

Marcelino Aranda, Mariana; Coria Páez, Ana Lilia
Aplicación del balanced scorecard como estrategia de control en un hospital privado
ubicado en la ciudad de México
Mercados y Negocios, vol. 12, núm. 1-2, enero-diciembre, 2011, pp. 35-54
Universidad de Guadalajara

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=571863952003>

Aplicación del *balanced scorecard* como estrategia de control en un hospital privado ubicado en la ciudad de México

Mariana Marcelino Aranda*

Ana Lilia Coria Páez**

Resumen

El *balanced scorecard* como herramienta de gestión ha sido aplicado con éxito en varias empresas alrededor del mundo. El propósito de este trabajo consistió en elaborar una propuesta que sirva como guía de implementación para pequeños y medianos empresarios. Incluye el diagnóstico del estado actual y las acciones de mejora al implementar el *balanced scorecard* en un hospital privado ubicado en la ciudad de México. Se pudo deducir que la implementación del *balanced scorecard* constituye un reto en el caso de empresas de servicios, ya que promueve la eficiencia y el aprovechamiento de los recursos y los procesos internos; es una buena forma de hacer valer la misión y de orientar la mayor cantidad de esfuerzo y dinero a la razón de su existencia.

Abstract

The balanced scorecard as a management tool has been applied successfully in several companies around the world. The purpose of this study was to develop a proposal to serve as a guide for implementation for small and medium businesses; includes diagnosis of current status, and improvement actions to implement the balanced scorecard in a private hospital located in Mexico City. It could be concluded that implementation of the balanced scorecard is a challenge in the case of utilities, as it promotes efficiency and utilization of resources and internal processes is a good way to uphold the mission and guiding most effort and money to the reason for their existence.

Palabras clave: *balanced scorecard*, estrategia, gestión, pymes.

Keywords: balanced scorecard, strategy, management, SMEs.

* Doctora en Ciencias Administrativas. Profesora-investigadora en el Instituto Politécnico Nacional.

** Maestra en Ciencias. Profesora-investigadora en el Instituto Politécnico Nacional.

Introducción

Las organizaciones deben adoptar herramientas de mayor eficiencia de optimización, basadas en nuevos enfoques gerenciales, gestión estratégica y modelos de medición de gestión, con el fin de alcanzar el cumplimiento de metas a corto, mediano y largo plazos establecidas previamente en sus planes estratégicos, enfocados en la consecución de la visión, misión, valores, etc., elementos que conjugados comprometen a todos los empleados a identificarse con la organización a través de un sentimiento de compromiso conjunto para alcanzar los fines de la misma.

En el caso del hospital, se diseña para su aplicación un modelo de gestión que operacionaliza la estrategia mediante el análisis de los indicadores y la alineación de los objetivos que se proponen en el *balanced scorecard (BSC)* para establecer los parámetros de evaluación de los objetivos. Además se conjugan eficientemente dos aspectos fundamentales de las organizaciones: la dirección estratégica y la evaluación de desempeño.

El *balanced scorecard*

La visión moderna de control requiere de una serie de indicadores que permitan una realimentación adecuada en las áreas clave de gestión de las empresas. Junto con ello, el monitoreo de dichos indicadores debe permitir el adecuado control en todas las fases del proceso de dirección estratégica.

El *BSC* nació como un concepto que con el paso del tiempo ha adquirido importancia al incorporar elementos de apoyo a la gestión de una empresa, particularmente en los manejos de las distintas áreas productivas o procesos y en la integración de las unidades de la empresa como un todo.

El *balanced scorecard*—desarrollado por Kaplan y Norton (1997)— es una herramienta de control que considera una serie de indicadores mediante los cuales se permite evaluar los objetivos que clarifican y traducen la visión y misión de la organización en todo su contexto.

El *balanced scorecard* se organiza alrededor de cuatro perspectivas diferentes que contemplan tanto el desempeño interno como el externo de una organización. Dichas perspectivas son: financiera, cliente, procesos internos, aprendizaje y crecimiento. Dentro de cada una de ellas se distinguen indicadores del tipo *driver* (aquellos que condicionan a otros) e indicadores del tipo *output* (indicadores de

resultado), los cuales se relacionan en una cadena causa-efecto sin perder de vista el equilibrio que debe existir entre ellos.

En las empresas donde se aplica el *balanced scorecard* las cuatro perspectivas son válidas, pero, dependiendo de las circunstancias del sector y de la estrategia de la empresa, podrían necesitarse una o más perspectivas adicionales. Frente a esto último, conviene poner atención en que la creación de una nueva perspectiva sea producto de que los inductores de las medidas de resultado y los indicadores de gestión sean lo suficientemente específicos del mercado o actividad que realiza la empresa, como para que no puedan ser incluidos de alguna forma en las cuatro perspectivas tradicionales, y que hagan necesaria la creación de una nueva perspectiva que los incluya y que, lógicamente, los relacione con las demás (Kaplan y David, 2001).

Las perspectivas están vinculadas mediante objetivos mostrados en las mencionadas relaciones causa-efecto, ubicadas en un esquema conocido como “mapa estratégico”, por lo que es importante ordenar las perspectivas conforme a los objetivos determinados para que cada una sea la causa de otros objetivos que son consecuencias o “efectos”, dentro de otra perspectiva. A continuación se explican las cuatro perspectivas clásicas.

1. *Perspectiva financiera.* Orientada principalmente a maximizar el valor de los accionistas, ya que se trata de medir la creación de valor en la organización, incorporando la visión de sus propietarios. Junto con ello, es indispensable que los resultados de la empresa se midan de una forma cuantitativa, que reflejen las acciones adoptadas. Si las medidas de actuación financiera han sido las planificadas y las adecuadas, la empresa obtendría beneficios que se traducirían en un mayor valor que generaría mayores utilidades, reduciría costos, o ambas, de manera que el último beneficiado pasa a ser el accionista. El desempeño de la empresa, se supone, culmina en la relación causa-efecto en la mejora de la actuación financiera.
2. *Perspectiva de los clientes.* La empresa identifica los segmentos de cliente y de mercado en los cuales ha decidido desplegar su acción. Asimismo, el desarrollo de nuevas tecnologías y tendencias, junto con las necesidades cambiantes y crecientes de los clientes, hacen necesario tener una idea clara acerca de los recursos que se deben destinar a actividades de administración para cumplir los objetivos. Se necesita medir la satisfacción del cliente, su fidelidad y su percepción de valor de los bienes ofrecidos, para así vincular los resultados de esta perspectiva con la obtención de rentabilidad.

3. *Perspectiva del proceso interno.* Se relaciona estrechamente con la cadena de valor de Porter, por cuanto se deben identificar los procesos estratégicos para el logro de los objetivos planteados en la perspectiva financiera y en la de los clientes. En todas las organizaciones existe un conjunto de procesos que se pueden señalar como críticos. Los procesos de innovación, mercado, comercialización, operativos y de relación y conocimiento de los clientes van a identificar aquéllos con un mayor impacto en la propuesta de valor.
4. *Perspectiva del aprendizaje y crecimiento.* Se evalúan los recursos de la organización, y se proporciona así la infraestructura para que se alcancen los objetivos planteados en las otras tres perspectivas. Por lo mismo, es muy importante que el modelo de gestión incluya los recursos humanos como un elemento clave en el proceso de gestión. Además, debe considerarse la cultura organizativa, ya que es la llave a partir de la cual se puede proceder a instaurar cambios: la tecnología, las alianzas estratégicas y las competencias de la empresa.

Modelo de niveles de control

Simons (2000) llama control de gestión a aquellos procedimientos y monitores habituales, de tipo formal, basados en la información y utilizados por la dirección para mantener o modificar determinadas pautas en las actividades de una organización, distinguiendo en este proceso cuatro tipos de sistemas formales o niveles de control: a) creencias; b) límites organizacionales; c) control diagnóstico, y d) control interactivo.

- a) *Sistema de creencias.* Engloba la declaración de misión y valores, pilares de la organización. Se deben tener claros los valores centrales de la organización y cuál es el papel de cada persona dentro de ella, como manera de evitar desviaciones que influyan en la consecución de los objetivos.
- b) *Sistema de límites organizacionales.* Establece reglas, fronteras, límites o estándares mínimos que permitan guiar un proceso de innovación dentro de un marco razonable, asegurando que las actividades desarrolladas por la empresa ocurran en escenarios definidos con un nivel de riesgo aceptable. Con esto se busca no desperdiciar los recursos que posee la empresa, haciendo explícitos los costos que afectan a cualquiera de sus acciones determinadas.
- c) *Sistema de control diagnóstico.* Con éste se quiere establecer un sistema formal de *feedback* para realizar un seguimiento adecuado de los resultados que ob-

tiene la empresa y corregir las desviaciones que se producen en relación con lo previsto.

- d) *Sistema de control interactivo.* Otorga herramientas a los administradores para fomentar la creatividad y la búsqueda de nuevas oportunidades, así como también incentivar el diálogo y el aprendizaje a lo largo de toda la organización.

Las conclusiones de Simons (2000) llevan a plantear los siguientes requisitos para que los sistemas de control tengan sinergia entre ellos:

1. Control interno eficiente.
2. Claridad en el *focus* del negocio, y en lo que se quiere hacer y lograr.
3. Sistemas de información automatizados, consistentes, eficientes, en tiempo real.
4. Estrategias coherentes y flexibles.
5. Cultura dinámica y adaptable a los cambios en las reglas nuevas que imponga el medio ambiente.

Modelo de niveles de control y *balanced scorecard*

El *balanced scorecard* se encuentra muy ligado a lo planteado por Simons (2000), en cuanto a que considera que proporciona a los ejecutivos de las empresas un amplio marco que permite traducir las estrategias y oportunidades mencionadas en un conjunto coherente de indicadores de actuación.

Los indicadores estratégicos son una herramienta que sirve para controlar y evaluar eventos; en cambio, el cuadro de mando es más que eso, ya que permite articular y comunicar la estrategia de la empresa, coordinando y alineando las iniciativas individuales de la organización y la de sus múltiples unidades con el fin de conseguir un objetivo común. Es en este sentido que el *balanced scorecard* desempeña un papel que va más allá de los objetivos de un sistema de control tradicional, entendiéndose como tal que la organización siga un plan preestablecido, y busca ser un sistema de comunicación, de información y de formación que permita todo lo anterior.

El hospital objeto de estudio, fundado en 1955, se encuentra ubicado al sur de la ciudad de México; es una institución certificada de atención médica; funciona para estancias programadas, urgencias médicas y quirúrgicas, cirugía de corta estancia y unidades de subespecialidades. En sus inicios se conocía como “sanatorio” y estaba a cargo de un grupo de médicos. Al haber sido uno de los primeros

hospitales en la zona sur de la ciudad de México, adquirió reconocimiento de los usuarios que requerían sus servicios.

El hospital sigue prestando sus servicios en el mismo inmueble desde el año de su fundación y, desde entonces, una de sus prioridades ha sido ofrecer una excelente atención médica a todos sus pacientes, la cual está respaldada por personal médico, paramédico y técnico altamente calificado, además de equipo con tecnología de punta. Asimismo, la institución ha proporcionado atención médica a empresas que son líderes en el área de aseguramiento a terceros.

En el año 2004 se dio un cambio en la dirección del hospital, quedando como responsables de la empresa los hijos del fundador. En ese mismo año se realizó la primera autoevaluación sobre la calidad de sus servicios médicos. Derivado del resultado, se propuso avanzar hacia la calidad total; es decir, lograr la máxima satisfacción de los pacientes y del personal que les presta servicios.

Actualmente el hospital atraviesa un periodo de estancamiento que se ha prolongado durante los últimos seis años, situación que se ha evidenciado en la pérdida de pacientes y disminución en el número de contratos con empresas aseguradoras para brindarles asistencia médica. Lo anterior de acuerdo con declaraciones del director general de la empresa, obtenidas mediante entrevista. Ante un panorama poco alentador, la dirección consideró que el hospital necesitaba replantear una estrategia que le permita mejorar y ampliar la calidad de sus servicios, reducción de costos, volver eficiente su operación y obtener un mayor compromiso del personal con la organización. Desde luego, importa como prioridad hacer al hospital más rentable.

En el plan estratégico 2008-2012 se han establecido las líneas de acción vinculadas a alcanzar los objetivos propuestos. Las expectativas que planteó el hospital son altas, y se ha puesto en evidencia la necesidad de contar con una herramienta administrativa que le permita establecer un sistema de medición para el cumplimiento de sus objetivos, hacer proyecciones, analizar modificaciones a su plan estratégico o incluso considerar estrategias emergentes.

Si además se considera la dinámica de los competidores, la medición de los objetivos se vuelve un ejercicio cotidiano. Otro aspecto importante es que los objetivos establecidos en el plan estratégico se encuentran alineados con el cumplimiento de la misión y visión del hospital.

Método

Para lograr el objetivo se llevó a cabo una investigación de base técnica, ya que parte de una herramienta administrativa previamente estudiada, evaluada y probada por sus resultados. Los pasos a seguir fueron:

1. Formulación del problema detectado a través de un análisis cualitativo de la misión, visión, objetivos y líneas de acción propuestas por el hospital de estudio en su plan estratégico de desarrollo, con el fin de determinar el efecto que han de tener los objetivos en las cuatro perspectivas del *balanced scorecard*: la satisfacción del cliente, procesos internos, aprendizaje y crecimiento.
2. Adquisición de conocimiento e información previos para la consecución de los objetivos del trabajo. En primer lugar, se revisaron los elementos teóricos del tema y un estudio pormenorizado de experiencias sobre la implementación del *balanced scorecard* realizadas.
3. Descripción detallada del programa a seguir y del diseño de un modelo que ayudó a encontrar las respuestas al problema y que consistió en determinar el método específico para generar una propuesta sobre un cuadro de mando que operativice la estrategia genérica del hospital.
4. Con base en el análisis documental y las experiencias logradas, se tomaron como referencia propuestas elaboradas sobre los indicadores más representativos de la calidad del hospital.
5. Aplicación del *balanced scorecard* para determinar el grado en que se alcanzan los objetivos y la eficiencia de las estrategias, con la finalidad de que sean susceptibles de controlar y evaluar.

Se realizó análisis de documentos clave de los informes de la empresa, tales como; a) estados financieros; b) listado de especialidades médicas que brinda; c) organigrama de la empresa; d) reportes de servicios (ventas); e) manuales operativos, f) informes de la gerencia, y g) plan estratégico del hospital 2008-2012. Además se obtuvo información de campo mediante cuestionarios aplicados al personal operativo y directivo del hospital, con el propósito de evaluar la efectividad de su sistema interno de control.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de la revisión integral del hospital, separada ésta por niveles de control según el modelo de Simons (2000).

Sistemas de creencias

Se detecta que la misión presenta errores conceptuales; se decidió hacer una redefinición de la misma, pues más que apuntar a mostrar cómo se logra la visión, es una pauta de fortalezas y capacidades del hospital y una declaración de valores y normas; en cambio, la visión podría eventualmente complementarse con un par de aspectos adicionales que son parte de la estrategia del hospital. Se recomienda tener presente en todo momento el rol de la visión y la misión. Antes se decidió redefinirlas.

Este sistema de creencias propuesto será la guía del *BSC*, por lo que se tiene que ocupar en medir la manera en que se consiguen los fines. Al mismo tiempo el sistema de creencias debe recibir el apoyo del *BSC*, puesto que una evaluación positiva significaría el cumplimiento efectivo de la misión para alcanzar la visión.

Límites estratégicos

Se nota un esfuerzo de la dirección médica por guiar la conducta de los profesionales médicos y del *staff* hacia una cultura de administración eficiente de recursos. Así, la estrategia de calidad de salud se encamina hacia una atención más dinámica, en desmedro de la personalización, lo cual es necesario si se desea hacer más eficientes los recursos, aunque ello vaya en contra de la primera percepción del paciente.

Los presupuestos, los objetivos, las evaluaciones del personal y los reclamos/ sugerencias del cliente son aspectos que marcan la efectividad de la estrategia, y que enlazan el desempeño táctico con las estrategias diseñadas.

Control interactivo

No estaría de más que la gestión de *marketing* se orientase a promover el desarrollo de negocios afines, como el caso del pasado, cuando se abrieron a la comunidad, pero siempre dentro del marco legal y las políticas de bajo riesgo y de

autofinanciamiento. Los controles interactivos tendrán mayor peso si la evaluación de desempeño se hace de manera participativa respecto de los empleados.

En lo que se refiere a la medición de aspectos que conlleven a la evaluación de cumplimiento de objetivos estratégicos, lo que hay en el presente es sólo una pila de indicadores y perspectivas sin causa ni efecto ni coherencia. La evaluación está separada en cada actividad; no se indagó si el problema está en otra perspectiva o en otro objetivo que lo impulse.

Análisis de la situación actual del hospital

Dada la amplia trayectoria del hospital en el mercado y con base en la etapa del ciclo de vida en que se encuentra, ha desarrollado un sistema de control interno que le permite hoy, previo a la implementación de un *BSC*, realizar la definición de los FCE (factores críticos de éxito) en una etapa de diagnóstico, revisión de los límites del negocio, sistemas de creencias y límites estratégicos.

Aun así, la tendencia de las condiciones actuales en las que se halla es favorable para una implementación futura (a mediano plazo) de una herramienta como el *BSC*. No obstante, existen ciertos puntos en los cuales se deben hacer especificaciones claras, las cuales sirven de premisa para los planteamientos de la propuesta:

1. Plan estratégico

El plan estratégico de desarrollo contiene los objetivos generales que se mencionan a continuación:

1. Mejora continua de la calidad y logro de la excelencia.
2. Aumento de participación en el mercado mediante la generación de un esquema de servicios más amplio que permita captar nuevos clientes.
3. Crecimiento armónico de recursos.
4. Reducción y posterior eliminación de los “cuellos de botella”.
5. Capacitación y actualización constantes de los médicos en cultura de gestión.

2. Apoyo de la gerencia

Para que el diseño del *BSC* sea útil, es indispensable contar con el apoyo de los directivos del hospital, principalmente de la dirección general. Será necesaria la retroalimentación en cuanto al estado que guarden los indicadores y objetivos.

Este compromiso debe ser difundido en todos los niveles de la estructura, ya que son los propios directivos los encargados de transmitir las decisiones estratégicas.

3. Automatización de los sistemas de información

Las actividades que se realizan en el hospital, tanto médicas como de apoyo, generan datos e información que deben ser aprovechados de la mejor manera. Este aspecto está en un nivel aceptable en el momento presente, ya que es posible obtener información que se genera en el hospital que permite obtener información acerca de las tareas que se realizan, obtener indicadores y estadísticas, entre otros aspectos. El paso siguiente será lograr que todos los nodos que generan información estén automatizados; así se podrán elaborar cruces que entreguen información con mayor valor y utilidad para la toma de decisiones.

Las estadísticas se generan a partir de comparaciones entre períodos de información, para lo cual resulta útil la infraestructura en tecnologías de información y comunicaciones (TIC) con que cuenta el hospital. Las bases de datos contienen casi la mayor parte de la información necesaria; falta sólo el ingreso de las fichas médicas de los pacientes, por lo que se está planeando formular un proyecto que incluya el historial médico de los pacientes, y ser incorporado éste a una red global de información que satisfaga esta necesidad.

Es indispensable disponer del funcionamiento de un sistema de información apropiado dentro del hospital. No obstante, y aunque la generación de la información de los indicadores no es un requisito para empezar el desarrollo del BSC, como Kaplan y Norton (2001) plantean, debe acelerarse el proceso para poder tener una medición efectiva del desempeño de los objetivos propuestos, con todos sus indicadores.

4. Existencia de planes tácticos

Los planes tácticos son necesarios para la colaboración y el traspaso de información con los planes estratégicos. El nivel táctico monitorea las actividades de manera más detallada, filtrando y entregando información más específica a la alta dirección para tomar decisiones. Entre los planes tácticos que contempla el hospital, están los siguientes:

- a) Planificación presupuestaria. Es importante para la planificación de los recursos económicos y las proyecciones que pueda realizar el hospital. El presupuesto y sus desviaciones dan las pautas para conocer el uso y

- destino de los recursos. Los presupuestos podrían separarse por centros de costos (mercados, metas, programas, departamentos, centros de responsabilidad, actividades y especialidades.
- b) *Capacity planning*. Es un plan que contiene la disposición de recursos físicos (particularmente computacionales, espacio y equipos médicos, en este caso) según su uso en el tiempo, dadas las condiciones establecidas en el plan estratégico y las proyecciones que tiene. Esta planificación va ligada a un determinado presupuesto que contempla las necesidades futuras del hospital en cuanto a equipamiento e infraestructura.
 - c) Plan de capacitación del personal. Tiene importancia en el grado de calificación que se le entregue al personal, tanto médico como de apoyo. Los planes deben incluir los grupos a capacitar, las áreas en las cuales se van a instruir, los tiempos destinados, así como una planificación de acuerdo con el ritmo de los avances que existan en salud. Las capacitaciones se orientan básicamente a conocimiento específico de acuerdo con la disciplina, uso de equipos tecnológicos y elementos relacionados con la gestión administrativa, eficiencia de atención, aplicación de procedimientos estandarizados y otros aspectos afines.
 - d) Sistema de vigilancia tecnológica (SVT). No es más que un sistema continuo de supervisión del medio externo con el objeto de conocer las tendencias, en este caso, de especialidades, de prácticas médicas, equipamiento, tecnologías, descubrimientos, conocimiento específico para el hospital. La idea es sumar elementos que otorguen ventajas comparativas, pero sobre todo competitivas, que no dejen a la institución en desventaja. Un buen plan estratégico de recursos y de gestión médica debe incorporar el SVT para la obtención de las tecnologías y conocimiento médico de punta.
 - e) Control de costos por actividad e infraestructura mediante *total cost ownership (TCO)*. Es un sistema que mide el costo completo de un ítem físico en particular, desde su adquisición, como un registro histórico de costos perfectamente relacionados. Por ejemplo, un *scanner* tiene asociado como costo el valor de su compra, los mantenimientos (incluyendo el pago al personal técnico), las reparaciones (también consideran el recurso humano), el espacio físico que ocupa, el gasto en capacitación para su uso, el gasto de puesta en marcha, entre otros aspectos.

5. Orientación de la cultura médica hacia una cultura de gestión

Es fundamental eliminar cualquier acción adversa que pueda traer la conducta de los médicos. La cultura de gestión es aplicable sin problemas en el hospital, y la clave está en separar el conocimiento médico del administrativo, cuando corresponde. Es igualmente importante extender la cultura de la eficiencia hacia los profesionales médicos, siempre que no afecte, en el cumplimiento ético y legal, el ejercicio de su profesión.

El cambio en la cultura de gestión, de ser el caso, debe ser paulatino para minimizar los efectos negativos que esto pueda traer (resistencia, migración de personal, etcétera). Se deben fijar procedimientos, estándares, con el objeto de medir el desempeño y lograr el valor deseado. Una cultura de gestión sólida permitiría, entre otras cosas, la aplicación exitosa del *balanced scorecard* al lograr que toda la institución hable un mismo lenguaje.

6. Orientación del balanced scorecard hacia la práctica médica

El *balanced scorecard* necesariamente debe abarcar las actividades médicas desarrolladas en el hospital, por lo cual éstas deben permitir la medición y la extracción de información de gestión, como se describió en el punto anterior.

Propuesta

El planteamiento de la propuesta se compone de un cuadro de mando integral a nivel global del hospital, y tres cuadros estratégicos por debajo, uno por cada mercado objetivo. Se utiliza la cascada como método de comunicación, vinculando los objetivos internos por mercado con el global, cuando así se requiera.

Se considera un esquema de unidad estratégica de negocio (UEN), siempre que no se pierda la misión, sino más bien se gane en su cumplimiento y se tenga presente que el objetivo es separar las áreas en divisiones y con gestión autónoma para que haya una especialización en el desempeño de cada una, fomentando algún grado de competitividad.

Para que pueda segmentarse en varias UEN, el hospital no debe dejar de lado los motivos planteados anteriormente (negocios aislados, utilidad segregable por unidad, ética y complejidad). El lado ético se aclara si se entiende la misión del hospital; los otros requisitos se pueden sostener con un diseño de UEN (véase figura 1), disgregando el total de la estructura organizacional por mercados meta, ya que cada uno es separable en la medida en que se conoce el origen de un

paciente desde que llena la ficha técnica y existen algunos objetivos esperados distintos de cada uno. Estos mercados son:

1. Pacientes de aseguradoras.
2. Pacientes externos.
3. Oferentes de salud.

Además, cada *balanced scorecard* debe alimentarse de tableros operativos por cada programa de salud, y de indicadores operativos por cada especialidad médica, y demás áreas de *staff*. Se diseñaron cuatro *BSC*. El primero, general, que contiene todos los objetivos específicos que sirven para cumplir con la planificación estratégica, la misión y la visión del hospital de forma global. Los otros *BSC* son para cada uno de los tres mercados, pues logran identificar objetivos específicos para cada tipo de clientes.

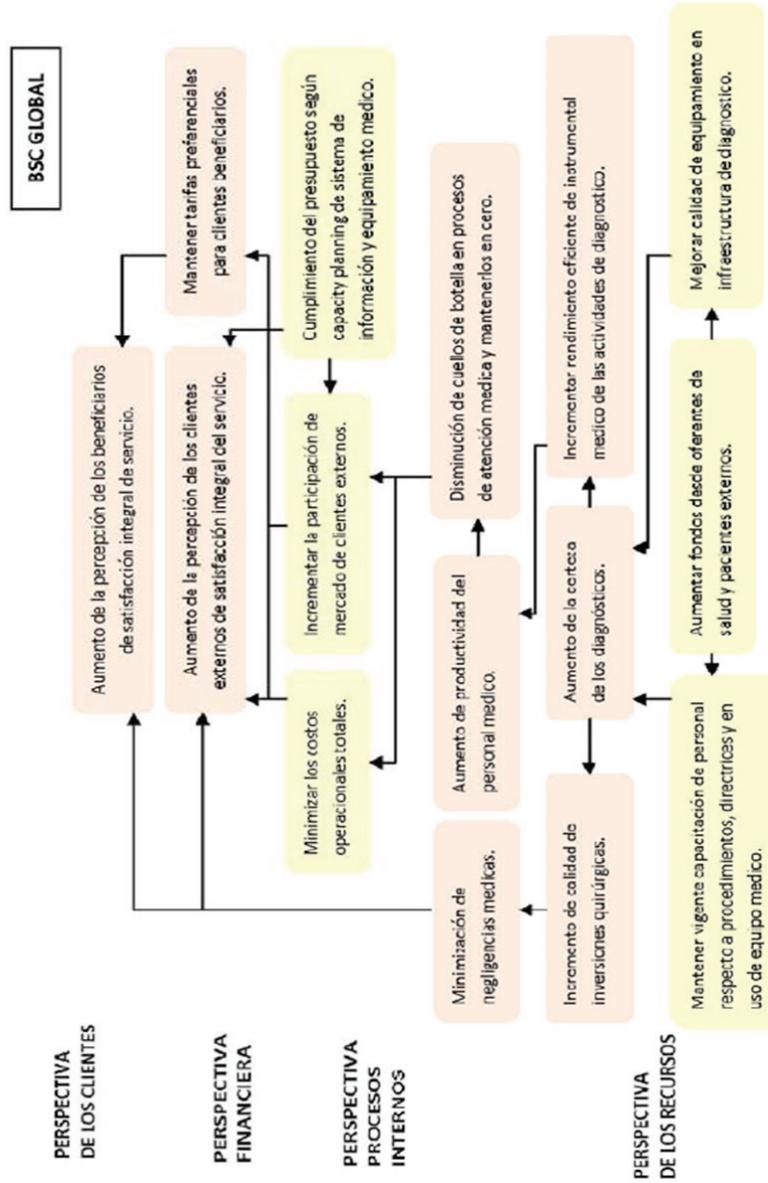
En cada *BSC* se ha realizado una modificación en la jerarquización de las perspectivas, adaptándolas a las condiciones de cada área. Cabe señalar también que en algunos casos existe una duplicidad de objetivos fundamentalmente estratégicos y sus correspondientes indicadores entre los cuadros de mando.

Figura 1
Resumen de objetivos por perspectiva del *BSC* global

Perspectivas	
Clientes	15.- Aumento de la percepción de los clientes externos de satisfacción integral del servicio. 14.- Aumento de la percepción de los beneficiarios de satisfacción integral del servicio. 13.- Mantener tarifas preferenciales para clientes beneficiarios.
Financiera	12.- Minimizar los costos operacionales totales. 11.- Cumplimiento del presupuesto según <i>capacity planning</i> de equipamiento médico. 10.- Incrementar la participación de mercado de clientes externos.
Procesos internos	9.- Disminución de cuellos de botella en procesos de atención médica. 8.- Aumento de productividad del personal médico. 7.- Incrementar rendimiento eficiente de instrumental médico de las actividades de diagnóstico. 6.- Minimización de negligencias médicas. 5.- Incremento de calidad de las intervenciones quirúrgicas. 4.- Aumento de la certeza de los diagnósticos.
Recursos	3.- Mejora de la calidad del equipamiento en infraestructuras de diagnóstico. 2.- Mantener vigente capacitación personal respecto a procedimientos, directrices y uso de equipos médicos. 1.- Aumentar los fondos desde los oferentes de salud y pacientes externos.

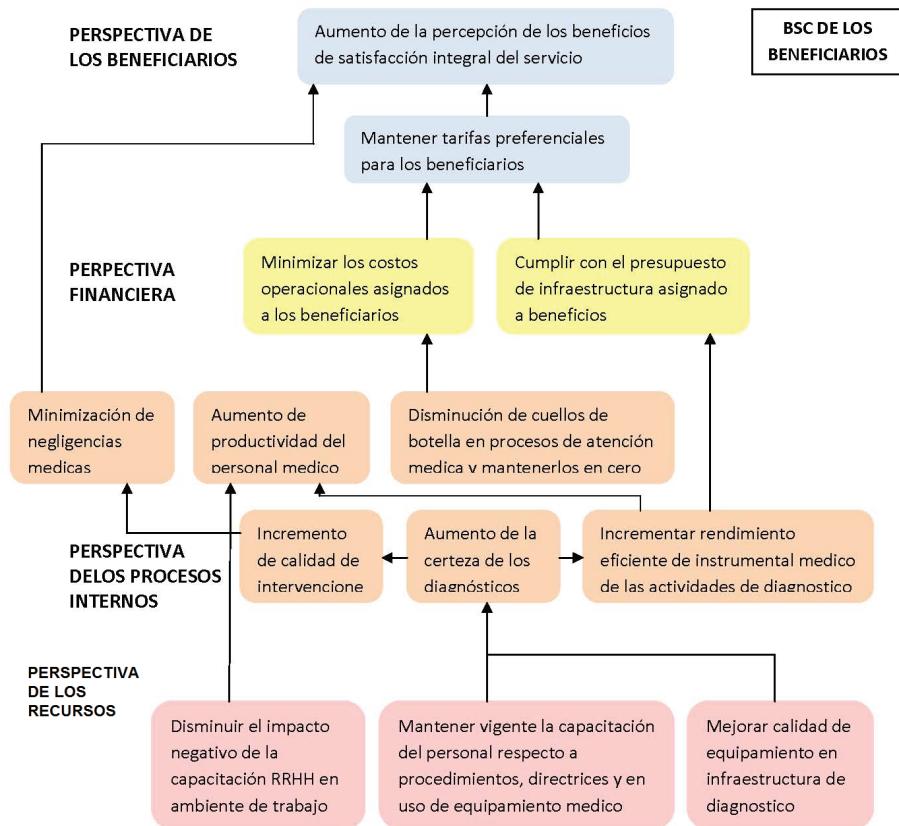
Fuente: elaboración propia con base en Kaplan y Norton (2001).

Figura 2
Balanced scorecard global del hospital



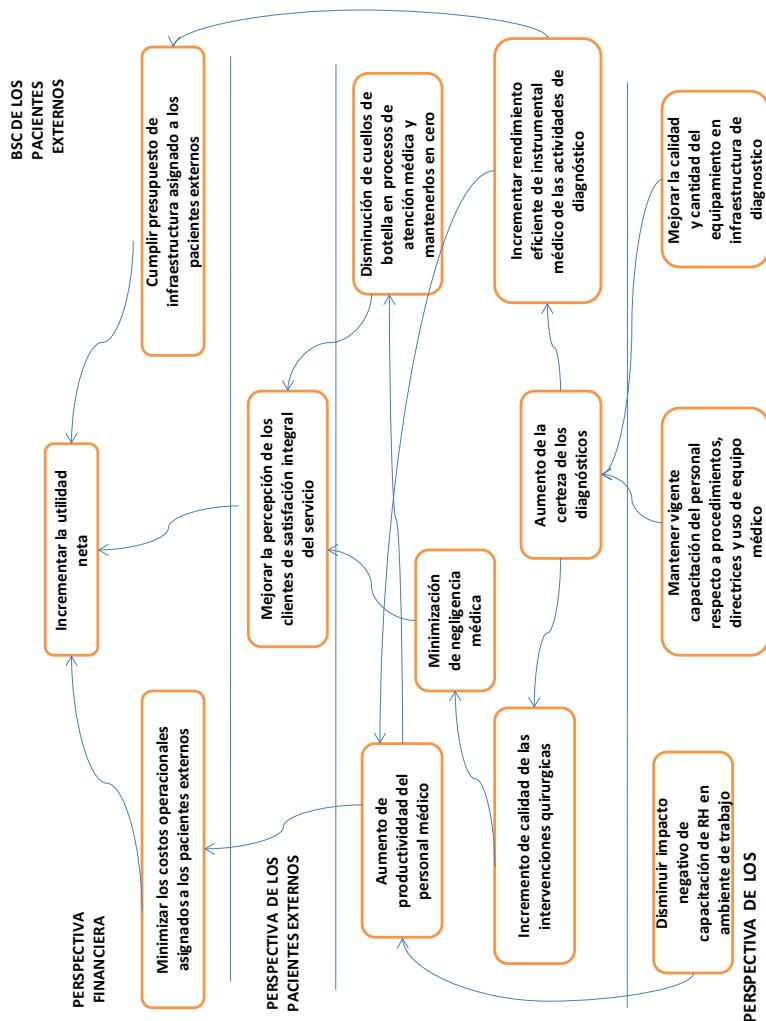
Fuente: elaboración propia con base en Kaplan y Norton (2001).

Figura 3
Balanced scorecard de los beneficiarios



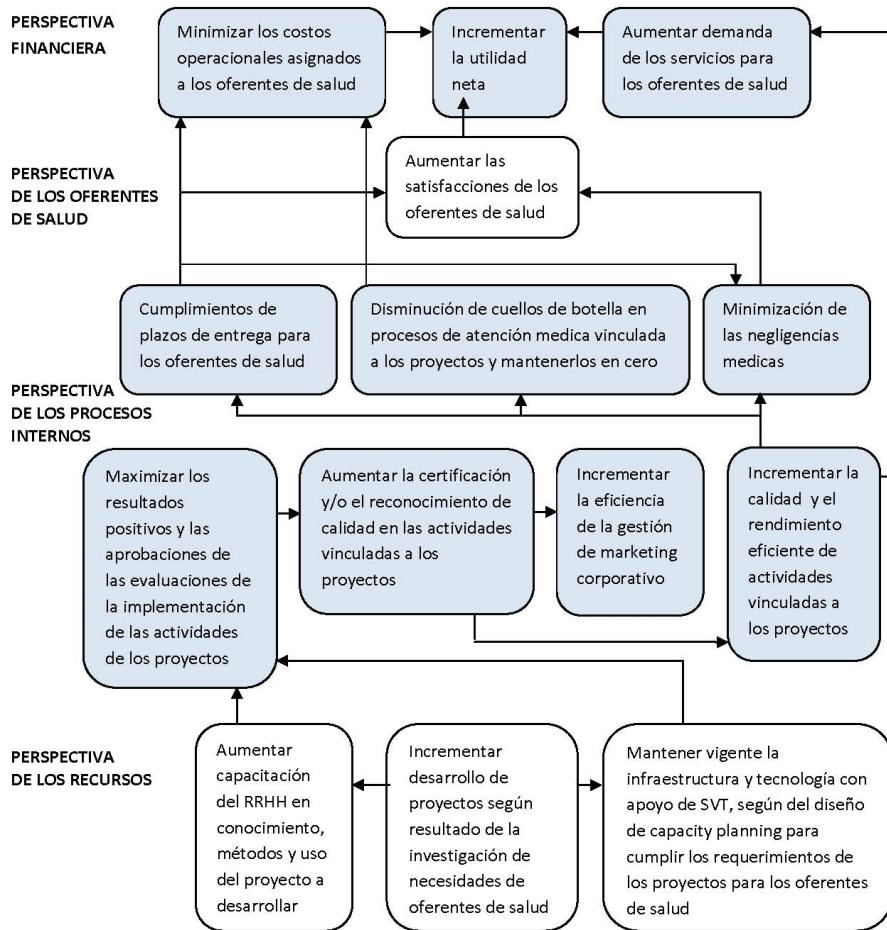
Fuente: elaboración propia con base en Kaplan y Norton (2001).

Figura 4
Balanced scorecard de pacientes externos



Fuente: elaboración propia con base en Kaplan y Norton (2001).

Figura 5
Balanced scorecard de oferentes de salud



Fuente: elaboración propia con base en Kaplan y Norton (2001).

Medición y evaluación del cumplimiento de los objetivos

Se elaboraron los indicadores por objetivo dentro de una ficha (tipo) que contiene los datos relevantes, en el ítem que señala los sistemas de control asociados al indicador dentro del BSC. Vale agregar que, como se supone que los BSC van a

funcionar como un sistema de control interactivo, este control se presume existente como tal en cada objetivo y, por tanto, en cada indicador.

También se incluyeron controles complementarios que apoyan la labor del *BSC*, ya que debe tenerse en cuenta que éste no puede ser la única herramienta de acción estratégica, y que el *BSC* debe alimentarse y cruzarse con otros métodos, indicadores, informes, procedimientos, etc. Ahora bien, para los controles complementarios, excepto cuando contengan algún control interactivo, funcionan como cualquier otro sistema de control.

Conclusiones

El proceso de diseño del modelo no estuvo alejado de problemas; finalmente se han podido establecer las relaciones estrechas mediante las cadenas de causa-efecto que hay entre la misión-visión-estrategias-objetivos e indicadores, y sobre todo que el lector podrá tener un panorama de este proceso.

En lo que respecta a las recomendaciones, el cuadro de mando integral se adaptó a la empresa, y se implementó desde el nivel más bajo jerárquicamente de la organización. Hay que considerar en todo momento que es una herramienta que apoya a los objetivos pero no es infalible; como todo proceso, necesita supervisión y ajustes, puesto que cada empresa posee características que la hacen única, por lo que se debe estar preparado para afrontar estos retos.

El *balanced scorecard* permitió establecer la relación estrecha que hay entre los indicadores y los objetivos estratégicos, y a su vez llegar al cumplimiento de la misión del hospital; las dificultades que se detectaron en el planteamiento del problema e incluso en el diseño del cuadro de mando quedaron definidas más específicamente en los factores críticos de éxito (FCE).

Así, cada FCE está de acuerdo con los objetivos y sistemas diseñados:

- La regulación gubernamental genera impactos tanto en los costos de los servicios como en la demanda; se ubica indirectamente entre los objetivos, los sistemas de control y dentro de las políticas, al tenerse un sistema limitante de los negocios.
- La calidad de atención se detecta dentro de la visión, misión y objetivos, que apuntan hacia la excelencia y la satisfacción del cliente.
- La opinión del paciente se observa en las encuestas de percepción que arroja un índice, así como la puesta en marcha de sus ideas, como sistema complementario.

- La administración del presupuesto contiene lo sustantivo de la perspectiva financiera, entre otros aspectos, apoyándose en *capacity planning*, TCO, entre otros.
- La tecnología e infraestructura de calidad fue un factor constante en la perspectiva de los recursos, como los procesos internos, e incluso la financiera, complementándose con otras herramientas, como el mismo *capacity planning*.

De esta manera se establece cómo diseñar un *BSC* para un hospital, al encontrar y abordar los FCE. No hay que olvidar que el cuadro de mando es una herramienta de apoyo a los objetivos y que por lo tanto puede tener limitaciones.

La implementación de un *BSC* puede ser útil, pues tiene dos aportes muy importantes para la organización: por un lado, presiona a la organización con el fin de establecer controles y volver eficientes los que ya tiene implementados; por otro, cumple como un control interactivo que facilita y ordena el proceso de medición, prevención y planificación.

Finalmente, se concluye que la propuesta cumplió las expectativas, dado que satisfizo el planteamiento del problema con el diseño y aplicación de un *BSC* en un hospital. Se contó con una metodología tanto para diseñar el modelo y probar la capacidad de la organización para implementar un *BSC* en el presente, como para alcanzar a proporcionar algunas sugerencias. El prototipo sirvió para imaginar la puesta en marcha del *BSC*, y fue eficaz para mostrar las posibles variaciones que los indicadores pueden arrojar.

Referencias bibliográficas

- Abad, D. (1997). *Control de gestión*. Bogotá: Interconed Editores.
- Amat, J. (2000). *Control de gestión (una perspectiva de dirección)*. Barcelona: Gestión 2000.
- Baker, J., y Keyte, B. (1995). *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*. Aspen: Aspen Publishers.
- Bell, M. (1966). *Mercadotecnia: Conceptos y estrategia*. Boston: CECSA (bajo autorización de Houghton Mifflin Company Boston Servicios).
- Beltrán, J. (1999). *Indicadores de gestión (herramientas para lograr la competitividad)*. Bogotá: 3R Editores.
- Bernhard, F. J. (2005). *Balanced scorecard in real time: Linking technology for breakthrough performance*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons.
- Blanco, I. (2000). *El control integrado de gestión*. México: Limusa Noriega.
- Bunge, M. (2005). *Buscar la filosofía en las ciencias sociales*. México: Siglo XXI Editores.

- Castillo, N., y Rodríguez, G. (1997). *Elementos para el seguimiento y control de la gestión*. Caracas: Instituto Venezolano de Planificación (Iveplan).
- Diez de Castro, E., et al. (2001). *Administración y dirección*. Barcelona: McGraw-Hill/Interamericana.
- González, S. (2005). *Manual de investigación documental*, 5^a ed. México: Trillas.
- Gouillart, F. J. (2000). "How to use strategy maps to achieve long-range objectives", *Harvard Business School Publishing*, pp. 3-5.
- Humbert K. R. (2005). *Cuadro de mando integral, personal y corporativo (total performance scorecard, TPS): Una revolución en la gestión por resultados* (traducción y adaptación de Adolfo Molina). Barcelona: CSF/EGADE, Col. Negocios.
- James, C., y Porras, Jerry I. (1996). "Building your company's vision", *Harvard Business Review*, pp. 65-77.
- Kaplan, R. (1992). "Measures that drive performance", *Harvard Business Review*, núm. 8, pp. 167-175.
- Kaplan, R., et al. (1996). "Implementing the balanced scorecard: Case studies from Harvard Business School", *Harvard Business Review*, pp. 84-86.
- Kaplan, R., y Norton, D. (1997). *Cuadro de mando integral*. Barcelona: Gestión 2000.
- (2001). *Cómo utilizar el cuadro de mando integral*. Barcelona: Gestión 2000.
- Kotler, P. (1980). *Dirección de mercadotecnia, análisis, planeación y control*. Barcelona: Diana.
- López, A. (1997). *El cuadro de mando y los sistemas de información para la gestión empresarial*. Barcelona: AECA.
- Miklos, T., y Tello, M. (2000). *Planeación prospectiva: Una estrategia para el diseño del futuro*. México: Limusa Noriega.
- Niven, P. (2002). *El cuadro de mando integral paso a paso*. Barcelona: Gestión 2000.
- Norton, D. (1999). "Use strategy maps to communicate your strategy", *Harvard Business School Publishing*, pp. 3-6.
- Pérez, J. F. (2000). *Control de la gestión empresarial*. Barcelona: ESIC.
- Poister, T. (2003). *Measuring performance in public and non-profit organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass/John Wiley & Sons.
- Senn, J. (1991). *Sistemas de información para la administración*. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- Serna, H. (2000). *Gerencia estratégica*. Caracas: Global.
- Sierra Bravo, R. (1988). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*, 4^a ed. México: Paraninfo.
- Simons, R. (2000). *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Thompson, y Strickland (2003). *Administración estratégica*, 13^a ed. México: McGraw-Hill.