

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS  
Y EMPRESARIALES**

**CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**TEMA:**

**IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORE CARD PARA  
MEDICIÓN DE OBJETIVOS DEL HOSPITAL OSKAR JANDL**

**AUTORES**

**CEDEÑO CHICAIZA, CARLOS EDUARDO  
RIAPIRA SALCEDO, YUNEIDY**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
INGENIERO COMERCIAL**

**TUTOR:**

**ECON. ARÉVALO AVECILLAS, DANNY XAVIER, PH.D.**

**GUAYAQUIL, ECUADOR**

**17 DE FEBRERO DEL 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y  
EMPRESARIALES**

**CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por el sr. **Cedeño Chicaiza, Carlos Eduardo** y la sra. **Riapira Salcedo, Yuneidy**, como requerimiento para la obtención del título de **Ingeniero Comercial**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Econ. Arévalo AVECILLAS, Danny Xavier**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Econ. Pico Versoza, Lucía Magdalena**

**Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y  
EMPRESARIALES**

**CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Cedeño Chicaiza, Carlos Eduardo y Riapira Salcedo,  
Yuneidy**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Implementación del Balanced Score Card para Medición de Objetivos del Hospital Oskar Jandl** previo a la obtención del título de **Ingeniero Comercial** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del 2022**

**LOS AUTORES**

f. \_\_\_\_\_  
**Cedeño Chicaiza, Carlos**

f. \_\_\_\_\_  
**Riapira Salcedo, Yuneidy**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y  
EMPRESARIALES**

**CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Cedeño Chicaiza, Carlos Eduardo y Riapira Salcedo,  
Yuneidy**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Implementación del Balanced Score card para Medición de Objetivos del Hospital Oskar Jandi**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del 2022**

### **LOS AUTORES**

f. \_\_\_\_\_  
**Cedeño Chicaiza, Carlos**

f. \_\_\_\_\_  
**Riapira Salcedo, Yuneidy**

## REPORTE URKUND

**URKUND** ➔ Abrir sesión

<b>Documento</b>	TESIS 100% ELABORADA POR: EDUARDO CEDEÑO - YUNEIDY RIAPIRA.doc (D123839062)
<b>Presentado</b>	2021-12-31 17:36 (-05:00)
<b>Presentado por</b>	Danny Xavier Arevalo Avecillas (danny.arevalo@cu.ucsg.edu.ec)
<b>Recibido</b>	danny.arevalo.ucsg@analysis.urkund.com
<b>Mensaje</b>	TESIS 100% RIAPIRA - CEDEÑO <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a> 3% de estas 45 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo
>	<a href="#">carlos.cedeno_100%.doc</a>
■	<a href="https://docplayer.es/14640575-Aplicacion-del-balanced-scorecard-al-richmond-suites.html">https://docplayer.es/14640575-Aplicacion-del-balanced-scorecard-al-richmond-suites.html</a>
■	<a href="https://www.oocities.org/wallstreet/Floor/9269/Giosario.htm">https://www.oocities.org/wallstreet/Floor/9269/Giosario.htm</a>
■	<a href="https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9351/CALDERON%20NAVARRETE%2C%20Julio%20C...">https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9351/CALDERON%20NAVARRETE%2C%20Julio%20C...</a>
■	<a href="https://repositorio.unco.edu.pe/bitstream/handle/20_500_12894/2342/Pantoja%20Ingaruca-Velazquez%20Oul...">https://repositorio.unco.edu.pe/bitstream/handle/20_500_12894/2342/Pantoja%20Ingaruca-Velazquez%20Oul...</a>
■	<a href="https://xdoc.mx/preview/trabajo-de-grado-aplicacion-del-balanced-5e31e814637b1">https://xdoc.mx/preview/trabajo-de-grado-aplicacion-del-balanced-5e31e814637b1</a>

0 Advertencias. Reiniciar Compartir

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y EMPRESARIALES  
CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
TEMA:  
IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORE CARD PARA MEDICIÓN DE OBJETIVOS DEL HOSPITAL  
OSKAR JANDL  
AUTORES  
CEDEÑO CHICAIZA, CARLOS EDUARDO  
RIAPIRA SALCEDO, YUNEIDI  
Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
INGENIERO COMERCIAL  
TUTOR:  
ECON. ARÉVALO AVECILLAS, DANNY XAVIER, PH.D.

Econ. Danny Arévalo Avecillas, Ph.D.  
C.I: 092393423

Carlos Cedeño Chicaiza  
C.I: 0917765430

Yuneidy Riapira Salcedo  
C.I: 1722833868

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por permitirme esta oportunidad de vida, conocimiento y fortaleza para poder cumplir con este objetivo de finalizar mi carrera.

A mis padres Carlos Cedeño y Carmen Chicaiza, mis tíos Margoth Chicaiza y Francisco García, por haber confiado en mí y darme ese apoyo emocional que necesitaba para nunca decaer en las decisiones que tome en mi vida y por haberme siempre inculcado el amor al prójimo y la honradez en el trabajo y mi vida personal.

A mi esposa Elizabeth Galarza, por ser ese pilar fundamental que necesite en todos los momentos difíciles de mi vida y por darme tanto amor día a día,

A todos los docentes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por compartir todos sus conocimientos y experiencias a lo largo de mi carrera para poder yo mejorar en mi vida profesional.

**Cedeño Chicaiza, Carlos Eduardo**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a nuestro señor Dios, por darme esta oportunidad de vida y cambio para mejorar día a día y así poder culminar esta etapa de mi vida.

Con mucho amor se los dedico a mis padres Carlos Cedeño y Carmen Chicaiza, a mis tíos Margoth Chicaiza y Francisco García, por haberme enseñado desde muy pequeño valores, honradez, amor al trabajo y a todas las personas.

A mi esposa Elizabeth Galarza por tenerme paciencia y darme ese apoyo para no dejarme rendir nunca ante las adversidades que se me presentan día a día en mi vida.

**Cedeño Chicaiza, Carlos Eduardo**

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente A JEHOVA de los ejércitos, por permitirme culminar mi carrera, que aunque se presentaron situaciones muy difíciles a lo largo de la carrera me ayudo a superar todos los obstáculos.

A mis padres, hermanas, hermanos y sobrinas, por su apoyo moral y espiritual, por haberme formado he inculcado buenos valores, que hoy están dando su fruto.

Agradezco a todos los docentes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, en especial a la Licenciada Iska Barros Gruezo, Coordinadora del Centro de apoyo de Esmeraldas, por su entrega y apoyo incondicional, por estar pendiente de todo el proceso de mi carrera y así lograr mis objetivos profesionales.

Para finalizar, agradezco a todos mis compañeros y amigos que de una u otra manera me compartieron sus conocimientos.

**Riapira Salcedo, Yuneidy**

## DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico primeramente a Dios, dador de la vida por darme la sabiduría y fuerza constante, para cumplir con éxito mis anhelos.

A mí amado esposo, Oscar Cabrera Córdoba y a nuestros bellos hijos, Por su sacrificio y ayuda incondicional, por ayudarme y permitirme luchar por mis metas.

A mis Padres Edilberto Riapira Bermúdez y Nohemí salcedo Ávila, por sus valores inculcados por sus enseñanzas de constancia, trabajo, esfuerzo y sobre todo amor y temor a Dios.

A mis hermanos, hermanas y sobrinas por siempre estar para mí cuando He necesitado de su apoyo, de esas palabras de aliento cuando he sentido que no puedo más.

A mi amada hermana, Gleidys Yuliana por su inmenso amor y ejemplo de lucha, constancia y entrega, su recuerdo me da fuerzas para seguir adelante.

**Riapira Salcedo, Yuneidy**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y  
EMPRESARIALES**

**CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**ECON. LUCÍA PICO VERSOZA**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(ECON. MIGUEL REYES AGUILAR)**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(ECON. JORGE MALDONADO CERVANTES)**  
OPONENTE

## CALIFICACIÓN

Guayaquil, febrero del 2022

Economista

**Danny Arévalo AVECILLAS**

**COORDINADOR UTE - UIC B-2021**

**ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

En su despacho.

De mis consideraciones:

Economista, **Danny Arévalo AVECILLAS**, Docente de la Carrera de Administración de Empresas, designado TUTOR del proyecto de grado del Sr. **Carlos Cedeño Chicaiza** cumples informarle a usted, señor Coordinador, que una vez que se han realizado las revisiones al 100% del avance del proyecto **avaló** el trabajo presentado por el estudiante, titulado **“IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORE CARD PARA MEDICIÓN DE OBJETIVOS DEL HOSPITAL OSKAR JANDL”** por haber cumplido en mi criterio con todas las formalidades. Este trabajo de titulación ha sido orientado al 100% de todo el proceso y se procedió a validarlo en el programa de URKUND dando como resultado un 3% de plagio.

Cabe indicar que el presente informe de cumplimiento del Proyecto de Titulación del semestre B-2021 a mi cargo, en la que me encuentra (o) designada (o) y aprobado por las diferentes instancias como es la Comisión Académica y el Consejo Directivo, dejo constancia que los únicos responsables del trabajo de titulación **“IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORE CARD PARA MEDICIÓN DE OBJETIVOS DEL HOSPITAL OSKAR JANDL”** somos el Tutor (a) **Danny Arévalo AVECILLAS** del Sr **Carlos Cedeño Chicaiza**, y eximo de toda responsabilidad al coordinador de titulación y a la dirección de carrera.

La calificación final obtenida en el desarrollo del proyecto de titulación fue: **10/10; Diez sobre Diez.**

Atentamente,



**Econ. Danny Arévalo AVECILLAS, Ph.D.**  
PROFESOR TUTOR



**Sr. Carlos Cedeño Chicaiza**  
AUTOR

# CALIFICACIÓN

Guayaquil, febrero del 2022

Economista

**Danny Arévalo Vecillas**

**COORDINADOR UTE - UIC B-2021**

**ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

En su despacho.

De mis consideraciones:

Economista, **Danny Arévalo Vecillas**, Docente de la Carrera de Administración de Empresas, designado TUTOR del proyecto de grado de la Srta. **Yuneidy Riapira Salcedo** cúmplese informar a usted, señor Coordinador, que una vez que se han realizado las revisiones al 100% del avance del proyecto **avaló** el trabajo presentado por el estudiante, titulado “**IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORE CARD PARA MEDICIÓN DE OBJETIVOS DEL HOSPITAL OSKAR JANDL**” por haber cumplido en mi criterio con todas las formalidades. Este trabajo de titulación ha sido orientado al 100% de todo el proceso y se procedió a validarlo en el programa de URKUND dando como resultado un 3% de plagio.

Cabe indicar que el presente informe de cumplimiento del Proyecto de Titulación del semestre B-2021 a mi cargo, en la que me encuentra (o) designada (o) y aprobado por las diferentes instancias como es la Comisión Académica y el Consejo Directivo, dejo constancia que los únicos responsables del trabajo de titulación “**IMPLEMENTACIÓN DEL BALANCED SCORE CARD PARA MEDICIÓN DE OBJETIVOS DEL HOSPITAL OSKAR JANDL**” somos el Tutor (a) **Danny Arévalo Vecillas** de la Srta. **Yuneidy Riapira Salcedo**, y eximo de toda responsabilidad al coordinador de titulación y a la dirección de carrera.

La calificación final obtenida en el desarrollo del proyecto de titulación fue: **10/10; Diez sobre Diez.**

Atentamente,



**Econ. Danny Arévalo Vecillas, Ph.D.**  
PROFESOR TUTOR



**Srta. Yuneidy Riapira Salcedo**  
AUTORA

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	2
Antecedentes del problema .....	2
Definición del problema .....	3
Contextualización del problema .....	8
Justificación de la investigación .....	9
Importancia y naturaleza de la investigación .....	10
Objetivo general.....	11
Objetivos específicos .....	11
Preguntas de investigación .....	11
Limitaciones.....	11
Delimitaciones .....	11
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO .....	12
MARCO CONCEPTUAL.....	21
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL, METODOLÓGICO Y LEGAL .....	28
MARCO REFERENCIAL.....	28
Estudio de caso: Un fabricante de dispositivos médicos .....	31
MARCO METODOLÓGICO.....	37
Diseño de investigación.....	37
Tipo de investigación .....	37
Instrumento de investigación.....	37
A. Encuesta .....	38
B. Entrevista a profundidad .....	38

Tipo de muestreo a utilizar.....	38
Población y muestra.....	39
Análisis de datos.....	40
MARCO LEGAL.....	40
3.1 Análisis de entrevistas (Investigación Cualitativa).....	46
3.2 Planificación estratégica.....	50
Análisis Pestel.....	51
Análisis de la Matriz AMOFHIT.....	53
Análisis FODA.....	55
Objetivos propuestos por el Hospital Oskar Jandl.....	56
3.3 Cuadro de Mando Integral.....	57
Perspectivas tradicionales.....	58
Modificar el enfoque del cuadro de mando integral.....	60
Supuestos básicos.....	61
Evaluación de la preparación.....	61
Comprometer/implicar al liderazgo.....	62
Educación de las partes interesadas internas y externas.....	63
Datos: Recopilación, procesamiento y evaluación comparativa.....	63
Construir la sostenibilidad a largo plazo.....	64
Componentes esenciales de un modelo de BSC.....	65
Evaluación de la preparación.....	66
Planificación.....	67
Roles y Responsabilidades del Hospital.....	68

Creación del cuadro de mando integral para el Hospital Oskar Jandl. ....51

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Detalle de hospitales de San Cristóbal, provincia de Galápagos ....	39
Tabla 2. Resumen de los Resultados Relevantes de los Encuestados .....	42
Tabla 3. Análisis de los Factores Externos .....	51
Tabla 4. Análisis de Factores Internos .....	53
Tabla 5. Análisis FODA .....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura del Ministerio de Salud Pública. Fuente tomada del Ministerio de Salud Pública, 2021. ....	5
Figura 2. Organigrama estructural de la Coordinación Zonal de Salud. Fuente tomada del Ministerio de Salud Pública, 2021. ....	6
Figura 3. Organigrama estructural de la Dirección Distrital de Salud. Fuente tomada del Ministerio de Salud Pública, 2021. ....	6
Figura 4. Partes del Balance Score Card. Fuente tomada de Biblioteca Ison, 2021.....	14
Figura 5. Partes del Cuadro de Mando Integral. Fuente tomada de Infoviews, 2021.....	15
Figura 6. Modelo secuencial del proceso estratégico. Fuente tomada de (D’Alessio, 2008).....	51
Figura 7. Árbol del Cuadro de Mando Integral. Tomado de Paul Niven (2002). ....	59
Figura 8. Cuadro de Mando Integral. Tomado de Kaplan y Norton, (1998). .	60
Figura 9. Fases del Cuadro de Mando Integral. Tomado de Kaplan y Norton (1998). ....	65
Figura 10. Representación del cuadro de mando integral del Hospital Oskar Jandl .....	51

## RESUMEN

El propósito de este estudio es la implementación del Balanced Score card para la medición de objetivos del Hospital Oskar Jandl, cabe recalcar que la investigación se la va a realizar en la provincia de Galápagos cantón San Cristóbal Puerto Baquerizo Moreno, en las instalaciones del Hospital Oskar Jandl ubicado en el barrio divino niño. Este esfuerzo se llevó a cabo debido a la creencia de que el cuadro de mando integral puede ser útil y adaptable a los hospitales, pero que el proceso y el enfoque deben adaptarse a sus recursos requeridos (tiempo, experiencia, dinero) para que la implementación sea práctica y exitosa. Además, esta publicación es un intento de describir un modelo de implementación más relevante diseñado para adaptarse mejor a las necesidades de este tipo de hospitales.

**Palabras claves:** cuadro de mando integral, hospitales, Galápagos, pacientes, servicio

## **ABSTRACT**

The purpose of this study is the implementation of the Balanced Score card for the measurement of objectives of the Oskar Jandl Hospital, it should be emphasized that the investigation will be carried out in the province of Galapagos, canton San Cristóbal Puerto Baquerizo Moreno, in the facilities of the Oskar Hospital Jandl located in the divine child neighborhood. This effort was carried out due to the belief that the balanced scorecard can be useful and adaptable to hospitals, but that the process and approach must be adapted to their required resources (time, experience, money) for the implementation be practical and successful. Furthermore, this publication is an attempt to describe a more relevant implementation model designed to better suit the needs of these types of hospitals.

**Keywords:** balanced scorecard, hospitals, Galapagos, patients, service

# INTRODUCCIÓN

## **Antecedentes del problema**

El propósito de este estudio es la implementación del Balanced Score card para la medición de objetivos del Hospital Oskar Jandl, cabe recalcar que la investigación se la va a realizar en la provincia de Galápagos cantón San Cristóbal Puerto Baquerizo Moreno, en las instalaciones del Hospital Oskar Jandl ubicado en el barrio divino niño.

A pesar de que existe la obligación por parte del estado para atender la salud en el Ecuador, sin embargo la situación del sistema de salud del Ecuador no logra aún alcanzar plenamente objetivos sanitarios que impacten en la mejora de la calidad de la atención de la salud (Aguilar & Maldonado, 2020; Amores, 2017). También persisten barreras de acceso a atención integral y oportuna y limitada protección financiera. Se requiere consolidar sistemas de información que permitan acceso a información completa y oportuna, que permita redireccionar planes, programas y proyectos que coadyuven a mejorar la salud pública (Belloch, 2012).

Hecho que ha incurrido para que los hospitales públicos, distritos y coordinaciones zonales se vean involucrados en la implementación de herramientas de planificación como es contar con la Planificación estratégica, pero sin embargo no se ha logrado cristalizar cambios cuantitativos y cualitativos que mejoren los resultados en los diferentes procesos establecidos en las unidades de salud, hecho que motivo para proponer la implementación del Balanced Score Card para la medición de objetivos de corto y largo plazo como planes estratégicos del hospital Oskar Jandl.

Con la implementación del Balanced Score Card se aumentará la comprensión de cómo se utiliza el BSC en las organizaciones sanitarias. Este documento está organizado de la siguiente manera. En primer lugar, se discute el concepto de BSC. A continuación, se menciona la necesidad de

que las organizaciones sanitarias utilicen el BSC; y, por último, se explica cómo estas organizaciones aplican el BSC. En la cuarta parte del estudio se dan ejemplos de implementación del BSC en diferentes tipos de organizaciones sanitarias. Por último, el estudio incluye un caso práctico para examinar el proceso de implantación del cuadro de mando integral por parte de una empresa fabricante de dispositivos médicos en Estados Unidos, para en base a ese aprendizaje, poder instaurar un BSC en el Hospital Jandl de Galápagos.

El objetivo de esta publicación es describir el proceso de implantación de una iniciativa de Cuadro de Mando Integral (CMI) en el Hospital Jandl de Galápagos, incluyendo cómo identificar si una organización está preparada para la fase de implantación, cuáles son los distintos pasos del proceso, qué principios clave hay que tener en cuenta que son comunes y cómo sería la aplicación del proceso secuencial de la planificación estratégica y de un Cuadro de Mando Integral en este hospital.

Este esfuerzo se llevó a cabo debido a la creencia de que el Cuadro de Mando Integral puede ser útil y adaptable a los hospitales, pero que el proceso y el enfoque deben adaptarse a sus recursos requeridos (tiempo, experiencia, dinero) para que la implementación sea práctica y exitosa (D'Alessio, 2008). Además, esta publicación es un intento de describir un modelo de implementación más relevante diseñado para adaptarse mejor a las necesidades de este tipo de hospitales.

### **Definición del problema**

En relación con la rectoría, que es la capacidad de conducción del sistema de salud a nivel nacional, la Constitución del 2008 enfatiza que es el Ministerio de Salud Pública (MSP) ósea el organismo encargado de regular el sector salud es quien debe encargarse del control y vigilancia del cumplimiento de las normas establecidas en la constitución.

En esta función se destaca en este periodo la decisión política de centralizar la planificación y gestión de salud a nivel del gobierno central, y una desconcentración de ciertas funciones técnico-administrativas a los niveles zonales y locales. El país fue dividido en zonas y distritos de salud que son circunscripciones geográficas poblacionales, que empezaron a funcionar desde el 2012. Las unidades de salud (US) básicas se clasifican dependiendo de su nivel de complejidad en A, B y C. Las US tipo A, cuentan sólo con personal médico y de enfermería; las de tipo B, cuentan con atención odontológica, obstétrica, medicina general y pediatría; mientras que las de tipo C, ofrecen a su vez maternidad e internamiento. Cada distrito elabora y ejecuta el presupuesto de su Plan Operativo Anual (POA), el presupuesto es enviado a la dirección de la zona y ésta lo remite al MSP en Quito, la capital del Ecuador, donde se toman las decisiones finales.

El MSP tiene un gran crecimiento en dependencias técnicas reflejadas en la conformación de dos viceministerios. Se crea la red pública y complementaria de salud y el tarifario de prestaciones médicas; se emite normativas y regulaciones y se incrementa la infraestructura reflejada en nuevos hospitales y centros de salud implementados y ubicados conforme lo indica el Ministerio de salud en base a una metodología que considera cobertura poblacional y capacidad de resolución, se inicia la implementación del modelo de atención de salud familiar y comunitario y se dan cambios en la concepción de la participación social.

Esta reestructuración del Ministerio de salud que, acorde a la reestructuración de todas las funciones del Estado, pasó de una estructura con niveles nacionales, provinciales y de áreas de salud a una estructura conformada por niveles nacional, zonal y distrital. Este cambio no ha sido evaluado aún para medir su beneficio con relación al modelo anterior. También se crearon nuevas dependencias como la Agencia de Regulación y el Control de la Calidad, Seguridad, Eficacia e Inocuidad de los productos de uso y consumo humano (ARCSA) en el 2012; y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (ACSES) en el 2015,

como instancia especializada, para promover y controlar la calidad de servicios públicos y privados de salud, adscrita al Ministerio de salud. También en el 2009 se crea la empresa pública de fármacos, ENFARMA EP, con decreto ejecutivo 181, con el propósito de proveer medicamentos de calidad, a precios adecuados, a la red pública integral de salud; sin embargo, por diferentes problemas, desaparece pocos años después.

Fueron eliminados organismos como el Servicio de Erradicación de la Malaria (SNEM) que cumplía un rol importante en el control de enfermedades transmitidas por vectores. Otras instituciones se reorganizaron como el Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez” que pasó a ser el Instituto Nacional de Investigaciones en Salud Pública (INSP), derivando algunas funciones a la ARCSA. El MSP también ejerce la rectoría de las entidades prestadoras de servicios de salud a través de la regulación de las mismas por medio del otorgamiento de un permiso de funcionamiento que rige tanto para empresas de salud pública o privadas y/o de medicina prepagada. Adicionalmente la Contraloría General del Estado se encarga de controlar los hospitales y unidades médicas en el ámbito del gasto público. Esta entidad examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de las entidades donde el estado tiene participación.

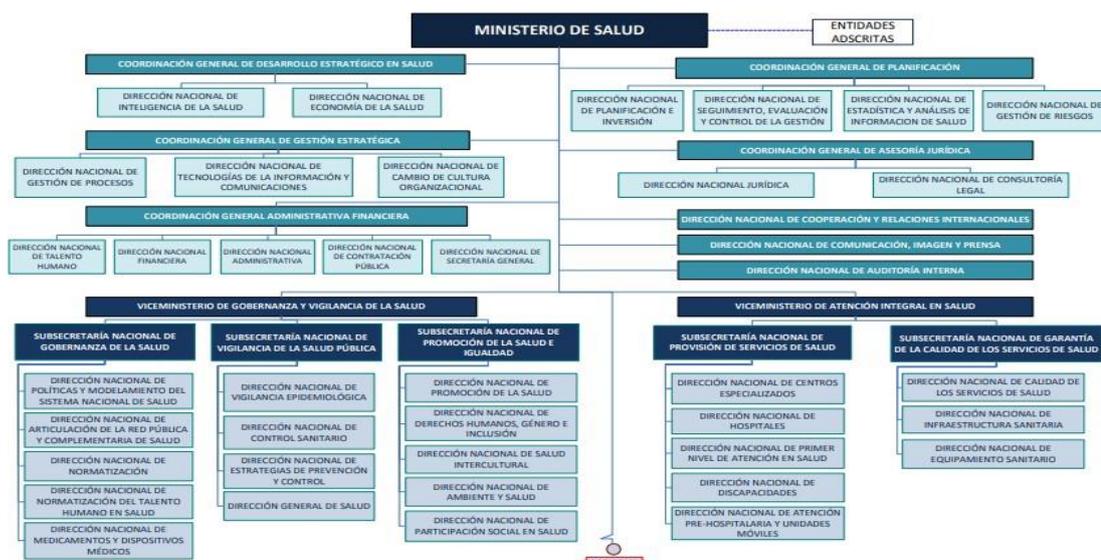


Figura 1. Estructura del Ministerio de Salud Pública. Fuente tomada del Ministerio de Salud Pública, 2021.

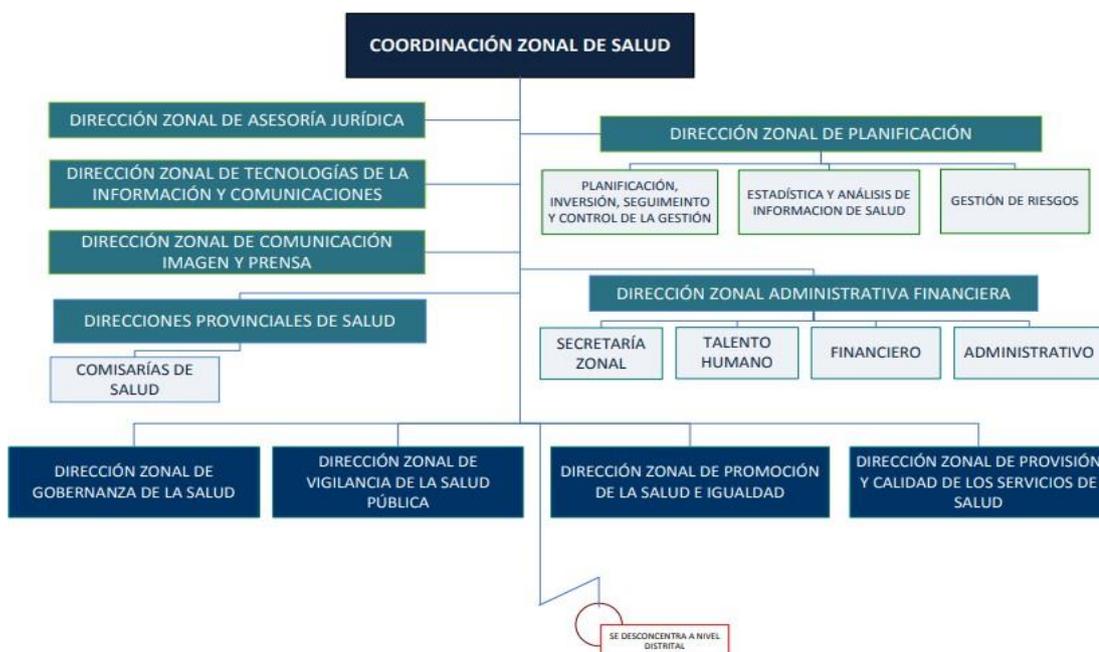


Figura 2. Organigrama estructural de la Coordinación Zonal de Salud. Fuente tomada del Ministerio de Salud Pública, 2021.



Figura 3. Organigrama estructural de la Dirección Distrital de Salud. Fuente tomada del Ministerio de Salud Pública, 2021.

En la actualidad la provisión de servicios que da el Ministerio de Salud Pública mediante 625 establecimientos de Salud a nivel Nacional, con una capacidad de 23.212 camas disponibles para pacientes con necesidad de hospitalización. El sistema de salud pública aterriza en los territorios mediante los respectivos distritos, hospitales básicos y generales.

La estructura de Salud de Galápagos está conformada por el Distrito 20D01, los hospitales República del Ecuador ubicado en el Cantón Santa Cruz y Oskar Jandl ubicado en el Cantón San Cristóbal y los dispensarios médicos en la parroquia El Progreso, Centro de Salud San Cristóbal y el Puesto de Salud Tomas de Berlanga en la Isla San Cristóbal. El Hospital “Oskar Jandl” se encuentra ubicado en el Cantón de San Cristóbal de la Provincia de Galápagos sobre las calles Jaime Roldós y Juan Pablo II, en el Barrio Divino Niño. De acuerdo con el nivel de complejidad que le ha sido asignado, dentro del Segundo Nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, es un Hospital Básico con “cartera ampliada”. Posee una moderna edificación de 5.188 m<sup>2</sup> cubiertos sobre una superficie total del terreno de 16.000 m<sup>2</sup> .dispuesta en dos plantas, con lo que se aprovecha el desnivel natural del suelo.

En la planta principal se ubican los servicios asistenciales, con excepción del servicio de Fisiatría. El acceso a los mismos se facilita mediante tres bocas de entrada: un acceso principal para usuarios ambulatorios con escaleras amplias y de suave desnivel, un acceso directo al centro de emergencias para acceso de personas y vehículos sobre el lateral derecho y por la parte posterior los accesos de servicios generales, de visitas y del personal. En su flanco izquierdo, sobre lo que correspondería al subsuelo de la planta principal, se ubican las oficinas de gobierno del hospital y el área de Fisiatría, las que se encuentran bajo el nivel de la planta principal y con entrada independiente. Dentro de se estructura física se ubica el Centro de Salud San Cristóbal (denominado “anidado”) y que corresponde al I Nivel de Atención por loque está bajo otra jurisdicción administrativa distinta al del hospital. Internamente no tiene ninguna comunicación física con el hospital.

Asimismo, en la zona posterior y periférica están los espacios destinados a las maquinarias de calderas, electricidad, provisión de agua, gases medicinales y distintas bodegas. En este mismo sector está la morgue. El área asistencial ofrece 23 camas de hospitalización general, 7 puestos de neonatología y 4 camas destinadas a cuidados intermedios. Los servicios

ambulatorios (consulta externa, laboratorio, farmacia e imagenología) ocupan un sector de acceso fácil. También la emergencia tiene su acceso específico por un ala lateral del edificio con un consultorio de triage, tres consultorios médicos, un “shock room”, seis camas de observación y un consultorio ginecobstétrico y demás dependencias auxiliares para enfermería y demás servicios.

Dentro de lo que podría denominarse “área semirrestringida al público” se encuentra el ingreso a esterilización, Centro Quirúrgico y Obstétrico, Cuidados Intermedios y Neonatología y por fuera del mismo, con acceso directo desde la parte posterior para visitas, está la sala de hospitalización con 23 camas distribuidas en habitaciones de dos camas, con excepción de tres, dos con cama única en el sector de aislados y una con cama única dentro del área hospitalización general. Aunque con algunas limitaciones tecnológicas que se desarrollan en este documento, el hospital está modernamente equipado en todos sus servicios.

El Hospital Oskar Jandl, cuyo nombre proviene de un benefactor católico alemán que contribuyó a levantar su primer edificio, propiedad de la curia local a quien se le arrendó en alquiler, se inauguró el día 9 de septiembre de 1968. Desde entonces y de forma ininterrumpida brindó limitados servicios a la población del archipiélago con escasos medios físicos, humanos y financieros, lo que queda reflejado en una baja productividad y una notable insatisfacción del usuario. Tal situación constituye el requisito más reclamado por la población, los profesionales y los políticos.

### **Contextualización del problema**

El mayor problema que viven los sistemas de salud de América Latina y el Ecuador es el relacionado con el desabastecimiento de medicamentos. El no contar con la cantidad apropiada impacta en la calidad de vida de los pacientes y no permite que los médicos puedan cumplir de forma indicada con sus labores. El número de profesionales de la salud en Ecuador hasta agosto 2021 es de 236.794 y los que pertenecen al sistema de Salud Pública

son 127.794; por lo que se encuentra en mejores condiciones que las establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS); ya que esta institución recomienda al menos un médico por cada 333 habitantes.

La población de Galápagos se encuentra dispersa en cuatro islas pobladas San Cristóbal, Santa Cruz, Isabela y Floreana; lo que dificulta la atención medica en la región insular por la dificultad de movilizarse entre islas. El Hospital Oskar Jandl, desde sus inicios en 1968, hasta el 2014 funciono en instalaciones improvisadas con una visión básica; que luego conto con instalaciones y equipamiento nuevo, montadas en una infraestructura moderna con personal médico especializado y de apoyo, generando grandes expectativas en la población en lo que corresponde a atención medica; pero sin embargo a pesar de contar con Certificación Canadiense, aún mantiene problemas de falta de especialistas, falta de medicamentos, falta de recursos económicos para mantenimiento de equipos biomédicos, falta de compromiso del personal y funcionarios de apoyo en áreas que no son afines a su perfil académico.

### **Justificación de la investigación**

Dada la poca claridad existente hoy en día, respecto al destino y utilización de recursos monetarios para las diversas actividades que ejecuta el Hospital Oskar Jandl de San Cristóbal, Galápagos, es evidente que necesita un tablero de control con indicadores claros y precisos, para lograr un seguimiento y control de cuánto dinero se está empleando para determinado fin y cuán productivo es dicho dinero, en aras de poder tomar decisiones de continuidad.

Es por ello que el presente trabajo propone el diseño para implementar un Balanced Score Card en el Hospital Oskar Jandl, donde se abordarán las perspectivas financiera, de cliente, procesos internos del negocio, aprendizaje y crecimiento; todo ello respondiendo a una visión y estrategia que para el hospital está muy clara: servir de la mejor manera al paciente logrando que se optimicen los recursos destinados por el estado,

evidenciando una autonomía y capacidad para continuar con la provisión de este servicio (Chong, Verma, & Mythily, 2000).

Con dicha implementación se espera lograr un mayor control y seguimiento respecto a la utilización de los recursos monetarios; y que pueda evidenciarse eficiencias en las actividades departamentales ejecutadas por el hospital, de modo que existan elementos contundentes con los que se pueda argumentar que se está realizando o no, una correcta gestión.

### **Importancia y naturaleza de la investigación**

Durante los últimos años ha existido un gran esfuerzo por los gobiernos de turno para alcanzar la eficiencia en el sistema de Salud Pública del Ecuador Continental y Galápagos. Debido al incremento de exigencias por parte de los usuarios de servicios de calidad; al ser un derecho constitucional el acceso a la salud pública, esto hace que cada vez exista mayor presión de los ciudadanos y organizaciones que reclaman una mejor atención por parte de los organismos públicos, así como mayor rapidez y eficacia a la hora de prestar sus servicios. El incremento del gasto de salud en el presupuesto general del estado ecuatoriano se ha dado por el incremento y envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la presencia de casos graves de salud y duración de las enfermedades crónicas. Esto ha generado en la actualidad una demanda de innovación, calidad, respuesta, seguridad y eficiencia planteadas por los ciudadanos y la sociedad que hace que la gestión eficiente se convierta en una actividad aún más relevante para el sistema de salud pública. Uno de los mayores retos que enfrenta el Hospital Provincial Oskar Jandl es gestionar de una forma más eficiente sus recursos sin afectar la calidad percibida por los pacientes internos y externos. Se torna necesario la revisión de cada uno de sus procesos tanto los generadores de valor agregado, los de apoyo, objetivos, indicadores y metas; permitiendo el respectivo seguimiento, evaluación y mejora continua. Asimismo, debe propenderse la transformación de cada una de sus áreas en sistemas más eficientes que contribuyan a la unificación de procesos y servicios (D´Alessio, 2008).

### **Objetivo general**

- Realizar una propuesta de implementación del Balanced Score Card para medición de objetivos del Hospital Oskar Jandl

### **Objetivos específicos**

- Elaborar un marco teórico y metodológico que nos permita comprender las principales teorías vinculadas con la planeación estratégica y con la creación de indicadores de gestión
- Identificar los procesos que se realizan en el Hospital Oskar Jandl
- Explicar la importancia de la gestión de procesos y la mejora continua de la calidad a través de la implementación de un Balance Score Card

### **Preguntas de investigación**

1. ¿De qué manera la implementación del Balanced Score Card permitirá la medición de objetivos del Hospital Oskar Jandl y administrar con eficiencia los recursos financieros y humanos de dicha institución?
2. ¿Qué recursos humanos y físicos se necesita para la implementación del Balanced Score Card en el Hospital Oskar Jandl

### **Limitaciones**

1. La limitación más importante del presente estudio es la falta de información por parte de los administradores del Hospital Oskar Jandl.
2. La falta de tiempo y de recursos para llevar a cabo la presente investigación.
3. La poca cultura de investigación y apoyo de las personas para poder desarrollar el presente proyecto.

### **Delimitaciones**

1. Trabajar en el sistema de salud ubicado específicamente en la provincia de Galápagos.
2. El presente estudio está delimitado a la totalidad del área operativa del Hospital Oskar Jandl.
3. Trabajar con las autoridades encargadas de la planificación estratégica y coordinación de actividades del Hospital Oskar Jandl.

## CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

El cuadro de mando integral es una herramienta de gestión desarrollada por Kaplan y Norton en la década de 1990 (Kaplan & Lion, 2000; Kaplan & Norton, 2000). Kaplan y Norton reconocieron la necesidad de que las empresas tuvieran un enfoque más "equilibrado" para evaluar el rendimiento de la compañía con indicadores de gestión ya que el método tradicional era trabajar con ratios financieros (Davis, 2005). Kaplan y Norton (2000) enumeraron los siguientes usos del BSC:

- ✓ Aclarar y actualizar la estrategia.
- ✓ Comunicar la estrategia en la empresa.
- ✓ Alinear los objetivos individuales y de la empresa con la estrategia.
- ✓ Vincular los objetivos a las metas y presupuestos a largo plazo.
- ✓ Realizar revisiones de rendimiento para mejorar la estrategia.

Dado que la nueva economía tiene nuevos conceptos como la orientación a los procesos, la mejora continua, la competencia y el conocimiento, la orientación al cliente y la eficiencia operativa genera desafíos para la medición de los datos (Belloch, 2012). Si bien los datos financieros son importantes, en gran parte, sólo dan una indicación del rendimiento histórico de la empresa. El BSC combina los datos financieros con criterios de rendimiento no financieros, como la calidad del producto y el servicio al cliente, de forma que permite a las empresas no sólo seguir su rendimiento, sino también alinear las actividades empresariales de forma que apoyen las misiones y objetivos declarados de la organización (Davis, 2005). El sistema BSC tiene una estructura flexible y es importante tener en cuenta las necesidades específicas de la institución y del sector en el que compite a la hora de crear el BSC (Olson, 2006). Principalmente hay cuatro etapas de diseño e implementación del BSC para la mayoría de los tipos de organizaciones, hay características fundamentales como traducir la visión, comunicar y vincular, planificar el negocio y retroalimentar y aprender (Cos, 2009; D'Alessio, 2008; Inamdar & Kaplan, 2018).

El BSC proporciona un rendimiento financiero superior en comparación con un sistema tradicional de medición del rendimiento. En contraste con los sistemas de medición basados en las finanzas, el BSC refuerza el enfoque de la organización en el éxito futuro mediante el establecimiento de objetivos y la medición del rendimiento desde diferentes perspectivas. Se espera que el "equilibrio" esté garantizado por los indicadores financieros y no financieros a corto y largo plazo y por los indicadores principales, relativos a cuatro perspectivas (Huang & Chang, 2020). Estas perspectivas equilibradas en el primer BSC de Kaplan y Norton son la perspectiva financiera, la perspectiva del cliente, la perspectiva de los procesos empresariales internos y la perspectiva de aprendizaje y crecimiento (Kaplan y Norton, 1998). El BSC mantiene la medición financiera, pero se centra en un conjunto más general e integrado de mediciones que vinculan al cliente, los procesos empresariales internos, el aprendizaje y el crecimiento de los empleados y el rendimiento financiero con el éxito no financiero y de gestión a largo plazo. Estas cuatro perspectivas se definen como:

1. Perspectiva financiera: rendimiento y gestión de recursos (relacionados con los intereses de los inversores).
2. Perspectiva de los procesos empresariales internos: coste, calidad, eficiencia y otras características de los bienes o servicios (relacionados con los procesos internos).
3. Perspectiva del cliente: medidas de satisfacción, cuota de mercado y posición competitiva (relacionadas con las necesidades de los clientes).
4. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento: capacidad de responder a los cambios en la tecnología, las actitudes de los clientes y el entorno económico (relacionada con la mejora constante en lo que respecta a la cualificación de los empleados y la gestión de la información).

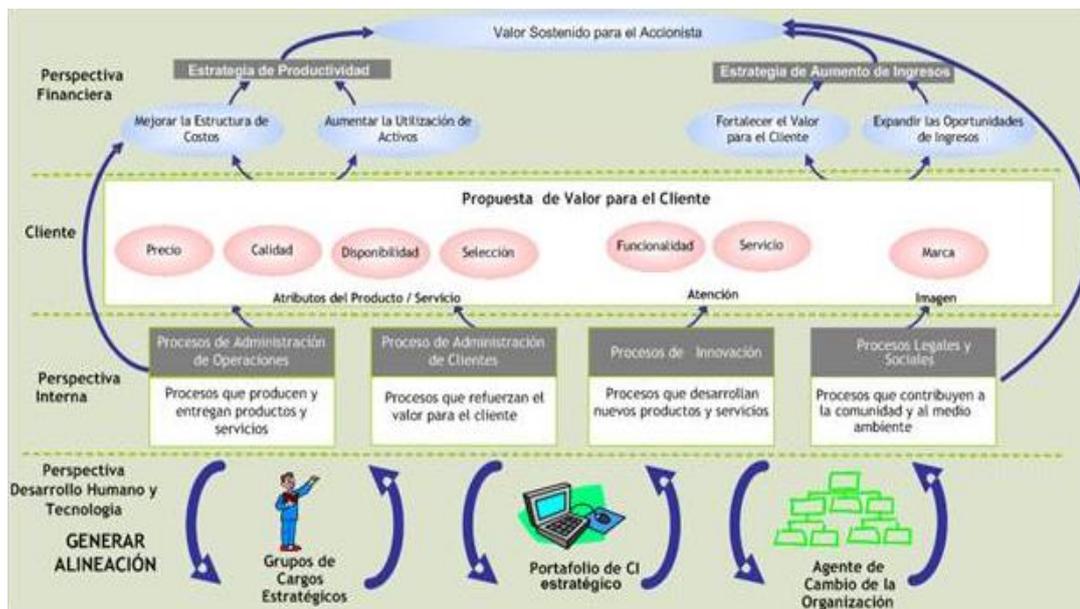


Figura 4. Partes del Balance Score Card. Fuente tomada de Biblioteca Ison, 2021.

Para cada perspectiva del cuadro de mando se definen los objetivos estratégicos, las medidas de rendimiento relacionadas con estos objetivos, los objetivos de rendimiento para cada medida y las iniciativas. Las medidas de rendimiento de un cuadro de mando deben estar vinculadas entre sí y con la visión y la estrategia a largo plazo, siguiendo una relación de causa y efecto (Gurd & Gao, 2000; Huang & Chang, 2020; Walker & Dum, 2006).

Esta relación de causa y efecto se explica claramente en los mapas estratégicos del BSC. Un mapa estratégico del BSC es una arquitectura genérica para describir la estrategia y muestra la relación de causa y efecto entre las perspectivas (Kaplan y Norton, 2000). El BSC ayuda a las empresas a superar dos cuestiones importantes: la medición eficaz del rendimiento de la organización y la aplicación de la estrategia (Macstravic, 2006). La primera cuestión es la medición eficaz del rendimiento: "Si no se puede medir, no se puede gestionar". Tradicionalmente, un sistema de medición del rendimiento de las empresas ha sido el financiero (Niven, 2002). Un problema clave de considerar únicamente las medidas financieras o contables es que sólo ofrece una perspectiva particular. De hecho, puede incluso llevar a una mala toma de decisiones. Por ejemplo, si el coste por cliente es una de las principales medidas de rendimiento, los gestores

pueden intentar recortar los costes sin tener en cuenta la satisfacción del cliente, lo que puede dar lugar a clientes insatisfechos debido a la menor calidad de los productos y servicios (Olson, 2006). Otra cuestión importante a la que se enfrentan las organizaciones es la aplicación de una estrategia con éxito. Una estrategia es un conjunto de hipótesis sobre causas y efectos. El sistema de medición hace explícitas las relaciones (hipótesis) entre los objetivos en las distintas perspectivas para que puedan ser gestionadas y validadas (Chong et al., 2000; Oliveria, 2000).

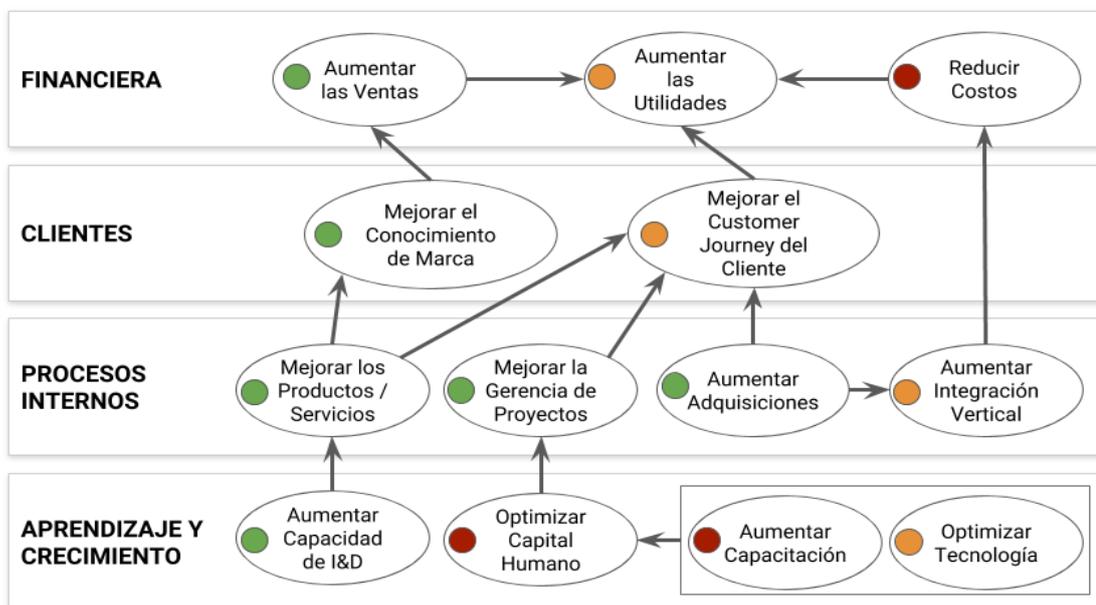


Figura 5. Partes del Cuadro de Mando Integral. Fuente tomada de Infoviews, 2021.

Como se ve en la figura 5 el CMI no es una mera colección de medidas financieras y no financieras. El CMI debe ser la traducción de la estrategia de la unidad de negocio en un conjunto vinculado de medidas que definan tanto los propósitos estratégicos a largo plazo, como los mecanismos para alcanzar dichos propósitos (Kaplan y Norton, 1998). En la naturaleza de la implementación de las estrategias, la organización puede tener algunas barreras. En la mayoría de las empresas existen cuatro barreras para la aplicación de la estrategia: una barrera de visión, una barrera de personas, una barrera de recursos y una barrera de gestión (Zelman & Matthias, 2006). Los directivos pueden eliminar estas barreras aplicando el BSC y también

existen algunos requisitos para una aplicación eficaz y eficiente del BSC (Sart, 2006). Estos requisitos son:

1. La organización tiene que saber a dónde quiere llegar y cómo lo hará.
2. La organización debe entender que el cuadro de mando es un ejercicio a largo plazo. Es una herramienta para aplicar la estrategia empresarial.
3. La dirección debe tener la madurez necesaria para utilizar los resultados del cuadro de mando para la mejora continua y no buscar fallos en las medidas si ven algo que no les gusta.
4. El BSC debe llegar a toda la estructura organizativa y volver a subir, es una herramienta tanto para los departamentos como para la alta dirección, y los cuadros de mando de toda la organización deben estar vinculados entre sí.
5. Los parámetros deben ser objetivos y el proceso de recopilación de datos debe ser transparente para las personas que utilizan la información o que se miden.
6. Es poco realista y desmotivador medir a las personas por cosas que no pueden controlar.

### **El cuadro de mando integral para las organizaciones sanitarias**

El uso de la medición del rendimiento en las organizaciones sanitarias impulsa unos resultados más eficientes, eficaces y responsables. El CMI es especialmente apropiado para organizaciones en entornos dinámicos como la sanidad. Las organizaciones sanitarias que operan en el sector público tienen una libertad política limitada para experimentar con el cambio estructural (Backmana, Vanderloob, & Forsterb, 2016). Por lo tanto, el mapeo de temas estratégicos en el proceso de adopción de la CMI es especialmente adecuado para ellas (Kaplan y Norton, 1998). Las razones para adoptar el CMI en las organizaciones sanitarias se deben a la presión financiera, la competencia, el consumismo, la consolidación del sector, los informes reglamentarios, la gestión de la información y las nuevas tecnologías.

Si se consideran las organizaciones sanitarias, se puede argumentar que dichas organizaciones se enfrentan a una serie de problemas, como la estructura de costes, las limitaciones y restricciones salariales y los problemas de rendimiento y calidad, que exigen cambios en la forma en que las organizaciones sanitarias, con o sin ánimo de lucro, gestionan las operaciones. A medida que estos sistemas sanitarios se vuelven más complejos, también lo es la tarea de desarrollar una metodología y una fórmula que puedan alinear las estrategias organizativas y los principios fundamentales con la medición del rendimiento y los indicadores de gestión (D'Alessio, 2008).

El BSC original tiene perspectivas financieras, de clientes, de procesos internos y de aprendizaje y crecimiento, pero la mayoría de las organizaciones sanitarias modificaron estas cuatro perspectivas en sus cuadros de mando o añadieron otras. En los cuadros de mando de las organizaciones sanitarias se pueden ver perspectivas modificadas como la satisfacción del cliente/paciente, las instalaciones y el equipamiento, el riesgo clínico, el rendimiento de la calidad, la filosofía y la estrategia, el liderazgo y el personal, la modernización de los servicios, las operaciones y la gestión, el área de personal, el aprendizaje organizativo, el crecimiento y el aprendizaje de los empleados, la promesa de la sociedad, el compromiso social y la investigación, la educación y la enseñanza (Benavides, 2016; Chao & Wen-Goang, 2021; Zambrano, 2006).

En cada perspectiva del BSC sanitario, hay objetivos estratégicos relacionados y un cierto número de medidas de rendimiento para evaluar la consecución de estos objetivos. La dirección determina los objetivos de rendimiento para cada medida de rendimiento y obtiene los resultados al final del periodo. Dependiendo de las especificaciones de la organización y de los objetivos estratégicos, las medidas de rendimiento pueden variar. Las organizaciones sanitarias pueden utilizar ejemplos de medidas de rendimiento (Fitzpatrick, 2006).

La adopción del CMI en una empresa sanitaria lleva tiempo y hay que seguir ciertos pasos que están compuestos por tres fases principales y 17 pasos para implementar el BSC. La adopción comienza con la fase de planificación del desarrollo del BSC, el desarrollo de los contenidos del BSC y la toma de acciones y la obtención de la retroalimentación de la implementación. A continuación se resumen los pasos que deben seguirse en las tres fases:

Fase de planificación del desarrollo del BSC:

- ❖ Paso 1: Desarrollo de objetivos para un BSC.
- ❖ Paso 2: Criterios para elegir una unidad organizativa adecuada.
- ❖ Paso 3: Conseguir el apoyo y el patrocinio de la alta dirección.
- ❖ Paso 4: Crear un equipo de Cuadro de Mando Integral.
- ❖ Paso 5: Formulación de un plan de proyecto BSC.
- ❖ Paso 6: Implementación de un plan de comunicación integral.

Fase desarrollo del contenido del BSC:

- ❖ Paso 7: Reunir y distribuir el material de referencia.
- ❖ Paso 8: Desarrollar o confirmar una misión, valores, visión y estrategia.
- ❖ Paso 9: Sistema de estrategia de las organizaciones.
- ❖ Paso 10: Conseguir el consenso común de la estrategia de la organización.
- ❖ Paso 11: Elaboración de objetivos y medidas para las cuatro perspectivas.
- ❖ Paso 12: Desarrollar las relaciones de causa y efecto.
- ❖ Paso 13: Establecimiento de objetivos para las medidas.

Fase de acción del BSC y retroalimentación:

- ❖ Paso 14: Establecimiento de iniciativas estratégicas para los objetivos.
- ❖ Paso 15: Incorporación del BSC al sistema de gestión de la organización no lucrativa.
- ❖ Paso 16: Asignación del presupuesto para los objetivos.
- ❖ Paso 17: Aplicación y examen del plan BSC en curso.

Para obtener resultados precisos de la implantación del BSC, las organizaciones sanitarias deben construir un sistema que proporcione información válida, completa y oportuna sobre las actividades que la organización ofrecieron una visión general de la utilidad del BSC para mejorar la gestión de un hospital y la prestación de asistencia sanitaria a un coste reducido sin pérdida de calidad. Describieron un enfoque para diseñar e implementar un sistema de CMI para medir el rendimiento y la productividad en un entorno hospitalario. Sugirieron a los profesionales sanitarios que utilizaran el BSC como herramienta de gestión para mejorar la productividad.

Afirman que el BSC tiene algunas limitaciones en las organizaciones sanitarias: puede infravalorar las percepciones de los empleados, se basa en una filosofía de gestión basada en el control y puede hacer hincapié en las compensaciones (Bohm, Lacaille, & Spencer, 2020). Los expertos sugieren un enfoque para comprender y mejorar el rendimiento organizativo y de gestión centrándose en crear, colaborar, controlar y competir. El BSC no sólo es mejor para controlar y evaluar el rendimiento de una organización sanitaria, sino también para mejorar el rendimiento hasta su mejor nivel. Por ejemplo, si se hace un seguimiento de la entrega de valor y se pagan incentivos al personal en función de la cantidad de valor que una organización entrega a los clientes, en lugar de la cantidad o el valor recibido de los clientes, los hospitales pueden motivar y reorientar al personal para que busque mejores formas de mejorar el valor del servicio (Chong, Verma, & Mythily, 2000). Esto puede servir para contrarrestar la posibilidad de que la motivación del personal promueva la importancia a largo plazo de los ingresos recibidos de los clientes. Además, al hacer un seguimiento efectivo de las mejoras realizadas por los pacientes, los clientes y la comunidad, el BSC puede dar a las partes interesadas internas, como el personal médico y los empleados, un renovado orgullo por lo que hacen. El BSC es una de las herramientas para mejorar el control y la gestión de las organizaciones del sector sanitario. Sin embargo, las organizaciones sanitarias tardaron un poco más en adoptar el enfoque del BSC que las industrias manufactureras y de

servicios orientadas a la obtención de beneficios (Chawla, Berman, & Needleman, 2020; Hooshmand, Zomorodi, & Ebrahimipour, 2018).

### **Ejemplos de aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias**

En la literatura, hay varios ejemplos de hospitales privados, hospitales públicos, hospitales universitarios, hospitales de fundaciones y grupos hospitalarios formados por una combinación de varios hospitales que utilizan el BSC como gestión estratégica del rendimiento; además aplicaron el BSC a la gestión de un centro de quemados y comprobaron si el BSC es apropiado para el plan de negocio principal de un centro de quemados. Utilizaron las cuatro perspectivas del BSC: perspectiva financiera, perspectiva de servicio al cliente, perspectiva de negocio interno y perspectiva de crecimiento y aprendizaje (D'Alessio, 2008). En la perspectiva financiera de su BSC tienen tres objetivos estratégicos: aumentar la penetración en el mercado, reducir el gasto en suministros y mejorar el coste de la atención en la UCI para los pacientes quemados. En la perspectiva del cliente, los objetivos estratégicos son la creación de una satisfacción de los pacientes, el fomento de una satisfacción impresionante del personal y la defensa de la autonomía efectiva de las enfermeras. En la perspectiva de la empresa interna, los objetivos estratégicos son disminuir el uso de las camas de la especialidad de quemados, aumentar la supervivencia a pesar de la creciente agudeza y aumentar la investigación clínica. La perspectiva de aprendizaje y crecimiento tiene también tres objetivos estratégicos: mejorar los conocimientos iniciales del equipo de quemados, aumentar los conocimientos iniciales del proveedor prehospitalario de quemados e instituir una formación continua regular para todo el equipo de quemados. Aplicaron el BSC en un hospital y consiguieron mejorar los resultados de los procesos empresariales. En el estudio, resumieron que habían logrado resultados clínicos de calidad y mencionaron que, al adoptar el BSC, se reducían los costes y aumentaba significativamente el margen neto, al tiempo que mejoraba la satisfacción del

personal. Adoptaron las cuatro perspectivas del CMI de Kaplan y Norton: financiera, del cliente, de los procesos internos y del aprendizaje y el crecimiento (Kocakulah & Austil, 2018).

## **MARCO CONCEPTUAL**

Automatizando el BSC: Un sistema de información que apoya al Balanced Scorecard para probar, validar y modificar las hipótesis insertadas dentro de las estrategias de la organización y sus organizaciones asociadas (Mintzberg & Voyer, 2000).

Estrategia: Determinación de los objetivos básicos y metas de largo plazo en una empresa, junto con la adopción de cursos de acción y distribución de los recursos necesarios para lograr estos propósitos (D'Alessio, 2008). En el contexto del BSC, el conjunto de objetivos enlazados en una cadena causa y efecto, representan la estrategia del negocio (Uribe, 2018).

Indicador: Medios, instrumentos o mecanismos para poder evaluar en qué medida estamos logrando los objetivos estratégicos propuestos. Como tal un indicador es una variable de interés cuya naturaleza obviamente se circunscribe al tipo de escala sobre el cual se define. Esto implica una clasificación en términos de su naturaleza como cuantitativos y cualitativos (Kovacevic, 2000).

Indicadores de resultado: Los indicadores de resultado denotan la conclusión de varias acciones tomadas y medidas de la información que dan es definitiva. Orientado a resultados y mide el éxito en el logro de los objetivos del BSC sobre un período específico de tiempo (Ortíz, 2005).

Indicadores guía del proceso: Los indicadores guía indican a futuro cual puede ser el resultado de un grupo de acciones u operaciones definidas en un indicador de resultado también se le denomina indicadores inductores de actuación. Provee indicación temprana del progreso hacia el logro de los

objetivos; su propósito es generar los comportamientos adecuados para el logro de la estrategia. Usualmente miden lo que debe "hacerse bien" para alcanzar los objetivos (Sallenave, 2000).

Iniciativas corporativas: Representan las iniciativas promovidas en el ámbito corporativo e involucran a toda la organización ya sea directa o indirectamente (Red & Serna, 2019).

Iniciativas específicas: Son las que se generan en cada ámbito específico de la organización, como resultado de la definición de sus propios BSC, obviamente dependiendo del BSC corporativo (Kaplan & Norton, 2007).

Matriz de relación de iniciativas: Muestran que iniciativas apalancan, que factor crítico de éxito; así como también el nivel de ese respaldo (Serna, 2005).

Metas: Valores, esperados o deseados en un marco temporal específico para un indicador estratégico, las metas se definen de acuerdo a la frecuencia de reporte del indicador (George, 2007).

Modelo causa y efecto: La expresión gráfica de las relaciones entre objetivos del plan estratégico se denomina modelo causa efecto, estas relaciones son de carácter hipotético (Bower, 2000).

Objetivos estratégicos: Propósitos o nortes muy específicos a donde se debe llegar, la definición de los objetivos estratégicos es el primer paso en la formulación del plan o mapa de estrategias, traducido en el modelo causa - efecto (Shank, 2000).

Perspectiva cliente: El desempeño excelente en los procesos del negocio impacta subsecuentemente la satisfacción de expectativas, y por ende, la percepción de los clientes sobre la contribución que la empresa les da como propuesta de valor (Zambrano, 2006).

Perspectiva financiera: Como resultado del logro de las otras perspectivas, vienen los resultados que satisfacen las expectativas de los accionistas del negocio (Francés, 2002).

Perspectiva procesos internos: Hace énfasis en el desempeño de los procesos clave que motorizan el negocio como componentes básicos de su cadena de valor (Silvestri, 2000).

Perspectivas: Múltiples dimensiones que la metodología plantea para ver el desempeño estratégico del negocio, estas dimensiones, permiten ver el negocio en cuatro perspectivas (Limón, 2003).

Planes estratégicos: Es la determinación de los objetivos específicos y metas de largo plazo en una empresa, junto con la adopción de cursos de acción y distribución de los recursos necesarios para lograr estos propósitos (Atmetlla, 2018).

Responsable de establecer metas: Entidad o posición encargada de coordinar las actividades individuales en la organización respecto al indicador - objetivo y a su vez determinar el nivel deseado de desempeño para la organización (Cejás, 2004).

Responsable por logro de metas: Entidad o posición en la organización con el control directo sobre el proceso que se mide, actuará como apoyo en el proceso de establecimiento de metas (Mckean, 2005).

Responsable por reporte: Entidad o posición encargada de reportar los resultados de cada indicador, con la frecuencia especificada en las definiciones del indicador, debe poder acceder directamente la información y tener la capacidad de efectuar e interpretar los resultados para sugerir cursos de acción (Alarico, 2005).

Misión: Es el conjunto de objetivos generales y principios de trabajos para avanzar en una organización, que se expresa por medio de una declaración de la misión, que resume la misión empresarial en una sola frase, con el objetivo de comunicarla a todos los miembros de la organización (Blanchard, 2000).

Visión: Se trata de la expectativa ideal de lo que quiere alcanzar la organización, indicando además cómo planea conseguir sus metas (Rincón, 2017).

Valores: El valor es una cualidad de un sujeto o un objeto, los valores son agregados a las características físicas o psicológicas tangibles del objeto (Fronzizi, 2000).

Mercado: Es un proceso que opera cuando hay personas que actúan como compradores y otras como vendedores de bienes y servicios, generando la acción del intercambio (Sampedro & Sequeiros, 2002).

Entorno: Este es el conjunto de circunstancias y condiciones laborales, familiares, educativas o económicas que rodean a toda persona (Quiroz, 2000).

Políticas: Es el conjunto de actividades que se asocian con la toma de decisiones en grupo, u otras formas de relaciones de poder entre individuos, como la distribución de recursos (Meny & Morata, 2018).

Recursos humanos: Es el departamento de una empresa que se encarga de encontrar, seleccionar, reclutar y capacitar a las personas que solicitan un empleo, así como administrar las prestaciones o beneficios que se les otorgan (Ivancevich, 2005).

**Código de ética:** Es un documento que reúne las normas, criterios y valores que resumen el buen ejercicio de una actividad profesional, especialmente en lo que concierne a la ética (Trapero & Castaño, 2015).

**Organización:** Es una asociación de personas que se relacionan entre sí y utilizan recursos de diversa índole con el fin de lograr determinados objetivos o metas (Hodge & Gales, 2000).

**Objetivos:** Se denomina el fin al que se desea llegar o la meta que se pretende lograr; es lo que impulsa al individuo a tomar decisiones o a perseguir sus aspiraciones (Ponce, 2020).

**Control:** Es el conjunto de acciones, actividades, planes, políticas, normas, registros, procedimientos y métodos, incluido el entorno y actitudes que desarrollan autoridades y su personal a cargo, con el objetivo de prevenir posibles riesgos que afectan a una entidad (Restrepo, 2007).

**Evaluación:** Es un proceso que se usa para determinar, de manera sistemática, el mérito, el valor y el significado de un trabajo, alguna capacidad intelectual, física o de alguien en función a ciertos criterios respecto a un conjunto de normas (López, 2014).

**Entorno:** Es el lugar donde los individuos se desarrollan en determinadas condiciones de vida, trabajo, economía, nivel de ingresos, nivel educativo y está relacionado con los grupos a los que pertenece (González, 2012).

**Efectividad:** Es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente (Izquierdo, 2000).

**Modelo secuencial:** Sugiere un enfoque sistemático o más bien secuencial del desarrollo de software que comienza en un nivel de sistemas y progresa con el análisis, diseño, codificación, pruebas y mantenimiento (Estevez, Jones, & Anderson, 2002).

Análisis Amofhit: Se enfoca en una auditoría interna objetiva y sincera de la organización, cuyo propósito es encontrar las fortalezas y debilidades de cada área funcional: administración, marketing, operaciones, finanzas, recursos humanos, sistemas de información y tecnología e investigación y desarrollo (Estrada, González, & Obregón, 2019).

Análisis Pestel: Es un marco o herramienta utilizada por los profesionales de marketing para analizar y monitorizar los factores macroambientales (entorno de marketing externo) que tienen un impacto en una organización y el resultado servirá para identificar amenazas y debilidades, que después se utilizarán para completar un análisis DAFO (Rosero, 2019).

Matriz Vica: Proviene de estos cuatro términos: Volatilidad: El mundo se ha vuelto efímero. Incertidumbre: Hoy en día muchas cosas son desconocidas o inseguras. Complejidad: Los problemas suelen ser complejos y no son fáciles de resolver. Ambigüedad: Existen contradicciones y cuestiones equívocas a las que tenemos que sobreponernos (Kovacevic, 2000).

Matriz Foda: Es una herramienta de análisis que puede ser aplicada a cualquier situación, individuo, producto, empresa, etc, que esté actuando como objeto de estudio en un momento determinado del tiempo (Porter, 1980).

Matriz Peyea: La matriz de la posición estratégica y la evaluación de la acción, es un instrumento importante que indica si una estrategia es agresiva, conservadora, defensiva o competitiva es la más adecuada para una organización (Benavides, 2016).

Matriz de riesgos comparativos: Es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y salud de los trabajadores que enfrenta una organización. Su

ejecución es simple y requiere del análisis de las tareas que desarrollan los trabajadores (Jara, 2017).

Matriz externa e interna: Es una herramienta para evaluar a una entidad, tomando en cuenta sus factores internos (Fortalezas y Debilidades) y sus factores externos (Oportunidades y Amenazas), detallando un índice que se puede graficar y ubicar en uno de los 9 cuadrantes de dicha matriz (Ponce, 2007).

## **CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL, METODOLÓGICO Y LEGAL**

### **MARCO REFERENCIAL**

La implantación del BSC en un hospital universitario. También modificaron su modelo original de BSC y utilizaron cuatro perspectivas: la perspectiva del cliente, la perspectiva financiera, la perspectiva de los procesos internos y la perspectiva de la investigación, la educación y la enseñanza. Autores mencionaron los objetivos estratégicos que se espera alcanzar de forma eficaz mediante la aplicación de un CMI sanitario con cuatro perspectivas. Las perspectivas del CMI en el estudio incluían el rendimiento financiero (disminución de la duración de la estancia y del coste por caso), el crecimiento y el aprendizaje de los empleados (disminución de la rotación y del uso de personal de agencia), la satisfacción de los clientes (mejora de la probabilidad de que los pacientes/familiares recomienden su centro, aumento de las puntuaciones de satisfacción por servicio y en general) y los procesos empresariales internos (mejora de la productividad, disminución de los tiempos de espera en el servicio de urgencias, disminución de los errores de medicación, mejora del cumplimiento de las normas).

Pearson, Shortell, Mendel y Keeler (2005) examinaron el rendimiento de los grupos médicos desarrollando un enfoque de tarjeta de puntuación para evaluar el rendimiento del grupo. Utilizaron un cuadro de mando para evaluar el rendimiento de los grupos médicos basado en cuatro ámbitos: rendimiento de la calidad clínica, satisfacción del paciente, aprendizaje organizativo y rendimiento financiero. En la perspectiva del rendimiento de la calidad clínica, midieron el uso de procesos de gestión de la atención basados en la evidencia, el uso de prácticas recomendadas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, el uso adecuado de antibióticos, etc.

En la perspectiva de satisfacción del paciente de su cuadro de mando, tienen las siguientes medidas: información proporcionada, calidad técnica de la atención, experiencia general, acceso a la atención especializada, atención de seguimiento, porcentaje de citas en el mismo día - programación de acceso abierto, rotación de pacientes, etc. En la perspectiva del aprendizaje organizativo, midieron la disponibilidad de información clínica, la tecnología, los procesos de transferencia de conocimientos, el uso de procesos participativos de toma de decisiones, la comunicación abierta entre funciones, la cultura que fomenta, la adaptabilidad, la rotación de proveedores, etc. La perspectiva de rendimiento financiero del cuadro de mando incluía medidas de rentabilidad (ingresos netos, rendimiento de los activos, flujo de caja), productividad (número de casos por visitas ajustadas por proveedor) y liquidez (relación entre el activo y el pasivo corrientes).

Yang y Cheng (2005) investigaron la evaluación del rendimiento de las organizaciones sanitarias privadas sin ánimo de lucro. Examinaron la viabilidad de la implantación del CMI para las ONG en Taiwán y desarrollaron un marco de implantación del CMI. En el estudio, el CMI de la organización sanitaria sin ánimo de lucro consta de cinco perspectivas: cliente, procesos empresariales internos, aprendizaje y crecimiento y promesas a la sociedad. Los objetivos estratégicos en la perspectiva del cliente del BSC son la prestación de servicios de atención a enfermedades agudas y graves, la provisión de un tratamiento médico completo y el suministro de nuevas tecnologías para mejorar la calidad médica. Los objetivos estratégicos en la perspectiva de los procesos empresariales internos son establecer una calidad de alta eficacia que vele por la seguridad del paciente y un proceso de servicio de coste razonable, establecer el mecanismo de supervisión de los resultados del servicio, establecer la planificación final del mecanismo de predicción del mercado y garantizar la coherencia de la policía del hospital con el gobierno. Desde el punto de vista financiero, es importante hacer sostenible el desarrollo del hospital y el crecimiento de los ingresos de la atención de enfermedades graves y agudas, el crecimiento de los ingresos de los seguros no sanitarios, el número de propuestas del sistema salarial, la utilización de los recursos, el

coste de cada caso, el ratio de departamento y el ratio de activos fijos son medidos y trazados. En la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, el avance de la educación y la calidad de la anamnesis son importantes y en esta perspectiva, la reducción del tiempo de trabajo, el servicio de personas por persona, y el diseño organizativo, y las propuestas de promoción son la medida del rendimiento. La perspectiva de la promesa de la sociedad da importancia a la responsabilidad de la sociedad, sigue la política del gobierno, y proporciona los recursos médicos a los distritos remotos y extiende la participación.

Schmidt, Bateman y Smith (2006) utilizaron un estudio de caso para explicar cómo una fundación de salud mental consigue un rendimiento excelente utilizando un enfoque de gestión de cuadro de mando integral (BSC). Utilizaron cuatro "áreas" del BSC: riesgo clínico, finanzas, modernización del servicio y el área de personal. Utilizaron el término "áreas" en lugar de perspectiva, porque creen que utilizar el término de perspectiva, especialmente para los clientes, no es adecuado para una fundación de salud mental. El área de finanzas muestra los resultados financieros de la fundación; el área de riesgo clínico refleja los resultados de los usuarios de los servicios; el área de modernización de los servicios supervisa los procesos clave; y el área de personal destaca la importancia del personal de salud mental.

Chong, Verma y Mythily (2000) utilizaron el BSC para un programa de salud mental. Indicaron que el BSC les permitió ver y comprender la importancia de las relaciones internas de los distintos componentes para alcanzar los objetivos de la organización. Utilizaron el BSC con cuatro perspectivas: financiera, del cliente, de los procesos internos y del aprendizaje y crecimiento de los empleados. Demostraron que todas las perspectivas del BSC tienen relaciones de causa y efecto. Llegaron a la conclusión de que un programa público de salud mental basado en el BSC logra resultados clínicos de calidad y facilita una mejor rendición de cuentas.

Chang, Tung y Huang (2000) analizaron la implementación del CMI para toda la organización de un gran hospital de Taiwán. En el CMI del hospital se utilizan cinco perspectivas: financiera, del cliente, del compromiso social, del proceso interno y del aprendizaje y el crecimiento. En el estudio, evaluaron la mejora de los resultados del hospital tras la adopción del CMI. Llegaron a la conclusión de que los resultados directos e indirectos del hospital, como los ingresos por servicios, la satisfacción de los pacientes ingresados, el número de visitas de pacientes desfavorecidos (con discapacidades económicas, sociales o físicas), el número de proyectos de investigación, el porcentaje de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos en menos de 3 horas desde su llegada al servicio de urgencias, aumentan significativamente tras la adopción del BSC. Indicaron las razones del éxito de la implantación del CMI; en primer lugar, como la inclusión del equipo ejecutivo del CMI en el Consejo de Administración junto con el personal de alta dirección, y en segundo lugar, la puesta en marcha de los CMI departamentales con éxito y su vinculación a la planificación presupuestaria.

### **Estudio de caso: Un fabricante de dispositivos médicos**

En esta parte se presentará la implementación del cuadro de mando integral por parte de un fabricante de dispositivos médicos. En el estudio de caso, elegimos evaluar los aspectos únicos de un fabricante de dispositivos médicos cuando consideramos la implementación de un sistema de CMI. Uno de los aspectos más críticos de la creación de un sistema de CMI es asegurarse de que se adapte a las necesidades específicas de la empresa y del sector en el que compete. Hay varios aspectos distintivos del mercado de dispositivos médicos que, en última instancia, determinarán las métricas utilizadas para la implantación del CMI. El nombre que representa la entidad utilizada en el estudio de caso es "Morgan Inc.", que es un nombre ficticio para proteger los intereses de propiedad y la privacidad.

Morgan Inc. es un fabricante de gran capitalización de implantes ortopédicos utilizados para la reconstrucción de articulaciones en Estados Unidos.

Morgan es uno de los mayores fabricantes de productos ortopédicos del mundo, con unos ingresos anuales de 1.800 millones de dólares en 2008. Al aplicar las cuatro perspectivas principales del BSC al negocio de Morgan, también es importante observar el mercado de dispositivos médicos en general. El mercado ortopédico se compone principalmente de prótesis articulares totales (caderas, rodillas, hombros, tobillos, codos, etc.), así como de implantes para traumatismos y columna vertebral. Este mercado está dominado por cinco actores clave que, en conjunto, representan más del 90% del mercado de la reconstrucción articular. Como en este caso, tener un mercado oligopólico crea estabilidad, pero también hace que mover la cuota de mercado sea increíblemente difícil. Este mercado está preparado para un mayor crecimiento en las próximas décadas, ya que la edad media a la que un paciente recibirá una prótesis total de cadera o de rodilla es de 67 años, y la media de los baby boomers tiene actualmente 62 años. Dado que Morgan fabrica implantes para uso humano, la calidad es increíblemente importante.

Por eso también la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) desempeña un papel tan importante en los resultados financieros de la empresa. La FDA debe aprobar todos los nuevos implantes que fabrica Morgan. Está sujeta a la supervisión continua de la FDA en forma de vigilancia del producto, controles de inspección e incluso retirada de implantes. Todo esto apunta a la necesidad de un alto nivel de calidad en los productos que fabrica Morgan.

Además de la necesidad de alta calidad, el mercado de dispositivos médicos en el que opera Morgan es increíblemente lucrativo. El margen bruto anual de Morgan se sitúa sistemáticamente entre el 70% y el 75% superior, y sus principales clientes son los cirujanos ortopédicos, los hospitales y, en última instancia, los pacientes. Además, una sustitución total de cadera o rodilla es una operación extremadamente técnica. Por esta razón, Morgan cuenta con un conjunto de asociados de ventas en todo el mundo que no sólo entregan los implantes e instrumentos necesarios al hospital, sino que también proporcionan información de importancia crítica sobre el producto y la técnica quirúrgica durante un caso. Por lo tanto, la relación entre el asociado

de ventas y el cirujano es importante para mantener y aumentar las ventas. Al aplicar el enfoque del BSC a Morgan, es importante recorrer las cuatro perspectivas diferentes y discutir cómo se afectan mutuamente y también cómo cada medida mejora la empresa. La primera es el aprendizaje y el crecimiento. El aprendizaje y el crecimiento son importantes porque son los empleados de Morgan los que impulsan la innovación y la creatividad en toda la organización. Contratar, formar y retener el talento de los empleados clave es necesario para mejorar la siguiente etapa: los procesos empresariales.

Al mejorar la forma en que Morgan opera internamente, aumenta el enfoque y puede servir mejor a la tercera perspectiva: los clientes. Los clientes que compran productos de forma constante y/o los que compran productos tecnológicos de primera calidad conducen a un aumento de los ingresos y a una mejora de la cuarta perspectiva: los resultados financieros. El seguimiento de las métricas financieras clave ayuda a Morgan a medir las áreas que se relacionan directamente con las estrategias corporativas.

Al explorar la primera perspectiva, el aprendizaje y el crecimiento, es importante recordar que el talento de los empleados clave es fundamental para el éxito de la organización. Algunos de los atributos únicos de esta perspectiva dentro de Morgan son una mano de obra altamente técnica y creativa, el interés de los empleados por la formación continua y la gran atracción por el campo de la medicina. Para ser una organización altamente motivada y capaz, Morgan pondría en práctica los siguientes objetivos para los empleados:

- Ofrecer oportunidades continuas de aprendizaje y formación a los empleados.
- Aumentar la capacidad de los empleados para tomar decisiones clave.
- Fomentar la innovación y el pensamiento creativo.
- Tener una plantilla altamente satisfecha y motivada.

Algunas de las métricas que se medirían para juzgar el rendimiento serían el porcentaje de promociones internas, el reembolso de la matrícula de

formación continua, los índices de retención, las encuestas de satisfacción de los empleados y las evaluaciones comparativas. Al explorar la siguiente perspectiva, las prácticas empresariales internas, es importante recordar que Morgan fabrica productos de alta calidad y alta tecnología. Los nuevos implantes de propiedad y de precio elevado son también los principales impulsores del crecimiento. Por lo tanto, algunos de los objetivos que Morgan pondría en práctica serían:

- ❖ Minimizar el potencial de retirada de productos.
- ❖ Aumentar la concentración de la fuerza de ventas en los productos de primera calidad.
- ❖ Convertirse en el líder tecnológico en el desarrollo de nuevos productos.
- ❖ Minimizar el tiempo desde la creación de la idea hasta su lanzamiento.

Para lograr estos objetivos, Morgan mediría:

- ❖ El porcentaje de productos de "primera tirada" que se fabrican sin informes de defectos e incidencias, medidos por la FDA.
- ❖ El porcentaje de ventas de nuevos productos con respecto a las ventas totales, según los sistemas lanzados en los últimos 18 meses.
- ❖ Lanzamiento de nuevos productos de tecnología propia y plazos de lanzamiento de productos.

Al considerar la siguiente perspectiva, los clientes, es importante recordar que los principales clientes de Morgan son los cirujanos ortopédicos. Se trata de un grupo de profesionales altamente cualificados y técnicos. En segundo lugar, la cuota de mercado es extremadamente pegajosa, lo que hace que la relación entre el asociado de ventas y el cirujano sea fundamental en el proceso de venta. Por lo tanto, los objetivos de la perspectiva del cliente son:

- ❖ Aumentar la fidelidad y la satisfacción de los clientes.
- ❖ Dirigirse mejor a los clientes más rentables.
- ❖ Aumentar el uso de nuevos clientes.

Algunas de las medidas que Morgan examinaría son:

- ❖ Cuota de negocio de clientes rentables.
- ❖ Medición del beneficio medio por cuenta.

- ❖ Porcentaje del negocio que proviene de nuevos clientes.

La última perspectiva del BSC que Morgan mediría sería el rendimiento financiero. Los criterios importantes para Morgan en esta categoría son la necesidad de ciclos rentables de I+D y desarrollo de productos, el fácil acceso a la liquidez y el rendimiento eficiente de las inversiones en sus distintas divisiones. Las medidas que se tendrían en cuenta para el rendimiento financiero son los mínimos de TIR y VAN, el crecimiento constante del flujo de caja libre y las evaluaciones del ROI y el ROA.

La descripción detallada del estudio de caso da una buena impresión de cómo se puede gestionar el desarrollo y la aplicación del BSC. En este contexto, las soluciones que Morgan adoptó para superar sus problemas con el concepto son de especial interés. Aunque algunos de estos problemas eran graves, nunca fueron cruciales, y las experiencias de Morgan con el concepto fueron en su mayor parte satisfactorias. A pesar de la prometedora imagen que el estudio de caso ofrece del Cuadro de Mando Integral, los directivos que estén considerando la posibilidad de adoptar el enfoque deben ser conscientes de sus limitaciones. A continuación, se señalan algunas cuestiones importantes relativas a estas limitaciones.

Para empezar, es importante recordar que las medidas sólo funcionarán si los empleados creen en su valor. La mayor motivación para que los empleados aporten y apoyen un sistema de CMI es vincular directamente las evaluaciones de rendimiento a las medidas del CMI. También es importante asegurarse de que estos objetivos están alineados con la estrategia corporativa más amplia. Si se determina primero la estrategia y luego se construyen las medidas del BSC sobre aquellas tácticas que apoyan directamente el plan de la organización, el enfoque del BSC es mucho más eficaz.

Otro aspecto importante de la implantación del BSC en Morgan es incorporar las lecciones que otras organizaciones han aprendido al desarrollar su propio sistema de BSC. A medida que más organizaciones implementan el

BSC, hay más oportunidades para evitar los posibles problemas y dar las soluciones de salida con un sistema de medición eficaz. Algunas de estas lecciones son la necesidad de flexibilidad, apertura, eficiencia e inclusión.

La necesidad de flexibilidad se deriva del hecho de que se necesita tiempo para desarrollar las herramientas y medidas que, en última instancia, beneficiarán más a Morgan. No todas las medidas correctas se aplicarán en el primer año, por lo que Morgan debe estar dispuesta a cambiar o abandonar las medidas que no funcionen o no estén alineadas con la visión corporativa más amplia. La necesidad de apertura es también muy importante, porque mantiene a las personas de todos los niveles comprometidas y centradas en las medidas correctas. Al contar con un canal de comunicación abierto desde el director general hasta el personal de abajo, los empleados individuales están facultados para tomar decisiones que mejoren las medidas importantes. También es relevante ser eficiente en las medidas que la empresa decide que son críticas para su éxito. Centrarse eficazmente en las medidas clave para el éxito es de vital importancia. Por último, incluir a todos los departamentos en la planificación y el desarrollo del enfoque del BSC ayuda a conseguir la aceptación de los empleados y a apoyar el sistema de medición. Esto es importante no sólo en la formación del BSC, sino también a través de la retroalimentación continua y el perfeccionamiento del sistema en el futuro.

El principal objetivo de la medición y gestión del rendimiento en las organizaciones sanitarias es aumentar la responsabilidad. En consonancia con este propósito, se han explorado muchos aspectos sobre el BSC en la literatura y se puede afirmar que hay mucho que descubrir sobre él. Las conclusiones de la revisión bibliográfica y del estudio de casos implican que el coste de implantación del BSC es elevado. Por lo tanto, es esencial realizar un análisis de costes y beneficios de forma rigurosa. De este estudio se desprende que, aunque el BSC sería la opción adecuada para muchos, incluidas las empresas del sector sanitario, puede que no lo sea para todos. Dado que el BSC es bastante reciente, la percepción común en la literatura es que este enfoque seguirá siendo explorado y se mejorará su eficiencia en

el futuro. Es muy probable que más empresas, incluida la industria sanitaria, utilicen el CMI en el futuro.

## **MARCO METODOLÓGICO**

En este capítulo 2 se pretende identificar: (a) el diseño de investigación, (b) el tipo de investigación, (c) el instrumento de investigación, (d) el tipo de muestreo a utilizar, (e) población - muestra, y (f) análisis de datos.

### **Diseño de investigación**

El diseño de este estudio es retrospectivo, teniendo en consideración que las observaciones se las realiza en un periodo establecido, donde la herramienta fundamental es la entrevista a profundidad. Es por ello que se puede argumentar que este diseño busca identificar las causas a partir de un efecto que ya se presentó (Hernández, L, & Fernández, 2000). Al momento de utilizar este diseño se tiene ventajas: (a) son fáciles de aplicar, (b) no son costosos y (c) sus resultados son inmediatos (Newbold, 2013).

### **Tipo de investigación**

La investigación será de alcance descriptivo, recogiendo datos cualitativos y empleando las herramientas estadísticas necesarias para obtener los resultados deseados, cabe recalcar que no se manipulará ningún dato del estudio para obtener resultados confiables (Cohen & Rojas, 2018).

### **Instrumento de investigación**

Son los recursos que el investigador puede utilizar para abordar problemas, fenómenos y extraer información de ellos: para este caso se utilizará entrevistas a profundidad de la muestra a estudiar (Zabalza & Beraza, 2004). Vamos a desarrollar un cuestionario semiestructurado para poder levantar información y ver que tan confiable es aplicar un cuadro de mando integral en una institución de salud pública como lo es el hospital Oskar Jandl (Roldán & Fachelli, 2021).

### **A. Encuesta**

Es un método de recolección de datos a partir de un muestreo de personas, a menudo con el objetivo de generalizar los resultados para un segmento de población más grande. Constituyen una fuente de información para comercios, medios de comunicación, organismos gubernamentales, educadores y cualquiera que forme parte de un estudio

### **B. Entrevista a profundidad**

Es un método de recolección de datos cualitativos que permiten recopilar una gran cantidad de información sobre el comportamiento, actitud y percepción de los entrevistados. Durante las entrevistas a profundidad, los investigadores y participantes tienen la libertad de explorar puntos adicionales y cambiar el rumbo del proceso cuando sea necesario, ya que es un método de investigación independiente que puede adoptar múltiples disciplinas según las necesidades de la investigación (Taylor & Bogdan, 2008). Lo que se va a buscar en el presente estudio es conocer los puntos de vistas de los encuestados a profundidad para determinar la factibilidad y la aplicación de un CMI en una institución de salud pública, así como también desarrollar el modelo secuencial de la planeación estratégica.

### **Tipo de muestreo a utilizar**

Para el presente estudio se pretende implementar el muestreo por conveniencia el cual tiene como objetivo buscar voluntarios, y se utiliza si el investigador necesita que los posibles participantes se presenten por sí mismos. Este muestreo es sencillo y eficaz pero no es uno de los favoritos debido a que en estos estudios la clave es extraer la mayor cantidad posible de información de los pocos participantes que conforman la muestra de estudio, y el método por conveniencia puede no generar la suficiente información. Es un proceso fácil y económico que permite pasar a otros métodos a medida que se colectan los datos (Villagran & Ocete, 2002).

Por otro lado tenemos el muestreo teórico que también es denominado muestreo intencionado. Este muestreo busca atraer a expertos y voluntarios

y habitualmente se busca aplicar ciertos instrumentos establecidos en un lugar en particular. Lo que buscamos en el presente estudio que es aplicar un cuadro de mando integral con sus respectivas perspectivas y objetivos estratégicos de corto y largo plazo.

### **Población y muestra**

Para el desarrollo poblacional de esta investigación, serán los hospitales que operan en la isla San Cristóbal, de la provincia de Galápagos (zona 4). En total, son 2 establecimientos, tomados del informe del Ministerio de Salud Pública específicamente de la Cartera de Servicios Hospitalarios (Cegarra, 2019).

Tabla 1. Detalle de hospitales de San Cristóbal, provincia de Galápagos

<b>Nombre del hospital</b>	<b>Tipo</b>	<b>Número de camas</b>	<b>Servicios que brinda</b>	<b>Equipamiento</b>	<b>Horarios de atención</b>
República del Ecuador	Básico	15	Consulta externa, emergencia, centro quirúrgico y obstétrico, laboratorio clínico, imagenología y hospitalización	Rayos X, ecosonógrafo, mamógrafo	Emergencias 24 horas y consulta externa
Oskar Jandl	General	25	Neonatología, rehabilitación, unidad de cuidados intermedios e intensivos, emergencia, consulta externa, laboratorio y farmacia	Rayos X, ecosonógrafo, mamógrafo	Emergencias 24 horas y consulta externa

## **Análisis de datos**

Para analizar los datos del estudio se empleará la técnica cualitativa que consiste en realizar una matriz para triangular los resultados más relevantes del estudio y de esta manera determinar los factores del cuadro de mando integral aplicado a instituciones hospitalarias (Naupas, Mejia, & Novoa, 2014).

## **MARCO LEGAL**

La normativa legal que fundamentó la presente investigación está amparada en la Constitución de la República del Ecuador; publicada en el Registro Oficial N° 449, de 20 de octubre del 2008, que en su artículo 227, dispone que la administración pública se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación. La Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado; publicada en el Registro Oficial Suplemento N° 595, de 12 de junio del 2002, que en su Art. 29 establece que la Contraloría General del Estado, es un organismo técnico superior de control. En su Art. 31 prescribe sus funciones y atribuciones, entre las que se encuentran: La práctica de auditoría externa, en cualquiera de sus clases o modalidades, a todas las instituciones del Estado; examen de los ingresos públicos; de los gastos, inversiones, utilización, administración y custodias de recursos públicos; examen y evaluación en términos de costo y tiempo, legalidad, economía, efectividad, eficacia y transparencia de la gestión pública; examen y evaluación del sistema de control interno de cada una de las instituciones sujetas a su control; ejercicio de la función fiscalizadora en las instituciones del Estado, mediante la predeterminación o glosa y la determinación, para la oportuna protección y seguridad de los recursos públicos; identificar y evaluar los procedimientos internos de prevención contra actos de corrupción en las entidades sujetas a su control; evaluar las labores de auditoría extensa efectuadas por compañías privadas de auditoría; exigir y examinar las declaraciones patrimoniales juramentadas e investigar los casos en que se presuma enriquecimiento ilícito, etc. En su

Art. 32, prescribe que el Contralor General del Estado, es la máxima autoridad de control gubernamental y auditoría de la gestión pública.

La Ley Orgánica de la Procuraduría General del Estado, publicada en el Registro Oficial N° 372, de 19 de julio del 2001, fue Codificada en el 2004 y publicada la Codificación 2004-015, en el Registro Oficial N° 312, de 13 de abril de 2004. En su Art. 1 dispone que el Procurador General del Estado, es el representante judicial del Estado y como tal le corresponde el patrocinio del Estado y el asesoramiento legal. En su Art. 3, se prescriben las funciones del Procurador General del Estado, entre las cuales constan: Ejercer el patrocinio del Estado y de sus instituciones; representar al Estado y a los organismos y entidades del Sector Público, que carezcan de personería jurídica, en defensa del patrimonio nacional y del interés público; supervisar los juicios que involucren a las entidades del sector público que tengan personería jurídica; representar al estado ecuatoriano y a las entidades del sector público en cualquier juicio o reclamo que deban proponer o que se plantee en su contra, en otro Estado; absolver consultas y asesorar a los organismos y entidades del sector público, sobre la inteligencia o aplicación de las normas constitucionales, legales o de otro orden jurídico. El pronunciamiento será obligatorio para la administración pública, sobre la materia consultada; etc.

La ley de creación del terminal petrolero de Balao, publicado en el Registro Oficial No. 129, de 24 de agosto de 1972, que crea a SUINBA, como una entidad portuaria de derecho público, con personería jurídica, patrimonio y 42 fondos propios. Nace con dependencia administrativa y financiera de la Dirección General de la Marina Mercante y del Litoral (DIGMER), hoy Dirección Nacional de los Espacios Acuáticos (DIRNEA); actualmente mediante Decreto Ejecutivo N° 1087, de 07 de marzo del 2012, se transfiere a la Subsecretaría de Puertos, Transporte Marítimo y Fluvial, la gestión de las competencias, atribuciones y delegaciones, relacionadas con el manejo del Terminal Petrolero de Balao; y, con el Acuerdo Ministerial N° 040, publicado en el Registro Oficial N° 8 del 5 de junio de 2013, asume

definitivamente la Subsecretaría de Puertos, Transporte Marítimo y Fluvial, el manejo del Terminales Petrolero de Balao. La Norma Técnica de Diseño de Reglamentos o Estatutos Orgánicos de Gestión Organizacional por Procesos, emitida mediante Resolución SENRES No. 46, publicada en el Registro Oficial No. 251 de 17 de abril del 2006, como apoyo indispensable para dotar a las instituciones, entidades, organismos, y empresas del estado, de políticas, normas e instrumentos técnicos de gestión operativa de desarrollo institucional.

La ley orgánica de salud manifiesta en su capítulo I el derecho a la salud y su protección en sus siguientes artículos:

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del

cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 5.- La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento; 2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud; 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.
- Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.
- Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación.
- Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos.
- Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así

como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.

- Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis.

Art. 8.- Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud: a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud; b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva; c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario; d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario; y, e) Cumplir las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional; b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población; c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos; d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas. La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, vigilará que los establecimientos educativos públicos, privados, municipales y fiscomisionales, así como su personal, garanticen el cuidado, protección, salud mental y física de sus educandos.

Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimar conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud.

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

## **CAPÍTULO 3: PROPUESTA METODOLÓGICA “CUADRO DE MANDO INTEGRAL”**

### **3.1 Análisis de entrevistas (Investigación Cualitativa)**

#### **Entrevistado “A”**

El primer entrevistado indicó que contaba con formación de máster y que el hospital donde labora actualmente no tenía un plan estratégico y tampoco un cuadro de mando integral, nos comentó además que el hospital nunca ha implementado un plan estratégico para mejorar sus servicios, además no existe un área específica que mida los planes estratégicos, el hospital donde trabajo actualmente si cuenta con misión y visión que es primordial para la sociedad. No obstante no se han establecido resultados en cada una de las áreas definidas, por otro lado tampoco se han definido responsables en las actividades de cada área y finalmente si se considera que la implementación de un cuadro de mando integral que ayudaría en la mejora de la productividad y del servicio del sistema hospitalario.

#### **Entrevistado “B”.**

Durante la entrevista se mencionó que el hospital no tiene idea de los beneficios de un plan estratégico y de un cuadro de mando integral, por ende el hospital jamás ha implementado un plan estratégico, sin embargo las áreas que miden en su plan estratégico son la operativa y la de sistemas. Además, el hospital si cuenta con una misión y una visión institucional, se debe mencionar que si se han establecido resultados por cada una de las áreas definidas, si existen responsables en las actividades de cada área del hospital. Finalmente, si se ha considerado la implementación de un cuadro de mando integral que ayudaría en la mejora de la productividad del hospital.

#### **Entrevistado “C”.**

Este entrevistado tampoco conoce cuales son las ventajas y los beneficios de la aplicación de un plan estratégico y de un cuadro de mando integral, no obstante el hospital tampoco no ha implementado un plan estratégico, el área que mide su plan estratégico es el administrativo – financiero. El

hospital para el cual laboro si cuenta con una misión y visión definida; sin embargo no se han establecido resultados en cada una de las áreas mencionadas, de igual manera no se definieron responsables en las actividades de cada área. Finalmente, si se consideró la implementación de un cuadro de mando integral que beneficia en la mejora de la productividad y del servicio del hospital.

**Entrevistado “D”.**

Esta persona nos indicó que si conoce los beneficios de un plan estratégico y de un cuadro de mando integral, en el hospital donde labora si han implementado un plan estratégico y el área que miden su plan estratégico es el administrativo y el de sistemas. El hospital si cuenta con una misión y una visión definida, no se ha establecido resultados en cada una de las áreas definida. Sin embargo si se han definido responsables en las actividades de cada área; finalmente, si se ha implementado un cuadro de mando integral que mejore la productividad y servicio del hospital.

**Entrevistado “E”.**

Este entrevistado nos manifestó que si emplea y conoce los beneficios de un plan estratégico y de un cuadro de mando integral, sin embargo el hospital no ha implementado un plan estratégico, y tampoco posee áreas para que midan este plan. Pero si cuenta con misión y visión hospitalaria, además si han establecido resultados en cada una de las áreas definidas; no se han definido responsables en las actividades de cada área y tampoco en la implementación de un cuadro de mando integral que mejora la productividad y servicio del hospital.

**Entrevistado “F”.**

Este entrevistado labora en la actualidad en un hospital público y nos manifestó que si conoce los beneficios de un plan estratégico y de un cuadro de mando integral, además si han implementado un plan estratégico en su institución, las áreas financiero y operativo son las que se encargan de medir el plan estratégico; el hospital del entrevistado si cuenta con misión y visión institucional, y si se ha establecido resultados en cada una de las áreas

definidas seguidamente de forma positiva del responsable de cada actividad y se consideró que la implementación de un cuadro de mando integral ayudaría a la eficiencia y productividad del hospital.

### **Entrevistada “G”.**

Esta entrevistada nos manifestó que no conoce los beneficios de un plan estratégico y de un cuadro de mando integral y tampoco lo han implementado en el hospital donde ella labora, adicionalmente no existen áreas donde se pueda medir el plan estratégico. La entrevista nos manifestó que no se cuenta con una visión, misión y valores corporativos del hospital. Además tampoco posee áreas definidas y responsables en las actividades de cada área. Finalmente, si se considera que la implementación de un cuadro de mando integral ayudaría en la mejora de la productividad, eficiencia y eficacia del servicio hospitalario.

**Tabla 2. Resumen de los Resultados Relevantes de los Encuestados**

<b>Preguntas</b>	<b>Encuestado A</b>	<b>Encuestado B</b>	<b>Encuestado C</b>	<b>Encuestado D</b>	<b>Encuestado E</b>	<b>Encuestado F</b>	<b>Encuestada G</b>
Conoce los beneficios de un plan estratégico y de un cuadro de mando integral	No	No	No	Si	Si	Si	No
El hospital ha implementado un plan estratégico	No	No	No	Si	No	Si	No
Qué áreas son las que miden en su plan estratégico	---	Operativo y sistemas	Administrativo financiero	Administrativo y sistemas	---	Financiero y operativo	---
Cuenta con misión y visión el establecimiento	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
Se han establecido resultados en cada una de las áreas definidas	No	Si	No	No	Si	Si	No
Se ha definido responsables en las actividades de cada área	No	Si	No	Si	No	Si	No
Considera que la implementación de un cuadro de mando integral ayudaría en la mejora de la productividad y del servicio del hospital	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si

### **3.2 Planificación estratégica**

A continuación se va a describir un modelo secuencial para establecer la planeación estratégica del hospital Oskar Jandl. Vamos a empezar con una auditoría externa y después pasaremos a realizar una auditoría interna del hospital para determinar los objetivos y planes estratégicos así como también el cuadro de mando integral con sus respectivas perspectivas.

#### **Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

#### **Visión**

Ser un centro moderno acorde a su nivel de complejidad, seguridad, accesibilidad y acreditación que brinde una atención de calidad, reconocida tanto por la población local, como por las autoridades regionales y nacionales.

#### **Valores**

Inclusión, servicio, compromiso, liderazgo, responsabilidad, puntualidad, trabajo en equipo y respeto.

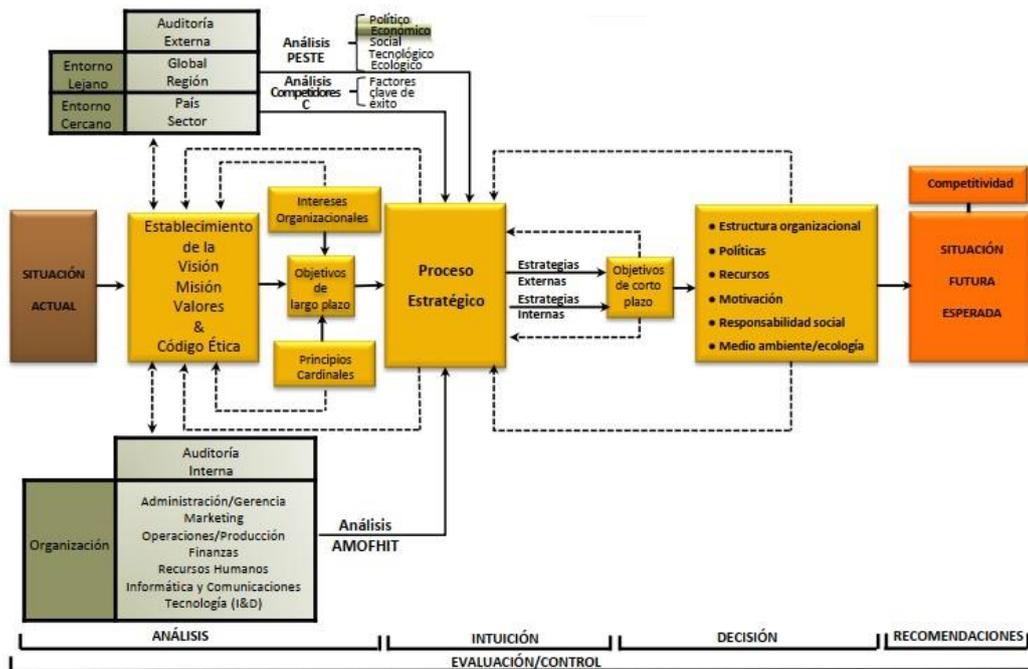


Figura 6. Modelo secuencial del proceso estratégico. Fuente tomada de (D'Alessio, 2008).

## Análisis Pestel

Tabla 3. Análisis de los Factores Externos

Factores políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de estabilidad política</li> <li>➤ Alto nivel de corrupción en centros de salud</li> <li>➤ Contrabando de medicamentos</li> <li>➤ Partidos políticos en el poder</li> <li>➤ Falta de libre competencia</li> <li>➤ Bajos presupuestos gubernamentales</li> <li>➤ Tensa situación política mundial</li> <li>➤ Falta de alianzas estratégicas</li> </ul>
Factores económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lento crecimiento económico del PIB nacional y PIB per cápita</li> <li>➤ Costo de capital y de deuda</li> <li>➤ Alto costos de materias primas</li> <li>➤ Riesgo país elevado</li> <li>➤ Fluctuaciones en los precios de los</li> </ul>

	<p>medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Baja inversión extranjera directa</li> <li>➤ Baja inversión en infraestructura hospitalaria</li> <li>➤ Alto déficit fiscal</li> <li>➤ Crisis económica mundial</li> <li>➤ Pobre balanza comercial</li> </ul>
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alta tasa de crecimiento poblacional</li> <li>➤ Alta tasa de desempleo</li> <li>➤ Alta tasa de pobreza</li> <li>➤ Pobre distribución de ingreso en la población</li> <li>➤ Bajo nivel de promedio de educación</li> <li>➤ Baja esperanza de vida</li> <li>➤ Altas tasas de inmigración y emigración</li> <li>➤ Falta de valores y de ética</li> <li>➤ Baja responsabilidad social</li> </ul>
Factores tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Baja inversión en tecnologías de información y comunicación</li> <li>➤ Baja inversión en investigación y desarrollo</li> <li>➤ Pobre desarrollo de las comunicaciones</li> <li>➤ Falta de estudios en biotecnología</li> <li>➤ Falta de estudios en ciencias médicas en general</li> <li>➤ Falta de innovación tecnológica en biomedicina</li> </ul>
Factores ecológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de protección al medio ambiente</li> <li>➤ Despilfarro de recursos naturales no renovables</li> <li>➤ Amenazas de desastres naturales</li> <li>➤ Falta de cultura de reciclaje</li> </ul>

---

Factores legales	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pobre manejo de desperdicios y desechos</li> <li>➤ Falta de conservación de energías renovables</li> <li>➤ Alto nivel de contaminación de los hospitales</li> <li>➤ Falta de una legislación laboral clara</li> <li>➤ Falta de legislación arancelaria</li> <li>➤ Falta a la defensa de la propiedad intelectual</li> <li>➤ Pobre seguridad y orden interno</li> <li>➤ Falta de cumplimiento de la constitución</li> </ul>
------------------	---

---

### **Análisis de la Matriz AMOFHIT**

**Tabla 4.** *Análisis de Factores Internos*

---

Administración y Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baja reputación de la alta dirección del hospital</li> <li>▪ Falta de control gerencial</li> <li>▪ Falta de prácticas de responsabilidad social</li> <li>▪ Trabajo en equipo</li> <li>▪ Aplicación de sistemas de planeación estratégica</li> <li>▪ Gestión de la red de contratos</li> </ul>
Marketing y Ventas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bajo nivel atención al paciente</li> <li>▪ Falta de especialistas para las diferentes patologías</li> <li>▪ Falta de servicio en atenciones post operatorias</li> </ul>
Operaciones y Logística	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El personal cuenta con elementos básicos y necesarios para la atención y</li> </ul>

---

	<p>cuidado de los pacientes en tiempos de pandemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infraestructuras antiguas</li> <li>▪ Falta de áreas de cuidados intermedios</li> <li>▪ Falta de doctores para monitoreo constantes de pacientes</li> <li>▪ Faltas de camas para atención de pacientes</li> <li>▪ Servicios de agua y de desagüe antiguo</li> <li>▪ Ausencia de vestidores</li> </ul>
Finanzas y Contabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de flujo de caja chica</li> <li>▪ Poco apoyo del gobierno</li> <li>▪ Falta de inversiones para mejorar la infraestructura del hospital</li> <li>▪ Bajo nivel de financiamiento por parte del gobierno ecuatoriano</li> <li>▪ Baja inversión por pacientes en el hospital</li> </ul>
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de profesionales capacitados para ofrecer sus servicios</li> <li>▪ Bajos niveles de remuneraciones</li> <li>▪ Falta de beneficios al personal existencial</li> </ul>
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de sistemas de información integrados</li> <li>▪ Falta de innovación</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de infraestructura tecnológica</li> </ul>
Tecnología de innovación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de innovación tecnológica</li> <li>▪ Tecnologías de información y comunicación desactualizada</li> <li>▪ Falta de adquisición de computadores modernos</li> </ul>

### Análisis FODA

Tabla 5. Análisis FODA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertenece a red de hospitales del Ministerio de Salud</li> <li>▪ Consta con una serie de equipos para visualizar resultados de los exámenes de los pacientes</li> <li>▪ Cuenta con doctores de mucha experiencia en el campo de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avances en la medicina</li> <li>▪ Aumento de la tecnología para detectar enfermedades en sus inicios</li> <li>▪ Apoyo de los dirigentes de la provincia de Galápagos</li> <li>▪ Aumento de los estándares para la atención al público</li> <li>▪ Conocimiento para actuar en épocas de pandemia</li> </ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>

- 
- Falta de planes estratégicos y de cuadro de mando integral
  - Los materiales y equipos utilizados dependen de un presupuesto anual
  - El personal no cuenta con conocimientos actualizados de nuevas tecnologías
  - Pérdida del equipamiento por falta de uso
  - Nuevos decretos y leyes que afecten al sector de la salud
  - Déficit fiscal
  - Aumento de los casos de Covid-19
  - Aumento de la demanda de pacientes con la misma oferta
- 

### **Objetivos propuestos por el Hospital Oskar Jandi**

Entre ellos consten:

- Objetivo 1: Garantizar la equidad en el acceso y gratuidad de los servicios.
- Objetivo 2: Trabajar bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud de forma integrada y en red con el resto de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y otros actores de la red pública y privada complementaria que conforman el sistema nacional de salud del Ecuador.
- Objetivo 3: Mejorar la accesibilidad y el tiempo de espera para recibir atención, considerando la diversidad de género, cultural, generacional, socio económica, lugar de origen y discapacidades.
- Objetivo 4: Involucrar a los profesionales en la gestión del hospital, aumentando su motivación, satisfacción y compromiso con la misión del hospital.
- Objetivo 5: Garantizar una atención de calidad y respeto a los derechos de las y los usuarios, para lograr la satisfacción con la atención recibida.

- Objetivo 6: Desarrollar una cultura de excelencia con el fin de optimizar el manejo de los recursos públicos, y la rendición de cuentas.

### **3.3 Cuadro de Mando Integral**

El cuadro de mando integral es una herramienta que traduce la misión y la estrategia de una organización en un conjunto completo de medidas de rendimiento que proporciona el marco para un sistema de medición y gestión estratégica (Bisbea & Barrube, 2012; Estrada, González, & Obregón, 2019). El Cuadro de Mando Integral es un enfoque para impulsar la mejora de la organización hacia objetivos preseleccionados que hace un seguimiento del progreso a través de medidas cuidadosamente seleccionadas. El Cuadro de Mando Integral es también un sistema de gestión integrado que consta de tres componentes: 1) sistema de gestión estratégica, 2) herramienta de comunicación y 3) sistema de medición. El resultado es un conjunto de medidas cuidadosamente seleccionadas que se derivan de las estrategias centrales de una organización y están vinculadas a ellas. Las medidas seleccionadas para el cuadro de mando representan una herramienta que los líderes utilizan para comunicar a los empleados y a las partes interesadas externas los resultados y los impulsores del rendimiento mediante los cuales la organización alcanzará su misión, su visión y sus objetivos estratégicos.

Las empresas utilizan el cuadro de mando para:

1. Aclarar y actualizar la estrategia.
2. Comunicar la estrategia a toda la empresa.
3. Alinear los objetivos de la unidad y los individuales con la estrategia.
4. Vincular los objetivos estratégicos con las metas a largo plazo y los presupuestos anuales.
5. Identificar y alinear las iniciativas estratégicas.
6. Realizar revisiones periódicas del rendimiento para conocer y mejorar la estrategia.

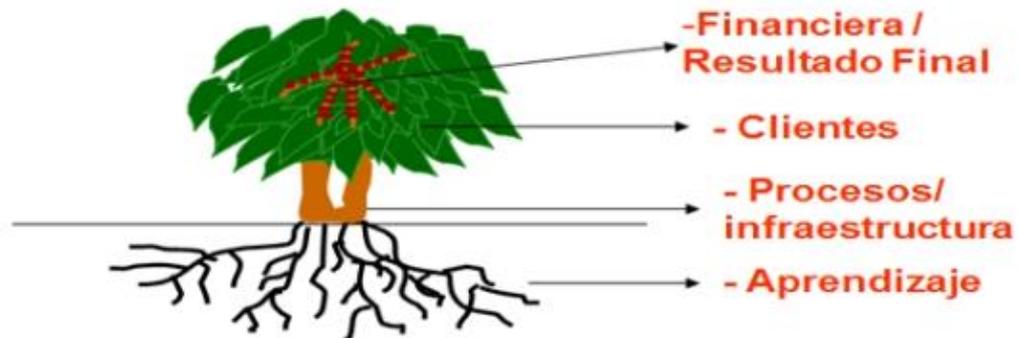
## **Perspectivas tradicionales**

Hay una serie de "equilibrios" en el BSC, entre los que se encuentra el equilibrio o balance entre cuatro dominios o perspectivas históricas que se consideran mutuamente vinculadas en términos de estrategia y rendimiento:

- Perspectiva de aprendizaje y crecimiento.
- Perspectiva del proceso interno.
- Perspectiva del cliente.
- Perspectivas financieras

La analogía que hace Paul Niven del cuadro de mando integral es la de un árbol (véase la figura 7). La perspectiva de aprendizaje y crecimiento son las raíces, el tronco es la perspectiva de proceso interno, los clientes son las ramas y las hojas son la perspectiva financiera. Cada perspectiva es interdependiente de las de abajo y de las de arriba. Es un ciclo continuo de renovación y crecimiento. Las hojas (finanzas) caen para fertilizar el suelo y el sistema de raíces, lo que estimula el crecimiento en toda la organización. En esta analogía, el aprendizaje y el crecimiento son los cimientos sobre los que se construyen todas las demás perspectivas. Por ejemplo, si un hospital evalúa la satisfacción de los pacientes y descubre que éstos no están satisfechos (perspectiva del cliente), una de las estrategias podría ser la puesta en marcha de la formación de los empleados en el ámbito de la atención al cliente (perspectiva de aprendizaje y crecimiento). La mejora del servicio al cliente mediante la reducción del tiempo de espera en la sala de urgencias (perspectiva del proceso interno) puede, en última instancia, mejorar la utilización (perspectiva financiera). Hay causas y efectos definidos entre cada una de las cuatro perspectivas. La clave está en identificar las estrategias adecuadas (Backmana et al., 2016).

## EL DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL BALANCED SCORECARD DEPENDE DE CADA UNO DE NOSOTROS



**Figura 7.** *Árbol del Cuadro de Mando Integral. Tomado de Paul Niven (2002).*

Una de las razones por las que el Cuadro de Mando Integral ha tenido tanto éxito es que se trata de un enfoque equilibrado. Este equilibrio incluye:

- Equilibrio entre los indicadores de éxito financieros y no financieros.
- Equilibrio entre los componentes internos y externos de la organización.
- Equilibrio entre los indicadores de rendimiento de retraso y de liderazgo.

Los componentes internos pueden ser los empleados, mientras que los externos pueden ser grupos de médicos o aseguradoras. Los indicadores de retraso suelen representar el rendimiento pasado y pueden incluir la satisfacción del cliente o los ingresos. Aunque estas medidas son objetivas y accesibles, carecen de poder predictivo. Los indicadores principales son los impulsores del rendimiento que conducen a la consecución de los indicadores de retraso y suelen incluir la medición de procesos y actividades. Por ejemplo, el tiempo de espera en urgencias podría representar un indicador adelantado de la satisfacción del paciente. Un cuadro de mando integral debe contener una variedad de medidas diferentes.

## Modificar el enfoque del cuadro de mando integral

Como ya se ha dicho, probablemente sea necesario un enfoque de cuadro de mando integral modificado para los hospitales debido a la falta de infraestructura en términos de tecnología de la información, tiempo y experiencia del personal, recursos para pagar a los consultores y gastos continuos, y la practicidad y el sentido de las medidas existentes (Fawaz, Atkins, & Homoud, 2016). El resto de este documento se centrará en los supuestos y principios básicos que conlleva la modificación del proceso, los componentes reales de un proceso de cuadro de mando integral modificado y los indicadores de rendimiento sugeridos que podrían incorporarse al cuadro de mando integral de un hospital. La figura 8 es un ejemplo del modelo de cuadro de mando integral descrito en esta publicación y adaptado de Kaplan y Norton.

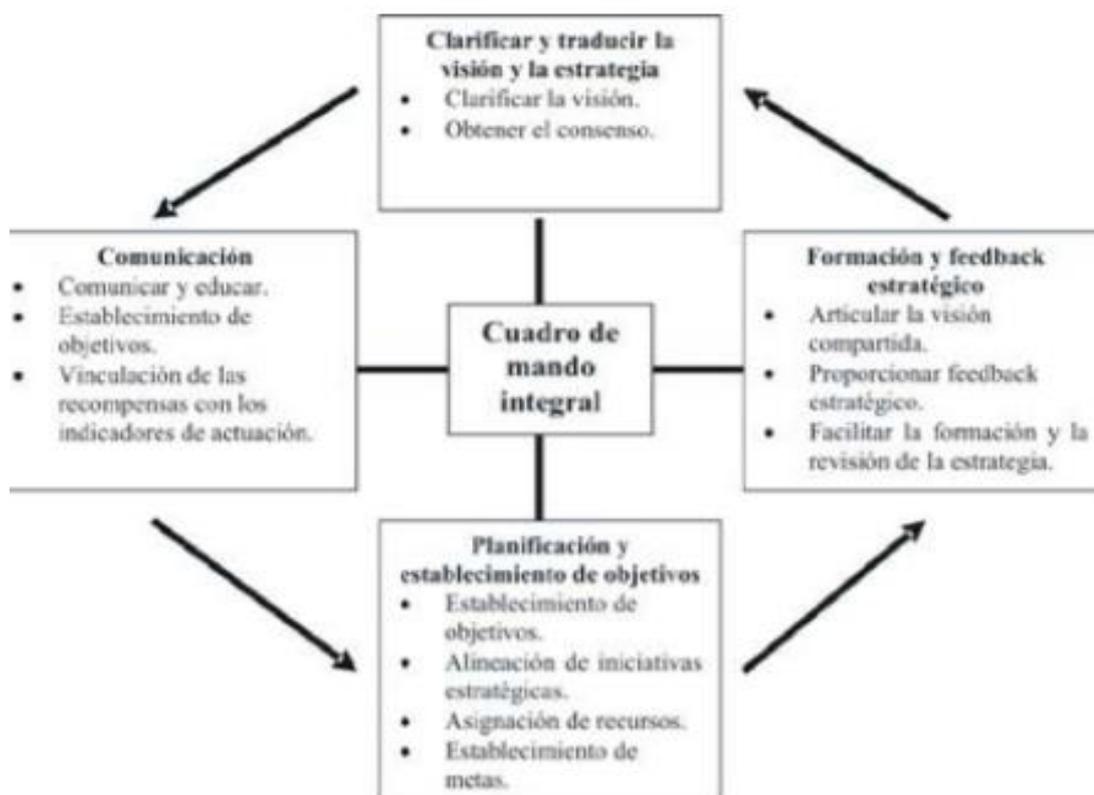


Figura 8. Cuadro de Mando Integral. Tomado de Kaplan y Norton, (1998).

## **Supuestos básicos**

¿Cómo sabe un hospital que sus estrategias prestan atención a todos los aspectos del rendimiento? ¿Hacen demasiado hincapié en la gestión de los gastos frente a la generación de ingresos? ¿Atienden a las necesidades de todos los clientes, incluidos los pacientes, los médicos y la comunidad en general? ¿Se mejoran los procesos internos para apoyar los objetivos de calidad y satisfacción de los pacientes? ¿Se destinan recursos a suplir las carencias de competencias y conocimientos del personal?. Los hospitales tienen muchas iniciativas en marcha al mismo tiempo y, en cualquier momento, suele ser difícil conocer el progreso (porcentaje de cumplimiento) e incluso si siguen avanzando en la dirección correcta. Para aquellos hospitales que deseen utilizar el cuadro de mando integral como enfoque para la gestión del rendimiento, se requieren algunos requisitos previos:

1. Un plan estratégico apoyado por el consejo.
2. La responsabilidad de la aplicación debe ser asignada a la administración por el consejo, que mantiene el interés y la supervisión sin microgestión.
3. Las personas y los departamentos deben contar con los recursos y el apoyo adecuado, al tiempo que se comprometen a rendir cuentas, y a responsabilizarse mutuamente, de los resultados del BSC.
4. Deben seleccionarse medidas de éxito alcanzables e inequívocas.
5. Los mecanismos de información y seguimiento deben ser accesibles, regulares y fáciles de usar.
6. El proceso debe ser sencillo, asequible y realizable con los recursos existentes.

## **Evaluación de la preparación**

Antes de intentar implantar un proceso de cuadro de mando integral en cualquier organización, es esencial que los dirigentes clave (administrador/director general, directores de departamento, junta directiva y dirigentes del personal médico) estén plenamente comprometidos con el proceso en términos de participación, comprensión conceptual, comunicación y actuación como componentes del proceso. Sin este compromiso, los esfuerzos se verán obstaculizados de forma significativa y los resultados peligrarán. Antes de poder implantar con éxito el BSC, la

misión, la visión y el plan estratégico de la organización deben estar bien definidos y actualizados. Dado que las medidas de rendimiento dependen de las estrategias futuras identificadas por la organización, deben estar establecidas desde el principio. Otros factores son la necesidad de desarrollar un sistema de gestión del rendimiento, los recursos financieros disponibles para su aplicación, la participación de las personas claves que gestionan los sistemas de recogida de datos y el tiempo del personal.

### **Comprometer/implicar al liderazgo**

Conseguir el patrocinio y el compromiso de los dirigentes no es fácil. La mayoría de los administradores tienen un sinfín de demandas que compiten por su tiempo, atención y a menudo eliminan aquellas ideas y actividades que parecen no ser esenciales. En un estudio realizado para el Informe sobre el cuadro de mando integral, los encuestados informaron de que el director general, más que cualquier otra persona, era el patrocinador del cuadro de mando integral. Una buena forma de conseguir el apoyo del director general es mediante la demostración de los resultados. Hay señales que pueden indicar la necesidad de un nuevo sistema de medición del rendimiento en un hospital. Entre ellos se encuentran:

- El rendimiento es aceptable en todas las dimensiones, excepto en la de los beneficios.
- Los pacientes no utilizan las instalaciones ni siquiera cuando los precios son competitivos.
- Nadie se da cuenta cuando no se elaboran informes de medición del rendimiento.
- Los directivos dedican mucho tiempo a debatir el significado de las medidas.

Desarrollar e implementar un cuadro de mando integral es un compromiso para gestionar de una manera diferente, que compromete a la organización a ciertas responsabilidades y normas de rendimiento. El BSC no es un proceso "de una sola vez"; por tanto, los interesados en utilizarlo deben considerarlo como un proceso a largo plazo y estar preparados para comprometerse con el cambio durante un periodo de tiempo más largo (de 3 a 5 años).

### **Educación de las partes interesadas internas y externas**

Es imprescindible que quien inicie el proceso comprenda bien el concepto y la teoría del cuadro de mando integral y pueda comunicarlo con claridad a toda la dirección (director general, equipo administrativo superior, médicos, directores de departamento y junta directiva). Los miembros de la dirección deben entender este concepto y estar preparados para educar a los demás en el centro. La clave para el éxito de la implantación depende de que se comunique claramente a todos los miembros del centro el papel que desempeñan en la consecución de medidas de rendimiento específicas y de que se consiga el apoyo y el compromiso de toda la organización.

### **Datos: Recopilación, procesamiento y evaluación comparativa**

Uno de los principios clave del proceso del cuadro de mando integral es la identificación de los indicadores que miden con precisión la realización de las estrategias. También debe haber una relación de causa y efecto entre las estrategias seleccionadas y la misión general de la organización. Otra consideración importante es la infraestructura para la recogida de datos. La infraestructura informática varía mucho entre los hospitales; algunos tendrán sistemas informáticos sofisticados, mientras que otros no tienen prácticamente ninguno. A la hora de implantar el cuadro de mando integral debe tenerse en cuenta la infraestructura existente en las instalaciones. Además de las cuestiones de infraestructura, hay que tener en cuenta la experiencia y el tiempo del personal. Uno de los beneficios del desarrollo de un cuadro de mando integral es que debería ayudar a eliminar la recopilación y la presentación de datos innecesarios, identificando sólo las medidas que están vinculadas a las estrategias. Se puede minimizar el tiempo dedicado a recopilar y comunicar datos que no tienen relación directa con la consecución de las estrategias de rendimiento. El hecho de que una organización "siempre lo haya hecho así" no es una buena razón para continuar. Por último, el concepto de evaluación comparativa merece alguna consideración. La evaluación comparativa puede ser interna o externa. Con la evaluación comparativa interna, un hospital selecciona un conjunto de mediciones e indicadores que se vinculan a normas internas establecidas sin tener en cuenta el rendimiento de los hospitales homólogos (por ejemplo, los

tiempos máximos de espera para una visita ambulatoria, el tiempo máximo antes de que un paciente sea recibido en el servicio de urgencias, el porcentaje de facturas de pacientes que están libres de errores). La evaluación comparativa interna se centra en el índice de mejorar más que en alcanzar un estándar o punto de referencia externo. La evaluación comparativa externa se basa en normas y mediciones relacionadas con hospitales similares. Muchas redes de hospitales pequeños, así como los proveedores, disponen de datos financieros, de calidad y de procesos relevantes que permiten a los hospitales compararse con otros de tamaño y perfil de servicio similares. Los datos de referencia externos pueden ser útiles para ayudar a determinar si el rendimiento de un hospital es comparable al de su grupo de pares. Sin embargo, los datos externos no siempre son comparables entre regiones geográficas, el coste de la obtención de los datos puede superar los recursos financieros de algunos hospitales y el mayor peligro de la evaluación comparativa externa es la regresión a la media. Por ejemplo, si los días en cuentas por cobrar de un hospital son 65 y la media es de 65, ¿significa eso que hay que ignorar las oportunidades de mejora? Los hospitales no tienen por qué basarse en los datos más relevantes que puedan encontrar. El uso de indicadores internos comunes o la utilización de datos procedentes de redes y alianzas regionales pueden proporcionar buenos resultados al tiempo que se mantienen los costes y se reduce la carga de personal para la recogida de datos.

### **Construir la sostenibilidad a largo plazo**

Ha habido un número de empresas que se embarcan en la implementación de los esfuerzos del cuadro de mando integral, sólo para descubrir que carecen de tiempo, compromiso y recursos para asegurar que estos esfuerzos se integren en las actividades diarias. Tal vez la información recibida no les convenció del valor, o pueden haber elegido medidas que no reflejan con exactitud las estrategias, o no esperaban que el proceso requiriera tanto tiempo como puede ser, o simplemente no lograron implementar completamente el proceso. La implantación de un cuadro de mando integral no es algo que pueda lograrse de la noche a la mañana. Los

directores generales, en particular, deben ser pacientes. El proceso lleva tiempo, requiere cambios dentro de una organización a todos los niveles, y no es algo que una vez completado se olvide. Los principios expuestos anteriormente deben servir de guía para la implantación del cuadro de mando integral. No hay reglas rígidas. En este momento puede ser tanto arte como ciencia, aunque los avances en este campo están produciendo resultados notables.

### Componentes esenciales de un modelo de BSC

Las siguientes son las fases o pasos de un proceso típico de cuadro de mando integral. Dentro de cada fase hay actividades que deben realizarse. Esta sección comienza con una visión general de cada una de las fases y luego explora cada fase con mayor detalle. Este proceso es una adaptación del proceso descrito por Kaplan y Norton (véase figura 9).

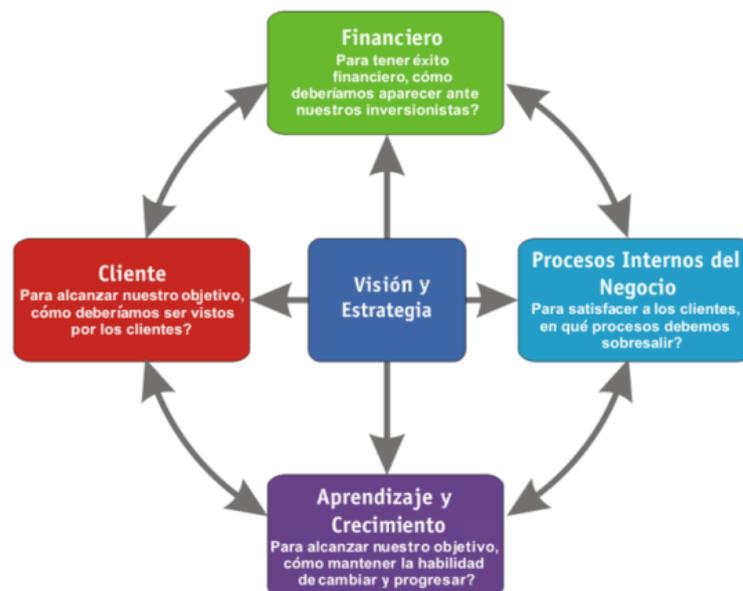


Figura 9. Fases del Cuadro de Mando Integral. Tomado de Kaplan y Norton (1998).

**Evaluación de la preparación:** identificar las necesidades, los recursos y confirmar el compromiso del liderazgo.

**Planificación:** identificar el liderazgo y los participantes del equipo del BSC, completar una revisión de la misión/visión/valores/estrategias, asignar estrategias a las perspectivas del BSC, desarrollar un mapa de estrategias, identificar y acordar medidas y desarrollar un plan de implementación.

**Implementación técnica:** visiones, estrategias, medidas introducidas en el sistema a través del software o de la formación, creación de cuadros de mando, estableciendo niveles de objetivos y alarmas (o alertas), reglas de consolidación de datos, definición de gráficos e informes (presentación de datos), importación de datos históricos de medición/creación de informes.

**Integración organizativa:** integrar el cuadro de mando integral con los procesos de gestión y presentación de informes y comunicarlo a todos los miembros (personal y partes interesadas), definición de las personas responsables de los datos de las mediciones y de la capacitación, explicación de los objetivos del cuadro de mando integral, reingeniería del proceso de gestión y estrategia, reingeniería del proceso de presentación de informes, revisiones periódicas vinculadas a la compensación.

**Funcionamiento/Modificación:** actualización de datos, análisis y elaboración de informes regularmente dentro de los procesos rutinarios; perfeccionamiento, actualización de los valores de las medidas/análisis de los resultados/información de los resultados/refinamiento del modelo o proceso.

### **Evaluación de la preparación**

Una de las primeras áreas que debe considerar una organización es determinar el valor y la necesidad de implementar un proceso de cuadro de mando integral. Un examen de las medidas de rendimiento actuales puede ayudar a identificar las áreas problemáticas. Utilice esta sencilla herramienta para evaluar sus medidas actuales. Considere sus medidas como un grupo y califíquelas como sigue:

- 1) No hay valor en este objetivo.
- 2) Un poco de ayuda en este objetivo.
- 3) Bastante útil en este objetivo.
- 4) Extremadamente valioso en este objetivo.

Qué tan bien se miden sus resultados:

- ¿Traducir su estrategia empresarial en acciones concretas?
- ¿Alinear los departamentos con objetivos comunes?
- ¿Refleja plenamente lo que les importa a sus interlocutores?
- ¿Proporcionar la palanca para crear el cambio?

- ¿Equilibrar los indicadores adelantados y atrasados?
- ¿Equilibrar los indicadores estratégicos y operativos?
- ¿Potenciar los indicadores estratégicos y operativos?
- ¿Aumentar su capacidad para competir en el futuro?
- ¿Impulsar mejoras en la forma de realizar el trabajo?
- ¿Incluye puntos de referencia internos y externos para juzgar el rendimiento?

Por último, el factor más importante que hay que tener en cuenta es si existe un fuerte compromiso por parte de los dirigentes, incluidos el administrador/director general, el equipo administrativo, los directores de departamento y el consejo de administración. La implantación de cualquier tipo de sistema de mejora del rendimiento o de gestión del rendimiento supondrá un cambio. Sin el compromiso absoluto de la alta dirección, impulsar estos cambios en toda la organización ("en cascada") será, en el mejor de los casos, difícil. La implantación del cuadro de mando integral creará un cambio cultural significativo y continuo. Si el equipo de alta dirección se resiste al cambio o no está dispuesto a compartir el poder y el control, la organización puede considerar un enfoque diferente para la mejora del rendimiento.

### **Planificación**

El primer paso es identificar al equipo (normalmente el administrador del hospital) que dirigirá este proceso y, a continuación, crear el equipo del cuadro de mando integral. Niven sugiere que lo ideal es un equipo de 7 personas. Este número puede ser un reto para los pequeños hospitales y 5 puede ser más alcanzable. En cualquier grupo, es esencial conseguir una mezcla de habilidades y personalidades complementarias. Las personas seleccionadas deben estar comprometidas con el objetivo y los enfoques comunes y deben rendir cuentas. Además del administrador del hospital, necesitará una persona que coordine la implantación del cuadro de mando integral, alguien bien organizado y orientado al detalle, y personas que sirvan como miembros activos del equipo. El siguiente cuadro describe las funciones y responsabilidades.

## **Roles y Responsabilidades del Hospital**

Administrador del Hospital: Asume la propiedad principal del proyecto del cuadro de mando integral

- Proporciona información al equipo sobre la estrategia y la metodología.
- Mantiene la comunicación con la administración y la dirección.
- Compromete recursos (tanto humanos como financieros) con el equipo.
- Proporciona apoyo y entusiasmo para el cuadro de mando integral en toda la organización.

Coordinador del Balanced Score Card: Coordina las reuniones; planifica, hace un seguimiento e informa de los resultados del equipo a todas las audiencias

- Proporciona un liderazgo reflexivo sobre la metodología del cuadro de mando integral al equipo.
- Garantiza que todo el material de base relevante esté disponible para el equipo.
- Proporciona información al patrocinador ejecutivo (colíderes) y a la dirección.
- Facilita el desarrollo de un equipo eficaz mediante la formación y el apoyo.

Miembros de equipo: Proporcionar un conocimiento experto de la unidad de negocio o de las operaciones funcionales

- Informar e influenciar a sus respectivos compañeros de departamento y de trabajo.
- Actuar como embajadores del cuadro de mando integral dentro de su unidad o departamento.
- Actuar en el mejor interés de la empresa en su conjunto.

Una vez establecido el equipo, debe realizarse una revisión de la misión, la visión, los valores y las estrategias de la organización. Es esencial que las estrategias de la organización sean actuales y pertinentes. Si estos elementos no existen o si no se han actualizado en el último año o más, hay que esforzarse por actualizarlos. Esto puede lograrlo un facilitador experto en un retiro. Por lo general, participan el equipo directivo del centro, los directores de departamento, el personal médico y los miembros del consejo de administración. Es esencial que se logre un consenso sobre el contenido de la misión, la visión, los valores y el plan estratégico. Una vez que el plan estratégico está bien definido, se revisan las estrategias para determinar dónde encajan dentro de las cuatro perspectivas del cuadro de mando integral: aprendizaje y crecimiento, procesos internos, clientes y financiero. Algunas organizaciones descubren la necesidad de añadir otra perspectiva. No existe una regla rígida que limite a una organización a las cuatro perspectivas, ya que éstas sirven como plantilla. Sin embargo, a efectos de esta publicación, hemos decidido centrarnos en estas cuatro perspectivas. Por ejemplo, un objetivo general "mantener un alto nivel de compromiso y participación del personal del hospital, los voluntarios y los miembros de la junta directiva mediante la educación, el reconocimiento y el apoyo" con una estrategia que diga "proporcionar servicios internos a los empleados centrados en la mejora de la atención al paciente", encajaría en la perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

Kathy Garthe, Directora General/Entrenadora Jefe, describe la necesidad de tener una visión para el hospital que impulse las estrategias y el rendimiento del mismo. Para ella, el BSC es una "herramienta ideal para gestionar estas estrategias". Ha incorporado los principios de calidad de Baldrige a su BSC y lo describe como una herramienta eficaz para la gestión de la calidad total. Kathy Garthe dice que en la experiencia de su hospital: "los objetivos estratégicos se convierten en el centro de atención de las personas y los departamentos de todo el hospital. El progreso a lo largo del año se mide fácilmente con respecto a los objetivos. La necesidad de acciones correctivas puede identificarse y abordarse de manera oportuna. Los objetivos más orientados al equipo evolucionan en apoyo de los objetivos

estratégicos. El BSC hace que las cuestiones y tareas complejas sean más fáciles de entender". Una vez que haya tomado sus estrategias y las haya agrupado bajo las perspectivas apropiadas del cuadro de mando integral, el siguiente paso consistiría en identificar las medidas de logro de la estrategia. Utilizando el ejemplo anterior, la medida podría ser el número de participantes de los empleados o el número de servicios prestados, o ambos. Kaplan y Norton sugieren que, una vez establecidas las estrategias centrales de una organización, se cree un "mapa estratégico". Un mapa estratégico representa cómo la organización crea valor y muestra visualmente los objetivos detallados en cada una de las cuatro perspectivas necesarias para el éxito. Un hospital puede seleccionar un gran número de medidas. Utilizando el mapa estratégico y las cuatro perspectivas: aprendizaje y crecimiento (Learning & Knowledge), procesos clínicos y empresariales (Internal Processes), comunidad y proveedores (Customer) y finanzas (Financial), estas medidas podrían incluir:

#### **Aprendizaje y crecimiento**

- Rotación del personal de enfermería.
- Rotación del personal.
- Índice de fidelidad del personal.
- Política de errores médicos.
- Capacitación del personal.
- Acceso a la formación.
- Índice de compromiso del personal.
- Nuevas técnicas médicas.

#### **Procesos clínicos y empresariales (procesos internos)**

- Edad media de la planta.
- Tasa de errores médicos.
- Tiempo de espera en urgencias o capacidad de respuesta.
- Administración de medicamentos.
- Mejora de los procesos internos del hospital.
- Administración de antibióticos.
- Generación de infraestructura tecnológica.
- Procesos de sistematización.

### **Comunidad y proveedores (cliente)**

- Tiempo de tratamiento.
- Cortesía y respeto al paciente.
- Participación de los pacientes.
- Satisfacción de los pacientes internos.
- Satisfacción del servicio de urgencias.
- Índice de acceso de los pacientes.
- Atención personalizada a pacientes graves de UCI.

### **Finanzas (Financieras)**

- Margen de beneficio operativo.
- Mejorar el flujo de caja.
- Aumento de los ingresos netos.
- Determinación del costo por día de paciente.
- Gastos de sueldos y prestaciones.
- Productividad del personal de enfermería.

## Creación del cuadro de mando integral para el Hospital Oskar Jandl.

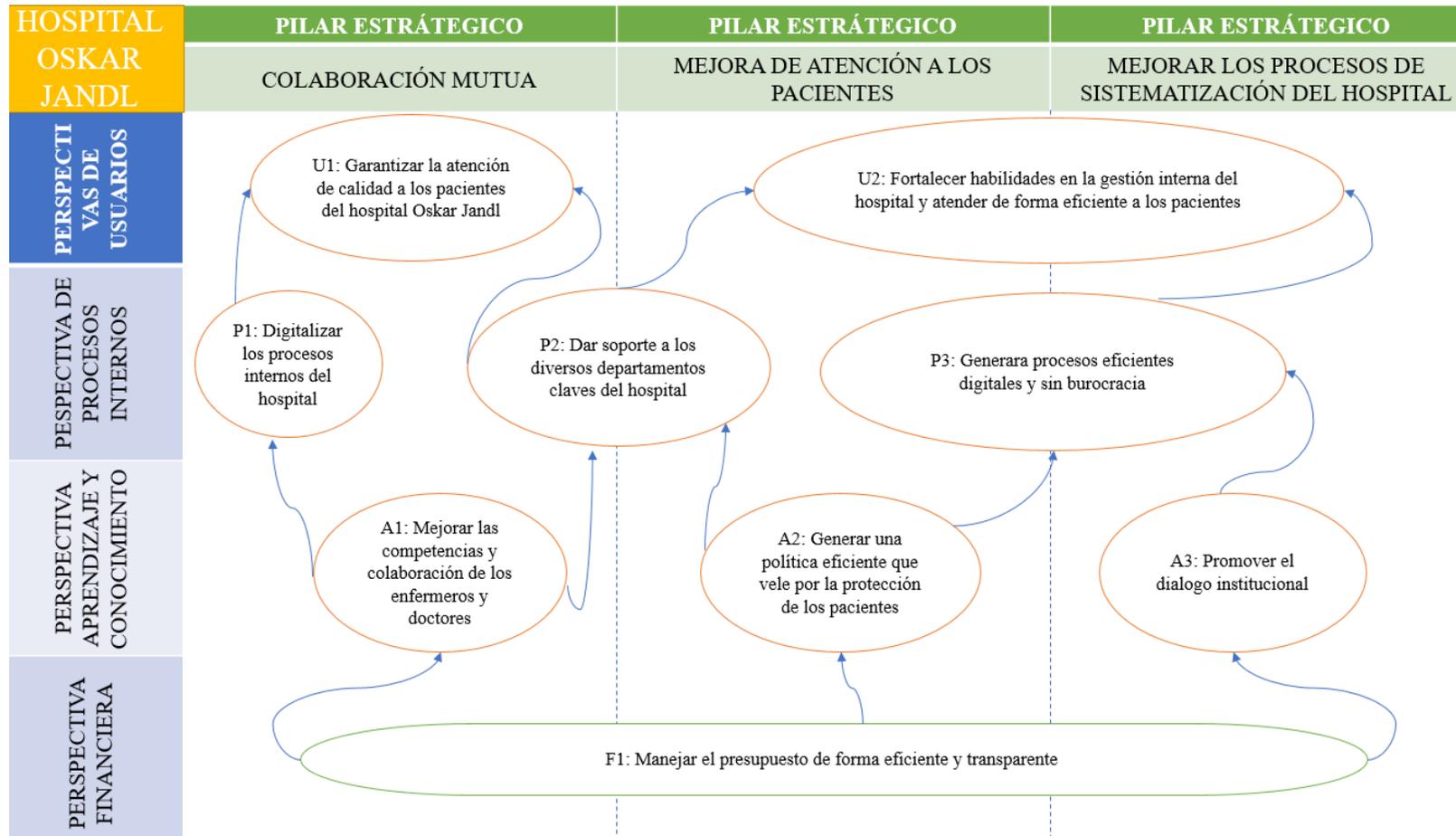


Figura 10. Representación del cuadro de mando integral del Hospital Oskar Jandl

## CONCLUSIONES

Para el hospital Oskar Jandl de la provincia de Galápagos se ha efectuado el cuadro de mando integral el cual se compone de tres pilares fundamentales que son:

- A. Colaboración mutua.
- B. Mejora de atención a los pacientes.
- C. Mejorar los procesos de sistematización del hospital.

En la **perspectiva financiera** el eje fundamental fue:

- Manejar el presupuesto de forma eficiente y transparente.

Dentro de la **perspectiva aprendizaje y conocimiento** los objetivos estratégicos fueron:

- Mejorar las competencias y colaboración de los enfermeros y doctores.
- Generar políticas eficientes que velen por la protección de los pacientes.
- Promover el diálogo institucional.

La **perspectiva de los procesos internos** está enfocada en:

- Digitalizar los procesos internos del hospital.
- Dar soporte a los diversos departamentos claves del hospital.
- Generar procesos eficientes digitales y sin burocracia.

Finalmente, la **perspectiva de usuarios** se centra en:

- Garantizar la atención de calidad a los pacientes del hospital Oskar Jandl.
- Fortalecer habilidades en la gestión interna del hospital y atender de forma eficiente a los pacientes.

## RECOMENDACIONES

Podemos mencionar las siguientes recomendaciones:

- Que los centro de salud tengan un proceso de planeación estratégica para poder cumplir los objetivos y metas institucionales.
- Que toda institución de salud cuente con su misión, visión, valores, objetivos de corto y largo plazo.
- Desarrollar auditorías internas y externas para poder generar las estrategias de forma eficiente.
- Ejecutar cuadros de mando integral para poder establecer los objetivos estratégicos de manera correcta.
- Determinar las perspectivas y los pilares estratégicos que permitan generar la estructura de un cuadro de mando integral.
- Crear los indicadores claves de desempeño para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos.
- Generar un mapa estratégico que permita determinar de manera clara los objetivos de cada perspectiva en el cuadro de mando integral.

## REFERENCIAS

- Aguilar, P., & Maldonado, D. (2020). Incidencia de la balanza comercial en el crecimiento económico del Ecuador: análisis econométrico desde Cobb Douglas. *Espacios*, 03 - 13.
- Alarico, G. (2005). *La gerencia de la imagen*. España: Pearson.
- Atmetlla, E. (2018). *Estrategia: Diseñe y ponga en práctica la mejor estrategia para su empresa*. Mexico: Pearson.
- Backmana, C., Vanderloob, A., & Forsterb, J. (2016). Measuring and improving quality in university hospitals in Canada: The Collaborative for Excellence in Healthcare Quality. *Health Policy*, 123 - 134.
- Belloch, C. (2012). *Las Tecnologías de la Información y Comunicación en el aprendizaje*. Universidad de Valencia., 45 - 66.
- Benavides, T. (2016). *Matriz de posición estratégica y evaluación de la acción PEYEA un apoyo a la toma de decisiones gerenciales*. España: Pearson.
- Bisbea, J., & Barrube, B. (2012). The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations. *Healthcare Management*, 45 - 55.
- Blanchard, K. &. (2000). *Misión posible*. México.: McGraw Hill.
- Bohm, V., Lacaille, D., & Spencer, O. (2020). Scoping review of balanced scorecards for use in healthcare settings: development and implementation. *Systematic review*, 45 - 55.
- Bower, J. (2000). *Oficio y arte de la gerencia*. Mexico: Pearson.
- Cegarra, J. (2019). *Los métodos de investigación*. Cali: Díaz de Santos.
- Cejas, M. (2004). *La gestión de recursos humanos: Un enfoque estratégico*. España: Pearson.

- Chang, W., Tung, G., & Huang, C. (2000). Mejora del rendimiento después de implementar el Cuadro de Mando Integral: la experiencia de un gran hospital en Taiwán. *Gestión de la calidad total*, 11 - 23.
- Chao, L., & Wen-Goang, Y. (2021). Exploration on the Gap of Single- and Double-loop Learning of Balanced Scorecard and Organizational Performance in a Health Organization. *Heliyon*, 34 - 45.
- Chawla, C., Berman, P., & Needleman, T. (2020). *Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Methodological Guidelines*. New York: Pearson.
- Chi, A., Goh, M., & Hum, H. (2009). Medición del desempeño en entidades de la cadena de suministro: perspectiva del cuadro de mando integral. *Benchmarking: An International Journal*, 605 - 620.
- Chong, S., Verma, S., & Mythily, S. (2000). El Programa de Intervención Temprana en Psicosis en Singapur: Un enfoque de cuadro de mando integral para la atención de calidad. *Revista de salud mental*, 79 - 81.
- Cohen, N., & Rojas, G. (2018). *Metodología de la Investigación, ¿Para qué?* Mexico: Pearson.
- Cos, K. (2009). Gestión basada en el desempeño en organizaciones sanitarias. *Management Guide for Healthcare Organizations*, 47 - 64.
- D'Alessio, F. (2008). *El proceso estratégico*. México D.F.: Pearson Educación Prentice Hall.
- Davis, F. (2005). *Gestión estratégica: conceptos y casos*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Estevez, A., Jones, C., & Anderson, J. (2002). El modelo secuencial de políticas públicas treinta años más tarde. *Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.*, 45 - 55.
- Estrada, J., González, R., & Obregón, P. (2019). *Planeamiento estratégico para el departamento de Tolima*. Mexico: Pearson.

- Fawaz, A., B, A., & Homoud, A. (2016). Strategic Value of Cloud Computing in Healthcare organisations using the Balanced Scorecard Approach: A case study from A Saudi Hospital. The 6th International Conference on Current and Future Trends of Information and Communication Technologies in Healthcare, 45 - 55.
- Ferrell, O. H. (2012). Estrategia de marketing. Mexico: Pearson.
- Fitzpatrick, M. (2006). Traigamos equilibrio al cuidado de la salud. Gestión de enfermería, 34 - 45.
- Francés, A. (2002). Estrategia para la empresa en América latina. Madrid: Pearson.
- Fronzizi, R. (2000). Qué son los valores. Madrid: Pearson.
- George, A. (2007). Planeación estratégica: Lo que todo director debe saber. New York: Pearson.
- González, E. (2012). Entorno organizacional y desarrollo humano. Revista Lasallista de investigación, 149 - 158.
- Griffith, J., & Jelinek, R. (2002). Medición del desempeño hospitalario comparativo. Journal of Healthcare Management, 41 - 57.
- Groene, O., Brandt, E., & Schmidt, W. (2009). The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation . International Journal for Quality in Health Care, 45 - 55.
- Gurd, B., & Gao, T. (2000). Vive en el equilibrio: un análisis de cuadro de mando integral (BSC). Revista Internacional de Productividad y Gestión del Desempeño, 6 - 10.
- Hernández, R., L, B., & Fernández, C. (2000). Metodología de la Investigación. New York: Pearson.
- Hodge, B., & Gales, L. (2000). Teoría de la organización: Un enfoque estratégico. Mexico: Pearson Prentice Hall.

- Hooshmand, E., Zomorodi, N., & Ebrahimipour, E. (2018). Designing a Performance Evaluation Model Based on Balanced Score Card and Analytic Hierarchy Process Methods: Montaserieh Hospital. *Health Scope*, 34 - 45.
- Huang, S., & Chang, W. (2020). Uso de un cuadro de mando integral para mejorar el desempeño de un departamento de emergencias. *Economía de la Enfermería*, 179 - 195.
- Inamdar, N., & Kaplan, R. (2018). Aplicación que se encuentra en el Cuadro de Mando Integral en Organizaciones de Proveedores de Salud. *Journal of Healthcare Management*, 179 - 195.
- Ivancevich, J. (2005). *Administración de recursos humanos*. New York: McGraw-Hill Interamericana.
- Izquierdo, M. (2000). Efectividad organizacional: concepto y evaluación. *Journal of work and organizational psychology*, 97 - 106.
- Jara, A. (2017). Evaluación comparativa del sistema de control interno del sector comercial y del sector público del Cantón Morona. *Revista de Investigación Científica*, 31 - 38.
- Kaplan, R., & Lion, P. (2000). El cuadro de mando integral: medidas que impulsan el rendimiento. *Harvard Business Review*, 71 - 79.
- Kaplan, R., & Norton, D. (1998). Utilizando el Cuadro de Mando Integral como Sistema de Gestión Estratégica. *Harvard Business Review*, 74 - 80.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2007). *El cuadro de mando integral: The Balanced scorecard*. Londres: Pearson.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2019). Using Balance Score Card Management Sytsem. *Harvard Businness*, 34 - 45.

- Karra, D. (2005). Measuring Performance of Theagenion Hospital of Thessaloniki, Greece through a Balanced Scorecard. *Journal Operational internacional* , 34 - 45.
- Kocakulah, M., & Austil, D. (2018). Aplicación de cuadro de mando integral en la industria de la salud: un estudio de caso. *Journal of Health Care Finance*, 80 - 85.
- Kovacevic, A. (2000). *El diamante de la excelencia organizacional*. Chile: Cengage learnig.
- Lia, J., & Huiying, H. (2022). Importance of hospital facilities management performance indicators: Building practitioners' perspectives. *Journal of Building Engineering*, 104 - 110.
- Limón, P. (2003). *Imagen corporativa: Estrategia organizacional de comunicación global*. Madrid: Pearson.
- López, L. (2014). Evaluación interna de un programa de garantía de calidad del proceso de donación de órganos. *Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Espacios*, 45 - 55.
- Macstravic, S. (2006). *Un cuadro de mando realmente equilibrado* . *Health Journal*, 45 - 51.
- Mckean, D. (2005). *Estrategia*. New York: Pearson.
- Mechas, A., & Clair, L. (2009). Valores en competencia en el cuidado de la salud. *Journal of Healthcare Management*, 309 - 315.
- Meny, Y., & Morata, F. (2018). *Las políticas públicas*. Barcelona: Pearson.
- Mintzberg, H., & Voyer, J. (2000). *El proceso estratégico: conceptos y casos*. Mexico: Pearson.
- Naranjo, G., & Hartmann, D. (2007). How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health Policy*, 45 - 55.

- Naupas, H., Mejia, E., & Novoa, E. (2014). Metodología De La Investigacion. Cuantitativa Cualitativa Y Redaccion De La Tesis. Madrid: Ediciones siglo 21.
- Newbold, P. (2013). Estadística para administración y economía. Michigan: Pearson.
- Niven, P. (2002). Cuadro de mando integral paso a paso: maximizar el rendimiento y mantener los resultados. New York: Pearson.
- Oliveria, J. (2000). El cuadro de mando: un enfoque integral para la evaluación de un hospital . Gestión financiera sanitaria, 50 - 58.
- Olson, J. (2006). El cuadro de mando integral, la estrategia competitiva y el desempeño. Business Horizons, 11 - 19.
- Ortiz, G. (2005). Gerencia Financiera: Un Enfoque Estrategico. New York: Pearson.
- Park, E., & Huber, J. (2020). Balanced Scorecards for Performance Management. The Journal of Nursing Administration, 45 - 55.
- Pearson, L., Shortell, M., Mendel, P., & Keeler, E. (2005). Evaluar la implementación del modelo de atención crónica en los colaborativos de mejora de la calidad. Investigación sobre servicios de salud, 978 - 981.
- Ponce, A. (2007). La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. enseñanza e investigación en psicología, 113 - 130.
- Ponce, A. (2020). Administración por objetivos. Mexico: Limusa.
- Porter, M. (1980). Estrategia competitiva: técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia. New York: Pearson.
- Qingwei, F. (2012). Research on Evaluation Index System of Management Effectiveness on Hospital Human Resource Based on Balanced

- Scorecard. International Conference on Environmental Science and Engineering, 44 - 64.
- Quiroz, J. (2000). Diseño y moderación de entornos virtuales de aprendizaje. Mexico: Pearson.
- Red, F., & Serna, G. (2019). La gerencia estratégica. Madrid: Pearson.
- Restrepo, M. (2007). Control organizacional:¿ sistema o agregado de elementos? Mexico: Pearson.
- Rincón, R. (2017). Gestión del conocimiento y aprendizaje organizacional: una visión integral. Mexico: Pearson.
- Rodríguez, C., González, C., & Mur, A. (2021). Use of the EFQM excellence model to improve hospital pharmacy performance. Research in Social and Administrative Pharmacy, 48 - 55.
- Roldán, P., & Fachelli, S. (2021). La encuesta. Madrid: Pearson.
- Rosero, E. (2019). Análisis entorno estratégico Modelo Pestel. España: Pearson.
- Ross, G., & Pink, H. (2020). A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals. Winter/Hinte, 34 - 56.
- Sallenave, J. (2000). Gerencia y planeación estratégica. España: Lagos.
- Sampedro, J., & Sequeiros, S. (2002). El mercado y la globalización. España: Pearson.
- Sart, J. (2006). Uso del Cuadro de Mando Integral para Mejorar la Calidad de la Atención de Salud Conductual. Servicios psiquiátricos, 34 - 45.
- Schmidt, S., Bateman, I., & Smith, P. (2006). Un enfoque de gestión que impulsa las acciones estratégicamente: CMI en un estudio de caso de confianza en la salud mental. Revista Internacional de Aseguramiento de la Calidad de la Atención de la salud, 119 - 135.

- Serna, G. (2005). Gerencia estratégica: Planeación y gestión. España: Pearson.
- Shank, V. (2000). Gerencia estratégica de costos: La nueva herramienta para desarrollar una ventaja competitiva . España: Pearson.
- Silvestri, K. (2000). Pensamiento estrategico y exito gerencial en organizaciones empresariales. Mexico: Pearson.
- Tahniyath, F., & Elbanna, B. (2020). Balanced scorecard in the hospitality and tourism industry: Past, present and future. *International Journal of Hospitality Management*, 24 - 34.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad. *Métodos cuantitativos aplicados*, 194 - 216.
- Trapero, F., & Castaño, L. (2015). Propuesta para el diseño de un código de ética empresarial basado en la ética kantiana. Mexico: Pearson.
- Uribe, R. (2018). Gerencia estrategica corporativa. España: Pearson.
- Villagran, M., & Ocete, M. (2002). Muestreo aleatorio simple y muestreo sistemático de las poblaciones. *Journal Economic Science*, 45 - 55.
- Walker, K., & Dum, L. (2006). ). Mejorar el rendimiento y la productividad del hospital con el cuadro de mando integral. *Academy of Health Care Management Journal*, 85 - 110.
- Yang, C., & Cheng, L. (2005). Un estudio de implementación de BSC en organizaciones sin fines de lucro. *Sistemas humanos del hombre*, 134 - 134.
- Yeter, D. (2014). Implementing of Balanced Scorecard: Sample of Turkish Republic Ministry of Youth and Sport. 10th International Strategic Management Conference, 13 - 23.
- Zabalza, M., & Beraza, M. (2004). Diarios de clase: un instrumento de investigación y desarrollo profesional. Colombia: Narcea Ediciones.

- Zambrano, B. (2006). Gerencia estratégica y gobierno: Modelo de planificación estratégica para gobernaciones y alcaldías. España: Pearson.
- Zelman, N., Pink, G., & Matthias, C. (2000). Use of Balance Score Card in theal Care. *Journal Healt Finance*, 34 - 45.
- Zelman, W., & Matthias, J. (2006). Uso del Cuadro de Mando Integral en Salud. *Journal of Health Care Finance*, 1 - 15.
- Zhijun, L., Zengbiao, Y., & Liqun, Z. (2014). Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China. *China Economic Review*, 1 - 15.



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cedeño Chicaiza, Carlos Eduardo** con C.C: # **0917765430** autor del trabajo de titulación: **Implementación del Balanced Score card para Medición de Objetivos del Hospital Oskar Jandl** previo a la obtención del título de **Ingeniero Comercial** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del 2022

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Cedeño Chicaiza Carlos Eduardo**

C.C: **0917765430**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Riapira Salcedo, Yuneidy**, con C.C: # **1722833868** autor del trabajo de titulación: **Implementación del Balanced Score card para Medición de Objetivos del Hospital Oskar Jandl** previo a la obtención del título de **Ingeniero Comercial** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del 2022



f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Riapira Salcedo, Yuneidy**

C.C: **1722833868**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Implementación del Balanced Scorecard para Medición de Objetivos del Hospital Oskar Jandl		
<b>AUTORES</b>	Cedeño Chicaiza, Carlos Eduardo y Riapira Salcedo Yuneidy		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Econ. Danny Xavier Arévalo Avecillas, Ph.D.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	De Ciencias Económicas, Administrativas y Empresariales		
<b>CARRERA:</b>	Administración de Empresas		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Ingeniero Comercial		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de febrero del 2022	<b>No. PÁGINAS:</b>	61
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	salud, cuadro de mando integral, hospitales		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Cuadro de mando integral, hospitales, Galápagos, pacientes, servicio.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>			
<p>El propósito de este estudio es la implementación del Balanced Score card para la medición de objetivos del Hospital Oskar Jandl, cabe recalcar que la investigación se la va a realizar en la provincia de Galápagos cantón San Cristóbal Puerto Baquerizo Moreno, en las instalaciones del Hospital Oskar Jandl ubicado en el barrio divino niño. Este esfuerzo se llevó a cabo debido a la creencia de que el cuadro de mando integral puede ser útil y adaptable a los hospitales, pero que el proceso y el enfoque deben adaptarse a sus recursos requeridos (tiempo, experiencia, dinero) para que la implementación sea práctica y exitosa. Además, esta publicación es un intento de describir un modelo de implementación más relevante diseñado para adaptarse mejor a las necesidades de este tipo de hospitales.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-988482774 - +593-994639703	<b>E-mail:</b> eduardo2021_cedeno@hotmail.com - yuny.3366@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Arévalo Avecillas, Danny Xavier <b>Teléfono:</b> +593-991048220 <b>E-mail:</b> danny.arevalo@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			