

**DISEÑO DE LA METODOLOGÍA BALANCED SCORECARD PARA LA IPS LUIS
GERARDO CADAVID S.A.S**

JULIANA RESTREPO RUÍZ

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2023**

**DISEÑO DE LA METODOLOGÍA BALANCED SCORECARD PARA LA IPS LUIS
GERARDO CADAVID S.A.S**

JULIANA RESTREPO RUÍZ

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de IPS

Asesora

ADRIANA MARÍA TORO BRAND

Médica U de A

**Magister en Salud Pública FNSP
Especialista Gerencia de IPS CES**

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA

MEDELLÍN

2023

CONTENIDO

	pág
LISTA DE FIGURAS.....	9
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 1	10
1. PROBLEMA.....	10
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Formulación del problema	11
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. ALCANCE DEL PROYECTO	13
4. OBJETIVOS	14
4.1 Objetivo general	14
4.2 Objetivos específicos	14
5. METODOLOGÍA.....	14
CAPÍTULO 2	18
1. MARCO TEÓRICO	18
1.1 El sistema de salud en Colombia	18
1.1.1 El concepto de seguridad social y su transformación en modelo de salud	18
1.1.1.1 Modelo higienista (1886 – 1947)	19
1.1.1.2 Modelo Centralista (1975 - 1990)	20
1.1.1.3 Modelo neoliberal (Desde 1990)	22
1.2 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de atención en salud	26
1.2.1 Componentes del SOGCS	29
1.2.1.1 Sistema Único de Habilitación.....	29
1.2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.....	31
1.2.1.3 El Sistema único de Acreditación	34
1.2.1.4 El Sistema de Información para la Calidad.....	36
1.2.1.4.1 Indicadores de Calidad.....	39

1.2.1.4.2 Hacia la búsqueda de resultados con Calidad	40
1.2.1.4.3 Observatorio Nacional de Calidad en Salud	42
1.2.1.4.3.1 Indicadores del Observatorio	43
1.3 Retos de la administración hospitalaria en la actualidad	43
1.4 El hospital, empresa de servicios con planeación estratégica.....	44
1.5 Planeación estratégica	47
1.5.1 Principios generales de la planeación estratégica.....	48
1.5.2 Etapas de la planeación estratégica.....	49
1.6 Cuadro de Mando Integral.....	51
1.6.1 Cuadro de Mando Integral, su origen y evolución	51
1.6.2 Beneficios del cuadro de mando integral.....	56
1.6.3 Componentes del Cuadro de Mando Integral.....	58
1.6.3.1 Objetivos estratégicos	58
1.6.3.2 Perspectivas del cuadro de mando integral.....	60
1.6.3.2.1 La perspectiva financiera.....	62
1.6.3.2.1.1 Medidas financieras y sus limitaciones.....	63
1.6.3.2.2 La perspectiva del cliente	65
1.6.3.2.3 La perspectiva interna	66
1.6.3.2.4 La perspectiva de aprendizaje y crecimiento.....	68
1.6.3.3 Mapa Estratégico	71
1.6.3.4 Indicadores y metas	73
1.6.3.5 Iniciativas y proyectos estratégicos	74
1.7 Indicadores.....	75
1.7.1 Importancia de la medición.....	76
1.7.2 Definición de indicador	76
1.7.3 Características de los indicadores.....	77
1.7.4 Beneficios de los indicadores	77
1.7.5 Nivel de referencia de los indicadores.....	77
1.7.6 Tipología de los indicadores.....	78
1.7.6.1 Indicadores según medición.....	78
1.7.6.2 Indicadores según jerarquía	79
1.7.7 Construcción de los indicadores.....	80

CAPÍTULO 3	83
1. IPS LUIS GERARDO CADAVID S.A.S	83
1.1 Generalidades de la empresa	83
1.2 Reseña Histórica	83
1.3 Capacidad Instalada y Recursos.....	85
1.3.1 Planta física.....	85
1.3.2 Capital humano	85
1.3.3 Equipos biomédicos	86
1.3.4 Portafolio de servicios	86
1.3.5 Población objeto.....	87
1.3.6 Horario de atención	88
1.4 Planeación estratégica	88
1.4.1 Misión.....	89
1.4.2 Visión.....	89
1.4.3 Valores	89
1.4.4. Principios.....	90
1.4.5. Organigrama	90
1.4.6 Cadena de valor	92
1.4.7 Modelo de Atención.....	92
1.4.8 Ciclo de Atención	93
CAPÍTULO 4	94
1. DESARROLLO DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA IPS LUIS GERARDO CADAVID S.A.S	94
1.1 Etapa I: Análisis situacional de la organización.....	96
1.2 Etapa II: Definición de la estrategia	98
1.2.1 Objetivos	98
1.2.2 Mapa Estratégico	99
1.2.3 Relación causa – efecto de los objetivos.....	102
1.3 Etapa III: Indicadores y formulación de metas	105
1.3.1. Código de los indicadores	110
1.3.2. Ficha técnica de los indicadores	111

1.3.3 Metas de los indicadores.....	112
1.4 Etapa IV: Propuesta de herramienta ofimática para seguimiento y control de los indicadores.....	112

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	118
CONCLUSIONES.....	118
RECOMENDACIONES	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Carpetas de clasificación de los subtemas del trabajo de investigación	17
Figura 2 Comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS	24
Figura 3 Evolución del Sistema de Salud en Colombia	25
Figura 4 Consolidado del SOGCS	28
Figura 5 Ruta crítica del PAMEC	32
Figura 6 Enfoque sugerido de acuerdo a los aspectos evaluados en cada Institución	33
Figura 7 Representación gráfica del modelo Estructura – Proceso – Resultados descrito por el Dr. Avedis Donabedian.	42
Figura 8 Evolución de un sistema de control de gestión a un sistema de gestión estratégica.....	54
Figura 9 Uso de herramientas de gestión y satisfacción	57
Figura 10 Visualización gráfica del concepto de las relaciones causa-efecto	60
Figura 11 Perspectivas del cuadro de mando integral.....	61
Figura 12 Esquema gráfico de la cadena de valor.....	67
Figura 13 Perspectivas del cuadro de mando integral y sus interrelaciones	70
Figura 14 El Mapa Estratégico: descripción visual de la estrategia.....	73
Figura 15 Ciclo continuo de la calidad	80
Figura 16 Como definir el nombre del indicador	81
Figura 17 Organigrama de la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS	91
Figura 18 Cadena de valor de la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS.....	92
Figura 19 Ciclo de atención del servicio de la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS	93
Figura 20 Clasificación de los objetivos en el Cuadro de Mando Integral	99
Figura 21 Propuesta del mapa estratégico para IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S.....	100
Figura 22 Relación causa – efecto del mapa estratégico propuesto para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S	104
Figura 23 Estructura de la codificación alfanumérica de los documentos institucionales	110
Figura 24 Ejemplo de la segunda hoja de cálculo (indicadores de la perspectiva) del libro para la perspectiva financiera	115

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Funciones de los actores del SOGCS en el SIC	37
Tabla 2 Evolución de los hospitales en tres etapas, a partir de varios conceptos	45
Tabla 3 Fases del ciclo de vida de la organización vs objetivos financieros	63
Tabla 4 Problemas tradicionales de la gestión y su solución en el CMI	64
Tabla 5 Objetivos de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral.....	69
Tabla 6 Generalidades de la empresa Luis Gerardo Cadavid S.A.S.....	83
Tabla 7 Comparativo de los estudios realizados en el primer semestre del 2021 vs primer semestre del 2022.....	88
Tabla 8 Listado de los Indicadores de la perspectiva financiera	106
Tabla 9 Listado de los Indicadores de la perspectiva de clientes	107
Tabla 10 Listado de los Indicadores de la perspectiva de procesos internos	108
Tabla 11 Listado de los Indicadores de la perspectiva de aprendizaje y desarrollo.....	109
Tabla 12 Formato de la ficha técnica del indicador.....	111
Tabla 13 Ejemplo hojas de cálculo para cada una de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral ...	113
Tabla 14 Ejemplo de la primera hoja de cálculo (consolidado de la perspectiva) del libro para la perspectiva financiera	114
Tabla 15 Ejemplo de la tercera hoja de cálculo (base de datos de la perspectiva) del libro para la perspectiva financiera	116
Tabla 16 Ejemplo de la cuarta hoja de cálculo (fichas técnicas del indicador) del libro para la perspectiva financiera	117

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Lista de Abreviaturas121
Anexo 2 Herramienta en Excel.....123

CAPÍTULO 1

1. PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

“Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre”

William Thomson Kelvin (Lord Kelvin 1824 – 1907)

Así como lo expresó William Thomson años atrás, en la actualidad es fundamental que las empresas tengan su planeación estratégica definida para el éxito y el crecimiento de la organización, ya que proporciona una guía clara sobre cómo alcanzar los objetivos y metas establecidas, ayuda a fijar una misión y visión, tomar decisiones informadas, adaptarse y responder de manera efectiva a los cambios del entorno, medir y mejorar el desempeño.

La empresa Luis Gerardo Cadavid S.A.S es una Institución Prestadora de Servicios de Salud ambulatoria que tiene habilitados servicios de baja y mediana complejidad; por su tamaño en cuanto a ingresos y número de colaboradores, se clasifica como una Pyme cuya población objeto son adultos con posibles enfermedades del sistema cardiovascular y linfático que requieren diagnóstico, seguimiento y control.

Su ciclo de vida organizacional está en la fase de crecimiento y desde su constitución hace 4 años viene trabajando en un proceso que comprende entre otras cosas, elaboración de la planeación estratégica y organización del gobierno corporativo que permitan la sostenibilidad, rentabilidad y supervivencia de la empresa.

La IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S en el proceso de la elaboración de la planeación estratégica tiene ya establecida su misión, visión, valores, principios, cadena de valor, modelo y ciclo de atención. Sin embargo, está pendiente por definir algunos aspectos relevantes como los objetivos estratégicos y un sistema de indicadores de gestión que permitan medir y evaluar el desempeño de la Institución.

Por lo anterior, se decide realizar el diseño de un Cuadro de Mando Integral (CMI), como una herramienta eficaz que permita a través de un mapa causa - efecto evaluar y controlar el cumplimiento de la estrategia, lo que se espera conducirá a alcanzar los objetivos y las metas a mediano y largo plazo, con el consiguiente crecimiento de la organización.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo diseñar un cuadro de mando integral y cuáles indicadores se deben incluir en éste que permita evaluar el desempeño y crecimiento organizacional de acuerdo a la planeación estratégica definida por la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S?

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente el sector salud se ve enfrentado a nuevos retos y a grandes exigencias para garantizar una atención oportuna, segura y de calidad derivadas de varios factores, siendo algunos de ellos: la normatividad vigente, los usuarios cada vez son más conscientes de sus derechos y por ende más demandantes, exigiendo una mejor atención y mayor oportunidad en la prestación de los servicios por parte de las instituciones de salud, y el entorno cada vez más competitivo del mercado.

De otro lado, se está produciendo un indiscutible aumento del gasto sanitario provocado por el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la acentuación de la gravedad y duración de las enfermedades crónicas. De esta manera, las actuales demandas de innovación, calidad, respuesta, seguridad y eficiencia planteadas por los ciudadanos y la sociedad hacen que la gestión eficiente se convierta en una actividad aún más relevante. (1)

Los anteriores factores han llevado a que las IPS se vean enfrentadas a altos costos que no alcanzan a ser cubiertos por las tarifas que el mercado ofrece, por lo que uno de los mayores retos a los que se enfrentan las IPS es gestionar de una forma más eficiente sus recursos sin que ello suponga un deterioro de la calidad percibida por el paciente, los colaboradores y en general los grupos de interés.

La nueva gestión de las IPS implica trascender del concepto de administrar (seguir instrucciones) al de gestionar (conseguir resultados), lo que obliga a utilizar herramientas de control que evalúen la consecución de los objetivos estratégicos

de la organización. En este sentido, las IPS tienen que adaptarse a las exigencias del mercado actual, a las influencias sociales, políticas, económicas y a los cambios de sus estructuras básicas, lo que la lleva a una modernización en su gestión que les permite centrarse en sus competencias esenciales, integrando el conocimiento con la eficiencia en la utilización de los recursos y el aumento de la productividad (2).

Actualmente se dispone de numerosas herramientas de gestión que se pueden adaptar a los servicios de salud, siendo el Cuadro de Mando integral una de la más utilizada con buena adherencia y buenos resultados.

El Cuadro de Mando Integral desempeña un rol importante en la gestión de las organizaciones de salud. Según Villalbí y colaboradores una de sus ventajas es que permite alinear la visión, misión, objetivos y estrategia, lo que ayuda a la organización a avanzar hacia sus objetivos y se caracteriza por estructurar un conjunto de indicadores, objetivos y actividades relevantes en cuatro perspectivas fundamentales que son además de la financiera, la orientada a los procesos, a los clientes y al crecimiento y desarrollo, por lo cual su diseño e implementación se convierte en una herramienta de control de gestión para organizaciones cuya finalidad no es sólo el lucro y crecimiento financiero, sino brindar servicios de alta calidad a las personas (3).

Teniendo en cuenta esta mirada orientada hacia el ser humano, el Cuadro de Mando Integral se enfoca en el motivo fundamental de su existencia que es servir a los usuarios, objetivo básico en el cual confluyen todas las otras perspectivas en una relación de causa - efecto como lo destacan Norton y Kaplan (4).

Se ha evidenciado que esta herramienta de gestión se puede utilizar tanto para las empresas que producen un bien como para las que producen un servicio y que a través del monitoreo, seguimiento y control de los indicadores de atributos propios de la calidad como: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, permite alcanzar el éxito tanto a nivel externo al satisfacer las expectativas y necesidades de los usuarios como a nivel interno al optimizar el uso de los recursos fomentando una cultura de servicio de calidad y simultáneamente involucrar al personal con la misión y estrategia institucional (5).

El diseño e implementación del Cuadro de Mando Integral se convierte en una oportunidad para estructurar y mejorar la calidad de la información de la IPS, que al ser analizada de manera oportuna permite tomar decisiones y optimizar la calidad de atención en salud y la de todos los procesos institucionales.

Al utilizar esta herramienta de gestión desde el primer ciclo de vida organizacional se pretende plantear unos objetivos estratégicos claros y medibles, que se conviertan en el timón de la organización. La dirección administrativa la utilizará como el sistema que permite articular y comunicar la estrategia a todos los colaboradores de la IPS motivándolos a estar en sintonía con la Institución, a hablar el mismo idioma y que se tenga como meta garantizar excelente calidad de los procesos, seguridad del paciente y humanización del servicio, creando una propuesta de valor para los clientes, que se verá reflejado en la satisfacción y fidelización de los usuarios, facilitando el logro de una empresa con alto valor económico y la supervivencia de la misma en el sector.

Se busca la excelencia operativa evitando reprocesos, sincronizando toda la organización y trabajando con calidad y calidez por una atención segura y la satisfacción de los Stakeholders, incorporando herramientas estratégicas que ayuden a enfrentar las tendencias actuales en el control de gestión de la organización que le permitan mejorar su desempeño global.

3. ALCANCE DEL PROYECTO

Este trabajo de grado está fundamentado en la metodología del Balanced Scorecard (BSC), en el cual se realiza una propuesta de construcción de Cuadro de Mando Integral para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, partiendo del análisis situacional de la organización, lo que permite definir los objetivos estratégicos, diseñar el mapa estratégico, definir los indicadores de gestión, elaborar las fichas técnicas de los indicadores, y finalmente entregar el diseño de una herramienta ofimática adecuada para el seguimiento de la gestión.

La herramienta que se le entregará a la Institución para su implementación es un libro de Excel que contiene unas tablas dinámicas, que permiten organizar y resumir grandes conjuntos de datos de manera interactiva y flexible, lo que facilita la obtención de información, el análisis de tendencias y la relación de variables. En la tabla dinámica se pueden realizar algunas acciones como: agrupar datos por categorías, filtrar los datos para mostrar sólo los registros que cumplan ciertos criterios específicos, lo que facilita el análisis y garantiza la actualización automática, ya que, si los datos de origen cambian o se actualizan, la tabla dinámica reflejará esos cambios de manera inmediata.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Diseñar el Cuadro de Mando Integral bajo la metodología del Balanced Scorecard que se constituya en el sistema integrado de gestión que permita el seguimiento y control de la planeación estratégica de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S

4.2 Objetivos específicos

- Realizar para la IPS la matriz DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas) para establecer el diagnóstico de base para el diseño del cuadro de mando integral.
- Definir los objetivos estratégicos para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S.
- Diseñar el mapa estratégico vinculando los objetivos estratégicos en las cuatro perspectivas (financiera, clientes, procesos internos, aprendizaje y crecimiento) que define la metodología del Cuadro de Mando Integral.
- Formular los indicadores claves de desempeño (KPI) para cada una de las perspectivas que permitan alcanzar los objetivos estratégicos y orientar la toma decisiones.
- Diseñar una tabla dinámica en Excel que garantice la trazabilidad de los indicadores en el tiempo.

5. METODOLOGÍA

Las herramientas metodológicas utilizadas para la realización del trabajo de grado fueron: revisión de material bibliográfico físico y digital, Benchmarking en tres instituciones de objeto social semejante; y para la caracterización de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S revisión de todos los documentos corporativos de acceso al público, y uso de la herramienta Zotero como gestor de referencias bibliográficas.

A continuación, se describe como se utilizó cada una de las herramientas mencionadas:

- **Revisión del material bibliográfico:**

Inicialmente se definieron varios tópicos de interés: Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral, indicadores de gestión, indicadores financieros, gerencia en salud, trabajos de grados de Cuadro de Mando Integral, sistema de calidad en salud, sistema general de salud en Colombia, matriz DOFA y gestión del talento humano. Estos temas fueron consultados en algunas bases de datos (Lilacs, Scielo, Pubmed, Science Direct, Elsevier y Google Académico) y en las bibliotecas del CES y la UPB. Igualmente, se consideraron publicaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del sector salud, que tiene como objetivo, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud.

Una vez determinada la pertinencia y la relación con el tema seleccionado, se clasificó la información por carpetas con cada uno de los tópicos de interés, con el fin de darle organización a cada documento y agilizar la consulta. Cada carpeta fue nombrada con el título de cada uno de los tópicos mencionados en el párrafo anterior lo que facilitó y contribuyó en el desarrollo del presente trabajo.

Todas las publicaciones consultadas se circunscribieron al período comprendido entre 1990 y 2022, dando más relevancia a las publicaciones más recientes (últimos 10 años) con el fin de darle un nivel de actualidad al trabajo de investigación.

- **Benchmarking:**

Se utilizó el Benchmarking como herramienta de aprendizaje individual y organizacional, el cual permite hacer referenciación competitiva alrededor de un proceso crítico, generar estrategias antes no pensadas por la Institución, puesto que es una metodología que permite hacer un análisis de las mejores prácticas utilizadas por ellos, con la intención de aprender de sus experiencias para mejorar el desempeño de la organización.

Se realizó referenciación de tres Instituciones del mismo segmento, seleccionadas por su trayectoria en el mercado y portafolio de servicios. Se definieron como tópicos a referenciar: planeación estratégica, cuadro de mando integral y/o indicadores de gestión.

Para la referenciación se realizó la búsqueda en los sitios Web de las Instituciones seleccionadas teniendo en cuenta los tópicos definidos previamente como la planeación estratégica de la organización y los informes de gestión anual con sus respectivos estados financieros.

- **Caracterización de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S:**

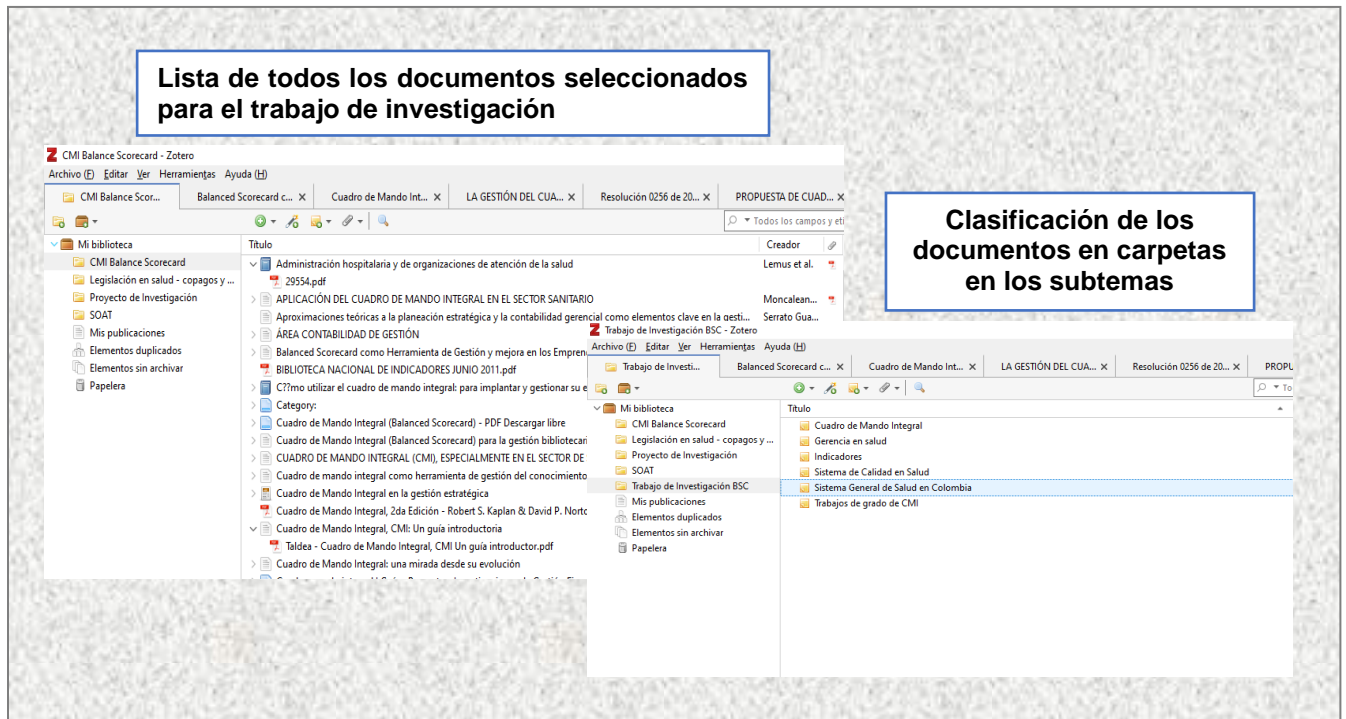
Para la caracterización de la IPS, se parte del conocimiento profundo que se tiene de la organización, dado el cargo y rol que desempeña la autora en la IPS. Además, se realiza una revisión de todos los documentos corporativos y de la planeación estratégica establecida. Igualmente, se realizaron sesiones de trabajo con el personal administrativo que por sus funciones en la IPS desde la constitución de la Institución tienen conocimiento clave y se utiliza como apoyo para definir la matriz DOFA que permite definir los objetivos estratégicos para el diseño del Cuadro de Mando Integral.

- **Zotero:**

Se utiliza Zotero como gestor de referencias bibliográficas, por sus cualidades: ser libre (gratis y de código abierto), es un programa multiplataforma compatible con el sistema operativo Windows, Mac OS X y GNU/Linux y con los navegadores Chrome, Safari, Firefox y Edge y fácil de usar.

El programa se configura con las normas de Vancouver que fue definida para referenciar todos los documentos utilizados para el trabajo de investigación. Como se mencionó en la revisión del material bibliográfico, en la plataforma de Zotero también se clasificó la información por carpetas con cada uno de los tópicos seleccionados, con el fin de darle organización a cada documento y agilizar la referenciación. En la figura 1 se puede visualizar como se organizaron las carpetas en cada uno de los subtemas del trabajo de investigación.

Figura 1 Carpetas de clasificación de los subtemas del trabajo de investigación



Fuente: Creación propia

CAPÍTULO 2

1. MARCO TEÓRICO

1.1 El sistema de salud en Colombia

En el desarrollo de esta sección se hace un recorrido histórico de la evolución del sistema de salud en Colombia desde antes de entrar en vigencia la ley 100 de 1993 hasta la actualidad. “Antes de la ley 100 la seguridad social en Colombia se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia, que se evidenciaba en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población, inexistencia de organización financiera o ayuda mutua, inequidad en la distribución de los recursos y escasa organización institucional” (6). Teniendo en cuenta este panorama y tras la reflexión de las necesidades propias del territorio, y los ineficientes procesos de salud, se gestan cambios significativos en las dinámicas públicas y políticas del Estado en materia de salud, que han permitido mejorar la cobertura de la población y la accesibilidad a la prestación de los servicios de salud.

El Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia ha ido evolucionando con el pasar de los años, comenzando por ser una institución excluyente hasta ser en la actualidad un modelo descentralizado, que pretende cubrir a toda la población sin excluir a nadie, tal y como está consagrado en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia como un servicio público e irrenunciable a cargo del Estado. (7)

1.1.1 El concepto de seguridad social y su transformación en modelo de salud

En Colombia Simón Bolívar introdujo en 1819 el concepto de seguridad social ante el Congreso de Angostura para defender su visión de un Estado organizado capaz de ofrecer bienestar y seguridad social. Sin embargo, no fue sino hasta 1945 y 1946, bajo el gobierno de Mariano Ospina Pérez, cuando surgieron instituciones a nivel nacional, departamental y municipal que se encargaron de darle desarrollo a este concepto (8). En Alemania, el canciller Otto Bismarck presentó al parlamento en 1883 una propuesta de seguridad social para empleados en el que aportara empleador y trabajador, salvaguardando su salud de enfermedades y accidentes productos del trabajo (9).

En 1941, William Beveridge presentó en Inglaterra el proyecto *Social insurance and allied services*, modelo universalista que buscaba la cobertura de toda la población gracias al financiamiento gubernamental mediante los impuestos (9). Demostrando que cada país incorpora redes de significado ajustados a sus realidades sociales, económicas, políticas y culturales. El concepto de seguridad social adquirió una dimensión universal en la segunda mitad del siglo XX, con el propósito de integrar la libertad y la seguridad en marcos legales e institucionales como la asistencia, el seguro social (SS), el subsidio y las cajas de compensación familiar (CCF) para proteger al individuo en su proceso de vida (10).

La evolución del sistema de salud en Colombia se divide en tres períodos consecutivamente, los cuales están comprendidos entre el año 1886 hasta nuestros días. A continuación, se desarrollará un recorrido histórico de los aspectos más relevantes de estos tres períodos:

1.1.1.1 Modelo higienista (1886 – 1947)

La enfermedad fue vista como consecuencia de una exposición ambiental inadecuada que pudo ser corregida con medidas higiénicas, esto promulgó el desarrollo de la ley 30 de 1886; en la que se creó la junta central de higiene para estudiar las enfermedades epidémicas y el saneamiento ambiental, mostrando organización en la estructura estatal y una orientación técnica salubrista influenciada por movimientos internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Plan Marshall para resolver problemas de salud de la población (11). Sin embargo, persistía la visión básica de un sistema de salud curativo y ambientalista en el que no existía un modelo de financiamiento por lo que los costos se cargaban a los pacientes o las instituciones de beneficencia, principalmente religiosas (12)

De la mano de la industrialización y las necesidades comerciales, para finales de este período, se expidió la ley 90/1946 "Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)", ente adscrito al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social que inicialmente promovía la atención de empleados del sector privado, y con la ley 27/1946 se creó el Ministerio de Higiene; construyendo el primer modelo de financiamiento de un sistema de seguridad social organizado (13). El seguro social obligatorio fue una norma jurídica de carácter social que trajo muchas ventajas: (14)

- Existían prestaciones patronales y derechos del trabajador.
- Todos los empresarios cotizaban y los trabajadores se benefician por igual.
- Apareció equidad al distribuirse los riesgos dentro de la población activa, se redujo la incidencia individual de cada siniestro y el Estado contribuyó con la financiación.
- En el SS (seguro social) el trabajador pagaba en cotización por un servicio.

A finales de este período y previo al reconocimiento del inicio del siguiente, sucedieron eventos de gran relevancia para avances en la administración de lo que sería el sistema de salud. En 1950 se creó la Caja Nacional de Previsión para asegurar a los funcionarios públicos y junto al ICSS (Instituto Colombiano de Seguros Sociales) dieron inicio al Sistema de Seguridad Social en Colombia. Posteriormente se crearon las CCF (Cajas de Compensación Familiar) con tarifas subsidiadas a la demanda de servicios de salud (15).

A finales de los sesenta, la salud dejó de ser un gasto para convertirse en una inversión, por lo que la orientación sanitaria del Estado se manifestó en dos puntos primordiales: la ampliación de coberturas a costos mínimos y la administración de la asistencia médica por parte del Estado. A mediados de los 60', en un primer intento de desconcentración del sector público y de la gestión ministerial se crearon los Servicios Departamentales de Salud que aún siguen vigentes. En 1969 entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario. Así mismo, se incorporó la concepción organizacional del Sistema de Regionalización de los servicios con cuatro niveles diferenciados de atención médica (11).

1.1.1.2 Modelo Centralista (1975 - 1990)

En 1975 bajo el decreto 056 se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS). Desde su creación surgió como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. El sistema articulaba las instituciones prestadoras de servicios bajo un modelo centralista en las decisiones políticas y en la planificación y asignación de recursos, acompañado de un esquema de delegación funcional de la Nación a los Departamentos en materia de la organización y prestación de los servicios de salud (11).

Los subsistemas del SNS (Sistema Nacional de Salud) fueron:

- **El sistema de seguridad social** conformado por el ICSS (Instituto Colombiano de Seguros Sociales), las cajas de previsión y las CCF (Cajas de Compensación Familiar), que atendían a los empleados y subsidiaban la atención de sus familias.
- **La salud pública** que atendía a la población con accesibilidad restringida, constituida por la red de hospitales públicos organizados por niveles de complejidad.
- **La salud privada** orientada a unos pocos que podían pagar sus servicios y conformado por una red de prestadores privados entre los que se destacaban los hospitales privados, la naciente medicina prepagada y los seguros de indemnización de salud.

El SNS (Sistema Nacional de Salud) funcionaba básicamente como un sistema público, este era *"financiado con recursos fiscales provenientes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los servicios seccionales se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrara el recurso humano en salud, se vigilaran y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros del sistema"* (6).

A pesar del gran desarrollo del SNS (Sistema Nacional de Salud) con el crecimiento de hospitales y empleados del sector salud entre 1975 y 1982, la crisis fiscal redujo los aportes del presupuesto nacional a menos del 4% en los años siguientes. Los tres subsistemas trabajaban de manera desarticulada lo que generó bajas coberturas y errores por superposición y duplicación de acciones, haciendo ineficiente el sistema (11). Todas estas condiciones motivaron las bases para ir avanzando hacia un cambio en el modelo sanitario.

En este período también surge la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) que reglamenta las actividades y competencia de salud pública para asegurar el bienestar de la población y garantizar la calidad de vida. Dicta las medidas sanitarias, tendientes a la protección del medio ambiente, suministro de agua, salud ocupacional, saneamiento de edificaciones, alimentos, drogas, medicamentos, cosméticos y similares, vigilancia y control epidemiológico, desastres, defunciones, traslado de cadáveres (11). Se pensaron nuevas maneras de mejorar el sistema, lo que dio paso a un nuevo período.

1.1.1.3 Modelo neoliberal (Desde 1990)

Cerca del nuevo siglo, nace la nueva constitución política de Colombia en 1991 donde la salud obtuvo un nuevo significado en el horizonte de los conceptos para ser un derecho fundamental y con él, acceso a la prevención de la enfermedad, la promoción y la rehabilitación de la salud de todos los colombianos. Con el consenso se dio lugar a los principios constitucionales: *universalidad, solidaridad y eficiencia*, consagrando la seguridad social como un derecho irrenunciable; se acordó que el servicio público de salud estaría bajo la dirección del Estado y; respaldada por la ley, un paquete de servicios de salud de acceso gratuito. Dicha reforma se basó en cambios económicos, políticos y sociales en tributo del Estado social de derecho liderado por el Estado responsable con enfoque de apertura económica, libre mercado y modernización de organismos públicos. (6)

El desarrollo histórico más importante en cuestión de derecho fue la creación de la conocida Ley 100/1993 sobre el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), la cual organiza el SSSI en tres subsistemas: Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones, que tuvo como objeto la garantía de derechos para obtener la calidad de vida acorde a la dignidad humana al proteger los derechos irrenunciables de la comunidad bajo los principios de *universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación*. (16)

Mediante la Ley 100 de 1993, se establece un nuevo modelo de aseguramiento: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual está soportado en cuatro pilares fundamentales: financiar la demanda de atención en salud, la administración, prestación de los servicios de salud y la función de regulación.

Para cada uno de estos pilares, la ley definió unos actores importantes que integran el sistema de salud que se gestó:

- **Financiación:** El modelo de financiamiento adoptado por el SGSSS está orientado a movilizar recursos públicos hacia la demanda. Estos recursos se originan a partir de fuentes parafiscales y fiscales que son administradas a través de un fondo central: el ADRES y los Fondos Territoriales de Salud (FTS), respectivamente. El ADRES y los FTS le pagan a las ERP (entidades responsables del pago) una prima fija (diseñada con base el método de tasación comunitaria y ajustada por riesgo), la Unidad de Pago Capitado (UPC), por la administración del Plan Básico de Salud (PBS). (17)
- **Administración:** Se crearon las EPS (entidades promotoras de salud), hoy también llamadas ERP (entidades responsables del pago), que son responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a los usuarios.

- **Los prestadores:** Los servicios de salud son prestados a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas instituciones son responsables de prestar los servicios previstos en el PBS, el cual comprende un paquete integral de servicios. Son de naturaleza privada o pública como las clínicas, los hospitales, los consultorios, los laboratorios, las ambulancias, entre otros.
- **Función de regulación,** el Ministerio de Salud y Protección Social actúa como organismo de coordinación, dirección y control.

El SSSI está a cargo del Estado e integrado por tres actores esenciales: (16)

- **El estado,** que a través del Ministerio de Salud y Protección Social actúa como organismo de coordinación, dirección y control.
- **Los aseguradores,** también llamados Entidades Responsables del Pago (ERP), que son responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a los usuarios.
- **Los prestadores,** también llamados Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son las clínicas, los hospitales, los consultorios y los laboratorios que se encargan de brindar la atención a los usuarios.

El sistema de salud en Colombia está formado por una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con iguales prestaciones de salud que deberían integrarse en su funcionamiento y tendrían una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad. Igualmente, es necesario señalar la existencia, de un tercer régimen especial. (11)

Algunas características de los regímenes constitutivos del Sistema General de Seguridad Social son:

El régimen contributivo que agrupa a las personas que tienen capacidad de pago (trabajadores asalariados, pensionados y trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo). (16)

El régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, agrupa a las personas en condición de pobreza o vulnerabilidad. Estas condiciones son determinadas por el Sisbén, encuesta que permite conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares y los clasifica por su capacidad para generar ingresos y calidad de vida. La actual clasificación del Sisbén se hace en grupos denominados por letras y no por puntajes. En cada grupo los hogares estarán clasificados en subgrupos de la siguiente forma: (18)

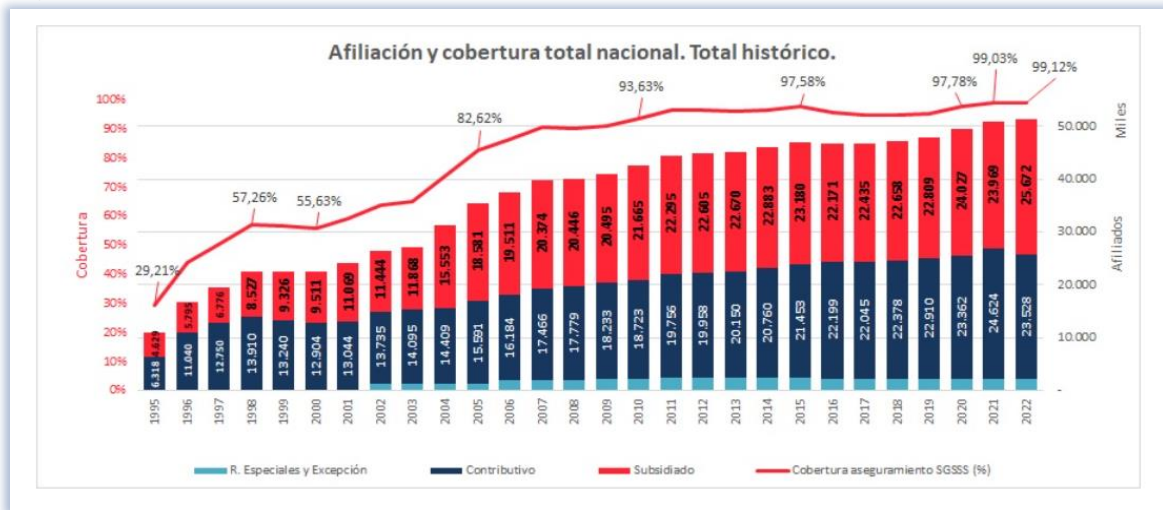
- **A (A1 – A5):** Comprende hogares en situación de pobreza extrema. En este grupo los hogares estarán clasificados en 5 subgrupos, desde A1 hasta A5.
- **B (B1 – B7):** Corresponde a hogares en condición de pobreza moderada. Este grupo tendrá 7 subgrupos desde el B1 hasta el B7.
- **C (C1 – C18):** Son hogares en condición de vulnerabilidad. Este grupo tendrá 18 subgrupos desde el C1 hasta el C18.
- **D (D1 – D21):** Comprende hogares que no están en situación de pobreza. Este grupo tendrá 21 subgrupos desde el D1 hasta el D21.

El **régimen especial** aproximadamente el 5% de la población colombiana pertenece a grupos específicos, como el Magisterio, las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL).

A continuación, se describe el comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS, teniendo en cuenta que: el indicador base para el seguimiento de la dinámica del aseguramiento en salud es la agregación del total de afiliados al sistema, que consolida a los regímenes contributivo, subsidiado, especiales y de excepción. La información anterior a 2009 fue recopilada de registros administrativos consolidados, mientras a partir de ese año, los agregados de afiliación están contenidos en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). (19)

En general, el número de afiliados al SGSSS se ha incrementado a lo largo de los años. De esta manera, la cobertura ha crecido desde el 29.21% en 1995 hasta el 99.12% registrado al cierre del 2022 como se aprecia en la siguiente figura:

Figura 2 Comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS



Fuente: Minsalud. Comportamiento del aseguramiento

Las barras azules y rojas representan el número de afiliados por régimen, mientras que la línea de tendencia muestra el comportamiento de la cobertura del aseguramiento. A partir de octubre de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social acogió las proyecciones de población basadas en el Censo de 2018 del DANE. En los años anteriores, las cifras demográficas eran las correspondientes al Censo 2005. (19)

Para finalizar esta sección, a continuación, se esquematiza en la figura 3 la evolución del Sistema de Salud en Colombia.

Figura 3 Evolución del Sistema de Salud en Colombia



Fuente: <https://loqueestaenjuego.elcolombiano.com/storage/2023/02/INFO-AVANCES-SALUD-COL.pdf>

1.2 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de atención en salud

Como vimos en la sección anterior, el Estado Colombiano a lo largo de las últimas tres décadas ha tenido importantes transformaciones en la organización del sistema de salud, cuyas mejoras involucran a la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud.

Partiendo de esto, se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a generar confianza en los usuarios y seguridad en la atención, satisfaciendo sus expectativas en la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo que obliga a implementar un Sistema de Gestión de la Calidad en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, que debe ser evaluado con regularidad. Es así, como desde la Ley 100 de 1993 está contemplado en el Título II, Capítulo II, artículo 185 que las IPS deben tener como principio básico la calidad, con el objetivo de garantizar a los usuarios una calidad de la atención en salud oportuna, integral, continua y humanizada. Trece años más tarde se expide el decreto 1011 de 2006, donde se reglamenta todo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y que en la actualidad está compilado en la ley estatutaria de salud – decreto 780 de 2016 parte 5, título 1, capítulo 1-

El propósito del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) plantea que el sector salud cuenta con un sistema propio de calidad. Éste se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema propende por proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio (20)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), concebido por el Ministerio de la Protección Social establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios" (21)

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: (21)

- **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 secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El objeto del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud se materializa a través de la aplicación de sus cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Sistema Único de Acreditación (SUA), Programa de Auditoría para el Mejoramiento continuo en la Calidad (PAMEC) y el Sistema de Información para la Calidad (SIC).

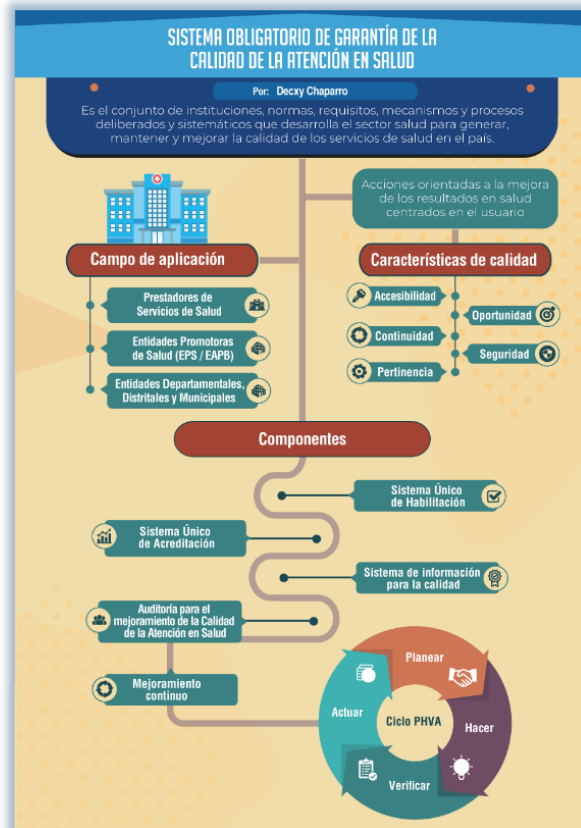
El decreto 1011 de 2006 en su artículo 1° define que el campo de aplicación será para: los prestadores de servicio de salud (IPS), las entidades responsables del pago o ERP, las entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y los entes territoriales municipales y distritales de salud. Adicionalmente en su artículo 5° define que las entidades a cargo del funcionamiento del SOGCS son: (21)

- **Ministerio de Protección Social:** Desarrolla las normas de calidad y expide la reglamentación necesaria para el cumplimiento y aplicación del SOGCS, al igual que prestará cualquier asistencia técnica y relevante a las entidades territoriales e instituciones prestadoras de salud siempre teniendo en cuenta el beneficio del usuario.

- **Superintendencia Nacional de Salud:** Cumple las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS al igual que la aplicación de sanciones en el ámbito de su competencia.
- **Entidades Departamentales y Distritales de Salud:** Responsables de cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones las reglamentaciones expedidas por el Ministerio de Protección Social, al igual de brindar asistencia a los prestadores de servicios de salud.
- **Entidades municipales de Salud:** Encargadas de brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) de su jurisdicción.

Después de esta contextualización global del SOGCS, se describe a continuación cada uno de sus componentes y en la figura 4 se encuentra el consolidado del SOGCS con su campo de aplicación, las características de calidad y los componentes del sistema.

Figura 4 Consolidado del SOGCS



Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud <https://synergiaconsultoria.com/sistema-obligatorio-de-garantia-de-la-calidad-de-la-atencion-en-salud>

1.2.1 Componentes del SOGCS

1.2.1.1 Sistema Único de Habilitación

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. (21)

El Sistema Único de Habilitación (SUH) fue establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de garantizar que los establecimientos y servicios de salud cumplan con los estándares y requisitos definidos para asegurar una atención oportuna, segura y con calidad.

Algunos aspectos clave del Sistema Único de Habilitación (SUH) incluyen:

- **Requisitos y estándares:** El SUH establece los requisitos y estándares mínimos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para su entrada y permanencia en el Sistema. Deben cumplir las siguientes condiciones: i) Capacidad técnico-administrativa; ii) Suficiencia patrimonial y financiera; iii) Capacidad tecnológica y científica. Por su parte, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del SGSSS.(22)
- **Proceso de habilitación:** El sistema define los procedimientos y pasos que deben seguir los prestadores para obtener la habilitación. La habilitación de las IPS comprende los procesos de: autoevaluación y declaración, registro, verificación y conductas. La autoevaluación de los prestadores consiste en realizar una evaluación de sus condiciones teniendo en cuenta los estándares descritos por la Resolución 3100 de 2019. Es responsabilidad de las IPS: garantizar la veracidad de la información, mantener las condiciones declaradas, permitir la verificación, renovar la inscripción y presentar las novedades.

- **Vigilancia y control:** El SUH también contempla la vigilancia y el control continuo de los Prestadores de Servicios de Salud habilitados para garantizar el mantenimiento de los estándares de calidad. Es competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud realizar visitas de inspección, auditorías periódicas y evaluaciones de desempeño.
- **Registro y publicidad:** Los prestadores de servicios de salud habilitados son registrados en el Sistema Único de Información de la Protección Social (SUI), lo que permite su identificación y seguimiento. Además, la información sobre la habilitación de los prestadores es pública y está disponible para los usuarios del sistema de salud. Es responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud disponer en un lugar visible el distintivo de habilitación otorgado por la entidad competente.

En la actualidad, el marco normativo vigente que regula la Habilitación de los Servicios de Salud es la Resolución 3100 del 2019; sin embargo, la han antecedido varias Resoluciones, que se enuncian cronológicamente:

Ley y/o Resolución	Descripción
La ley 715 de 2001	En el Título III, Capítulo I, artículo 42.10. Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.(23)
Resolución 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.(24)
Resolución 2680 de 2007	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.(25)
Resolución 3763 de 2007	Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones.(26)
Resolución 1441 de 2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Deroga a la 1043 de 2006. (27)

Ley y/o Resolución	Descripción
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Deroga a la 1441 de 2013. (28)
Resolución 3100 de 2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Deroga a la 2003 de 2014. (29)

1.2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), es una herramienta utilizada para evaluar de manera continua y sistemática los procesos, prácticas y resultados en la prestación de servicios de salud. La auditoría tiene como objetivo mejorar la atención al usuario, a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad según el artículo 32° del decreto 1011 del 2006 implica: (21)

- 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.

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad está estructurado para implementarse siguiendo nueve pasos que determinan la ruta crítica y se visualizan en la siguiente Figura 5

Figura 5 Ruta crítica del PAMEC

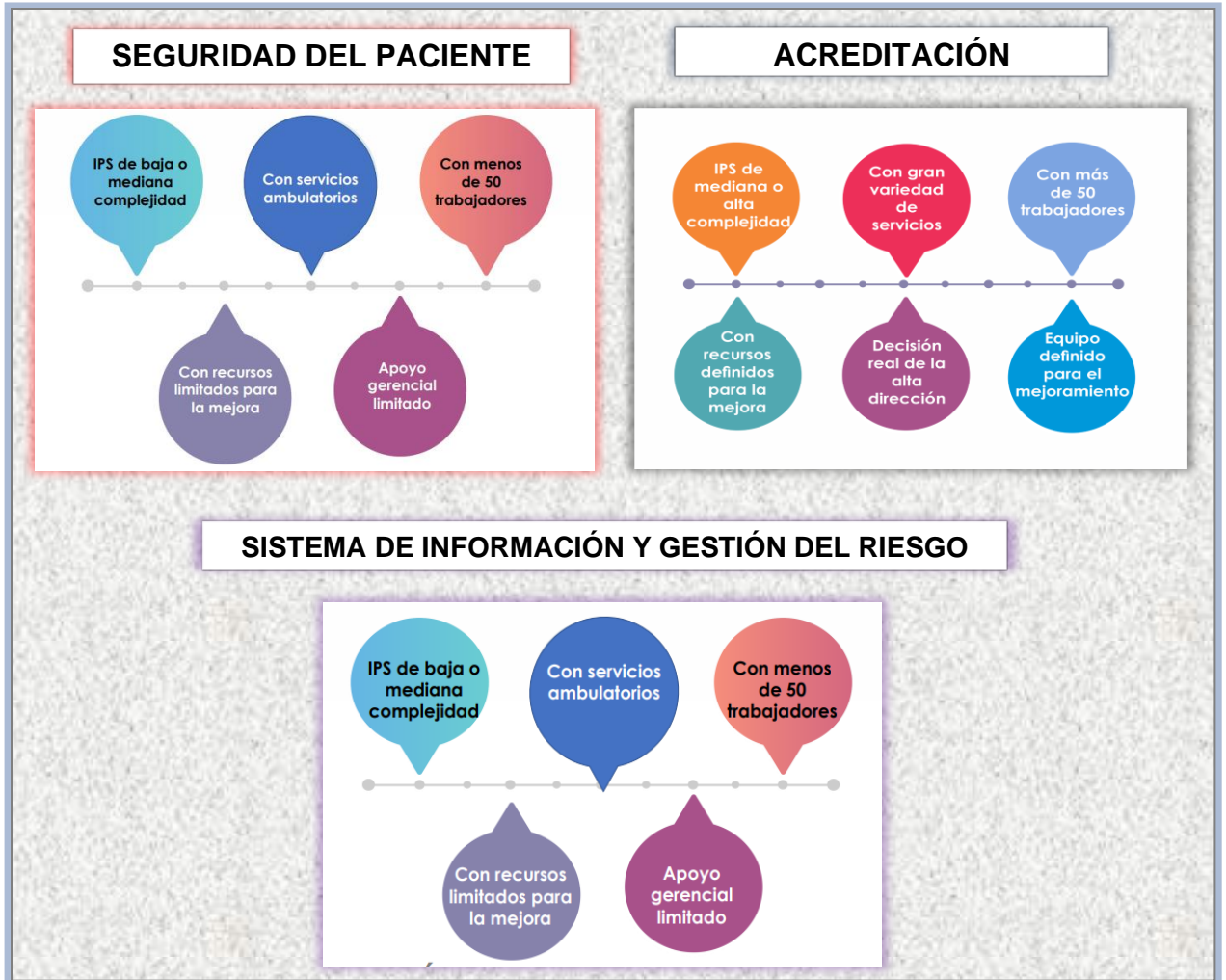


Fuente: Seminario Taller: Cómo implementar de manera práctica la ruta crítica del PAMEC enfoque en gestión del riesgo

En la actualidad existen cuatro metodologías y/o enfoques para realizar el PAMEC, que son: Estándares del Sistema Único de Acreditación, Indicadores para el monitoreo del Sistema de Información de Calidad, Gestión del riesgo y Política de Seguridad del Paciente. De estas cuatro metodologías las que han demostrado tener mayor impacto son los Estándares del Sistema Único de Acreditación y la Política de Seguridad del Paciente.

Las IPS tiene la autonomía para determinar el enfoque que se implementará en la organización, teniendo en cuenta algunos aspectos como: tipos de servicios que presta, tamaño y complejidad institucional, talento humano de la institución, estrategia corporativa adoptada, decisión de mejoramiento organizacional y recursos disponibles de la Institución para la mejora, entre otros. Evaluar la IPS ante estos aspectos, permite determinar el correcto enfoque para la organización acorde a la medida de sus posibilidades. En la Figura 6 se dan a conocer los criterios sugeridos que se deben cumplir para cada uno de los enfoques.

Figura 6 Enfoque sugerido de acuerdo a los aspectos evaluados en cada Institución



Fuente: Adaptación propia, basada en Seminario Taller: Cómo implementar de manera práctica la ruta crítica del PAMEC enfoque en gestión del riesgo

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se realiza tanto a nivel interno por parte de las organizaciones de salud, como a nivel externo por entidades reguladoras o acreditadoras. Los entes que pueden realizar verificación del cumplimiento de la implementación de la ruta crítica del PAMEC en las IPS son: (30)

- **Entidad Territorial Departamental:** En su función de inspección, vigilancia y control.
- **Entidad Territorial Municipal:** En su función de inspección y vigilancia.

- **Superintendencia Nacional de Salud:** En su función de inspección vigilancia y control del SOGCS.
- **Aseguradores en Salud:** En la evaluación de los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores.

Los resultados de la auditoría se utilizan para identificar oportunidades de mejora, implementar cambios en los procesos y prácticas, y monitorear el progreso hacia la calidad de atención en salud.

1.2.1.3 El Sistema único de Acreditación

La acreditación en salud es una estrategia utilizada por aquellas entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que voluntariamente deseen demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, que tengan una larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a escala mundial y de probada efectividad (20) y disponen de una herramienta de gestión gerencial que impacta de manera notable la resolución de muchos de sus problemas críticos.

En el mundo esta metodología aparece por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el “Standard Mínimo”, base del primer programa de estandarización a hospitales (1918), muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares en el modelo industrial. Durante este tiempo la metodología se ha reestructurado y madurado llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, enfocan la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente. (31)

En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, en su artículo 41° se tiene definido el Sistema Único de Acreditación como: es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (21)

Por lo tanto, acreditación en Colombia debe entenderse como: “Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función”. (22)

En Colombia, el Sistema Único de Acreditación se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; la cual ha tenido modificaciones con la Resolución 1445 de 2006 y Resolución 123 de 2012 y el Decreto 903 de 2014 tiene como finalidad la modernización y actualización para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud. (32)

A continuación, se mencionan algunos aspectos importantes del Sistema Único de Acreditación:

- **Evaluación de estándares:** El SUA evalúa las instituciones de salud en función de estándares específicos, los cuales incluyen aspectos como calidad de atención, gestión del riesgo, seguridad del paciente, infraestructura física, recurso humano, entre otros.
- **Proceso de acreditación:** Las instituciones de salud que deseen obtener la acreditación deben someterse a un proceso de evaluación y verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos. Este proceso incluye: presentación de documentación, visitas de inspección, entrevistas, revisión de indicadores y otros aspectos relevantes.
- **Niveles de acreditación:** El SUA establece tres niveles de acreditación a saber: acreditación básica, acreditación de excelencia y acreditación de excelencia con énfasis. Cada nivel implica un mayor cumplimiento de los estándares y criterios de calidad.
- **Vigencia de la acreditación:** La acreditación tiene una vigencia limitada y las instituciones de salud deben someterse a evaluaciones periódicas para mantenerla. Esto fomenta la mejora continua y el cumplimiento de estándares a lo largo del tiempo.
- **Beneficios de la acreditación:** Obtener la acreditación brinda reconocimiento y confianza tanto a los pacientes como a los diferentes actores del sistema de salud. También, puede proporcionar beneficios como acceso a recursos adicionales, incentivos financieros y mejoras en la gestión y la calidad de atención.

El Sistema Único de Acreditación busca asegurar que las instituciones de salud brinden servicios con niveles superiores de calidad y seguros para los pacientes. A través de este sistema, se promueve la mejora continua en la atención de salud y se fortalece la confianza en los servicios prestados por las instituciones acreditadas.

1.2.1.4 El Sistema de Información para la Calidad

El Sistema de Información de Calidad (SIC) es desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social; tiene como objeto estimular la competencia por la calidad entre los agentes del sector de salud, al igual que permite al usuario orientarse e informarse en los niveles de calidad de las diferentes entidades e instituciones prestadoras de servicios.

Se expide la Resolución 1446 de 2006, y su anexo técnico: "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad (SIC) y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" (33)

El propósito del Sistema de Información de Calidad (SIC) es:(34)

- Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el SOGCS.
- 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.
- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Después de conocer el propósito del SIC, a continuación, se describe en la tabla 1 las funciones de los actores del SOGCS en el SIC:

Tabla 1 Funciones de los actores del SOGCS en el SIC

ACTORES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD	FUNCION EN SIC
Ministerio de Salud y Protección Social	Definición de indicadores de calidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ EAPB del régimen contributivo, subsidiado y Empresas de Medicina Prepagada ▪ Prestadores de servicios de Salud (IPS) 	Obligatoriedad de reporte indicadores de Calidad
Superintendencia Nacional de Salud	Recepción, validación de estructura y cargue de la información
Ministerio de Salud y Protección Social	Análisis de la información recibida de la Superintendencia Nacional de Salud, publicación e información a usuarios
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Superintendencia Nacional de Salud ▪ Direcciones departamentales y Distritales de salud 	Vigilancia y Control
Usuarios	Utilización de la información para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer las características del Sistema. ▪ Conocer los niveles de Calidad de EAPB e IPS ▪ Tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos

Fuente: Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS

La Resolución 1446 de 2006 reglamentó inicialmente el Sistema de Información para la Calidad (SIC) y definió un conjunto de indicadores para IPS y EAPB centrados en aspectos relevantes como (i) oportunidad/accesibilidad; (ii) calidad técnica; (iii) gerencia del riesgo, y (iv) satisfacción/lealtad; sin embargo, los enfoques de calidad en salud han evolucionado; ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino en que todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) intervengan en los resultados, lo que requiere que los modelos de gestión se enfoquen en la excelencia del sistema. En coherencia con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 256 de 2016 en respuesta a las necesidades de fortalecer el Sistema de Información para la Calidad.

La finalidad de esta actualización es: (35)

- Fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud.
- Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud.
- Promover acciones de mejoramiento, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, contemplado en el artículo 47° del Decreto 1011 de 2006 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad entre los diferentes actores del sistema.

A continuación, se mencionan algunos aspectos de la Resolución 256 de 2016 que derogó la Resolución 1446 de 2006:

- **Ámbito de aplicación:** Se incluyen otros actores del sistema como: servicios de transporte especial de pacientes y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.
- **Dominios para el monitoreo de la calidad:** Se actualizó la batería de indicadores a partir de los cuales se hace monitoreo y el nuevo enfoque propone cuatro dominios: (i) efectividad; (ii) gestión del riesgo; (iii) seguridad en la atención y (iv) experiencia de la atención. Para cada uno de esos dominios se establecieron indicadores con sus respectivas fichas técnicas.
- **Indicadores para el monitoreo de la calidad en salud:** Para efectos del monitoreo de la calidad en salud, se deben adoptar los indicadores contenidos en los Anexos Técnicos N°1, 2, y 3 que hacen parte integral de la Resolución 256 de 2016. (36)
 - El Anexo Técnico N°1 contiene los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
 - El Anexo Técnico N°2 define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud para los Prestadores de Servicios de Salud.
 - El Anexo Técnico N°3 define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

- **Mejoramiento de las fuentes de información:** El cálculo de los indicadores trazadores se realizará a partir de la integración de las fuentes disponibles a través del SISPRO, lo cual constituye un hecho histórico que agrega mayor robustez a los registros, observatorios y sistemas de seguimiento para monitorear la calidad de la atención en la salud.

El uso del Sistema de Información para la Calidad permite una gestión eficiente y efectiva de la información, facilita la toma de decisiones basada en evidencia y promueve la transparencia y la rendición de cuentas en relación con la calidad de los servicios de salud.

Siguiendo en la misma línea de la calidad, se hace necesario aportar en esta sección, información relevante sobre la teoría específica de los indicadores de calidad e incluir un aparte del Dr. Donabedian como pionero en plantear los métodos para evaluar la calidad en salud.

1.2.1.4.1 Indicadores de Calidad

El Sistema de Información para la Calidad entiende un indicador de calidad como “una medida indirecta de la calidad que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad” (37)

Otras posibles definiciones, teniendo en cuenta conceptos claves son: (37)

- Que el indicador de calidad se defina como una medida indirecta significa que, aunque la mayor proporción de su variación sea explicada por factores asociados a la calidad de la atención; también hay factores causales que pueden estar asociados a otros factores, por lo cual siempre es necesario realizar análisis causal para afirmar que efectivamente se dio una falla de calidad. Cuando la mayor proporción de la variación del indicador está explicada por factores diferentes a la calidad de la atención, no es un buen indicador de calidad.
- Debe entenderse que la calidad es multidimensional y para la medición de su comportamiento debe tomarse en consideración diferentes mediciones.
- El indicador de calidad generalmente se diseña para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar este, por lo cual no es de extrañar que los resultados iniciales que arroje el indicador muestren una situación no deseable desde la perspectiva de la calidad de la atención.

Consecuentemente con lo planteado en la definición anterior, se entiende que los indicadores de calidad tienen un doble propósito: (6)

1. Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel nacional y/o internacional.
2. Promover procesos de mejoramiento en las instituciones.

Para continuar, en el caso de la monitorización de la calidad de la atención en salud, las propiedades deseables para un buen indicador de calidad, definidas por el Decreto 1011 de 2006 y por la literatura científica en el tema, son: (37)

- **Validez:** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad.
- **Confiabilidad:** En cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- **Efectividad:** La medida en la cual se constituya en medio para desatar procesos de mejoramiento de la calidad.

Quienes diseñan los indicadores de calidad deben velar por el cumplimiento de estas características ya que les confieren a estas herramientas su capacidad para brindar lecturas confiables y apoyar la toma de decisiones pertinentes.

1.2.1.4.2 Hacia la búsqueda de resultados con Calidad

Un objetivo principal de las organizaciones es ofrecer servicios y/o productos con calidad, por lo que se hace necesario mencionar que, en salud se considera que fue el Dr. Avedis Donabedian el primero en plantear los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria.

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, un marco metodológico considerado de obligatoria referencia para la formulación de indicadores de calidad es el descrito por el Dr. Avedis Donabedian, en el cual se explora la calidad como un concepto multidimensional y medible, que admite diversos grados y resulta de la interacción variable entre diversos elementos estructurales y de proceso. De ahí el conocido modelo de Estructura – Proceso – Resultados, del cual en las próximas líneas se hará una descripción detallada. (38)

Donabedian, en su calidad de médico y salubrista, realizó aportes que han resultado fundamentales para dar comienzo al desarrollo de los sistemas de calidad en salud. En 1980 propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica

y continúa vigente: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (39)

Después de conocer la definición de calidad asistencial, a continuación, se expone el modelo planteado por Donabedian. En este modelo se utiliza un enfoque sistémico diferenciando tres áreas: la estructura, los procesos y los resultados.

El indicador de estructura mide las variables como la accesibilidad física a los servicios de salud (geográfica, física, económica y cultural, entre otras), talento humano (suficiencia e idoneidad del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación). (40)

En el indicador de procesos se incorporan variables como la oportunidad y puntualidad de los servicios, la pertinencia de las decisiones e intervenciones (sean asistenciales o administrativas), la continuidad, la cobertura de las intervenciones, la eficiencia, la utilización de los recursos por parte de las instituciones y el uso de los servicios por parte de la población.

Por otro lado, el indicador de resultados es la consecuencia del proceso y los cambios en el estado de salud de los pacientes atribuibles a la atención de salud; depende de la calidad de la atención que se ofrece y muestra el desempeño general del servicio. El indicador de resultados se clasifica en: (6)

- a. Indicadores de resultados finales, que miden las necesidades sentidas, la eficacia y eficiencia.
- b. Indicadores de impacto, se refieren a los efectos a mediano y largo plazo que pueden tener uno o más programas en el universo de atención y que repercuten en la sociedad en su conjunto.

Donabedian define como resultados médicos "aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual". Pero, también apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como: el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados.(39)

A continuación, se hace una síntesis del modelo, utilizando una representación gráfica que se encuentra en la figura 7.

Figura 7 Representación gráfica del modelo Estructura – Proceso – Resultados descrito por el Dr. Avedis Donabedian.



Fuente: Apuntes para la Formulación Indicadores de Calidad en Salud

1.2.1.4.3 Observatorio Nacional de Calidad en Salud

En abril del 2009 el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección General de Calidad de Servicios diseñó y puso en operación el primer Observatorio Nacional de Calidad en Salud (ONCAS) que se estructuró como un espacio para destacar información relevante para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El Observatorio Nacional de Calidad en Salud es un sistema inteligente que estructura, organiza y dispone la información sobre la calidad de la atención en salud a la población colombiana, así mismo, brinda un conjunto de herramientas que facilitan la difusión, la estandarización de indicadores y la disponibilidad de canales de acceso para el seguimiento y evaluación del sistema de salud en términos de los atributos de calidad, humanización y resultados en salud de los diferentes agentes del sector.(41)

1.2.1.4.3.1 Indicadores del Observatorio

El Sistema Estándar de Indicadores que se han definido para hacer seguimiento a los Actores del Sistema de Salud y Monitorear la Calidad en la Atención en Salud del país, parte de los indicadores señalados por la Ley 1438 del 2011, Resolución 1446 de 2006 y Resolución 256 de 2016.

Esta sección se encuentra desglosada en:

- Ficha Técnica Indicadores de Calidad y ABC Monitoreo de la Calidad Resolución 256 de 2016 (donde se tienen las bases teóricas de la Resolución en mención).
- Indicadores de Calidad Resolución 256 de 2016 (permite consultar la información nacional reportada de todos los actores del sistema).
- Indicadores de Calidad Resolución 1446 de 2006 (permite consultar la información nacional reportada de todos los actores del sistema).

La disposición de los indicadores hace parte de un proceso dinámico y gradual articulado con la evolución y consolidación del SOGCS y la implementación y estabilización de los reportes de la Resolución 256 de 2016, así como, la estabilización del procesamiento y disposición la información. (42)

1.3 Retos de la administración hospitalaria en la actualidad

La complejidad del hospital como organización y como empresa ha aumentado en la medida en que el conocimiento médico logra nuevos avances que requieren tecnología compleja y costosa y en que el entorno de los sistemas de salud se hace más exigente, competitivo y, en ocasiones adverso, para los hospitales. (43) Todo ello ha creado la necesidad de garantizar la sostenibilidad de las organizaciones en el tiempo, de tal manera que se hace cada vez más indispensable contar con el conocimiento y las habilidades necesarias para gerenciar los hospitales, con el fin de cumplir los objetivos propuestos y satisfacer las necesidades de las comunidades.

En 1996, en América Latina apenas se comenzaba a dar importancia al tema; pocas instituciones hospitalarias tenían definida claramente su organización, su misión y su visión, con el agravante que la administración hospitalaria era delegada a médicos sin formación en administración y dedicaban sólo una parte de su tiempo a estas labores. Para esta época, los sistemas de garantía de la calidad apenas comenzaban su incursión en algunos hospitales, y la tecnología de información se limitaban a unos programas puntuales para el manejo de la contabilidad. (43)

En la actualidad muchas organizaciones hospitalarias están administradas por equipos multidisciplinarios (incluyendo profesionales en administración, las finanzas, la medicina, la enfermería, la ingeniería industrial, los sistemas, entre otros) y todos los procesos son evaluados y adaptados a las necesidades actuales de cada organización y a las exigencias del medio. Cada día aparecen nuevos retos que implican a las organizaciones esfuerzos por mejorar la calidad en la prestación de los servicios, seguridad del paciente, preservación del medio ambiente y la humanización de los servicios. (44)

1.4 El hospital, empresa de servicios con planeación estratégica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Hospital como parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico - sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar (43). En Colombia, el Dr. Julio Ernesto Toro Restrepo, ex – director del Hospital Universitario San Vicente Fundación define al Hospital como “es un lugar donde hay médicos y enfermeras, con equipos complejos y medicamentos eficaces, esperando que llegue el paciente para atenderlo y brindarle con prontitud todos los cuidados que requiere” (44).

Los hospitales están ligados al concepto social que en cada época se tenga sobre la enfermedad, de ahí que sobre el origen de los hospitales como organización no exista referencias claras, así como también sobre su objeto primario, ya que, en sus inicios, las funciones que cumplían eran de hospedaje u hospicio y no como es concebido en la actualidad. Por esto, es impreciso conocer sobre el momento a partir del cual el hospital es catalogado como institución bien constituida; sin embargo, se puede decir que, desde el punto de vista organizativo, los hospitales han tenido las siguientes etapas: **la primera** se extiende hasta la creación de sitios a donde llegaban los pobres, los que padecían enfermedades que provocaban rechazo social y los viajeros; la labor en estos lugares giraba en torno a la caridad o la piedad. **La segunda**, en la cual su organización tuvo como objetivo la asistencia, tanto en los que habían sido creados para la atención de luchadores y guerreros como en los que no tuvieron este origen. Y **la tercera** etapa, la actual, es la de los entes de salud que prestan sus servicios como una respuesta a las obligaciones que tienen los Estados de brindar atención y bienestar a sus ciudadanos (44). En la tabla 2 se realiza una ilustración de la evolución de las entidades del sector salud.

Tabla 2 Evolución de los hospitales en tres etapas, a partir de varios conceptos

CONCEPTO	ETAPA I	ETAPA II	ETAPA III
Período	Hasta año 368; primer hospital	Años 50's; Auge científico-médico	Actual
Época	Finales del siglo IV	Hasta la última mitad del siglo XX	Desde la segunda mitad del siglo XX
Característica	Caridad	Asistencia	Economía
Origen	Vocación	Servicio	Producción
Carácter	Hospicio	Público	Privado
Pacientes	Discriminados, viajeros, esclavos y gladiadores	Pobres, Particulares	Afiliados, beneficiarios, clientes
Actor	Religioso	Médico	Multidisciplinario, transdisciplinario
Conocimiento	Magia	Empírico-científico	Científico - basado en evidencia
Ambiente	Religioso	Humanista	Tecnológico
Sistema	Caridad	Beneficencia	Seguridad Social
Unidad en Función De	Beneficio, favor, obediencia	Costo-beneficio	Cobertura
Paciente Considerado Como	Menesteroso	Persona enferma	Una Oportunidad
Centro de Atención	Ser humano	Hombre	Mercado
Responsable	Ordenes Religiosas	Estado	Empresas
Motivación	Caridad, piedad	Solidaridad, generosidad	Derechos, mutualidad
Medicación	Paliativa	Curativa	Prevención de las enfermedades y promoción de la salud
Daño	Humor	Órgano, tejido	Genético
Atención	Pecado	Enfermedad	Salud
Tipo de Tratamiento	Mágico-religioso	Invasivo	No invasivo-molecular genético.
Financiación	Caridad pública	Auxilios, legados, donaciones	Autosuficiencia
Articulación	A credo religioso	A conocimiento científico	A políticas estatales

Fuente: Desarrollo empresarial del sector salud en el distrito de Santa Marta 1990-2005.

“El Hospital ha variado notablemente en las últimas décadas, transformándose de una Institución de caridad subsidiada, a una Empresa autosuficiente desde el punto de vista económico y con amplio desarrollo en campos como la tecnología y la administración” (6). Hoy en día, los hospitales son entidades que difieren en muchos aspectos respecto a aquellos que lo originaron, pero su fin fundamental nunca ha cambiado. La misión imprescindible del hospital está encaminada a la recuperación de la salud, en lo cual compromete todos los esfuerzos administrativos, técnico – científicos y de investigación, bajo la responsabilidad de un equipo humano adecuadamente preparado y seleccionado. (45)

Se considera que "hacia los años setenta del siglo XX, los hospitales se ven enfrentados a la incorporación del desarrollo del conocimiento de otras áreas científicas como la administración y la economía; se incorpora el concepto de empresa". "A partir de allí el hospital incorpora las herramientas de la gestión - *networking* - y se convierte en una empresa de carácter científico productora de actos médicos, cuyo trabajo incrementa el bienestar social; se agregan la planeación estratégica, la gestión y la planificación del talento humano, el *marketing*, y la atención al cliente y al usuario, entre otras" (6).

En Colombia, con la implementación de la ley 100 de 1993, se rompe el paradigma de la concepción tradicional de los hospitales, los cuales eran vistos como instituciones sin ánimo de lucro, creándose el concepto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), definidas en el artículo 156 literal i): “Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas” (46).

Teniendo en cuenta este enfoque, las IPS son concebidas como empresas que prestan servicios de salud, cuyo fin es atender las expectativas y demandas de un cliente (el paciente); así mismo, dispuestas a funcionar en un mundo de competencia con base en la calidad. Se debe establecer dicha competencia sobre pilares como: planeación, organización, satisfacción del trabajador, presupuesto, evaluación de gestión, mejora continua y ética (45).

Finalmente, se puede decir que, los hospitales como empresa han evolucionado de modo paralelo al conocimiento que el ser humano va adquiriendo sobre la enfermedad y el tratamiento de la misma y están influenciados por las teorías económicas y administrativas, con la necesidad de prestar un buen servicio, satisfacer a los clientes, adoptar medidas que tenga como punto de partida la calidad total en la gestión, optimizar los recursos y bajar costos.

El hospital de hoy, como el de ayer, es una entidad sometida a los influjos sociales y depende de ellos, por cuanto no hay ninguna otra entidad u organización que refleje más fielmente que un hospital las condiciones de vida de la gente y el desarrollo de la sociedad, puesto que conociendo un hospital, no sólo se sabe de qué se enferma y muere la gente, sino también cuáles son sus costumbres, como son sus relaciones, cuál es su calidad de vida, cuáles son sus valores, sus creencias y sus sentimientos (44).

1.5 Planeación estratégica

En la actualidad el pensamiento estratégico es considerado un tema fundamental para las empresas. El contexto internacional, y sobre todo el proceso de mundialización, exige a las organizaciones ser eficientes y eficaces en el manejo de los recursos financieros, humanos, naturales, tecnológicos, entre otros, para poder enfrentar el reto que representa el mercado (47).

A lo largo del tiempo, una de las palabras con más rápida difusión en el lenguaje de los negocios es el vocablo estrategia y ha suscitado múltiples definiciones, en función de la visión de los autores.

Porter (1980 y 1985) ve a la estrategia como la forma en que una empresa realiza sus peculiares actividades y organiza toda su cadena de valor para alcanzar una ventaja competitiva y un buen posicionamiento de la empresa en su industria. Para Ohmae (1983) la estrategia consiste en un plan de acción para lograr un desempeño superior, en relación con la competencia, en los factores clave de éxito del negocio; combinando los puntos fuertes de la corporación y teniendo en cuenta la evolución del ambiente competitivo de la actividad en cuestión (48).

Una estrategia, según Mintzberg (1993), es el patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización y, a la vez, establece la secuencia coherente de las acciones a realizar (48).

Después de haber hecho un recorrido por algunas definiciones según los autores de estrategia, entramos en el discurso de la planeación estratégica.

La planeación estratégica se puede definir como el proceso mediante el cual quienes toman las decisiones en una organización, llamados estrategas, obtienen la información, y a partir de ella formulan los objetivos y las estrategias, precisan la

necesidad de recursos y proceden a elaborar los planes, los cuales deben ser monitoreados y controlados una vez se inicie la ejecución (49).

Durante las tres últimas décadas, las contribuciones más importantes a la planeación estratégica han sido elaboradas por estos tres autores: (50)

- **Ken Andrews: La integración en un sólo modelo de los factores externos e internos de** la organización, llamado debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas (DOFA o FODA).
- **Michael Porter:** Define los conceptos de ventaja competitiva y de cadena de valor. Establece un modelo que se basa en los 5 elementos que afectan a la competitividad en cualquier sector: la rivalidad entre competidores, la amenaza de ingreso de nuevos competidores, la amenaza de entrada de productos sustitutos, el poder de negociación de los proveedores y el poder de negociación de los consumidores.
- **Kaplan y Norton:** El Balanced Scorecard (BSC), o cuadro de mando integral.

El direccionamiento estratégico tiene como fin el mejoramiento de los resultados; de ahí su estrecha relación con el concepto de calidad, considerada como pilar fundamental de toda empresa, pero mucho más si se habla de una empresa de salud, cuyo impacto directo afecta la integridad, el bienestar y la vida de los seres humanos.

1.5.1 Principios generales de la planeación estratégica

Los principios de la planeación estratégica proporcionan una base sólida que direccionan el proceso de planificación y ayudan a las organizaciones a desarrollar una estrategia efectiva a largo plazo. Algunos de ellos son: (51)

- **Orientación al futuro:** La planeación estratégica se enfoca en el futuro y su objetivo es establecer una dirección clara y coherente para la organización a largo plazo. Considera los cambios en el entorno empresarial y las tendencias del mercado, lo que permite a la organización adaptarse y aprovechar las oportunidades futuras.
- **Enfoque sistemático:** Es un proceso sistemático que implica la compilación de información, el análisis, la toma de decisiones y la implementación de acciones. Se basa en un enfoque lógico y estructurado para identificar metas, objetivos y acciones estratégicas.

- **Orientación a resultados:** Se centra en la definición clara de los objetivos estratégicos y en el desarrollo de planes y acciones para alcanzarlos. Los resultados medibles y realistas son el punto de referencia para evaluar el éxito de la estrategia.
- **Participación y colaboración:** La participación y colaboración de los líderes, empleados y otros actores relevantes de la organización ayuda a generar una mayor aceptación y compromiso con la estrategia. El conocimiento colectivo permite tomar mejores decisiones.
- **Flexibilidad y adaptabilidad:** La planeación estratégica reconoce la necesidad de ser flexible y adaptable en un entorno empresarial en constante cambio. La estrategia debe poder ajustarse y adaptarse según sea necesario para abordar nuevos desafíos, aprovechar nuevas oportunidades y responder a las condiciones cambiantes del mercado.
- **Evaluación continua:** Proceso continuo que requiere una evaluación y revisión periódica de la estrategia para asegurarse que siga siendo relevante y efectiva, lo que implica monitorear los resultados, realizar ajustes si es necesario y aprender de las experiencias pasadas para mejorar las futuras decisiones estratégicas.
- **Enfoque integral:** En la planeación estratégica se consideran todos los aspectos relevantes de la organización como su visión, misión, principios, valores, recursos, competencias distintivas y ventajas competitivas. Se busca una perspectiva integral tanto en los aspectos internos como externos de la organización para desarrollar una estrategia sólida y coherente.

1.5.2 Etapas de la planeación estratégica

- **Selección de estrategias:** Se definen como estrategias aquellas personas o funcionarios de la alta dirección de la empresa a quienes corresponde la definición de objetivos y políticas de la organización. Sin embargo; no se puede limitar la selección a este universo, por lo tanto, se deben tener en cuenta todo el personal de la organización con capacidad para tomar decisiones relacionadas con el desempeño presente o futuro de la organización. (49)
- **Etapa filosófica (planteamiento de principios corporativos):** Se debe explicar el fundamento ideológico o filosófico que está en la base de una organización, y está constituida por la misión, la visión y los principios de la organización. La misión es considerada como el gran propósito de la empresa (razón de ser) y según Fred R. David es “la formulación de un propósito duradero, es lo que distingue a una empresa de otras parecidas. La formulación de la misión identifica el alcance de las operaciones de una empresa en los aspectos del producto y del mercado” (51). La visión es una

imagen de futuro que se desea crear, descrita en tiempo presente, como si sucediera ahora. La visión de la institución es la respuesta a la pregunta: ¿Qué queremos ser en los próximos años? (51). Y los principios son los valores fundamentales que guían las acciones y decisiones de una empresa en su conjunto. Los principios establecen la base ética y cultural de la organización, y son el referente para los empleados en su comportamiento y toma de decisiones, definen lo que es importante para una organización y son el soporte de la cultura organizacional.

- **Diagnóstico estratégico:** La finalidad de esta etapa es precisar la realidad concreta y específica de la institución, que permitirá ser la base para establecer los objetivos. Se establece a partir de: (47)
Análisis Interno (fortalezas y debilidades): Las fortalezas son toda situación que facilite o contribuya al cumplimiento de la misión y la visión corporativa. De otro lado, están las debilidades, son todas aquellas situaciones que limitan o impiden el cumplimiento de la misión corporativa.
Análisis Externo (oportunidades y amenazas): Las oportunidades son las tendencias (económicas, sociales, políticas, tecnológicas, entre otras), así como los hechos, que podrían beneficiar de forma significativa a una empresa en el futuro. Las amenazas son hechos dañinos para la posición competitiva presente o futura de la empresa.
- **Direccionamiento estratégico:** Durante esta etapa se trata de determinar si tanto la misión, la visión y los objetivos preestablecidos son susceptibles de ser alcanzados; de no ser así, se deben replantear.
- **Opciones estratégicas:** Realizado el diagnóstico estratégico y el análisis de la matriz DOFA, deberán explorarse las opciones que la empresa tiene para anticipar sus oportunidades y amenazas, como sus fortalezas y debilidades. Con base en esto la empresa deberá: definir los vectores de su comportamiento futuro en el mercado; analizar el comportamiento de su portafolio de productos; determinar las estrategias globales y los proyectos estratégicos que le permitan lograr eficiente y eficazmente su misión (49).
- **Formulación estratégica.** Las opciones estratégicas deberán convertirse en planes de acción concretos, con definición de responsables. Para ello, es indispensable proyectar en el tiempo cada uno de los proyectos estratégicos, definir los objetivos y las estrategias de cada área funcional dentro de estos proyectos, así como diseñar planes de acción concretos.
- **Difusión del plan estratégico.** Al tener definido el plan estratégico y antes de ser implementado, debe darse a conocer a toda la organización. Su divulgación permitirá que todos los colaboradores identifiquen su

responsabilidad en la ejecución del plan y se comprometan con su cumplimiento.

- **Ejecución estratégica del plan.** Llevar a cabo la ejecución de las estrategias formuladas en el plan, mediante la implementación de un modelo de fácil entendimiento y aplicable a la empresa.

1.6 Cuadro de Mando Integral

1.6.1 Cuadro de Mando Integral, su origen y evolución

El concepto de Cuadro de Mando data desde 1948 cuando se comienza en Estados Unidos a incorporar el término en varias empresas. El concepto de Cuadro de Mando se deriva del término francés *“Tableau de Bord”*, que traducido literalmente significa *“tablero de mandos, o cuadro de instrumentos”*. La aproximación más reconocida previa al Cuadro de Mando Integral, o Balanced Scorecard (BSC), es el Tableau de Bord, surgido en Francia, y presentaba indicadores financieros y no financieros para controlar los diferentes procesos de negocios. (52)

Los principales artículos publicados por Robert Kaplan y David Norton, hacen referencia a la existencia y uso del Cuadro de Mando, conformado por indicadores financieros tradicionales e indicadores no financieros: *“Con anterioridad a la aparición del CMI (Cuadro de mando integral) se utilizaba el Cuadro de Mando, el cual fue una aportación de la doctrina francesa, que tiene sus orígenes en la II Guerra Mundial”*, pero este Cuadro de Mando reflejó varias debilidades en las organizaciones, las cuales no permitían comunicar eficientemente la estrategia de la organización y sólo se basaba en indicadores financieros. (52)

El CMI es una versión mejorada del Tableau de Bord, ya que incluye las mejores cualidades de este y las complementa con indicadores no financieros y otras variables que han tomado importancia en el siglo XXI, como la satisfacción del cliente.

El Cuadro de Mando Integral es una herramienta de medición y gestión estratégica que surge en la década de los noventa creada por Robert Kaplan y David Norton, siendo el resultado del estudio realizado en 200 empresas denominado *“La Medición de los Resultados en la Empresa del Futuro”* patrocinado por KPMG en el año 1990. El estudio buscaba responder a los cuestionamientos generados por las dificultades que las organizaciones estaban teniendo para generar valor, cuando

sólo se centraban en las valoraciones financieras, sin darle mayor importancia a aspectos no financieros. El estudio mostró la importancia de mantener el equilibrio entre objetivos de corto y largo plazo entre las medidas tanto financieras como no financieras. (53)

Después de finalizado el estudio realizado por Robert Kaplan y David Norton, en 1992, la herramienta metodológica planteada ha evolucionado desde sus fases iniciales tanto en su propósito como en sus perspectivas.

Comenzaremos por describir en tres fases los cambios de su evolución teniendo en cuenta su propósito: (54)

- **Fase I. Medición y control (1992):** En la publicación del artículo “El Cuadro de Mando Integral” en Harvard Business Review (enero – febrero de 1992) se incorpora al Cuadro de Mando Integral, un sistema equilibrado de indicadores financieros y no financieros en torno a cuatro perspectivas muy precisas (la financiera, clientes, procesos internos, innovación y aprendizaje). El nombre de Cuadro de Mando Integral reflejaba el equilibrio entre objetivos a corto y largo plazo, entre medidas financieras y no financieras, y entre perspectivas de actuación externas e internas que ayudarán a explicar los resultados financieros y a prever el futuro.

Al pasar los años y con la implementación del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones, se comenzó a ver esta herramienta como algo más que un sistema de mediciones. Se quería usar el nuevo sistema de mediciones para comunicar y alinear las organizaciones con las nuevas estrategias; lejos del enfoque histórico y a corto plazo de reducción de costos y competencia a bajo precio, y hacia la generación de oportunidades, ofreciendo a los usuarios productos y servicios con valor añadido y a medida. Se resaltó la importancia de vincular los indicadores del Cuadro de Mando Integral con la estrategia de la organización. (55)

En un tercer artículo “La utilización del Cuadro de Mando Integral como un sistema de gestión estratégica”, publicado en Harvard Business Review (enero - febrero de 1996), Robert Kaplan y David Norton describieron la importancia de diseñar indicadores alrededor de la visión de la organización, a un plazo más largo, es así como pasamos a la segunda fase de desarrollo del Cuadro de Mando Integral.

- **Fase II. Sistema de gestión basados en la estrategia (1996):** La acción de medir no solo genera información relevante sobre el pasado, sino además es una manera efectiva de prever el comportamiento futuro, ya que los indicadores establecidos por la dirección dan a conocer a la organización cuales son las prioridades de gestión. De esta forma lo que era una herramienta de medición e información se convirtió en una herramienta de gestión estratégica.

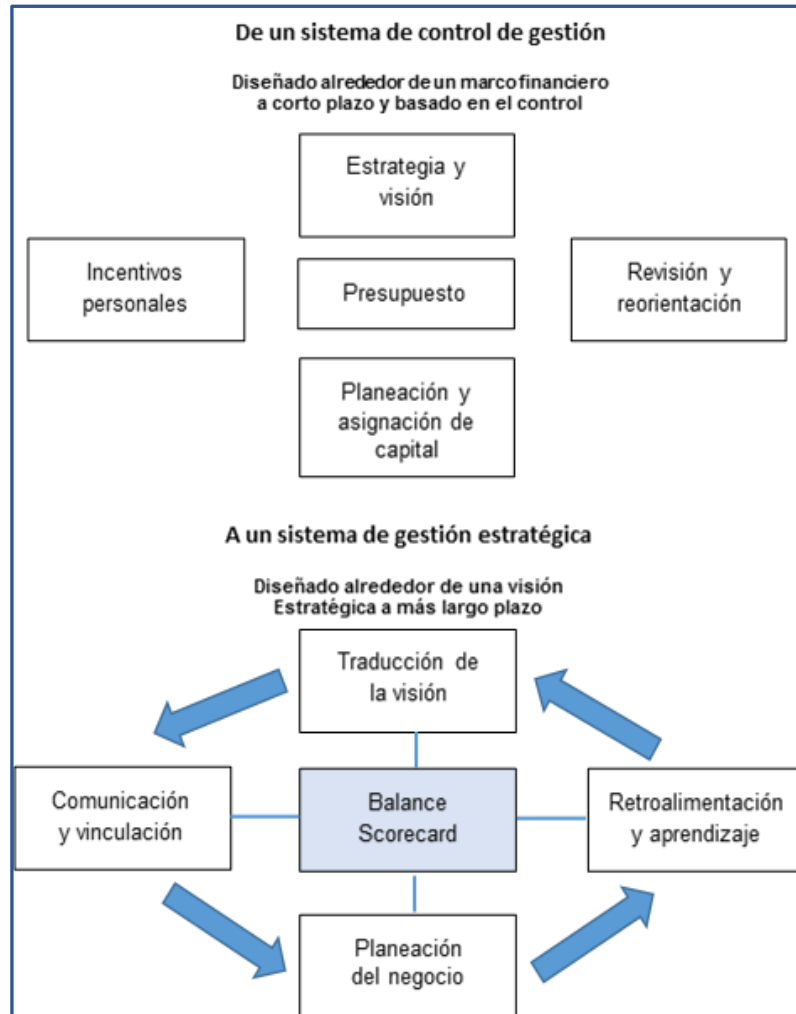
El cuadro de mando fue ganando relevancia entre las empresas de todo el mundo como herramienta clave para la puesta en marcha de la estrategia, y Kaplan y Norton resumieron el concepto y lo aprendido durante cuatro años en su libro de 1996 llamado "The Balanced Scorecard". (56)

Con la publicación del libro "The Balance Scorecard" el método empieza a ser utilizado como técnica de gestión estratégica, mediante la configuración de mapas estratégicos, con el fin de conocer el grado de éxito o fracaso y así poder tomar decisiones oportunas.

Es así como lo exponen los autores en el libro "The Balance Scorecard" y que se visualiza en la figura 8:

"Aprendimos rápidamente que la acción de medir tiene consecuencias que van más allá de simplemente informar sobre el pasado. Medir es una manera de centrar la atención en el futuro porque los indicadores que eligen los directivos dan a conocer a la organización todo aquello que es importante. Para aprovechar esta fuerza en su totalidad los indicadores deben integrarse en un sistema de gestión. Así pues, afinamos el concepto de Balanced Scorecard y mostramos que podía ir más allá de ser un sistema para medir resultados y transformarse en el marco organizativo de un sistema de organización estratégica". (4)

Figura 8 Evolución de un sistema de control de gestión a un sistema de gestión estratégica.



Fuente: Propuesta de cuadro de mando integral para la Mipyme frutizados, ubicada en el municipio de Santiago de Cali, Colombia.

Después de varios años de uso de la herramienta como un sistema de gestión estratégica, y a través de la publicación de numerosos artículos y libros, la estrategia ha venido depurándose hasta convertirse en uno de los más importantes e influyentes modelos de gestión empresarial, llegando así a una tercera fase del desarrollo.

- **Fase III. Modelo de organización y gestión del cambio (2001):** La reciente publicación del libro “*The Strategy-Focused Organization*” enfoca la estrategia en el centro del sistema de gestión, con el objetivo de movilizar y guiar la organización hacia el proceso continuo de adaptación, ajustes y nuevas respuestas, ante las exigencias que impone el medioambiente interno y externo. El desarrollo del aprendizaje organizacional es fundamental para generar cambios permanentes en las organizaciones.

En su libro “*The Strategy-Focused Organization*” se describen los cinco principios de gestión estratégica: (57)

- **Movilizar** el cambio a través del liderazgo ejecutivo.
- **Traducir** la estrategia en términos operacionales.
- **Alinear** la organización con la estrategia.
- **Motivar** para que la estrategia sea una tarea de todos.
- **Gobernar** para convertir a la estrategia en un proceso continuo.

Ya hemos visto cómo se ha dado la evolución del Cuadro de Mando Integral de acuerdo a sus propósitos, a continuación, se hará referencia a la incorporación de nuevos conceptos en las perspectivas:

- **Creación de subsecciones en una perspectiva:** Con el paso del tiempo algunas compañías deciden renombrar la perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento como perspectiva humana para centrarse únicamente en la satisfacción del personal o perspectiva de innovación para enfocarse en futuros desarrollos de productos.

Ante estos cambios de nombres y enfoques parciales de esta perspectiva, los creadores de la metodología, Kaplan y Norton sugieren como principales componentes de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, tres subsecciones a las que denominan: capital humano, capital informacional y capital organizacional; los cuales a su vez poseen indicadores específicos. (53)

- Subsección capital humano: Habilidades de los empleados, talentos y conocimientos.
- Subsección capital informacional: Bases de datos, sistemas de información e infraestructura tecnológica.
- Subsección capital organizacional: Cultura, liderazgo, coherencia de objetivos, trabajo en equipo y conocimiento administrativo.

Estos cambios apuntan a dar mayor especificidad a esta perspectiva evitando la dispersión en torno a esta importante dimensión organizacional que se enfoca en la innovación y aprendizaje a largo plazo.

A modo de síntesis, el Cuadro de Mando integral desde su origen ha tenido varios cambios en su propósito y ha incorporado nuevos conceptos en sus perspectivas; sin embargo, después de más de 40 años de trayectoria continúa vigente, ya que es una herramienta de control de gestión estratégica que se puede ajustar a cualquier organización y permite enfocar a la organización hacia el diseño y entrega de una propuesta de valor contundente y ganadora. Más aún, en épocas de cambio, en un entorno volátil, incierto y ambiguo, disponer de una herramienta poderosa e integradora facilita alcanzar los objetivos de largo plazo, para hacer de la organización un competidor relevante y diferenciado. (54)

1.6.2 Beneficios del cuadro de mando integral

Algunos de los principales beneficios que se pueden obtener en las organizaciones al implementar el Cuadro de Mando Integral son:

- Provee información de las variables financieras y no financieras de la organización.
- Alinea la estrategia a los objetivos en cuatro perspectivas específicas.
- Comunica la estrategia a toda la estructura organizacional, tanto horizontal como vertical.
- Permite la revisión y adaptación de la estrategia organizacional de acuerdo a los cambios del entorno.
- Promueve la mejora continua y facilita la formación de manera específica.

Una de las principales ventajas de esta herramienta es que puede ser aplicada a todo tipo de organizaciones: micros, pymes, grandes empresas, entidades públicas, organizaciones sin fines de lucro, fundaciones, ONGs, y demás. (58)

Podría considerarse que el principal beneficio del uso del Cuadro de Mando Integral reside en que permite monitorear los objetivos definidos y llevar a cabo un seguimiento de la estrategia global de la compañía de una manera centralizada. Además, clarifica cómo las acciones del día a día afectan a la rentabilidad global de la empresa. Permite a los gerentes evaluar las inversiones de las TICs, así como el rendimiento del Sistema de Información de una organización de una forma holística. (59)

aprendizaje y mejora continua, y permite un control y seguimiento efectivo de los objetivos estratégicos. Su uso adecuado puede ayudar a las organizaciones a alcanzar sus metas estratégicas de manera más efectiva y a mantener una ventaja competitiva en un entorno empresarial dinámico.

1.6.3 Componentes del Cuadro de Mando Integral

En el Cuadro de Mando integral intervienen varios componentes, los cuales están articulados entre sí, de tal manera que generen la sinergia necesaria para su adecuada aplicación e implementación en las organizaciones. Estos componentes son:

1.6.3.1 Objetivos estratégicos

Los objetivos estratégicos son un fin deseado, cuyo cumplimiento es clave para la consecución de la estrategia en un período determinado de tiempo. Podría decirse que los objetivos son los que determinan qué es lo realmente importante en la estrategia organizacional. Los objetivos estratégicos deben ser, claros, coherentes, medibles y alcanzables. (60)

Los objetivos estratégicos de una organización se definen con tres propósitos: (60)

1. Materializar la estrategia: Establecer objetivos estratégicos concretos permite a todos los colaboradores de la institución ponerse de acuerdo sobre qué es exactamente lo que la organización debe lograr.
2. Ayudar a establecer las metas y evaluar su cumplimiento: Los objetivos estratégicos deben servir como guía cuando la gerencia formula las metas a nivel táctico y operacional.
3. Crear alineación organizacional: Una buena definición de objetivos estratégicos debe ayudar a que los empleados y los departamentos no trabajen con objetivos que entren en conflicto. En su lugar deben ayudar a que todos trabajen con la imagen global en mente, de forma que todos se muevan en la misma dirección.

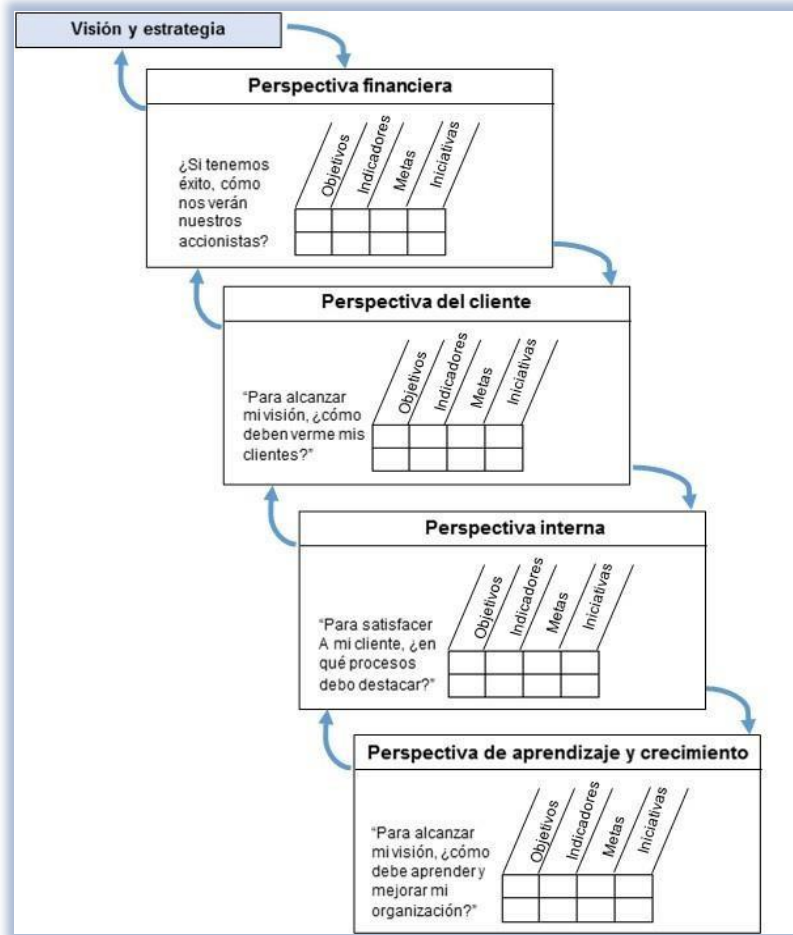
Para formular los objetivos estratégicos se recomienda tener en cuenta algunos tips como: (60)

- La estrategia no debe tener más de 15 objetivos estratégicos.
- Todos los objetivos deben vincularse de manera lógica y mediante relaciones causa – efecto.
- Sus objetivos no pueden contradecirse, por ejemplo, no tendría sentido que un objetivo sea “Desarrollar relaciones cercanas con el cliente” y otro sea “Migrar el servicio de soporte a una plataforma de asistencia remota”.
- Cada objetivo debe tener al menos un verbo y un sustantivo.
- Asegúrese de no incluir proyectos como objetivos estratégicos.

A continuación, se describe el concepto de las relaciones causa – efecto, lo que constituye la hipótesis de la estrategia y la esencia del sistema de gestión de la organización, con el fin de identificar la **“ruta” para la creación de la propuesta de valor para el cliente** y para otros stakeholders, así como para tomar decisiones de manera ordenada y estructurada. (54)

La definición de los objetivos estratégicos y su conexión mediante relaciones causa -efecto, permitirá explicar el cómo la organización espera alcanzar los objetivos previstos y definen la lógica para convertir los activos intangibles en resultados tangibles. En la figura 10 se visualiza las relaciones causa – efecto de la estrategia.

Figura 10 Visualización gráfica del concepto de las relaciones causa-efecto



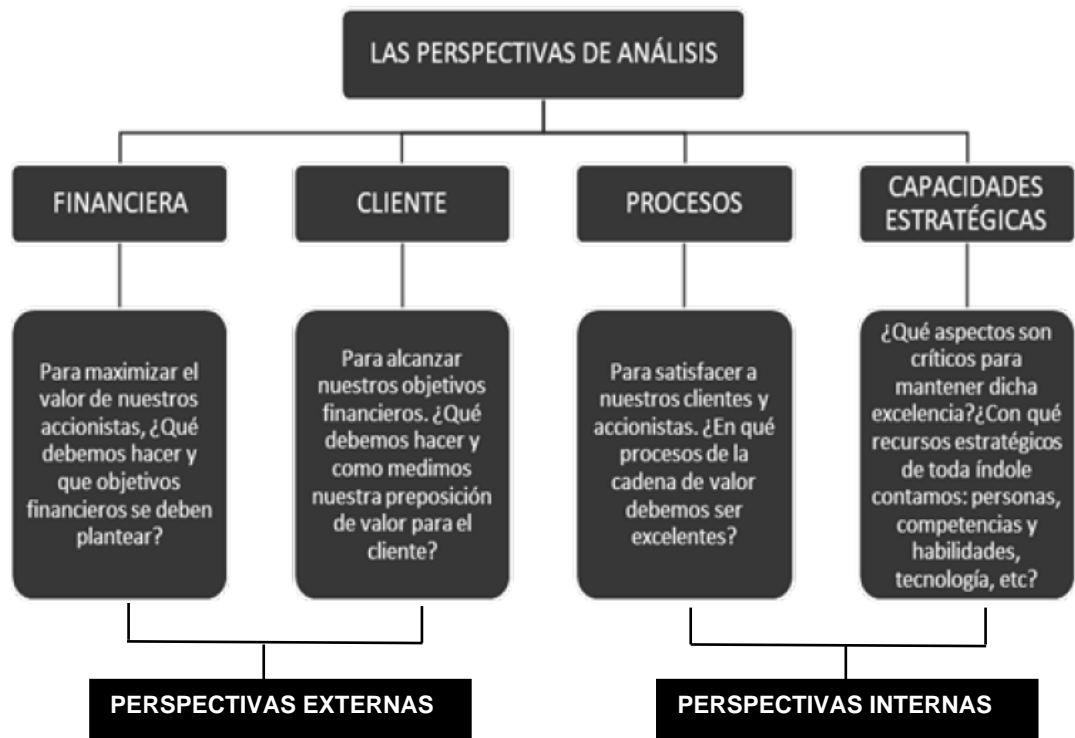
Fuente: Propuesta de cuadro de mando integral para la Mipyme frutizados, ubicada en el municipio de Santiago de Cali, Colombia.

1.6.3.2 Perspectivas del cuadro de mando integral

La metodología del Cuadro de Mando Integral propuesta por Kaplan y Norton en el año 1992 trata de traducir la misión y la estrategia explícita de una organización, en un amplio conjunto de medidas de actuación para la creación de valor, organizadas coherentemente bajo cuatro perspectivas específicas que se interrelacionan y complementan entre sí: financiera, cliente, procesos y la de capacidades estratégicas (aprendizaje y crecimiento). (40)

Estas cuatro perspectivas pueden definirse como externas e internas; siendo las perspectivas externas aquellas que reflejan los resultados de la actuación de la organización como la perspectiva financiera y la perspectiva de los clientes. Por otro lado, las perspectivas internas evalúan los objetivos en los que la organización tiene margen de actuación como la perspectiva de procesos y la de capacidades estratégicas (aprendizaje y crecimiento). (53) A continuación, en la figura 11 se resumen las cuatro perspectivas con las preguntas claves que permitirán alcanzar la visión de la organización.

Figura 11 Perspectivas del cuadro de mando integral.



Fuente: Adaptación propia, basada en cuadro de mando integral una mirada desde su evolución.

Para tener una visión clara de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral, se hace importante desagregar cada una de ellas:

1.6.3.2.1 La perspectiva financiera

Describe los resultados tangibles de la estrategia y responde a la pregunta: ¿si tenemos éxito cómo nos verán nuestros accionistas?, así pues, Kaplan y Norton, haciendo referencia a esta perspectiva definen:

El BSC mantiene a la perspectiva financiera como el objetivo final para las empresas que buscan maximizar las utilidades. Los indicadores de desempeño financiero indican si la estrategia de la empresa, incluyendo su implementación y ejecución, contribuyen a la mejora de los resultados financieros. Los objetivos financieros, normalmente están relacionados con la rentabilidad, medida por ejemplo, por la ganancia operativa y el retorno sobre la inversión. Básicamente, las estrategias financieras son sencillas; las empresas pueden ganar más dinero, primero: vendiendo más y segundo: gastando menos. (61)

La perspectiva financiera está enmarcada por el ciclo de vida de los productos y/o servicios: (52)

- **Fase de crecimiento:** es la primera fase de una organización, es el inicio de su ciclo de vida con alto potencial de crecimiento. En esta fase, la rentabilidad no es un objetivo estratégico sino ganar tamaño; normalmente los flujos de caja son negativos, ya que el monto de inversión con respecto al retorno es casi nulo.
- **Fase de mantenimiento:** en esta fase la mayoría de los negocios ya se han desarrollado y la empresa busca mantener los indicadores financieros en su punto ideal, generando nuevas inversiones.
- **Fase de recolección:** la fase de recolección o también llamada fase de cosecha, es la fase madura del ciclo. Las inversiones se realizan sólo para mantener las capacidades existentes y el objetivo es maximizar el retorno de la inversión.

En cada una de estas fases los objetivos financieros difieren, por lo tanto, lo primero que se debe hacer para definir los objetivos financieros, es identificar en qué fase se encuentra la organización. En la Tabla 3 se mencionan algunos ejemplos de objetivos financieros dependiendo de la fase en que se encuentre la organización.

Tabla 3 Fases del ciclo de vida de la organización vs objetivos financieros

FASES	OBJETIVOS FINANCIEROS
Crecimiento	Porcentaje de crecimiento en ventas, nuevos mercados, nuevos clientes, nuevos canales de marketing
Mantenimiento	Mantener indicadores financieros tradicionales, margen bruto, mantener rendimientos más altos
Recolección	Mejorar el retorno de los flujos de efectivo

Fuente: Aplicación del cuadro de mando integral en el sector sanitario.

Dentro de las tres fases del ciclo de vida, se encuentran tres temas financieros importantes, los cuales impulsan la estrategia de la organización: (52)

- **Crecimiento y diversificación de los ingresos:** Este indicador muestra el crecimiento de los ingresos, explica cómo llegar a nuevos clientes y mercados, crear nuevos productos y aplicaciones, realizar nuevas relaciones y estrategias de precios.
- **Reducción de costos y mejora de la productividad:** El objetivo es reducir costos y gastos, aumentar la productividad, y por lo tanto, los ingresos; mejorar la comunicación entre los principales canales.
- **La utilización de los activos y la estrategia de inversión:** El objetivo principal es aumentar la intensidad en la utilización de los activos, aumentar su capacidad y aumentar los flujos de efectivo.

1.6.3.2.1.1 Medidas financieras y sus limitaciones

Desde que existen las organizaciones empresariales, el método tradicional para medir los resultados ha sido en términos de beneficios; es decir, la capacidad que tiene la empresa de generar beneficios económicos y de lograr buenos rendimientos de las inversiones realizadas. De hecho, hay registros contables usados para facilitar transacciones financieras que se pueden remontar a miles de años.

A mediados del siglo XX, las innovaciones en las medidas financieras desempeñaron un papel fundamental y los indicadores financieros proporcionaban la información con que se medía el éxito de las organizaciones. (56)

Al entrar en el siglo XXI muchos cuestionaron la casi exclusiva dependencia de la valoración financiera de los resultados alcanzados. Tal vez, estas medidas servían mejor para informar sobre la administración de los fondos confiados a la dirección de la empresa, en lugar de usarlas para marcar el camino de la futura dirección. (56)

A continuación, en la tabla 4 se describe algunas de las críticas realizadas al método tradicional y como el Cuadro de Mando Integral resuelve las inquietudes presentadas (64)

Tabla 4 Problemas tradicionales de la gestión y su solución en el CMI

Problema	Método tradicional	Cuadro de Mando Integral
Proporciona información engañosa para tomar decisiones	El uso de indicadores de resultados pasados puede llevar a emplear medidas no acordes a la estrategia	El análisis conjunto de indicadores de resultados con indicadores de progresos puede clarificar la toma de decisiones dentro del marco estratégico
No considera los requisitos actuales de la empresa y su estrategia	Al ignorar otros indicadores menos tangibles la empresa puede recibir una falsa apreciación sobre la real situación competitiva	El uso de indicadores no financieros permite percibir la figura completa y tomar las decisiones correspondientes
Alienta el pensamiento a corto plazo y la suboptimización	El análisis financiero puede inducir a decisiones que, aunque mejoren la situación financiera actual comprometen el buen desempeño futuro	Al visualizar completamente los efectos y las causas de una decisión se puede lograr un equilibrio entre el largo plazo y obtener los mejores resultados
Aporta información abstracta para los trabajadores	Los indicadores tradicionales no les demuestran a los trabajadores la relación entre su trabajo y el desempeño de la organización	El CMI provee un esquema de indicadores de causa y efecto que permite a los trabajadores identificar el papel de su trabajo en la consecución de los objetivos de la entidad

Fuente: Cuadro de mando integral como herramienta de gestión.

Después de conocer algunas limitaciones de un enfoque tradicional, netamente financiero, pasamos a la actualidad, donde las organizaciones se plantean que deben estar preparadas para el futuro, pero no solamente en el sentido de contar

con departamentos financieros, de investigación y desarrollo, sino también, desde la visión de ganar valor a largo plazo. Para esto no son suficientes los indicadores financieros, sino que es necesario pensar en los indicadores intangibles, entendidos estos como aquellos que pueden producir valor económico añadido al invertir en formación, cultivar las relaciones con los clientes y crear bases de datos que permitan el análisis. (63)

1.6.3.2.2 La perspectiva del cliente

Esta perspectiva se centra en los objetivos estratégicos que están relacionados con los clientes y el mercado. Define la propuesta de valor para el cliente objetivo y responde a la pregunta: ¿para alcanzar mi visión cómo deben verme mis clientes? En este sentido Kaplan y Norton señalan que:

Una vez que la empresa comprende quiénes son sus clientes, puede identificar los objetivos e indicadores de la propuesta de valor que pretende ofrecer. La propuesta de valor define la estrategia de la empresa para el cliente describiendo la combinación única de producto, precio, servicio, relación e imagen que una empresa ofrece al cliente objetivo. La propuesta de valor debe comunicar aquello que la empresa espera hacer mejor o de manera diferente que la competencia para sus clientes. (61)

En esta perspectiva se miden los indicadores relacionados directamente con la satisfacción, fidelidad, retención, adquisición y rentabilidad de los clientes y segmentos de mercados.

Para realizar unos buenos objetivos enfocados en los clientes y los mercados, se debe realizar una segmentación del mercado, que consiste en identificar los diferentes grupos de clientes y puntos clave donde se está compitiendo, para llegar fácilmente a ellos. En el Cuadro de Mando Integral se debe enfocar la estrategia de la organización en cada segmento del mercado, teniendo en cuenta dos tipos de medidas: (52)

1. Grupos centrales de indicadores: Estos grupos se aplican en general a cualquier organización y son: (52)

- **Cuota de Mercado:** Es el porcentaje de ventas en un mercado seleccionado. Esta medida ayuda a que el CMI refleje como se debe vigilar la estrategia del negocio.

- **Incremento de clientes:** Refleja la proporción en que la unidad de negocio atrae nuevos clientes.
- **Retención de clientes:** Este indicador muestra si la organización está cuidando adecuadamente sus clientes y las relaciones que posee con ellos.
- **Satisfacción de clientes:** Evalúa el nivel de satisfacción de los clientes, lo que permite realizar retroalimentaciones sobre lo bueno o malo que está haciendo la organización.
- **Rentabilidad de los clientes:** Refleja que tan rentable son los clientes actuales, descontando los gastos necesarios para retener al cliente.

2. Inductores de la actuación de los resultados del cliente: Estos inductores reflejan que debe hacer la organización para alcanzar un alto grado de satisfacción, retención y adquisición de los clientes. Para llegar a esto, la organización crea propuestas de valor agregado, que representan los atributos que ofrece la empresa para aumentar fidelidad y satisfacción en los clientes.

Las propuestas de valor difieren dependiendo del sector donde se desenvuelve la organización; sin embargo, existen tres categorías generales:

- **Los atributos de los productos y/o servicios:** Los principales atributos de los productos o servicios son: la calidad, el precio y el tiempo.
- **La relación con los clientes:** Para establecer que tan buenas son las relaciones con los clientes se debe tener en cuenta, desde el momento de la entrega del producto, el plazo del producto y la satisfacción del cliente.
- **La imagen y el prestigio:** Estos dos factores intangibles son utilizados por grandes organizaciones, para crear fidelidad en los clientes. (52)

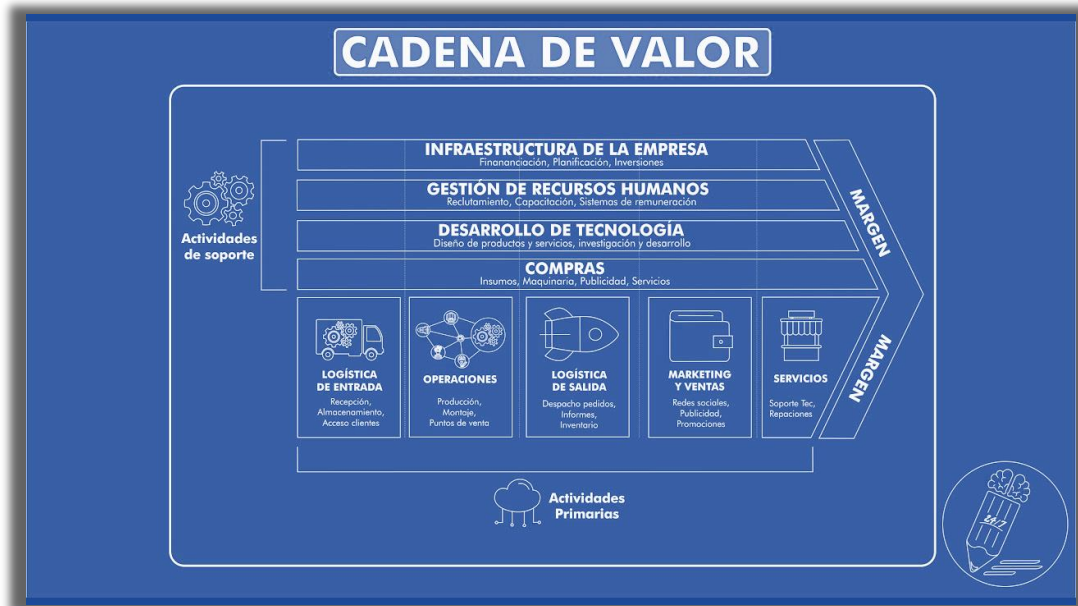
1.6.3.2.3 La perspectiva interna

Esta perspectiva se centra en los procesos internos de una organización y busca identificar los procesos rectores y actividades críticas que se espera tengan el mayor impacto sobre la estrategia y responde a la pregunta: ¿para satisfacer a mi cliente en qué procesos me debo destacar? (61)

Para dar respuesta a esta pregunta, se debe iniciar con el análisis de las expectativas que tiene el cliente y los accionistas. Según Kaplan y Norton, estas expectativas se pueden obtener mediante un proceso secuencial y vertical llamado cadena de valor, término que fue introducido por Michael E. Porter en 1985 en su libro Ventaja Competitiva (Competitive Advantage).

La cadena de valor es una herramienta gerencial integrada por todas las actividades empresariales que crean valor para los clientes y generan ventajas competitivas y gráficamente se representa con la figura 12.

Figura 12 Esquema gráfico de la cadena de valor



Fuente: <https://i.ytimg.com/vi/BIAoXFytkpw/maxresdefault.jpg>

Como puede verse en el gráfico, la cadena de valor divide la empresa en una serie de actividades interrelacionadas entre sí: actividades de soporte y actividades primarias: (65)

Las actividades primarias son aquellas que están directamente relacionadas con la creación, entrega y soporte del producto o servicio ofrecido por la empresa. Estas actividades se dividen en cinco categorías:

- **Logística de entrada:** Incluye todas las actividades relacionadas con la adquisición y recepción de los insumos necesarios para la producción.
- **Operaciones:** Comprende las actividades involucradas en la transformación de los insumos en productos o servicios finales.
- **Logística de salida:** Incluye las actividades relacionadas con el almacenamiento, el manejo de inventarios y la distribución física del producto o servicio a los clientes.

- **Marketing y ventas:** Engloba todas las actividades relacionadas con la promoción, venta y comercialización del producto o servicio.
- **Servicio:** Comprende las actividades posteriores a la venta, como el soporte técnico, el servicio al cliente y la asistencia posventa.

Las actividades de soporte son aquellas que brindan el soporte necesario para que las actividades primarias se lleven a cabo de manera eficiente. Estas actividades incluyen:

- **Infraestructura de la empresa:** Comprende las actividades de gestión general, finanzas, contabilidad, planificación y administración de la organización.
- **Gestión de recursos humanos:** Incluye todas las actividades relacionadas con la contratación, capacitación, desarrollo y retención del talento humano en la organización.
- **Desarrollo tecnológico:** Comprende las actividades de investigación y desarrollo, así como la gestión y aplicación de tecnología en la organización.
- **Adquisición:** Son las actividades relacionadas con la adquisición de recursos y servicios externos necesarios para el funcionamiento de la empresa.

La cadena de valor permite a las empresas identificar las actividades clave que generan valor y optimizar sus operaciones en cada etapa. Al comprender cómo se generan los costos y cómo se crea valor en cada actividad, las empresas pueden buscar formas de mejorar su eficiencia, reducir costos, diferenciarse de la competencia y ofrecer un mayor valor a los clientes.

1.6.3.2.4 La perspectiva de aprendizaje y crecimiento

Esta perspectiva, se enfoca en los activos intangibles de la organización y comprende aspectos relacionados con el desarrollo y la mejora continua del capital humano, los sistemas de información, la cultura organizacional y la capacidad de innovación, responde a la pregunta: ¿para alcanzar mi visión cómo debe aprender y mejorar mi organización? (61)

Dentro de las cuatro perspectivas del Cuadro de Mando Integral, posiblemente sea ésta la más importante y se convierte en la clave de todas las demás perspectivas, ya que se ha demostrado que al tener en la organización capital humano comprometido, motivado, entrenado y con conocimiento, permite que la consecución de los objetivos estratégicos sea activa, mucho más ágil y se vea

reflejado en aspectos como la eficiencia, la productividad, la seguridad y la atención hacia los usuarios, consecuentemente con la satisfacción y fidelización de los mismos y finalmente contribuye a la rentabilidad de la empresa.

En esta perspectiva algunos indicadores clave que se pueden utilizar son: (56)

- **Capital humano:** Estos indicadores evalúan el nivel de competencia y capacitación del personal, la retención del talento, la satisfacción laboral y la efectividad de los programas de desarrollo de habilidades.
- **Sistemas de información:** Se refieren a los indicadores que miden la calidad y disponibilidad de la información necesaria para la toma de decisiones estratégicas, así como la eficiencia y efectividad de los sistemas de información utilizados por la organización.
- **Cultura organizacional:** Estos indicadores evalúan la alineación de los valores y principios de la organización con los objetivos estratégicos, así como el grado de colaboración, trabajo en equipo y enfoque en la excelencia dentro de la cultura organizacional.
- **Innovación y aprendizaje:** Se refieren a los indicadores que miden la capacidad de la organización para generar ideas innovadoras, implementar mejoras, adaptarse a los cambios del entorno y aprender de la experiencia.

Estos indicadores permiten a la organización medir su capacidad para aprender, mejorar y adaptarse a medida que avanza hacia sus objetivos estratégicos. La perspectiva de aprendizaje y crecimiento es fundamental en el CMI, ya que proporciona la base necesaria para impulsar el desempeño en las demás perspectivas (financiera, cliente y procesos internos).

Al tener una visión global de las cuatro perspectivas, se puede concluir los objetivos de cada una de ellas, en la siguiente tabla.

Tabla 5 Objetivos de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral.

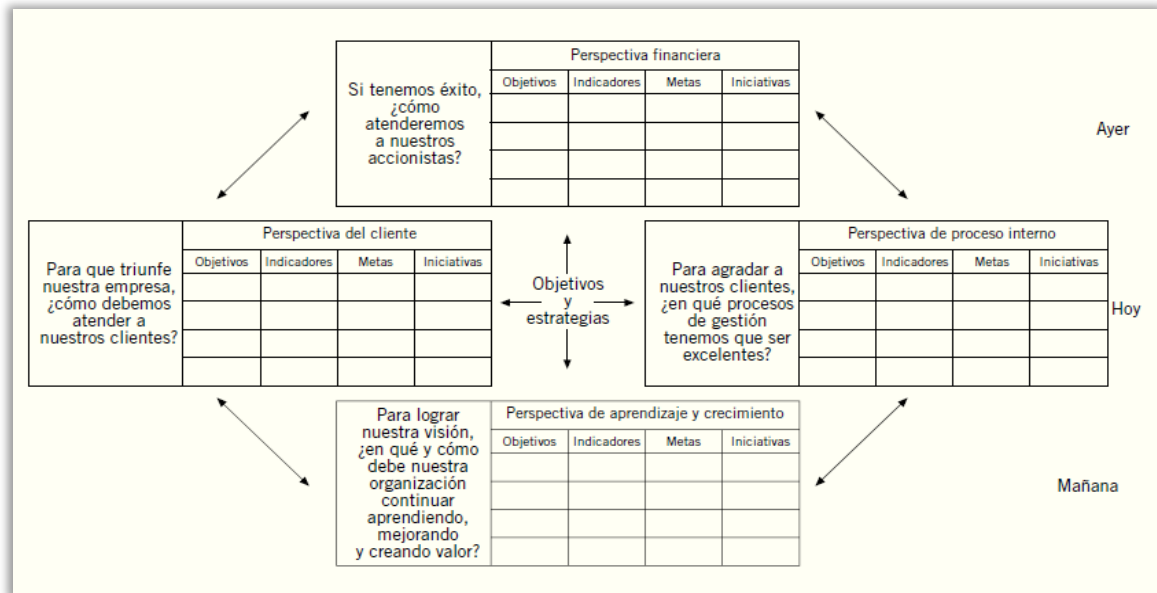
Perspectiva	Objetivos
Perspectiva financiera	Describir los resultados tangibles, busca incrementar los ingresos esperando obtener buenos resultados.
Perspectiva cliente	Reflejar el posicionamiento de la empresa en el mercado mediante la fidelización y satisfacción del cliente.

Perspectiva	Objetivos
Perspectiva procesos internos	Identificar los procesos internos que generan mayor impacto en la satisfacción del cliente, de innovación, de medio ambiente, creando estrategias en los procesos de su estructura organizacional.
Perspectiva aprendizaje y desarrollo	Definir las competencias que debe desarrollar el capital humano que permitan generar estrategias de motivación, fortalecer la capacitación e incorporar mejoras de tecnologías etc.

Fuente: Balanced Scorecard como Herramienta de Gestión y mejora en los Emprendimientos

Como se ha visto en esta sección, las perspectivas enmarcan los objetivos estratégicos, y estos a su vez requieren del diseño y desarrollo de los indicadores y metas, que lo llevan a definir las posibles iniciativas o proyectos estratégicos. De esta manera es que se puede configurar el mapa estratégico (tema que se profundiza en las próximas líneas). Por ahora es importante esquematizar las interrelaciones de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral en la figura 13.

Figura 13 Perspectivas del cuadro de mando integral y sus interrelaciones



Fuente: Tomado de Cuadro de mando: breve historia de su "desempeño".

1.6.3.3 Mapa Estratégico

Es la representación gráfica a través de un diagrama de los vínculos causa-efecto identificados en cada perspectiva. Da coherencia al modelo y a la manera de presentar los objetivos estratégicos y la estrategia global de la organización.

Los autores del Cuadro de Mando Integral, introducen en 1996 el concepto de los mapas estratégicos en su libro “The Strategy Focused Organization” convirtiéndose en el aporte conceptual más relevante y en una auténtica revolución dentro del mundo empresarial, ya que los mapas estratégicos permiten traducir la visión y la estrategia de una compañía en objetivos medibles y fácilmente comunicables, interconectados por relaciones causa-efecto, que explican la estrategia de la compañía y como ésta va a crear valor. (57)

De acuerdo a lo planteado por Norton y Kaplan, el mapa estratégico se basa en algunos principios, los cuales guían su diseño en la organización:(66)

- La estrategia debe equilibrar los objetivos de corto y largo plazo, lo que significa que se debe mantener la mirada en el largo plazo, pero sin dejar de hacer hoy lo necesario para llegar allá.
- La estrategia debe basarse en una oferta de valor diferencial para el cliente (y otras partes interesadas) que sea clara, cautiva y “enamora”.
- El valor se crea mediante los procesos internos; esto es, debe pasarse de la teoría a la acción, mediante procesos eficientes y bien definidos, con tal suerte que la propuesta de valor se convierta en realidad.
- La alineación estratégica determina el valor de los activos intangibles, en la medida en que estos activos (como el talento humano y el conocimiento) tengan la capacidad de contribuir al logro de los objetivos estratégicos, al poner en práctica su estrategia.

La relación causa-efecto es un concepto clave en la construcción de un mapa estratégico. Se refiere a la conexión lógica entre las acciones que se toman (causas) y los resultados que se obtienen (efectos).

En el contexto de un mapa estratégico, la relación causa-efecto se utiliza para mostrar cómo los objetivos estratégicos en una perspectiva contribuyen al logro de los objetivos en otras perspectivas y, finalmente, a la visión de la organización.

La relación causa-efecto se visualiza en un mapa estratégico mediante flechas que conectan los objetivos estratégicos en diferentes perspectivas. Estas flechas indican la dirección de la influencia, mostrando cómo el logro de un objetivo afecta a otro.

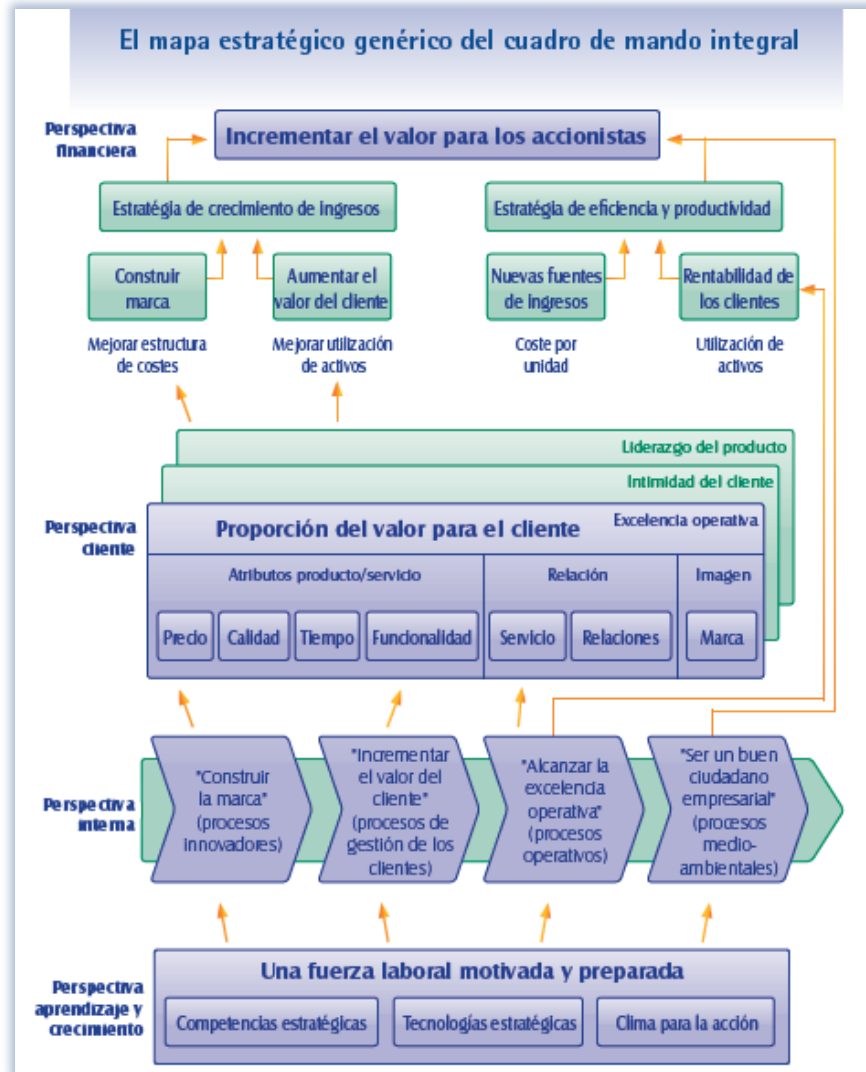
Al establecer relaciones causa-efecto en el mapa estratégico, se crea una lógica coherente que permite a los líderes y equipos comprender cómo las acciones y decisiones en una parte de la organización impactan en otras áreas y, en última instancia, en los resultados finales.

Horváth & Partners Management Consultants mencionan que las relaciones causa – efecto permiten: (67)

- Mostrar las relaciones y las dependencias existentes entre los objetivos estratégicos dentro de una perspectiva y entre las perspectivas.
- Dan a conocer a la dirección las relaciones y la importancia de los diferentes objetivos.
- Fomentan la comprensión conjunta de toda la estrategia de la organización.
- Representan cómo deben actuar conjuntamente las diferentes áreas, para poder ejecutar la estrategia.

Al llegar a este punto, se puede concluir que es a través del diseño del Mapa Estratégico que la empresa cuenta su historia y la forma como comunica el significado de la estrategia a todos los colaboradores. Se concibe, que a partir de la interacción de las relaciones causa – efecto entre los objetivos estratégicos de cada una de las perspectivas, un observador externo debería ser capaz de leer la estrategia de la organización. Por medio de la figura 14 se esquematizan las relaciones causa – efecto en un mapa estratégico.

Figura 14 El Mapa Estratégico: descripción visual de la estrategia



Fuente: Manual Experiencias, Plan Estratégico y CMI

1.6.3.4 Indicadores y metas

La medición es fundamental, para poder conocer la situación real de cualquier empresa y a partir de ella planificar, orientar y mejorar los procesos en todos los niveles de la organización.

Hasta el momento no se ha estandarizado el número de indicadores por cada perspectiva, ya que esto depende de la dinámica de cada organización, pero, en la literatura se utiliza un rango entre 20 y 30 indicadores en el Cuadro de Mando Integral:(68)

- Financiera: 5 indicadores (22%)
- Clientes: 2 indicadores (22%)
- Procesos: 8 – 10 indicadores (34%)
- Aprendizaje: 5 indicadores (22%)

Los indicadores deben hacer la medición contra una meta establecida, es decir, contra un valor objetivo establecido en un período de tiempo determinado. La definición de la meta es de importante valor, porque permite evaluar el grado de logro obtenido y de la necesidad de establecer acciones correctivas que permitan alcanzar el objetivo planteado. Estas metas deben ser claras, medibles, alcanzables, relevantes y con un tiempo definido (SMART) (53). Mirada Las metas proporcionan un objetivo claro y establecen un punto de referencia para evaluar el desempeño.

Para ampliar y detallar el tema de los indicadores, se ha dedicado la última sección del marco teórico, que se verá a continuación.

1.6.3.5 Iniciativas y proyectos estratégicos

Las iniciativas y proyectos estratégicos son acciones y actividades específicas que se llevan a cabo para alcanzar los objetivos estratégicos de una organización. Estas iniciativas y proyectos están diseñados para impulsar el cambio, mejorar el desempeño y avanzar hacia la visión estratégica de la organización, que permitan generar una propuesta de valor al cliente y a todos los grupos de interés.

Dicho lo anterior, se entiende que estas iniciativas estratégicas son aquellos planes de actividades inmediatas que ponen en movimiento la estrategia y ayudan a que todo el engranaje de una organización esté encaminado hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Así, las iniciativas estratégicas definirán de qué manera la labor de cada colaborador de la organización impactará en el cumplimiento de las metas propuestas.(69)

A continuación, se mencionan algunas características y consideraciones generales sobre las iniciativas y proyectos estratégicos: (70)

- **Alcance y enfoque:** Las iniciativas y proyectos estratégicos se centran en áreas clave que tienen un impacto significativo en el logro de los objetivos estratégicos. Pueden abordar aspectos como la expansión de mercados, la optimización de procesos, mejora de la calidad, el desarrollo de nuevos productos o servicios, la adopción de tecnologías, entre otros.
- **Planificación y ejecución:** Se requiere una planificación cuidadosa, que incluya la definición clara de los objetivos, los plazos, los recursos necesarios, los responsables y las actividades específicas a realizar. Es fundamental contar con un plan de proyecto sólido y establecer mecanismos de seguimiento y control para asegurar una ejecución exitosa.
- **Gestión del cambio:** Muchas veces, las iniciativas y proyectos estratégicos implican cambios significativos en la organización, tanto a nivel estructural como cultural. De esta manera, es importante tener en cuenta la gestión del cambio, involucrando a los diferentes actores y comunicando de manera efectiva los beneficios y la necesidad de cambio.
- **Asignación de recursos:** Es importante asignar un presupuesto y gestionar adecuadamente los recursos para garantizar el cumplimiento de los objetivos y el logro de los resultados esperados.
- **Seguimiento y evaluación:** Durante la ejecución de las iniciativas y proyectos estratégicos, es fundamental realizar un seguimiento continuo para evaluar el progreso y realizar ajustes si es necesario. Se deben establecer indicadores de desempeño y mecanismos de control para evaluar el avance y la efectividad de las iniciativas y proyectos.

Las iniciativas y proyectos estratégicos son herramientas clave para traducir la estrategia en acciones concretas y orientadas al logro de los objetivos. Permiten impulsar el cambio y la mejora en la organización, adaptándola a las demandas del entorno y asegurando su éxito a largo plazo.

1.7 Indicadores

En el momento actual, las empresas se enfrentan a un entorno cada vez más competitivo, por lo cual contar con herramientas de gestión basadas en mediciones y controles de los procesos, hace necesario el establecimiento de un sistema de indicadores que permitan a la alta dirección y en general a toda la organización, disponer de información fidedigna para la toma de decisiones que apunten al cumplimiento de los objetivos estratégicos organizacionales y los exigidos por el marco normativo vigente.(6)

Literaturas especializadas muestran diversas maneras de definir los indicadores, así como recomendaciones acerca de su aplicación y metodología. Luego de realizar la revisión de algunos estudios y de las metodologías desarrolladas por entidades en Colombia como: el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Departamento Nacional de Estadística (DANE) y los aportes de documentos y guías desarrollados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a continuación, se realiza una contextualización general de conceptos básicos que permiten facilitar la formulación, seguimiento y evaluación de los indicadores.

1.7.1 Importancia de la medición

Medir es “comparar una magnitud con un patrón preestablecido, lo que permitirá observar el grado en el que se alcanzan las actividades propuestas dentro de un proceso específico”. Este proceso permite, entre otras cosas, planificar con mayor certeza y confiabilidad, discernir con mayor precisión las oportunidades de mejora de determinados procesos y explicar y analizar el curso de los hechos. (71)

En consecuencia, una adecuada medición deberá contar con los siguientes atributos: (71)

- **Ser pertinente:** las mediciones que se realicen deben ser relevantes y útiles en el tiempo lo que facilitará tomar decisiones oportunas.
- **Ser precisa:** la medición debe reflejar fielmente la magnitud que se quiere analizar. Su margen de error es aceptable.
- **Ser oportuna:** los datos deben ser obtenidos en el periodo de tiempo en que la información es importante para la toma de decisiones, tanto para corregir como para prevenir.
- **Ser económica:** esto se refiere a la proporcionalidad que existe entre los costos incurridos en la medición y los beneficios de la medición. (60)

A través de la medición de aspectos como: resultados, impacto, productividad, satisfacción del usuario, calidad y oportunidad del producto y/o servicio se puede evaluar lo que está haciendo una organización y los efectos de sus actividades, permitiéndole alcanzar un lugar competitivo y de prestigio en el mercado.

1.7.2 Definición de indicador

El DANE define un indicador como: es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con períodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo (71).

1.7.3 Características de los indicadores

Es necesario que los indicadores cumplan con unos requisitos y elementos básicos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos de la organización. Las características más relevantes son las siguientes:

- **Validez:** Si efectivamente mide lo que debe medir.
- **Especificidad:** No se afecta por fenómenos ajenos a la variable. No genera falsos positivos. Mide sólo los fenómenos que se quieren medir.
- **Sensibilidad:** Capaz de percibir los cambios en la variable. No genera falsos negativos.
- **Costo - efectividad:** Que el aporte a la toma de decisiones justifique la inversión en dinero y tiempo.
- **Buen inductor de la actuación:** La información que suministra, conduce a toma de decisiones con prontitud. (72)

1.7.4 Beneficios de los indicadores

Algunos de los beneficios de los indicadores para las organizaciones son: (73)

- Apoya el proceso de planificación (definición de objetivos y metas) y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
- Posibilita la detección de procesos de la institución en las cuales existen problemas de gestión tales como: uso ineficiente de los recursos, demoras en la entrega de los productos, asignación del personal a las diferentes tareas, etc.
- Posibilita a partir del análisis de la información entre el desempeño efectuado y el programado, realizar ajustes en los procesos internos y readecuar cursos de acción eliminando inconsistencias entre el quehacer de la institución y sus objetivos prioritarios.

1.7.5 Nivel de referencia de los indicadores

El acto de medir se realiza a través de la comparación que se hace del indicador contra una meta o estándar establecido, que permite contrastar el valor observado con el valor esperado. Esa desviación es la que realmente se transforma en el reto a resolver. (72)

El estándar puede provenir de: norma, referencia histórica, referencia bibliográfica, conceso, política, referencia de la competencia, requerimiento de los usuarios, entre otros.

1.7.6 Tipología de los indicadores

En la teoría de los indicadores, existen varios tipos de clasificaciones comunes (según medición, jerarquía y calidad).(71)

1.7.6.1 Indicadores según medición

- **Indicadores cualitativos:** Su objetivo principal es demostrar, describir o medir algo que ha sucedido. Por lo general están basados en encuestas, entrevistas, percepciones orientadas a responder preguntas de cuándo, quién, dónde, qué, cómo y por qué.
- **Indicadores cuantitativos:** Representación numérica de un proceso, evento o fenómeno que se analiza. Son una medida de cantidad que dan respuesta a preguntas de cuánto, cada cuánto, y con qué frecuencia.

Según los lineamientos de la Cumbre de Dallas 2005 - Isqua, los indicadores se pueden clasificar en función de su tipo matemático en medidas de frecuencia absoluta (número) o medidas de frecuencia relativa así: (6)

- **Proporción:** Es un indicador en el cual se establece una relación entre un parte y un todo, esto significa que la cantidad registrada en el numerador, está incluida en el denominador.
- **Promedio:** Es un indicador en el cual se establece una relación entre una sumatoria de cantidades y el número total de mediciones realizadas para llegar a dicha sumatoria.
- **Índice:** Es un indicador en el cual se establece una relación entre el número de casos, eventos o situaciones y el total de sujetos que estuvieron en riesgo de presentar dichos casos o eventos.
- **Tasa:** Son formas especiales de índices por cuanto miden el riesgo. La característica básica de las tasas es que incorporan la variable tiempo. Su coeficiente o factor multiplicador es generalmente el 1.000.
- **Razón:** Es un indicador que compara dos cantidades de naturaleza diferente. Dependiendo del tipo de razón, estas pueden tener o no factores multiplicadores.

1.7.6.2 Indicadores según jerarquía

- **Indicadores estratégicos:** Constituyen la evaluación de los productos, midiendo los resultados e impactos generados en el tiempo. Pueden ser definidos en términos de salud como aquellos que permiten medir y cuantificar los bienes y servicios entregados a la población; su importancia radica en la evaluación de los procesos, ya que se relaciona de manera directa con el uso de los recursos y el cumplimiento de los objetivos.(74)
- **Indicadores de gestión:** Son de tipo cuantitativo y miden la relación entre los insumos y los procesos, lo que permite analizar el desempeño de un proceso.

En la actualidad los indicadores de gestión o desempeño cobran gran importancia en las Instituciones de Salud, ya que permite realizar el control de la gestión y monitorear de manera permanente el desempeño a lo largo de toda la organización, con el fin de mejorar el desempeño Institucional.

Los indicadores de gestión son aquellos que se utilizan a través del tiempo para identificar, más allá de los valores puntuales, las tendencias en el comportamiento de una variable, con el fin de intervenirla. (6)

Estos indicadores dentro del engranaje de la organización, constituyen lo que se conoce como el ciclo continuo de la calidad:

Figura 15 Ciclo continuo de la calidad



Fuente: Diseño de un tablero de control para una institución prestadora de servicios de salud privada de III nivel de atención.

1.7.7 Construcción de los indicadores

El ciclo básico y consideraciones fundamentales que se deben tener en cuenta para la construcción de indicadores son: (75)

1. **Conocer los referentes estratégicos:** Se debe conocer y tener claridad de toda la planeación estratégica de la Institución, que permita realizar una identificación de aquellas variables que sean relevantes y que se relacionen con los servicios estratégicos y los efectos esperados.
2. **Identificar la dependencia y/o proceso a medir:** Identificar la dependencia, los proyectos, procesos y productos que serán medidos y verificar cómo y porqué contribuyen al cumplimiento tanto de los objetivos estratégicos, como de los procesos misionales y los transversales de la Institución.
3. **Asignar un nombre al indicador:** Asignar un nombre para identificar las características del indicador. Su estructura debe comprender tanto el objeto a cuantificar, como la condición deseada del objeto (verbo) y una descripción concreta y corta. En la figura 16 se presenta un ejemplo sobre cómo definir el nombre de un indicador.

Figura 16 Como definir el nombre del indicador

	Verbo	Objeto	Elementos descriptivos
Objetivo	Construir	Puente peatonal	Para el paso peatonal a los colegios de la vía xyz
Indicador	Puentes peatonales	Construidos	Para el paso de niños a los colegios de la vía xyz

Fuente: Manual de indicadores de gestión.

4. **Definir la fórmula de cálculo:** Describir el proceso que permite calcular los valores para obtención del resultado, los datos requeridos y los algoritmos utilizados (descripción cualitativa de la fórmula matemática, donde se relacionan las variables), así como la unidad de medida. Los tipos de fórmulas más utilizadas en la construcción de indicadores son: valor absoluto, proporción, tasa o índice, razón y promedio.
5. **Definir responsables:** Establecer las responsabilidades dentro de cada proceso para el cumplimiento en el manejo de la información, tanto para alimentar el indicador como para su análisis y reporte.
6. **Definir referentes comparativos:** Los referentes pueden ser lo planeado por la entidad, los datos históricos o también una línea base. Todo dependerá de las necesidades planteadas en los objetivos.
7. **Validar el indicador:** Revisar que los indicadores formulados no solo cumplan con los requisitos técnicos, sino que sirvan de fuente de información, convirtiéndose en una herramienta para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.
8. **Definir las fuentes de información:** Determinar de dónde proviene la información para el cálculo del indicador, el mecanismo para obtenerla (fuentes primarias o secundarias) y su forma de presentación o desagregación.
9. El proceso debe indicar el **responsable** de la recolección, el análisis y la divulgación de la información. Finalmente se debe establecer la frecuencia del suministro de información: semanal, mensual, trimestral, anual, entre otros.

10. **Definir metas:** Definir lo que se espera lograr con el indicador, atendiendo al desarrollo de los planes y proyectos de la entidad.
11. **Monitorear y evaluar:** Establecer las medidas de desempeño a través del seguimiento de los planes y proyectos a partir de los indicadores formulados con la periodicidad establecida (semanal, mensual, etc.), con el fin de obtener los informes en el momento en que se requiera. Permite que los indicadores se conviertan en una herramienta de información útil para todos los que los utilicen.
12. **Comunicar e informar:** Es indispensable divulgar los resultados acerca del ejercicio de la administración, la eficiencia de los procesos, la planificación estratégica y operativa, entre otros. Estos se darán a conocer mediante informes periódicos a los niveles directivos y órganos externos que sean pertinentes, o a los usuarios cuando sea requerido.

CAPÍTULO 3

1. IPS LUIS GERARDO CADAVID S.A.S

1.1 Generalidades de la empresa

Tabla 6 Generalidades de la empresa Luis Gerardo Cadavid S.A.S

GENERALIDADES DE LA EMPRESA	
Razón social	Luis Gerardo Cadavid S.A.S
NIT	901202000-6
Dirección	Carrera 48 N°19A - 40 Consultorio 1603
Teléfono	(604) 5899087 - 3053705150
Email	dr.luisgerardocadavids.a.s@gmail.com
Actividad económica principal	Actividades de la práctica médica sin internación
Objeto social	Prestación de servicios de salud en apoyo diagnóstico cardiovascular no invasivo
Registro cámara de comercio	21-623312-12
Fecha de constitución de la empresa	02 de agosto de 2018

Fuente: Construcción propia, teniendo en cuenta los documentos corporativos de la IPS

1.2 Reseña Histórica

La IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, ofrece a la comunidad los servicios especializados en el Diagnóstico de Enfermedades Vasculares y Cardíacas. Es la continuidad de un proyecto que, como profesional independiente inició en 1964 el Dr. Gerardo Cadavid Gómez, prestando servicios dentro de las instalaciones del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Actualmente, constituidos como una IPS con una trayectoria de más de 40 años y en memoria a su fundador se mantienen los estándares de calidad, el compromiso con los usuarios, la idoneidad y la confiabilidad diagnóstica en los servicios que se prestan.

La organización tuvo origen cuando en 1964 regresa a Colombia el Doctor Gerardo Cadavid Gómez, posterior a la realización de una especialización en la ciudad de New York-USA sobre “ANGIOLOGÍA Y ANTICOAGULACIÓN”, y con entrenamiento específicamente en estudios Vasculares No Invasivos. Es a partir de este momento que se crea el primer Laboratorio Vascular No Invasivo en Latinoamérica al servicio de la comunidad, ubicado en el llamado “Consultorio de Medicina Interna y Laboratorio Metabólico” del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en la ciudad de Medellín.

Años después, en 1982 el Doctor Cadavid, decide ante muchas necesidades sentidas en la ciudad de Medellín, crear su Laboratorio Vascular y traslada la prestación de los servicios que inició en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl al Centro de Investigaciones Médicas de Antioquia -CIMA-, con un porcentaje de participación accionaria del 49% del Dr. Cadavid y el 51% de CIMA.

Durante toda su historia, el Laboratorio Vascular no sólo se ha enfocado en la prestación del servicio a pacientes, sino que también ha generado espacios que permiten transmitir el conocimiento a estudiantes de medicina y especialidades de diferentes Universidades de la ciudad y contribuir al entrenamiento del personal médico especializado y paramédico del país en la realización de estudios de diagnóstico cardiovascular no invasivo.

En marzo de 2018 el Centro de Investigaciones Médicas de Antioquia -CIMA- por decisión de sus accionistas, inició el proceso de liquidación de la Institución y ante su inminente cierre, el Laboratorio Vascular del Dr. Gerardo Cadavid, siendo el único operador habilitado para realizar la prestación del servicio, también se vio forzado a cerrar sus puertas a la comunidad. Meses más tarde, en agosto del 2018, los socios de ese momento deciden comenzar de nuevo con el Laboratorio Cardiovascular, con una reestructuración que implicó un cambio de razón social y una nueva composición accionaria.

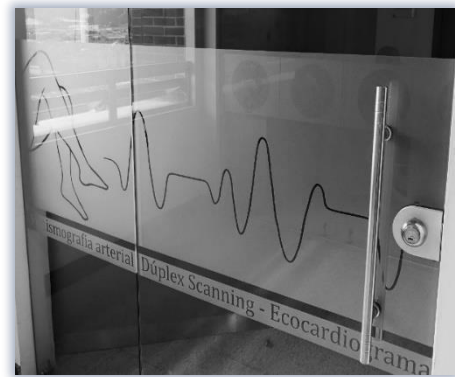
Para el año 2019, a la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, se le otorga el certificado de Habilitación para el Servicio de Apoyo Diagnóstico Cardiovascular no invasivo y abre sus puertas a la comunidad el 14 de diciembre del 2019. La IPS se encuentra constituida mediante documento privado del 12 de julio de 2018 e inscrito en la cámara de comercio de Medellín el 02 de agosto de 2018 bajo el número 19302 del libro IX del registro mercantil con matrícula N° 21-623312-12 y Nit 901202000-6.

1.3 Capacidad Instalada y Recursos

1.3.1 Planta física

La sede se encuentra ubicada en Torre Médica de Ciudad del Río, Carrera 48 No.19A – 40 Consultorio 1603, zona de gran desarrollo empresarial, cultural, crecimiento urbano, excelente sistema vial y acceso a servicios de salud.

La Torre Médica está encargada de realizar todo el mantenimiento de la planta física del edificio de acuerdo a las exigencias normativas, es el proveedor del personal que apoya en las zonas comunes como: puesto de información y recepción, auxiliar de oficios varios, auxiliar de mantenimiento, personal del parqueadero y personal de vigilancia y seguridad; además, se encarga de la recolección, separación y disposición final de los residuos de cada consultorio, de realizar el programa de capacitación anual y difundirlo a todos los consultorios de la torre y cuenta con el comité de emergencias, donde cada uno de los consultorios tiene un papel activo en el momento de presentarse una contingencia.



1.3.2 Capital humano

Para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S el capital humano tiene un valor estratégico, y se convierte en uno de los pilares de la organización, a quienes se debe capacitar de manera continua para potenciar sus habilidades y actualizar para afianzar sus conocimientos.

La IPS ha concebido desde su origen que tener el capital humano entrenado y satisfecho en la Institución promueve un buen clima laboral que se ve reflejado en sus actividades diarias, buena atención al cliente, trabajo eficaz y eficiente que mejora la productividad, generando sentido de pertenencia con la Institución permitiendo llevar a cabo su misión y visión, lo que impacta positivamente en los resultados y el éxito de la organización.

Actualmente la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S dispone de una planta de personal de 12 personas, con un promedio de edad de 48 años y con dos tipos de contratación a saber: vinculación laboral y prestación de servicios.

La planta de cargos de la Institución está conformada por: Auxiliar Administrativa, Cardiólogo Ecocardiografista, Cirujano Vascular, Enfermera Cardiovascular, Asesora de Calidad, Servicios Generales, Mantenimiento de Infraestructura, Asesor de Equipos Biomédicos, Asesora de SST, Asesora Contable, Asesor de TICS, Asesor de Marketing digital.

1.3.3 Equipos biomédicos

Se cuenta con equipos de alta tecnología que permiten realizar un diagnóstico confiable y oportuno.

- Ecocardiógrafo Toshiba Nemio 30
- Ecocardiógrafo Simens Acuson X300 PE
- Pletismógrafo Summit Doppler AVS Vista
- Electrocardiógrafo Nihon Kohden 2150-101D

1.3.4 Portafolio de servicios

La IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S ofrece a la comunidad servicios de apoyo diagnóstico Cardiovascular no invasivo, utilizando una combinación de tres técnicas de diagnóstico por imágenes: ecografía modo B, Doppler y ecografía a color.

Para el diagnóstico del sistema vascular se realizan estudios de aproximadamente 30 minutos que comprenden: Dúplex venoso de miembros inferiores y superiores, Dúplex arterial de miembros inferiores y superiores, Dúplex de arterias carótidas, vertebrales y yugulares, Pletismografía arterial y Fotopletismografía digital de

miembros inferiores y superiores. Para el diagnóstico del sistema cardíaco se realizan estudios no invasivos de aproximadamente 30 minutos como Ecocardiografía TT y Electrocardiograma.



1.3.5 Población objeto

Se ha definido que la población objeto de atención para la prestación del servicio, procede principalmente de los municipios de Antioquia, especialmente Medellín; sin embargo, como el sistema de contratación, garantiza el acceso a todos los colombianos que son usuarios del sistema de salud, es posible que se atiendan usuarios de otras regiones de la geografía nacional y de otros países. Esta población se concentra en adultos con posibles enfermedades del sistema cardiovascular y linfático que requieren seguimiento y control y va dirigida a dos segmentos de clientes:

- Personas jurídicas: Empresas de medicina prepagada y pólizas de salud.
- Personas naturales: Clientes particulares.

Igualmente, la IPS por su compromiso social ha establecido unas tarifas con un descuento especial para los pacientes que por razones económicas no pueden acceder a una tarifa plena.

A continuación, en la tabla 7 se presenta cifras consolidadas del comparativo de la prestación del servicio de los dos primeros semestres del 2021 vs el 2022.

Tabla 7 Comparativo de los estudios realizados en el primer semestre del 2021 vs primer semestre del 2022

COMPARATIVO DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2021 Y PRIMER SEMESTRE DEL 2022													
Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio	
2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
80	5	29	31	17	39	43	26	15	28	7	31	11	23

Fuente: Elaboración propia

El análisis comparativo del 2022 vs el 2021 muestra un crecimiento negativo del 4,4% en la prestación del servicio. Llama la atención que en dos meses (enero y abril) del 2022 no se obtiene un crecimiento con respecto al resto de los meses, lo que obedece al cierre de agendas de vascular periférico derivadas de una contingencia de recurso humano. En el resto de los meses, para el año 2022 se observa un mayor número de estudios realizados vs el año 2021.

1.3.6 Horario de atención

La IPS Luis Gerardo Cadavid SAS presta sus servicios de lunes a viernes en el horario de 7am a 5pm.

1.4 Planeación estratégica

La IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S tiene establecido algunos elementos y principios que guían la dirección y el enfoque de la organización; sin embargo, al realizar la revisión de la planeación estratégica, se encuentra que aún no se tienen establecidos los objetivos estratégicos de la organización.

A continuación, se mencionan los elementos que se tienen establecidos en la planeación estratégica de la Institución, los cuales han proporcionado una base sólida y coherente permitiendo tomar decisiones e implementar estrategias en todos los niveles de la organización.

1.4.1 Misión

La IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, es una institución privada que presta servicios de apoyo diagnóstico cardiovascular no invasivo con altos estándares de calidad.

El personal idóneo y comprometido con la atención, garantiza la seguridad de los pacientes, la confiabilidad diagnóstica y la satisfacción de todos los grupos de interés.

1.4.2 Visión

En el 2030 tendremos un alto reconocimiento a nivel nacional como una institución prestadora de servicios de apoyo diagnóstico cardiovascular no invasivo, con énfasis en la calidad de los procesos, la seguridad del paciente y la humanización en el servicio; contribuyendo al mejoramiento de la salud y calidad de vida de la comunidad.

1.4.3 Valores

- **Respeto:** Comprendemos y tenemos claro todos los criterios y actitudes de los demás, entendiendo que todos somos diferentes, teniendo como base la tolerancia, el buen comportamiento y una sana actitud dentro de la Institución.
- **Solidaridad:** Parte de nuestra actividad está enfocada en ofrecer tarifas más económicas en el sector, permitiendo el acceso a la prestación del servicio a la población menos favorecida.
- **Eficiencia:** Equipo de trabajo esforzado en la buena utilización de los recursos para el logro de la buena atención al usuario y conseguir también de este modo cumplir todas las metas y objetivos propuestos por la empresa.
- **Trabajo en equipo:** Nos comunicamos, planeamos, resolvemos y transformamos todos los planes de trabajo como equipo a una realidad positiva en cualquier campo de trabajo necesario.
- **Validez y Confianza Diagnóstica:** Generamos en nuestros usuarios y proveedores la certeza de estar en las mejores manos, ya que nuestro talento humano está en constante actualización en el área cardiovascular y contamos con buena tecnología que garantiza resultados confiables.

1.4.4. Principios

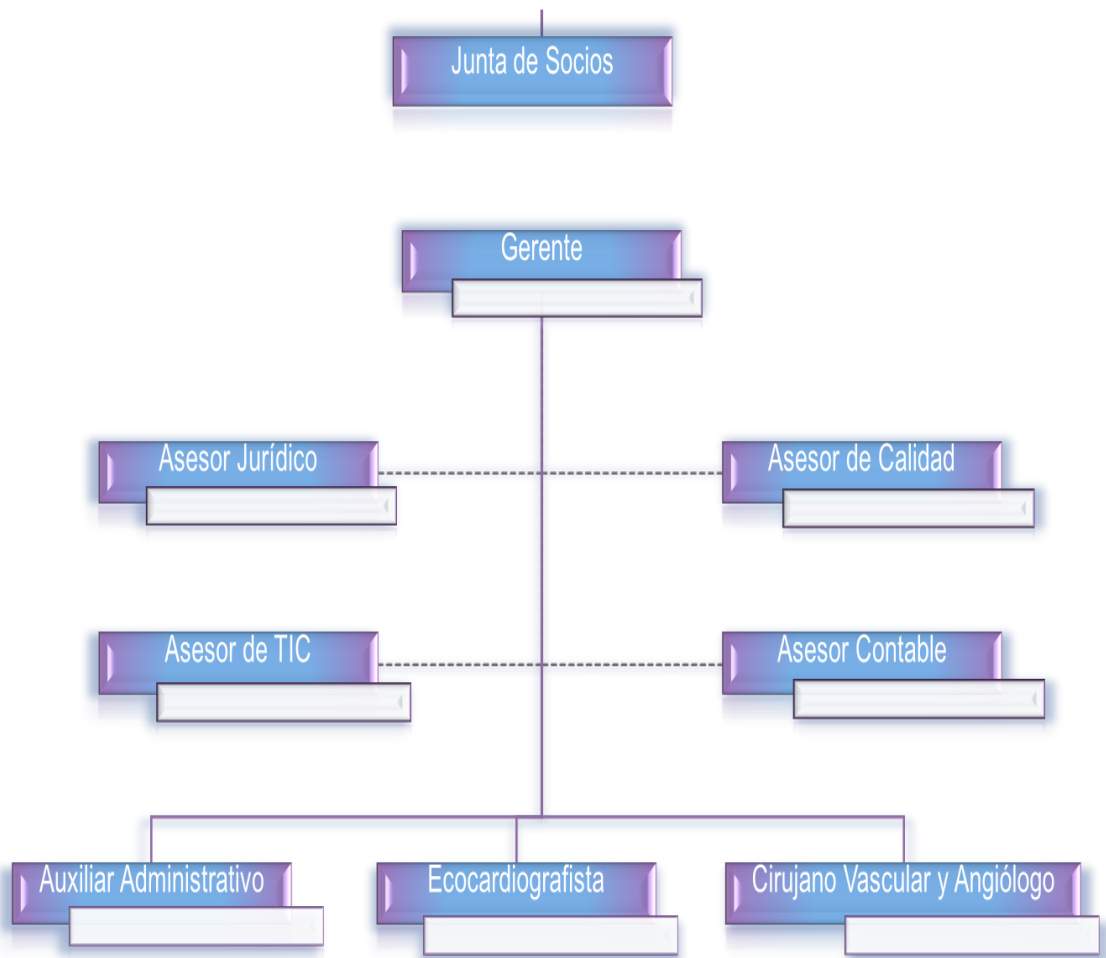
- **Honestidad:** Todas las actividades corporativas están fundamentadas en parámetros de coherencia, verdad y justicia.
- **Integridad:** Nos guiamos por principios éticos, transparentes, honestos, confiables y profesionales, en cada una de las circunstancias, donde en primer lugar prima el respeto por el ser humano.
- **Autocontrol:** Todos los colaboradores de la Institución deben desarrollar la capacidad de autocontrol “control de sí mismo” como una herramienta que permita en momentos de crisis regular las reacciones de manera voluntaria y alcanzar el equilibrio de sus emociones.
- **Mejoramiento continuo:** Una de nuestras estrategias Institucionales se basa en la necesidad de revisar continuamente todos los procesos con el fin de realizar los ajustes necesarios y proponer nuevas iniciativas para alcanzar los objetivos.

1.4.5. Organigrama

La estructura jerárquica de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S tiene establecido las relaciones de autoridad y responsabilidad a cargo de la alta dirección, con supervisión y control de la junta de socios.

De la alta dirección dependen todas las áreas funcionales de la organización.

Figura 17 Organigrama de la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS

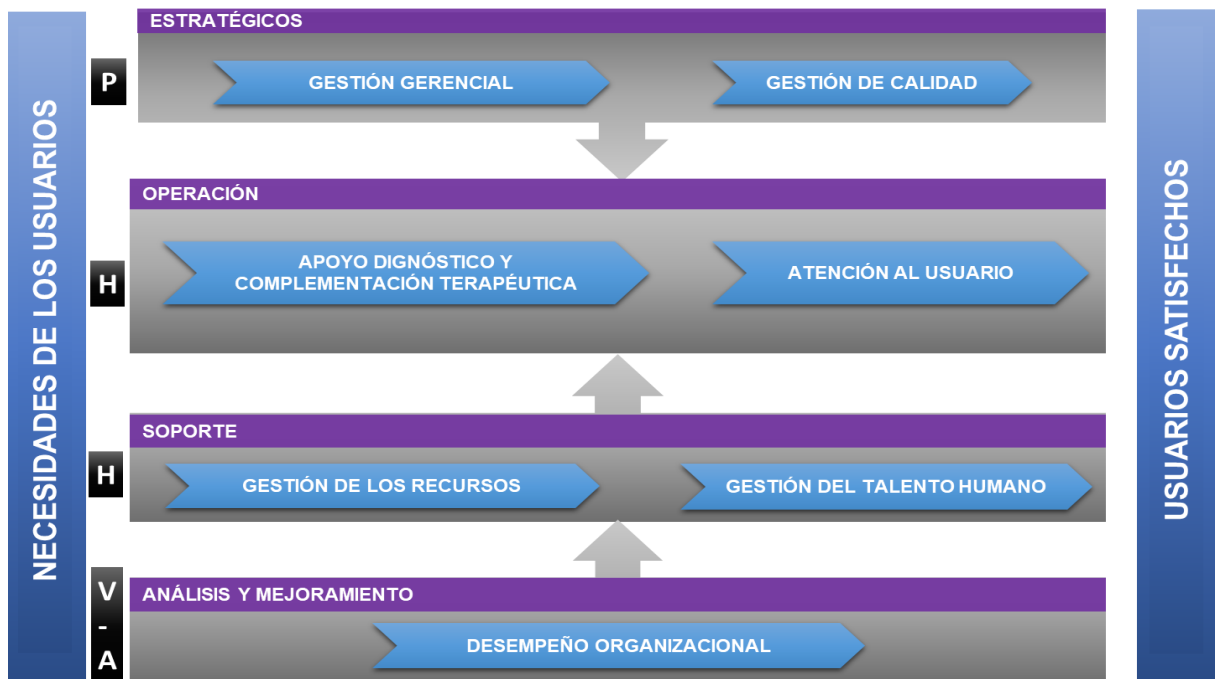


Fuente: Documento corporativo de la IPS. ORG-GER-001 V2 Organigrama

1.4.6 Cadena de valor

Para el diseño de la cadena de valor de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, se han establecido un grupo de procesos claves, con sus subprocesos, que, al interactuar entre sí y optimizar sus operaciones en cada uno de ellos, permiten cumplir con los objetivos organizacionales y crear valor para el cliente.

Figura 18 Cadena de valor de la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS



Fuente: Documento corporativo de la IPS. CAV-GER-001 V1 Cadena de valor

1.4.7 Modelo de Atención

El Modelo de atención de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, está inspirado en el Direccionamiento estratégico, la Estructura y la Cultura Organizacional, como pilares fundamentales y centra al talento humano y a la satisfacción del usuario como activo fundamental de la organización.

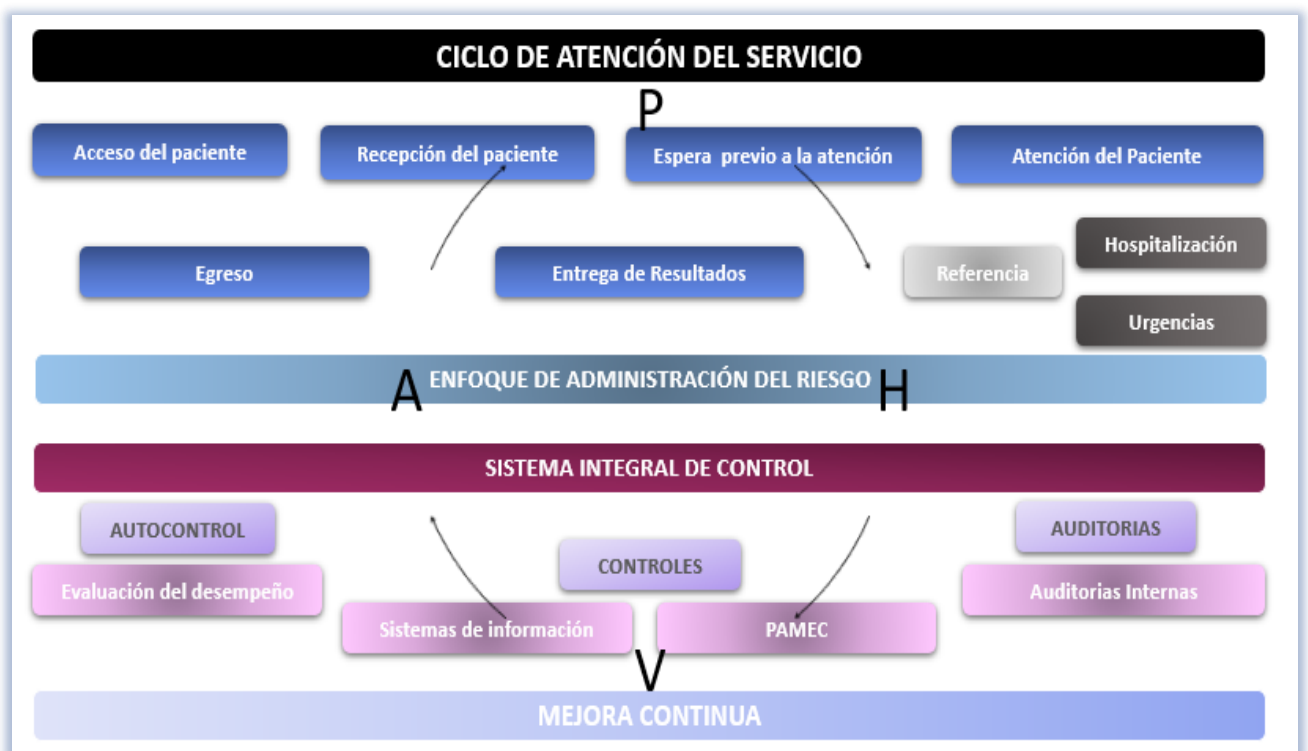
Para garantizar que el Modelo de Atención sea realmente efectivo, se implementan varios métodos de control como:

- Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud “PAMEC”
- Auditorías internas enfocadas a las NTC-ISO 9001:2018
- Sistemas de información (Indicadores)
- Evaluación de satisfacción de los Stakeholders

1.4.8 Ciclo de Atención

El ciclo de atención del paciente tiene como base conceptual el ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar). Es decir, que de manera permanente mejora el proceso asistencial, identificando las necesidades y búsqueda del bienestar. Este ciclo de atención se ilustra en la siguiente figura:

Figura 19 Ciclo de atención del servicio de la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS



Fuente: Documento corporativo de la IPS. MOD-GER-001 V1 Modelo de atención

CAPÍTULO 4

1. DESARROLLO DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA LA IPS LUIS GERARDO CADAVID S.A.S

La propuesta del diseño de Cuadro de Mando Integral para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S se realizó teniendo en cuenta el ciclo de vida organizacional y algunas variables como: la antigüedad de la empresa, el número de empleados y el tamaño en ventas.

Además, se consideraron otros aspectos como su naturaleza jurídica, el direccionamiento estratégico, nivel de complejidad y portafolio de servicios.

Por último, siendo uno de los aspectos más importantes y de obligatorio cumplimiento, se incorporan en el Cuadro de Mando Integral componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) por las siguientes razones: garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y normativos relacionados con la calidad y la seguridad en la atención, orientar la estrategia y promover la mejora continua de los procesos y resultados en la prestación del servicio en aspectos claves como la gestión de riesgos, y la cultura de seguridad.

Para la selección de los indicadores de este grupo que se incluyen en el Cuadro de Mando Integral se tienen en cuenta los más relevantes que aplican para la IPS y que al ser llevados a la práctica de la Institución permiten una transformación organizacional.

La IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S desde su constitución, de acuerdo a las directrices de la asesora de Calidad y con el apoyo del talento humano ha iniciado el proceso de diseño e implementación de la planeación estratégica y sistema integrado de gestión que permita alcanzar la sostenibilidad en el largo plazo.

No obstante, algunos desafíos inherentes al sector salud, sumado a procesos de contratación tales como: ser una IPS nueva, dificultades en posicionamiento de la marca y su incipiente madurez organizacional, han dificultado el desarrollo del proceso y pese a que la Institución tiene sus directrices estratégicas coherentemente definidas y en proceso de desarrollo, se evidencia que al interior de la organización no son suficientes estos esfuerzos, ya que existe una limitación importante que es la ausencia del establecimiento de los objetivos estratégicos de la organización, y por consiguiente no se cuenta con un modelo de gestión que permita seguimiento y control de la organización que vaya más allá del corto plazo.

Como se ha explicado anteriormente, la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S en su modelo de atención tiene como base conceptual el ciclo PHVA como método para alcanzar un mejoramiento continuo, permitiéndole realizar acciones de mejora en el proceso de atención, que garanticen servicios de salud con calidad y satisfacción de sus clientes; por lo tanto, en la búsqueda de mejoramiento, se ha proyectado para los próximos años ofrecer integralidad en la prestación de los servicios, brindando al usuario la posibilidad de tener centralizado en la Institución servicios de: consulta especializada (cirugía vascular y cardiología para adultos), ampliar el portafolio de servicios ofertados en cardiología (holter y mapa) y de vascular periférico (estudios de abdomen), habilitar servicio para terapia de drenaje linfático, realizar procedimientos mínimamente invasivos para cierre de úlceras de origen vascular utilizando ecografía guiada, y clínica de heridas con seguimiento del paciente en casa.

Por otro lado, se buscará la posibilidad de ampliar el portafolio de clientes, obteniendo nuevas relaciones contractuales con ERP (Entidades responsables del pago) y realizando alianzas estratégicas con otros actores del sistema.

Todas las estrategias pensadas tienen dos propósitos: primero, brindar una atención con calidad, oportuna e integral al paciente, y segundo, rentabilidad y sostenibilidad de la empresa a mediano y largo plazo.

A continuación, se mencionan otros aspectos institucionales, que al ser intervenidos generan mejoras en la empresa:

- **Divulgación del plan estratégico:** Aunque en la IPS se cuenta con una planeación estratégica definida desde la alta dirección, se evidencian algunas debilidades en su implementación, seguimiento y control a lo largo de los procesos, ya que no se tiene establecido un mecanismo efectivo para la socialización con todos los colaboradores.
- **Optimización en el manejo de la información generadas por las Tecnologías de Información y Comunicación:** La Institución para el desarrollo de sus operaciones y parte de las actividades de apoyo cuenta con Software contable, de historia clínica y facturación electrónica. No obstante, la información que se puede obtener de las bases de datos de estos Softwares es sub – utilizada, por ausencia de KPIs de gestión.

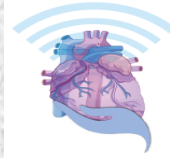
El diseño del Cuadro de Mando Integral se estructura por etapas, que se describen a continuación:

1.1 Etapa I: Análisis situacional de la organización

Para el análisis de la situación actual de la organización se implementó como herramienta metodológica la matriz DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), ya que es un método de diagnóstico situacional sencillo y práctico, que ayuda a perfilar una estrategia adecuada para conseguir un óptimo ajuste entre la capacidad interna organizacional (fortalezas y debilidades) y la perspectiva externa (oportunidades y amenazas) en un entorno competitivo.

Después de tener un panorama completo y claro de cómo opera la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S y de utilizar la técnica Brainstorming (lluvia de ideas) en un grupo primario con el personal de la institución y los accionistas, se construye el diagnóstico DOFA para la organización, que se visualiza a continuación:

MATRIZ DOFA



LUIS GERARDO CADAVID S.A.S
DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR NO INVASIVO

DEBILIDADES

- Déficit financiero
- Líder de la IPS con insuficiente dedicación de tiempo para cumplir sus funciones
- Pocos contratos con personas jurídicas
- Poco mercado con personas naturales
- Recurso humano especializado limitado
- Ausencia de indicadores de gestión que sean base para la toma de decisiones
- Procesos administrativos y asistenciales no estandarizados
- Mecanismo no efectivo en la divulgación del plan estratégico a los colaboradores
- Falta de posicionamiento de la IPS en el mercado
- Sub – utilización en el manejo de la información de las TICS
- Sitio Web desactualizado
- Falta de integralidad en el portafolio de servicio
- Capacidad ociosa

OPORTUNIDADES

- Calidez en la atención por parte del personal de la Torre Médica dónde está ubicada la IPS
- Demanda insatisfecha de pacientes por la falta de oportunidad en la asignación de las citas en el mercado
- Nuevos requisitos prequirúrgicos y postquirúrgicos
- Pacientes extranjeros que vienen a realizarse estudios diagnósticos a Colombia
- Posibilidad de formalizar alianzas estratégicas
- Apoyo de agentes externos para la promoción voz a voz
- Ubicación geográfica en zona geográfica con excelente sistema vial, gran desarrollo empresarial, cultural y crecimiento urbano
- Visión de integralidad que tiene el Ministerio de Salud

FORTALEZAS

- El Know How en diagnóstico cardiovascular no invasivo
- Goodwill del Dr. Luis Gerardo Cadavid en el sector
- Talento humano idóneo
- Se dispone de infraestructura moderna, confortable, que cumple con la normatividad
- Capacidad instalada que permite expansión y crecimiento.
- Excelente oportunidad en la asignación de las citas
- Trabajo en equipo
- Alto índice de satisfacción de los grupos de interés (Stakeholders)
- Programa institucional que permite a los usuarios acceder a los servicios con una tarifa especial que se ajusta a su capacidad de pago

AMENAZAS

- Apertura de nuevas IPS de competencia directa
- Competencia por tarifas bajas
- Alto nivel de competencia con profesionales de otras especialidades
- Reforma a la salud
- Bajo poder adquisitivo de la población

1.2 Etapa II: Definición de la estrategia

1.2.1 Objetivos

En esta etapa, se definen los objetivos de la organización, los cuales serán configurados como objetivo estratégico, macroobjetivos y microobjetivos.

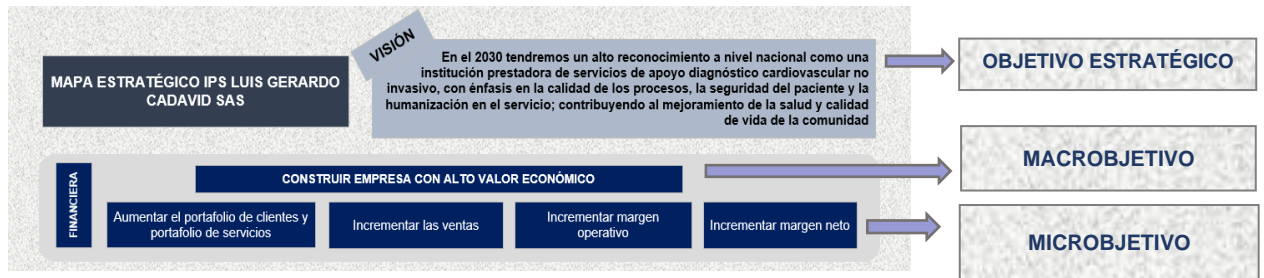
El objetivo estratégico surge de la misión y visión de la IPS, parte de la alta dirección e impacta a la organización en su conjunto y tiene una proyección a largo plazo. La IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S tiene definida en la planeación estratégica su visión para el 2030; y ésta es el punto de partida para el diseño y enfoque del Cuadro de Mando Integral que se propone para la organización.

Con base en la visión de la organización, se plantea en cada perspectiva del Cuadro de Mando Integral dos tipos de objetivos: un macroobjetivo y varios microobjetivos. Los macroobjetivos tienen un enfoque a mediano y largo plazo, están alineados con la misión y visión de la Institución y sirven como guía para establecer objetivos específicos y acciones concretas.

Los microobjetivos son aquellos objetivos operativos, que se derivan del macroobjetivo, tienen un enfoque a corto plazo, se centran en las actividades diarias y concretas necesarias para el funcionamiento eficiente de la organización.

En la figura 20 se ejemplifica cómo se plantearon los objetivos en el Cuadro de Mando Integral en cada una de las perspectivas.

Figura 20 Clasificación de los objetivos en el Cuadro de Mando Integral



Fuente: Elaboración propia

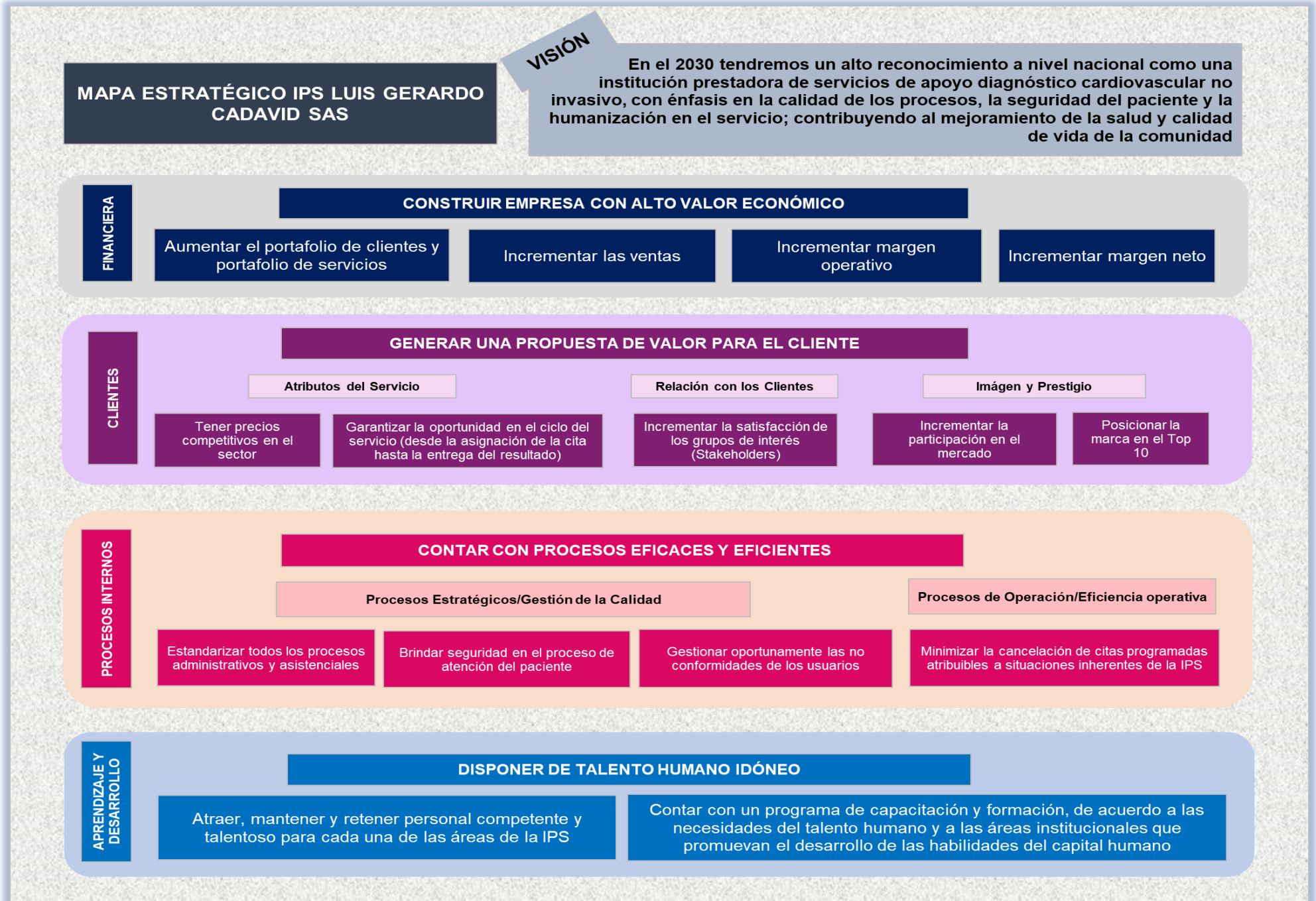
Los objetivos definidos en cada una de las perspectivas, son la base para estructurar el mapa estratégico del Cuadro de Mando integral.

1.2.2 Mapa Estratégico

Como ya se había mencionado en el marco teórico, el Mapa Estratégico es la herramienta conceptual en el proceso de elaboración del Cuadro de Mando Integral, que tiene como propósito detallar en una ilustración (esquema visual) los macroobjetivos y los microobjetivos de las cuatro perspectivas, lo que permitirá divulgar la estrategia de la organización a todo el personal, de una manera clara, lógica, coherente y efectiva, que permita materializar la consecución de la visión de la organización.

El mapa estratégico que se propone para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S se ve ilustrado en la figura 21.

Figura 21 Propuesta del mapa estratégico para IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S



La lectura del Cuadro de Mando Integral para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S se hace en forma ascendente de la siguiente manera:

El macroobjetivo “construir empresa con alto valor económico” de la perspectiva financiera, representa el objetivo rector del mapa estratégico de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, en general es la base de una empresa y el fin último de todas aquellas que tengan ánimo de lucro. Carroll y Buchholz afirman: *“la principal responsabilidad de la empresa es la económica, la de ser rentable, responsabilidad de tomar decisiones estratégicas, de asegurar los resultados, de dar continuidad al negocio”* (76).

Para alcanzar el macroobjetivo se debe partir de la base del Mapa Estratégico del Cuadro de Mando Integral, para lo cual se plantea esta secuencia lógica, razonable y alcanzable:

En relación al macroobjetivo de la perspectiva de aprendizaje y desarrollo “disponer de talento humano idóneo”, la dirección de la Institución está comprometida en darle el valor que se merecen los activos intangibles de la organización, atrayendo y reteniendo talentos humanos, promoviendo la formación continua de los empleados, incentivando el desarrollo de las habilidades, con el firme propósito de tener un clima organizacional óptimo y empleados satisfechos en su lugar de trabajo, lo que se espera genere sentido de pertenencia con la Institución, compromiso y motivación por su crecimiento personal y se conviertan en parte del objetivo estratégico de la organización.

Después de tener el capital humano motivado y fortalecido en conocimientos, pasamos al nivel donde se encuentran los de procesos internos, cuyo macroobjetivo es “contar con procesos eficaces y eficientes”. En esta perspectiva se configuran unos microobjetivos, como estandarizar los procesos administrativos y asistenciales, de manera que todos los integrantes de la organización puedan ejecutar su cargo en la Institución siempre de la misma manera coherente y organizada, que se verá reflejada en aspectos como eficiencia, productividad, seguridad en la atención de los usuarios. Al dar cumplimiento a los microobjetivos de esta perspectiva, se conduce a la siguiente perspectiva que en forma ascendente es la de los Clientes.

En esta perspectiva, el macroobjetivo es “generar una propuesta de valor para el cliente”, que lo lleve a elegir una y otra vez a la Institución como proveedor de servicios de salud cada vez que lo requiera. En esta perspectiva todos los esfuerzos están encaminados a la satisfacción y bienestar del cliente, lo que permite fidelizarlo con la marca, atrayendo más clientes por recomendación e incrementar la participación en el mercado; finalmente todos estos aspectos y perspectivas se articulan para contribuir al logro de “construir una empresa con alto valor económico”, lo que constituye el primer eslabón del mapa estratégico del Cuadro de Mando Integral.

1.2.3 Relación causa – efecto de los objetivos

Después de tener estructurado el mapa estratégico, se realiza un diagrama que permite visualizar las relaciones existentes entre los objetivos de cada una de las perspectivas.

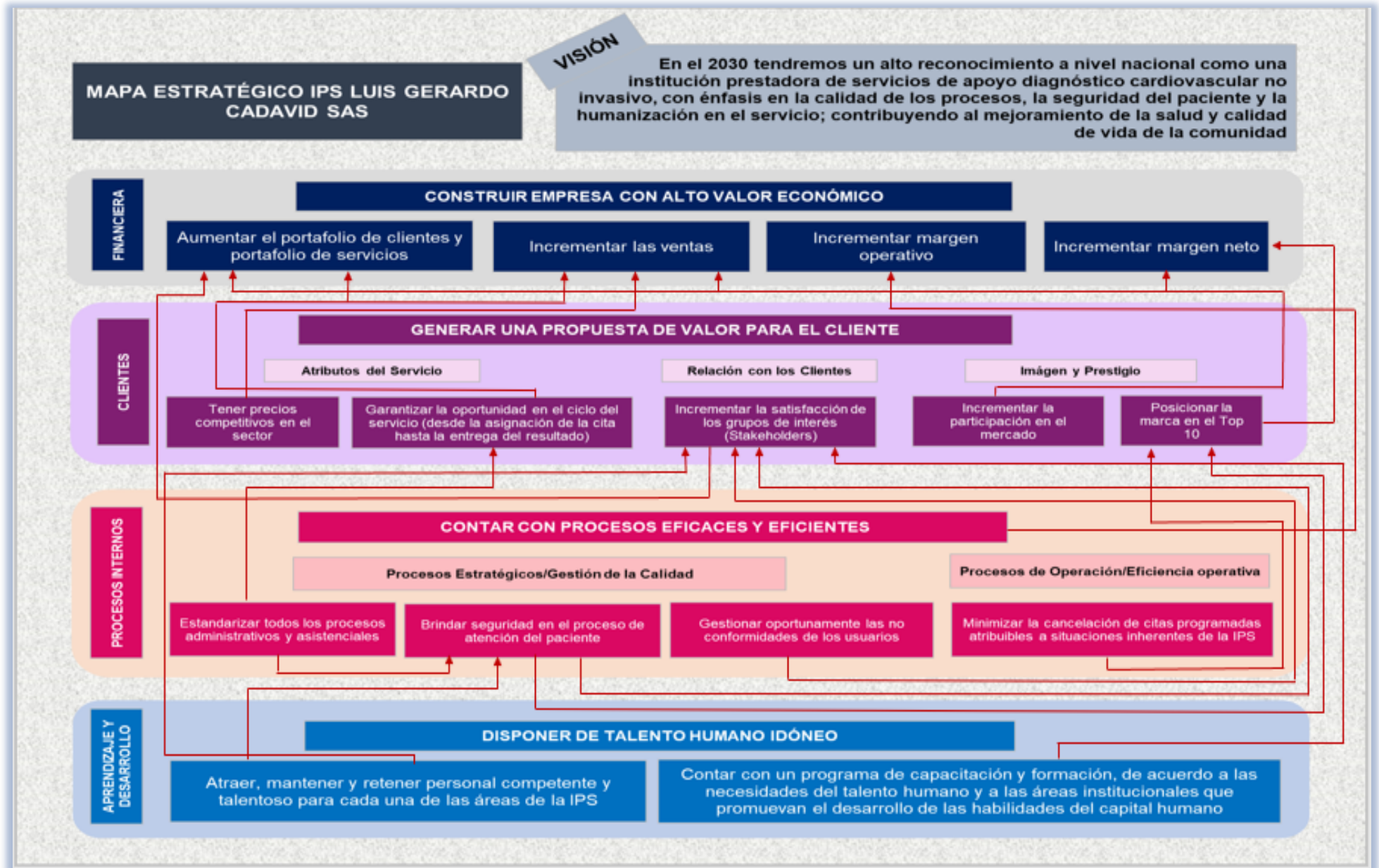
Esta diagramación se puede leer de forma horizontal y vertical. Cuando la lectura se realiza en forma horizontal en cada una de las perspectivas, se deduce que un microobjetivo puede tener inferencia en otro objetivo de su misma línea y contribuye directamente al logro del macroobjetivo de la perspectiva. Para tener una ilustración de este concepto, se establece un ejemplo con la perspectiva financiera propuesta para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S, donde se lee de izquierda a derecha: al incrementar el portafolio de clientes y de servicios, se espera incrementar las ventas, permitiendo alcanzar un incremento en el margen neto de la IPS y de esta manera “construir empresa con alto valor económico”.



También se puede leer la relación causa – efecto existente entre los microobjetivos en forma vertical y se tiene como punto de referencia la perspectiva de aprendizaje y desarrollo, ya que como se ha expuesto en el desarrollo del trabajo, esta perspectiva es muy importante en la organización porque está enfocada en el recurso humano.

En la figura 22 se visualiza la relación causa – efecto del mapa estratégico planteado para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S:

Figura 22 Relación causa – efecto del mapa estratégico propuesto para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S



1.3 Etapa III: Indicadores y formulación de metas

“La acción de medir tiene consecuencias que van más allá de simplemente informar sobre el pasado. Medir es una manera de centrar la atención en el futuro, porque los indicadores que eligen los directivos dan a conocer a la organización todo aquello que es importante”

Kaplan y Norton

En este punto, es necesario definir que indicadores van a medir el cumplimiento de los objetivos de cada una de las perspectivas, convirtiéndose en una herramienta fundamental para tomar decisiones de manera oportuna y confiable.

Para la selección del sistema de indicadores para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S se estableció una reunión con el comité de mejoramiento institucional, en donde se deliberó acerca de los indicadores de proceso y resultado, que mejor se ajustaban para medir el cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados. Fruto de esta reunión se diseñaron 35 indicadores que permiten medir los macroobjetivos y de este total de indicadores, 7 son de exigencia normativa del SOGCS. A continuación, se enuncian por cada una de las perspectivas, el número de microobjetivos planteados y el número de indicadores que se seleccionaron para dar respuesta a estos, poderlos medir, hacer seguimiento y realizar los ajustes y planes de mejoramiento necesarios:

Perspectiva	N° de Microobjetivos	N° de Indicadores definidos
Financiera	4	10
Clientes	5	12
Procesos Internos	4	8
Aprendizaje y desarrollo	2	5

El listado de los indicadores establecidos en cada una de las perspectivas se enumera en las tablas 8,9,10 y 11 donde se discrimina: perspectiva a la que pertenecen, macroobjetivo, microobjetivos, nombre del indicador, código del indicador, fórmula del indicador, periodicidad con la que se mide el indicador y los umbrales de desempeño.

Tabla 8 Listado de los Indicadores de la perspectiva financiera

ESPECIFICATIVO		INDICATIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	CÓDIGO DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	NIVELES DE DESEMPEÑO		
							Subnormal	Normal	Superior
FINANCIERA	CONSTRUIR EMPRESA CON ALTO VALOR ECONOMICO	Revelar el portfolio de activos y el portfolio de pasivos	Parámetro de incremento del portfolio de activos	FIC-GER-884 V4	$[\text{Total de actividades en el trimestre actual} / \text{Total actividades del trimestre anterior}] \cdot 100$	Trimestral	75X	80X	85X
			Incremento del portfolio de acciones	FIC-GER-882 V4	Total de ventas nuevas efectuadas	Anual	3	2	1
			Parámetro de incremento de ventas realizadas	FIC-GER-883 V4	$[\text{N}^{\circ} \text{ de ventas realizadas en el trimestre actual} / \text{N}^{\circ} \text{ de ventas realizadas en el mismo trimestre del año anterior}] \cdot 100$	Trimestral	80X	85X	90X
		Incrementar las ventas	Parámetro de crecimiento de ingresos del servicio de Diagnósticos Cardiológicos	FIC-GER-884 V4	$[\text{Total de ingresos del mes actual de Ecocardiograma TT - EKG}] / [\text{Total de ingresos del mes inmediato anterior de Ecocardiograma TT - EKG}] \cdot 100$	Trimestral	7X	8X	9X
			Parámetro de crecimiento de ingresos del servicio de Diagnósticos Vasculares Periféricos	FIC-GER-885 V4	$[\text{Total de ingresos del mes actual de Doppler - Pleioflumografía arterial - Faleploflumografía arterial} / \text{Total de ingresos del mes inmediato anterior de Doppler - Pleioflumografía arterial - Faleploflumografía arterial}] \cdot 100$	Trimestral	7X	8X	9X
			Parámetro de crecimiento de ingresos por nuevas ventas	FIC-GER-886 V4	$[\text{Total de ingresos del trimestre por nuevas ventas} / \text{Total de ingresos del trimestre anterior}] \cdot 100$	Trimestral	80X	85X	90X
			Participación de cada venta en el servicio de Diagnósticos cardiocanal en tension	FIC-GER-887 V4	$[\text{N}^{\circ} \text{ de ventas} [\text{Ecocardiograma TT \& EKG \& Doppler \& Pleioflumografía arterial \& Faleploflumografía arterial}]] / [\text{N}^{\circ} \text{ total de ventas realizadas}] \cdot 100$	Trimestral	80X	85X	90X
			Participación en la facturación de cada venta	FIC-GER-888 V4	$[\text{Participación de ventas} [\text{Ecocardiograma TT \& EKG \& Doppler \& Pleioflumografía arterial \& Faleploflumografía arterial}]] / [\text{Total de facturación realizada}] \cdot 100$	Trimestral	80X	85X	90X
			Incrementar margen operativo	Parámetro incremento margen operativo	FIC-GER-889 V4	$[\text{Margen operativo trimestre actual} / \text{Margen operativo trimestre anterior}] \cdot 100$	Trimestral	9X	2X
		Incrementar margen neto	Parámetro de incremento del margen neto	FIC-GER-890 V4	$[\text{Margen neto mes actual} / \text{Margen neto mes anterior}] \cdot 100$	Trimestral	9X	2X	1X


Fuente: Elaboración propia

Tabla 10 Listado de los Indicadores de la perspectiva de procesos internos

		INDICADORES DEL BALANCED SCORECARD							
PERSPECTIVA	MACROOBJETIVO	MICROOBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	CÓDIGO DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	NIVELES DE DESEMPEÑO		
							Subóptimo	Buena	Muy Buena
PROCESOS INTERNOS	CONTAR CON PROCESOS EFICACES Y EFICIENTES	Evaluación de los procesos administrativos y asistenciales	Preparación del cumplimiento del plan anual de la institución para el diseño e implementación de los procesos administrativos y asistenciales	FIC-ADT-001 V4	$\frac{\text{Total de procesos administrativos y asistenciales aprobados por la Dirección}}{\text{Total de procesos administrativos y asistenciales planificados en el plan anual de la institución}} \times 100$	Anual	95%	90%	85%
			Preparación de cumplimiento de procesos relacionados	FIC-ADT-002 V4	$\frac{\text{Número de áreas que no siguió el proceso relacionado}}{\text{Número total de áreas que se debió seguir el proceso}} \times 100$	Trimestral	100%	90%	70%
		Brindar seguridad en el proceso de atención del paciente	Preparación de pasivales identificados correctamente	FIC-ADT-003 V4	$\frac{\text{Número de pasivales identificados correctamente}}{\text{Total de pasivales atendidos en el periodo}} \times 100$	Mensual	95%	90%	85%
			Tasa de incidentes generados en pasivales durante la prestación del servicio	FIC-ADT-004 V4	$\frac{\text{Número total de incidentes generados en el mes}}{\text{Total de pasivales atendidos en el mes}} \times 100$	Mensual	2%	4%	5%
			Tasa de no de pasivales en el servicio de Ruang Diagnostico y Complementación Terapéutica	FIC-ADT-005 V4	$\frac{\text{Número total de pasivales atendidos en el servicio que no se dan en el mes}}{\text{Total de pasivales atendidos en el mes}} \times 100$	Mensual	2%	4%	5%
		Gestionar oportunamente las enfermedades de los usuarios	Preparación de PORS en niños entre de 15 días	FIC-GCA-004 V4	$\frac{\text{Número de PORS en los cuales se cumplen los requerimientos requeridos entre de 15 días}}{\text{Número total de PORS recibidos en el periodo}} \times 100$	Mensual	100%	90%	70%
			Minimizar la morbilidad de niños programados de alta a situaciones de alta de la IPS	Preparación de morbilidad de niños de alta a situaciones de alta de la IPS	FIC-GCA-005 V4	$\frac{\text{Número de niños morales asociados a problemas relacionados con las discapacidades físicas y/o orgánicas físicas}}{\text{Número total de niños programados en el periodo}} \times 100$	Mensual	5%	8%
		FIC-GCA-006 V4			$\frac{\text{Número total de niños programados que fueron morales asociados a problemas de menor gravedad (severidad, asociado a morbi) del examen base de la IPS}}{\text{Número total de niños programados en el periodo}} \times 100$	Mensual	5%	8%	10%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11 Listado de los Indicadores de la perspectiva de aprendizaje y desarrollo

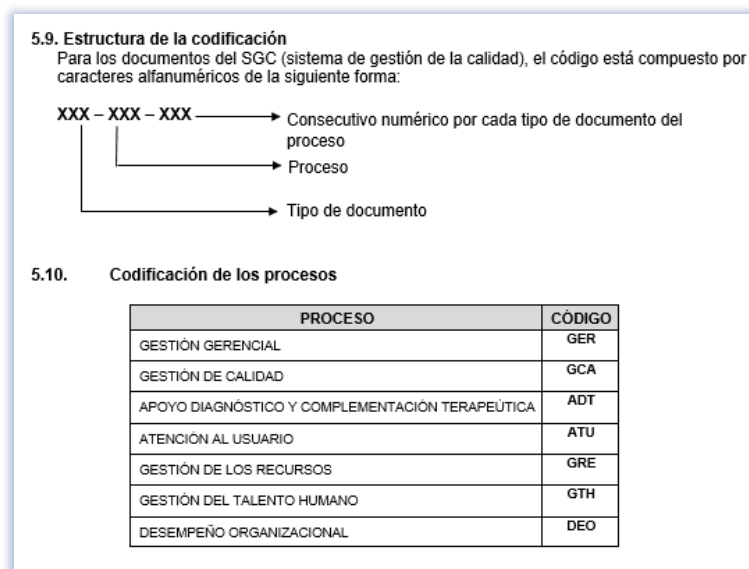
				INDICADORES DEL BALANCED SCORECARD					
PERSPECTIVA	MACROOBJETIVO	MICROOBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	CÓDIGO DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	UMBRALES DE DESEMPEÑO		
							Sobresaliente	Meta	Mínimo
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	DISPONER DE TALENTO HUMANO IDÓNEO	Atrair, mantener y retener personal competente y talentoso para cada uno de los ámbitos de la IPS	Porcentaje de retención del personal	FIC-GTH-003 V1	$(\text{Empleados antiguos al final del período} / \text{Empleados al inicio del período}) \times 100$	Anual	90%	80%	70%
			Porcentaje de ausentismo laboral	FIC-GTH-004 V1	$(\text{N}^{\circ} \text{ de horas no trabajadas por ausentismo} / \text{N}^{\circ} \text{ de horas de trabajo programadas}) \times 100$	Mensual	5%	10%	15%
			Porcentaje de evaluaciones satisfactorias	FIC-GTH-005 V1	$(\text{Número total de empleados con evaluación de desempeño superior al 75\%} / \text{Número total de empleados evaluados}) \times 100$	Anual	85%	75%	65%
		Contar con un programa de capacitación y formación, de acuerdo a las necesidades del talento humano y a las áreas institucionales que promuevan el desarrollo de las habilidades del capital humano	Proporción de cumplimiento del programa de educación corporativa de la IPS	FIC-GTH-006 V1	$(\text{Número de cursos realizados} / \text{Número de cursos proyectados}) \times 100$	Anual	100%	80%	50%
			Proporción de horas de formación por cada empleado	FIC-GTH-007 V1	$(\text{Sumatoria horas de capacitación realizadas por el empleado} / \text{Horas totales de capacitación proyectadas por empleado}) \times 100$	Trimestral	100%	80%	50%

Fuente: Elaboración propia

1.3.1. Código de los indicadores

El código asignado a cada uno de los indicadores se realizó a partir de los lineamientos que tiene establecida la Institución para nombrar todos los documentos de la IPS. En la figura 23 se esquematiza como se asigna el código a cada documento.

Figura 23 Estructura de la codificación alfanumérica de los documentos institucionales



Fuente: Documento corporativo PRO-GCA-001 V1 Elaboración y control de documentos y registros


La taxonomía alfanumérica utilizada en el código de cada indicador se establece de la siguiente manera: FIC-GER-001 V1, donde las primeras tres letras pertenecen al tipo de documento FIC (ficha técnica), continuando las siguientes tres letras (GER – gestión gerencial) al proceso al que pertenecen, de acuerdo a lo establecido en la cadena de valor de la Institución. Los tres números siguientes son el consecutivo en cada una de las perspectivas y al final se encuentra V1 que hace referencia a la versión del documento y se actualiza cada vez que se realiza un cambio en la ficha técnica del indicador.

1.3.2. Ficha técnica de los indicadores

Con base en el formato de la Resolución 256 de 2016 para la ficha técnica de los indicadores de calidad, se adapta un formato para la ficha técnica de los indicadores para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S que consolida la información general del indicador (justificación y definición operacional) y se convierte en el referente y guía para definir responsabilidades en cuanto a la generación y análisis de la información, entre otros.

Para los indicadores propuestos en cada una de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S se elaboró la ficha técnica del indicador para ser entregada a la Institución como producto del trabajo.

Tabla 12 Formato de la ficha técnica del indicador

 LUIS GERARDO CADAVID S.A.S <small>HEMORRÓYDICA CADAVID ASOCIACIÓN SIN ÁNIMO DE LUCRO</small>		FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR		CÓDIGO:
				VERSIÓN:
I. ASPECTOS GENERALES				
Nombre del Indicador				
Dominio				
DEFINICIÓN				
II. DEFINICIÓN OPERACIONAL				
Numerador	Denominador	Unidad de Medición	Factor	
Fórmula del Cálculo				
III. VARIABLES				
Origen de la Información		Fuente Primaria		
Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	
Periodicidad de la generación de la información	Periodicidad de la remisión de la información	Vigilancia y Control		
Responsables				
De la generación de los datos	Del Cálculo	Del análisis del Indicador	De la toma de decisiones	Del reporte a las plataformas de carácter obligatorio
IV. ANÁLISIS				
UMBRAL DE DESEMPEÑO				
Sobresaliente				
Meta				
Mínimo				
AJUSTE POR RIESGO				
Son los factores que se deben tomar en cuenta en el análisis del indicador, los cuales al no ser tomados en consideración pueden afectar las				
No requiere ajuste por riesgo				
Ajuste por edad				
Ajuste por género				
Severidad				
Comorbilidad				
Otro. Cuál?				
SUSTENTO NORMATIVO Y/O REFERENTES (NACIONALES Y/O INTERNACIONALES)				

Fuente: Adaptación propia, con base en el formato de la Resolución 256 de 2016 para la ficha técnica de los indicadores de calidad.

1.3.3 Metas de los indicadores

El propósito principal de la fijación de las metas es tener un punto de referencia que permita establecer el grado de cumplimiento de los resultados obtenidos.

Si no existen metas, los indicadores establecidos para cada uno de los microobjetivos de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral pierden su carácter de control, ya que no será posible identificar si los resultados obtenidos son satisfactorios o no.

Para la fijación de las metas, se debe encontrar el nivel adecuado, deben ser realistas pero retadoras y alcanzables, puesto que si son muy altas pueden no ser alcanzables en una primera fase y si son demasiado bajas no reflejan lo que se quiere alcanzar.

La fijación de metas, para cada uno de los indicadores del Cuadro de Mando Integral se definió en reunión con el comité de mejoramiento institucional de la organización. Las metas establecidas se pueden visualizar en el libro de Excel y en las fichas técnicas de los indicadores.

1.4 Etapa IV: Propuesta de herramienta ofimática para seguimiento y control de los indicadores

Mediante la elaboración de este trabajo de grado se entrega una herramienta en Excel que le permitirá a la IPS realizar la medición de los indicadores propuestos en el Cuadro de Mando Integral. Se hace entrega de cuatro libros en Excel, los cuales pertenecen a cada una de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral (financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje y desarrollo).

La herramienta consta de las siguientes hojas de cálculo: en la primera hoja se encuentra el consolidado de los indicadores propuestos para cada perspectiva, la segunda hoja contiene los indicadores de cada una de las perspectivas, la tercera hoja está diseñada para la base de datos del indicador y en la cuarta hoja se encuentran las fichas técnicas de los indicadores de cada perspectiva (ver ejemplo):

Tabla 13 Ejemplo hojas de cálculo para cada una de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral

		INDICADORES DEL BALANCED SCORECARD							
PERSPECTIVA	MACROOBJETIVO	MICROOBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	CÓDIGO DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	UMBRALES DE DESEMPEÑO		
							Sobresaliente	Meta	Mínimo
FINANCIERA	CONSTRUIR EMPRESA CON ALTO VALOR ECONÓMICO	Aumentar el portafolio de clientes y el portafolio de servicios	Porcentaje de incremento del portafolio de clientes	FIC-GER-001 V1	$(\text{Total de contratos en el semestre actual} / \text{Total contratos del semestre anterior}) \cdot 100$	Semestral	75%	50%	25%
			Incremento del portafolio de servicios	FIC-GER-002 V1	Total de estudios nuevos ofertados	Anual	3	2	1
			Porcentaje de incremento de exámenes realizados	FIC-GER-003 V1	$(N' \text{ exámenes realizados en el trimestre actual} / N' \text{ exámenes realizados en el mismo trimestre del año anterior}) \cdot 100$	Trimestral	80%	50%	28%
		Incrementar las ventas	Porcentaje de crecimiento de ingresos del servicio de diagnóstico Cardiológico	FIC-GER-004 V1	$(\text{Total de ingresos del mes actual de Ecocardiogramas TT + EKG}) / (\text{Total de ingresos del mes inmediatamente anterior de Ecocardiogramas TT + EKG}) \cdot 100$	Mensual	7%	5%	3%
			Porcentaje de crecimiento de ingresos del servicio de diagnóstico Vascular Periférico	FIC-GER-005 V1	$(\text{Total de ingresos del mes actual de Dúplex + Pletismografía arterial + Fotopletismografía arterial} / \text{Total de ingresos del mes inmediatamente anterior de Dúplex + Pletismografía arterial + Fotopletismografía arterial}) \cdot 100$	Mensual	7%	5%	3%

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describe cada una de las hojas de cálculo en forma detallada:

- Hoja 1. Consolidado de la perspectiva: En esta hoja se encuentra el cuadro consolidado por cada una de las perspectivas, donde se puede visualizar: el macroobjetivo, los microobjetivos, nombre del indicador, código del indicador, fórmula del indicador, periodicidad con la que se mide el indicador, los umbrales de desempeño y el responsable del indicador en la Institución (ver ejemplo):

Tabla 14 Ejemplo de la primera hoja de cálculo (consolidado de la perspectiva) del libro para la perspectiva financiera

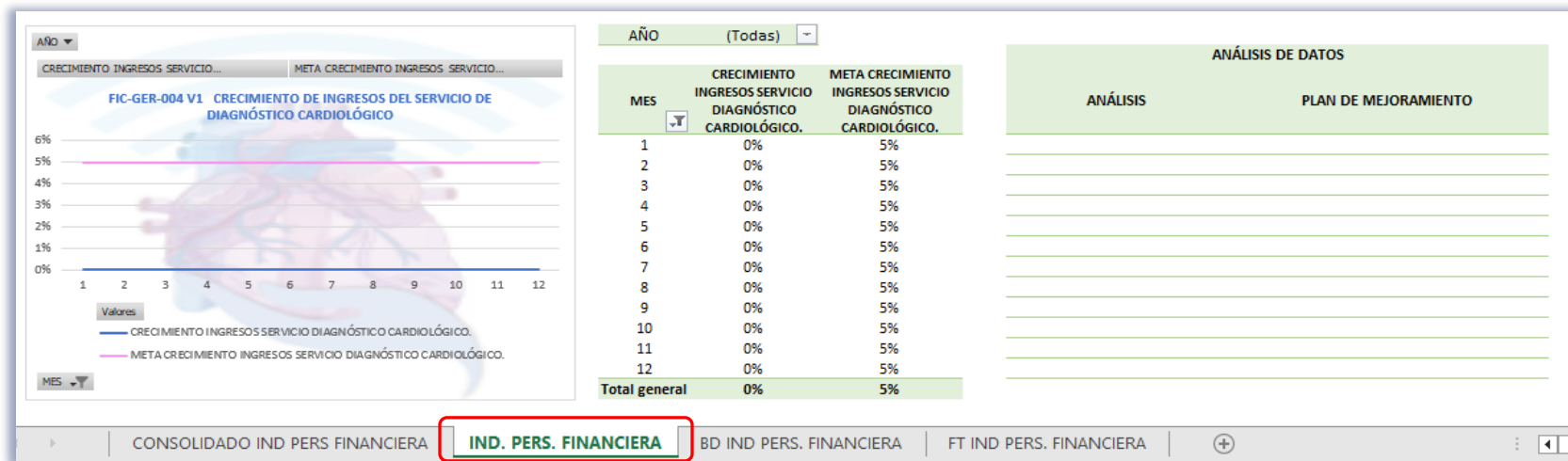
PERSPECTIVA		MACROOBJETIVO	MICROOBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	CÓDIGO DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	UMBRALES DE DESEMPEÑO		
								Sobrealicite	Meta	Mínimo
FINANCIERA	CONSTRUIR EMPRESA CON ALTO VALOR ECONÓMICO	Aumentar el portafolio de clientes y el portafolio de servicios	Porcentaje de incremento del portafolio de clientes	FIC-GER-001 V1	$(\text{Total de contratos en el semestre actual} / \text{Total contratos del semestre anterior}) - 1 \times 100$	Semestral	75%	50%	25%	
			Incremento del portafolio de servicios	FIC-GER-002 V1	Total de estudios nuevos ofertados	Anual	3	2	1	
			Porcentaje de incremento de exámenes realizados	FIC-GER-003 V1	$(N \text{ exámenes realizados en el trimestre actual} / N \text{ exámenes realizados en el mismo trimestre del año anterior}) - 1 \times 100$	Trimestral	80%	50%	20%	
		Incrementar las ventas	Porcentaje de crecimiento de ingresos del servicio de diagnóstico Cardiológico	FIC-GER-004 V1	$(\text{Total de ingresos del mes actual de Ecocardiograma TT} + \text{EKG}) / (\text{Total de ingresos del mes inmediatamente anterior de Ecocardiograma TT} + \text{EKG}) - 1 \times 100$	Mensual	7%	5%	3%	
			Porcentaje de crecimiento de ingresos del servicio de diagnóstico Vascular Periférico	FIC-GER-005 V1	$(\text{Total de ingresos del mes actual de Dóplex} + \text{Pletimografía arterial} + \text{Fotopletimografía arterial}) / (\text{Total de ingresos del mes inmediatamente anterior de Dóplex} + \text{Pletimografía arterial} + \text{Fotopletimografía arterial}) - 1 \times 100$	Mensual	7%	5%	3%	

Fuente: Elaboración propia

- Hoja 2. Indicadores de la perspectiva: La segunda hoja es una tabla dinámica que permite visualizar el indicador en una gráfica, donde se tiene establecida la meta y la desviación que se obtiene (de acuerdo a la periodicidad establecida en cada indicador). Además, permite realizar el análisis del indicador y definir el plan de mejoramiento (ver ejemplo):

Después de la implementación de esta herramienta, la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S podrá evaluar el desempeño y crecimiento organizacional de acuerdo a los objetivos estratégicos planteados y tendrá disponible información confiable en el tiempo.

Figura 24 Ejemplo de la segunda hoja de cálculo (indicadores de la perspectiva) del libro para la perspectiva financiera



Fuente: Elaboración propia

- Hoja 3. Base de datos de la perspectiva: En esta hoja de cálculo se deben registrar las variables del indicador y está parametrizado para realizar tanto el cálculo según la descripción operacional como el gráfico (que es visualizado en la hoja 2). Los umbrales de desempeño de los indicadores se establecieron de acuerdo a la situación actual de la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S (ver ejemplo):

Tabla 15 Ejemplo de la tercera hoja de cálculo (base de datos de la perspectiva) del libro para la perspectiva financiera


AÑO	MES	NUEVOS CONTRATOS	CONTRATOS SEMESTRE AÑO ANTERIOR	INCREMENTO PORTAFOLIO CLIENTES	META INCREMENTO PORTAFOLIO CLIENTES	ESTUDIOS NUEVOS OFERTADOS	INCREMENTO PORTAFOLIO DE SERVICIOS	META INCREMENTO PORTAFOLIO DE SERVICIOS	EXAMENES REALIZADOS	EXAMENES REALIZADOS TRIMESTRE AÑO ANTERIOR	INCREMENTO EXAMENES REALIZADOS	META INCREMENTO EXAMENES REALIZADOS
2023	1			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	2			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	3			0%	0%		0	0			0%	30%
2023	4			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	5			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	6			0%	50%		0	0			0%	30%
2023	7			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	8			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	9			0%	0%		0	0			0%	30%
2023	10			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	11			0%	0%		0	0			0%	0%
2023	12			0%	50%		0	2			0%	30%

CONSOLIDADO IND PERS FINANCIERA | IND. PERS. FINANCIERA | **BD IND PERS. FINANCIERA** | FT IND PERS. FINANCIERA | (+)

Fuente: Elaboración propia

- Hoja 4. Fichas técnicas de los indicadores: En esta hoja, se encuentra cada una de las fichas técnicas de los indicadores que evalúan el cumplimiento de los microobjetivos, los que llevan a la consecución del macroobjetivo de cada perspectiva del Cuadro de Mando Integral (ver ejemplo):

Tabla 16 Ejemplo de la cuarta hoja de cálculo (fichas técnicas del indicador) del libro para la perspectiva financiera

	FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR		CÓDIGO: FIC-GER-007
			VERSIÓN: 01
I. ASPECTOS GENERALES			
Nombre del Indicador	Participación de cada estudio en el servicio de diagnóstico cardiovascular no invasivo		
Dominio	Crecimiento		
DEFINICIÓN			
Esta métrica expresa en porcentaje cual es la participación de cada uno de los estudios en el total de exámenes realizados en un período			
II. DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Denominador	Unidad de Medición	Factor
Nº estudio (Ecocardiograma TT ó EKG ó Dúplex ó Pletismografía arterial ó Fotopleitismografía arterial)	Nº total de exámenes realizados	Relación porcentual	100
Fórmula del Cálculo			
$[(\text{N}^\circ \text{ estudio (Ecocardiograma TT ó EKG ó Dúplex ó Pletismografía arterial ó Fotopleitismografía arterial)}) / (\text{N}^\circ \text{ total de exámenes realizados})] \times 100$			
CONSOLIDADO IND PERS FINANCIERA		IND. PERS. FINANCIERA	BD IND PERS. FINANCIERA
		FT IND PERS. FINANCIERA	+

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El ciclo de vida organizacional en una empresa equivale al sendero evolutivo transitado por ella a lo largo de su existencia y la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS está en la fase de crecimiento, donde todos sus esfuerzos para garantizar la permanencia en el mercado están encaminados a: fortalecer la marca y el prestigio Institucional, mejorar la eficiencia y productividad operativa que le permitan incrementar los ingresos y las ganancias, expandir su presencia en el mercado y ganar mejor participación frente a sus competidores mediante la captación de nuevos clientes, diversificación de servicios y alianzas estratégicas.

Al realizar el diagnóstico situacional de la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS utilizando la herramienta metodológica de la matriz DOFA, los resultados obtenidos del análisis interno y externo permitieron a todos los integrantes de la Institución contextualizarse con las fortalezas, las debilidades que deben ser superadas, las oportunidades que deben ser aprovechadas y las amenazas del entorno a las que se deben enfrentar y para las cuáles se deben preparar. Se espera que este conocimiento ayude a mejorar el sentido de pertenencia con la institución y el nivel de compromiso hacia el logro del objetivo general.

El modelo de Cuadro de Mando Integral propuesto para la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS constituye una herramienta administrativa que contribuye a la gestión estratégica y la medición del desempeño organizacional, a partir de un esquema visual en el que se definieron los macro y micro objetivos en las perspectivas financiera, interna, del cliente y de aprendizaje y crecimiento a implementar en la estrategia de la organización.

Para la IPS Luis Gerardo Cadavid SAS el recurso humano es uno de los pilares en la organización, que se debe cautivar, cultivar y capacitar con el fin de tener el cliente interno satisfecho, lo que se verá reflejado en un trabajo eficiente, productivo y con calidad. Además, se visualiza en el recurso humano un alto potencial de capital intelectual, entendido este como los conocimientos, las habilidades y la experiencia, que se puede aprovechar para crear riqueza en el futuro y sobre los cuales se podrá sustentar una ventaja competitiva sostenida y es el Know How de la organización.

Con el diseño del sistema de Indicadores de gestión planteados se consolida una herramienta fundamental para el proceso de planeación estratégica y se establecieron las bases para fomentar una cultura de transformación organizacional al interior de IPS Luis Gerardo Cadavid SAS.

El éxito en la implementación del modelo de Cuadro de Mando Integral propuesto, dependerá de la divulgación, capacitación, comprensión de la estrategia y el compromiso a todos los niveles de la organización, lo cual implica no solo que la fuerza laboral esté motivada y preparada sino también la alta dirección, de tal forma que exista coherencia entre las acciones operativas, tácticas y estratégicas desarrolladas en el quehacer diario de la organización.

RECOMENDACIONES

En reunión del comité de mejoramiento institucional, definir el personal idóneo que se encargará del proceso de divulgación e implementación del Cuadro de Mando Integral para la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S.

Capacitar a los líderes de los procesos críticos de la Institución en el diligenciamiento adecuado y oportuno de la herramienta entregada a la IPS para hacer el seguimiento y control de los objetivos estratégicos propuestos en el Cuadro de Mando Integral. Esta herramienta será utilizada en el manejo interno de la Institución; al hacer uso correcto de ella, permite la trazabilidad de la información de la IPS y facilitará el diligenciamiento de los formatos de reportes obligatorios por normatividad, ya que se definieron 7 indicadores del SOGCS en el Cuadro de Mando Integral.

En la fase de implementación del Cuadro de Mando Integral en la IPS Luis Gerardo Cadavid S.A.S. la alta dirección debe proporcionar los recursos necesarios para todo el proceso y expresar su compromiso para que la herramienta sea dinámica y se utilice como el nuevo sistema de gestión.

En las reuniones periódicas del comité de mejoramiento institucional se debe establecer un espacio donde se analicen los resultados del Cuadro de Mando Integral, permitiendo un adecuado control y seguimiento que permita realizar planes de mejoramiento para el cumplimiento de la estrategia.

Después de la revisión de los documentos institucionales para el diagnóstico situacional de la IPS, se recomienda realizar ajustes a la encuesta de satisfacción de los pacientes, donde se debe incluir una pregunta que hace falta por exigencia normativa; se deben estructurar las encuestas para evaluar la satisfacción de los accionistas, de los proveedores y del clima organizacional; además el sitio Web de la IPS debe tener contenido actualizado y educativo, que le permita tener mejor interacción con los usuarios.

Anexo 1 Lista de Abreviaturas

ABREVIATURA	DEFINICIÓN
CMI	Cuadro de Mando Integral
BSC	Balanced Scorecard
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
FTS	Fondos Territoriales de Salud
ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
EPS	Entidades promotoras de salud
ERP	Entidades responsables del pago
PBS	Plan de Beneficios en Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
UPC	Unidad de Pago Capitado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ICSS	Instituto Colombiano de Seguros Sociales
CCF	Cajas de Compensación Familiar
SS	Seguro Social
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSSI	Sistema de Seguridad Social Integral
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud
SUH	Sistema Único de Habilitación
PAMEC	Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
SIC	Sistema de Información de Calidad
ONCAS	Observatorio Nacional de Calidad en Salud
DOFA	Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas

ABREVIATURA	DEFINICIÓN
OMS	Organización Mundial de la Salud
BSC	Balanced Scorecard
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
TICs	Tecnologías de la Información y Comunicación
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
PHVA	Planear – Hacer – Verificar – Actuar
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DANE	Departamento Nacional de Estadística
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
IBC	Ingreso base de la cotización

Anexo 2 Herramienta en Excel

Se entregan 4 archivos en Excel, los cuales están nombrados por cada una de las perspectivas del Cuadro de Mando Integral (Financiera, Clientes, Procesos internos y Aprendizaje y desarrollo).

En cada archivo se encuentran 4 hojas denominadas: Consolidado de la Perspectiva, Indicadores de la Perspectiva, Base de datos de la perspectiva, Fichas técnicas de los indicadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chena Fernández R. Diseño cuadro de mando integral de un hospital: mapa estratégico y principales indicadores [Tesis de grado en línea]. Zaragoza: Escuela de Ingeniería y Arquitectura, Universidad de Zaragoza; 2015. 201 p. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/47510/files/TAZ-TFG-2015-2722.pdf>
2. Medina OF, De Marco MLC. Indicadores de productividad en hospitales públicos. Rev Científica Visión Futuro. Julio - Diciembre 2017 [citado 26 de julio de 2022];14(2):40-60. Disponible en: <https://visiondefuturo.fce.unam.edu.ar/index.php/visiondefuturo/article/view/98>
3. Villalbí J, Guix J, Casas C, Borrell C, Duran J, Artazcoz L, et al. El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. Gac Sanit. Enero de 2007 [citado 4 de junio de 2022];21(1):60-65. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911107719714>
4. Kaplan, RS; Norton, DP. Cuadro de mando integral (The Balanced Scorecard) [Internet]. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2002 [Consultado 1 Jul 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/28494722/Cuadro_de_Mando_Integral_2da_Edici%C3%B3n_Robert_S_Kaplan_and_David_P_Norton
5. Borda Cedeño LY. Implementación de un Cuadro de Mando Integral (CMI) para optimizar la calidad de atención en salud del Servicio de Imagenología. [Tesis de maestría]. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés; 2021. Recuperado de: <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/25622>
6. Gómez Gaviria C, Rodríguez Ríos KJ, Toro Brand AM. Diseño de un tablero de control para una institución prestadora de servicios de salud privada de III nivel de atención. [Monografía de especialización]. Medellín: Universidad CES; 2014. 111 p. Recuperado de: <https://docplayer.es/27030084-Diseno-de-un-tablero-de-control-para-una-institucion-prestadora-de-servicios-de-salud-privada-de-iii-nivel-de-atencion.html>

7. Mejía Peláez Muslo, Vargas Arias JM. Evolución del sistema integral de salud en Colombia y su situación actual. [Trabajo de grado de pregrado]. Medellín: Universidad EAFIT; 2011. 72 p. [Recuperado de: https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/12248](https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/12248)
8. Cañón Ortegón L. Seguridad Social. ¿Un Negocio o un servicio?. Editorial Institutos de Estudios Sociales Juan Pablo II; 1991: p.18.
9. Dueñas Ruiz Ó. Las Pensiones. Teoría, normas y jurisprudencia. Bogotá: Tercera Edición. Librería Ediciones del Profesional Ltda; 2007. p.1-7.
10. Acevedo Tarazona Á. La seguridad social. Historia, marco normativo, principios y vislumbres de un Estado de derecho en Colombia. 2010;15(1): 191-204.
11. Rodríguez Del Gallego A, Ávila Roa M. El sector salud en Colombia: pasado y presente de una reforma neoliberal. [Trabajo de grado Maestría]. Bogotá: Universidad Pública Piloto; 2005. Recuperado a partir de: <http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/8514?show=full>
12. Colombia. El congreso de Colombia. Ley 30 de 1886, por la cual se crean Juntas de higiene en la Capital de la República y en las de los Departamentos y ciudades principales. [consultado el 15 de enero de 2022]. Diario Oficial, 44169 (Sep. 21, 1986). Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1787392>
13. Colombia. El congreso de Colombia. Ley 90 de 1946 por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. (ICSS). [consultado el 16 de enero de 2022]. Diario Oficial, 26322 (Ene. 07, 1947). Disponible en: https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/ley_0090_1946.htm
14. Muriel Arenas J. Recorrido histórico del sistema general de salud. [Monografía de pregrado]. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana; 2017. Recuperado de: http://repository.unaula.edu.co:8080/bitstream/123456789/703/1/unaula_rep_pre_der_2017_recorrido_historico.pdf
15. Tafur Calderón LA. IV Foro: El Sistema de Salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2019;37(1):5-6.

23. Colombia. República de Colombia. Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario oficial, 44654 (Dic. 21, 2001). Disponible en: www.mineduccion.gov.co/1621/articulos-86098_archivo_pdf.pdf
24. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 46271 (May. 17, 2006). Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_1043_2006.htm
25. Colombia. Ministerio de la protección Social. Resolución 2680 de 2007 por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 46717 (Ago. 11, 2007). Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_2680_2007.htm
26. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3763 de 2007 por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 46791 (Oct. 24, 2007). Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_3763_2007.htm
27. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1441 de 2013 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, 48787 (May. 11, 2013). Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1441_2013.htm

28. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Diario oficial, 49167 (May. 30, 2014). Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_2003_2014.htm
29. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Diario oficial, 51149 (Nov. 26, 2019). Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm
30. Alcaldía de Medellín. Seminario Taller: Cómo implementar de manera práctica la ruta crítica del PAMEC enfoque en gestión del riesgo. 2018. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Campanas/Eventosymemorias/Shared%20Content/PAMEC/PRESENTACIÓN%20PAMEC%20GESTIÓN%20DEL%20RIESGO%202018.pdf
31. Ministerio de la protección social. Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Bogotá: Versión 19; 2005. Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf
32. Ministerio de salud y protección social. ABC sobre el sistema único de acreditación en salud. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf>
33. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006 por la 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. Diario oficial, 46271 (May. 17, 2006). Disponible en: www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20TÉCNICO.pdf

34. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2011 jun. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistemade-informacion-para-calidad.aspx>
35. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud [Internet]. [citado 21 de julio de 2022]. Diario oficial, 49794 (Feb. 22, 2016). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf
36. 36. Ministerio de salud y protección social. ABECÉ Monitoreo de la calidad: Resolución 256 de 2016 [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abec-e-resolucion-256-de-2016.pdf>
37. Ministerio de la protección social. Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud, junio 2011[Internet]. [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>
38. López Agudelo J, Vieda Quintero J. Apuntes para la Formulación de Indicadores de Calidad en Salud. [Internet]. [citado 16 de agosto de 2022]. Bogotá; 2012. Disponible en: https://www.academia.edu/12212597/Apuntes_para_la_Formulacion_Indicadores_de_Calidad_en_Salud
39. Humet C, Suñol R, Frenk J, Lorenzo S. Monográfico Avedis 1parte. [Internet]. [citado 27 de julio de 2022]. Rev Calidad Asistencial 2001; 16 (suplemento N°1):1-76. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

40. Borda Cedeño LY. Implementación de un Cuadro de Mando Integral (CMI) para optimizar la calidad de atención en salud del Servicio de Imagenología. [Tesis de grado de maestría]. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2021. 182 p. Recuperado de: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4048162>
41. Observatorio Nacional de Calidad en Salud. ¿Quiénes somos? [Internet]. [citado 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/quienes-somos.aspx>
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio de Calidad de la atención en Salud OCAS Colombia. Guía metodológica. Bogotá: Imprenta Nacional; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-metodologica-observatorio-calidad.pdf>
43. Llewellyn-Davies R. Planificación y administración de hospitales. Publicación científica N°191. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1239/40223.pdf>
44. Padilla Ariza M, Pertuz Celedón F. Desarrollo empresarial del sector salud en el distrito de santa marta 1990-2005. [Trabajo de grado de maestría]. Barranquilla: Fundación Universidad del Norte; 2006. 152 p. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10584/155>
45. Riaño Casallas, MI; García Ubaque, JC. Gestión estratégica para hospitales universitarios. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2016; 64(4):615-620. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54816>
46. Colombia. El congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.(1993). Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
47. Labarca N. Evolución del pensamiento estratégico en la formación de la estrategia empresarial. Opción [Internet]. Abril de 2008 [citado 9 de enero de 2023];24(55):47-68. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-15872008000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

48. Morales González MA, Pech Vázquez JL. Competitividad y estrategia: el enfoque de las competencias esenciales y el enfoque basado en los recursos. 2000;(197):47-63
49. Leal de Valor DY, Bolívar de Muñoz ME, Castillo Torrealba CO. La Planificación Estratégica como proceso de integración de un equipo de salud. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011Oct [citado 2022 Ene 03]; 10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400015&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400015>
50. López Contreras, SP. Planeación estratégica y diseño del manual de funciones de la IPS Salud Plena S.A.S, Lebrija Santander. [Trabajo de grado de pregrado]. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga; 2012. 214 p. Recuperado de: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2203/digital_24016.pdf?sequence=1
51. David, FR. Conceptos de administración estratégica [Internet]. México: Pearson; 2013 [Consultado 30 Ago 2022]. Disponible en: <https://laurabatres.files.wordpress.com/2018/06/conceptos-de-administracion-estrategica-14edi-david.pdf>
52. Ospina Moncaleano KV. Aplicación del cuadro de mando integral en el sector sanitario. [Trabajo de grado de especialización]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2016. 41 p. Recuperado de: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/15826/OspinaMoncaleanoKarolViviana2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Carvajal Zambrano, GV; Chávez López, AC; Velásquez Vera, ML; Nogueira Rivera, D. Cuadro de Mando integral: una mirada desde su evolución. *Rev. Venez. de Gerencia.* 2022; 27(97): 244-256
54. Escuela Europea de Excelencia. Gestión estratégica. Cuadro de mando integral; 2018. [Consultado 21 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/2018/02/gestion-estrategica-cuadro-de-mando-integral/>

55. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de instrucción despliegue de la estrategia mediante el cuadro de mando integral. [Internet]. Bogotá: Imprenta Nacional; 2016. [Consultado 21 Jul 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_de_uso_cuadro_de_mando.pdf
56. Costa, C; Domínguez, J; Hernández, J; Leiva, AM; Verdú, F. Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard). Laboratorio de Técnicas Aplicadas de Gestión, España. 42 p. Disponible en: [https://www.ucipfg.com/Repositorio/MAES/MAES-03/Unidad4/Cuadro_de_Mando_Integral_\(Balance%20Scorecard\).pdf](https://www.ucipfg.com/Repositorio/MAES/MAES-03/Unidad4/Cuadro_de_Mando_Integral_(Balance%20Scorecard).pdf)
57. Roncancio G. ¿Qué es el BSC? [Internet]. [Consultado 9 Sept 2022]. Disponible en: <https://gestion.pensemos.com/que-es-bsc>
58. Bolaños Jijón, AF; Méndez Bravo JC; Méndez Bravo M. Balanced Scorecard como herramienta de gestión y mejora en los emprendimientos. [Internet]. INNOVA Research Journal. 2020 [Consultado 5 Jul 2022]; 5 (3): 62-77. Disponible en: <https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/1362>
59. Carbonell Alfonso, JM. Elementos necesarios para implementar el cuadro de mando integral para la gestión de la calidad. [Internet]. La Habana; 2014. 2-16 p. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/266615391_Elementos_necesarios_para_Implementar_el_Cuadro_de_Mando_Integral_para_la_Gestion_de_la_Calidad
60. Roncancio G. ¿Qué son los objetivos estratégicos? [Internet]. [Consultado 9 Sept 2022]. Disponible en: <https://gestion.pensemos.com/que-son-los-objetivos-estrategicos-y-como-crearlos-algunos-ejemplos>
61. Pizarro Román, AF. Propuesta de cuadro de mando integral para la Mipyme frutizados, ubicada en el municipio de Santiago de Cali, Colombia. [Internet]. 2016 [Trabajo de grado de pregrado]. Santiago de Cali: Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium; 2016. 115 p. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12237/399>
62. Gestiplolis. Martínez Fernández, F. Cuadro de mando integral como herramienta de gestión; 2019. [Consultado 21 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/el-cuadro-de-mando-integral-como-herramienta-de-gestion/>

63. Muslera Canclini, E; Fernández Muñoz, P; Natal, C. Cuadros de mando: breve historia de su “desempeño”. Rev Calidad Asistencial 2004.19(1):38-44
64. Centro Europeo de Empresas e Innovación. Plan Estratégico e implantación de cuadro de mando integral - Guía de resultados y mejores prácticas. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-leon-espana/planificacion-de-proyectos/manual-experiencias-plan-estrategico-y-cmi-01/26380672>
65. Quintero, J; Sánchez, J. La cadena de valor: Una herramienta del pensamiento estratégico. Telos [Internet]. 2006;8(3):377-389. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99318788001>
66. Delgado L. ¿Qué es un mapa estratégico en el Balanced Scorecard y como se hace? [Internet]. [Consultado 12 Sept 2022]. Disponible en: <https://gestion.pensemos.com/que-es-un-mapa-estrategico-en-el-balanced-scorecard-y-como-se-hace>
67. Garrido Fúnez PL. Diseño de un sistema de indicadores de gestión bajo la metodología del cuadro de mando integral en IPS Rehabilitemos LTDA. [Trabajo de grado de pregrado]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2015. 119 p. Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2015/156369.pdf>
68. Astur C. Cuadro de mando integral. Master de desarrollo local. 2010. Disponible en: <https://www.doccity.com/es/cuadro-mando-integral-1/4264591/>
69. Rocancio G. ¿Qué son las iniciativas estratégicas en el BSC? Cómo seleccionarlas. [Internet]. [Consultado 12 Sept 2022]. Disponible en: <https://gestion.pensemos.com/que-son-las-iniciativas-estrategicas-en-el-bsc-como-seleccionarlas>
70. Sáenz L. Cuadro de mando integral, CMI: una guía introductoria. Disponible en: <https://www.ehu.eus/documents/1432750/4992644/Cuadro+de+Mando+Integral+CMI+Una+guía+introdutoria.pdf>
71. DANE. Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/planificacion/fortalecimiento/cuadernillo/Guia_construccion_interpretacion_indicadores.pdf

72. Toro Brand, A. M. (2022). Indicadores de producción en IPS. Presentado en Aula de la Universidad CES.
73. DAFP. Guía para la construcción de indicadores de gestión. Bogotá: 2012. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1595.pdf/6c897f03-9b26-4e10-85a7-789c9e54f5a3>
74. Secretaría Distrital de salud de Bogotá D.C. Manual para la formulación y análisis de indicadores en salud. [Internet]. Versión 1. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Biblioteca%20Manuales%202016/PLANEACI%C3%93N%20Y%20GESTI%C3%93N%20SECTORIAL/FORMULACION_ANALISIS_INDICADORES_SALUD.pdf
75. Agencia Nacional de Infraestructura. Manual de indicadores de gestión. Sistema estratégico de planeación y gestión. 2020. Recuperado de: https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-m-003_manual_de_indicadores_de_gestion_v2.pdf
76. Antonio Fuentes. Cuidar al cliente para dar valor al accionista. <http://desarrollopersonalyprofesional.weebly.com/blog/cuidar-al-cliente-para-dar-valor-al-accionista#:~:text=Como%20afirman%20Carroll%20y%20Buchholz,de%20capitar%20y%20mantener%20clientes>