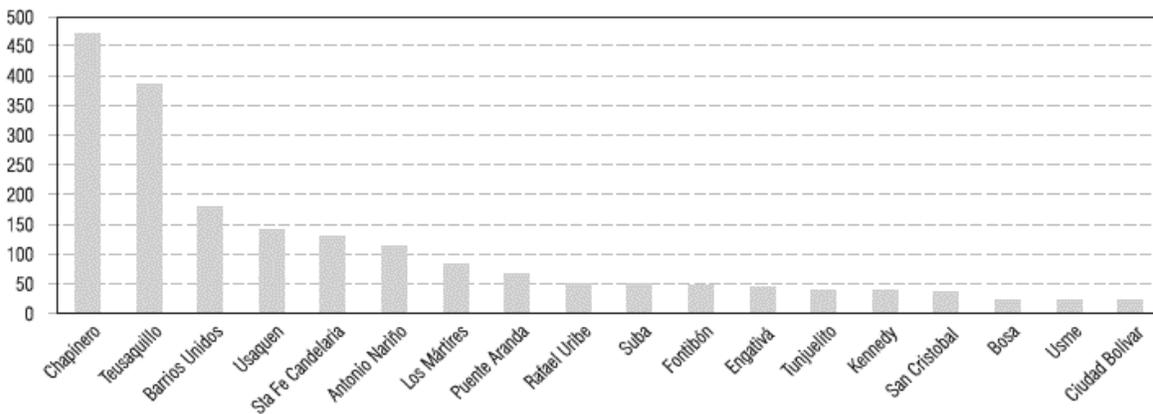
Uno de los principales objetivos de cualquier IPS privada indudablemente es obtener una rentabilidad por la actividad económica que desarrolla, y esta rentabilidad está condicionada al nivel de ingresos y egresos de la IPS. Razón por la cual las estrategias de una IPS van a estar enfocadas en mejorar el margen de rentabilidad, ya sea aumentando ingresos o reduciendo costos, y claramente la mejor forma de aumentar ingresos es mediante estrategias que busquen mantener contenta a su población, prestando un servicio eficiente, oportuno y de calidad.

Cuando una IPS está integrada verticalmente con una EPS, existe una posición al respecto que señala que se pueden presentar conflictos de interés en la medida que se rompe la lógica de la competencia y se generan incentivos a inducir la prestación de servicios que dejan más ganancias para el proveedor o prestar, en caso de existir diferentes tratamientos para una misma patología, el servicio de menor costo (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007). Sin embargo, para fines prácticos, en esta

investigación se asume que las IPS objeto de estudio no presentan este tipo de conflicto de intereses y que están enfocadas en garantizar una rentabilidad moderada, prestando un servicio de calidad.

En cuanto a la distribución de los servicios de consulta de baja complejidad por cada 100.000 habitantes, por localidad un estudio del observatorio para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C. muestra que la concentración y ubicación de las IPS no está relacionado con la demanda y necesidades de salud de la población, como se pretende en el modelo de APS.

Ilustración 7. Servicios de consulta externa de baja complejidad x 100.000 habitantes, por localidad



Fuente: Tomado del Boletín del Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C. (2012, pág. 5).

En la ilustración 7 se evidencia que hay una gran diferencia en el número de centros médicos por cada 100.000 personas entre localidades como Chapinero y Ciudad Bolívar, lo cual evidencia la desigualdad y las barreras económicas y geográficas en el acceso a los servicios de salud de primer nivel de atención.

Las anteriores cifras permiten concluir que la gran mayoría de IPS privadas de primer nivel de atención en Bogotá, pertenecen a una red de IPS integradas verticalmente con las EPS para la prestación de servicios médicos. Las EPS e IPS debido a su naturaleza privada son organizaciones con ánimo de lucro, que buscan obtener la mayor utilidad posible de su ejercicio a partir de la eficiencia en la prestación de los servicios, razón por la cual requieren modelos de gestión que mejoren significativamente la eficiencia de sus procesos y por lo tanto los resultados financieros. Esto también hace necesario que el gobierno implemente los controles adecuados para que la integración vertical de las EPS e IPS, no favorezca la mejora de los resultados financieros mediante el deterioro de la calidad de los servicios y barreras para el acceso a los mismos.

1.2.5 Principales retos y desafíos para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

A partir de la revisión de las características, el entorno y el mercado en el que se encuentran las IPS de primer nivel en el país, se identificaron varios retos y

problemas a los cuales deben hacer frente los directores de este tipo de organizaciones con estrategias efectivas. Entre los principales retos están:

- Satisfacer las expectativas de un gran número de stakeholders, entre los cuales están los pacientes, las familias, el gobierno y las empresas.
- Aumento de la población y envejecimiento de la misma que implica directamente un crecimiento en la demanda de servicios de salud.
- Creciente demanda y presión por parte de los organismos de financiación (por ejemplo, el Gobierno) para mejorar la eficiencia, calidad y los resultados médicos.
- Mayor exigencia e insatisfacción de los usuarios debido a crecientes expectativas y conocimiento de los pacientes.
- Mayor agresividad de los usuarios.
- Constantes cambios en la regulación.
- Corrupción y desvío de recursos de la salud.
- La falta de un sistema de información integrado que agilice el proceso de reportar información a entes de control.
- La falta de recursos físicos e infraestructura
- Falta de personal en ciertas especialidades y sub-especialidades médicas donde poca oferta de profesionales cualificados.

Adicional a los anteriores, en la literatura de gestión en salud, se identificaron los siguientes retos:

- Una doble carga epidemiológica, debido a “la coexistencia de enfermedades transmisibles (propias de los países en vía de desarrollo) y las enfermedades crónicas o degenerativas (propias de los países desarrollados)” (Ministerio de Salud y protección social, 2015, pág. 21) .
- Los hospitales públicos, en particular, evidencian problemas de gestión, obsolescencia tecnológica e incapacidad de traer personal (ibíd., pág. 22)
- Asegurar la disponibilidad de recursos en un ambiente de rápido crecimiento de los costos (altos costos en nuevas tecnologías y medicinas). En muchas ocasiones el incremento de los costos en salud ha sido mayor al de las otras industrias (Bob McDonald Consulting, 2012).
- Obtener el balance adecuado entre la asignación de recursos para beneficios a largo plazo derivados de la inversión en la investigación de prácticas médicas costo-efectivas y la prevención de enfermedades mediante la prestación de servicios que requieren los pacientes en el corto plazo (Bob McDonald Consulting, 2012).

La situación actual del sistema de salud en Colombia y los desafíos de las instituciones que lo componen hacen evidente la necesidad de generar políticas para su desarrollo y de establecer modelos de gestión eficientes que conlleven a la óptima administración de sus recursos.

2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO EN IPS DE PRIMER NIVEL MEDIANTE EL BSC Y FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO (FCE)

2.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Indudablemente un elemento fundamental para el éxito de una organización es la capacidad de generar estrategias acertadas en el momento indicado, que permitan mantener y fortalecer su competitividad en el mercado. Cuando se realizan constantemente estrategias buscando alcanzar los objetivos tanto de corto como de largo plazo y esas estrategias se convierten en la directriz y el lineamiento de la organización se configura lo que se denomina el direccionamiento estratégico, que también se puede entender como el proceso mediante el cual se formulan las estrategias, se realizan y se asegura su funcionamiento y el beneficio a la organización derivado de su implementación.

Con el fin de tener una mayor claridad con los términos de estrategia y direccionamiento estratégico en una organización, en esta sección se examina el concepto de estrategia a partir de las definiciones de algunos de los autores más populares en el tema, tales como David Fred, Michael Porter y Henry Mintzberg y posteriormente se explica en que consiste el proceso de direccionamiento estratégico en una organización.

David Fred (2003) concibe la estrategia como *“el arte y la ciencia de formular, implementar y evaluar decisiones multifuncionales que permitan a una organización, el logro de sus objetivos”*. Michael Porter (1980) señala que la estrategia es:

La forma de relacionar la empresa con su medio ambiente y que comprende una acción ofensiva o defensiva para crear una posición defendible frente a las fuerzas competitivas en el sector industrial en que está presente, y obtener así un rendimiento superior sobre la inversión de la empresa.

Una de las definiciones más completas de este concepto es la aportada por Kenneth Andrews (1980), quien define la estrategia:

... como un modelo de decisiones de una empresa que determina y revela sus objetivos, propósitos o metas, que define las principales políticas y planes para lograr esos objetivos y define el tipo de negocios que la empresa va a perseguir, la clase de organización económica y humana que es o intenta ser, y la naturaleza de la contribución económica y no económica que intenta aportar a sus accionistas, trabajadores, clientes y a la comunidad.

Con base en las anteriores definiciones, se puede establecer que la estrategia es el conjunto de objetivos, metas, planes, políticas e iniciativas que definen el campo de acción de una organización, incluyendo la relación con los proveedores, la organización humana, tecnológica y administrativa con la que busca satisfacer a clientes, accionistas y empleados.

El direccionamiento estratégico es el proceso que engloba la estrategia, ya que establece los lineamientos por los cuales la organización buscará posicionarse en el mercado y obtener una ventaja competitiva que le permita cumplir los objetivos planteados. El direccionamiento estratégico permite a los directivos de la organización cumplir las metas establecidas, canalizando recursos y acciones en el mismo sentido.

A partir de la incorporación de la estrategia en el ámbito empresarial y de la adopción de una actitud estratégica en la dirección, se comenzó a gestar lo que denominamos dirección estratégica. A pesar del poco tiempo transcurrido desde su surgimiento, la dirección estratégica es uno de los campos de estudio que más ha evolucionado y en el que se han producido transformaciones sustanciales en los últimos años (Grant, 2006).

El direccionamiento estratégico considera la organización como un sistema de relaciones en donde interactúa su componente humano, tecnológico y sus recursos con el entorno. La integración entre sus diversos componentes le permitirá desarrollar ventajas competitivas alineadas con su visión, configurándose así, como un sistema en el que tan importante como la formulación, es la implementación de la estrategia, es un proceso de alineación de los recursos de la organización en pos de su visión de futuro, fomenta una sinergia entre todos los subsistemas con la nueva estrategia de la organización.

La dirección estratégica no se limita a establecer estrategias e idear planes para cumplir los objetivos de la organización, el éxito de una estrategia depende en gran medida de su implementación y del seguimiento que se le realiza. En muchas ocasiones, la potencialidad de una buena estrategia para lograr un objetivo se ve opacado por no ser implementada adecuadamente, así mismo, cuando no se realiza el seguimiento apropiado, se pierde la posibilidad de identificar factores de riesgo y de ajustar los planes de acción ante las amenazas y oportunidades que presenta el entorno. Haciendo oportuno contar con herramientas, indicadores y alertas que evidencien el desempeño de la gestión, el comportamiento del entorno y aquellos factores que puedan representar un riesgo para alcanzar los objetivos planteados. El proceso del direccionamiento estratégico ha sido estudiado por diferentes autores, en las secciones 7.4 y 7.7 se explican algunos modelos planteados en diferentes artículos académicos.

2.1.1 Direccionamiento estratégico con la ayuda de indicadores

Con la automatización de procesos, los avances en los sistemas de información y la complejidad de los procesos administrativos de las grandes empresas, la necesidad de información para sustentar la toma de decisiones es cada vez más grande. Debido a los avances en los sistemas de información, la capacidad y la cantidad de datos que almacenan las empresas ha ido creciendo, sin embargo “la utilidad real de la información depende del uso concreto que finalmente hagan de ella aquellos que deciden usarla para confeccionar políticas y tomar decisiones” (Bernal & Forero, 2011)

La importancia de los indicadores para el direccionamiento estratégico está en la ayuda que brinda a la organización y a los individuos que la componen para comunicar y entender el comportamiento de los factores que la afectan, su propio desempeño y la calidad de sus actividades. Además, desarrolla una visión práctica de como la información es parte fundamental para el desarrollo de la organización, en la medida en que a partir de ella se construyen indicadores para el mejoramiento de la calidad de sus procesos y actividades.

Un factor clave para el éxito de una organización es identificar lo que se necesita medir dentro de la organización para saber si los procesos se están realizando adecuadamente y en cuales se necesita mejorar. Estos factores se deben identificar mediante un trabajo en equipo, para identificar los aspectos que deben ser medidos y enfocar los recursos para alcanzar los mejores resultados posibles.

Dada la importancia de los indicadores para la gestión y el direccionamiento de una organización, se han estudiado diferentes sistemas de medición para cuantificar su desempeño, uno de los sistemas de medición más conocidos y adoptados por diferentes compañías es el BSC (Rigby, 2001, pág. 143), esto debido a que incluye múltiples perspectivas y establece relaciones entre objetivos e indicadores claves permitiendo hacer un mejor seguimiento a la estrategia de la organización y a las áreas que la conforman, esta herramienta será explicada en detalle en la sección 2.5 de esta investigación.

2.1.2 Estrategias de las IPS privadas de Primer nivel de atención

Las IPS privadas que prestan servicios de primer nivel de atención, generalmente son organizaciones con ánimo de lucro, por lo tanto, sus gerentes constantemente están ideando e implementando estrategias para mejorar el resultado de su ejercicio económico. Para mejorar el margen de rentabilidad de una IPS, el gerente básicamente puede optar por estrategias que conlleven a aumentar los ingresos, disminuir los egresos o ambas. Para cada uno de estos objetivos se pueden desarrollar diferentes tipos de estrategias las cuales se presentan a continuación:

Estrategias enfocadas a aumentar los Ingresos

- Realizar estudios epidemiológicos de las áreas de influencia para diseñar productos y estrategias de mercadeo acordes al perfil de los posibles pacientes.
- Incrementar la población adscrita y las actividades realizadas mediante negociaciones con los aseguradores.
- Incrementar la población adscrita y las actividades realizadas mediante una mayor satisfacción de los usuarios y acreditación de la IPS.
- Aumentar la capacidad de atención expandiendo la infraestructura física, tecnológica y el recurso humano.
- Mejorar la utilización de la capacidad instalada mediante una mayor eficiencia en los servicios y aprovechamiento de los tiempos muertos.
- Desarrollar nuevos servicios que generen ingresos adicionales a la IPS.
- Ajustar las tarifas de los servicios con base en lo que está dispuesto a pagar el mercado.
- Mejorar los indicadores de pertinencia y eficiencia médica.

Estrategias enfocadas en la disminución de los Egresos

- Desarrollar programas de prevención de la enfermedad que mejoren las condiciones de salud de la población adscrita a la IPS.
- Automatización de procesos administrativos y operativos que consumen cantidades significativas de recurso humano y económico.
- Eliminación de procesos y reprocesos que no añaden un valor considerable al producto final.
- Aumentar la eficiencia de la prestación de servicios.
- Disminuir los gastos de personal a través de la subcontratación, tercerización o automatización de procesos.
- Controlar y limitar el gasto de las diferentes áreas de la IPS.
- Conseguir nuevos proveedores con mejores tarifas o renegociar los precios actuales.

Las anteriores son algunas de las estrategias en términos generales que puede adoptar el gerente de una IPS para mejorar su resultado económico, estas pueden variar dependiendo de la situación en la que se encuentra la institución y los objetivos que se plantearon sus dueños, sin embargo, describen de manera general las principales estrategias que constantemente debe estar revaluando el gerente de una IPS de primer nivel de atención.

2.2 MODELOS DE DIRECCIÓN ESTRATEGICA

Antes de ver los diferentes modelos vale la pena mencionar que un modelo es una descripción simplificada de la realidad y se usa para describir o ilustrar una idea o una situación específica, en otras palabras, un modelo es *“la selección de un conjunto de variables y la especificación de sus relaciones mutuas, con el objeto de representar algún sistema o proceso real, en todo o en parte”* (Kotler, Philip, & Armstrong, 2000).

Un modelo debe ser explicable y predecible, general, alto en poder heurístico, alto en poder unificador, original, simple, apoyado en hechos, probable y verificable (Cano y Olivera). No obstante, independientemente del modelo que describa el proceso de direccionamiento estratégico en una organización, el modelo por sí mismo no garantiza su éxito, ya que este depende de un gran número de variables exógenas que se escapan del alcance de la organización, pero la comprensión de sus etapas y elementos clave establecen un camino a seguir para el direccionamiento estratégico de las organizaciones, que es un aspecto clave para tener una mayor probabilidad de éxito.

No hay un modelo perfecto para cada organización, cada una termina desarrollando su propio estilo de negocio y de direccionamiento estratégico, a menudo seleccionan un modelo de dirección, pero este va cambiando conforme al desarrollo de la organización. Una organización puede tener uno u otro modelo de dirección dependiendo de su madures, situación o tamaño.

Múltiples autores (Mintzberg, Quinn, & Voyer, 1997; Fred, 2003; Bateman & Snell, 2001; Sveiby, 1998) han planteado diferentes modelos de dirección estratégica, la

mayoría concuerdan con que la primera parte de este proceso se centra en la definición de los objetivos y la formulación de la estrategia, seguido de la parte operativa de su implementación y su respectivo control o monitoreo.

En este capítulo se presentan algunos de los modelos más conocidos para el direccionamiento estratégico de las organizaciones, haciendo énfasis en las etapas que los conforman y en los elementos que sus autores han considerado esenciales para su comprensión. Estos modelos son la conceptualización de la gestión y planeación estratégica organizacional e intentan describir la filosofía y la forma como se lleva a cabo el proceso administrativo buscando una mayor eficiencia y competitividad.

2.2.1 Tipos de modelos dirección estratégica

McNamara (2000) identifica seis (6) tipos de modelos de dirección: convencional, basado en Issues, orgánico, en tiempo-real, basado en escenarios y el que busca la alineación de los recursos. Una organización simultáneamente puede utilizar más de uno de los modelos que se describen a continuación:

2.2.1.1 Dirección estratégica convencional

Según McNamara (2000) este es el modelo generalmente más usado, sin embargo, no encaja en cualquier organización. Se adecua a organizaciones que tenga en entorno relativamente estable, recursos suficientes y no tenga muchos problemas críticos pendientes de resolver. Sus etapas generalmente son¹⁰:

1. Definir o actualizar la misión y opcionalmente o eventualmente la visión y los valores.
2. Analizar la situación interna y externa de la organización, y tal vez actualizar la misión y/o la visión.
3. Seleccionar estrategias anuales y objetivos para lograr la visión.
4. Desarrollar planes de acción que especifiquen qué, quién, cómo y cuándo para lograr cada objetivo.
5. Identificar planes asociados, por ejemplo, personal, proveedores, marketing y finanzas.
6. Organizar los ítems 1-3 en un plan estratégico y los ítems 4-6 en planes operativos anuales.

2.2.1.2 Dirección estratégica basada en Issues¹¹

Según el mismo autor este modelo encaja en una organización que tenga recursos limitados, muchos problemas pendientes de resolver, poco exitoso con el logro de objetivos muy ambiciosos y poca o nula inversión en planeación estratégica, sus etapas son¹²:

1. Identificar 5-7 de los principales Issues de la organización
2. Sugerir planes de acción para cada Issue

¹⁰ McNamara (2000)

¹¹ Problemas o asuntos para resolver.

¹² *Ibíd.*

3. Incluir esa información en un plan estratégico

Una vez resueltos los problemas, la organización eventualmente se podría actualizar al modelo convencional.

2.2.1.3 Dirección estratégica orgánica

Algunas personas consideran el modelo convencional como muy lineal y mecánico. Se podría considerar que genera una larga y secuencial lista de tareas para realizar, incluso cuando el direccionamiento de la organización es estable y predecible, o en el caso contrario, cuando el direccionamiento estratégico es muy dinámico, los objetivos podrían rápidamente quedar obsoletos (McNamara, 2000). Este modelo se basa en la premisa que la visión de largo plazo se puede alcanzar más fácilmente si cada uno trabaja en conjunto para lograr los objetivos planteados. Se basa en la autogestión de cada individuo, eventualmente las fases podrían ser¹³:

1. Se articula la visión de largo plazo y los valores para trabajar por la visión entre todos los individuos de la organización.
2. Cada individuo aporta realizando al menos una acción viable que contribuya al logro de la visión.
3. Regularmente hay una retroalimentación de las acciones realizadas. La visión podría ser replanteada.
4. Ocasionalmente, la visión, el listado de logros y acciones previstas son incluidas en el plan estratégico.

2.2.1.4 Dirección estratégica en Tiempo-Real

Se adecua a organizaciones para las cuales tanto el entorno como sus actividades cambian rápidamente, razón por la cual en ocasiones una planeación detallada se vuelve irrelevante. Este proceso de dirección estratégico debe ser constante y continuo o en tiempo real, las etapas son¹⁴:

1. Articular la misión y tal vez la visión y valores.
2. Investigar el entorno y como resultado sugerir una lista de oportunidades y amenazas.
3. Presentar los resultados a los directivos y otros miembros de la organización para definir estrategias.
4. Asignar personal para evaluar el funcionamiento interno de la organización y como resultado presentar una lista de fortalezas y debilidades internas.
5. Presentar esta lista a los directivos para formular estrategias, tal vez usando análisis FODA con las dos listas.
6. Repetir los pasos 2-5 regularmente. Cada 6 meses o cada año incluir los resultados en un plan estratégico.

2.2.1.5 Dirección estratégica para la alineación de recursos

Este modelo pretende asegurar una completa alineación entre la misión de la organización, sus procesos y recursos, generando una mayor productividad o

¹³ Ibíd.

¹⁴ Ibíd.

rentabilidad (McNamara, 2000). Es usado para redefinir la estrategia o determinar porque no está funcionando. Generalmente es usado cuando la organización experimenta varios problemas o ineficiencias. Sus etapas son¹⁵:

1. Resaltar la misión, programas y recursos necesarios para encaminar la organización hacia su propósito.
2. Identificar que está funcionando y que necesita ser ajustado.
3. Identificar esos ajustes como deben realizarse
4. Agregar los ajustes al plan estratégico.

2.2.1.6 Dirección estratégica basada en escenarios

Este modelo puede ser usado simultáneamente con los presentados anteriormente y evidencia el pensamiento estratégico de los directivos. Es muy útil para identificar estrategias y problemas. Las etapas que lo conforman son¹⁶:

1. Seleccionar diferentes variables exógenas e identificar posibles cambios tanto externos como internos que puedan afectar la organización.
2. Para cada posible cambio identificar tres diferentes escenarios (el mejor, el peor y el más razonable o probable).
3. Desarrollar estrategias para cada escenario de tal manera que permitan responder al cambio.
4. Los directivos deben detectar oportunamente las estrategias que deben implementar ante cualquier cambio.
5. Seleccionar el escenario más probable, las estrategias más adecuadas y actualizar el plan estratégico.

A continuación, se presenta uno de los más populares y conocidos modelos de direccionamiento estratégico (Rigby, 2001), el BSC, y en la sección 2.6 se presentan algunos de los modelos de gestión más conocidos en las ciencias administrativas.

2.3 EL BALANCED SCORECARD (BSC)

El BSC o Cuadro de Mando Integral (CMI) fue concebido inicialmente como una herramienta de medición, pero hoy en día se configura como un modelo de direccionamiento estratégico, que ha sido ampliamente utilizado en varias organizaciones¹⁷ y ha llegado ser nombrado la innovación administrativa más importante del siglo 20 (Zelman, Pink, & Matthias, 2003).

El BSC es un modelo de direccionamiento estratégico que integra la estrategia con la operación de la organización y pretende ofrecer una perspectiva general de la marcha de la empresa, de las estrategias implementadas y canalizar las energías, habilidades y conocimientos específicos de todos los colaboradores de la

¹⁵ Ibíd.

¹⁶ Ibíd.

¹⁷ Rigby (2001)

organización para la consecución de los objetivos estratégicos de largo plazo (Kaplan y Norton, 1996).

Para lo cual se debe traducir la estrategia en objetivos explícitos para cada área de la organización, establecer indicadores financieros y no financieros que permitan hacer seguimiento al cumplimiento de cada objetivo estratégico y a los factores clave que influyen en los resultados futuros de la organización (Kaplan y Norton, 1996), definir planes de acción e iniciativas estratégicas que encaminen los recursos físicos y humanos de la organización en el mismo sentido y finalmente realizar seguimiento, retroalimentación y los ajustes necesarios con el fin de cumplir la misión y los objetivos planteados.

A diferencia del tradicional enfoque que se centra principalmente en la contabilidad financiera, el BSC pretende incluir la valoración de los activos intangibles de una empresa, como la satisfacción del cliente, la calidad del producto, el conocimiento de los empleados y la eficiencia de los procesos internos. Lo cual no quiere decir que no tenga en cuenta los tradicionales indicadores financieros, lo que busca es ampliar la visión de los ejecutivos con una serie de medidas e indicadores que cuentan lo que hay detrás de estos resultados financieros, ya que estos se podrían considerar inadecuados para evaluar el desempeño actual de una organización, puesto que en muchas ocasiones son el resultado de una serie de acciones y factores que ya se llevaron a cabo. El BSC captura los inductores de valor necesarios para alcanzar los objetivos financieros planteados por la organización.

Este modelo enfatiza en la importancia de contar con información periódica, oportuna y detallada, no solamente financiera, que sea clave para el diagnóstico de la organización y para la formulación de estrategias efectivas, que conlleven al cumplimiento de los objetivos estratégicos (Kaplan & Norton, 2008).

2.3.1 Evolución del concepto

Después de haber sido introducido formalmente en 1992 el concepto del BSC como una herramienta de medición que integra indicadores financieros y no financieros, el debate académico ha permitido enriquecer constantemente este concepto hasta tal punto que después de un gran volumen de producción bibliográfica acerca del tema (Ver Tabla 8), el BSC más que una herramienta de medición se ha convertido en un modelo de direccionamiento estratégico que alinea la estrategia con la operación para cumplir los objetivos planteados (Kaplan, 2010). Para definir cómo ha evolucionado el concepto del BSC a partir de las publicaciones de Norton y Kaplan se podrían establecer tres (3) generaciones, las cuales se explican en detalle a continuación:

1. Primera generación: El BSC como sistema de medición del performance.
2. Segunda generación: El BSC integrado con la visión, objetivos y mapas estratégicos.
3. Tercera generación: El BSC como modelo de gestión.

Tabla 7 Publicaciones de Norton y Kaplan sobre el BSC

AÑO	TIPO	TITULO	AUTOR(ES)
1992	Artículo	The Balanced Scorecard: Measures that drives performance	Norton y Kaplan
1993	Artículo	Putting the Balanced Scorecard to Work	Norton y Kaplan
1996	Artículo	Using the Balanced Scorecard as a strategic Management System	Norton y Kaplan
1996	Artículo	Linking the Balanced Scorecard to strategy	Norton y Kaplan
1996	Libro	The Balanced Scorecard: Translating Strategy into action	Norton y Kaplan
2000	Artículo	Having trouble with your strategy? Then Map it	Norton y Kaplan
2001	Libro	The Strategy Focused-Organization. How Balanced Scorecard companies thrive in the new business environment	Norton y Kaplan
2004	Artículo	Measuring the strategic readiness of intangible assets	Norton y Kaplan
2004	Libro	Strategy Maps: Converting intangible assets into tangible outcomes	Norton y Kaplan
2005	Artículo	The office of strategy management	Norton y Kaplan
2006	Artículo	How to implement a new strategy without disrupting your organization	Norton y Kaplan
2006	Libro	Alignment: Using the Balanced Scorecard to create corporate synergies	Norton y Kaplan
2008	Artículo	Mastering the management system	Norton y Kaplan
2008	Libro	The execution premium: Linking Strategy to operations for competitive advantage	Norton y Kaplan
2010	Artículo	Managing Alliances with the Balanced Scorecard	Norton, Kaplan y Rugelsjoen
2010	Artículo	Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard	Robert S Kaplan

Fuente: Adaptado de Masson & Truño (2006) y complementado por el autor.

2.3.1.1 Primera generación: El BSC como sistema de medición

El concepto del BSC se empieza a gestar en 1990, a partir de una investigación denominada “Measuring Performance in the organizations of the future” patrocinada por el Nolan Norton Institute, que es una división de la actual firma de auditoría KPMG; en ese entonces el CEO de la organización era David Norton y el consultor académico era Robert Kaplan¹⁸. Este estudio fue motivado por la creencia que los sistemas de medición en ese entonces se estaban volviendo obsoletos, ya que estaban principalmente basados en indicadores financieros omitiendo medidas claves para la formulación de estrategias que crearan valor económico¹⁹.

En 1992 con la publicación “The Balanced Scorecard – Measures that drives performance” escrita por Robert Kaplan y David Norton siendo profesores de la

¹⁸ Norton & Kaplan, Translating strategy into action: The Balanced Scorecard (1996)

¹⁹ *Ibíd.*

Universidad de Harvard, quedo establecido formalmente el concepto del BSC en el mundo académico y de los negocios. Este artículo señala el BSC como:

...un conjunto de medidas que da a los altos ejecutivos una rápida pero comprensible vista del negocio. El Balanced Scorecard incluye medidas financieras que cuentan los resultados de las acciones ya tomadas. Y complementa las medidas financieras con medidas operacionales sobre la satisfacción del cliente, procesos internos y de innovación organizacional y desarrollo de actividades, -- medidas operacionales que conducen a un futuro desempeño financiero (1992, pág. 2).

Los autores presentaron el BSC como una herramienta que fortalecería y facilitaría el uso de información no financiera para fines estratégicos y que su valor radicaba en comunicar efectiva y eficientemente las prioridades dentro de la organización (Lawrie & Cobbold, 2002).

En 1993, Norton y Kaplan publicaron otro documento donde explican cómo poner a funcionar el BSC y documentaron la experiencia de su adopción en empresas como Apple, AMD y Rockwater²⁰. Esta etapa es la que se conoce como la primera generación del BSC.

2.3.1.2 Segunda generación: El BSC con mapas estratégicos y objetivos relacionados

En los primeros artículos de Norton y Kaplan (The Balanced Scorecard - measures that drive performance, 1992; Putting the Balanced Scorecard to work, 1993) no se había revisado en detalle como determinar los objetivos e indicadores que deben ir en el BSC, las medidas que se estaban utilizando se habían vuelto muy genéricas y después de evidenciarlo en varias empresas entendieron que para determinar los indicadores que debía llevar un BSC es indispensable conocer previamente la estrategia y expresarla a través de una serie de objetivos estratégicos relacionados por cada perspectiva (Kaplan, 2010, págs. 18-19). Lo cual implica que el BSC cambia significativamente dependiendo del tipo de organización y que más que un tablero de indicadores donde se monitorean diferentes aspectos de la organización, el BSC se debe enfocar exclusivamente en medidas clave que reflejen la estrategia de la organización.

Con las publicaciones que realizaron Norton y Kaplan en 1996 (Using the balanced scorecard as a strategic management system; Linking the Balanced Scorecard to Strategy; Translating strategy into action: The Balanced Scorecard) se da inicio a la segunda generación del BSC. En estos artículos se complementa la manera mediante la cual se integra el BSC con la estrategia de la organización, proponiendo objetivos con relaciones causales entre sí que cuenten la estrategia de la organización y que se representan a través de mapas estratégicos.

²⁰ Norton y Kaplan (1993)

2.3.1.3 Tercera generación: El BSC como modelo de gestión

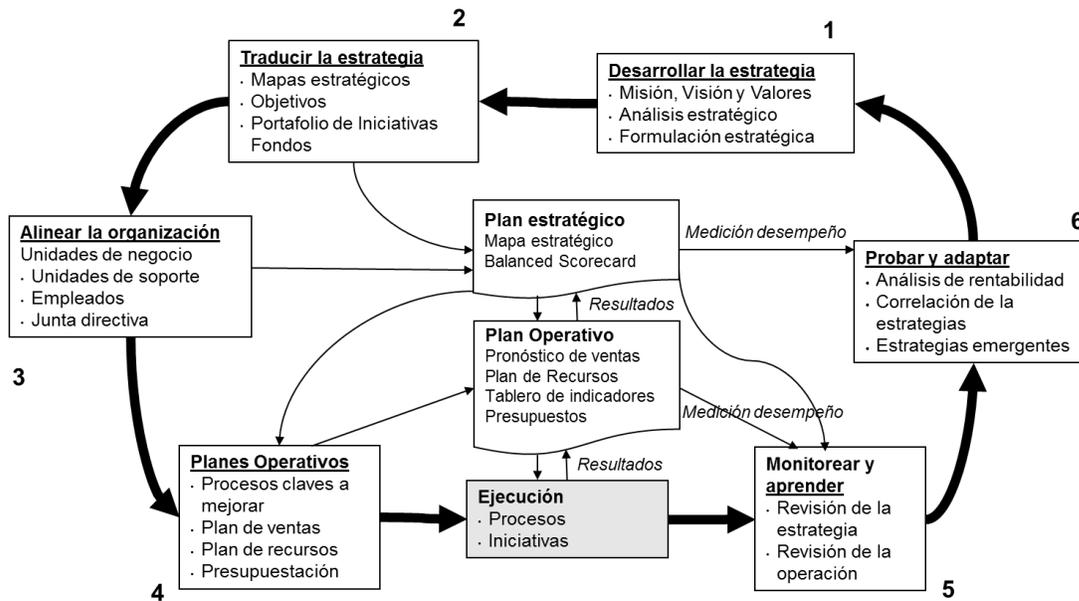
Norton y Kaplan inicialmente vieron el BSC como un sistema de diagnóstico y de medición del rendimiento en el que se definían y se controlaban diversos aspectos de la organización mediante indicadores financieros y no financieros. Con la práctica, los autores empezaron a ver que el BSC tenía un mayor potencial que el de ser usado simplemente como un sistema de monitoreo (Kaplan, 2010).

Con la publicación del libro “The strategy-focused organization” (2001) inicia la tercera generación del BSC, en donde pasa de ser un sistema de medición a ser un sistema de gestión que integra la estrategia y la operación ilustrando todo el proceso que se debe seguir para una ejecución exitosa de las estrategias. En este libro se definió un proceso conformado por 5 etapas (Kaplan & Norton, 2001):

1. Movilizar el cambio a través del liderazgo
2. Traducir la estrategia
3. Alinear la organización a la estrategia
4. Motiva a los empleados para hacer que la estrategia sea su trabajo diario.
5. Gobernar para hacer la estrategia un proceso continuo

En los diversos libros y artículos publicados posteriormente se ha ido complementando y ajustando el sistema o modelo planteado por los autores del BSC. En las más recientes investigaciones (Mastering the management system, 2008; The execution premium: Linking strategy to operations for competitive advantage, 2008; Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard, 2010), Norton y Kaplan establecieron un modelo de gestión de seis (6) etapas cerrado cíclico integrado y comprensible como el que se representa en la ilustración 8:

Ilustración 8 Modelo de gestión basado en el BSC



Fuente: Tomado de Norton y Kaplan (Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard, 2010).

El modelo de gestión integrado que proponen los autores del BSC está conformado por 6 etapas: Desarrollar la estrategia, traducir la estrategia, alinear la organización, realizar planes operativos, monitorear y aprender y probar y adaptar. Este proceso debe ser un ciclo, que obliga a la organización a realizar constantemente las etapas del proceso mencionado. Adicionalmente esto se debe realizar teniendo en cuenta la dimensión financiera, los clientes, los procesos y los recursos. Cada una de estas etapas se explicará en detalle en la sección 2.4 de este capítulo. En la siguiente sección se muestran los beneficios de un modelo de dirección basado en los principios del BSC.

2.3.2 Beneficios

Tal como muestra la ilustración 9, para Norton y Kaplan la implementación del BSC en una compañía es útil en la medida que permite (1996):

Ilustración 9 Beneficios del Balanced Scorecard



Fuente: Adaptado de Norton y Kaplan (1996)

1. Aclarar y traducir o transformar la visión y la estrategia

Antes de implementar el BSC en una organización es necesario que la alta dirección determine la estrategia y la transforme en objetivos estratégicos específicos. En este punto es necesario primero plantear los objetivos financieros y de clientes y en base a estos, objetivos e indicadores de los procesos internos.

2. Comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos

Los objetivos e indicadores estratégicos del cuadro de mando integral se deben comunicar a través de toda la organización por los diferentes medios posibles, esto con el fin de indicar a todos los empleados los objetivos críticos que se deben cumplir para que la estrategia tenga éxito

3. Planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas

En la implementación del BSC es fundamental cuantificar los resultados que se esperan obtener a largo plazo, identificar los mecanismos y proporcionar los recursos necesarios para alcanzar estos resultados y establecer metas a corto plazo para los indicadores financieros y no financieros del cuadro de mando.

4. Aumentar el Feedback y formación estratégica

Este es quizás el aspecto más innovador y prometedor, ya que permite vigilar y ajustar la puesta en práctica de sus estrategias, y si fuera necesario, hacer cambios fundamentales en la propia estrategia. Convirtiéndose en una herramienta para que los directivos reciban un Feedback y puedan verificar las hipótesis sobre las cuales está basada.

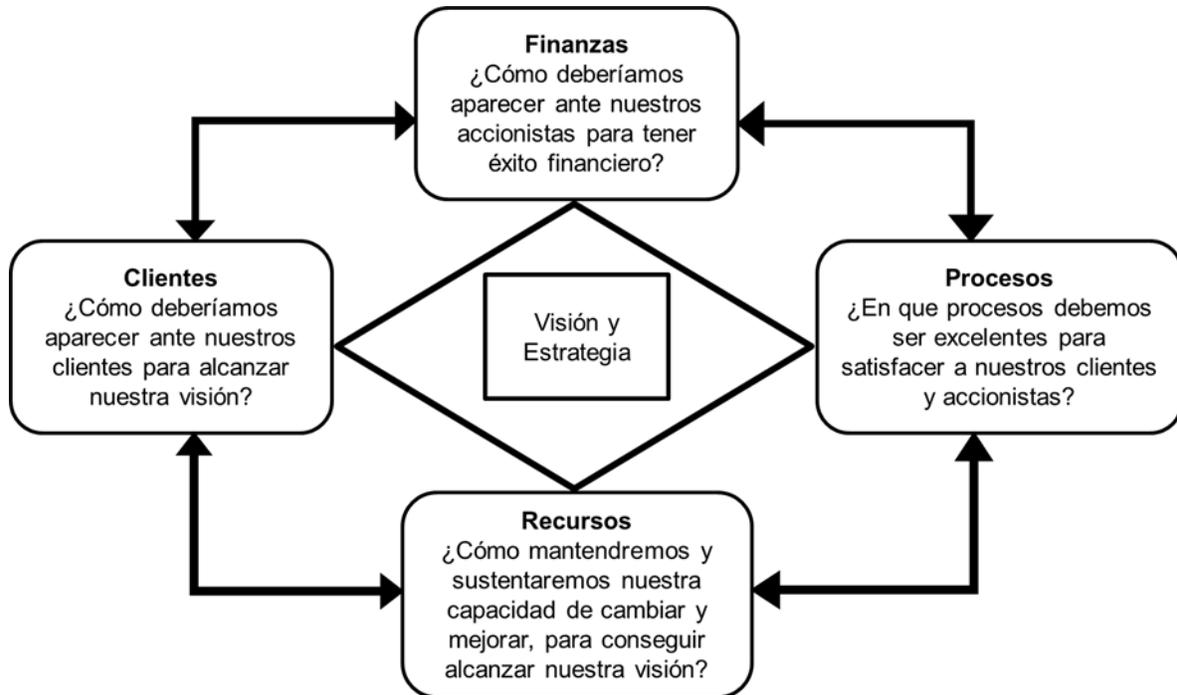
EL BSC expande los objetivos de las diferentes áreas de la organización, dejando atrás el enfoque de conseguir resultados puramente financieros. De esta manera se potencializa: la forma en que las diferentes áreas crean valor para sus clientes, la eficiencia de los procesos internos, la calidad de los productos y servicios, el talento humano y la motivación del personal alineando los recursos con los objetivos de la organización, constituyéndose no como un sistema de indicadores mejorado si no como un sistema de gestión central, que más que una colección de indicadores financieros y no financieros, permite transformar el propósito y la estrategia de una unidad de negocio en objetivos e indicadores tangibles.

La implementación del BSC enfatiza en la conversión de visión y estrategia en objetivos e indicadores estratégicos, razón por la cual, Norton y Kaplan (1992) proponen cuatro perspectivas para evaluar a la organización: 1) Financiera, 2) Clientes o Mercados, 3) Procesos internos y 4) aprendizaje y crecimiento. Perspectivas que se describen a continuación.

2.3.3 Perspectivas

Las perspectivas con la que fue originalmente establecido el BSC son cuatro: Financiera, Clientes, Procesos Internos, Crecimiento y Aprendizaje (Kaplan & Norton, 1992, pág. 72). Sin embargo, estas perspectivas y sus objetivos pueden ser modificados según el tipo de organización, se recomienda que sean entre 4 y 6 para que el BSC sea claro y conciso. Las cuatro perspectivas concebidas inicialmente son las que aparecen en la ilustración 10.

Ilustración 10 Perspectivas del Balanced Scorecard



Fuente: Adaptado de Norton y Kaplan (2002)

2.3.3.1 Financiera

Tiene como objetivo dar respuesta a todas las expectativas de los accionistas. Su orientación está centrada en la creación de valor, buscando principalmente asegurar altos índices de rentabilidad. Generalmente incluye objetivos estratégicos como:

- Incrementar y diversificar las fuentes de ingresos.
- Mejorar la eficiencia de las operaciones.
- Mejorar el uso del capital.
- Aumentar los ingresos totales.

Para la medición de estos objetivos se suelen utilizar indicadores como:

- Ingresos.
- Margen de operación.
- Valor económico agregado –EVA.
- Retorno sobre capital empleado – ROCE.
- Rotación de activos.
- Retorno de la inversión –ROI.
- Relación deuda/patrimonio.
- Inversión como porcentaje de la venta

2.3.3.2 Clientes

Esta perspectiva se centra en identificar en qué medida están satisfechos los clientes con los productos o servicios de la organización. Algunos de los objetivos que se suelen considerar en esta perspectiva son:

- Aumentar la satisfacción de los clientes o usuarios.
- Incrementar el número de clientes o usuarios.

Algunos indicadores que se pueden obtener en esta perspectiva son:

- Porcentaje de clientes satisfechos.
- Reclamos resueltos sobre el total de reclamos.
- Devoluciones sobre el total de ventas.
- Incorporación y retención de clientes.

2.3.3.3 Procesos internos

Esta perspectiva busca identificar aquellos procesos críticos para la consecución de los objetivos establecidos, complementa la perspectiva financiera y de clientes, con medidas de calidad, producción y eficiencia de los procesos. Los indicadores que se tienen en cuenta para esta perspectiva al igual que en las anteriores, no deben ser genéricos y deben manifestar la naturaleza misma de los procesos propios de la organización. El objetivo principal de esta perspectiva es consolidar o garantizar la excelencia operacional, para lo cual usa indicadores como:

- Tiempo de procesos
- Costo unitario por actividad
- Niveles de producción
- Costos de falla, re procesos y desperdicios
- Eficiencia de uso de los activos
- Uso de la capacidad Instalada

2.3.3.4 Crecimiento y Aprendizaje

La última perspectiva es la de Crecimiento y Aprendizaje, también denominada la perspectiva de los recursos, la cual se orienta hacia la competencia de los empleados, el uso y adquisición de la tecnología como elemento creador de valor, la disponibilidad de información estratégica y oportuna para la toma de decisiones y el desarrollo de un clima organizacional propicio para que se efectúen todas las acciones que conllevarán al éxito de la estrategia.

Algunos indicadores que pueden ser considerados dentro de esta perspectiva son:

- Desarrollo de competencias claves
- Retención de personal clave
- Captura y aplicación de tecnologías y valor agregado
- Ciclo de toma de decisiones clave
- Disponibilidad y uso de información estratégica
- Progreso en los proyectos de sistemas de información
- Satisfacción del personal
- Clima organizacional.

2.4 IMPLEMENTACIÓN DEL BSC COMO MODELO DE DIRECCION ESTRATEGICA

Una Organización puede simplemente adaptar el BSC cómo una herramienta de medición y diagnóstico, o establecer todo un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del BSC como el que aparece en la ilustración 8 para aprovechar al máximo el potencial de este enfoque administrativo. En esta sección se presentan todas las fases para la adopción de este modelo de gestión y el proceso para la construcción de un BSC, ya que este representa el elemento central del modelo. Las fases o etapas del modelo de Norton y Kaplan son (Mastering the management system, 2008):

1. Desarrollar la estrategia.
2. Traducir la estrategia.
3. Alinear la organización.
4. Realizar planes operativos.
5. Monitorear y aprender.
6. Probar y adaptar.

Con base en los planteamientos de Norton y Kaplan en varios de sus artículos (Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard, 2010; Mastering the management system, 2008) y a los aportes de otros autores se explica a continuación cada una de las etapas del modelo:

2.4.1 Desarrollar la estrategia

La dirección estratégica debe ser un proceso mediante el cual las organizaciones busquen cumplir sus objetivos tanto de corto como de largo plazo, por ende, así como señala Fernández (2001, pág. 34) este proceso debe iniciar con la definición de:

- **Visión:** Establece el sueño de la empresa o el lugar donde quisiera estar en un futuro. El estado ideal que materializaría completamente los objetivos de la organización y que responde a la pregunta ¿Qué queremos llegar a ser?
- **Misión:** Es la razón de ser de la organización, la declaración de su objetivo, lo que desea lograr y persigue permanentemente. Responde a la pregunta ¿cuál es nuestro negocio?
- **Valores corporativos:** Son los aspectos importantes para la organización, el conjunto de valores, creencias, normas que regulan la vida de los integrantes y del actuar de la organización.

Una vez declarada la visión, misión y los valores corporativos, se debe realizar un diagnóstico del estado actual en el que se encuentra la organización.

2.4.1.1 Realizar un análisis interno y externo de la organización

En este paso se recolecta la información necesaria para establecer como se encuentra la organización, información que es fundamental para establecer los objetivos y las estrategias. Para lo cual se debe realizar el denominado análisis interno y externo de la organización. El análisis interno está enfocado a medición de

los factores y procesos de la organización que pueden ser afectados, modificados o rediseñados directamente por los directores o ejecutivos de la institución, es aquí donde se identifican las fortalezas y debilidades que tiene la organización. Por otro lado, en el análisis externo se evalúan los factores que no puede controlar la organización, que presenta el entorno, el mercado y que pueden afectar el desempeño de la organización con el fin de identificar las amenazas y oportunidades. Después de realizar el diagnóstico continua el proceso de planeación y formulación de estrategias.

2.4.1.2 Planeación y formulación de estrategias

La formulación de estrategias es la etapa en la cual se establecen los lineamientos de la organización después de haber realizado un detallado análisis las oportunidades, amenazas, fortalezas, debilidades y recursos con los que cuenta la organización. La formulación de estrategias tiene en cuenta los aspectos anteriormente mencionados (misión, visión, valores corporativos y diagnóstico) para escoger la alternativa más viable, que permita el mejor aprovechamiento de los recursos con el fin de lograr los objetivos establecidos.

Previo a la formulación de la estrategia, es fundamental haber realizado el análisis externo e interno de la organización, estos dos procesos son claves para la formulación de estrategias, ya que conociendo las fortalezas, se pueden establecer estrategias para aprovechar las oportunidades que presenta el entorno y de igual manera, conociendo las debilidades, es posible trazar rutas de acción o estrategias, para hacer frente y evitar que se materialicen las amenazas que acechan el adecuado funcionamiento de la organización.

Robert M. Grant (2006), identifica cuatro elementos fundamentales que debe tener una estrategia para ser exitosa:

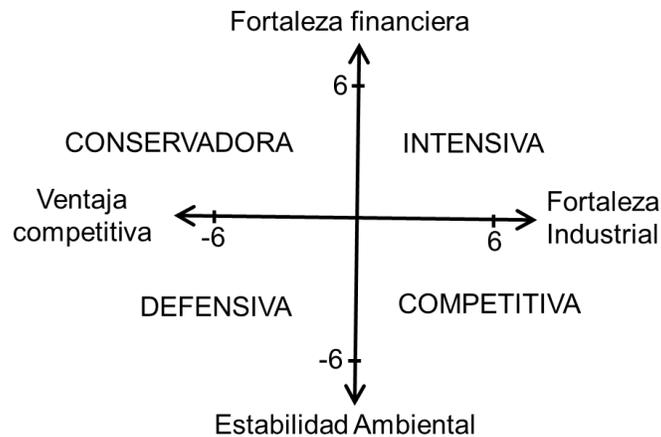
- Ser clara y aceptada
- Estar acorde con la situación del entorno
- Tener en cuenta las fortalezas y debilidades internas
- Ser implementada adecuadamente

Para el diagnóstico de la organización y la formulación de estrategias, se suelen usar herramientas como las que se mencionan a continuación:

- **Matriz DOFA:** La matriz de la debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas es una herramienta que ayuda a los gerentes a adoptar cuatro (4) tipos de estrategias: estrategias de fortalezas y oportunidades (FO) estrategias de debilidades y oportunidades (DO), estrategias de fortalezas y amenazas (FA) y estrategias de debilidades y amenazas (DA) ajustando los factores internos para hacer frente a los situaciones que presenta el entorno, La matriz FODA se representa es una matriz de tres filas y tres columnas, que conforman 9 cuadrantes, el primer cuadrante debe quedar en blanco, los otros 4 cuadrantes del borde superior izquierdo señalan las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, y en los 4 cuadrantes internos se plantean las estrategias FO, FA, DO y DA (Fred, 2003, págs. 200-204).

- **Matriz de la Posición estratégica y evaluación de la acción PEEA:** Mediante esta matriz se determina a partir de la puntuación de unas dimensiones internas (Fortaleza financiera (FF) y ventaja competitiva (VC)) y unas dimensiones externas (Estabilidad ambiental (EA) y fortaleza industrial (FI)) si una estrategia intensiva, conservadora, defensiva o competitiva es la más adecuada para la organización dependiendo del cuadrante de la ilustración 11 en el que se encuentre la empresa (Fred, 2003, págs. 205-206).

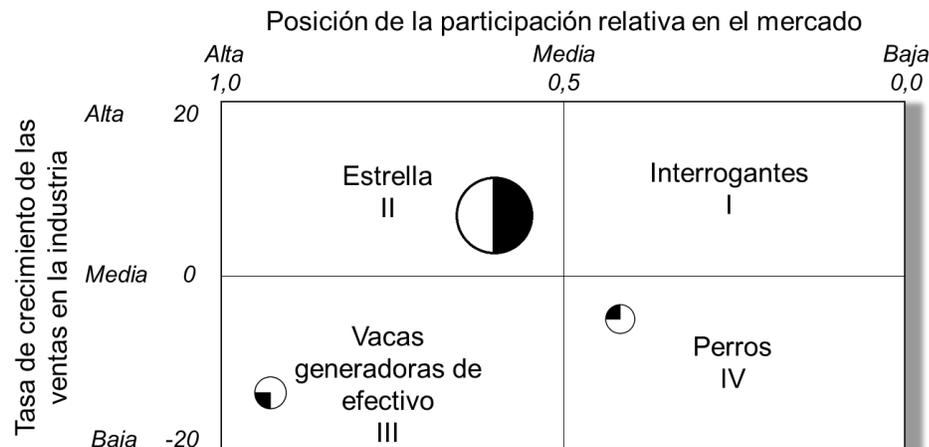
Ilustración 11 Matriz PEEA



Fuente: Tomado de David Fred (Fred, 2003, pág. 205)

- **Matriz del Boston Consulting Group:** Esta matriz está diseñada para mejorar la formulación de estrategias en empresas con varias divisiones. La matriz en mención clasifica cada una de las divisiones dependiendo de su tasa de crecimiento y su participación relativa en el mercado, tal como aparece en la ilustración 12. Esta clasificación permite que los gerentes identifiquen el flujo de efectivo de la organización, las características de inversión y las necesidades de las diferentes divisiones (Fred, 2003, págs. 206-209)

Ilustración 12 Matriz BCG



Fuente: Tomado de David Fred (2003, pág. 210)

Esta fase o etapa generalmente se repite cada año en un comité directivo, la misión, visión y valores corporativos pueden durar un significativo periodo de tiempo (4 años o más), son más estables, mientras que las estrategias si cambian y se ajustan constantemente.

2.4.2 Traducir la estrategia.

La idea de esta etapa, tal como lo menciona Dávila (1999) es traducir la estrategia de la empresa en un conjunto coherente de indicadores. Para lo cual, una vez desarrollada la estrategia, se deben establecer objetivos e indicadores que puedan ser claramente conocidos por todas las unidades y empleados de la organización (Kaplan & Norton, Mastering the management system, 2008). En esta etapa es fundamental la elaboración del mapa estratégico y el BSC.

El primer paso de esta fase es definir las perspectivas estratégicas y los objetivos, Norton y Kaplan (1992) plantean cuatro perspectivas (financiera, clientes, procesos y crecimiento y aprendizaje). Para la construcción de los objetivos de estas perspectivas Hovarth y Partners (2003) recomiendan que los objetivos tienen que ser concretos y deben tener una gran importancia estratégica, llegando a ser máximo 4 o 5 por cada perspectiva, es decir máximo 20 objetivos por BSC y se debe asegurar que éstos objetivos sean susceptibles de medición y seguimiento. Sin embargo, el número de objetivos e indicadores puede variar dependiendo de la complejidad de la organización y de su estrategia (Kaplan & Norton, Translating strategy into action: The Balanced Scorecard, 1996).

Estos objetivos se deben representar a través de mapas estratégicos. Un mapa estratégico básicamente es un conjunto de objetivos que interactúan entre sí a través de relaciones causa-efecto, ayudando a entender la estrategia de la organización y su coherencia con los objetivos estratégicos (Fernandez, 2001). El mapa estratégico representa, valga la redundancia, el plan estratégico de la organización, el cual debe contener objetivos medibles para asegurar el control y por lo tanto el futuro de la organización (Kaufman, 2016).

Para este proceso, el mapa estratégico se debe plantear desde las perspectivas previamente definidas. Las perspectivas planteadas por los autores del BSC pueden ser modificadas de acuerdo al tipo de organización y a sus necesidades.

Una vez diseñado el mapa estratégico de la organización y claramente identificados los objetivos, se deben establecer una serie de indicadores que permitan realizarle seguimiento a cada objetivo y un listado de iniciativas para mejorar estas medidas y alcanzar los objetivos propuestos, para lo cual se recomienda poblar una tabla como la que aparece a continuación:

Tabla 8 Objetivos e indicadores para cada perspectiva

Perspectiva	Objetivos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Financiera				
Cliente				
Interna				
Crecimiento y aprendizaje				

Fuente: Elaborado con base en el gráfico de Norton y Kaplan (Kaplan & Norton, Using the balanced scorecard as a strategic management system, 1996, pág. 76)

Posteriormente, es necesario establecer un valor objetivo para cada uno de los indicadores, un responsable de suministrar el indicador, una serie de iniciativas para lograr los objetivos estratégicos, así como su presupuesto y los responsables de ejecutarlas. Periódicamente deben ser actualizados los indicadores del BSC con su valor actual para tener seguimiento y trazabilidad sobre las diferentes perspectivas planteadas. Esto constituye la base para un modelo de gestión basado en la metodología del BSC.

Para establecer los indicadores de cada objetivo estratégico es necesario contar con sistemas apropiados para la obtención, transformación y análisis de datos, ya que estos son el insumo para toda interpretación que se quiera realizar. A la hora de establecer los indicadores del BSC es importante conocer:

- Que datos se encuentran disponibles
- En donde se encuentra la información
- Que tan accesibles son
- Que se necesita para su recopilación

Por último, es muy importante tener en cuenta que para la definición de los indicadores es necesario el esfuerzo de todo un equipo de trabajo, que conozca a profundidad las actividades que se desarrollan, ya que muchas actividades son interdependientes y atañen a varias partes de la organización. Es necesario que para este trabajo estén involucradas las diferentes áreas tanto administrativas como operativas.

2.4.3 Alinear la organización.

El éxito de una estrategia depende de su claridad y de que sea conocida y aceptada por los encargados de ejecutarla. En esta fase del modelo se debe asegurar que todo el personal entienda y este en la capacidad de soportar la estrategia. Para lo cual se debe hacer uso del mapa estratégico y el BSC corporativo, de tal manera que se puede enseñar la estrategia de una manera visual y cuantitativa. Este proceso se debe realizar con cada departamento, la estrategia se debe bajar hasta el nivel operativo, de tal manera que si es necesario se deben construir mapas estratégicos y BSC para cada área de la organización donde se evidencie como deben contribuir al logro de la estrategia y los objetivos globales (Kaplan & Norton, The execution premium: Linking strategy to operations for competitive advantage, 2008).

Esta etapa requiere un fuerte apoyo de Recursos Humanos para implementar planes de capacitación y entrenamiento, que interioricen la estrategia y dejen a todos los empleados en la capacidad de contribuir en su logro.

De esta manera todas las unidades de la organización, trabajarán individualmente, encaminando sus esfuerzos hacia la misma dirección, aumentando la eficiencia global y la probabilidad de cumplir los objetivos estratégicos.

2.4.4 Realizar planes operativos.

La tercera fase consiste en establecer las pautas y los procesos necesarios para que se pueda ejecutar adecuadamente la estrategia. Después de haber definido estrategias, objetivos e iniciativas, es necesario establecer planes operativos donde se mencionen las acciones que se deben realizar para garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos. En esta etapa se establecen proyectos para la mejora de procesos, presupuestos de ventas, recursos que se requieren para la operación, planes de capacitación y presupuestos de gastos e inversión (Kaplan & Norton, *Mastering the management system*, 2008).

2.4.5 Monitorear y aprender.

Con la estrategia definida y los planes operativos funcionando, la organización necesita llevar a cabo diferentes tipos de reuniones periódicas donde se evalúe el funcionamiento de la operación y la efectividad de la estrategia implementada (Kaplan & Norton, *Mastering the management system*, 2008, págs. 11-14). Las reuniones para evaluar la operación, son más frecuentes que las que se organizan para evaluar la estrategia, en estas reuniones se revisa que la operación del negocio esté funcionando tal como se planeó y se evalúa el cumplimiento de los acuerdos establecidos con cada área para la consecución de los objetivos globales. Las reuniones para revisar la estrategia deben ser lideradas por el CEO de la organización acompañado por los líderes de cada departamento para evaluar el avance que se ha logrado en la estrategia planteada, en estas reuniones se debe asegurar que los líderes de cada área sigan manteniendo la estrategia como la prioridad de las funciones de su departamento.

2.4.6 Probar y adaptar.

En esta última etapa, después de haberse ejecutado las cinco fases anteriores, los gerentes usan información operacional, externa y de la competencia, para determinar si la estrategia se debe replantear, reestructurar o incluso cambiar completamente. La estrategia puede cambiar debido a: nueva información, oportunidades emergentes, fallas en el funcionamiento, cambios en la competencia o cambios en la regulación (Kaplan & Norton, *The execution premium: Linking strategy to operations for competitive advantage*, 2008). En esta fase se da nuevamente inicio al ciclo cerrado volviendo a la primera etapa del modelo de direccionamiento estratégico (Kaplan, 2010, pág. 28). Para replantear la estrategia es necesario conocer la percepción de los diferentes empleados involucrados en su ejecución y tener a la mano información clave para determinar la eficiencia y viabilidad de la nueva estrategia.

2.5 EL BSC EN UNA IPS

Muchas de las más prestigiosas instituciones salud del mundo han implementado el BSC para soportar la implementación de su estrategia (Bob McDonald Consulting, 2012, pág. 4), demostrando que presenta múltiples beneficios para este tipo de organizaciones (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002). Cuando surgió este modelo de gestión, Norton y Kaplan (1992) plantearon que podía ser aplicado a diferentes tipos de instituciones. Poco después de haberse desarrollado el concepto, alrededor de 1994, múltiples hospitales, especialmente en Estados Unidos y Canadá fueron los pioneros en la implementación del BSC (Baker & Pink, 1995), posteriormente una gran variedad de artículos académicos fueron publicados en torno al tema, en la tabla 10 se encuentra un resumen de 23 artículos frecuentemente citados sobre el uso del Balanced en Instituciones de salud, en esta tabla encontrará el nombre del artículo, autor, año de publicación, país y un breve resumen del mismo.

Para la búsqueda de artículos académicos que dieran cuenta de las experiencias en la implementación del Balanced Scorecard en Instituciones de salud se recurrió a bases de datos electrónicas como SciELO (Scientific Electronic Library Online), EBSCO, Google Scholar, SCOPUS, ScienceDirect, Elsevier y en el repositorio institucional de la universidad Nacional de Colombia. Para encontrar los artículos se utilizaron las frases como 'Balanced Scorecard Healthcare', 'Balanced Scorecard Salud', 'Cuadro de mando Salud', entre otros, y se seleccionaron y estudiaron los artículos que mayor relación tienen con los objetivos de la investigación y que aparecen como los más citados

Tabla 9 Revisión Bibliográfica BSC en una IPS

Nombre	Autor	País	Año	Resumen
1. Use of the Balanced Scorecard in Healthcare	William N. Zelman, George H. Pink, Catherine B. Matthias		2003	El artículo revisa el uso del Balanced Scorecard en salud y obtienen algunas conclusiones sobre su uso, las cuales son: 1) Es relevante para salud, 2) Es usado por varias instituciones de salud, 3) Ha sido extendido más allá de la administración estratégica, 4) ha sido modificado para incluir perspectivas, tales como calidad, resultados y acceso, 5) Incrementa la necesidad de información clara y oportuna.
2. Applying the Balanced Scorecard in health care provider organizations	Inamdar N., Kaplan RS, Bower M.	Estados Unidos	2002	El autor muestra los beneficios potenciales de usar el BSC en el sector de la salud. El autor entrevistó a los directivos de 9 instituciones de salud en donde implementaron el BSC, indagando sobre temas como: 1) El rol del BSC en relación a la visión, misión y estrategia de la organización, 2) La motivación de adoptar el BSC, 3) La diferencia entre el BSC y otros sistemas de medidas, 4) El proceso a seguir para desarrollar e implementar el BSC, 5) Los retos y barreras durante el proceso de desarrollo e implementación, 6) Los beneficios ganados por la organización de su adopción y uso. El artículo concluye señalando que según las observaciones de estos directivos, el BSC ayuda a mejorar la gestión de las organizaciones y ofrece una serie de recomendaciones para el proceso de desarrollo e implementación del mismo.

3. The Balanced Scorecard a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management	Chow CW, Ganulin D, Teknika O, Haddad K, Williamson J.	Estados Unidos	1998	El artículo provee una explicación del uso del BSC en instituciones de salud para afrontar sus retos y problemas, adicionalmente, presenta las opiniones de varios funcionarios que señalan que el BSC puede ser altamente útil para las instituciones de salud. También resume las sugerencias de estos directivos, las pautas para su desarrollo e implementación y recogen los objetivos y las medidas que pueden ser utilizados efectivamente en el BSC de una institución de Salud.
4. Experiencias en el diseño e implementación del cuadro de mando integral	Rafael González, Daniel Robaina	Cuba	2009	Este artículo muestra las experiencias de los autores como consultores implementando por más de 10 años el BSC en distintas empresas y compañías, realizando generalizaciones que desembocan en recomendaciones útiles para todos aquellos que se quieran embarcar en el trabajo de implementar el BSC.
5. The Balanced Scorecard in health care organizations: A performance measurement and Strategic Planning Methodology	Kathleen E. Voelker, Jonathon S. Rakich, G. Richard French		2001	En el artículo el autor defiende el uso del BSC como una herramienta para medir el desempeño de las organizaciones de salud. Introduce el BSC, el desarrollo del BSC, su descripción y describe el acercamiento estratégico del BSC, finalmente muestra criterios para evaluar que tanto los indicadores de desempeño en el Scorecard reflejan la perspectiva estratégica.
6. Organizational critical success factors influencing Balanced Scorecard systems in UK Healthcare	Mark C. Rodgers	Inglaterra	2011	En este artículo el autor basado en el contexto de las instituciones de salud en Inglaterra propone 10 factores críticos que determinan o influyen el éxito de un sistema basado en el BSC en una organización como estas. Estos 10 factores los ubica dentro de 4 grupos. Los 4 grupos de factores que propone el autor son los siguientes: 1) Propósito Estratégico, 2) Diseño y procesos, 3) Integración contextual, 4) Strategic HRM
7. Designing a hospital performance assessment model based on Balanced Scorecard	Amir Ashkan Nasiripour, Mohammad Ali Afshar Kazemi, Ahmadreza Izadi	Irán	2011	La Investigación fue desarrollada con la intención de establecer un modelo de BSC para hospitales de seguridad social iraníes. El método utilizado fue una investigación adaptativa y descriptiva, donde estudiaron 10 casos en los que el BSC fue implementado exitosamente. El modelo propuesto fue diseñado y validado usando encuestas a expertos con el método DELFI Y se usaron métodos estadísticos para identificar la significancia de las respuestas de los expertos.
8. Implementación del cuadro de mando integral en la dirección de planeación y prestación del acceso de una red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)	Alexis Katherine Cano Álvarez & Miguel David Rojas López	Medellín, Colombia	2008	El trabajo consiste en realizar un diagnóstico, diseño, divulgación y utilización de un cuadro de mando integral como herramienta de control y seguimiento a las IPS en variables relacionadas con el acceso al servicio en salud, con el fin de hacer control y seguimiento a las diferentes variables e identificar situaciones críticas que afecten la oferta de valor con el cliente.
9. Using Balanced Scorecards to Align Organizational Strategies	Peg Blooinquist, Julia Y	Estados Unidos	2008	El artículo discute la importancia de usar el BSC para alinear la estrategia organizacional entre las instituciones de salud de los Estados Unidos.
10. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos	David Naranjo Gil	España	2010	El objetivo de este documento fue examinar la relación entre el perfil de los directivos y el uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la consecución de objetivos estratégicos. Para lo cual se enviaron encuestas a 884 directivos de 218 hospitales públicos en España con un índice de respuesta del 53,51% (473). Se hizo una validación métrica de las respuestas y un análisis del modelo con técnicas de ecuaciones estructurales. Concluyendo que los directivos más jóvenes y con menos antigüedad suelen hacer mayor uso del BSC que del presupuesto y que el uso del BSC facilita que la

				implantación de planes estratégicos con múltiples objetivos en los Hospitales.
11. A review of the use of the Balanced Scorecard in Healthcare	Bob McDonald Consulting		2012	El autor hace una revisión de literatura de artículos y reportes publicados entre 1991 y 2011. Incluye información de los retos actuales de la administración en Salud y como el BSC puede ser usado para afrontarlos. Incluye también factores de éxito, enseñanzas y varios casos de implementaciones exitosas. Está dirigido a quienes quieren aprender experiencias sobre su implementación, constituyendo una importante herramienta para los HealthCare Providers.
12. Balanced Scorecard for small rural hospitals: Concept, Overview and implementation guidance	Produced by the Mountain States Group Inc via funding provided by the United States Department of Health and Human Services	Estados Unidos	s.f.	Describe el proceso para implementar un BSC en pequeños hospitales rurales, estableciendo pautas para identificar si una organización está lista para la fase de implementación, que pasos son necesarios en el proceso, que principios hay que considerar y como se debería diseñar el BSC de un hospital rural. Los autores apuestan a esta herramienta porque piensan que puede ser útil y adaptable a estos hospitales, adicionalmente intentan describir un modelo de implementación que encaja mejor con sus necesidades.
13. Guía de Instrucción. Despliegue de la estrategia con CMI	Ministerio de la Protección Social: Republica de Colombia	Colombia	s.f.	Guía pedagógica dirigida a profesionales y directivos de salud de IPS de mediana y alta complejidad, la cual responde a las mejores prácticas identificadas a nivel nacional e internacional, que constituyen metodologías innovadoras para su aplicación de forma generalizada en clínicas y hospitales del País. Investigación realizada a partir de una búsqueda sistematizada de literatura, recomendado herramientas e instrumentos susceptibles de ser aplicados en las IPS
14. A Balanced Scorecard Approach in assessing IT Value in Healthcare Sector: An empirical examination	Ing-Long Wu, Yi-Zu Kuo		2012	El sector salud está basado en personas y es intensiva en conocimiento, las inversiones en IT son esenciales para garantizar la competitividad. Estudios empíricos muestran que inversiones en IT muchas veces son inconclusas y no mejoran la productividad. Esta investigación propone una nueva estructura para el BSC poniendo tanto la parte financiera como de clientes en la primera parte, después los procesos internos y el crecimiento y aprendizaje al final para valorar o evaluar el impacto de las IT en hospitales.
15. An Analytic hierarchy framework for evaluating Balanced Scorecards of Healthcare Organizations	Yee-Ching Lilian Chan			Las organizaciones de salud han operado en un ambiente muy dinámico por años. Las presiones del gobierno y los crecientes costos han conducido a los gerentes a buscar herramientas de gestión efectivas. El BSC ha ganado aceptación en el sector salud. En este artículo proponen aplicar un proceso de análisis jerárquico (AHP Analytic hierarchy process) para valorar el rendimiento de un Scorecard en un hospital.
16. Desarrollo y evolución de un cuadro de mando integral en atención primaria: Lecciones aprendidas	Bartolomé, y otros	España	2016	El objetivo del artículo fue describir el proceso de diseño, implantación y seguimiento del cuadro de mando integral en instituciones de salud de atención primaria y el papel de esta herramienta en el despliegue de los objetivos estratégicos y en la gestión clínica. Los autores concluyen que la herramienta ha permitido desplegar las estrategias, mejorar los indicadores de seguimiento y la gestión clínica (Bartolomé, y otros, 2016).
17. Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China	Zhijun, Zengbiao, & Liqun	China	2014	Esta investigación estudia la aplicación y el impacto del BSC en los hospitales de China. Una encuesta realizada indica que una gran proporción de estos hospitales utiliza el BSC. Mediante análisis univariado y regresiones los investigadores encontraron que el uso de BSC contribuye a mejorar la eficiencia de las personas y de la organización. La investigación concluye que se debe enriquecer la literatura que muestra los beneficios del BSC en instituciones de salud y presenta las experiencias en China de tal manera que sirva como referente para la expansión de la aplicación de esta herramienta (Zhijun, Zengbiao, & Liqun, 2014).

<p>18. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias</p>	<p>Josep Bisbe y Joan Barrubés</p>	<p>España</p>	<p>2012</p>	<p>El artículo examina las contribuciones, los dilemas y las limitaciones más relevantes del BSC en el contexto específico de las organizaciones de salud. Para lo cual empiezan examinando el concepto general del BSC y su aplicabilidad en instituciones de salud, luego evalúan diversos aspectos relacionados a la adopción de esta herramienta en lo concerniente al diseño y uso de la herramienta. Como conclusión señalan que el BSC tiene potencial para contribuir a una mejor implementación de la estrategia a partir de la medición y seguimiento de resultados, pero que su adopción efectiva depende de que realmente el BSC refleje la realidad de la organización (Bisbe & Barrubés, 2012).</p>
<p>19. The Balance Scorecard Implementation in the Italian Health Care System: Some Evidences from Literature and a Case Study Analysis</p>	<p>Broccardo, L</p>	<p>Italia</p>	<p>2015</p>	<p>En el artículo realizan una revisión de literatura de artículos con casos de estudio en los que hablen de BSC durante el periodo comprendido entre 1992-2012, usando bases de datos internacionales con el fin de entender esta herramienta. Posteriormente realizan un análisis para comprender los problemas y beneficios del BSC. Y concluyeron que había una significativa brecha o hueco en la literatura acerca de este tema y que esta investigación ayudo a cerrar dicha brecha (Broccardo, 2015).</p>
<p>20. Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector</p>	<p>Behrouzi, F.; Shaharoun, A.M.; Ma'Arem, A.</p>	<p>Malasya</p>	<p>2014</p>	<p>En esta investigación realizan una encuesta con el fin de conocer la situación del BSC en el sector salud durante década pasada, enfocados en conocer las perspectivas e indicadores utilizados y el proceso de implementación. Adicionalmente realizan el análisis de 29 artículos que hablan sobre el tema y encontraron que en el 41% de los artículos estudiados usan más indicadores de los recomendados en estudios previos, por lo cual recomienda el cascadeo del BSC para poder analizar las diferentes estrategias de las diferentes áreas de la organización. El autor concluye que, aunque inicialmente era baja la percepción del BSC dentro del sector salud, en la última década ha despertado bastante interés y establece una serie de recomendaciones para la implementación del BSC (Behrouzi, Shaharoun, & Ma'Arem, 2014).</p>
<p>21. El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud</p>	<p>Villabí, Joan; Guix, Joan; Casas, Conrad; Borrell, Carme; Duran, Julian; Antarcoz, Lucia; Camprubi, Esteve; Cusi, Meritxell</p>	<p>España</p>	<p>2007</p>	<p>Esta investigación es el estudio de un caso donde se adoptó el BSC una organización de salud pública. El autor señala que empezó a implementarse con el comité de dirección en el año 2002 y que posteriormente se han formulado varios BSC de segundo nivel para las diferentes áreas. El estudio concluye que el BSC ha atribuido con diversas mejoras de gestión introducidas y ha permitido cohesionar a la organización para alcanzar los objetivos estratégicos (Villabí, y otros, 2007).</p>
<p>22. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos</p>	<p>Naranjo, David</p>	<p>España</p>	<p>2010</p>	<p>El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre el perfil de los directivos y el uso del BSC y del presupuesto para la consecución de los objetivos estratégicos. Los datos de la investigación se recogieron a través de una encuesta enviada a directores de hospitales y analizados mediante la validación métrica de escalas y ecuaciones estructurales. El estudio concluye que los directores jóvenes son los que más utilizan estas herramientas y que el BSC es una herramienta muy importante que ayuda significativamente a la implantación de las estrategias de la organización (Naranjo, 2010).</p>
<p>23. Cuadro de mando en salud</p>	<p>Leyton, Carolina; Huerta, Patricia; Paúl, Iván</p>	<p>México</p>	<p>2015</p>	<p>El objetivo de esta investigación fue evaluar la implantación de las estrategias en los hospitales de Chile a partir de los resultados del BSC durante los años 2011-2012. Para lo cual recolectaron información relacionada a las estrategias y los indicadores de 57 hospitales. Concluyen que el cuadro de mando integral permite evaluar mejor las estrategias adoptadas (Leyton, Huertas, & Paul, 2015).</p>

Fuente: Elaboración propia.

En varias de estas publicaciones, después de revisar el uso del BSC en instituciones de salud, autores como Zelman (2003) encuentran que la teoría y los conceptos del BSC son relevantes para el campo de la salud, sin embargo, es necesario realizar ciertas modificaciones para que refleje las necesidades del sector.

Debido a su relevancia y los beneficios que presenta, varios gobiernos han hecho significativos esfuerzos para crear una estructura conceptual para la implementación del BSC en organizaciones de salud con el fin de hacer comparaciones entre las instituciones del sector salud (Zelman, Pink, & Matthias, 2003), en Colombia bajo la iniciativa del ministerio de protección social, se publicó en el 2010 una guía de instrucción para el despliegue de la estrategia del BSC en las EPS e IPS con el fin de promover el seguimiento y monitorización de los planes de mejora continua de la calidad.

A continuación, se presentan las razones que sustentan la relevancia del BSC para una IPS, la importancia de esta herramienta y las razones que llevan a los directivos a implementar este modelo.

2.5.1 Porque escoger el BSC como modelo de gestión en una IPS

El BSC es un modelo de gestión que complementa muchas de las teorías de administración existentes y que se adapta perfectamente a organizaciones con las características de una IPS, algunas de las razones son las siguientes:

- La presión de operar en un ambiente tan dinámico muchas veces conduce a ignorar factores que son fundamentales para el éxito y el BSC contempla indicadores estratégicos claves que se deben tener en cuenta.
- La competencia entre instituciones de Salud está creciendo, así como la demanda por servicios de calidad.
- Un gran grupo de Stakeholders están haciendo cada vez más presión por medir el desempeño de las instituciones de salud, la calidad y la satisfacción de los pacientes y de igual manera hacen presión para disminuir los costos de las prestaciones. (Voelker, Rakich, & French, 2001)
- Los directivos de las instituciones de Salud a menudo reciben grandes volúmenes de información y datos de diferentes fuentes y en muchas ocasiones no es precisamente la información que ellos necesitan para tomar buenas decisiones estratégicas (Voelker, Rakich, & French, 2001)
- En algunas instituciones de salud los sistemas de información son usados para obtener principalmente reportes legales, clínicos y contables. Pero no están contruidos con el fin de contar la estrategia de la organización, ni muestran la forma de cómo se debe implementar.
- Las relaciones de causa efecto del BSC capturan la complejidad y las interrelaciones de la estrategia, facilitando explicitar el trade-off entre costo, calidad y acceso (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002).
- En los sistemas de información tradicionales a menudo no hay una causa clara ni un efecto lógico entre los indicadores y las medidas que lo componen.
- Muchos de los otros sistemas de medición complementan el BSC guiando la operación y el proceso de mejora.

2.5.2 La Importancia del BSC en una IPS

El BSC ayuda a que las instituciones de salud inmersas en un ambiente con estas características, puedan ser competitivas y hacer frente a los retos que presenta el entorno. Como se revisó en la sección 2.3.2. una adecuada implementación del BSC en una organización, trae múltiples beneficios como plantear o redefinir los objetivos, aclarar la estrategia, mejorar la comunicación y obtener Feedback sobre la implementación de la estrategia, adicionalmente, se ha identificado que en una institución de salud cuando el BSC es correctamente diseñado e implementado trae beneficios adicionales como:

- Este modelo ayuda a alinear los recursos de la organización no solo a mejorar los resultados financieros, si no los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes
- Facilita evaluar y monitorear la implementación de la estrategia.
- Desarrolla un sistema de medición y reportes que valora el progreso y éxito de la estrategia.
- Su estructura facilita la comprensión de una estrategia en comparación con otros detallados y complejos planes estratégicos.
- Alinea a la organización dentro de una estrategia más centrada en el mercado y enfocada en el consumidor (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002)
- Dirige la asignación de recursos para desarrollar nuevos productos y servicios para obtener clientes y mejorar su acceso a servicios de salud (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002)
- Ayuda a la organización a mejorar su ventaja competitiva en el mercado, sus resultados financieros y la satisfacción de los clientes (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002)
- La adopción del BSC ha incrementado la necesidad de información válida, comprensiva y oportuna (Zelman, Pink, & Matthias, 2003).

Bob McDonald (2012), en su artículo sobre el uso del BSC en instituciones de salud, concluye que su uso ofrece múltiples beneficios, entre los cuales están incluidos:

1. Provee una foto o imagen de cómo está funcionando la organización, la cual es fácilmente entendible y fortalece la comunicación entre los grupos claves de Stakeholders.
2. Permite a la organización tener un sistema de alerta temprana antes de que la organización empiece a tener resultados financiero negativos.
3. Para instituciones de salud sin ánimo de lucro, el BSC es adaptable y evita sobre enfocarse en medidas financieras mientras la organización responde a demandas crecientes de calidad y satisfacción de los pacientes.
4. El proceso fomenta a la organización a clarificar y ganar consenso sobre la estrategia.
5. Incrementa la credibilidad de los administradores con los miembros de la junta
6. Las cuatro perspectivas dan a los ejecutivos y a los líderes de equipo una estructura para la toma de decisiones.
7. Ayuda a establecer prioridades mediante la identificación, racionalización y alineación de iniciativas. Los ejecutivos pueden enfocar su atención los

trabajadores pueden entender más fácilmente el valor de su trabajo y como este se relaciona con los objetivos estratégicos de la organización.

8. Une la estrategia con la asignación de recursos y tienen un efecto que despolitiza el presupuesto ya que los empleados entienden los objetivos estratégicos.
9. Fomenta una mejor contabilidad, especialmente cuando esto está unido a planes de incentivos para los administradores.
10. Fomenta un proceso de aprendizaje y mejora continua.
11. Puede añadir la perspectiva del cliente/usuario y retroalimentar a los directivos para fortalecer y hacer un marketing más costo-efectivo.
12. La organización puede ajustar operaciones internas y revisar las estrategias si es necesario.
13. El proceso puede energizar los Stakeholders internos de la organización.
14. Debido a que se presta más atención a los pacientes, la relación con los pacientes se puede fortalecer.
15. Puede incrementar la lealtad de pacientes y empleados, aumentando el retorno de valor.

2.5.3 Razones por las cuales implementan el BSC en una IPS

Inamdar y Kaplan (2002), señalan que el BSC ha sido ampliamente instaurado en instituciones de salud como respuesta a: cambios constantes del entorno, presiones financieras, entrada de nuevos competidores, mayores expectativas de los clientes, mayor regulación gubernamental, aparición de nuevas tecnologías y en general la necesidad de una mejora administrativa que intervenga en todos los aspectos críticos tanto de la parte financiera y administrativa como de la parte asistencial y operativa.

Kollberg y Elg (2010) señalan que el BSC ha sido implementado en Instituciones de Salud principalmente con el fin de mejorar la calidad del servicio y por presiones externas (por ejemplo, presiones financieras), que motivan la búsqueda de herramientas para ser más eficientes en la prestación de servicios de salud.

2.6 OTROS MODELOS DE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

2.6.1 Dirección estratégica de Mintzberg

El modelo que presenta Henry Mintzberg (1997, págs. 60-68) está conformado por 5 etapas, las cuales se presentan a continuación:

- I. Establecimiento de la Misión
 1. Definición del negocio
 2. Objetivos de Largo plazo
- II. Revisión del ambiente externo
 1. Ambiente industrial (modelo de las cinco fuerzas de Porter)
 2. Macro ambiente (factores políticos, económicos, socioculturales y tecnológicos)
 3. Evaluación de fuerzas y debilidades
- III. Revisión del ambiente interno
- IV. Definición de estrategias empresariales
- V. Programas integrados

Según lo describe Mintzberg, en el *establecimiento de la misión* se describe el carácter y el concepto de las actividades que va a realizar la organización, estableciendo aquello que la organización piensa hacer, para quien lo hará, los fundamentos filosóficos que guiarán su actuación y los objetivos de largo plazo, que describen lo que la organización quiere llegar a ser en el futuro (Mintzberg, Quinn, & Voyer, 1997, págs. 60-63).

En la *revisión del ambiente externo*, que según considera Mintzberg (1997), debe ser previo al análisis interno para no generar prejuicios en el observador, se inicia realizando un análisis del ambiente de la industria como lo detalla Porter en el modelo de las cinco fuerzas (Porter, 1980, págs. 3-33). Seguido de un análisis del macro ambiente, donde se identifican los factores políticos, económicos, sociales y tecnológicos (PEST) que afectan el funcionamiento de la organización y de una evaluación de oportunidades y amenazas que sirven para establecer los desafíos que debe enfrentar la organización (Mintzberg, Quinn, & Voyer, 1997, págs. 63-64).

La *revisión del ambiente interno* consiste en identificar las fuerzas y las debilidades de la organización, para esta etapa Mintzberg (1997) recomienda utilizar la cadena de valor de Porter. Adicionalmente se debe realizar un análisis financiero donde se revisan completamente las razones de los estados financieros existentes o proyectados en caso que sea una organización nueva. En este paso se suelen revisar razones de apalancamiento, liquidez, actividad, rentabilidad y el flujo de efectivo (Mintzberg, Quinn, & Voyer, 1997, págs. 64-67).

Para la *definición de estrategias empresariales*, Mintzberg (1997, pág. 67) señala que se requiere un proceso de cinco (5) pasos:

1. Definir y determinar los campos estratégicos que afectan el rumbo de la organización.
2. Establecer estos por orden de prioridad.
3. Determinar la fuerza motriz de la organización.
4. Identificar los cambios que se deben presentar cuando se señala un rumbo nuevo.
5. Formular una definición de estrategia que establezca un rumbo claro para la organización.

Los campos o áreas estratégicas son los factores centrales que influyen en el rumbo de la organización y la fuerza motriz “es el campo estratégico que determina en primera instancia el alcance de los productos/servicios y mercados a futuro” (Mintzberg, Quinn, & Voyer, 1997, pág. 67). Los campos estratégicos pueden ser: los productos ofrecidos, los mercados servidos, el rendimiento/utilidad, la tecnología, la capacidad de producción, la capacidad de operaciones, el método de distribución/ventas y los recursos naturales (Tregoe, Zimmerman, Smith, & Tobia, 1989, págs. 45-49, 209-214).

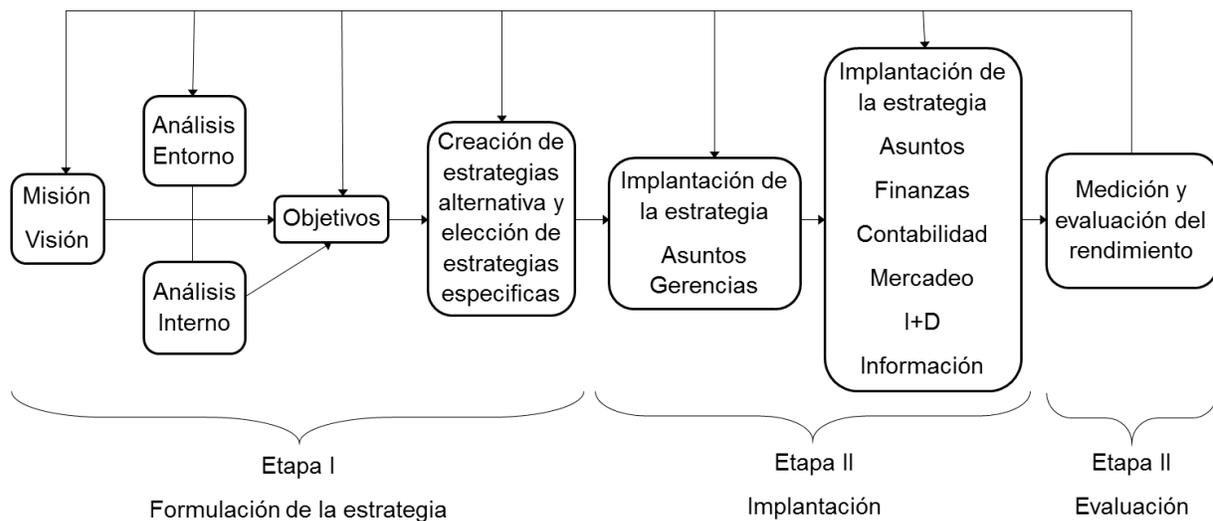
Y finalmente, en la etapa de *procesos integrados* se busca lograr que la estrategia se ponga en práctica, traduciendo los objetivos en actividades y resultados específicos. Se recomiendan siete pasos para identificar y documentar los programas integrados (Below, Morrissey, & Acomb, 1987):

1. Identificar los resultados necesarios para alcanzar cada uno de los objetivos a largo plazo.
2. Seleccionar entre cinco y diez resultados críticos para alcanzar el objetivo a largo plazo.
3. Llegar a un consenso (en cuanto a viabilidad, integridad, etc.) de cada uno de los programas integrados.
4. En el caso de cada programa integrado, llegar a un consenso sobre lo que se necesita, y documentarlo en cuanto a resultados, calendarios, recursos, responsabilidad y mecanismos de retroinformación. La mejor manera de hacerlo es crear una tabla para cada uno de los objetivos a largo plazo con cinco columnas que correspondan a los cinco elementos.
5. Invitar a la revisión y a los comentarios por parte de los niveles de la administración que aplicaran estos programas.
6. Completar la documentación final de los programas integrados (es decir, escribir el plan y los programas).
7. Implantar y evaluar (trimestralmente) los programas.

2.6.2 Dirección estratégica de Fred

Para Fred (2003, págs. 5-6) las etapas del proceso de dirección estratégica se pueden ver como aparece en la ilustración 13:

Ilustración 13 Modelo de dirección Estratégica de Fred



Fuente: Adaptado del libro Conceptos de administración Estratégico de Fred (2003)

Para Fred (2003, págs. 5-6) el proceso de gerencia estratégica se divide en tres grandes etapas: la Formulación de la estrategia, su implantación y su respectiva evaluación.

Dentro de la etapa de la *formulación de la estrategia* Fred (2003, págs. 5-6) incluye la creación de la misión y visión, realizar el análisis interno y externo de la organización, establecer objetivos a largo plazo, diseñar estrategias alternativas y seleccionar las estrategias a desarrollar.

Posteriormente en la etapa de la *implantación de la estrategia*, se establecen los objetivos anuales, se diseñan políticas, se alinea el personal y se asignan recursos para poner en acción la estrategia desarrollada, Fred considera esta etapa como la más complicada del proceso de dirección estratégica y señala que requiere disciplina, compromiso y sacrificio.

Finalmente, en la etapa de la *evaluación de la estrategia*, se valida si la estrategia funciona como se esperaba. Esta fase es necesaria, ya que las estrategias constantemente se deben estar ajustando y existen tres actividades fundamentales a desarrollar en esta etapa (Fred, 2003, pág. 6):

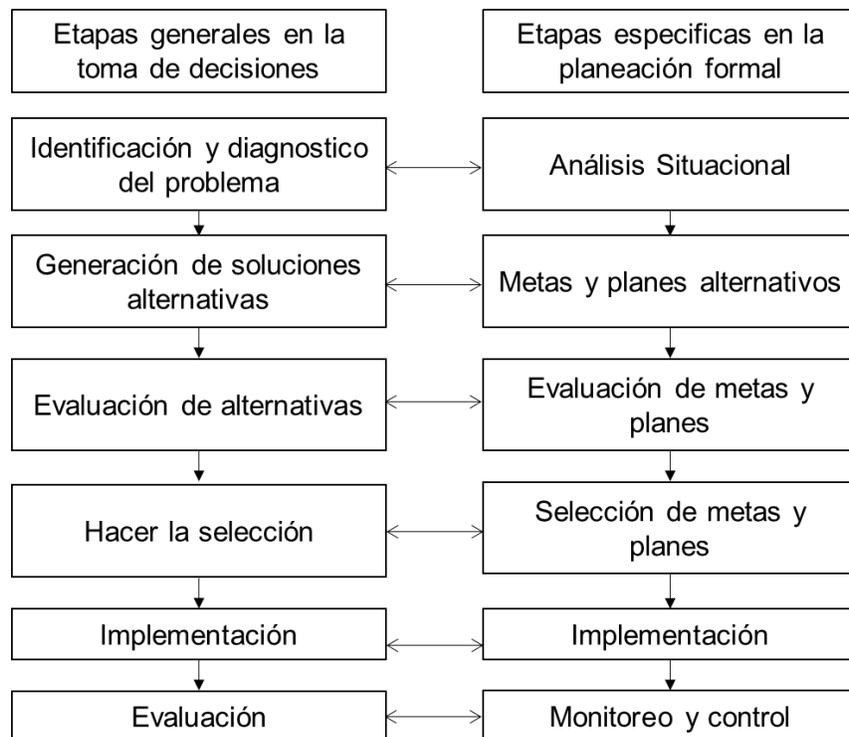
1. La revisión de los factores externos e internos en que se basaban las estrategias actuales.
2. La medición del rendimiento.
3. La toma de medidas correctivas.

2.6.3 Planeación estratégica de Bateman y Snell

Este modelo fue propuesto por Bateman y Snell (2001) en su libro *Administración una Ventaja competitiva* donde explica en el capítulo tres el proceso para la toma de decisiones y en el capítulo cuatro los pasos específicos de la planeación.

Debido a que la planeación es un proceso de toma de decisiones, existe una relación entre los pasos de estos dos procesos, la ilustración 14 muestra los pasos de la planeación y sus contrapartes del proceso de toma de decisiones.

Ilustración 14 Dirección estratégica Bateman & Snell



Fuente: Tomado de Bateman & Snell (2001, pág. 131)

El paso uno, *análisis situacional* consiste en “que los planeadores deben recopilar, interpretar y resumir toda la información relevante para el aspecto de la planeación en cuestión” (Bateman & Snell, 2001). Para lo cual se investiga la historia de la organización, la situación actual, las fuerzas internas y las influencias externas.

En el segundo paso se establecen *metas y planes alternativos*, basados en el análisis situacional. Los planes alternativos deben ser acciones efectivas que contribuyan a alcanzar las metas establecidas, las cuales deben ser retadoras y realistas.

El paso tres, *evaluación de metas y planes*, consiste en evaluar las ventajas, desventajas y el aporte de cada meta y plan alternativo, los cuales pueden ser modificados o eliminados. Se deben jerarquizar las metas y considerar las implicaciones de planes alternativos (Bateman & Snell, 2001, pág. 133).

Posteriormente, se realiza la *selección de metas y planes* por el responsable de planeación basado en criterios de factibilidad y pertinencia. Se deben establecer prioridades y ajustar metas y planes.

El siguiente paso es la *implementación* de los planes diseñados para alcanzar las metas establecidas. Es un paso muy importante porque se debe garantizar que el plan se ponga en funcionamiento tanto por gerentes como por empleados. Este paso es más sencillo si en los anteriores se han involucrado las diferentes áreas de la organización y más efectivo si se desarrollan sistemas de recompensas y presupuestos (Bateman & Snell, 2001, pág. 133).

Finalmente, está el paso de *monitoreo y control* que a pesar de ser muchas veces ignorado es esencial para tomar acciones correctivas cuando los planes no funcionen de la manera como se esperaba (Bateman & Snell, 2001, pág. 134).

2.6.4 Modelo de McNair, Lynch y Cross

McNair, Lynch y Cross (1990) proponen un modelo denominado la pirámide de resultados, la cual consta de 3 niveles: en el primer nivel en orden descendente están las unidades de negocio, debajo las áreas operativas y en la base de la pirámide los centros de actividad o departamentos, estos tres niveles sostienen la visión de la organización tal como aparece en la ilustración 15.

Ilustración 15 Pirámide de resultados



Fuente: Adaptado de McNair, Lynch y Cross (McNair, Lynch, & Cross, 1990).

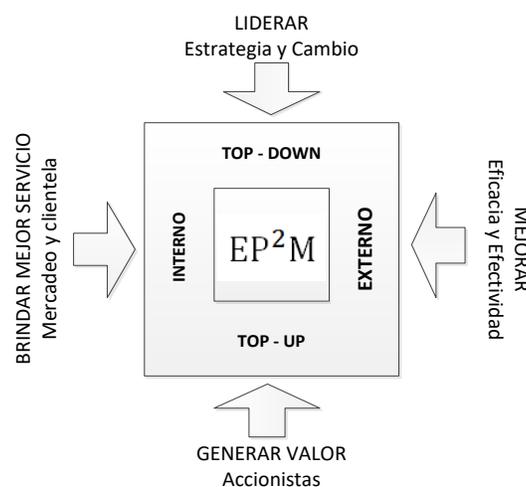
Para este modelo es clave contar con indicadores tanto financieros como no financieros para los diferentes niveles de la organización, de igual manera es primordial el flujo de información en ambos sentidos y la comunicación entre las áreas que conforman los tres niveles de la pirámide.

Las unidades de negocio son las que formulan la visión de la organización y establecen tanto los objetivos globales como los específicos de los otros dos niveles. Las áreas de actividad y los departamentos son el corazón o la base de la organización ya que son estas actividades las que generan valor para la organización y las áreas operativas según la concepción del autor son las que hacen el trabajo administrativo y son el enlace entre las unidades de negocio y los departamentos (McNair, Lynch, & Cross, 1990).

2.6.5 EP2M (Effective progress and performance measurement)

El modelo Effective progress and performance measurement (Medición eficaz del avance de los resultados) planteado por Adams y Roberts (1993) establece cuatro aspectos claves para el éxito empresarial, sugiere su análisis por separado y una constante revisión y ajuste de cada uno de ellos. Los cuatro aspectos son los que aparecen en la ilustración 16:

Ilustración 16 Modelo EP2M



Fuente: Tomada de Adams y Roberts (1993)

En la parte superior se ubica la estrategia de la organización como elemento esencial y punto de referencia para la dirección de la empresa y la gestión del cambio. En la parte inferior se analiza la generación de valor que es un punto clave para los intereses del accionista y a nivel interno la eficacia y la eficiencia de los procesos constituye otro punto crucial junto con la satisfacción del cliente y la situación del entorno de la organización (Adams & Roberts, 1993).

Este modelo se centra en el análisis de la evolución de los indicadores y al igual que el modelo de McNair establece la comunicación entre las diferentes unidades de responsabilidad como elemento clave para el éxito.

2.6.6 Modelo IAM (Intangible Assets Monitor)

Este modelo fue planteado por Sveiby (1998) y da gran importancia a la medición de los activos intangibles de la organización, que según menciona el autor es uno de los recursos más valiosos para el éxito y ofrece un sencillo esquema para la visualización y el seguimiento de los indicadores más relevantes. Sveiby (1998) afirma que los activos intangibles son la diferencia entre el valor de las acciones en el mercado y su valor en libros. Dicha diferencia se debe a que los inversionistas crean sus propias expectativas del valor de la organización debido a la existencia de los activos intangibles.

Este modelo clasifica los activos intangibles en las siguientes tres categorías (Sveiby, 1998):

- b) Competencias de las personas: En este aspecto se incluyen características de las personas dentro de la organización, tales como la capacidad de planificar, producir, vender, su educación, experiencia, habilidades y el 'know how' que tengan con respecto a los procesos de la organización.
- c) Estructura interna: Es el conocimiento estructurado de la organización, como los procesos que ya están implantados, las patentes, los modelos de trabajo, sistemas de información, cultura organizacional y los miembros que se encargan de mantener dicha estructura.
- d) Estructura externa: En esta perspectiva se incluyen las relaciones tanto con clientes como con proveedores, el posicionamiento de la marca y la imagen y reputación de la organización.

Para el autor los miembros de la organización, son el elemento principal en las organizaciones ya que son los que configuran la estructura tanto interna como externa. Para el análisis de estas perspectivas Sveiby (1998) plantea tres tipos de indicadores para cada una de las categorías mencionadas respectivamente:

- a) Indicadores de crecimiento e innovación
- b) Indicadores de eficiencia
- c) Indicadores de estabilidad

Algunos de los indicadores propuestos para este modelo aparecen en la Tabla 11.

Tabla 10 Modelo IAM

	COMPETENCIAS	ESTRUCTURA INTERNA	ESTRUCTURA EXTERNA
Indicadores de crecimiento/innovación	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia • Nivel de educación • Costo de formación • Rotación 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversiones en nuevos métodos y sistemas de información • Nuevos procesos implementados 	<ul style="list-style-type: none"> • Rentabilidad por clientes • Crecimiento Orgánico
Indicadores de Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de profesionales • Valor añadido por profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción del personal de apoyo • Ventas del personal de apoyo • Medidas de clima organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de los clientes • Índice de calidad de los bienes o productos • Ventas por clientes
Indicadores de estabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Edad media • Antigüedad • Posición remunerativa relativa • Rotación de profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la organización • Rotación del personal de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de grandes clientes • Ratio de clientes fieles • Participación del mercado

Fuente: Adaptado de *The Intangible Assets Monitor (Sveiby, 1998)*.

2.6.7 Modelo Navigator de Skandia

Este modelo de gestión fue descrito por Edvinson (2003) y su equipo de trabajo, quienes laboraban en ese entonces para Skandia, una multinacional sueca de seguros y servicios financieros. Los directivos de esta empresa junto con el informe anual, anexaban un documento para su revisión por parte de los accionistas que incluye el denominado Business Navigator, el cual es una especie de cuadro de mando conformado por cinco perspectivas: Financiera, renovación y desarrollo, clientes, recursos humanos y procedimientos (Edvinsson & Malone, 2003).

Edvinson (2003) da una gran importancia a los activos intangibles en su modelo y señala que para poderlos gestionar es necesario hacerlos visibles a través de indicadores.

El Navegador de Skandia parte de la premisa de que el valor de mercado de la empresa está integrado por el capital financiero y el Capital intelectual. Donde este último está integrado por (Edvinsson & Malone, 2003):

- Capital humano: Mide aspectos como conocimientos, habilidades, actitudes y demás características y cualidades de los miembros de la organización. Algunos indicadores utilizados aquí son número de empleados, Nivel de escolaridad, entre otros.
- Capital estructural: Conocimientos implícitos en la organización, conformados por tres elementos:
 - a) Clientes
 - b) Procesos
 - c) Capacidad de innovación

Este modelo se caracteriza por incorporar elementos no financieros, lo cual da a los directivos una visión más amplia de la empresa y de la manera cómo funciona, brindando una mayor capacidad predictiva. A demás sirve como base para la gestión de los activos intangibles.

2.6.8 Modelo SIGER

El Sistema Integrado de Gestión de la Estrategia y de los Resultados (SIGER) es un modelo propuesto por López (2002) con el fin de solucionar determinados problemas en la gestión estratégica, el autor señala que previo a la implementación de este modelo es necesario haber cumplido unas etapas previas que son: Definición de la estrategia, comunicación de la estrategia y alineación de la misma con los objetivos personales de los miembros de la organización. Posteriormente y también como elemento crucial se deben establecer indicadores asociados a las variables de empresa, que permitan analizar sus diferentes procesos y que estén relacionados con la estrategia. De esta manera se asegura la implantación del SIGER como modelo para la gestión estratégica y como instrumento para el seguimiento de la alineación del personal con los objetivos propios de la organización.

2.6.9 Modelo de la EFQM (European Foundation for Quality Management)

Este modelo ha sido usado por alrededor de 30.000 empresas en Europa, constituye un marco de referencia para la gestión organizacional, destacando la cultura de la innovación, tanto en los procesos de la operación como en los procesos de dirección y gestión (EFQM, 2012). El esquema de este modelo se basa en la gestión de la calidad total, en la generación de estrategias enfocadas a los clientes, a la mejora, al aprendizaje continuo, al liderazgo, promoción de personal, desarrollo de competencias claves y evaluación de los resultados. Las etapas del direccionamiento estratégico en este modelo son la que se aparecen en la ilustración 17.

Ilustración 17 Modelo EFQM



Fuente: Tomado de *An Overview of the EFQM Excellence model* (EFQM, 2012, pág. 6)

Según la lógica de este modelo una organización debe:

- Determinar los *resultados* que pretende lograr como parte de su estrategia.
- *Planear y desarrollar* un conjunto de estrategias para lograr los resultados requeridos.
- *Desplegar* las estrategias de manera sistemática para asegurar su implementación.
- *Evaluar y Refinar* las estrategias desarrolladas con base en el monitoreo y análisis de los resultados logrados y a las actividades de retroalimentación.

2.7 FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO (FCE)

2.7.1 Definición

El término Factores Críticos de Éxito (FCE) ha sido utilizado en las ciencias administrativas por múltiples autores, dos de los primeros en abordar este tema son Daniel (1961) y Rockart (1979). Daniel, aunque no utilizó propiamente el término FCE, realizó una amplia investigación acerca de los elementos críticos que se deben garantizar para alcanzar el éxito en la estrategia de una organización. Rockart en su artículo *Chief executives define their own data needs* (1979), fue el primero en utilizar como tal el término Factores Críticos de Éxito.

Según lo define Rockart (1979), los FCE son las áreas o campos en los cuales, si no son satisfactorios los resultados, no se podrá asegurar el desempeño competitivo de la estrategia de la organización. Es decir, aquellos aspectos, elementos o decisiones que los gerentes deben considerar para maximizar la probabilidad de tener éxito en su estrategia.

Estas áreas de actividad son críticas para alcanzar los objetivos de la organización, por lo cual los directores deben tener la información apropiada para conocer su comportamiento y así poder determinar qué acciones tomar para garantizar los resultados esperados.

Rockart (1979) señala que existen principalmente cuatro fuentes de FCE:

- FCE de la Industria, son los que determinan las características de la industria en la que compete la organización.
- FCE de la estrategia, la posición en la industria y la localización geográfica. Existen FCE que son propios de la organización, dependiendo su historia, estructura y posicionamiento,
- FCE del ambiente, son aquellos factores relacionados a los cambios políticos, las fluctuaciones de la economía, la población y los cambios en otras instituciones.
- FCE temporales, son aquellas áreas de actividad críticas para el éxito de una organización durante un determinado periodo de tiempo.

Identificar los FCE permite a la organización enfocar sus recursos y sus esfuerzos para fortalecerlos o incluso evaluar si realmente tiene la capacidad para garantizar esos FCE.

Con base en las anteriores definiciones, se puede suponer que algunos FCE para la implementación del BSC podrían ser:

- Apoyo de la alta gerencia en la implementación del BSC
- Sistemas de información flexibles que permitan extraer fácilmente indicadores.
- Sistemas de compensación asociados al cumplimiento de objetivos.

2.7.2 Métodos para la Identificación de los FCE

En otros estudios se han planteado preguntas similares a la de esta investigación tales como: ¿Qué diferencia a las organizaciones que tienen procesos de planeación estratégica exitosos de las que no?, ¿existen acciones comunes que caracterizan las empresas donde ha sido exitosa la implementación y adopción del BSC como modelo de gestión? Para dar respuesta a este tipo de preguntas, las investigaciones realizadas han utilizado diferentes metodologías, tales como las que se presentan a continuación:

Olarte y García (2009), por ejemplo, recopilaron información acerca de los principales obstáculos en el proceso de implementación del BSC y las recomendaciones a tener en cuenta descritas por los autores más representativos en el tema (Norton, Kaplan, Niven, entre otros) y junto con información documentada de procesos de implementación exitosos, proponen nueve FCE, para los cuales mide su importancia y el grado en que afectan el éxito del BSC en instituciones colombianas mediante un análisis cualitativo (Olarte & Garcia, 2009). El método de análisis fue la entrevista, apoyada con un cuestionario, mediante el cual validó con 11 voluntarios de empresas que implementaron el BSC, que tan importante consideraban que era cada uno de los factores planteados por el autor para lograr el éxito del BSC y sabiendo cuales empresas habían tenido éxito con este modelo de gestión se formularon las conclusiones de la investigación.

Rockart (1979) propone establecer los FCE entrevistando a los ejecutivos de más alto nivel en el negocio, indagando acerca de que hace falta o que se debe tener en cuenta para ser exitoso en el mercado que se desempeña la organización. El método desarrollado por Rockart (1979) en conjunto con su equipo de investigación del MIT, consta de una serie de entrevistas que requieren de un tiempo aproximado en total de tres a seis horas, en la cuales el investigador debe explicar el método y obtener la información que requiere. Este método usualmente requiere de dos a tres sesiones de entrevistas separadas. En la primera sesión se registran los principales objetivos de los ejecutivos y se discuten los FCE asociados a esos objetivos. Esta relación entre los objetivos y los FCE es discutida para determinar en conjunto que factores deben ser combinados o eliminados, para tener un listado preliminar. En la segunda sesión se revisan los resultados de la primera con el fin de obtener un acuerdo final de los FCE, para esta sesión es necesario que el investigador haya realizado el análisis previo de cada factor, haya realizado una categorización y diagramación de los mismos y adicionalmente debe asociar una serie de indicadores que permitan ver el estado de estos FCE.

Pinto (2000) sugiere utilizar dos matrices para determinar tanto los FCE como los procesos esenciales para garantizar el éxito de la organización. Para identificar los FCE, Pinto, propone inicialmente establecer las influencias dominantes, las cuales no deben ser si no de una o dos palabras máximo, estas influencias pueden ser internas y externas, y estas a su vez pueden ser positivas o negativas. Algunas influencias dominantes pueden ser: proveedores, clientes, empleados, gobierno, sindicatos, entre otras. Posteriormente, se deben identificar los FCE, para la cual recomienda agrupar las influencias dominantes y traducirlas en acciones que se

deben realizar para lograr la misión. Una vez determinados los FCE se deben ponderar para determinar el peso relativo frente a los demás, para ello se realiza una matriz como la que aparece a continuación:

Ilustración 18 Ponderación de FCE

	FCE1	FCE2	FCE3	FCE4	FCE5	FCE6	FCE7	FCE8	Sumatoria	Ponderado
FCE1	X	0	1	0	0	0	1	1	3	.11
FCE2	1	X	1	0	1	1	1	1	6	.22
FCE3	0	0	X	1	1	0	1	0	3	.11
FCE4	1	1	0	X	0	1	1	0	4	.14
FCE5	1	0	0	1	X	1	1	1	5	.18
FCE6	1	0	1	0	0	X	1	1	4	.14
FCE7	0	0	0	0	0	0	X	1	1	.03
FCE8	0	0	1	1	0	0	0	X	2	.07

Fuente: Tomado de Pinto (2000, pág. 86)

En esta matriz se ponen los FCE identificados tanto en las columnas como en las filas, posteriormente se deben ir recorriendo los FCE de cada una de las filas y comparándolos con cada uno de los FCE asociados en cada columna. Si el factor crítico de éxito de la fila es más importante que el de la columna para alcanzar el éxito de la estrategia, se debe diligenciar un uno, si es más importante el FCE de la columna que el de la fila se debe diligenciar un cero en la celda que intercepta la fila y la columna. Finalmente se suman las filas y se obtiene un ponderado dividiendo la suma de cada fila con la sumatoria de todas las filas. Los factores con más alta ponderación serán aquellos a los que los directivos deberán prestar mayor atención para alcanzar los resultados esperados (Pinto, 2000).

Bullen y Rockart (1981), proponen un método similar al que vimos anteriormente, propuesto por Rockart (1979), el cual está conformado por los pasos que se mencionan a continuación:

1. Se deben entrevistar al top 10-20 de los ejecutivos más influyentes en las decisiones de la organización usando el procedimiento de entrevista que se describe a continuación. En el cual se determinan los FCE que considera cada uno de los ejecutivos y si el tiempo alcanza, se establecen las medidas o indicadores asociados a cada FCE.

Para realizar la entrevista es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. **Objetivos de la entrevista:** Debido a que el entrevistador generalmente solo tendrá una oportunidad, la entrevista debe estar muy bien diseñada para que el investigador reúna toda la información que necesita. Para esta metodología la entrevista debe tener los siguientes objetivos:

- Comprender el contexto de la organización, además de su misión, visión y valores.
- Entender las metas, objetivos y estrategias de la organización
- Explicitar los FCE y sus indicadores
- Asistir a los ejecutivos para comprender realmente cuales son los FCE de la organización.

b. Preparación de la entrevista

La preparación de la entrevista es un paso de primordial importancia para garantizar el éxito de este método. Razón por la cual Bullen y Rockart (1981), establecen las siguientes recomendaciones:

- Leer y estar familiarizado con otras investigaciones donde utilizan el método de FCE, de tal manera que se cuente con ejemplos para explicar al entrevistado la naturaleza y finalidad de los FCE.
- Estar ampliamente familiarizado con la industria, con las fuerzas competitivas, los retos, tendencias y situación actual.
- Analizar las compañías que van a ser estudiadas, mediante información que sea de carácter público, tal como informes anuales, reportes, historias, entre otros, si es posible se debe estudiar su estrategia, problemas, oportunidades y recursos, todo esto con el objetivo de conducir de una manera más inteligente y pertinente la entrevista realizada.
- Es recomendable que antes de la entrevista, el ejecutivo de más alto nivel en la organización envíe una carta o correo a las personas que van a ser entrevistadas, explicando el propósito de la misma, esto con el fin de que ambas partes vayan preparadas para el tema que se va a abordar y de esta manera fluya mejor la investigación.
- Iniciar las entrevistas con el ejecutivo de más bajo nivel en la organización, de tal manera que el investigador se vaya preparando para tener una mejor entrevista con los ejecutivos de alto nivel, de esta manera habrá una mayor fluidez y discusión que permitirán identificar de una manera más acertada los FCE de la organización.
- Estudiar los métodos y técnicas de entrevista en un escenario interpersonal, lo cual puede ayudar significativamente al éxito de la entrevista.

c. Procedimiento de la entrevista

Bullen y Rockart (1981) señalan que una vez preparada la entrevista hay una serie de pasos que se deben seguir:

- **Apertura de la entrevista:** En esta etapa se da una breve introducción del método de los FCE con el fin de comprobar el grado de entendimiento de este concepto por parte del entrevistado y se deben explicar cuáles son los temas que se van a abordar durante la entrevista.
- **Descripción de la misión y el rol del entrevistado:** Este paso consiste en conocer mejor al entrevistado, su empresa, su función y sus objetivos. Esto es importante porque dependiendo del rol de funcionario, la percepción de los FCE de la organización puede variar.

- **Discusión de los objetivos:** En este punto básicamente, es necesario conocer los objetivos o metas tanto de la organización como del funcionario al que se le está realizando la entrevista.
 - **Definición de los FCE:** A partir de los objetivos señalados es necesario empezar a establecer una serie de FCE que permitan el cumplimiento de objetivos señalados, para determinar estos FCE se puede formular una pregunta de esta manera: ¿Qué campos, áreas o actividades considera usted que son FCE para que la estrategia adoptada en su organización sea exitosa?
 - **Priorización de los FCE:** Una vez definidos los FCE es necesario priorizarlos, categorizarlos y agruparlos, de tal manera que queden solo aquellos FCE que son relevantes para la organización.
 - **Determinar medidas e indicadores:** Si el tiempo lo permite es muy útil determinar medidas para los FCE e identificar las fuentes de estos indicadores.
2. Se realiza el análisis individual de las entrevistas realizadas. Los FCE deben ser graficados en una matriz, para identificar cuales factores fueron señalados por varios ejecutivos y de esta manera tener una aproximación a los FCE de la organización.
 3. Los FCE, graficados en el anterior paso, deberán indicar una o más bases de datos y sistemas de información que es indispensable priorizar para obtener indicadores que den cuenta de los FCE y satisfagan las necesidades de información de los directivos.
 4. Se deben repetir constantemente los anteriores pasos para mantener actualizados los FCE de la organización.

Finalmente, uno de los métodos más completos y estructurados para la identificación de los FCE es el propuesto por Caralli (2004), que básicamente se conforma de 5 etapas:

1. Definir el alcance
2. Recopilar información
3. Analizar la información
4. Derivar los FCE
5. Analizar los FCE

Cada una de estas actividades son necesarias para establecer un conjunto de FCE, dichas actividades se explican en detalle a continuación:

Actividad 1: Definir el alcance de los FCE

En esta actividad es necesario establecer cuál es el proceso, estrategia o unidad organizacional para la cual se van a establecer los FCE, cual es el objetivo de identificar los FCE y con base en lo anterior, se deben definir quiénes van a ser las personas que van a participar en la investigación. Este punto es muy importante, ya que es necesario definir correctamente el alcance y las personas que van a participar en la investigación, puesto que la principal información para definir los FCE proviene del personal que trabaja para la organización (Caralli, 2004).

Actividad 2: Recopilar información

Esta actividad básicamente consiste en recopilar y revisar información crítica sobre el proceso, la organización o estrategia que se va a estudiar, para lo cual se deben utilizar las diferentes técnicas de investigación tales como la revisión bibliográfica, la revisión de informes y reportes, la encuesta y la entrevista, de tal manera que la información recopilada permita acercarse a la identificación de los FCE. Adicionalmente la información recopilada se debe organizar sistemáticamente para que pueda ser analizada más fácilmente por el investigador. Una vez la información ha sido organizada y validada debe ser analizada e incorporada en los FCE (Caralli, 2004).

Actividad 3: Analizar la información

El propósito de esta actividad es categorizar y analizar la información obtenida en el punto anterior que puede ser utilizada para derivar los FCE. Este análisis debe ser realizado con el objetivo de evitar los sesgos que se puedan presentar y eliminar la ambigüedad de la información (Caralli, 2004). Para la ejecución de este proceso, el autor, ha creado dos conceptos importantes, la declaración de actividades y los temas de apoyo. La declaración de actividades refleja lo que los directores hacen o creen que deben hacer para garantizar el éxito, algunas de estas declaraciones de actividad podrían ser:

- Cumplir con la regulación vigente
- Aumentar las ventas en un 10%
- Centrarse en las necesidades del cliente
- Entrenar al personal

Estas declaraciones de actividad se pueden obtener de la misión y visión de la empresa, de los objetivos de los directores, de la encuestas y entrevistas realizadas, entre otros.

Los temas de apoyo, en esencia, son una primera aproximación a los FCE. Los temas de apoyo son una agrupación de las declaraciones de actividad y son obtenidos a partir de un análisis de las mismas.

Actividad 4: Derivar los FCE

Los FCE deben ser derivados más que creados. Según la experiencia del autor los FCE se pueden derivar fácilmente de los temas de apoyo. Los FCE deben ser enunciados breves de tal manera que sean fácilmente recordados y comunicados.

Una vez han sido desarrollados los temas de apoyo, es importante realizar un ejercicio de agrupación de afinidad, en el cual se deben crear grupos de temas de apoyo similares, que después se convertirán en FCE. Esto se debe realizar ya que pueden existir temas de apoyo que estén muy relacionados entre sí. El ejercicio de agrupación de afinidad puede ayudar a corregir errores cometidos en pasos previos.

Los FCE son derivados de uno o más temas de apoyo y son representativos de las declaraciones de actividad y de las agrupaciones de afinidad que los precedieron (Caralli, 2004). Obtener los FCE es una habilidad que se gana con la práctica.

Actividad 5: Analizar los FCE

En este punto se deben realizar diferentes tipos de análisis a los FCE, tales como el análisis de afinidad, en el cual se evalúan temas como ¿Cuáles son las áreas o departamentos que más influyen en el logro de los FCE? ¿Cuáles son los procesos que más afectan los FCE? ¿Qué medidas o indicadores se deben utilizar para evaluar los FCE? La flexibilidad de los análisis de afinidad permite evaluar todas estas preguntas a través de una matriz de comparación, donde se determinan y analizan las relaciones de los FCE con los demás elementos de la organización (Caralli, 2004).

Cómo se vio en los anteriores métodos, indagar a los altos ejecutivos es por excelencia la mejor forma para identificar los FCE, puesto que todo buen director de una organización debe conocer implícitamente (o tal vez inconscientemente) los FCE que se deben tener en cuenta para ayudar a cumplir los objetivos de la organización. Mediante el acercamiento y la interacción con estas personas, es posible hacer explícitos los FCE, ya que permite al investigador conocer la percepción de las personas que más están involucradas en el tema y profundizar en los aspectos que son realmente importantes para el estudio.

En ciertas ocasiones, resulta más sencillo identificar los FCE de una estrategia a partir de la percepción de las personas que están encargadas de ejecutarla que de métodos cuantitativos, puesto que frecuentemente estos factores son muy marcados y evidentes en la experiencia de estas personas.

3 DISEÑO, APLICACIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se realizó siguiendo los lineamientos de una investigación exploratoria-descriptiva²¹, con un enfoque analítico y propositivo, que recurre a métodos principalmente cualitativos para la recopilación y tratamiento de la información. Las técnicas utilizadas para la recopilación de los datos fueron: la observación, la revisión bibliográfica, la encuesta y la entrevista.

Se considera una investigación exploratoria y descriptiva en la medida que busca especificar las propiedades importantes del fenómeno de estudio (Dankhe, 1989), en este caso, la dirección estratégica en IPS de primer nivel de atención médica a través de un modelo de gestión como el BSC, para lo cual se evaluaron diversos aspectos de manera independiente con el fin de describir en profundidad el objeto de estudio. En Colombia se han escrito artículos acerca de Factores Críticos de Éxito para la implementación del BSC, sin embargo, no se encontraron artículos que hablen sobre este tema específicamente para las IPS de primer nivel de atención, razón por la cual el carácter exploratorio de esta investigación.

El enfoque utilizado es analítico y propositivo²², puesto que se realizó un análisis de las características y problemas de las IPS de primer nivel de atención, que sumado a la experiencia en la utilización del BSC documentada en múltiples fuentes bibliográficas y evaluada en una serie de encuestas y entrevistas, sirvió para proponer los FCE que se deben tener en cuenta para garantizar la eficiencia y los beneficios de utilizar el BSC como modelo de direccionamiento estratégico en este tipo de instituciones.

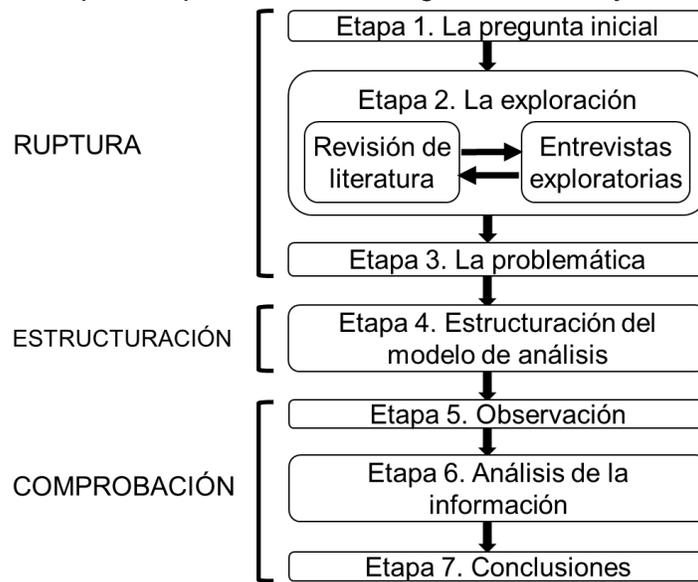
Para el desarrollo general de la investigación se siguieron los principios del procedimiento científico en las ciencias sociales planteados por Quivy & Campenhoudt (2005, pág. 22), que consta de siete etapas como se ilustra a continuación²³.

²¹ Según clasificación establecida por Dankhe (1989) quien define cuatro tipos de investigación: Exploratoria, descriptiva, explicativa y correlacional.

²² El enfoque analítico consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos (Ruiz, 2006, pág. 128) y el enfoque propositivo se caracteriza por partir de un diagnóstico, para establecer unas metas y diseñar unas estrategias para alcanzarlas (Del Rincón, Arnal, La Torre, & Sans, 1995, pág. 25).

²³ Quivy & Campenhoudt (2005, pág. 21) señalan que en la realidad una investigación científica no es tan mecánica, no siempre desarrolla las etapas en orden separado o en la misma secuencia, sin embargo, para fines didácticos se presenta de esta manera.

Ilustración 19 Etapas del proceso de investigación de Quivy & Campenhoudt



Fuente: Quivy and Campenhoudt (2005, Pág. 22)

Con base en esta metodología, el trabajo realizado empieza con la formulación de la pregunta de investigación, la exploración inicial del tema y el planteamiento del problema. En este punto de la investigación se desarrolló el marco teórico y conceptual en el cual se trataron los siguientes temas:

Las características, el entorno y la situación actual de las IPS de primer nivel de atención en Bogotá. Esto a partir de información obtenida de diferentes artículos académicos y fuentes de información como el ministerio de salud, la secretaria distrital, la superintendencia de salud, el banco mundial y la OMS (Organización mundial para la salud).

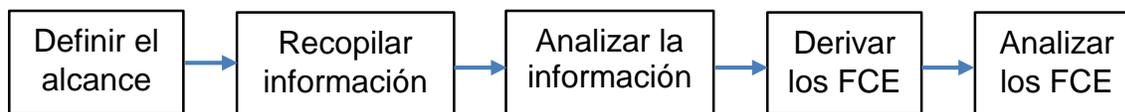
Posteriormente se investigó acerca del concepto de estrategia, direccionamiento estratégico y BSC. También se estudiaron otros modelos de gestión y las experiencias del uso del BSC como modelo de direccionamiento estratégico en Instituciones de salud, evaluando su importancia y pertinencia para este tipo de organizaciones y las razones que llevan a la alta gerencia a implementar un modelo con estas características, acudiendo a artículos académicos de reconocidos autores como Rodgers (2011), Baker (1995), Inamdar (2002) y Chow (1998).

Después de haber revisado el significado del BSC como modelo de gestión y el contexto de las IPS de primer nivel de atención, se explica el concepto de FCE, según las definiciones planteadas por varios autores (Rockart, 1979; Olarte & Garcia, 2009; Pinto, 2000; Bullen & Rockart, 1981; Caralli, 2004) y los métodos propuestos para su identificación.

De los diferentes métodos presentados en la sección 2.7.2. *Identificación de los FCE*, se optó por utilizar el método planteado por Caralli (2004), dado que permite identificar los FCE de una manera práctica, sencilla y confiable a través de una serie de pasos y recomendaciones establecidas por el autor. El método para identificar los

FCE en la estrategia de una organización, según Caralli (2004) consta básicamente de las siguientes cinco etapas:

Ilustración 20 Proceso para identificar los FCE según Caralli (2004)



Fuente: Elaboración propia a partir del planteamiento de Caralli (2004, pág. 46)

En el punto 2.7.2 se explica con un mayor detalle el método de Caralli (2004) para identificar los FCE y en este capítulo se presenta como se desarrolló la investigación, a partir de la metodología propuesta por dicho autor, por lo tanto, siguiendo las etapas de este proceso, tal como aparece en la ilustración 20, se explica a continuación el alcance de la investigación, la estrategia para recopilar la información, cómo fue diseñada la encuesta, cómo se seleccionó la muestra, quiénes participaron en la investigación, cuál es la representatividad y significancia de los datos y cómo se derivaron y analizaron los FCE con base en la información recopilada y finalmente, se presentan los FCE identificados para la adopción del BSC en una IPS de primer nivel de atención en salud y las conclusiones de este estudio.

3.1 DEFINICIÓN DEL ALCANCE

El objeto de estudio o unidad de análisis en el que se enfoca esta investigación son las IPS Privadas establecidas en Bogotá, clasificadas como instituciones de primer nivel de atención por el artículo 6 del acuerdo 20 de 1990 y que prestan sus servicios en la modalidad intramural. Dicho artículo establece la organización para la prestación de servicios de salud, donde el primer nivel de atención está compuesto por unidades básicas y primarias de atención y centros de salud, conformados generalmente por médicos generales, odontólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, promotores de saneamiento y promotores de salud. Este nivel de atención se caracteriza por ofrecer servicios de salud como: consulta de medicina general, consulta de odontología general, vacunación, citologías, toma de muestras, radiología básica, atención inicial de urgencias y programas enfocados a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Los FCE de éxito que se pretenden identificar en esta investigación, son los que se deben tener en cuenta para una exitosa implementación y adopción del BSC en una IPS de primer nivel de atención, de tal manera que se puedan asegurar los beneficios planteados por Norton y Kaplan (1996) al usar este modelo de gestión. Siguiendo la metodología señalada, una vez definido el alcance, se procede con la recopilación de la información.

3.2 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Durante el desarrollo de esta investigación se han estudiado diversos temas relacionados a la situación actual, la gestión y los modelos de gestión utilizados por los directivos de las IPS de primer nivel de atención, lo cual permitió comprender en una mayor profundidad el contexto general de estas organizaciones, su naturaleza, estrategia, retos y desafíos. Lo cual, constituye una valiosa información para empezar a identificar los FCE que se pretenden establecer en esta investigación. Teniendo el contexto de estas organizaciones y un primer acercamiento a los FCE, se procedió a reunir información directamente con las personas involucradas en la dirección de estas organizaciones para validar, definir y analizar los FCE que se deben tener en cuenta para la adopción del BSC como modelo de gestión, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:

3.2.1 Diseño de la entrevista

Todas las metodologías estudiadas en el anterior capítulo para la identificación de los FCE (Rockart, 1979; Olarte & Garcia, 2009; Pinto, 2000; Bullen & Rockart, 1981; Caralli, 2004), señalan que la mejor forma para cumplir este objetivo es indagando a las personas más influyentes en la toma de decisiones de la organización, puesto que todo buen director debe tener implícito en su pensamiento y forma de actuar los FCE necesarios para que la implementación de una estrategia en su organización sea exitosa.

Caralli (2004) señala que para obtener la información necesaria que permita derivar los FCE es necesario revisar documentación crítica y realizar entrevistas a los participantes seleccionados. También señala que se pueden usar simultáneamente otros métodos para recopilar información tales como las encuestas y los cuestionarios, más sin embargo la técnica recomendada es la entrevista puesto que permite discutir y aclarar en una mayor profundidad los FCE (Caralli, 2004, pág. 51).

Para la identificación de los FCE en esta investigación, se optó por utilizar en primera instancia la revisión de informes claves y la entrevista a directores y altos ejecutivos de este tipo de organizaciones, sin embargo, buscando enriquecer la investigación, fue necesario realizar algunas encuestas adicionales a participantes con los que no fue posible agendar una entrevista, lo cual, permitió tener más puntos de vista al respecto para establecer los FCE.

Según Bullen & Rockart (1981), para poder identificar los FCE es necesario que la entrevista cumpla con los siguientes objetivos:

- Comprender el contexto de la organización, además de su misión, visión y valores.
- Entender las metas, objetivos y estrategias de la organización.
- Explicitar los FCE y sus indicadores.
- Asistir a los ejecutivos para comprender realmente cuales son los FCE de la organización.

Con base en estas premisas, se diseñó y utilizó el formato de entrevista que aparece en el Anexo 1 de este documento. En donde se cuestionó sobre las características de las instituciones de salud, los modelos de gestión utilizados, los problemas y retos

de este tipo de instituciones, los objetivos e indicadores que manejan, el uso del BSC, la percepción acerca de este modelo de gestión, sus ventajas, desventajas y factores claves para su éxito. El formato de la entrevista se diseñó con el fin de cumplir los objetivos señalados en el método de Bullen y Rockart (1981) y responder a los objetivos específicos planteados al inicio de esta investigación.

Si bien, mediante las entrevistas semiestructuradas el investigador tiene la ventaja de profundizar y explorar en un mayor detalle las respuestas y la percepción de los participantes, formulando preguntas adicionales para precisar conceptos y tener una mayor claridad de los temas investigados (Hernandez, 2006, pág. 597), no fue posible realizar solo entrevistas debido a la disponibilidad de tiempo de los participantes, razón por la cual fue necesario también acudir al envío de encuestas con las mismas preguntas por e-mail para enriquecer la investigación y contar con más información para formular las conclusiones finales.

3.2.2 Selección de la muestra y aplicación de la entrevista a los participantes

Las personas seleccionadas para las entrevistas se escogieron a través de muestras no probabilísticas o dirigidas, con participantes voluntarios, que se consideraron idóneos para tratar los temas de esta investigación dada su experiencia y experticia en la dirección y funcionamiento de este tipo de organizaciones. Como señala Hernández (2006, pág. 279) este tipo de muestras resultan válidas y útiles dados los objetivos del estudio.

La información para contactar a estos funcionarios se obtuvo principalmente a través del Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) de la página web del ministerio de Salud, filtrando por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter privado, establecidas en Bogotá y que están habilitadas para ofertar el servicio de Consulta de Medicina General, que es la prestación que caracteriza el primer nivel de atención en salud.

El REPS reporta 562 prestadores privados que tienen habilitados servicios de medicina general en Bogotá, los cuales se puede considerar el universo de instituciones privadas de primer nivel de atención en la ciudad, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 10% el tamaño de la muestra representativa o el número de prestadores que debieron ser contactados para que las respuestas sean estadísticamente significativas es de 81.

Con el fin de realizar las entrevistas a este número de funcionarios, se envió un correo a 509 gerentes de IPS de primer nivel de atención que aparecían con un correo de contacto en las bases de datos del REPS, mediante dicho correo se intentó contactar a estas personas para agendar la entrevista. Algunos participantes, por disponibilidad de tiempo, optaron por responder las mismas preguntas de la entrevista en un formulario diseñado en Google Forms por el investigador.

La tasa de respuesta que se esperaba para alcanzar el tamaño de la muestra representativa era del 16%, sin embargo, solo se alcanzó una tasa de respuesta del 3%. Ocho de las personas que respondieron el correo fueron contactadas por el

investigador para agendar una entrevista con el fin de indagar en una mayor profundidad los conceptos y temas de la investigación.

En las entrevistas participaron sujetos que como se mencionó anteriormente se consideran idóneos para los fines de la investigación, dado su conocimiento y experiencia en la dirección de este tipo de organizaciones, tales como el jefe del departamento administrativo y financiero de la IPS Colsubsidio, el especialista en planeación y estrategia de la misma organización, el Líder de gestión hospitalaria de la Organización para la Excelencia de la Salud y varios gerentes de centros médicos, quienes constantemente están evaluando e implementando modelos de gestión en IPS de primer nivel de atención.

Si bien, el número de participantes no alcanzó un tamaño de muestra estadísticamente significativo, si se consideran bastante representativos los resultados puesto que se contó con la participación de personas que tienen un amplio conocimiento del sector y que dirigen instituciones con un gran porcentaje de participación en el primer nivel de atención, por ejemplo, la IPS Colsubsidio tiene alrededor de 1 millón de usuarios adscritos a sus IPS de primer nivel de atención, lo cual representa aproximadamente el 13% de la población de Bogotá, de tal manera que esta muestra resulta válida dado los objetivos del estudio.

En total se realizaron ocho entrevistas y seis encuestas a diferentes funcionarios de este tipo de organizaciones con una influencia significativa en la toma de decisiones gerenciales. Las personas que voluntariamente participaron en las encuestas y entrevistas son las que se relacionan a continuación:

Tabla 11 Participantes para las encuestas y entrevistas de la investigación

Código	Nombre	Cargo	Entidad	Método
[A]	Fabio Augusto Bogotá Rojas	Especialista en Planeación y Estrategia	Colsubsidio	Entrevista
[B]	Christian Acosta	Jefe del departamento administrativo y financiero	Colsubsidio	Entrevista
[C]	Edwin Támara	Líder de Gestión Hospitalaria	Organización para la excelencia de la salud	Entrevista
[D]	María Clemencia Lozano	Coordinadora Centro médico Quiroga	Colsubsidio	Entrevista
[E]	Nahir Paulina	Coordinadora Zona Norte (Centros médicos Usaquén, Portal Norte, Cajicá)	Colsubsidio	Entrevista
[F]	Teresa García	Coordinadora Zona Centro (Calle 26, Puente Aranda)	Colsubsidio	Entrevista
[G]	Jorge Pablo Saffon	CEO	Boston Medical Group	Encuesta
[H]	Freddy Quintero	Gerente General	Clínica Cardio Intensiva	Encuesta
[I]	Volmar j Jaime G	Gerente General	Premisalud S.A.	Encuesta

[J]	Luis Armando Prieto	Gerente	Intervenir Salud Ocupacional SAS	Encuesta
[K]	Guillermo Vanegas Oviedo	Director de planeación de procesos y calidad	Jemarz	Encuesta
[L]	Pedro González	Director médico	Instituto Prevenir	Encuesta
[M]	Ginna Delgadillo	Coordinadora Zona Sura	Colsubsidio	Entrevista
[N]	Alex Galvez	Gerente	Clínica Galvez	Entrevista

Fuente: Elaboración propia.

3.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El objetivo de este punto, es analizar la información recopilada a través de la investigación y categorizarla de tal manera que pueda ser posteriormente derivada en FCE según la metodología de Caralli (2004), quien considera que en este punto es necesario normalizar la información, evitando el sesgo de los resultados que se puede atribuir al pensamiento subjetivo de los participantes, condensar la información intentando eliminar ambigüedades y resumirla de tal manera que pueda ser fácilmente analizada.

Para este análisis de la información recopilada, Caralli (2004) sugiere utilizar dos conceptos, declaraciones de actividades y temas de apoyo. Las declaraciones de actividades son todas aquellas acciones que los directores consideran importantes para alcanzar el éxito de una estrategia planteada y los temas de apoyo son los grupos o agrupaciones de las declaraciones de actividad que surgen después de haberlas analizado una por una. Los temas de apoyo, según esta metodología, representan el contenido subyacente de los FCE, es decir, que estos pueden ser un primer acercamiento a los FCE que se pretenden identificar. Adicionalmente, Caralli (2004) sugiere emplear una técnica denominada análisis de afinidad, que es un proceso consistente y estructurado para la identificación de los FCE a partir de las declaraciones de actividad y los temas de apoyo. Esta técnica permite analizar la información sin generar sesgos adicionales (Caralli, 2004, pág. 65).

El análisis de afinidad es una técnica que permite organizar las ideas, pensamientos y conceptos, mediante la agrupación y categorización de aquella información que comparte características comunes, rasgos o cualidades (Caralli, 2004, pág. 72). Adicionalmente, permite reducir o resumir la cantidad de información que debe ser interpretada y reduce la probabilidad de incurrir en futuros errores.

Las actividades que se deben realizar para analizar la información y posteriormente derivar los FCE son las siguientes:

1. Establecer las declaraciones de actividad
2. Realizar una primera agrupación de afinidad para las declaraciones de actividad
3. Establecer los temas de apoyo a partir de los grupos de afinidad
4. Realizar una segunda agrupación de afinidad para los temas de apoyo

En los siguientes puntos de esta investigación, se presenta un análisis de los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas, el cual, junto con la información recopilada mediante la observación y la revisión bibliográfica, permitió establecer las declaraciones de actividad que se señalan al final de esta sección y que fueron el insumo base para realizar la agrupación de afinidad y establecer los temas de apoyo que son el primer acercamiento a los FCE identificados en esta investigación.

Las preguntas realizadas a los participantes en la investigación estuvieron enfocadas en conocer el contexto de las IPS y los FCE para la implementación del BSC como modelo de gestión, razón por la cual se indago acerca de la situación actual (oportunidades, fortalezas, debilidades, amenazas, retos y desafíos), los objetivos e indicadores utilizados para hacer seguimiento a este tipo de organizaciones y las experiencias que han tenido con la adopción del BSC.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas, las letras que aparecen entre paréntesis (ej. [A] [B]) se utilizan para citar las ideas de las personas que participaron en las encuestas y entrevistas según el código que se relaciona en la Tabla 11.

3.3.1 Direccionamiento estratégico

En el direccionamiento estratégico de las organizaciones estudiadas algunos gerentes señalan que siguen el modelo de dirección estratégica convencional [E] [F] [K] donde después de aclarar la misión y la visión, se realiza un diagnóstico interno y externo, con el fin de formular e implementar estrategias que posteriormente serán controladas y evaluadas mediante indicadores.

La herramienta más mencionada para la formulación de estrategias en las organizaciones estudiadas fue la matriz DOFA [B] [D] [K] [M].

Para el direccionamiento estratégico de estas organizaciones los participantes señalan que:

- Se basan en los principios de Porter ajustados a las necesidades de las instituciones de salud [G].
- Se realiza el direccionamiento a partir de las decisiones establecidas en comités técnico-científicos [L].
- Se debe partir de las necesidades de la EPS y de estudios poblacionales del área de influencia [H].
- La dirección estratégica se basa en modelos de salud administrada y gestión del riesgo, mediante el análisis de poblaciones determinadas, haciendo protección específica y detección temprana de patologías relevantes por su impacto en el costo de salud [I].
- La gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los modelos de atención integrados son claves para el direccionamiento estratégico de una IPS [K] [D].

En todas las organizaciones participantes se tienen definidos Indicadores, Presupuestos e iniciativas estratégicas para cada uno de los objetivos y solamente una de las 11 estudiadas no maneja tableros de indicadores.

En 5 de las 11 organizaciones del estudio señalan que la estrategia es conocida por todos los integrantes de la institución, en las otras 6 IPS el direccionamiento estratégico solo es conocido por los gerentes, directores y líderes.

3.3.2 Situación actual

Las IPS privadas de primer nivel de atención se pueden clasificar entre las que pertenecen a una Red de Instituciones de prestadoras de servicios de salud (tales como Colsubsidio, Cafam, Compensar, Colsanitas) y las que se han consolidado de manera independiente. Estas organizaciones ofrecen sus servicios ya sea a una EPS, a empresas privadas o a pacientes particulares. En el estudio realizado se evidencia que las EPS principalmente contratan con Redes de IPS mientras que las IPS independientes, se enfocan en la prestación de servicios a pacientes particulares y empresas, ya que según señalan en algunas de estas instituciones, es complicado contratar con una EPS debido a la cantidad de exigencias, reportes y papeleos que requiere tanto la EPS como los entes de control, además señalan que las EPS se tardan en pagar y en ocasiones ni siquiera pagan [N] [J] [G].

Algunos consideran que la situación actual de las IPS en el país es favorable, ya que en varias IPS privadas los ingresos van bien [G] [B]. Otros consideran que no hay muchas oportunidades en este mercado, debido a la posición dominante de las EPS y la integración vertical entre EPS e IPS, lo cual deja sin margen de maniobrabilidad a muchos de sus directores conllevando a que sean muy pocas las IPS privadas e independientes que aún se mantienen en el mercado [H] [I] [J] [N].

También señalan que las IPS donde se prestan los servicios de puerta de entrada actualmente son insuficientes para la población adscrita (en 6 de las 11 entrevistas y encuestas realizadas consideran que el recurso humano, físico y tecnológico no es suficiente) y que por el modelo de prestación que se llevó por muchas instituciones de salud lineadas por los entes de control se concentraron en prestaciones de tipo resolutivo y no preventivo, aumentando los requerimientos de forma progresiva, sin obtener muchas de las metas de resultados en salud [D].

Adicionalmente, señalan que en varias de estas instituciones no hay un buen nivel de planeación ni de análisis de costos [K], el direccionamiento estratégico se concentra más en buscar la forma de como 'apagar incendios', sobrevivir y mantenerse funcionando [C] [N], razón por la cual se requiere que la política pública se interese más por este tipo de organizaciones y se generen más proyectos y estrategias de largo plazo enfocadas en fortalecer la capacidad, la integración y la eficiencia de estas organizaciones.

Y finalmente, en una de estas organizaciones mencionan que uno de los mayores problemas hoy en día del sector salud es la falta de conectividad en información, ya que existen diferentes sistemas de información que no se hablan, haciendo que se dupliquen esfuerzos para tener una sola información por afiliado al sistema de seguridad social en salud. Lo anterior inclusive hace que no se puedan tomar decisiones para la ciudad con datos reales [F].

Oportunidades

Entre las oportunidades que destacan para las IPS de primer nivel están:

- Las falencias de los hospitales públicos son una oportunidad de crecimiento para las instituciones privadas ya que las personas cada vez demandan servicios de mayor calidad [G].
- El crecimiento de la demanda por nuevas prestaciones, como la medicina alternativa [L].
- La insatisfacción de los usuarios en el modelo actual de salud tradicional y la ventaja de los buenos resultados que ofrecen algunas IPS privadas [L].
- Un mercado creciente que cada vez demanda más servicios [K].
- El avance tecnológico y científico que se ha dado en el sector salud, es una oportunidad para mejorar el servicio y la competitividad de estas organizaciones [E].

Fortalezas

Entre las principales fortalezas de este tipo de instituciones encontramos:

- Un recurso humano capaz y auto-suficiente [G].
- El enfoque en calidad orientado al cliente [G] [E].
- La capacidad de innovar y adecuadas estrategias de marketing [G].
- La fidelización y el reconocimiento de los usuarios [H] [N].
- La credibilidad y calidad de los servicios [F].
- Los Sistemas de calidad y sistemas de información implementados [K] [B].
- Tener conocimiento de la situación de salud de los afiliados y de la población de la zona de influencia [I] [N].
- La capacidad de ajustarse rápidamente a los cambios normativos, para cumplir con la regulación [I] [E].

Debilidades

Algunas de las debilidades encontradas son:

- Los constantes cambios en la regulación y el significativo volumen de reportes que hay que presentar a las entidades de control, dejan muy poco tiempo para desarrollar las actividades planeadas [K].
- Falta de músculo financiero para emprender nuevos proyectos [I].
- Altos costos laborales, de medicinas y tecnologías de la salud [I].
- La falta de personal y recurso humano para las actividades por realizar, Inadecuadas e insuficientes instalaciones físicas y en general la insuficiencia de recursos [D] [E].
- Baja resoluntividad²⁴ de los médicos [D].
- Falta de organización e integración con las demás IPS [M].

Amenazas, retos y desafíos

²⁴ Se define como la capacidad de un prestador de servicios de salud de responder de manera integral y con calidad a una demanda de atención de salud. Artículo 2 Resolución 3253 de 2009.

- Las EPS no contratan muchos de los servicios de este tipo de organizaciones [H].
- La integración vertical entre EPS e IPS deja a muchas instituciones privadas por fuera del negocio de la salud [I].
- Cuando se logra contratar con una EPS, la facturación y la cartera son unos de los principales retos [G], ya que como habíamos mencionado pagan poco, se demoran en pagar o no pagan [J] [H].
- Para las instituciones privadas la carga tributaria y la interminable cantidad de reportes que no son muy útiles para la organización, pero hay que presentarlos hacen que la carga administrativa sea muy pesada también [G] [N].
- Constantes cambios Normativos [K] [D].
- Ofrecer servicios que están incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud POS sin tener contrato con una EPS [H].
- El no reconocimiento de estas instituciones como el verdadero primer nivel de atención y el foco fundamental de la APS [I].
- La agresividad de los usuarios [E] [D].

3.3.3 Objetivos e indicadores

A continuación, se presentan los principales objetivos e indicadores que se identificaron en conjunto con los participantes de la investigación, quienes los consideran fundamentales para evaluar una IPS de primer nivel de atención. Estos objetivos e indicadores fueron clasificados en cada una de las perspectivas del BSC que sugiere Norton y Kaplan (1992):

3.3.3.1 Perspectiva Financiera Objetivos

La perspectiva financiera evidencia el resultado final de las decisiones y estrategias tomadas al interior de la organización, independientemente de si una institución de salud tiene o no ánimo de lucro, es indispensable para cualquier organización garantizar por lo menos un punto de equilibrio financiero o una utilidad para la reinversión y el crecimiento.

Los objetivos financieros que se propone cada institución pueden variar dependiendo del tipo de organización, de sus dueños, de si está o no integrada verticalmente y de la forma de contratación o clientes que maneja. No es lo mismo dirigir una IPS en contrato por evento a una por capitación ²⁵ [I]. Una IPS que recibe pagos principalmente por contratos de capitación va a estar más enfocada en mejorar los costos de la prestación de servicios y la frecuencia de uso de los mismos, mientras que una IPS con contrato por evento probablemente se enfocará más en aumentar el número de actividades y por lo tanto sus ingresos [I].

²⁵ Los principales mecanismos de pago entre EPS e IPS son 1) Pago por capitación, 2) Pago por evento y 3) conjuntos integrales de servicios. La capitación es un pago por anticipado a la IPS para atender un grupo de personas durante un periodo de tiempo, independientemente de si van o no y el pago por evento es el que realiza la EPS a la IPS por la prestación individual de determinados servicios a una tarifa acordada (Decreto 4747 de 2007).

Independientemente del tipo de contratación de la IPS, algunos de los objetivos que persiguen los directores de estas organizaciones relacionados con la perspectiva financiera son:

- Optimizar el costo administrativo de personal; el costo de los profesionales de la salud y el costo de prestación de los servicios [I].
- Desarrollar planes financieros minuciosos acorde con el tipo de flujo de caja y endeudamiento de cada institución, no solamente hacer planes tributarios [G].
- Aumentar la facturación [H].
- Prestar un servicio costo-efectivo [L] y garantizar la eficiencia de los recursos [F].
- Tener claros los costos por unidad de negocio [K] y por servicio prestado con el fin de tomar mejores decisiones en la contratación [D].
- Garantizar la sostenibilidad financiera [J] [N]
- Desarrollar estrategias de reinversión de recursos para mejorar los servicios prestados [D].
- Disminuir los costos de la IPS y las EPS haciendo gestión de riesgo, incentivando programas de promoción y prevención de la salud y haciendo protección específica y detección temprana de las enfermedades de mayor impacto en salud (Cáncer, diabetes, hipertensión arterial). [I]

Indicadores

Los indicadores utilizados para medir la consecución de los anteriores objetivos son:

- Ingresos, costos y rentabilidad total, promedio por paciente y por área de servicio (medicina general, odontología, tomas de muestras) son los indicadores fundamentales para esta perspectiva [G] [B] [F] [E] [M] [D] [N].

También suelen utilizar indicadores como:

- EBITDA [G]
- Prueba ácida [G]
- Valor de los costos directos e indirectos [I]
- Valor del costo de personal y de materiales y suministros [I]

En cuanto a la información que se requiere para realizar el seguimiento de esta perspectiva se requiere contar con estados financieros gerenciales que reflejen la realidad de la organización [B] [I], contar con información oportuna para realizar seguimiento diario, haciendo posible corregir en la marcha [E] y tener el detalle de las partidas del ingreso, el costo y el gasto [D] [M].

3.3.3.2 Perspectiva Clientes

Los principales objetivos de la perspectiva de clientes que los participantes en la investigación consideran que deben proponerse las IPS de primer nivel de atención en salud son:

- Generar satisfacción en los pacientes mediante la prestación de un servicio de calidad [G] [K] [B] [D].
- Brindar un servicio que cumpla y supere las expectativas del usuario [F] [M] [D].
- Mejorar los tiempos de espera [G].
- Mejorar la oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud [K] [D]

- Conocer las necesidades de salud del grupo poblacional de influencia de la institución [H] [N] [E].
- Aumentar la participación de la institución en el mercado de servicios médicos [K] [B].
- Disminuir el número de quejas de los usuarios [J]

En cuanto a esta perspectiva algunas personas recomiendan:

- El servicio al cliente debe dejar de ser un cuarto pequeño escondido en algún lugar dedicado solo a recibir papeles con quejas [G].
- Dedicar el tiempo adecuado que necesita cada cliente [J].
- Ser más amable con los pacientes [E]

Indicadores

Para esta perspectiva se recomiendo utilizar indicadores como:

- Tasa de satisfacción de los clientes [N] [B] [L] [K] [E] [M] [N] [F] [D]
- Tiempo de espera para acceso a consulta [G] [K] [I]
- Tiempos de respuesta en el acceso a los servicios: cajas, autorizaciones, agendamiento, etc. [I]
- Número de quejas [G] [F]
- Oportunidad de asignación de citas [G] [K]
- Percepción de la pertinencia médica [K]}

3.3.3.3 Perspectiva de Procesos

Objetivos

- Aumentar los servicios y el nivel de complejidad de los mismos en la institución [H].
- Consolidar centros de excelencia en patologías precursoras y con expertos en promoción y prevención [F].
- Aumentar la calidad de los servicios ofertados por la institución [G].
- Implementar modelos de gestión por procesos con el fin de diseñar las actividades de la organización de una forma más eficientes y competitiva [K] [B].
- Brindar una atención al cliente rápida y oportuna [J].
- Establecer procesos más sencillos, ágiles y flexibles tanto para el cliente como para la operación [E] [F] [D] [M].
- Establecer una buena relación con los proveedores con el fin de mejorar cumplimiento y calidad de los pedidos [B] [N].
- Aumentar la resolutivez y pertinencia en los servicios de salud [E] [I].
- Ser eficientes, sostenibles e innovadores [D].
- Cumplir con las normas de habilitación [M].
- Contar con infraestructura en buen estado [E].

Para cumplir estos objetivos los participantes del estudio recomiendan.

- Establecer procesos para garantizar autorizaciones rápidas y racionales para los otros niveles de atención y oportunidad en el acceso a consulta de primera vez de forma casi inmediata [I].

- Establecer planes de incentivos y castigos para los empleados [D].
- Mejorar la humanización del servicio [J] y evitar tramites excesivos [M].
- Manejar las historias clínicas en medios electrónicos [L].
- Medir el desempeño de los diferentes procesos con el fin de identificar los aspectos claves que se deben mejorar [K].
- Realizar seguimiento de las inconformidades asociadas con reprocesos y trámites excesivos para evaluar e identificar fallas en la operación y corregirlas [M]
- Establecer mecanismos de control y auditoria, por ejemplo, mediante 'clientes ocultos' [D].
- Diseñar, socializar y evaluar los procesos y su aplicación de forma transversal [M]

Indicadores

- Indicadores de productividad en salud [L].
- Indicadores de Pertinencia y Seguridad clínica [D].
- Medidas de efectividad de los procesos [K] [E].
- Gasto de materiales [D].
- Número de actividades realizadas [D].
- Tasa de incumplimiento de procesos [D].
- Valor de las glosas²⁶ [K]
- Rotación de cartera [K]
- Rotación de inventarios [B]
- ROA (eficiencia de los activos) [B]

3.3.3.4 Perspectiva de Crecimiento y aprendizaje

Los objetivos considerados para esta perspectiva son:

- Capacitar en competencias de atención al público al 100% de las personas que atienden los usuarios [F].
- Realizar procesos de capacitación enfocados a la actualización del conocimiento técnico-científico de los prestadores [F].
- Consolidar un recurso humano competente y de calidad con vocación de servicio [F]

Para cumplir estos objetivos se recomienda:

- Definir espacios de retroalimentación entre las diferentes áreas administrativas y asistenciales de la organización [B].
- Crear constantemente cursos puntuales para las necesidades especiales del servicio [D].

²⁶ Es una no conformidad parcial o total de la factura de prestación de servicios encontrada por la entidad responsable de pago y que tiene que ser resuelta por la IPS. Anexo técnico No. 6 Resolución 3047 de 2008.

- El recurso humano debe ser capacitado en la medida de lo posible por los mismos integrantes de la organización y permanecer en esta capacitación de forma constante [D].
- Definir fechas de capacitación continua y socializaciones periódicas [M]

Indicadores

- Número de capacitaciones realizadas en el periodo / Número de capacitaciones programadas en el mismo periodo [M].
- Quejas de actitud del personal [D].
- Número de empleados que se han retirado [D]
- Índice de clima organizacional [D]

3.3.4 Balanced Scorecard

Seis de once gerentes y coordinadores que participaron en la investigación conocen claramente el concepto del BSC y de estos seis, cinco de ellos utilizan este modelo ajustado a las necesidades de la IPS.

Con respecto a su utilidad, las 6 personas que conocen el concepto del BSC recomiendan este enfoque administrativo al considerar que permite traducir la estrategia en una serie de objetivos e indicadores que soportan su implementación. Como señalan en una de las encuestas el BSC es útil desde que su aplicación y ejecución se hagan operativamente viables y aplicables a la realidad de cada negocio [G]. Entre los beneficios que resaltan acerca del BSC están:

- Ayuda a organizar e integrar las perspectivas a las que apunta la institución [D].
- Permite ver claramente el comportamiento de la organización [G].
- Mejora la comunicación dentro de la organización ya que es un medio para que los empleados conozcan cómo van los indicadores y el cumplimiento de los presupuestos [G].
- Sirve para aclarar los objetivos de la organización, compartirlos e involucrar a todos los miembros de ella para su consecución [I]
- Es útil en la medida que fomenta la alineación del personal enfocándolos al resultado, mejora el seguimiento de la organización y brinda elementos y señales para implementar mejoras continuamente [E].
- El BSC contribuye a la gestión y creación de nuevos proyectos, mejorando la planeación y seguimiento de la organización [C].

Las desventajas que señalan los participantes de la investigación frente al BSC son:

- No es de fácil manejo para algunos directivos en salud [K].
- En ocasiones la actualización del BSC se puede convertir en una tarea dispendiosa que se podría dedicar a la realización de otras actividades [E].
- La implementación de un sistema basado en el BSC puede requerir una significativa inversión económica [F] [A] [C].

Las perspectivas que se deben tener en cuenta para la construcción del BSC pueden variar dependiendo de cada institución [G] sin embargo las que generalmente se recomiendan son la perspectiva financiera [G], Servicio y satisfacción de los clientes,

calidad de los procesos [G], riesgos y seguridad del paciente [K] [D], eficiencia de los recursos [B] [D], gestión de programas implementados y resultados en salud [F].

3.3.5 Matriz de declaración de actividades y temas de apoyo

Con base en la información recopilada a lo largo de esta investigación se construyó la siguiente matriz de declaraciones de actividad, la cual, presenta todas las actividades que fueron consideradas tanto por los participantes de la investigación como por otros autores que han abordado este tema, como necesarias para garantizar el éxito de la implementación del BSC y los beneficios que en teoría se derivan de su adopción.

Tabla 12 Matriz de declaraciones de actividad

No	Declaración de actividad	Fuentes
1	Los objetivos deben ser alcanzables y realistas de acuerdo a los recursos con que se cuenta y el entorno	[E]
2	Los objetivos deben ser claros y medibles	[I]
3	Tanto el BSC como los objetivos deben ser concretos, precisos y entendibles	[E]
4	Es importante definir la menor cantidad de indicadores que resuman el comportamiento y cumplimiento de lo que se quiere en la institución, entre más larga y pesada se haga la herramienta menos útil será	[G]
5	El BSC debe incluir indicadores claves de rendimiento y eficiencia	[D]
6	Se deben tener claros los objetivos y las estrategias de la organización	[A][C]
7	El BSC debe ser conocido por todos los miembros del equipo	[E]
8	Se debe utilizar el BSC como la herramienta principal para realizar el seguimiento de la organización y para soportar los planes estratégicos y operativos	[E] [C]
9	Debe incluir medidas tanto financieras como no financieras que reflejen el estado de la institución	[F]
10	Las estrategias que va a soportar el BSC deben ser aceptadas y deben contribuir a la generación de valor en la cadena de producción de la institución	[D]
11	Debe existir un firme compromiso de la gerencia con la adopción del BSC	[C]
12	Uno de los principales retos en la implementación de este modelo es la resistencia al cambio, razón por la cual se debe capacitar constantemente al personal para que acepten y comprendan los beneficios de utilizar el BSC	[C]
13	Debe existir una adecuada integración entre la parte administrativa y operativa	[C]

14	El BSC para una institución de salud debe priorizar aquellos procesos que están de cara al cliente	[A]
15	El mayor problema para la implementación del BSC es la extracción de la información, razón por la cual se deben contar con métodos eficiente para la obtención y transformación de los datos	[A]
16	Los empleados involucrados en la estrategia deben estar completamente alineados con el propósito, la importancia y las obligaciones que el BSC implica	Rodgers (2011)
17	Debe existir una motivación laboral, personal o económica para garantizar el compromiso de los empleados con la adopción del BSC	Olarte& García (2009)
18	Se deben asociar al BSC sistemas de compensación justos que no generen ningún tipo de conflicto entre los empleados de la organización	Niven (2006)
19	Los ejecutivos deben tener el nivel requerido de capacidades y competencias para facilitar una adecuada adopción del BSC	Rodgers (2011)
20	Es fundamental la retroalimentación entre las diferentes áreas de la organización para aprender sobre las experiencias que han tenido los diferentes equipos con el uso del BSC	Rodgers (2011)
21	No deben existir inconsistencias en las prácticas gerenciales.	Niven (2006)
22	Es necesario que el BSC encaje en la estrategia corporativa y refleje la dirección estratégica de la organización.	Kaplan y Norton (1993)
23	Se debe <i>cascadear</i> el BSC en las diferentes áreas de la organización	Niven (2006)
24	Usar un conjunto de medidas balanceadas es un aspecto esencial para el BSC	Rodgers (2011)
25	El éxito en la implementación del BSC consiste en definir las perspectivas de una manera equilibrada que permita evaluar fácilmente los objetivos y las estrategias de la organización	Hovarth y Partners (2003)
26	Se debe evitar la tendencia a estar agregando indicadores nuevos, pero no remover los que van quedando obsoletos	Rodgers (2011)
27	Se deben asignar dueños o responsable por cada indicador	Rodgers (2011)
28	El compromiso, el apoyo y la disponibilidad de la alta gerencia es fundamental para la adopción de BSC	Olarte & Garcia (2009)

29	Se debe tomar el tiempo necesario para implantar con éxito el sistema	Niven (2006)
30	Se deben establecer mapas y cronogramas de trabajo para una adecuada implementación del BSC	Norton y Kaplan (2002)
31	Poner la estructura de la organización en función del Mapa Estratégico y definir como cada área funcional aporta a cada objetivo	Soler y Robaina (2009)

Fuente: Elaboración propia

A partir del análisis de la anterior matriz de declaraciones de actividad, fue posible realizar la primera agrupación de afinidad, que permitió establecer un listado de temas de apoyo que se presentan en la siguiente matriz. Estos temas de apoyo se consideran relevantes para una IPS de primer nivel de atención y nos brindan un primer acercamiento a los FCE.

Tabla 13 Matriz de temas de apoyo

No	Temas de apoyo	Declaraciones de actividad
1	Priorización del BSC como modelo de direccionamiento estratégico	7, 8
2	Claridad en la estrategia de la organización	2, 6, 10, 21
3	Pertinencia y claridad del BSC	1, 2, 3, 5, 9, 22
4	Perspectivas balanceadas	3, 4, 5, 9, 14, 24, 25
5	Oportunidad, calidad y relevancia de la información	5, 26
6	Generación de la información	15, 27
7	Liderazgo	7, 11, 12
8	Planeación e implementación	7, 12, 23, 29, 30
9	Sistemas de compensación	17, 18
10	Competencia administrativa	19, 27, 28
11	Aprendizaje Organizacional	20
12	Aceptación e interiorización del BSC	7, 8, 16, 31
13	Integralidad	13

Fuente: Elaboración propia.

El primer análisis o agrupamiento de afinidad permitió depurar y resumir las declaraciones de actividad en los temas de apoyo que se presentan en la anterior tabla. Posteriormente, según la metodología de Caralli (2004) se realiza nuevamente una agrupación de afinidad que permitió categorizar los temas de apoyo y definir una agrupación de los mismos como la que se presenta a continuación:

Tabla 14 Agrupación de los temas de apoyo

Grupo	No	Temas de apoyo
Estrategia corporativa	1	Priorización del BSC como modelo de direccionamiento estratégico
	2	Claridad en la estrategia de la organización
Diseño del BSC	3	Pertinencia y claridad del BSC
	4	Perspectivas balanceadas
	5	Oportunidad, calidad y relevancia de la información
Procesos	6	Generación de la información
	7	Liderazgo
	8	Planeación e implementación
	9	Sistemas de compensación
Recurso humano	10	Competencia administrativa
	11	Aprendizaje Organizacional
	12	Aceptación e interiorización del BSC
Integralidad	13	Integralidad

Fuente: Elaboración propia

3.4 DERIVACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FCE PARA LA ADOPCIÓN DEL BSC COMO MODELO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO EN LAS IPS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Caralli (2004) señala que una forma sencilla de derivar los FCE, es soportándose en los temas de apoyo, dado que estos representan un resumen o consolidación de las actividades que se deben realizar o asegurar para garantizar el éxito de una estrategia. Si el proceso para establecer los temas de soporte fue realizado correctamente, estos deben proveer la suficiente información para establecer los FCE. En este capítulo se presentan los FCE para la adopción del BSC como modelo de gestión en una IPS de primer nivel de atención identificados a través de la metodología descrita. Adicionalmente se sugieren una serie de recomendaciones para reforzar cada uno de los FCE identificados con base en la información recopilada y a los aportes de diferentes autores (Rodgers, 2011; Bob McDonald Consulting, 2012; Villegas, 2005; Olarte & Garcia, 2009; Soler & Robaina, 2009)

Los FCE fueron clasificados y organizados en cinco grupos según el aspecto que consideran, los cuales son: estrategia corporativa, diseño del BSC, procesos, recurso humano e integralidad. Tal como se muestra a continuación:

Ilustración 21 Factores críticos de éxito BSC



Fuente: Elaboración propia.

3.4.1 Estrategia corporativa.

Para lograr el éxito del BSC es fundamental que este modelo nazca como una estrategia corporativa para mejorar la eficiencia administrativa y asistencial de la organización. Debe ser liderado y priorizado por la alta gerencia y debe relatar adecuadamente la estrategia corporativa, la cual debe ser clara y aceptada.

3.4.1.1 Priorización del BSC como modelo de direccionamiento estratégico

Es necesario que a nivel gerencial se tenga clara la implicación y el propósito de un sistema de gestión basado en el BSC. Se debe asegurar que interioricen el concepto y vislumbren como puede ser potencialmente efectivo para lograr el rendimiento de la organización de tal manera que destinen el recurso, tiempo e importancia necesaria para que este modelo se instaure exitosamente garantizando la articulación de la organización para lograr sus objetivos estratégicos.

3.4.1.2 Claridad en la estrategia de la organización

La primera fase de la implementación del BSC, consiste en el desarrollo de la estrategia, por lo cual uno de los principales factores para garantizar el éxito del BSC es que la estrategia que representa sea clara, comprensible y aceptada por toda la organización. Por lo cual en el momento que se vaya a desarrollar la estrategia se recomienda:

- La misión y la visión deben ser enunciados breves que reflejen la realidad de la organización, tienen que ser claramente entendibles, conocidos y aceptados por todos los gerentes y ejecutivos de la institución. La visión debe ser el fundamento para la declaración de la misión. En esta etapa se define el rumbo de la organización y de aquí se desprenden los objetivos y la formulación de estrategias.
- Verificar si hay un plan o mapa estratégico de la organización para alcanzar los objetivos estratégicos y la visión de la misma, de lo contrario establecer el mapa estratégico para poder armar el BSC.
- El mapa estratégico se puede considerar el insumo principal para la elaboración del BSC, razón por la cual este debe quedar correctamente elaborado y validado a través de un trabajo en equipo que involucre tanto a directivos como a funcionarios.
- En la formulación de estrategias es necesario contar con los individuos que ejecutan los diferentes procesos de la organización.
- Si no se cuenta con una información y un análisis objetivo, las personalidades, las emociones, los prejuicios y en ocasiones la tendencia a dar demasiada importancia a temas que no son relevantes pueden influir significativamente en la formulación de estrategias (Fred, 2003).
- No deben existir inconsistencias en las prácticas gerenciales (Niven, 2006).

3.4.2 Diseño del BSC

Este modelo muchas veces falla debido a problemas en el diseño por diversos tipos de razones. En ocasiones se incluyen muchos indicadores, en otras se incluyen muy pocos, las medidas que contiene no se encuentran balanceadas y no reflejan la estrategia de la organización o se omiten procesos claves y por lo tanto no se visualizan adecuadamente los enlaces entre los objetivos (Olarte & Garcia, 2009, pág. 53). En el Anexo 2 de esta investigación se ilustra un ejemplo de un BSC para una IPS de primer nivel de atención, que puede servir como base para aquellos que quieran implementar este modelo en su organización. A continuación, se presentan algunos factores a tener en cuenta para esta categoría:

3.4.2.1 Pertinencia y claridad del BSC

El BSC debe narrar claramente la estrategia de la organización. Es necesario que el BSC encaje en la estrategia corporativa y refleje la dirección estratégica de una organización (Kaplan & Norton, 1993), para lo cual se recomienda:

- Conocer y entender la historia de la organización en donde se va a implementar el BSC, con el fin de adentrarse en su cultura organizacional y otras características que la definen.
- Definir la estructura y organización de la empresa con el fin de establecer si es necesario diseñar solo un BSC para toda la organización o si es necesario establecer más de un mapa estratégico y por lo tanto más de un BSC para lograr alinear los múltiples recursos y alcanzar los diferentes objetivos estratégicos de la organización. Es recomendable diseñar e implementar un BSC para las diferentes áreas, lo cual se denomina el proceso de *Cascading* o *cascadeo* (Niven, 2006, págs. 199-220).

3.4.2.2 Perspectivas balanceadas

Rodgers (2011) sugiere que usar un conjunto de medidas balanceadas es un aspecto esencial para la medición del rendimiento, en ocasiones puede existir la tentación de enfocarse mucho en alguna de las perspectivas o en un grupo de indicadores, pero solo se deben incluir aquellos que son claves para evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Para garantizar este factor es indispensable identificar adecuadamente las perspectivas que se deben evaluar y los objetivos e indicadores clave para un apropiado seguimiento de la estrategia.

A continuación, se presentan las perspectivas, objetivos e indicadores que generalmente se utilizan en una IPS, esto con el fin de dar una idea al lector de cómo se debe estructurar el BSC, de tal manera que sus perspectivas queden correctamente balanceadas y permita gestionar efectivamente los recursos de una organización de esta naturaleza.

Estas perspectivas, objetivos e indicadores, fueron establecidos a partir de la revisión bibliográfica de diferentes artículos que tratan este tema y de los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas. Para lo cual, se fueron listando uno por uno y finalmente se realizó un análisis de este listado que permitió agrupar, depurar y resumir estas perspectivas, objetivos e indicadores, tal como se presenta en los dos siguientes puntos.

3.4.2.2.1 ¿Qué perspectivas se deben considerar?

Para la implementación de un BSC en una institución de salud no se deberían seguir necesariamente las cuatro perspectivas (Financiera, Clientes, Procesos Internos y crecimiento y aprendizaje) propuestas por Norton y Kaplan para la elaboración de su mapa estratégico, si no las que se consideren que representen mejor los objetivos, las prioridades y la estrategia de la organización.

Para establecer las perspectivas que se van a abordar, Norton y Kaplan (1992) destacan la importancia de establecer indicadores financieros y no financieros que permitan ver el desempeño de la organización. Hovarth y Partners (2003) señalan que independiente de las perspectivas que la institución decida trabajar, el éxito de

la aplicación del BSC consistirá en la adopción equilibrada de ellas en el momento de trabajar por la consecución de los objetivos estratégicos.

Algunas instituciones de salud eventualmente podrían incluir perspectivas como resultados clínicos, gestión del riesgo y seguridad del paciente, Infraestructura y equipos médicos, satisfacción del usuario, rendimiento financiero, integración de sistemas, innovación, coordinación de actividades, entre otras.

Algunas de las perspectivas que podrían ser utilizadas en una IPS son:

- **Financiera:** Aun cuando no todas las instituciones de salud son con ánimo de lucro, los indicadores financieros muestran la eficiencia con la que se están desarrollando las actividades dentro de una organización y claramente una institución de esta naturaleza necesita ser costo-eficiente y generar recursos adicionales para su expansión o para mejorar los procesos que realiza. Los indicadores financieros generalmente son indicadores de resultados y muestran el desempeño del trabajo realizado por varias áreas o departamentos de la organización, razón por la cual siempre es recomendable tener en cuenta la perspectiva financiera a la hora de elaborar el BSC.
- **Stakeholders:** Esta perspectiva puede ser más importante que la perspectiva financiera, ya que para las instituciones de salud existen múltiples grupos y agentes que se ven influenciados con su gestión, tal como el mismo paciente, su familia, los empleados, empleadores, accionistas, la comunidad, el público en general y el gobierno (Bob McDonald Consulting, 2012).
- **Clientes o pacientes:** En las instituciones de Salud, los pacientes son los clientes y satisfacer sus necesidades debería ser la principal misión. Por esta razón, la satisfacción de los pacientes y sus resultados médicos son factores claves para incluir en un BSC.
- **Gestión del riesgo y seguridad del paciente:** Los eventos adversos²⁷ son uno de los principales aspectos que busca controlar y evitar el gerente de una IPS, razón por la cual la gestión del riesgo y la seguridad del paciente puede ser una de las perspectivas a incluir en el BSC de este tipo de organizaciones.
- **Procesos internos:** Cómo en todo BSC la perspectiva de los procesos internos juega un rol fundamental y claramente en el área de la salud que es intensiva en conocimiento y personal no es la excepción. Para una institución de esta naturaleza es necesario el seguimiento de los diferentes procesos que realiza para lograr prestar un servicio que responda a las necesidades de calidad y oportunidad de la población. Es aquí donde se establecen los objetivos para los procesos de los que depende el desempeño, la eficiencia y por lo tanto los resultados médicos alcanzados por la institución.

²⁷ Daño sufrido por un paciente como consecuencia de la atención recibida (Organización mundial de la salud)

- **Personal:** En la prestación de servicios de salud, lograr un balance entre calidad, costo y cuidado depende significativamente de la actitud, personalidad y profesionalismo de los médicos y enfermeras que atienden a los pacientes. Razón por la cual, los profesionales son muy importantes en el desempeño de un hospital, de esta manera, como menciona Gurd y Gao (2007), cuando los recursos humanos son críticos para la implementación de la estrategia, estos deberían conformar otra perspectiva.
- **Recursos:** Para prestar servicios médicos de calidad y lograr mayor eficiencia en los diferentes procesos y prestaciones médicas, es necesario contar no solo con personal calificado sino también con equipos médicos y tecnología que sirvan de apoyo para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades. Adicionalmente, existen recursos tecnológicos como los sistemas de información, los canales de recaudo o de agendamiento de citas que se pueden considerar como recursos de la organización y que son claves para lograr eficiencia en los procesos y servicios prestados.

Muchas otras perspectivas pueden ser consideradas para el BSC de una institución de salud, sin embargo, las anteriormente mencionadas se pueden considerar las más utilizadas, generalmente las perspectivas empleadas están muy relacionadas con las planteadas por Norton y Kaplan, ya que el planteamiento de estos dos autores permite establecer relaciones causa efecto entre las diferentes perspectivas, comenzando por los recursos con los que cuenta la organización, que influyen en la eficiencia y calidad de los procesos internos, los cuales, determinan la satisfacción de los clientes y por ende los resultados financieros.

3.4.2.2.2 ¿Qué objetivos buscan las IPS y qué indicadores usan para su medición?

Es claro que cada tipo de organización tiene sus particularidades y por lo tanto los factores claves que deben ser medidos pueden variar significativamente entre una y otra. Sin embargo, muchas de estas instituciones comparten una estructura similar y por lo tanto hay ciertos indicadores que son fundamentales para evaluar el comportamiento y comprender la situación de una Institución de Salud.

A continuación, se menciona por cada una de las perspectivas establecidas por Norton y Kaplan (1992) cuáles son los objetivos e indicadores generalmente usados en el BSC.

Estos objetivos e indicadores fueron escogidos por el autor para mostrar a manera de ejemplo cuales son los que se suelen usar en una IPS, dada sus características y necesidades, sin embargo, estos pueden o no aplicar para ciertas instituciones de salud dependiendo de su misión, servicios o complejidad:

PERSPECTIVA FINANCIERA

Tabla 15 Objetivos e indicadores para la perspectiva financiera de una IPS

OBJETIVOS	INDICADORES
Generar Recursos para la Re-inversión	EBITDA
	Utilidad \$
Mejorar la rentabilidad	Rentabilidad %
	Rentabilidad sobre los activos ROA
	Rentabilidad sobre el patrimonio ROE
Aumentar los ingresos	Total de Ingresos
	Cumplimiento Egresos Vs Presupuesto
Optimizar el costo del servicio	Variación Costo promedio por prestación Vs Costo presupuestado

Fuente: Elaboración propia

PERSPECTIVA CLIENTES

Tabla 16 Objetivos e indicadores para la perspectiva usuarios de una IPS

OBJETIVOS	INDICADORES
Incrementar el número de afiliados	Número de afiliados
	Tasa de satisfacción del cliente
Satisfacción del Cliente	Número de Quejas y Reclamos
	Numero de usuario retirados
Desarrollar nuevos esquemas de Prestación de Servicios	Número de usuarios afiliados en convenios diferentes al POS
Posicionar el nombre de la institución	Participación en el mercado

Fuente: Elaboración propia

PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS

Tabla 17 Objetivos e indicadores para la perspectiva Procesos internos de una IPS

OBJETIVOS	INDICADORES
Ser oportunos en la prestación de servicios de salud	Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General
	Oportunidad en la asignación de citas de Medicina Especializada
	Oportunidad en la atención en las consultas de Urgencia
	Oportunidad en la entrega de medicamentos
Ofrecer un servicio de calidad	Tasa de pertinencia médica
	Numero de eventos adversos
	Tasa de efectividad clínica
Mejorar los tiempos de respuesta de PQR	Tiempo promedio que transcurre desde que se recibe la PQR hasta que es respondida
Fomentar el uso de canales electrónicos para el recaudo y agendamiento de citas	% de citas agendadas por medios electrónicos
	% del recaudo de cuotas moderadoras y copagos por medios electrónicos
Mejorar la frecuencia de asistencia a consultas médicas mediante programas de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades	Frecuencia de uso de la consulta médica general
Consolidar la excelencia operacional	Índice de rotación de inventarios
	Valor de las glosas
	Rotación de inventarios
Aumentar el portafolio de servicios y productos	Índice de desarrollo de productos y servicios

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18 Objetivos e indicadores para la perspectiva Recursos de una IPS

OBJETIVOS	INDICADORES
Garantizar el talento humano idóneo para la prestación de servicios	Tasa de rotación del personal
	% de personas que cumplen el perfil del cargo
	Número de empleados capacitados por la organización
	Número de empleados retirados
Desarrollar la cultura y los valores corporativos	Índice de clima organizacional
Aumentar y mejorar el capital físico y la Infraestructura	Ejecución del programa de mantenimiento
	Ejecución del Programa de Inversiones
	Número de equipos de cómputo, camas, equipos de diagnóstico, consultorios médicos.

Fuente: Elaboración propia

3.4.2.3 Oportunidad, calidad y relevancia de la información

La frecuencia con la que es revisado y actualizado el BSC en una IPS constituye uno de los principales FCE. La estrategia de una IPS puede estar cambiando frecuentemente, por este motivo, deben ser constantemente reajustados los objetivos e indicadores del BSC para que este refleje adecuadamente la estrategia de la IPS. Por esta misma razón, también se debe evitar la tendencia a estar agregando indicadores nuevos, pero no remover los que van quedando obsoletos (Rodgers, 2011).

La oportunidad, la exactitud y un nivel apropiado de manejo de la información por parte de los integrantes de la IPS son sumamente importantes para el éxito de un BSC.

La oportunidad de la información es sumamente importante para el éxito del BSC en una IPS, ya que todo gerente debe tener a la mano información actualizada y reciente sobre el estado de sus procesos para poder tomar medidas correctivas oportunamente que aumenten la probabilidad de cumplir las metas y estrategias planteadas.

En algunas IPS, este es uno de los principales factores que no permite implantar adecuadamente el BSC, ya que en ocasiones estas instituciones no cuentan información, reportes e indicadores relevantes para analizar perspectivas diferentes a la financiera y el proceso para obtener estos indicadores es bastante manual, haciendo que se pierda la oportunidad, la exactitud de la información y por lo tanto, los beneficios de un modelo de gestión basado en el BSC.

3.4.3 Procesos

Existen procesos dentro de una IPS que se consideran claves para el éxito del BSC, tales como una generación eficiente de la información, un alto compromiso y liderazgo de la alta gerencia, una adecuada planeación e implementación del BSC y un sistema de beneficios y compensaciones que estimule a los integrantes de la organización para alcanzar y superar las metas propuestas. A continuación, se explican en detalle cada uno de estos procesos:

3.4.3.1 Generación de la información

Para que el BSC opere de una manera eficiente, se debe contar con métodos eficientes para la extracción, procesamiento y presentación de la información que conforma el sistema. Las herramientas que se utilicen deben ser fácilmente ajustadas por el personal de la organización y los procesos para actualizar la información del BSC deben ser automáticos o mínimos y confiables.

Para garantizar que siempre se cuente con la información requerida se deben asignar dueños o responsable por cada indicador (Rodgers, 2011), con el fin que exista por lo menos una persona encargada de su elaboración y entrega, y una persona o más si es necesario para la supervisión y administración de la información del BSC, ya que la disponibilidad de estos indicadores es fundamental para este modelo.

Se recomienda tener en cuenta y contemplar los indicadores que obligatoriamente se reportan al gobierno y a los diferentes entes de control, puesto que muchos de estos indicadores, más no todos, podrían llegar a incluirse eventualmente en el BSC si ayudan a reflejar y clarificar la estrategia.

3.4.3.2 Liderazgo

El apoyo permanente, el compromiso y la disponibilidad de tiempo de directivos y funcionarios de la organización con el diseño, implementación y adopción del BSC es un prerrequisito si se desea triunfar con este modelo de gestión (Olarte & Garcia, 2009, pág. 56). Tanto Niven (2006, pág. 33) como Norton y Kaplan (Kaplan & Norton, 2001) han evidenciado sistemáticamente la importancia del patrocinio de los directivos para lograr implantaciones exitosas y efectivas. Principalmente porque la adopción de un BSC requiere soportarse en la estrategia y el conocimiento de la organización y generalmente la alta dirección es la que maneja esta información. Adicionalmente en este proceso se requiere de una asignación de recursos económicos, de un personal y de recursos de tecnológicos que solamente la alta gerencia tiene el poder de decidir sobre ellos (Olarte & Garcia, 2009).

3.4.3.3 Planeación e Implementación

En el proceso de planeación e implementación del BSC se definen las bases y las premisas sobre las cuales va a funcionar este modelo de direccionamiento estratégico, razón por la cual una adecuada implementación aumentará la probabilidad de tener éxito con la utilización de este enfoque administrativo. Para garantizar una adecuada planeación e implementación del BSC se recomienda:

- Establecer un mapa o un cronograma de ejecución, en donde se contemple la fase de desarrollo e implementación del BSC, Norton y Kaplan (2002) estiman que con 16 semanas es suficiente.
- Descentralizar el diseño del BSC, en la construcción de esta herramienta deben involucrarse las diferentes áreas de la organización.
- El éxito de implementar un sistema de indicadores para medir el desempeño de la organización está en lograr enfocar el tiempo y los recursos de la organización de manera integrada y coordinada.
- Antes de iniciar la planeación e implementación del BSC la estrategia de la organización debe estar claramente definida (Niven, 2006).
- Se debe tomar el tiempo necesario para implantar con éxito el sistema (Niven, 2006).

3.4.3.4 Sistemas de compensación

Como señala Olarte (2009) un compromiso efectivo y constante de los empleados con los objetivos estratégicos de la organización solo es posible con una combinación balanceada entre una motivación intrínseca y una motivación extrínseca. La intrínseca está basada en la alineación de los objetivos personales con los objetivos de la organización y en la comprensión de como el desempeño individual contribuye al logro de los objetivos de la institución, lo cual al final se traduce en el orgullo del trabajador por haber realizado bien su labor. La motivación extrínseca hace referencia a la compensación económica que se retribuye al empleado por haber cumplido los objetivos individuales y haber contribuido con los objetivos de la organización.

Estos sistemas de compensación encaminaran a los empleados de la organización a trabajar constantemente buscando cumplir los objetivos personales para que al final sean retribuidos emocional y económicamente por haber realizado eficientemente su trabajo. Sin embargo, cuando el sistema de compensaciones no es correctamente diseñado puede generar varios problemas al interior de la organización, razón por la cual Niven (2006, págs. 239-246) señala que el sistema debe ser justo, equilibrado y transparente, adicionalmente debe existir un compromiso permanente para revisar y ajustar el sistema de tal manera que siempre se garantice la equidad para todos.

3.4.4 Recurso humano

El recurso humano es un aspecto clave para lograr la efectividad de una estrategia y más en un sector como el de la salud en la cual las personas (médicos, enfermeras, auxiliares, cajeros, entre otros) son el principal recurso que disponen las organizaciones para poder prestar sus servicios. Los factores relacionados con el recurso humano son la competencia administrativa, el aprendizaje organizacional y la aceptación e interiorización del BSC por parte del personal.

3.4.4.1 Competencia administrativa

Implica que los ejecutivos de alto nivel de una organización deben tener el nivel requerido de capacidades y competencias para facilitar una adecuada adopción del BSC (Rodgers, 2011). Es importante que cuenten con habilidades de comunicación,

escucha, planeación, objetividad e inteligencia emocional además de tener un completo rango de competencias para soportar el direccionamiento estratégico y otros factores que afectan el BSC.

3.4.4.2 Aprendizaje organizacional

La retroalimentación entre las diferentes áreas de la organización es fundamental para el éxito del BSC. Si una organización no aprende de sus errores pasados estará condenada a repetirlos (Rodgers, 2011). Para que se logre esta retroalimentación el BSC debe ser constantemente entendido y monitoreado por todas las personas involucradas en la estrategia.

3.4.4.3 Aceptación e interiorización del BSC

El cambio cultural es un tema crítico a resolver. Los empleados involucrados en la estrategia deben estar completamente alineados con el propósito, la importancia y las obligaciones que el BSC implica (Rodgers, 2011). Para lograr su aceptación e interiorización, debe garantizarse una adecuada planeación del proceso de implementación del BSC, realizando sesiones informativas y reuniones de concientización, enseñanza y construcción conjunta del modelo para ir fomentando constantemente la cultura del BSC. Con el fin de lograr la aceptación e interiorización del Balanced se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Seleccionar un grupo de funcionarios que tengan un amplio conocimiento sobre la organización para que apoyen la implementación del BSC y promuevan la eficiencia de este enfoque a todo el personal de la organización.
- Es importante realizar planes y programas de educación y entrenamiento al personal sobre el modelo (Niven, 2006) para que interioricen esta estrategia.

3.4.5 Integralidad

Finalmente está el tema de la integralidad, la cual se puede definir como la capacidad de comprender como se vinculan los diferentes procesos de la organización para brindar un servicio o producto al usuario final, es la capacidad de articular el conocimiento y el esfuerzo tanto de los empleados como de las diferentes áreas de la organización para abordar los problemas específicos que esta enfrenta. Este es un factor clave ya que es necesario que la alta gerencia y los líderes de cada área tengan claridad de cómo se vinculan los diferentes procesos de la organización para prestar los servicios de salud a los pacientes, ya que solo de esta manera, se podrá comprender como se relacionan los diferentes objetivos y cuáles son verdaderos inductores de valor para encaminar a la organización hacia el logro de su misión. Tener una visión integral de la organización permite también entender la naturaleza, la magnitud y la variación de cada uno de los indicadores que conforman el BSC, brindando pautas y alertas para identificar los procesos que deben ser intervenidos con el fin de aumentar la probabilidad de éxito en cada una de las estrategias de la organización.

También hay que tener en cuenta, que para que un sistema como el BSC funcione eficientemente los directivos tienen que gestionar y controlar de manera integral los demás FCE de la organización, ya que claramente este modelo no va a funcionar

adecuadamente en una organización con serios problemas administrativos y operativos, que consumen el tiempo y los recursos necesarios para implantar todo un sistema de gestión en torno al BSC.

4 CONCLUSIONES

Debido a los múltiples retos que enfrentan las IPS en Colombia es necesario que sus gerentes adopten modelos de direccionamiento estratégico que conlleven a la alineación del recurso humano, físico y tecnológico de la organización, de tal manera que puedan cumplir sus objetivos propuestos, garantizando una prestación de servicios médicos eficiente, sostenible y de calidad. Como se señaló en la sección 2.5 de este documento, el BSC es uno de los modelos más utilizados y recomendados para la gestión estratégica de todo tipo de organizaciones, ya que permite aclarar la estrategia, comunicarla a los encargados de ejecutarla, monitorearla y encaminar la organización hacia la consecución de resultados.

Por este motivo, la pregunta y el objetivo principal de esta investigación estaban enfocados en determinar cuáles son los FCE para la implementación de un modelo de direccionamiento estratégico basado en los principios del BSC en una IPS privada de primer nivel de atención, con el fin de garantizar los beneficios que señala la teoría de Norton y Kaplan (1996).

Para identificar dichos FCE, dando alcance al objetivo principal de la investigación, se siguió la metodología propuesta por Caralli (2004), como resultado se identificaron trece FCE que se resumen más adelante y que fueron clasificados en cinco grupos que son: estrategia corporativa, diseño del BSC, procesos, recurso humano e integralidad. Para la identificación de los FCE, fue necesario en primera instancia conocer las características y la situación actual de las IPS de primer nivel de atención en Bogotá, de tal manera que los FCE identificados sean pertinentes y válidos para este tipo de organizaciones.

En cuanto al primer objetivo específico de esta investigación, que estaba enfocado en comprender las características y el contexto de las IPS de primer nivel de atención, se puede concluir que estas organizaciones se caracterizan por realizar actividades intensivas en capital humano, donde es fundamental el conocimiento, la vocación de servicio y la constante capacitación y retroalimentación de los profesionales de la salud para garantizar un servicio médico eficiente y de calidad. Otra característica importante que permite comprender el entorno de estas organizaciones, es que aproximadamente el 86% de las IPS de primer nivel de atención en Bogotá se encuentran integradas verticalmente con la EPS que contratan sus servicios (Restrepo, 2007) y alrededor del 80% del total de la población del régimen contributivo del país se encuentra afiliada a solamente seis EPS (BDUA, 2014), razón por la cual se puede concluir que el mercado de la salud en el país está fuertemente concentrado, generando múltiples retos y barreras de acceso para las nuevas organizaciones de primer nivel de atención en salud que quieran entrar a hacer parte de este sector.

Con base en las características de este tipo de organizaciones existen dos aspectos claves que los gerentes deben considerar y priorizar: la satisfacción y fidelización los pacientes y una adecuada gestión de los costos. El seguimiento de la satisfacción del paciente es fundamental para garantizar la sostenibilidad de este tipo de instituciones, puesto que para asegurar un ingreso constante es vital la fidelización

de los usuarios tanto particulares como los que vienen a través de una EPS. El seguimiento de los costos de prestación de los servicios de salud es el otro elemento fundamental para garantizar la sostenibilidad de una IPS puesto que este es un sector caracterizado por altos costos de personal, medicamentos, insumos y tecnología, por lo tanto, solo mediante la excelencia y eficiencia operacional se puede alcanzar un adecuado nivel de rendimiento económico.

Respecto al segundo objetivo específico, que pretende establecer los principales retos que deben enfrentar las IPS de primer nivel de atención en Bogotá, se puede concluir que los desafíos más importantes para estas instituciones están relacionados con los altos y crecientes costos de personal, equipos, medicamentos e insumos, el crecimiento y envejecimiento de la población que se traduce en una mayor demanda de servicios, la escasez tanto de profesionales como de infraestructura para prestar servicios de primer nivel de atención en ciertos sectores de la ciudad y una doble carga epidemiológica, debido a la coexistencia de enfermedades transmisibles propias de los países en vía de desarrollo y las enfermedades crónicas o degenerativas propias de los países desarrollados.

Las IPS privadas de primer nivel de atención que no están integradas verticalmente con una EPS, tienen un reto adicional, que es enfrentarse a un mercado mucho más limitado que el que tienen las IPS que si están integradas verticalmente, puesto que las EPS son las organizaciones que más reciben recursos para la financiación de la salud y por lo tanto son las que más compran estos servicios. Según señalaron varios entrevistados, es difícil que una IPS privada que no está integrada verticalmente, logre contratar con una EPS y cuando lo logran varias IPS se quejan que las EPS no pagan o se demoran mucho en pagar. Razón por la cual este tipo de organizaciones prefieren enfocarse en la prestación de servicios no POS que son vendidos directamente a pacientes particulares sin intermediación de una EPS, tales como ortodoncia, medicina alternativa, procedimientos y cirugías estéticas, entre otros. Lo cual, conlleva a desaprovechar una gran capacidad para la atención primaria, representando una barrera de acceso a este tipo de servicios, ya que los afiliados al sistema de salud solo pueden recibir atención en las IPS que tienen convenios con la EPS en la que están afiliados, sin garantizar plenamente la libre competencia entre instituciones de salud y el derecho de escoger libremente la IPS donde quieren ser atendidos. Con base en lo anterior, uno de los factores que se debe ajustar en el actual sistema de salud para garantizar la calidad y el acceso es la integración entre las diferentes IPS y EPS y la libre movilidad de los usuarios en el sistema de salud.

Dadas las características y los retos que enfrentan estas organizaciones, un modelo de gestión basado en los principios del BSC es de gran utilidad puesto que permite soportar de manera integral las estrategias desarrolladas para superar los retos y desafíos que enfrentan estas instituciones para ser competitivas y mantenerse en el mercado. El BSC permite mejorar constantemente la calidad y eficiencia de los servicios de salud, ya que a través de este modelo de dirección es posible aclarar la estrategia, establecer metas y encaminar los recursos disponibles para alcanzar los objetivos estratégicos propuestos. Razón por la cual a partir del contexto general y la experiencia en la implementación del BSC en estas instituciones, documentada en literatura especializada acerca del tema y en las encuestas y entrevistas realizadas

a los altos ejecutivos de estas organizaciones, se identificaron los siguientes trece FCE para la adopción de un modelo de gestión de esta naturaleza, dando cumplimiento así al tercer objetivo específico y al objetivo principal de esta investigación. Los FCE identificados se resumen a continuación:

Como base fundamental para el éxito del BSC, la adopción de este modelo debe surgir como una estrategia corporativa, en la cual haya una *priorización del BSC como modelo de direccionamiento estratégico*, de tal manera que la alta gerencia comprenda la utilidad de este enfoque administrativo y le destine la importancia necesaria para que el modelo se implante exitosamente en la organización. Otro factor relacionado con la estrategia corporativa es que debe existir *claridad en la estrategia de la organización*, lo que quiere decir que la estrategia que va a soportar el BSC debe ser conocida, comprendida y aceptada por los encargados de ejecutarla.

En cuanto al diseño del BSC, existen tres factores que son claves para el éxito de este modelo. El primer factor es la *pertinencia y claridad del BSC*, lo cual implica que este debe reflejar con claridad la estrategia de la organización, porque de lo contrario más que un BSC podría estarse convirtiendo simplemente en un tablero de indicadores desligado de la estrategia de la organización. Segundo, el BSC debe tener las *perspectivas balanceadas*, lo que quiere decir que solo se deben incluir objetivos e indicadores claves para el éxito de la estrategia sin volver tan pesado el BSC y tercero, debe existir *oportunidad, calidad y relevancia de la información*, ya que si se garantiza que el BSC se mantenga actualizado y la información que contiene sea confiable es mucho más probable que sea una herramienta usada y de gran utilidad para la organización.

La otra categoría de FCE está relacionada con los procesos que se deben ejecutar correctamente al interior de la organización para garantizar la efectividad del modelo. En esta categoría se identificaron cuatro factores que se deben priorizar, el primero está relacionado con los procesos de *generación de la información*, que establece que se debe contar con métodos eficientes para la extracción, transformación y presentación de los datos de tal manera que el BSC pueda ser actualizado y modificado fácil y rápidamente por los empleados de la institución. El segundo factor clave de esta categoría es el *Liderazgo*, que implica que la alta gerencia debe involucrarse activamente en todas las fases del modelo, para solucionar con celeridad los inconvenientes que se vayan presentando en la marcha, ya que son ellos los que tienen el poder para tomar decisiones, movilizar recursos y modificar o establecer procesos. Otro factor clave es una adecuada *planeación e implementación* del BSC, ya que es en esta fase donde se establecen las bases y premisas con la que va a funcionar este modelo de direccionamiento estratégico. El último factor clave de esta categoría es establecer *sistemas de compensación* para garantizar un compromiso constante y efectivo de los empleados con los objetivos estratégicos de la organización (Olarte & Garcia, 2009).

En relación al recurso humano de la organización, es importante que se caracterice por su *competencia administrativa*, ya que la alta gerencia debe tener un completo conjunto de habilidades para soportar la implementación del modelo, tales como la

escucha, comunicación, planeación, objetividad e inteligencia emocional. El *Aprendizaje organizacional* es otro aspecto que se debe fomentar en la organización ya que la retroalimentación entre la gerencia y las diferentes áreas administrativas y asistenciales son fundamentales para el éxito del BSC. El otro factor que también es fundamental en relación al recurso humano, es la *aceptación e interiorización del BSC*, ya que el cambio de la cultura, los procesos y la forma de cómo se hacen las cosas es un tema crítico para el éxito de este modelo, los empleados deben interiorizar el concepto y alinearse a un sistema de gestión que se enfoca en la medición y consecución de resultados.

Finalmente, como resultado de la investigación, un factor clave identificado, que no por ser el último es el menos importante es la *integralidad*, la cual se puede definir como la capacidad de los líderes de comprender como se vinculan los diferentes procesos de la organización para brindar un servicio al usuario final, ya que solo de esta manera es posible identificar con claridad cómo se relacionan los objetivos y cuáles son los verdaderos inductores de valor y procesos que deben ser intervenidos y controlados para conseguir la visión de la organización. Este factor también hace referencia a que la organización de manera integral debe estar funcionando adecuadamente, puesto que no sería posible garantizar los beneficios del Balanced Scorecard si la IPS presenta problemas significativos en los procesos claves de la operación, tales como el agendamiento, la atención, la facturación de servicios, la gestión de medicamentos e inventarios, entre otros.

Los resultados de esta investigación representan un significativo aporte teórico práctico para esta disciplina y para los funcionarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud que quieran implementar o reestructurar su modelo de direccionamiento estratégico. Dado que establece un listado de factores y recomendaciones que deben ser considerados y priorizados para soportar eficientemente la estrategia a través del BSC y de esta manera alcanzar los objetivos y la visión de este tipo de organizaciones. También constituye un valioso aporte a la disciplina, puesto que se estudian y se analizan en profundidad conceptos como estrategia, direccionamiento estratégico, modelos de direccionamiento estratégico, factores críticos de éxito y métodos para su identificación. Adicionalmente, este trabajo fomenta la creación un cuerpo teórico de conocimientos alrededor de este tema, ya que según la revisión realizada, a la fecha, no existen trabajos de investigación que tengan como objetivo principal identificar los FCE para la adopción del BSC en instituciones de salud de primer nivel de atención en salud.

Finalmente, hay que reiterar que se ha demostrado ampliamente la eficiencia del BSC en las Instituciones de Salud, que si se tienen en cuenta los factores mencionados es mucho más probable que este modelo sea utilizado exitosamente facilitando la ejecución de las estrategias y que este enfoque administrativo se puede implementar eficientemente en cualquier centro médico, clínica u hospital, adaptándolo a sus necesidades, cultura y sistemas de información, con el fin de mejorar la gestión y por lo tanto la calidad y el acceso a los servicios de salud.

5 BIBLIOGRAFÍA

- Adams, C., & Roberts, P. (1993). You are what you measure. *Manufacturing Europe*.
- Amaya Amaya, J. (2005). *Gerencia: Planeación & Estrategia*. Bogotá: Universidad Santo Tomas de Aquino.
- Andrews, K. R. (1980). *The concept of corporate strategy*. R.D. Irwin.
- Asi vamos en salud. (2012). *Reporte anual 2012. El sistema de salud busca su rumbo. Retos del sistema de salud*.
- Ayala Garcia, J. (Julio de 2014). La salud en Colombia, mas cobertura pero menos acceso. *Documentos de trabajo sobre economía regional*, 45.
- Baker, G., & Pink, G. (1995). A Balanced Scorecard for Canadian hospitals. *Healthcare Managment Forum*, 8(4), 7-13.
- Bartolomé, E., Jiménez, J., Sanchez, L., Bartolomé, M., Dominguez, A., Marti, M., & Hernandez, H. (2016). Desarrollo y evolución de un cuadro de mando integral en atención primaria: lecciones aprendidas. *Revista Española de calidad asistencial*. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X16300458>
- Bateman, T. S., & Snell, S. A. (2001). *Administración: Una ventaja competitiva* (4th ed.). México: Mc Graw Hill.
- Behrouzi, F., Shaharoun, A., & Ma'Arem, A. (2014). Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. *Australian Health Review*, 38(2), 208-217.
- Below, P. J., Morrissey, G. L., & Acomb, B. L. (1987). The executive guide to strategic planning. *Jossey-Bass*.
- Bernal Acevedo, O., & Forero Camacho, J. C. (2011). Sistema de información en el sector salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 85-100.
- Bernal Gelvis, P., & Alvarado Velásquez, N. (2000). Diseño del sistema Integral de medición de gestión (SIMEG) de la IPS del insituto de seguros sociales. *Revista de ciencias administrativas y sociales INNOVAR*, 16, Julio-Diciembre de 2000, 165-183.
- Bisbe, J., & Barrubés, J. (Octubre de 2012). El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Cardiología*, 65(10), 919-927. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188558571200240X>

- Blooinquist, P. Y. (2008). Using Balanced Scorecards to Align Organizational Strategies. *Healthcare Executive*, 24-28.
- Bob McDonald Consulting. (2012). A Review of the Use of the Balanced Scorecard In HealthCare.
- Broccardo, L. (2015). The Balance Scorecard Implementation in the Italian Health Care System: Some Evidences from Literature and a Case Study Analysis. *Journal of Health Management*, 17(1), 25-41. Obtenido de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84925359297&partnerID=40&md5=d080a3f9fb71562b02dadd52200931f5>
- Bullen, C., & Rockart, J. (Junio de 1981). A primer on critical success factors. *Center of Information Systems Research, Sloan School of management, Massachusetts Institute of Technology*, 69.
- Cano Flores, M., & Olivera Gomez, D. (s.f.). *Algunos modelos de planeación*. México.
- Caralli, R. A. (Julio de 2004). The critical success factor method: Establishing a foundation for enterprise security management. *Carnegie Mellon University, Software engineering Institute, Technical Report CMU/SEI-2004-TR-010*. Obtenido de <http://www.sei.cmu.edu/reports/04tr010.pdf>
- Castaño, R. A. (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 3(11).
- Castro Hoyos, C. E. (2012). *Salud y Seguridad Social: un breve comparativo de cinco países de América Latina*. Bogotá: Friedrich Ebert Stiftung en Colombia FESCOL.
- Chow, C., Ganulin, D., Teknika, O., Haddad, K., & Williamson, J. (1998). The balanced scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *Journal of Healthcare Managment*.
- Congreso de la republica de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100 de 1993.
- Daniel, D. R. (Sep/Oct de 1961). Managment Information Crisis. *Harvard Business Review*, 39(5), 111-121.
- Dankhe, G. (1989). Investigación y comunicación. En G. L. Dankhe, & C.
- Fernández Collado, *La comunicación humana: ciencia social* (pág. 454). México, D.F.: McGraw Hill de México.
- Defensoria del Pueblo. (2014). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Colombia.
- Del Rincón, D., Arnal, J., La Torre, A., & Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

- Edvinsson, L., & Malone, M. S. (2003). *El capital intelectual. Como Identificar y calcular el valor de los recursos intangibles de su empresa*. Barcelona: Gestión 2000.
- EFQM. (2012). An overview of the EFQM Excellence Model. Bruselas, Belgica. Obtenido de http://www.efqm.org/sites/default/files/overview_efqm_2013_v1.1.pdf
- Fernandez, A. (2001). El Balanced ScoreCard: Ayudando a implantar la estrategia. *Revista de antiguos alumnos IESE*, 37.
- Fred, D. (2003). *Conceptos de Administración Estratégica* (Novena ed.). Mexico: Pearson Educación.
- Gabriela, K., Tomáš, C., & Staňková, P. (2014). An application of Balanced Scorecard in healthcare organizations. En *Recent Advances in energy, enviroment and financial planning*. Florencia, Italia: WSEAS Press.
- Gonzalez Morales, S. M., & Suarez Guiza, L. J. (2001). Desarrollo de un tablero Balanceado de control aplicado a la unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia (UNISALUD). *Tesis*. Universidad Nacional de Colombia.
- Gonzalez, Y., Gonzalez, D., Soto, D., & Casadiegos, H. (2010). Evolución de la participación del estado en la salud publica y la financiación del plan territorial de salud. *Revista CES Salud Pública, Jul-Dic 2010*, 109-121.
- Grant, R. M. (2006). *Dirección Estratégica*. Madrid: Civitas.
- Hernandez Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta ed.). Mexico: McGraw Hill.
- Hollander, R. (s.f.). Los activos intangibles: Presentación de algunos modelos desarrollados. *Horizontes empresariales*.
- Hovarth y Partners. (2003). Dominar el cuadro de mando Integral. Barcelona: Gestión 2000.
- Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Bower, M. (2002). Applying the Balanced Scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management*, 47(3), 179.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, XXXIII(1), 11-14.
- Kaplan, R. S. (2010). Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard. *Harvard Business School, Working Paper 10-074*. Obtenido de <http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/10-074.pdf>
- Kaplan, R., & Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.

- Kaplan, R., & Norton, D. (1993). Putting the Balanced Scorecard to work. *Harvard Business Review*.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*, 39(1), 53-79.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). *Translating strategy into action: The Balanced Scorecard*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 79, 75-85.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2001). *The Strategy-Focused Organization*. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R., & Norton, D. (Enero de 2008). Mastering the management system. *Harvard Business Review*, 1-17.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2008). *The execution premium: Linking strategy to operations for competitive advantage*. Harvard Business School Press.
- Kaufman, R. (2016). Strategic Planning: Getting from here to there. *Talent Development*, 70(3), 54-59.
- Kotler, Philip, & Armstrong, G. (2000). *Mercadotecnia*. México: Editorial Prentice Hall.
- Kuo, Y. Z., & Wu, I. L. (2012). A Balanced Scorecard Approach in Assessing IT Value in Healthcare Sector: An Empirical Examination. *Journal of Medical Systems*, 36, 3583-3596.
- Lawrie, G., & Cobbold, I. (2002). Development of the third generation Balanced Scorecard. *International Journal of productivity and performance Management*, 53(7), 611-623.
- Leyton, C., Huertas, P., & Paul, I. (Junio de 2015). Cuadro de mando en salud. *Salud Pública de México*, 57(3), 234-241. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n3/v57n3a12.pdf>
- Lopez Viñegla, A. (2002). Los sistemas de información basados en la estrategia. *Harvard Deusto Finanzas & Contabilidad*(46).
- Martín Martín, J. J. (2007). La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias. *Presupuesto y gasto público*, 49, 139-161.
- Martinez, F. L. (Noviembre de 2012). Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital. Bogotá: Boletín del Observatorio para la equidad en calidad de vida y salud en Bogota D.C. No 14.
- Martínez, R., Dueñas, R., Miyahira, J., & Dulanto, L. (2010). El cuadro de mando integral en la ejecución del Plan estratégico de un hospital general. *Revista medica herediana*, 21(3), 153-159.

- Masson Guerra, J. L., & Truño Gual, J. (2006). La cuarta generación Balanced Scorecard: Revisión crítica de la literatura conceptual y empírica. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 1-32.
- McNamara, C. (2000). Obtenido de Free Management Library, © Copyright Authenticity Consulting, LLC ®: <http://managementhelp.org/strategicplanning/models.htm#one>
- McNair, C. J., Lynch, R. L., & Cross, K. F. (1990). Do financial and non financial measures have to agree. *Management Accounting*, 72(5).
- Merlano-Porras, C. A., & Gorbanev, I. (Junio de 2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86.
- Ministerio de la protección social. (Octubre de 2011). Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia. Version 03. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de salud y protección social. (6 de Mayo de 2003). Resolución 1441 de 2003.
- Ministerio de Salud y protección social. (6 de Mayo de 2013). Manual de habilitación de prestadores de servicios de salud.
- Ministerio de salud y protección social. (Diciembre de 2014). Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral en atención en salud para el sistema general de seguridad social.
- Ministerio de Salud y protección social. (Noviembre de 2015). Plan estratégico sectorial 2014-2018. Bogotá D.C.
- Ministerio de salud y protección social. Republica de Colombia. (Agosto de 2015). Informe al congreso de la república 2014-2015. Sector Administrativo de salud y protección social. Bogotá, D.C.
- Mintzberg, H., Quinn, J. B., & Voyer, J. (1997). *El proceso estratégico: Conceptos, contextos y casos*. Mexico: Pearson Educación.
- Naranjo, D. (2010). El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 220-224. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010003300008
- Nasiripour, A. A., Kazemi, M. A., & Izadi, A. (2011). Designing a hospital performance assessment model based on balanced scorecard. *HealthMed*, 2983-2989.
- Niven, P. R. (2006). *Balanced Scorecard Step-By-Step* (2nd ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Norton, D., & Kaplan, R. (2002). *Cuadro de Mando Integral*. Barcelona: Gestión 2000.
- Olarte, J. P., & Garcia, A. (2009). Factores claves de éxito para una implantación exitosa del sistema de gestión estratégica. *Revista EAN*, 95(Enero-Abril), 49-76.
- Organización Panamericana de la salud. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas*. (2007 Edition). Washington D.C. Recuperado el 25 de 04 de 2016, de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Orozco, J. (2006). *Caracterización del mercado de aseguramiento en el régimen contributivo en Colombia* (Vol. 2). (Eumed.net, Ed.) Cartagena. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/>
- Palacio Echeverry, G. C. (2011). Diseño de una propuesta del Balanced Scorecard para la evaluación de la implementación de los procesos de calidad en la ESE Hospital San Juan de Dios de Santafe de Antioquia. Tesis. Universidad de Medellin.
- Pinto, J. (Ene-Mar de 2000). Asignación y determinación de prioridades de procesos esenciales, con base en los factores críticos de éxito. *Estudios gerenciales*, 16(74), 79-89.
- Porter, M. (1980). *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. New York: Free Press.
- Quevedo, E. (2007). *Historia de la medicina en Colombia. Tomo III: Hacia una profesión liberal, 1865-1946*. Bogotá: Grupo editorial Norma .
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigación en ciencias sociales*. México: Limusa.
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., & Rodriguez, S. M. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de Economía Institucional*, 9(17).
- Rigby, D. (2001). Management Tools and Techniques. *California Management Review*, 43(2), 139-159.
- Rockart, J. F. (1979). Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*, March-April, 81-93.
- Rodgers, M. C. (2011). Organizational critical success factors influencing balanced scorecard systems in UK healthcare. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 174-179.
- Ruiz, R. (2006). Historia y evolución del pensamiento científico. (J. C. Martinez, Ed.)

- Soler, R., & Robaina, D. (2009). Experiencias en el diseño e implementación del cuadro de mando integral. *Ingeniería Industrial*(30).
- Sveiby, K. E. (1998). The Intangible Assets Monitor. *Review of the Human Resource and accounting*, 73-97.
- Tregoe, B. B., Zimmerman, J. W., Smith, R. A., & Tobia, P. M. (1989). *Vision in action*. Nueva York: Fireside Books.
- Triviño Cuellar, O. M. (2001). Estudio de caso: Diseño e implementación del sistema Balanced Scorecard para la unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional. *Tesis*.
- Villabí, J., Guix, J., Casas, C., Borrell, C., Duran, J., Antarcoz, L., . . . Cusi, M. (2007). El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública The Balanced Scorecard as a management tool in a public health organization. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 60-65. Obtenido de <https://doaj.org/article/da0eb77878e84420aa7e5d896977110f>
- Villegas, G. C. (2005). Gestión por factores críticos de éxito. *Revista EAFIT*, 105, 26.
- Voelker, K., Rakich, J., & French, R. (2001). The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital Topics*, 79(3), 13-25.
- Zelman, W., Pink, G., & Matthias, C. (2003). Use of the Balanced Scorecard in HealthCare. *Journal of Health Care Finance*, Summer 2013(29).
- Zhijun, L., Zengbiao, Y., & Liqun, Z. (September de 2014). Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China. *China Economic Review*, 30, 1-15. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043951X14000418>

6 ANEXOS

6.1 ANEXO 1. FORMATO DE ENCUESTA

A) PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Cuál es la misión y visión de la IPS?
2. ¿Qué servicios ofrecen?
3. ¿Cuál es el mercado o segmento de clientes en los que se enfoca la institución?
4. ¿Cuál es el volumen aproximado de atención diaria o mensual por cada servicio?
5. ¿cómo está conformado el personal y las diferentes áreas de la IPS y que procesos desempeñan?

B) DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

6. ¿Describa de manera breve el proceso utilizado para formular, implementar y evaluar las estrategias de la institución?
7. ¿Tienen definidos indicadores, presupuestos e iniciativas estratégicas para cada uno de los objetivos de la organización?
8. ¿Cómo evalúan el cumplimiento de los objetivos planteados y la eficiencia de las estrategias formuladas?
9. ¿Utilizan tableros de indicadores para el seguimiento de la Institución?
10. ¿En qué niveles de la organización se conoce el direccionamiento estratégico? ¿es conocido por todo el personal?

C) SITUACIÓN ACTUAL DE LAS IPS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

11. ¿Cómo ve usted la situación general de las IPS de primer nivel de atención en Bogotá incluyendo la que usted dirige?
12. ¿Cuáles son las principales amenazas y riesgos que enfrentan estas instituciones?
13. ¿Qué oportunidades y ventajas presenta el entorno actual?
14. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la organización?

D) OBJETIVOS E INDICADORES

Perspectiva Financiera

15. ¿Cuáles son los objetivos que se deben utilizar para la perspectiva financiera?
16. ¿Qué información o indicadores se requieren para la gestión financiera de la institución?

Perspectiva Clientes

17. ¿Qué objetivos se deben considerar para la perspectiva de clientes?
18. ¿Qué información o indicadores se requieren para la gestión de los clientes de la entidad?

Perspectiva de Procesos

19. ¿Cuáles son los objetivos planteados en relación a los procesos de la institución?
20. ¿Cuáles procesos considera que deben mejorar para una prestación de servicios de salud sostenible, accesible y de calidad?
21. ¿Qué medidas se deben implementar para mejorar la eficiencia de los procesos?
22. ¿Qué información e indicadores se requieren para la gestión de los procesos de la IPS y con qué frecuencia?

Perspectiva de recursos, crecimiento y aprendizaje

23. ¿Qué objetivos se han planteado para esta perspectiva?
24. ¿Qué indicadores utilizan para el seguimiento de esta perspectiva?
25. ¿Considera usted que el recurso humano, físico y tecnológico de la organización es el adecuado?
26. ¿Cómo se llevan a cabo los procesos de selección y contratación de personal?
27. ¿Se realizan capacitaciones al personal? ¿a quienes? ¿con qué frecuencia y en qué temas?
28. ¿cómo se fomenta la innovación dentro de la organización?

E) BALANCED SCORECARD

29. ¿Conoce usted el Balanced Scorecard?

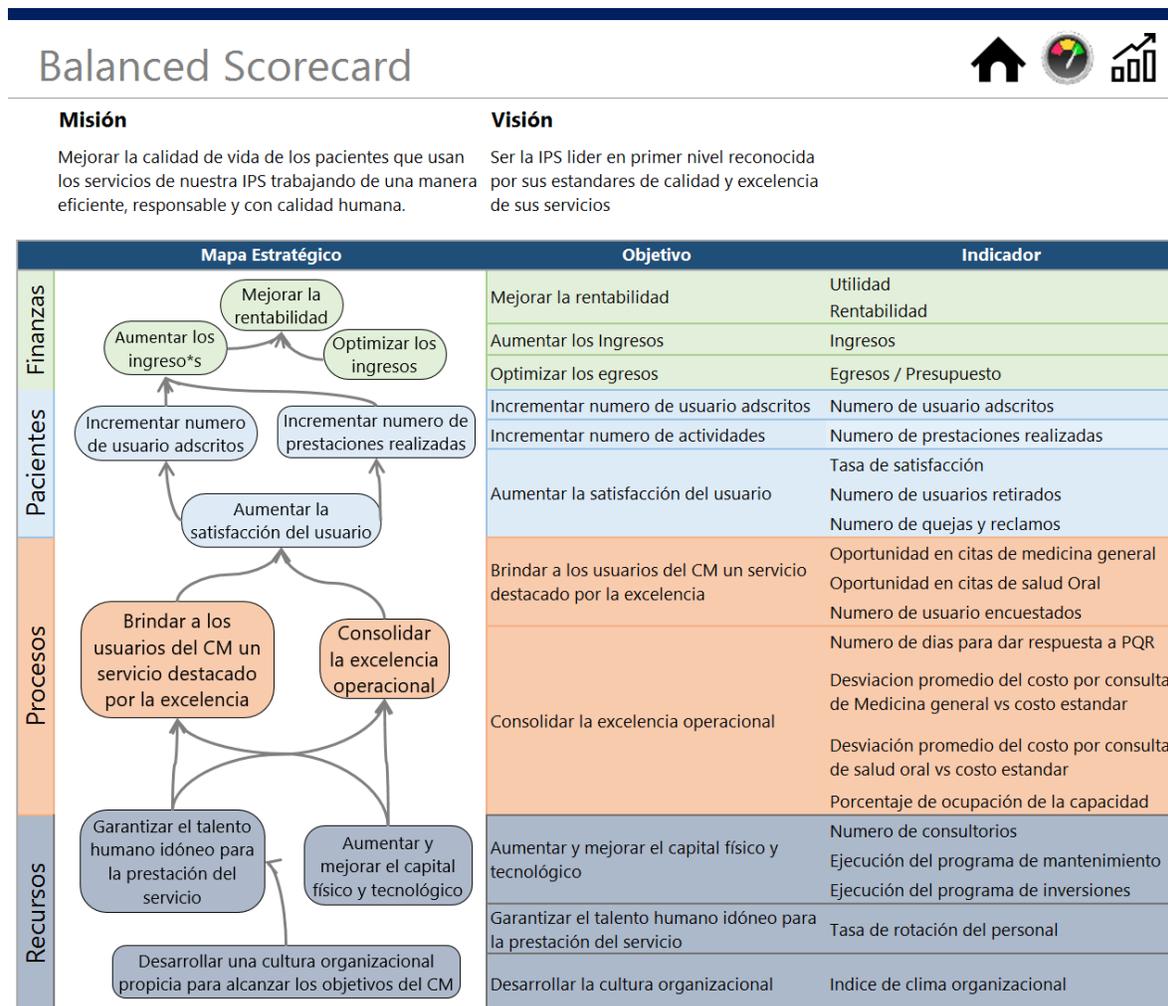
Si su anterior respuesta es SI:

30. ¿Considera que es útil el Balanced Scorecard para una IPS de primer nivel de atención?
31. ¿Cuáles son las principales ventajas y desventajas de su utilización?
32. ¿Cuáles son las perspectivas que se deben considerar para la construcción del Balanced Scorecard en una IPS de primer nivel de atención?
33. ¿Qué recomendaciones se deben tener en cuenta en el momento de implementar un Balanced Scorecard?

6.2 ANEXO 2. EJEMPLO DE UN BSC PARA LOS CENTROS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Este BSC fue desarrollado en Excel por el autor y puede servir como base para la implementación del BSC en cualquier organización.

Para la elaboración de una herramienta que soporte el BSC se debe primero construir un mapa estratégico con objetivos e indicadores como el que aparece a continuación:



Seguido a esto se deben establecer una serie de iniciativas estratégicas para la consecución de los objetivos, en donde se especifique el presupuesto con el que cuenta, el valor ejecutado, su impacto, responsables, fecha de inicio, fecha final, avance % y resultados, tal como aparece en el siguiente formato:

Iniciativas

INICIATIVA	PRESUPUESTO	VALOR EJECUTADO	Impacto	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	AVANCE %	RESULTADOS
Implementación de Punto ágil	5.000.000,00	500.000,00	Alto	Tecnología	1/01/2016	12/01/2016	5%	
Descuentos en productos SO			Medio	Lider Salud oral	1/01/2016	12/01/2016		
Revisión de procesos	200.000,00	15.000,00	Medio	Gestor Procesos	1/01/2016	12/01/2016	25%	
Contratar cajero adicional	1.500.000,00		Bajo	Coordinador	1/01/2016	12/01/2016		
Remodelación sala de espera	7.000.000,00	2.800.000,00	Medio	Jefe Infraestructura	1/01/2016	12/01/2016	25%	
Aumentar horarios de atención			Medio	Tecnología	1/01/2016	12/01/2016		
Revisión de gastos			Medio	Tecnología	1/01/2016	12/01/2016	40%	
Revisión de anticipos			Alto	Tecnología	1/01/2016	12/01/2016	50%	
Remodelación tomas de muestras	5.000.000,00	1.000.000,00	Alto	Tecnología	1/01/2016	12/01/2016	68%	
Reemplazar Iluminacion x luz Led	5.000.000,00		Alto	Tecnología	1/01/2016	12/01/2016		

Posteriormente para cada indicador se debe establecer un responsable, un formato para ser visualizado en un tablero de indicadores (porcentaje, número, moneda), un tipo de gráfica (columnas, líneas, perdidas/ganancias), una tendencia esperada (aumentar o disminuir) y un margen de desviación entre el valor real y el valor presupuestado para semaforizar cada uno de los indicadores dependiendo del valor que tenga. Tal como aparece en la siguiente tabla:

Indicadores



Perspectiva	Indicador	Tipo	Tend. Esp.	Desviación			Gráfico	Responsable
				Buena	Aceptable	Mala		
Finanzas	Utilidad	Moneda	+	100%	90%	80%	Pérdidas/Ganancias	
Finanzas	Rentabilidad	Porcentaje	+	100%	90%	80%	Línea	
Finanzas	Ingresos	Moneda	+	100%	90%	80%	Columna	
Finanzas	Egresos	Moneda	-	80%	90%	100%	Columna	
Finanzas	Rotación de Inventarios	Numero	-	80%	90%	100%	Línea	
Finanzas	Rotación de Cartera	Numero	-	80%	90%	100%	Línea	
Cientes	Numero de usuario adscritos	Numero	+	100%	90%	80%	Columna	
Cientes	Numero de prestaciones realizadas	Numero	+	100%	90%	80%	Línea	
Cientes	Tasa de satisfacción	Porcentaje	+	100%	90%	80%	Línea	
Cientes	Numero de usuarios retirados	Numero	-	80%	90%	100%	Columna	
Cientes	Numero de quejas y reclamos	Numero	-	80%	90%	100%	Columna	
Procesos	Oportunidad en citas de medicina general	Numero	-	80%	90%	100%	Línea	
Procesos	Oportunidad en citas de salud Oral	Numero	-	80%	90%	100%	Línea	
Procesos	Numero de usuario encuestados	Numero	+	100%	90%	80%	Columna	
Procesos	Numero de días para dar respuesta a PQR	Numero	+	100%	90%	80%	Línea	
Procesos	Desviación promedio del costo por consulta de Medicina ge	Porcentaje	-	80%	90%	100%	Pérdidas/Ganancias	
Procesos	Desviación promedio del costo por consulta de salud oral v	Porcentaje	-	80%	90%	100%	Pérdidas/Ganancias	
Procesos	Porcentaje de ocupación de la capacidad	Porcentaje	+	100%	90%	80%	Línea	
Recursos	Numero de consultorios	Numero	-	80%	90%	100%	Línea	
Recursos	Ejecución del programa de mantenimiento	Porcentaje	+	100%	90%	80%	Línea	
Recursos	Ejecución del programa de inversiones	Porcentaje	+	100%	90%	80%	Línea	
Recursos	Tasa de rotación del personal	Numero	-	80%	90%	100%	Línea	
Recursos	Indice de clima organizacional	Numero	-	80%	90%	100%	Línea	

Una vez establecidos los objetivos, indicadores, iniciativas estratégicas y los parámetros de cada indicador se deben ingresar los datos reales y presupuestados de cada una de las medidas establecidas, en una tabla como la que se relaciona a continuación:



TIPO	FECHA	CM	INDICADOR	AÑO	MES	VALOR
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Utilidad	2016	1	-87
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Rentabilidad	2016	1	-0,0043875
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Ingresos	2016	1	19742
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Egresos	2016	1	19829
PPTO	1/01/2016	CentroMédico1	Rotación de Inventarios	2016	1	32
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Rotación de Cartera	2016	1	32
PPTO	1/01/2016	CentroMédico1	Numero de usuario adscritos	2016	1	13145
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Numero de prestaciones realizadas	2016	1	1321
PPTO	1/01/2016	CentroMédico1	Tasa de satisfacción	2016	1	74%
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Numero de usuarios retirados	2016	1	5
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Numero de quejas y reclamos	2016	1	95
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Oportunidad en citas de medicina general	2016	1	6
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Oportunidad en citas de salud Oral	2016	1	3
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Numero de usuario encuestados	2016	1	87
REAL	1/01/2016	CentroMédico1	Numero de días para dar respuesta a PQR	2016	1	11

Con los datos y parámetros establecidos es posible construir dos dashboards como los que se presentan a continuación para monitorear el BSC constantemente, en los cuales mes a mes se podrá visualizar el comportamiento de cada indicador frente a su valor presupuestado, acompañados de un semáforo para ver el estado en el que se encuentra y una gráfica para analizar su tendencia.

CM CentroMédico3
AÑO 2016
MES 7

Finanzas

Indicador	Real	Ppto	%	Tend. 12m
Utilidad	\$ 698	\$ 1.960	36%	
Rentabilidad	4%	14%	29%	
Ingresos	\$ 18.200	\$ 16.332	111%	
Egresos	\$ 17.502	\$ 14.372	122%	
Rotación de Inventarios	35	32	109%	
Rotación de Cartera	35	27	130%	

Procesos

Indicador	Real	Ppto	%	Tend. 12m
Oportunidad en citas de medicina general	8	4	200%	
Oportunidad en citas de salud Oral	5	4	125%	
Numero de usuario encuestados	49	60	82%	
Numero de días para dar respuesta a PQR	3	7	43%	
Desviación promedio del costo por consulta de Medicina	8%	3%	267%	
Desviación promedio del costo por consulta de salud oral	5%	2%	250%	
Porcentaje de ocupación de la capacidad	79%	61%	130%	

Clientes

Indicador	Real	Ppto	%	Tend. 12m
Numero de usuario adscritos	14299	13364	107%	
Numero de prestaciones realizadas	1707	1703	100%	
Tasa de satisfacción	92%	92%	100%	
Numero de usuarios retirados	83	120	69%	
Numero de quejas y reclamos	24	4	600%	

Recursos

Indicador	Real	Ppto	%	Tend. 12m
Numero de consultorios	10	15	67%	
Ejecución del programa de mantenimiento	75%	93%	81%	
Ejecución del programa de inversiones	98%	77%	127%	
Tasa de rotación del personal	3	2	150%	
Indice de clima organizacional	8	9	89%	



Como se mencionó al principio, este BSC fue construido en Excel y permite aprovechar los beneficios de la teoría de Norton y Kaplan, sin necesidad de realizar grandes inversiones económicas, con la ventaja de ser alimentado y actualizado fácilmente y permite constantemente monitorear el desempeño de la IPS, el avance de las iniciativas estratégicas y comunicar a los encargados de ejecutarla el cumplimiento y avance de los objetivos de la organización.