

**SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTION BASADO EN LA METODOLOGIA
DEL BALANCE SCORECARD PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE
OCAMONTE – SANTANDER EN EL AÑO DE 2010**

**DIANA CATALINA DURAN MORENO
IRINA ABRIL PÉREZ
JOSE ANTONIO RODRIGUEZ SUAREZ**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**UNIVERSIDAD CES Y
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL GRUPO 24
BUCARAMANGA – SANTANDER
2010**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	6
Planteamiento del problema	7
Formulación del problema	7
Justificación	8
Objetivos	11
1. MARCO REFERENCIAL	13
1.1 MARCO CONTEXTUAL	13
1.2 MARCO CONCEPTUAL	18
1.2.1 Gerencia estratégica	20
1.2.2 Balanced Scorecard	23
1.3 MARCO LEGAL	34
2. DISEÑO METODOLOGICO	45
3. RESULTADOS	48
4. LINEAMIENTOS SUGERIDOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL DISEÑO	84
CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFIA	90
ANEXOS	91

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1 Diagrama relación causa –efecto	29
Grafico 2 El Balance Scorecard como un marco estratégico	33
Grafico.3 Relación o validación de la Misión y Visión con los objetivos Estratégicos	52
Grafico 4 Diagrama Causa-efecto Objetivos estratégicos	64

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Perspectiva financiera	25
Cuadro 2 Perspectiva cliente	26
Cuadro 3 Matriz DOFA ESE Ocamonte	49
Cuadro 4 Perspectiva cliente / comunidad	54
Cuadro 5 Perspectiva de procesos internos	55
Cuadro 6. Perspectiva Financiera	56
Cuadro 7. Perspectiva del aprendizaje	57
Cuadro 8. Factores críticos de éxito	59
Cuadro 9 Factores claves de éxito	61
Cuadro 10.Objetivos estratégicos	62
Cuadro 11.Objetivos estratégicos finales	63
Cuadro 12 Tablero de mando desde la Perspectiva Cliente / comunidad a partir de los objetivos	66
Cuadro 13 Tablero de mando desde la Perspectiva de Procesos a partir de los objetivos	67
Cuadro 14 Tablero de mando desde la Perspectiva del aprendizaje a partir de los objetivos	68
Cuadro 15 Tablero de mando desde la Perspectiva Financiera a partir de los objetivos	69
Cuadro 16 Relación de las iniciativas estratégicas con los objetivos	70
Cuadro 17. Hoja de vida del indicador demanda de la utilización del servicio	72
Cuadro 18 Hoja de vida del indicador satisfacción del cliente	73
Cuadro 19 Hoja de vida del indicador desarrollo e imagen Institucional	74
Cuadro 20 Hoja de vida del indicador disminución de la Morbi-mortalidad	75
Cuadro 21. Hoja de vida del indicador disminución de los costos Institucionales	76
Cuadro 22. Hoja de vida del indicador actualización tecnológica	77
Cuadro 23 Hoja de vida del indicador productividad y rendimiento	78
Cuadro 24. Hoja de vida del indicador retención del talento humano	79
Cuadro 25. Hoja de vida del indicador satisfacción del talento Humano	80
Cuadro 26. Hoja de vida del indicador autosostenibilidad	81
Cuadro 27. Hoja de vida del indicador equilibrio financiero	82
Cuadro 28. Ejemplo plan de acción para las estrategias	83

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A Organigrama ESE Ocamonte	91
Anexo B Instrumento para entrevista	92

INTRODUCCION

La reforma del Sistema General de Seguridad en Salud que se generó en el país con la ley 100 de 1993, convirtió a los Hospitales en Empresas Sociales del Estado prestadoras de Servicios de Salud, las cuales deben contar con una organización funcional que estimule la participación, facilite la satisfacción a los usuarios, garantice un nivel óptimo de eficiencia y calidad y desarrolle procesos de control de gestión, entendiéndose esta como los mecanismos de verificación, seguimiento y evaluación, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones se realicen de acuerdo con las normas establecidas por la ley y dentro de los planes y políticas trazadas por la institución en atención a sus metas y objetivos.

Dentro de este nuevo marco la ESE del Municipio de Ocamonte, que es una IPS que ofrece servicios de salud en actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de las condiciones logísticas y técnicas del primer nivel de complejidad, ha venido incorporando acciones de mejoramiento relacionadas con la prestación del servicio¹ en respuesta a debilidades encontradas en su diagnóstico Institucional, que le permita competir en el mercado de la salud dentro de los criterios de calidad exigidos por la normatividad. Lo anterior motivó a los encargados de este trabajo, (uno de ellos labora en la Institución y conoce su administración y funcionamiento) a formular a nivel de un ejercicio práctico un sistema de información y gestión basada en la metodología del “Balanced Scorecard” conocida también como tarjeta de mando o cuadro de mando integral, que le proporcione al equipo de dirección la información integral de la Institución, desde la percepción de los clientes, la organización desde la perspectiva de los procesos, la perspectiva financiera y la perspectiva del aprendizaje, innovación y crecimiento. Dada la complejidad de la metodología este

¹ ESE OCAMONTE. Documento institucional de calidad. Ocamonte 2005

trabajo solo presenta un ejercicio práctico a nivel general de la Institución haciéndose necesario ampliarla en un futuro hacia las áreas funcionales de la entidad, para lo cual se plantean dentro del trabajo unas recomendaciones a tener en cuenta para su implementación.

La metodología del “Balanced Scorecard” es una herramienta de gestión estratégica que proporciona a los dueños de procesos o proyectos un marco global que transforma la misión y la visión en un conjunto coherente de indicadores, a partir de la definición de debilidades y fortalezas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual debe ser el sistema de información y gestión basado en la metodología del balance scorecard para la empresa social del estado de Ocamonte – Santander en el año de 2010?

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en el contexto del Decreto 1011 de 2006² es un componente de obligatorio cumplimiento para las Entidades Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, que implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos prioritarios, la comparación entre la calidad esperada, previamente establecida por las

² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Colombia.2006

Instituciones y la observada, con el fin de identificar desviaciones y adoptar medidas tendientes a corregir las causas de las debilidades detectadas, a prevenir la presentación de fallas en la atención y a mantener y mejorar la calidad en los procesos que se desarrollan.

Exige la aplicación de un modelo con pautas indicativas expedidas por el Ministerio de Protección Social y el ejercicio demanda una gran responsabilidad, por cuanto este proceso sistemático y continuo considera la salud y la integridad de los usuarios.

Resulta entonces esencial para la Empresa social del Estado de Ocamonte estar preparada para abordar esta responsabilidad, con conceptos muy claros, y herramientas prácticas para realizar su trabajo, desde las cuales se perciben dificultades, por lo cual se hace importante primero que todo la construcción de un sistema de evaluación del desempeño empresarial que permita definir debilidades para plantear a partir de ellas planes de mejoramiento.

Una de esas herramientas que va a permitir obtener información veraz y objetiva es el balance Scorecard –BSC- , este es un sistema de Control de Gestión que traduce la Estrategia y la Misión en un conjunto de objetivos relacionados entre si, medidos a través de indicadores y ligados a planes de acción que permiten alinear el comportamiento de todos los miembros de la organización.

JUSTIFICACION

La medición del desempeño es un elemento crítico de los sistemas de administración. El papel vital de la medición se reconoce para dar seguimiento a los logros de la estrategia pero de nada sirve reconocerlo cuando no se cuenta con herramientas que permitan satisfacer adecuadamente las necesidades de seguimiento, de los logros o retrocesos de la estrategia a largo plazo.

Para medir el desempeño es claro que las instituciones no pueden concentrarse únicamente en el corto plazo. Medir la capacidad de innovación y la participación en el mercado, les permite dar mejor seguimiento a largo plazo. Uno de estos instrumentos de medición de desempeño es el Balanced Scorecard, herramienta de direccionamiento estratégico que ofrece a los directivos y demás colaboradores trasladar los objetivos estratégicos de la entidad a un conjunto coherente de medidas que comuniquen con mejor claridad el enfoque estratégico de la institución desde cuatro perspectivas.

La perspectiva del cliente manteniendo un enfoque de satisfacción de las necesidades de quienes hacen posible la existencia de la institución; la perspectiva de aprendizaje y crecimiento dirigiendo la atención a las bases futuras de la infraestructura y del talento humano; la perspectiva interna, se concentra en atender los procesos claves que nos conducen a la mejoría financiera en el futuro y a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y finalmente la perspectiva financiera para lograr la autosostenibilidad en instituciones de servicios, como es la Empresa Social del Estado de Ocamonte.

De cada una de estas perspectivas resultan unos objetivos que definen un enlace causa-efecto identificando que objetivos aportan a cada perspectiva, lo que permite ver la estrategia de la organización y así mismo difundirla a todos los empleados alineando el rumbo a seguir.

Con estos criterios señalados anteriormente y con el ánimo de seguir siendo cada día mejor en la calidad de la prestación del servicio, los investigadores de este trabajo hacen un aporte a la Institución en la construcción de un tablero de mando desde las 4 perspectivas para la Dirección de la entidad; pretendiendo con esta motivar a las demás áreas o unidades funcionales en la implementación de la metodología como una herramienta de gestión empresarial.

Las Instituciones actuales y futuras tienen la responsabilidad de ser parte de la solución a los grandes problemas que nos amenazan, asumir actitudes proactivas y ver en el entorno grandes oportunidades para mostrarse con un papel sobresaliente en la promoción de desarrollo.

Es así como la Empresa Social del Estado de Ocamonte se debe plantear el reto de dirigir todos los esfuerzos hacia una mayor cobertura con calidad garantizando así un posicionamiento a largo plazo. Debe contar con un Plan que atienda sus necesidades reales y que potencialice su gestión en procura de su buena marcha y del mejoramiento de la calidad de vida de los clientes ciudadanos y de su entorno.

Un organismo social se fortalece y asegura su longevidad en la medida en que opera cumpliendo los fines y objetivos institucionales y el espacio que logran no depende de su tamaño ni de su poder, sino de su eficiencia y eficacia.

Ahora tiene nuevos retos señalados por la necesidad de promover un mayor desarrollo organizacional que permita, acorde con los lineamientos de orden Nacional, alcanzar niveles óptimos de atención primaria y con ello contribuir en el control de los riesgos de enfermar y morir, mejorando la calidad de vida de la población asignada.

Teniendo en cuenta lo anterior los encargados de elaborar esta monografía como un aporte al proceso de mejoramiento de la calidad que realiza la Empresa Social del Estado de Ocamonte se formuló la pregunta que dio respuesta a este trabajo ¿Cual debe ser el sistema de información y gestión basado en la metodología del balance scorecard para la empresa social del estado de Ocamonte – Santander en el año de 2010?

A partir de esta pregunta y teniendo en cuenta que la institución está comprometida con el aseguramiento de la calidad para brindarle un mejor servicio a sus usuarios, en la implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad SOGC con el componente PAMEC (programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad) acoplada con MECI (Modelo estándar de control interno). Se planteó lo siguiente:

¿Cuáles son los resultados de un diagnóstico institucional?

¿Cuál es la orientación estratégica de la Empresa Social del Estado de Ocamonte?

¿Cuáles son los factores críticos y claves de éxito de la Institución?

¿Cuáles son los objetivos estratégicos institucionales?

¿Cuáles son los indicadores y estrategias de acuerdo a los objetivos?

¿Cómo sería un tablero de mando para la institución desde las 4 perspectivas?

¿Cómo sería el plan para la puesta en marcha del diseño?

Para dar respuesta a estas preguntas se formuló como objetivo general y específicos los siguientes:

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar para la dirección de la Empresa Social del Estado de Ocamonte un sistema de información y gestión basado en la metodología del Balanced Scorecard o tablero de mando integral en el segundo semestre del 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar el análisis institucional

- Identificar la orientación estratégica de la ESE
- Identificar los factores críticos y claves de éxito
- Definir los objetivos estratégicos
- Establecer indicadores y estrategias de acuerdo a los objetivos
- Construir el tablero de mando desde las perspectivas definidas
- Sugerir recomendaciones para la puesta en marcha del diseño

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 MARCO CONTEXTUAL

La Empresa Social del Estado de Ocamonte – Santander es una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención, ubicada en el municipio de Ocamonte -Santander. Cuenta en su estructura orgánica con una junta directiva, un gerente y dos unidades atención al usuario y apoyo logístico. (Ver anexo A).

PLATAFORMA ESTRATÉGICA⁴

MISIÓN:

La E.S.E de Ocamonte tiene como misión ofrecer servicios de salud en actividades de PROMOCION, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN dentro de las condiciones logísticas y técnicas del primer nivel de complejidad, promoviendo el mayor beneficio a la comunidad al garantizar servicios OPORTUNOS Y SEGUROS con la mejor calidad TÉCNICA y PROFESIONAL.

VISION:

Nos proyectamos como una institución eficiente y efectiva en la prestación de los servicios de salud buscando ampliar la oferta y cobertura para satisfacer las necesidades de los usuarios a través del cumplimiento de las políticas de calidad encaminadas al mejoramiento de la atención en salud del usuario.

⁴ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE OCAMONTE. Documento institucional. Ocamonte 2005

PRINCIPIOS CORPORATIVOS:

- La Eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.
- La Calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico-técnicos y Administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que se ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS:

- a) Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- b) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la EMPRESA, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- c) Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la EMPRESA.
- d) Ofrecer a las Empresas Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas de competitividad en el mercado.
- e) Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus

servicios y funcionamiento.

f) Contribuir a la formación del factor humano del sector salud.

SERVICIOS OFERTADOS POR LA E.S.E DE OCAMONTE

1.- Actividades de Promoción y Prevención

- Promoción y educación en salud.
- Vigilancia epidemiológica.
- Control de enfermedades de transmisión sexual.
- Promoción, prevención y control de la tuberculosis.
- Promoción, prevención y control de la lepra.
- Programa ampliado de inmunización.
- Detección precoz de cáncer de cerviz.
- Detección precoz de cáncer de seno.
- Control prenatal
- Control de crecimiento y desarrollo.
- Asesoría en regulación de la fecundidad
- Asesoría pre test VIH
- Control y prevención del riesgo cardio –vascular.
- Curso psicoprofiláctico y fomento de la lactancia materna.
- Tamizaje visual y auditivo.
- Programa de enfermedades de transmisión vectorial etv.
- Promoción, prevención y control de diabetes.
- Promoción, prevención y control de la enfermedad de chagas.

2. ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Consulta médica general.

- Consulta de enfermería.
- Consulta de odontología.
- Consulta médica de urgencias.
- Sala de observación
- Consulta diferenciada para jóvenes y adolescentes
- Consulta AIEPI
- Consulta extramural
- Servicio de farmacia.
- Pequeña cirugía.
- Hidratación.
- Hospitalización materna
- Atención de parto.
- Laboratorio clínico de primer nivel
- Electrocardiografía.
- Nebulizaciones.
- Oxigenoterapia.
- Cauterización.
- Servicio de inyectología.
- Referencia y contrarreferencia.
- Servicio de ambulancia.

3.- TALENTO HUMANO DISPONIBLE EN LA ESE

- 3 médicos generales.
- 1 odontólogo.
- 3 auxiliares de enfermería.
- 1 Enfermera
- 1 bacteriólogo.
- 1 patólogo.
- 1 nutricionista.

- 1 psicóloga.
- 6 promotoras en salud.
- 1 promotor de saneamiento ambiental.
- 1 auxiliar de odontología.
- 1 auxiliar de laboratorio.
- 1 personal de servicios generales.
- 1 regente de farmacia

4.- CAPACIDAD INSTALADA

- 2 consultorios médicos
- Un laboratorio clínico de nivel 1 de complejidad
- Un consultorio de odontología
- Un salón para realizar actividades de promoción y prevención con población infantil
- Consultorio de enfermera jefe
- Consultorio de vacunación
- Una sala de atención de urgencias
- Sala de observación con 4 camillas
- Toma de citologías
- Sala de partos
- Parto 1 cama
- Puerperio 1 cama
- 3 puestos de salud con 2 consultorios cada uno
- Farmacia debidamente habilitada

4.- HORARIO DE ATENCIÓN

Consulta externa

Lunes a viernes 7:00 am a 12 m - 1:00 a 5:00 pm.

Consulta odontológica

Lunes a viernes : 7:00 am a 12 m -1:00 pm a 5:00 pm

Laboratorio clínico

Lunes a viernes : 7:00 am a 12 m

Entrega de resultados a partir de la 1:00 pm del mismo día.

Urgencias las 24 horas

Servicio de farmacia.

Lunes a viernes : 7:00 am a 12 m -1:00 pm a 5:00 pm

1.2 MARCO CONCEPTUAL

La base principal para el funcionamiento del sistema y de las organizaciones de salud es el conocimiento que se posee para prestar y organizar la atención.

Es necesario incorporar y apropiar conocimientos para enriquecer y aplicar los conceptos. La Salud necesita de metodologías para estudiar y entender los efectos de la atención en el corto y largo plazo, su efectividad, el costo y la eficacia. Conocimiento en cuanto a relaciones interpersonales, cultura organizacional y metodologías de planeación, gestión, medición, investigación, gerencia de procesos, etc.

Las instituciones de la era de la información tendrán éxito si invierten en sus activos intelectuales y los gestionan. La especialización funcional debe ser

integrada en los procesos basados en los clientes. La Innovación y mejora de servicios y procesos será generada por personal preparado, una superior tecnología de la información y unos procedimientos organizativos y adaptados dentro de la cultura del día a día de la organización.

Todos estos elementos mencionados anteriormente están incorporados y definidos en el Sistema de Garantía de Calidad que deben asumir todas las instituciones prestadoras de servicios de salud con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios y así convertirlas en empresas autónomas y eficientes, manejadas con criterio de calidad y humanización en todos los sentidos, lo que obliga a implementar herramientas administrativas que le garanticen un proceso de retroalimentación permanente, que facilite la acción oportuna para aplicar correctivos, reorientar programas, aprovechar nuevas oportunidades o estar preparado para enfrentar amenazas.

Una de estas herramientas gerenciales es el Balanced Scorecard (BSC) O cuadro de mando, metodología considerada como sistema de aprendizaje dinámico, que cambia según aprenda la organización en cuanto a su visión, entorno, orientación estratégica, mercado etc, lo que influencia su estrategia, sus indicadores, sus metas y sus iniciativas. El aprendizaje viene particularmente del proceso de diálogo, reflexión y comunicación en toda la institución. El Balanced Scorecard en resumen es ante todo una herramienta de gestión estratégica que proporciona a los dueños de procesos o proyectos un marco global que transforma la misión y la visión en un conjunto coherente de indicadores.

Para la implementación de la metodología del B.S.C. es indispensable clarificar sobre que es la gerencia estratégica ya que este método parte de este concepto.

1.2.1 Gerencia estratégica

La gerencia estratégica puede definirse como “la formulación, ejecución y evaluación de acciones que permite que una organización logre sus objetivos”⁵

- ❖ La formulación incluye el análisis de la matriz DOFA
- ❖ La ejecución incluye la definición de metas, políticas y asignación de recursos
- ❖ La evaluación comprueba los resultados de la ejecución y la formulación.

El proceso de gerencia estratégica se puede describir como un enfoque objetivo y sistemático para la toma de decisiones en una organización.

“Para llegar a saber lo que queremos, el primer paso es definir lo que queremos ser, a ese proceso lo llamamos visión, crearla, comprenderla y aceptarla, genera una serie de actividades que se ha denominado proceso de formulación del futuro que en ultimas implica crear y formular la visión, la misión, los valores, definir las áreas claves de resultados, los objetivos y estrategias de cada subsistema y alinearlos con los de la empresa estableciendo indicadores para la medición de resultados”⁶

La visión es la imagen de un futuro mejorado, algo que todavía no se alcanza, una predicción a la que debe aspirarse.

Para qué sirve la visión?

Cuando las personas comprenden lo que significa este futuro mejorado esperan siempre una mejor vida de trabajo, más éxito, menos confusión, mas oportunidades y mayor seguridad en sus empleos.

Entre algunas características se pueden mencionar

⁵ LIZARAZO. F. WILLIAM. Proceso de la gerencia estratégica, consolidado 2000 Pág. 2

⁶ Ibid p. 3

- La visión debe estar fundamentada en valores éticos
- Debe incluir los elementos de desafío, excelencia y claridad
- Debe ser suficientemente amplia, que rete a la persona, al equipo y a toda la organización y suficientemente detallada que señale un camino para todos.

La misión puede ser definida como la razón de ser o existir, es la contribución única o distintiva que cada personal y cada grupo de la empresa debe hacer para la consecución de los resultados totales de la organización, identificando: a que contribuye, el sistema usuario, la naturaleza de las necesidades de este.

Para qué sirve la Misión?

Para determinar áreas claves de resultados que a su vez serán traducidas en resultados específicos que se deben lograr para relacionar las acciones significativas de la unidad del trabajo con su razón de ser.

Los valores son guías de pensamiento y acción que enmarcan y determinan los comportamientos de las personas, son principios, estándares, normas profundamente arraigadas que influyen en casi todos los aspectos de nuestras vidas.

Para qué sirven los valores?

Para crear la cultura corporativa que requiere la visión y misión de la organización sobre valores esenciales, sólidos y específicos que la sustenten, apoyen e impulsen.

Los objetivos son la descripción de los resultados de trabajo que deben ser alcanzados en un periodo específico

Para qué sirven los objetivos?

Para centrar la atención en los resultados concretos y relevantes que deben obtenerse para ayudar a establecer los criterios de evaluación de la ejecución.

Como se establecen?

Un objetivo debe tener un verbo de acción, un área enfocada, una medida y un tiempo de cumplimiento..

Las estrategias son la formulación, ejecución y evaluación de las acciones que permiten que la organización y sus unidades logren sus objetivos.

Para que Sirven?

- Para definir cómo se van a lograr los objetivos
- Para usar los recursos disponibles en forma eficiente
- Aprovechar al máximo las fortalezas y superar continuamente las debilidades.
- Definir los elementos y componentes de la medición de resultados de actuación y de proceso.

Como se establecen? Preguntándonos:

- * Cuáles son los objetivos que queremos lograr?
- * Como podemos lograrlos al menor costo y con la mayor efectividad?
- * Cuáles son nuestras áreas más fuertes en conocimientos, habilidades y recursos.
- * Cuáles son las áreas más débiles.
- * Cuáles son las condiciones de mercado que más nos favorecen?

- * Cuáles son los mayores peligros que nos amenazan?.

Los componentes de cada estrategia son:

- * Los objetivos claramente definidos
- * Los planes de acción de las unidades o áreas
- * El programa y presupuesto asignado
- * Los recursos requeridos para ejecutar cada programa.

A continuación se presenta un resumen conceptual de esta metodología, lo que permite ubicar esta propuesta dentro de un marco de referencia

1.2.2 Balanced Scorecard (B.S.C) o cuadro de mando.

En los años 60 y 70 empezó el boom de la estrategia en las empresas, se crearon departamentos de planeación estratégica y se elaboraron muchos planes estratégicos, esta época fue el furor de la estrategia.

Hacia los años 80 empieza el declinar de la estrategia, empieza el futuro por la calidad, reingeniería, reestructuración y la planeación estratégica pasa a un segundo plano.

En la década de los 90 y 2000 se observa de nuevo un resurgir de la estrategia como un proceso democrático y participativo y conectado con la operación de funcionalidad de las empresa y se empieza a hablar del Balanced scored card como “una metodología para la formulación e implantación de estrategias en las organizaciones, también es conocido como cuadro de mando integral, tablero

balanceado de indicadores, tablero balanceado de gestión y sistema integral de indicadores o de medición "⁷

El B.S.C. sirve para traducir la visión y en general todo el plan estratégico en acciones concretas, esencialmente es un nuevo sistema de gestión que puede aplicarse como metodología para la formulación de un plan estratégico o utilizarse como un formato integrado y referenciado; es una herramienta para navegar hacia el éxito competitivo, permitiéndole comunicar y traducir a todo su personal, cual es la visión, la misión y la estrategia de su empresa y lo hace utilizando mediciones de desempeño que le ayudaran a mejorar los procesos en todas las áreas, a través de los respectivos indicadores de actuación, proporcionando la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica.

Estos indicadores son agrupados en diferentes perspectivas a través de las cuales se puede ver la institución en su totalidad⁸

***Perspectiva financiera**

Las medidas de actuación financiera indican si la estrategia de una empresa, su puesta en práctica y ejecución están contribuyendo a la mejora del mínimo aceptable, Los objetivos financieros acostumbran a relacionarse con la rentabilidad, medida, crecimiento de las ventas, formulados en indicadores como se puede observar en el siguiente ejemplo

⁷ KAPLAN ROBERT. El cuadro de mando integral. Gestión 2000.

⁸ Ibíd. p 39

Cuadro 1 Perspectiva Financiera

INDICADOR	DESCRIPCION
CRECIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> * Tasa de crecimiento de las ventas por segmento * Porcentaje de los ingresos procedentes de nuevos productos, servicios y clientes.
SOSTENIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> * Cuota de cuentas y clientes seleccionados * Venta cruzada * Porcentaje de ingresos de nuevas aplicaciones * Rentabilidad de la línea de producto y clientes
RECOLECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * Porcentaje de clientes no rentables

Fuente: Revisión documento "El cuadro de mando integral" de Koplan

***La perspectiva del cliente**

En la perspectiva del cliente, los directivos identifican los segmentos de clientes y de mercado, en los que competirá la unidad y las medidas de actuación. Esta perspectiva acostumbra a incluir varias medidas fundamentales de los resultados satisfactorios que resultan de una estrategia bien formulada y bien implantada. Los indicadores incluyen la satisfacción del cliente, la retención de clientes, la adquisición de nuevos clientes, la rentabilidad del cliente y la cuota de mercado en los segmentos seleccionados. También debe incluir indicadores del valor añadido que la institución aporta a los clientes de segmentos específicos, estos representan esos factores que son críticos para que los clientes cambien o sigan siendo fieles a sus proveedores.

Por ejemplo. Los clientes pueden valorar unos plazos de tiempo de espera cortos y una entrega puntual, o una corriente constante de servicios innovadores, o un proveedor que sea capaz de anticiparse a sus necesidades emergentes de desarrollar nuevos productos y enfoques para satisfacer esas necesidades. La

perspectiva del cliente permite a los directivos articular la estrategia de cliente basada en el mercado.

A manera de ejemplo se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro 2 Perspectiva del cliente

INDICADOR	DESCRIPCIÓN
Cuota de Mercado	* Refleja la proporción de ventas, en un mercado dado (en termino de numero de clientes, dinero gastado o volumen de unidades vendidas) que realiza una empresa.
Incremento de clientes	* Mide en términos absolutos o relativos, la tasa en que la institución atrae o gana nuevos clientes
Retención de clientes	* Sigue la pista en términos relativos o absolutos a la tasa a la que la institución retiene o mantiene las relaciones existentes con sus clientes.
Satisfacción del cliente	* Evalúa el nivel de satisfacción de los clientes según unos criterios de actuación específicos dentro de la propuesta de valor añadido.
Rentabilidad del cliente	* Mide el beneficio neto de un cliente o de un segmento, después de descontar los únicos gastos necesarios para mantener ese cliente.

Fuente: Revisión documento “El cuadro de mando integral” de Koplan

***La perspectiva del proceso interno**

Para la perspectiva del proceso interno, los directivos identifican los procesos mas críticos a la hora de conseguir los objetivos de los clientes.

Los sistemas existentes de medición de la actuación en la mayoría de las organizaciones se centran en la mejora de los procesos operativos existentes. El Balanced Scorecard recomienda que los directivos definan una completa cadena de valor de los procesos internos que se inicia con el proceso de innovación.

Identificar las necesidades de los clientes actuales y futuros y desarrollar nuevas soluciones para estas necesidades, sigue a través de los procesos operativos. Entregando los productos y servicios existentes a los clientes existentes o termina con el servicio post-venta ofreciendo servicios después de la venta que se añaden al valor que reciben los clientes.

En el proceso de innovación, la institución investiga las necesidades emergentes o latentes de los clientes y luego crea los productos o servicios que satisfagan sus necesidades. El proceso operativo, el segundo paso más importante en la cadena de valor interno, es donde se producen y se entregan a los clientes los productos y servicios existentes. El tercer paso es atender y servir al cliente después de la entrega o prestación del servicio.

Hoy en día casi todas las organizaciones tienen instaladas iniciativas de calidad y programas de calidad. El indicador es una parte central de esa clase de programa y por lo tanto, las organizaciones ya están familiarizadas con toda una variedad de indicadores de la calidad del proceso.

Las instituciones que prestan servicios deben identificar en sus procesos internos los defectos que podrían afectar negativamente los costos y el grado de satisfacción del cliente, en el cual se puede incluir variables como.

- * Largo tiempo de espera
- * Información inexacta o errónea
- * Acceso negado o retrasado
- * Solicitud no realizada
- * Atención al cliente defectuosa
- * Comunicación ineficaz

Finalmente dentro del proceso no se puede perder de vista los costos basados en la actividad, lo que permitirá a la institución obtener unos indicadores (de costos, tiempo de ciclo y de calidad) importantes para caracterizar los procesos internos. A medida que las entidades vayan utilizando la mejora continua estos tres indicadores arrojen datos sobre si están alcanzando las metas de estos programas de mejora.

***La perspectiva de aprendizaje y crecimiento**

Esta perspectiva desarrolla objetivos e indicadores para impulsar el aprendizaje y el crecimiento de la organización, proporciona la infraestructura que permite que se alcancen los objetivos ambiciosos en las tres perspectivas mencionadas anteriormente.

Las organizaciones deben invertir en su infraestructura-personal, sistemas y procedimientos- si es que quieren alcanzar unos objetivos de crecimiento a largo plazo, para lo cual ha de tenerse en cuenta tres categorías principales de variables como:

❖ Las capacidades de los empleados

Las ideas para mejorar los procesos y la actuación de cara a los clientes deben provenir, cada vez más, de los empleados que están mas cerca de los procesos internos y de los clientes de la organización. Los estándares sobre la forma en que se realizaban lo procesos internos y las respuestas de los clientes en el pasado, proporciona una línea básica a partir de la cual deben realizarse mejoras continuas,

Este cambio exige una recalificación de los empleados, para que sus mentes y sus capacitaciones creativas puedan ser movilizadas a favor de la consecución de los objetivos de la organización.

La mayoría de las instituciones utilizan los objetivos del empleado derivado de un núcleo común de 3 indicadores de resultado:

- La satisfacción del empleado
- La retención del empleado
- La productividad del empleado

Los empleados satisfechos son una condición previa para el aumento de la productividad, de la rapidez de reacción, la calidad y el servicio al cliente (ver grafica 1

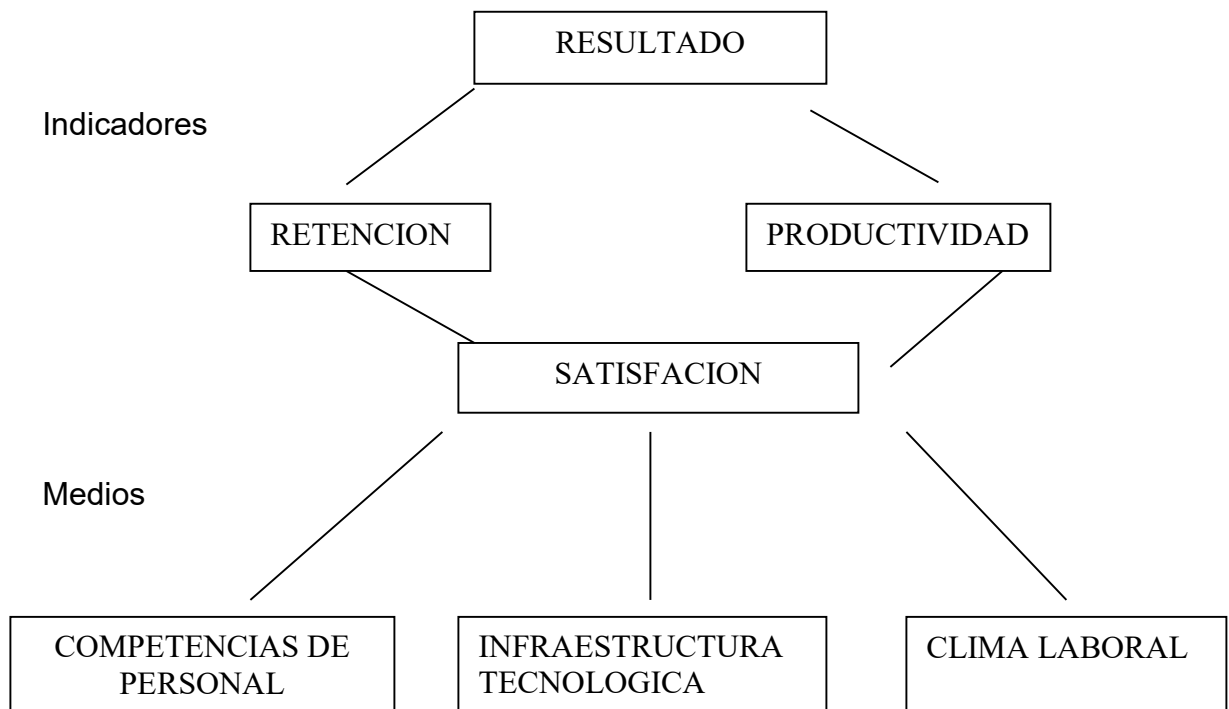


Grafico 1 Diagrama relación causa. Efecto

Fuente: Revisión documento "El cuadro de mando integral" de Koplan

Una de las alternativas para conocer la satisfacción de los empleados es a través de una encuesta en la cual se debe incluir:

- Participación en las decisiones
- Si se sienten reconocidos por haber hecho bien el trabajo
- Acceso a información suficiente para poder hacer bien el trabajo
- Si se les anima a ser creativos y a utilizar la iniciativa
- Si se sienten apoyados por los Directivos
- Si están satisfechos en general con la Empresa

La retención de los empleados presenta fielmente un objetivo de retener a aquellos en las que la organización tiene un interés a largo plazo. La teoría que subyace en esta medida es que la organización está haciendo inversiones a largo plazo en sus empleados, por lo que cualquier salida no deseada representa una pérdida en el capital intelectual de la empresa. La retención de los empleados se acostumbra a medir por medio del porcentaje de rotación del personal clave.

La productividad de los empleados es un indicador del resultado del impacto global de haber incrementado las capacitaciones, así como la innovación y mejora de los procesos internos y de la satisfacción de los clientes.

El objetivo es relacionar el resultado producido por los empleados, con el número de empleados utilizados para producir ese resultado.

El indicador más sencillo de la productividad son los ingresos por empleado. A medida que las organizaciones se vuelvan más eficaces se debería aumentar los ingresos de los empleados.

- ❖ Las Capacidades de los sistemas de información

Para conseguir las metas de los objetivos del cliente y del proceso interno, puede que sea necesario contar con la motivación y la capacitación de los empleados, sin embargo, es poco probable que sean suficientes. Si los empleados han de ser eficaces en el entorno competitivo actual, necesitarán disponer de una información excelente sobre los clientes, sobre los procesos internos y sobre las consecuencias financieras de sus decisiones.

Si los empleados (colaboradores) disponen de la información sobre el servicio que prestan, puede esperarse que mantengan unos programas de mejoras en los que eliminen de forma sistemática defectos y exceso de costos, tiempo y desperdicios del sistema de producción; unos sistemas de información excelentes son una vigencia para que se mejoren los procesos, ya sea de forma continua a través de esfuerzos de gestión de la calidad total o de forma discontinua, por medio de proyectos de nuevos diseños y estructuración de los procesos.

❖ Motivación, delegación de poder y coherencia de objetivos

El resultado de tener empleados con poder y motivados se puede medir de varias formas; uno sencillo es el número de sugerencias por empleado, esta medida abarca toda la participación de los empleados en la mejora de la actuación de la organización. Este tipo de medida puede ser reforzada por un indicador complementario, el número de sugerencias puestas en práctica, con indicación de calidad de las sugerencias que se han hecho, así como la comunicación al personal de que sus sugerencias son tenidas en cuenta.

El indicador del número de sugerencias que se han puesto en práctica con éxito y la tasa de mejoras que se están produciendo realmente en los procesos críticos son unas buenas medidas del resultado para el objetivo de equiparación individual y de la organización. Estas medidas indican que los empleados están participando activamente en las actividades de mejora de las organizaciones.

En la actualidad son muchas las organizaciones que reconocen que satisfacer los objetivos de los clientes exige unos procesos internos excelentes, los directivos de estas organizaciones con frecuencia creen que sus metas de extensión para la actuación del proceso no pueden conseguirse solo porque los individuos trabajen más, sean más listos y estén mejor informados, cada vez más se están acudiendo a los equipos para conseguir procesos importantes como desarrollo del producto, servicio al cliente y operaciones internas.

En conclusión se podría decir que es importante construir un cuadro de mando que comunique la estrategia porque:

- ✓ El cuadro de mando describe la visión de futuro de la institución, a toda la organización, crea un entendimiento compartido.
- ✓ El cuadro de mando crea un modelo holístico de la estrategia, que permite que todos los empleados conozcan la forma en que contribuyen al éxito de la empresa (ver grafico 2)

En las organizaciones gubernamentales, el cuadro de mando proporciona la razón principal de su existencia “servir a los usuarios” y comunicar a la comunidad en general y empleados internos los resultados y los inductores de la actuación, por medio de los cuales la institución conseguirá alcanzar su misión y objetivos estratégicos.

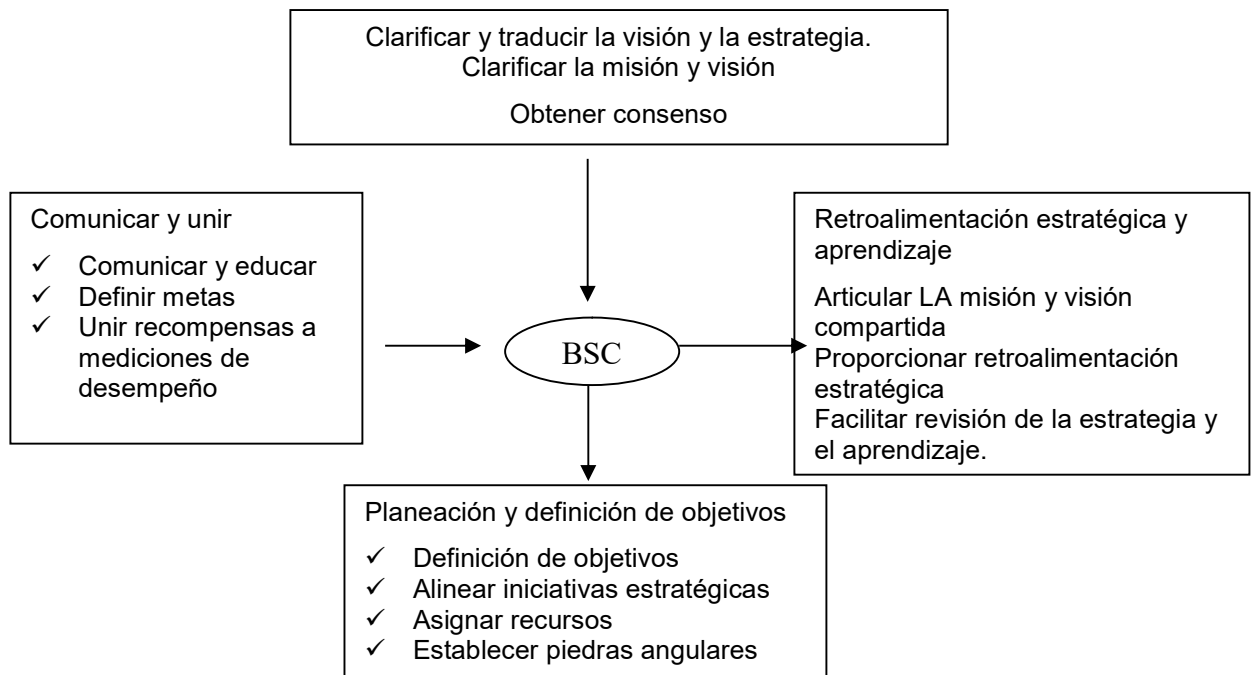


Grafico 2 El BSC como un marco estratégico para la acción

Fuente: Revisión documento "El cuadro de mando integral" de Koplan

En resumen se podría decir que el BSC es:

- Una herramienta de gestión empresarial
- Un instrumento innovador de información y control de la gestión empresarial.
- Mantiene claramente la interrelación de indicadores
- Da una visión de empresa como conjunto
- Es un conjunto ordenado y relacionado de indicadores que informan de la marcha de los aspectos mas relevantes de la empresa.

Características:

- Equilibra los objetivos del corto con los del largo plazo

- Los indicadores se construyen a partir de la estrategia de la empresa con los directivos.
- Los indicadores se levantan desde las 4 perspectivas: financiera, cliente, procesos internos y aprendizaje o formación.
- Por cada perspectiva se deben identificar los factores críticos de éxito, sus indicadores y las posibles relaciones causa-efecto que lleven al resultado.

1.3 MARCO LEGAL

El marco legal que respalda este trabajo es:

- La Ley 100 de 1993 Sistema de seguridad social en salud

Define además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, como reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y Calidad. En esta última el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

- El decreto 1011 de abril de 2006⁹ por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud, y la resolución 1445 de 2006 la cual define funciones a las entidades que se deseen

⁹ REPUBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de abril de 2006. Bogotá D.E; Nuevas ediciones Ltda., 2006, p 3.

acreditar contempla los estándares de cumplimiento para las Instituciones prestadoras de Salud ambulatorias.

Las acciones que desarrolle el sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud –SOGCS- se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud deberá cumplir con las siguientes características

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

Los programas de auditoría deberán ser¹⁰ concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales, Municipales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB-. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica, la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:¹¹

Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

¹⁰ Op cit p. 4

¹¹ REPUBLICA DE COLOMBIA. DECRETO 1011 Op cit p.5

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

El modelo de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:¹²

- *Acciones Preventivas.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

- *Acciones de Seguimiento.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

- *Acciones Coyunturales.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

¹² Op cit p. 6

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación: las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –*EAPB*– deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán asesorar a las empresas administradoras de planes de beneficios y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB- establecerán un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:¹³

- *Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.* La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

- *Atención al Usuario.* La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud para su desarrollo considera cuatro componentes, entre ellos el de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en donde establece que las Instituciones prestadoras de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC).

Se identifican estos nueve pasos para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud:

1. Autoevaluación para el PAMEC. Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento. Deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.

¹³ REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1011. Op cit p. 8

2. Selección de Procesos a Mejorar. Es la generación de un listado de procesos, como resultado de la autoevaluación y que son factibles de intervenir por parte de la organización. Contendrá como mínimo los procesos de: Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud: Evaluación sistemática del proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad. Atención al Usuario: Evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos; establecidos según el Decreto 1011 de 2006.
3. Priorización de Procesos. Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución: impacto en el usuario, en el cliente interno y/o en la imagen de la organización.
4. Definición de la calidad esperada. Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr para cada uno de los procesos priorizados.
5. Medición inicial del desempeño de los procesos. En este paso de la ruta crítica, se debe establecer un mecanismo que permita a la institución la medición del desempeño actual de los procesos de la institución, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada; para ello se aplican procedimientos de Auditoría para evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado. Plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados. Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procesos contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan corregir, superar o mejorar las fallas de calidad detectadas.

- Decreto 1599 de 2005¹⁴ “por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005”

Con el fin de buscar mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades del Estado, el Departamento Administrativo de la Función Pública, promovió la adopción e implementación de un modelo de control interno a todas entidades del Estado, iniciativa que fue acogida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, que condujo a la expedición del Decreto 1599 de 2005 “por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005”. La Empresa Social del Estado de Ocamonte hace parte de las entidades que deben cumplir con la implementación de MECI, por lo tanto todos los servidores de la Empresa deben estar al tanto de la responsabilidad que tiene frente al cumplimiento de los requerimientos que el modelo exige.

El MECI es el Modelo Estándar de Control Interno, que permite el diseño, desarrollo y operación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado. Se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, procesos, tamaño y servicios.

Tiene como objetivo establecer las Políticas, los métodos, los procedimientos y los mecanismos de prevención, control, evaluación y mejoramiento permanente de la Empresa, que le permita el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la finalidad social del Estado en su conjunto.

El modelo tiene como primer fundamento el Autocontrol, definido como la capacidad de cada servidor público de evaluar su trabajo, detectar sus desviaciones, efectuar los correctivos necesarios, mejorar los roles y, en general, asumir como propio el control.

¹⁴ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 1599 de mayo de 2005. diario oficial. Bogotá. 2005.

Un segundo fundamento es la Autorregulación, entendida como la capacidad institucional para reglamentar los asuntos propios de su función.

El tercer fundamento es la Autogestión, concebida como la capacidad para medir, interpretar, coordinar y aplicar la función administrativa.

Los aportes que genera el modelo son:

- Promueve y genera un entorno ético.
- Dirige todas las actividades y recursos de la Empresa, hacia el cumplimiento de la función constitucional y legal.
- Protege los recursos de la entidad, mediante la adecuada administración del riesgo.
- Permite a la Empresa contar con mecanismos de evaluación y verificación, para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Propicia el mejoramiento continuo de la gestión Empresarial.
- Promueve la adopción de un enfoque de operación por procesos.
- Establece la comunicación pública como un proceso de control a la transparencia y la divulgación de información a los diferentes grupos de interés.

El direccionamiento estratégico que se genere del balance scorecard permitirá articular con el PAMEC y con el MECI para optimizar recursos, abonar esfuerzos y evitar retrocesos para contribuir al mejoramiento de la prestación del servicio.

Los resultados obtenidos en el diseño del balance scorecard de la institución aportaran los insumos para la aplicación de los modelos en mención.

- Resolución 1446 de 2006¹⁵ por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Esta resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

La aplicación de un Cuadro de Mando Integral define la perspectiva del cliente como la identificación de los segmentos de cliente y de mercado en que han elegido competir. Así, refleja la posición de la empresa en el mercado. Por lo tanto, los indicadores asociados a las actividades deberán complementarse con medidas para el seguimiento y control de la percepción de satisfacción del cliente. La percepción que tenga el cliente de su institución le permitirá tomar decisiones frente a la decisión libre de pertenecer a él o no, tal como lo regula el sistema de salud. La ley promueve la calidad en las instituciones con criterios de oportunidad, atención humanizada, accesibilidad, entre otros, lo que determina el nivel de

¹⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de mayo de 2006. Bogotá D.E; Nuevas ediciones Ltda, 2006, p 1.

satisfacción de sus usuarios, si se conocen las debilidades frente a este criterio a través de los procesos de autoevaluación, se establecerán planes de mejoramiento que le permita fortalecer esas debilidades y competir en el mercado de la salud, con calidad, eficacia y eficiencia.

La necesidad de responder a la demanda implica innovar en diseño y provocar resultados capaces de satisfacer a los clientes. Para solucionar los problemas se tienen en cuenta cuáles son los elementos de ayuda que posee la organización: el personal, las nuevas tecnologías, el soporte material y la organización interna. El mantenimiento de la atención de los clientes una vez suministrado el servicio se concreta con la satisfacción y calidad del servicio recibido, convirtiéndose este en un indicador de monitoreo del sistema de garantía de la calidad.

2. DISEÑO METODOLOGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio fue descriptivo transversal realizado a partir de la información recolectada como resultado de la aplicación de un instrumento (entrevista ver anexo B) y de la revisión de documentos, lo que permitió el diseño del sistema de información y gestión para la Empresa Social del Estado.

2.2 AMBITO DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevo a cabo en la Empresa Social del Estado del Municipio de Ocamonte.

2.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias: sesiones específicas de trabajo con los funcionarios de la institución para el análisis del proceso de atención en salud.

Fuentes secundarias: Revisión de los documentos e informes institucionales.

2.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó por medio de un instrumento (entrevista) previamente estructurada el cual fue aplicada directamente por los investigadores con los funcionarios encargados de los procesos claves.

2.5 PROCESO

El marco metodológico que se tuvo en cuenta para realizar el diseño del sistema de información y gestión basado en la metodología del Balanced Score Card o tablero de mando, estuvo conformado por una secuencia de pasos o etapas, las cuales se describen a continuación

➤ PRIMERA ETAPA

Identificación del enfoque de la organización a través de las 4 perspectivas:

- Como nos ven nuestros usuarios / comunidad?
- En que debemos ser excelentes?
- Que debemos aprender para mejorar o innovar?
- Como logramos la autosostenibilidad?

Para complementar esta primera etapa se revisó la Misión y la Visión y se validó con objetivos institucionales, así mismo se construyó la matriz DOFA dentro de las 4 perspectivas como base para la segunda etapa metodológica.

➤ SEGUNDA ETAPA

Construcción de los factores críticos de éxito y los factores claves de éxito y Construcción de los objetivos estratégicos (logros esperados) para cada una de las perspectivas seleccionadas.

➤ TERCERA ETAPA

Sé graficaron los objetivos estratégicos en un esquema (mapa) de enlace causa-efecto, tratando de identificar el aporte de cada uno de los objetivos.

➤ **CUARTA ETAPA**

Se definió el indicador o inductor con sus respectivas metas frente a cada objetivo estratégico.

➤ **QUINTA ETAPA**

A cada objetivo se le definieron las iniciativas estratégicas y a cada una de estas se le realizó un ejercicio como ejemplo de un plan de acción.

➤ **SEXTA ETAPA**

Se construyó el tablero de mando desde las 4 perspectivas

➤ **SEPTIMA ETAPA**

Finalmente se presentó un plan para la implementación del diseño.

2.6 ANALISIS Y TABULACION DE LA INFORMACION

La información recolectada fue procesada de manera sistematizada y para el análisis se tuvo en cuenta el porcentaje global de los datos y la revisión de documentos.

3. RESULTADOS

Como se mencionara en la introducción, este trabajo es un ejercicio práctico realizado por los investigadores, uno de ellos labora en la institución y conoce su administración y funcionamiento. Se pretende con este trabajo aplicar la metodología del tablero de mando en esta institución de primer nivel, como un primer intento para ser aplicada en un corto tiempo en todas las áreas funcionales de la Empresa Social del Estado.

Antes de iniciar el proceso metodológico planteado para la construcción del tablero de mando se hizo necesario elaborar la matriz DOFA con la participación de los funcionarios, quienes mediante la técnica de grupo focal, contestaron la entrevista formulada por los investigadores. Esta matriz se elaboró a partir de los procesos ejecutados; se resalta que analizado este diagnostico se presentan dificultades para plasmar fortalezas, amenazas y oportunidades, lo que hace prever que para los funcionarios no es clara su determinación, o en el caso de las deficiencias no son de fácil verificación.

Teniendo en cuenta lo anterior el proceso metodológico propuesto para la construcción del tablero de mando se orientó por parte de los investigadores en lo relacionado con la recolección de información, la cual fue complementada con la revisión de documentos, obteniéndose como resultado la orientación estratégica, los factores críticos y claves de éxito, los objetivos estratégicos, el establecimiento de indicadores a partir de estos objetivos y finalmente la construcción del tablero de mando desde las perspectivas definidas.

Cuadro 3. Matriz DOFA de la ESE Ocamonte

ELEMENTOS		DEBILIDADES	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
PROCESOS ADMINISTRATIVOS	CONTRATACIÓN	No hay creada una comisión de contratación con sustentos verídicos ni historiales de estudios de costos	Existencia de Manual de contratación.	Monopolio del mercado	Habilidad de contratación de las EPS por favorecimiento propio
	RECAUDO DE CARTERA	No hay un proceso establecido para dicho propósito		Normatividad que reglamenta el flujo ágil de los recursos	Entes reguladores en ocasiones no ejercen sus funciones a la hora de exigir el cumplimiento de la normatividad.
	FACTURACIÓN	Recurso humano no idóneo para la labor	Software para realizar el proceso de una manera sistematizada	Amplia oferta para capacitación en la Normatividad vigente	
	ARCHIVO	En proceso de ajuste a la normatividad vigente	Espacio físico y mobiliario disponible	Existencia de normatividad que regula su organización	
PROCESOS ASISTENCIALES	CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL	De manera permanente existen problemas en la red eléctrica lo cual origina Inconvenientes al digitar la historia clínica	Adquisición de software para realización de la historia clínica sistematizada. Recurso humano idóneo y capacitado		Demanda exagerada del servicio
	CONSULTA ODONTOLÓGICA	No hay auxiliar de odontología preparado y actualizado desde su competencia	Odontóloga idónea y capacitada. Proceso descrito.		Demanda exagerada del servicio
	ATENCIÓN URGENCIAS	No se cuenta con un médico exclusivo para este servicio	Auxiliar permanente las 24 horas		Demanda exagerada del servicio
		faltan equipos biomédicos para el buen funcionamiento	Rubro existente en el presupuesto para la adquisición de estos equipos.		
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Falta definir y socializar todos los procesos de p y p	Programa de atención a adolescentes, controles prenatales, AIEPI, IAMI			

			Proceso bien diseñado y socializado		
	REFERENCIA Y CONTREREFERENCIA		Contamos con recurso humano y físico		
	MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	La ruta de desechos está mal definida, lo que no permite su cumplimiento			
	LABORATORIO CLINICO		Recurso humano idóneo, equipos necesarios para laboratorio de primer nivel		
	ATENCIÓN DE PARTOS	No contamos con planta eléctrica para el continuo funcionamiento	Recurso humano idóneo, equipos necesarios para la realización de dicha labor		

Fuente: Información suministrada por los funcionarios de la ESE Ocamonte. 2009

*Esta matriz se transcribe textualmente como lo manifestaron los funcionarios

Siguiendo como referencia el proceso metodológico planteado con sustentación teórica y partiendo del direccionamiento estratégico, se diseñó la propuesta de la siguiente manera:

Se definió el enfoque de la organización desde las 4 perspectivas

COMO NOS VEN NUESTROS USUARIOS / COMUNIDAD

- Única institución pública de primer nivel de complejidad en el Municipio
- Falta de recursos económicos para su funcionamiento
- Presenta una infraestructura física adecuada, ventilada y limpia
- Baja tecnología en la prestación de los servicios
- Cuenta con un servicio de atención a la comunidad
- Falta calidez humana en la atención
- La demanda es alta en comparación con la oferta

Para determinar estos puntos desde la visión del cliente se revisaron los resultados finales de la encuesta de satisfacción a usuarios año 2008 y los datos del proceso de gestión de quejas e inquietudes.

EN QUE DEBEMOS SER EXCELENTES?

- Estandarización de procesos administrativos y asistenciales
- En la realización de protocolos y guías de atención
- Capacitación y entrenamiento permanente
- Plan de incentivos
- Optimización de costos
- Atención humanizada
- Aplicación de valores

COMO LOGRAMOS LA AUTO- SOSTENIBILIDAD?

- Con un eficiente manejo financiero
- Ampliación de mercado
- Pago oportuno de los servicios por parte del Estado y de las EPS
- Adoptando planes estratégicos

QUE DEBEMOS APRENDER PARA MEJORAR?

- El desarrollo de procesos eficientes
- Aplicación de herramientas de gestión de la calidad
- Trabajo en equipo

Las anteriores apreciaciones se obtuvieron de la entrevista realizada al personal en general, incluyendo los directivos de la Institución, para conocer la pertinencia del direccionamiento estratégico con los objetivos que presenta el hospital.

A continuación se establece la relación o validación de la Misión y Visión de la Institución con los objetivos estratégicos para establecer su coherencia.

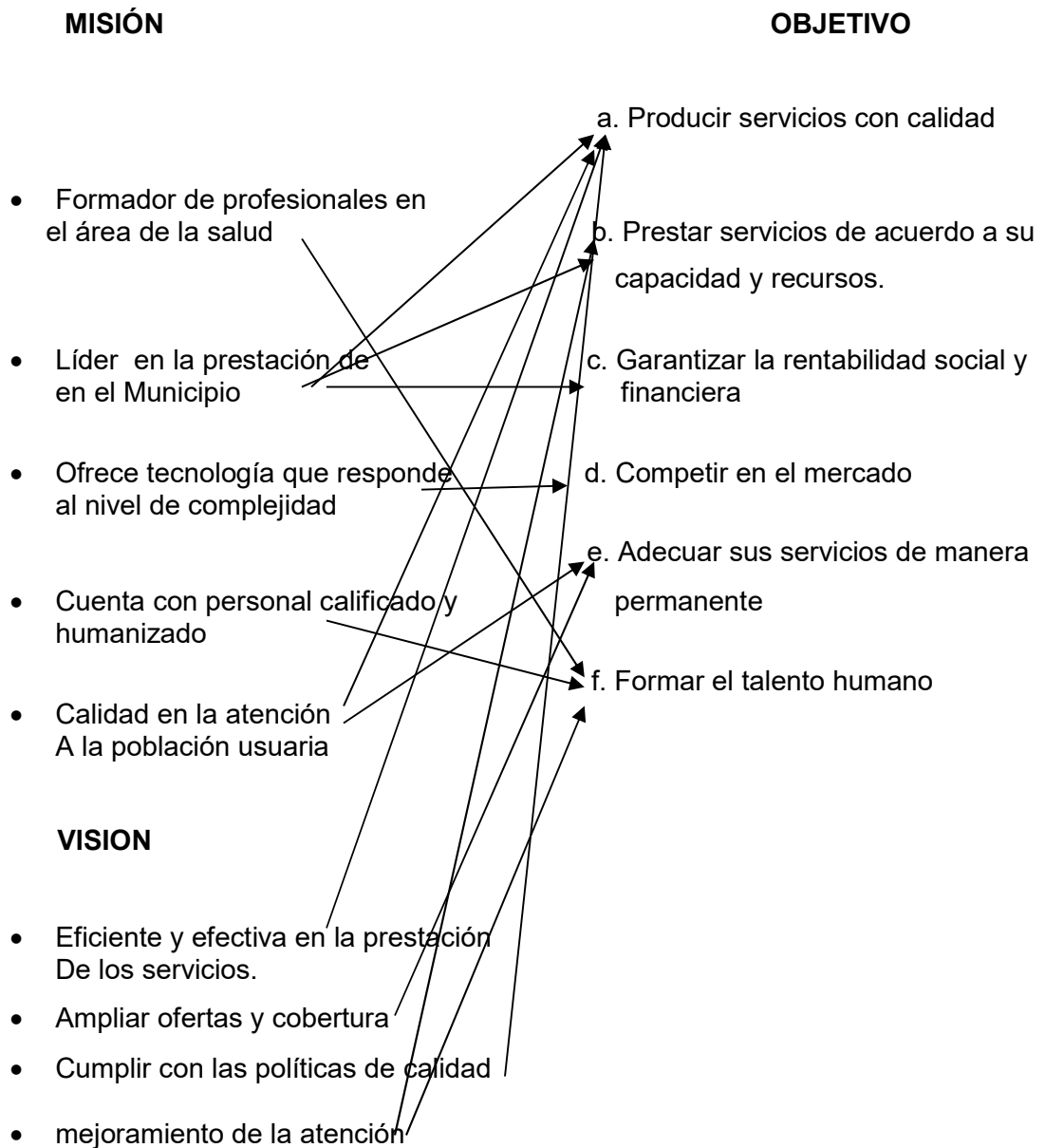


Grafico.3 Relación o validación de la Misión y Visión con los objetivos Estratégicos

Fuente: Construcción de los investigadores 2009

La anterior grafica permite establecer la coherencia que existe entre la Misión y la Visión y los objetivos estratégicos formulados por la Institución, en donde se resalta como prioridad el direccionamiento estratégico, la gestión hacia la calidad y mejoramiento continuo y la satisfacción de los usuarios en la mejora de los servicios y cobertura. Sin embargo en la opinión del cliente interno y externos en estos aspectos son los que mayor debilidad presenta la Institución.

Para complementar esta primera etapa y con el direccionamiento de los investigadores se elaboró la matriz DOFA desde las 4 perspectivas cliente, de procesos, financiera y aprendizaje (ver Cuadros 4, 5, 6 y 7) para determinar los puntos críticos y claves del éxito.

Para elaborar la perspectiva cliente se revisaron los siguientes insumos: resultados de la encuesta de satisfacción año 2008, el informe gerencial de las quejas e inquietudes, las actas de consolidación de las quejas e inquietudes del buzón de sugerencias. En esta perspectiva el cliente es tanto interno (funcionarios) como externo (usuarios y contratistas. Para este estudio solo se tuvo en cuenta la información de los usuarios).

Para elaborar la perspectiva de procesos, financiera y aprendizaje se revisaron documentos que contienen los procedimientos, informes de rendición de cuentas y la opinión de los funcionarios

Cuadro 4 Perspectiva cliente / comunidad

DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción de los usuarios • Falta de información portafolio de servicios • Deficiencia imagen corporativa (identidad propia) • La asociación de usuarios se encuentra inactiva • Los servicios no son oportunos • Largo tiempo de espera • Deficiencia de canales de comunicación a nivel interno. • Imagen en el trato no humanizado • Talento humano poco calificado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de satisfacción a usuarios semestralmente. • Existencia de programas de promoción y prevención • Sistema de información y atención al usuario • Recepción y tramite de quejas e inquietudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica y política del país. • Corrupción política • Crisis del sector salud • Variación del perfil epidemiológico • Bajo nivel socioeconómico de la comunidad • Déficit presupuestal • Actitud ante el servicio al cliente • Competencia del mercado • Insatisfacción de los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de seguridad social en salud • La existencia de normas que propicia el mejoramiento institucional. • Fácil acceso geográfico

Cuadro 5 Perspectiva de procesos internos

DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente cultura de calidad • Deficiente autocontrol • Deficiente control de gestión • Manejo de los recursos • Deficiencia en el sistema de costeo por actividades y productos • Información inexacta o errónea • No hay sistema computarizado para información de servicios • Mantenimiento de equipos • Deficiencia en la luz eléctrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de promoción y prevención • La existencia de protocolos de atención • Tecnología de acuerdo al nivel • Existencia de equipos y materiales para el funcionamiento del laboratorio • Infraestructura • Existencia de software para facturación • Cumplimiento con estándares de habilitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control y seguimiento a las EPS • Déficit presupuestal • Dificultad para la contratación de personal médico general y especialistas. • No cumplir con las expectativas de los usuarios • Competencias por parte de otras IPS • Inconsistencia en las bases de datos de las EPS • Exigencia de la norma sin disponibilidad presupuestal 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevo modelo gerencial. • Diseño de proyectos para obtener recursos • Sistema de seguridad social en salud • La existencia de políticas de autoevaluación y control de gestión.

Cuadro 6. Perspectiva Financiera

DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Cartera por recuperar • Demora en el pago por parte de las EPS. • Sistema de inventarios • Rentabilidad • Plan de reposición de equipos • Sistema de información gerencial • Rentabilidad y solidez financiera • Plan de mercadeo institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Facturación • Exclusividad en el Municipio para la prestación del primer nivel de atención en el sector público. • Cobertura de la población del régimen subsidiado. • Recursos provenientes de EPS administradoras del régimen subsidiado. • Participación del mercado 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis financiera del sector y del país. • Alianzas estratégicas • No oportunidad en el pago a los proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de contratación • Ampliación de cobertura poblacional • Legislación tributaria

Cuadro 7. Perspectiva del aprendizaje

DEBILIDADES	FORTALEZAS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Escasa Inversión en investigación y desarrollo. • Ausencia de programas de bienestar social. • Canales de comunicación deficiente • Falta de incentivos y reconocimiento al personal • Educación continuada institucional deficiente • Falta de presupuesto para programas de capacitación. • Baja capacidad de innovación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de pertenencia • Talento humano profesional • El trabajo interdisciplinario • Estilo de liderazgo actual • Existencia de un plan de mejoramiento • Clima laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica y política del país. • Sistema general de seguridad social en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de seguridad social en salud • Red de comunicaciones

Con base en esta matriz se construyeron los factores críticos de éxito (ver cuadro 8) y los factores claves de éxito (ver cuadro 9) desde las 4 perspectivas. Originando de este análisis unos objetivos estratégicos que debe asumir la institución para plantear alternativas de mejoramiento (ver cuadro 10), los cuales se unificaron de acuerdo a la identidad y relación para obtener y proponer los finales (ver cuadro 11).

Los objetivos estratégicos finales se graficaron en un mapa de enlace causa-efecto (ver grafico 4) en la cual permite observar la correlación entre ellos con base en las perspectivas.

Cuadro 8. Factores críticos de éxito

FACTORES CRITICOS	APRENDIZAJE	PROCESO	CLIENTES	FINANCIERO
• Insatisfacción del usuario (trato humanizado y atención oportuna)			x	
• Deficiente bienestar del personal	X			
• Recursos para la atención de vinculados				X
• Deficiente plan de educación institucional	X			
• Deficientes Canales de comunicación	X			
• Deficiencia en la imagen corporativa			x	
• Deficiente cultura de la calidad y mejoramiento continuo		X		
• Rentabilidad y solidez financiera. cartera morosa				X
• Deficiente plan de reposición de equipos		X		
• Deficiente Inversión en investigación y desarrollo	X			

• Exigencia del cumplimiento de la normatividad sin recurso ni disponibilidad presupuestal		X		X
• Falta de incentivos y reconocimiento al personal	X		X	
• Calidad en los servicios		X		
• Evaluación de la gestión		X		
• Sistema de costo por actividades y productos		X		
• La no participación de la comunidad			X	

Cuadro 9 Factores claves de éxito

FACTORES CLAVES	APRENDIZAJE	PROCESO	CLIENTES	FINANCIERO
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información y atención al usuario.(SIAU) 			X	
<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura y tecnología de acuerdo al nivel 		X		
<ul style="list-style-type: none"> • Facturación 				X
<ul style="list-style-type: none"> • Nuevo modelo gerencial 		X		
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo 	x			
<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de pertenencia 	X			
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de cobertura y servicios 				X
<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de estrategias de mejoramiento de la calidad 		X		
<ul style="list-style-type: none"> • Clima laboral 	x			
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de encuestas de satisfacción periódicas 			x	

Cuadro10. Objetivos estratégicos

CLIENTE	PROCESOS	APRENDIZAJE	FINANCIERA
<p>1. Contribuir a tener una población saludable a través de los programas de promoción y prevención</p> <p>2. Aumentar y mantener coberturas de servicios en la población</p> <p>3. Mejorar la satisfacción del usuario</p> <p>4. Lograr el posicionamiento en el Municipio con servicios de calidad</p> <p>5. Promover los deberes y derechos de los usuarios</p>	<p>6. Mejorar la calidad humana en la prestación de los servicios</p> <p>7. Procurar la eficiencia en el manejo de los recursos</p> <p>8. Implementar un sistema de costos por actividad</p> <p>9. Dar cumplimiento a los programas de gestión de la calidad</p> <p>10. Generar cultura de la gestión de la calidad</p> <p>11. Mejorar el desarrollo tecnológico</p>	<p>12. Mantener la cultura del trabajo en equipo</p> <p>13. Buscar el autocontrol</p> <p>14. Buscar el permanente desarrollo tecnológico</p> <p>15. Buscar el desarrollo y la capacitación continua del talento humano</p> <p>16. Lograr el bienestar del cliente interno</p>	<p>17. Buscar el equilibrio financiero a través de la optimización de los costos y el incremento de ingresos</p> <p>18. Mantener actualizados los contratos con las diferentes aseguradoras</p>

Cuadro 11. Objetivos estratégicos finales

USUARIO	PROCESOS	APRENDIZAJE	FINANCIERO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar el índice de satisfacción del usuario 2. Aumentar y mantener cobertura de servicios y clientes 3. Lograr el posicionamiento en el Municipio con servicios de calidad 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mejorar el proceso de gestión de la calidad en la prestación de los servicios. 5. Generar cultura de autocuidado mediante la promoción y prevención. 6. Mejorar el desarrollo tecnológico 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Lograr el bienestar del talento humano. 8. Generar capacitación continuada del talento humano. 9. Generar un adecuado ambiente de trabajo (clima laboral) 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Buscar la optimización de los recursos 11. Incrementar ingresos

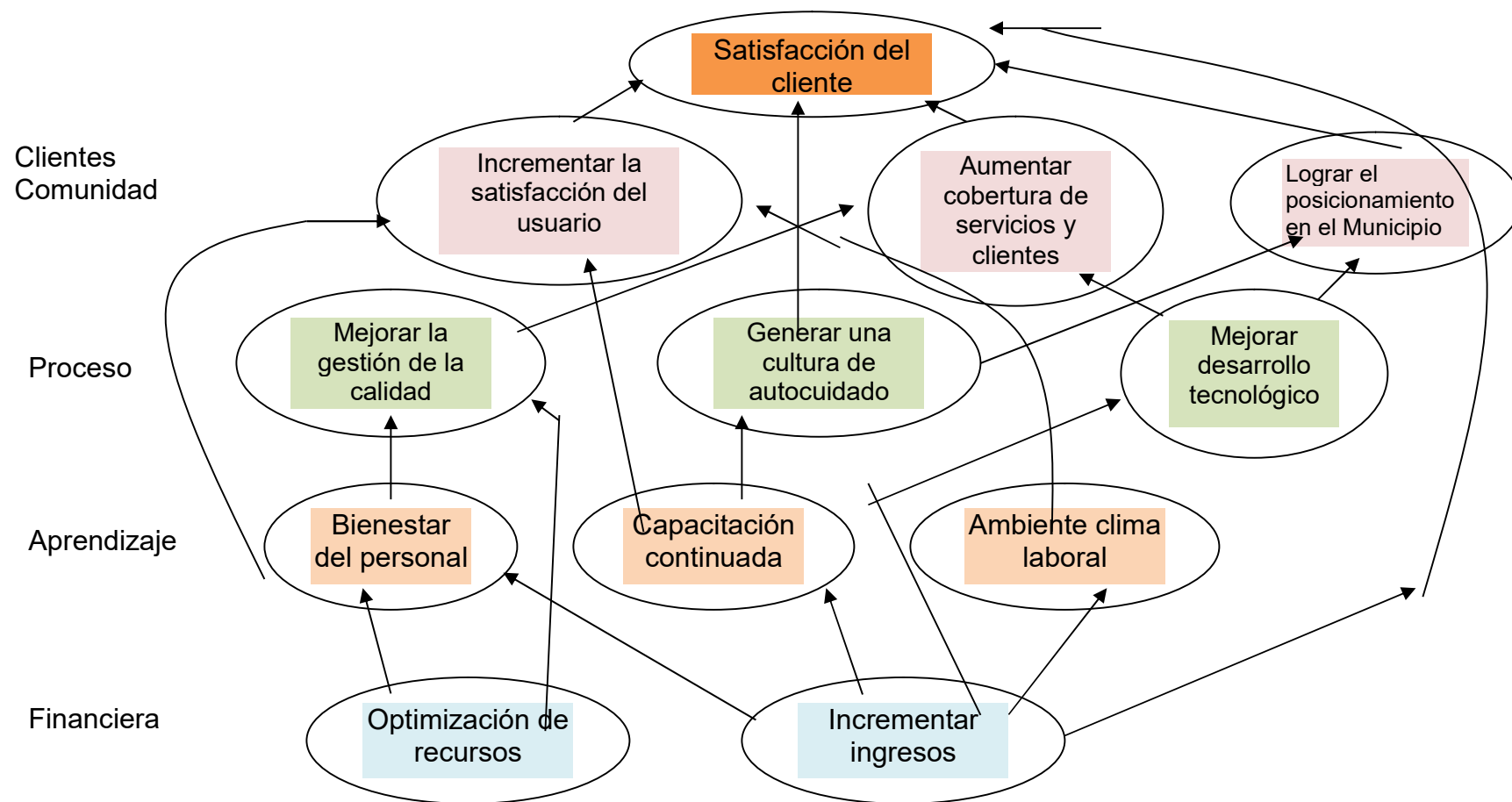


Grafico 4
 Diagrama Causa-efecto Objetivos estratégicos

Partiendo de estos objetivos se elaboraron los tableros de mando integral para cada perspectiva en donde se señalan indicadores de resultados Keping performance indicador (KPI) con su respectiva meta, los indicadores de gestión o inductores y sus mediciones, las iniciativas estratégicas y finalmente su relación causa –efecto (ver cuadros 12, 13, 14 y 15) . Estas estrategias se relacionaron con los objetivos para determinar las comunes en las 4 perspectivas y sugerir planes de acción conjuntos (ver cuadro 16).

Como apoyo a los tableros de mando se construyo una hoja de vida a cada indicador de resultados (ver cuadro 17, 18,19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27), el cual contiene la perspectiva en que se ubica, el nombre del indicador, el propósito y el objetivo estratégico al cual apunta, la meta, la formula, frecuencia, fuente de datos, que hace el indicador, responsabilidad de generar el indicador, responsable de la toma de decisiones y observaciones.

Para la implementación de estos indicadores la Institución debe contar con una estructura organizacional y un sistema de información adecuada que garantice la viabilidad de los mismos.

Establecidas las iniciativas de los objetivos se deben plantear planes de acción para cada uno de ellos, para lo cual se construyó un formato y a manera de ejemplo se realizó un ejercicio con una de las estrategias que debe liderar la dirección del hospital (ver cuadro 28.)

Cuadro 12 Tablero de mando desde la Perspectiva Cliente / comunidad a partir de los objetivos

FCE Objetivos	Indicador de resultado KPI	Meta	Indicadores de gestión	Meta	Iniciativas estratégicas
Aumentar cobertura de servicios y clientes	Demanda en la utilización del servicio	85%	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de Disponibilidad de los servicios. - Tiempo de espera - Porcentaje de cumplimiento - Oportunidad en el servicio - Oportunidad en la respuesta - Numero de usuarios activos en los programas. 	85% 85% 80% 90% 90% 80%	<ul style="list-style-type: none"> * Diseñar e implementar nuevos servicios * Programa de valor agregado para clientes * Establecer nuevos contratos con EPS
Incrementar el índice de satisfacción del usuario	Satisfacción del usuario	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de cumplimiento, en el trámite de quejas. - Índice de satisfacción del usuario - Porcentaje de cumplimiento de programas de capacitación a usuarios - Porcentaje de retención de usuarios - Porcentaje de clientes nuevos 	90% 90% 90% 90% 3%	<ul style="list-style-type: none"> * Aplicación y análisis de encuestas de satisfacción * Fortalecer el sistema de atención al usuario existente. * Programa de capacitación sobre deberes y derechos * Elaborar un plan de mercadeo * Programa de educación y comunicación
Lograr el posicionamiento en el Municipio con servicios de calidad	Desarrollo e imagen institucional	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de cobertura en el mercado - Numero de reconocimientos Obtenidos 	95% 1	<ul style="list-style-type: none"> * Elaboración de proyectos * Educación y capacitación al talento humano * Implementar programas de mejoramiento.

Cuadro No. 13 Tablero de mando desde la Perspectiva de Procesos a partir de los objetivos

FCE Objetivos	Indicador de resultado KPI	Meta	Indicadores de gestión	Meta	Iniciativas estratégicas
Mejorar el proceso de gestión de calidad en la prestación de los servicios	Disminución de la Morbi-mortalidad	≤5%	-- Porcentaje de cumplimiento de procesos de guías clínicas. - Porcentaje de mortalidad - Porcentaje tasa de infección por egreso - Promedio de días estancia Global - Numero de programas de capacitación - Porcentaje de complicaciones	100% ≤5% 4% 3.5 70% ≤5%	* Implementar programas de gestión de la calidad * Capacitación del talento humano * Sistematización de los procesos * Analizar sistemas de información para la toma de decisiones.
Generar una cultura de autocuidado mediante la promoción y prevención	Disminución de los costos institucionales	30%	-Porcentaje de Cumplimiento de programas de promoción y prevención -Numero de talento humano capacitado Grado de capacitación del usuario.	90% 100% 90%	* Fortalecer programas de promoción y prevención * Programas de capacitación
Mejorar el desarrollo tecnológico	Actualización tecnología	15%	- Porcentaje de renovación de equipos - Numero de procesos sistematizados - Numero de programas de capacitación - No-software desarrollados	5% 30% 100% 80%	* Adquisición y reposición de equipos * Promover la creatividad y la innovación * Capacitar al talento humano * Sistematizar los procesos * Establecer el sistema en línea

Cuadro 14 Tablero de mando desde la Perspectiva del aprendizaje a partir de los objetivos

FCE Objetivos	Indicador de resultado KPI	Meta	Indicadores de gestión	Meta	Iniciativas estratégicas
Lograr el bienestar del Talento humano	Productividad	70%	- Índice de bienestar del talento humano - Numero de sugerencias implementadas. - Numero de promociones del talento humano - Porcentaje de programas implementados. - Numero de personal capacitado. - Numero de capacitaciones realizadas	90% 70% 70% 90% 90% 90%	* Implementar encuesta de satisfacción del cliente interno * Implementar un plan de mejoramiento Institucional * Diseñar y desarrollar un plan de capacitación continuada * Establecer un plan de incentivos
Generar una capacitación continuada del talento humano	Retención del talento humano	90%	- Cumplimiento de capacitaciones institucionales -Porcentaje de personal capacitado - Índice de rotación	100% 90% 5%	* Desarrollar un plan de capacitación continuada * Establecer un plan de mejoramiento permanente
Generar un adecuado ambiente de trabajo (clima laboral)	satisfacción del talento humano	90%	- Numero de equipos de trabajo -Porcentaje de cumplimiento de programas - índice de satisfacción laboral	100% 90% 90%	* Desarrollar actividades de integración * Desarrollar canales de información * Encuesta de satisfacción de clima laboral.

Cuadro 15. Tablero de mando desde la Perspectiva Financiera a partir de los objetivos

FCE Objetivos	Indicador de resultado KPI	Meta	Indicadores de gestión	Meta	Iniciativas estratégicas
Buscar la optimización de los recursos	Autosostenibilidad	95%	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento presupuestal de los costos - Cumplimiento presupuestal de los gastos no operacionales. - Nivel de endeudamiento. - Cumplimiento presupuestal de ingresos. 	90% 80% 20% 100%	<ul style="list-style-type: none"> * Implementar y desarrollar el sistema de costeo * Capacitación del talento humano * Mejorar la estandarización de procesos administrativos y asistenciales.
Incrementar ingresos	Equilibrio financiero	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Rotación de cartera a 90 días - Rotación de inventarios - Numero de nuevos clientes - Incremento de ventas 	50% 50% 3% 5%	<ul style="list-style-type: none"> * Desarrollar un plan de mercadeo * Plan de recuperación de cartera * Diseñar e implementar nuevos servicios * Plan anual de compras * Elaboración de proyectos para obtener recursos.

Cuadro 16. Relación de las iniciativas estratégicas con los objetivos

Perspectivas	Iniciativas estratégicas	OBJETIVOS ESTRATEGICOS FINALES										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
C-A	Aplicación y análisis de encuesta de satisfacción	X						X		X		
C	Fortalecer el sistema de atención al usuario existente	X										
C	Programa de valor agregado	X										
C	Capacitación y educación al usuario sobre deberes y derechos	X	X									
C-F	Diseñar e implementar nuevos servicios		X									X
C-F	Elaborar plan de mercadeo		X									X
C-P	Establecer nuevos contratos		X			X						
C-F	Elaboración de proyectos			X								X
C-P-F-A	Educación y capacitación del talento humano			X	X	X	X	X	X	X	X	
C-P-A	Implementar programas de mejoramiento y de gestión de la calidad			X	X			X	X	X		

P-F	Sistematización de procesos				X		X				X	
P	Sistemas de información para toma de decisiones				X							
P	Desarrollar programas de promoción y prevención					X						
P	Adquisición y reposición de equipos						X					
P	Promover la creatividad y la innovación						X					
P	Establecer sistema en línea						X					
A	Desarrollar canales de información									X		
A	Plan de incentivos							X		X		
A	Plan de evaluación								X			
F	Desarrollar sistema de costeo										X	
F	Plan de recuperación de cartera											X
F	Plan anual de compras											X

C: Cliente P: Procesos

A: Aprendizaje

F: Financiera

Observación: Los objetivos estratégicos se enumeraron de 1 a 11 (ver cuadro 11)

Cuadro 17. Hoja de vida del indicador demanda de la utilización del servicio

PERSPECTIVA	CLIENTE
PROPÓSITO	Determinar la accesibilidad de la población beneficiaria de los servicios, la real cobertura. y la necesidad sentida.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Determinar el porcentaje de usuarios que solicitaron los servicios y fueron atendidos de manera oportuna y con calidad.
META	85% de los usuarios
FORMULA	$\frac{\text{Número de usuarios atendidos}}{\text{Total de usuarios que solicitaron atención}} \times 100$
FRECUENCIA	Cada año
FUENTE DE DATOS	Registro diario de actividades.
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Oficina de planeación, oficina de atención al usuario
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Gerencia de la Institución
OBSERVACIONES	En la medida en que el usuario demande oportunos servicios con calidad, es un usuario satisfecho.

Cuadro 18 Hoja de vida del indicador satisfacción del cliente

PERSPECTIVA	CLIENTE
PROPÓSITO	Conocer la opinión de los usuarios frente a la atención recibida
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios según unos criterios de actuación específicos dentro de la prestación de los servicios.
META	Lograr la satisfacción del usuario en un 90%
FORMULA	Número de usuarios con satisfacción / total de usuarios atendidos x 100
FRECUENCIA	Cada año
FUENTE DE DATOS	Encuestas de opinión, informe de gestión institucional, índice de cobertura de usuarios nuevos.
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	El servicio de información y atención al usuario (SIAU)
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Gerencia de la Institución
OBSERVACIONES	Además de la encuesta de satisfacción, puede tenerse en cuenta otras fuentes como estadísticas de oportunidad, cobertura, tiempo de espera.

Cuadro 19 Hoja de vida del indicador desarrollo e imagen institucional

PERSPECTIVA	CLIENTE
PROPÓSITO	Conocer el liderazgo que tiene la institución en el Municipio y la opinión que al respecto tienen los usuarios que demandan o no el servicio.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	El proceso de mejoramiento de la calidad que está desarrollando la Institución debe reflejarse en la imagen institucional.
META	100%
FORMULA	Número de usuarios con respuestas positivas / total de usuarios entrevistados Cobertura en el mercado / total de población a atender en el sector.
FRECUENCIA	Anual
FUENTE DE DATOS	Encuesta de opinión
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Oficina de atención al usuario
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Oficina de garantía de la calidad o quien haga las veces
OBSERVACIONES	

Cuadro 20 Hoja de vida del indicador disminución de la morbi-mortalidad

PERSPECTIVA	PROCESOS INTERNOS
PROPÓSITO	Conocer el volumen y porcentaje de defunciones intra hospitalarias Determinar las principales causas de la población usuaria en un periodo dado
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Disminuir la morbi mortalidad a traves del mejoramiento de procesos de gestión de calidad en la prestación de los servicios
META	< 5%
FORMULA	Numero de egresados por muerte / Total egresados
FRECUENCIA	Trimestralmente
FUENTE DE DATOS	Consolidados mensuales,
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Oficina de estadística
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Subdirección científica o medica
OBSERVACIONES	Este indicador se puede discriminar por edad, sexo, entidad, tipo de usuario, por consulta general y especializada en lo referente a morbilidad y en cuanto al a mortalidad se puede analizar por edad, causa, materna intra hospitalaria, recién nacido, entre otras.

Cuadro 21. Hoja de vida del indicador disminución de los costos institucionales

PERSPECTIVA	PROCESOS INTERNOS
PROPÓSITO	Conocer el peso porcentual del costo de cada uno de los servicios con relación al costo total de la Institución involucrando acciones de promoción y prevención.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Generar una cultura de auto cuidado desarrollando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
META	30%
FORMULA	Costo total de cada uno de los servicios / Cantidad de unidades de producción por servicios Costo de un servicio / Numero de usuarios del servicio.
FRECUENCIA	Anual
FUENTE DE DATOS	Informes financiera, estadísticas de los programas
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Oficina financiera y oficina de estadística
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Área administrativa y médica
OBSERVACIONES	

Cuadro 22. Hoja de vida del indicador actualización tecnológica

PERSPECTIVA	PROCESOS INTERNOS
PROPÓSITO	Conocer el número de equipos y programas adquiridos por la institución que contribuyen a la mejora de procesos, buscando la calidad en la prestación de los servicios, que le permita competir el mercado.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Mejorar el desarrollo tecnológico
META	15%
FORMULA	Total de equipos y programas adquiridos y/o actualizados / Total de equipos y programas solicitados y programados
FRECUENCIA	Anual
FUENTE DE DATOS	Registro de necesidades, inventario de suministros
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Suministros e inventarios, oficina de plantación.
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Gerencia de la Institución
OBSERVACIONES	

Cuadro 23 Hoja de vida del indicador productividad y rendimiento

PERSPECTIVA	APRENDIZAJE
PROPÓSITO	Determinar el número de productos alcanzados por unidad de recurso disponible en cada servicio.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	En la medida en que el cliente interno este satisfecho se puede esperar un mayor rendimiento contando con los recursos necesarios para su desempeño.
META	70%
FORMULA	Numero de actividades realizadas en el periodo/ Numero de hora contratadas en el periodo
FRECUENCIA	Anual
FUENTE DE DATOS	Consolidados mensuales de actividades realizadas
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Oficina de garantía de calidad o quien haga las veces
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Gerencia de la Institución
OBSERVACIONES	Este indicador para una mayor información se puede discriminar por mes, unidad de desempeño, especialidad, entre otros.

Cuadro 24. Hoja de vida del indicador retención del talento humano

PERSPECTIVA	APRENDIZAJE
PROPÓSITO	A partir de la implementación de un plan de mejoramiento interno que incluya incentivos, reconocimientos y capacitación se logra un mayor sentido de pertenencia institucional.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Generar una capacitación continuada del cliente interno
META	90%
FORMULA	Total de funcionarios retirados / total de funcionarios
FRECUENCIA	Anual
FUENTE DE DATOS	Registro de actividades
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Oficina de recursos humanos y la oficina de calidad institucional
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Área administrativa y gerencia de la institución
OBSERVACIONES	

Cuadro 25. Hoja de vida del indicador satisfacción del talento humano

PERSPECTIVA	APRENDIZAJE
PROPÓSITO	Conocer el grado de satisfacción del cliente interno
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Generar un adecuado ambiente de trabajo (clima laboral)
META	90%
FORMULA	Total de clientes internos satisfechos / Total de clientes internos
FRECUENCIA	Semestral
FUENTE DE DATOS	Registre de inquietudes y sugerencias, encuestas de opinión
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Recurso humano
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Gerencia de la Institución y recurso humano
OBSERVACIONES	En un mismo instrumento aplicado para conocer la opinión de los usuarios internos se pueden incluir otras variables

Cuadro 26. Hoja de vida del indicador autosostenibilidad

PERSPECTIVA	FINANCIERA
PROPÓSITO	Utilización racional del recurso para un mejor resultado a un menor costo
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Buscar optimización de los recursos
META	90%
FORMULA	Costos + Gastos / Nivel de ingreso de la Institución
FRECUENCIA	Semestral
FUENTE DE DATOS	Informe financiero
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Área administrativa
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Gerencia de la Institución
OBSERVACIONES	

Cuadro 27. Hoja de vida del indicador equilibrio financiero

PERSPECTIVA	FINANCIERA
PROPÓSITO	Conocer el equilibrio financiero de la Institución para lograr su autosostenibilidad y competir en el mercado con calidad
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Incrementar ingresos y optimizar costos
META	100%
FORMULA	Punto d equilibrio / Ventas totales Gastos = Ingresos
FRECUENCIA	Anual
FUENTE DE DATOS	Informe financiero
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Área administrativa Oficina financiera
RESPONSABLE TOMA DE DECISIONES	Gerencia de la Institución
OBSERVACIONES	

Cuadro 28. Ejemplo plan de acción para las estrategias

PERSPECTIVA

Procesos

NOMBRE DE LA ESTRATEGIA

Adquisición y reposición de equipos

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Mejorar el desarrollo tecnológico

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA				RESPONSABLE	INDICADOR DE GESTION
	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim		
Inventario de equipos	→				Mantenimiento	Listado de equipos
Estudio hoja de vida		→			Mantenimiento y área comprometida	Total de hojas de vida revisadas
Determinar los recursos requeridos			→		Mantenimiento	Valor de la reposición
Recursos disponibles				→	Administrativa y financiera	Presupuesto
Plan de compra				→	Director y comité de compras	Número de equipos adquiridos
Elaborar hoja de vida de equipos				→	Mantenimiento	Numero de hojas de vida

4. LINEAMIENTOS SUGERIDOS PARA LA IMPLEMENTACION Y CONSOLIDACIÓN DEL DISEÑO

Para la implementación de la metodología del B.S.C. o tablero de mando integral en la Empresa Social del Estado de Ocamonte se requiere legitimar este ejercicio práctico, como modelo para ser asumido por las diferentes áreas o servicios y fortalecer así las bases del planeamiento estratégico. Es importante resaltar que todos los funcionarios hicieron parte de la construcción de este diseño, por lo tanto se convierte en una fortaleza para la institución en el momento que se requiera diseñar el modelo en las diferentes áreas o servicios.

El trabajo que se vaya realizando en cada uno de los servicios debe corresponder al direccionamiento estratégico que defina la gerencia, una vez se ajusten a los resultados obtenidos en este estudio.

Se debe conformar un comité de gestión, el cual debe estar integrado por:

- * Gerente de la Institución
- * Coordinador medico
- * Coordinador administrativo
- * Jefe o encargado de Planeación
- * Jefe o encargado de la oficina de aseguramiento de la calidad

Quienes tendrán como función:

- ❖ Elaborar el plan de implementación
- ❖ Nombrar responsables

- ❖ Asignar tareas
- ❖ Realizar control y seguimiento
- ❖ Evaluar resultados

Los integrantes del comité serán los facilitadores del proceso. Inicialmente las reuniones deberán establecerse semanalmente y en la medida en que se vaya posesionando el proceso se irá ajustando la periodicidad de las reuniones.

EL PROCESO QUE SE SUGIERE ES EL SIGUIENTE:

- Una primera etapa de motivación y educación

A través de reuniones en el que participen todos los funcionarios se debe realizar la motivación y se debe volver a recordar la metodología del B.S.C. con sus definiciones, beneficios, aplicabilidad, ventajas, entre otras.

A si mismo se debe explicar el ejercicio realizado en este trabajo, lo que le va a dar claridad a lo conceptual.

- Una segunda etapa en donde se establezcan con el mismo personal, las áreas que inicialmente aplicarían la metodología para la cual se sugieren los siguientes pasos para su construcción:
 - Definir y clarificar la estructura organizacional del área de estudio
 - Definir los servicios que presta
 - Definir la cadena de valor del servicio
 - Identificar y definir la relación del servicio con las demás áreas y con la organización frente a:
 - Determinar debilidades y fortalezas

- Aspectos donde se comparten elementos, procedimientos o enfoques
 - Factores críticos y claves de éxito
- Realizar con el personal encargado un sondeo de opinión para establecer los objetivos estratégicos desde las 4 perspectivas para el servicio en estudio
 - Desarrollar una lista provisional de objetivos e indicadores para cada perspectiva.
 - Priorización de objetivos y planteamiento de indicadores
 - Revisar la Misión del área y relacionarla con los objetivos establecidos
 - Seleccionar y diseñar indicadores por perspectiva
 - * Identificar para cada objetivo el indicador o indicadores que mejor reflejen la intención del objetivo
 - * Identificar para cada indicador la accesibilidad a las fuentes necesarias de información
 - * Identificar la forma en que cada indicador influye en los demás
 - * Diseñar para las 4 perspectivas indicadores e inductores de actuación
 - * Formalizar las metas

➤ Finalización del plan ejecutivo

El B.S.C crea valor cuando se integra al sistema de gestión de la organización

Por lo tanto se requiere por parte del comité realizar el siguiente plan:

- * Desarrollar un plan de introducción escalonada

- * Crear un mecanismo de responsabilidad frente al levantamiento de la información sobre indicadores a futuro para monitorear la gestión y la integralidad.
- * Definir el plan de seguimiento y control
- * Capacitar al personal en la metodología de análisis y solución de problemas resultantes en la aplicación.

En síntesis cada área funcional o servicio debe entregar

- ❖ Lista de objetivos con una descripción detallada de cada uno
- ❖ La descripción de los indicadores por objetivo
- ❖ Ilustración de cómo se cuantifica y se presenta un indicador
- ❖ Un gráfico de vinculación de indicadores por perspectiva
- ❖ Indicadores de resultados
- ❖ Convalidar las metas del equipo de implantación
- ❖ Programar las acciones preliminares para lograr metas
- ❖ Alinear iniciativas de cambio de la unidad o área funcional con el B.S.C.

CONCLUSIONES

La matriz DOFA elaborada con los funcionarios como diagnóstico institucional no refleja el estado real de la empresa, según opinión de los participantes era la primera vez que se realizaba.

Con los insumos suministrados en la metodología de elaboración del tablero de mando se puede obtener una información clara y precisa a nivel general de las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que tiene la Empresa Social del Estado de Ocamonte.

La Misión y Visión son coherentes con los objetivos estratégicos que actualmente plantea la ESE Ocamonte, se requiere la puesta en marcha de las estrategias para lograr que se haga evidente lo formulado.

Los factores críticos y claves de éxito están relacionados en su mayoría con la satisfacción de los usuarios tanto internos como externos, lo que originó unos objetivos estratégicos que debe asumir la institución para plantear alternativas de mejoramiento.

Las iniciativas estratégicas planteadas en los tableros de mando de las 4 perspectivas responden de manera simultánea a los objetivos estratégicos planteados, principalmente en lo relacionado con la educación y la puesta en marcha de planes de mejoramiento y control de gestión.

Este trabajo práctico se convierte en insumo para que la institución inicie la puesta en marcha del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud –PAMEC- y el Modelo Estándar de Control Interno MECI, lo que permitirá la articulación para optimizar recursos, abonar esfuerzos y

contribuir al mejoramiento de la prestación del servicio cumpliendo con los estándares de calidad exigidos por la normatividad.

La puesta en marcha de cualquier modelo estratégico requiere de disponibilidad de recursos, situación que limita el logro de los objetivos propuestos en los planes de mejoramiento, convirtiéndose para la ESE de Ocamonte en un gran reto por el estado financiero en que se encuentra.

Se deben tener en cuenta las sugerencias realizadas en este trabajo para la puesta en marcha de un tablero de mando desde las 4 perspectivas por cada uno de los servicios, resultados que deben ser coherentes con lo obtenido a nivel general.

BIBLIOGRAFIA

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Decreto 1599 de mayo de 2005. diario oficial. Bogotá. 2005.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE OCAMONTE. Documento institucional. Ocamonte 2005

LIZARAZO William Fernando. Seminario taller El proceso de la Gerencia estratégica, consolidación, Bucaramanga. 2002.

KAPLAN. Robert, NORTON David. El cuadro de mando integral del Balanced Scorecard. Editorial Gestión 2000, Barcelona, 1997

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de abril. Por el cual se define el Sistema obligatorio Garantía de Calidad. Bogotá: 2006

_____. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Colombia.2006

_____. Resolución 1446 de mayo de 2006. Bogotá D.E; Nuevas ediciones Ltda, 2006