

# Análisis de la contribución del diseño e implementación de un Tablero de Control en la gestión de una clínica privada gastroenterológica en Mendoza, Argentina, año 2021-2022



■ **Por Federico Pérez Neira**

■ Licenciado en Ciencia Política y Administración Pública. Diplomado en Gestión de la Calidad Magister en Economía de la Salud. Jefe de Recursos Humanos de la Clínica Higea. Jefe de despacho de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza.

■ **Directora:** Mag. Ruth Litmanovich

■ **Jurado:** Mg. Mariano Fisher

Mg. Luciano Pezzuchi

Mg. Cristina Casassa

## Introducción

El presente trabajo tuvo como fin analizar la contribución de la implementación de un Tablero de Control Operativo como herramienta de gestión en la Clínica Higea S.A, clínica gastroenterológica de la provincia de Mendoza. Los objetivos planteados en el trabajo buscaron caracterizar las áreas críticas de gestión de la clínica, identificar los procesos operativos y los indicadores para las áreas de gestión de la clínica y finalmente analizar los resultados de la implementación del Tablero de Control Operativo y sus indicadores de gestión. La metodología que se utilizó se basó en el establecimiento de indicadores y la recolección de la información en dos momentos: un momento “cero” en el cual, a partir del establecimiento de indicadores, se analizaron los datos arrojados previo a implementación del Tablero de Control Operativo. Como consecuencia, se aplicaron acciones correctivas respecto a satisfacción del cliente,

cantidad de estudios realizados, productividad médica, uso del consultorio y equipos, con el fin de mejorar los datos arrojados en el mes de diagnóstico. Luego, el segundo momento, se realizó en un plazo de seis meses que consistió en realizar una nueva medición para verificar si las acciones llevadas a cabo mejoraron la situación institucional identificada mediante indicadores de gestión de las áreas críticas.

En conclusión, el uso del Tablero de Control permitió en primer lugar ordenar los datos (económicos y prestacionales) de la clínica y enfocarlos en base a indicadores con objetivos y estándares para que sirvieran de guía al momento de tomar decisiones. A su vez, permitió comprobar el funcionamiento de la clínica y si se logró el cumplimiento de la misión, visión y los objetivos estratégicos de la institución.

Se evidenció la practicidad del uso del Tablero de Control como herramienta para mejorar la

toma de decisiones a nivel gerencial y, paralelamente, contribuyó a mostrar cómo la información puede ser clave en el involucramiento de los actores responsables de cada una de las áreas críticas de la clínica, es decir que mejoró la construcción participativa de todos los agentes de la institución. No obstante, es fundamental que el Tablero de Control se adapte a los sistemas de recolección de datos con los que cuenta la clínica, por lo cual es importante que haya constantemente una actualización de los sistemas y las formas de depuración de los datos.

Por último, los datos arrojados del Tablero de Control, junto con el uso de indicadores buscó plantear una herramienta de gestión que brinde a los gestores de salud un conjunto de indicadores que permitan evaluar y eventualmente corregir los procesos asistenciales para alcanzar los planes estratégicos de cualquier clínica midiendo la productividad y haciendo a estas empresas más competitivas.

## Problema de investigación

El trabajo de investigación se realizó en una clínica privada de la provincia de Mendoza. Se observó su funcionamiento en base al desempeño y a la interacción de los actores intervinientes como personal administrativo, profesionales y directivos, junto con el análisis de los objetivos organizacionales, procedimientos, responsables y funciones de cada uno.

La investigación se realizó en un período que abarcó primariamente un momento “cero” de análisis de los datos de la clínica, se llevaron a cabo acciones de mejora en base a indicadores propuestos y el seguimiento de estándares. Luego, se extrajeron nuevamente los datos en un período de tiempo de seis meses, desde diciembre de 2021 hasta mayo del 2022, lo que permitió observar cómo los indicadores establecidos en un primer momento fueron cambiando a partir de

las acciones implementadas, lo cual puso en evidencia si estas acciones permitieron acercarse a los objetivos organizacionales o si fue necesario implementar otras acciones. Para este análisis no fue necesario implementar nuevas acciones, sin embargo, dada las acciones de mejora continua, fue necesario relevar los datos seguidamente para evitar desviaciones en el futuro.

La Clínica Higea S.A. es una institución dedicada a la atención de pacientes que tiene como centro de especialización las enfermedades del aparato digestivo, sin embargo, en los últimos años ha abierto un paraguas de especialidades de diversas índoles como odontología, cardiología, ginecología, urología, cirugía torácica, coloproctología, otorrinolaringología, reumatología, flebología, fonoaudiología, gastroenterología infantil, nutrición, etc., con el fin de brindar un servicio de calidad para mayor cantidad de pacientes.

Surgió en el año 2015 de la mano de profesionales que contaban con el afán de superarse día a día en la especialidad y poder abrir su propia organización para atender a una gran cantidad de pacientes que deseaban tratarse por algún tipo de enfermedad digestiva.

Sin embargo, la Clínica no disponía de un sistema que le permitiera ordenar la información obtenida, analizar en qué punto se encontraban y si se estaban logrando los objetivos organizacionales. Si bien utilizaba con sistemas que permitían obtener ciertos datos, éstos no eran utilizados correctamente con el objetivo de diagnosticar una situación y efectuar un monitoreo permanente. (Ballvé, 2000)

Por lo cual fue necesario recopilar la información obtenida y organizarla de manera que fuera útil para la institución. A la vez fue importante establecer indicadores de gestión que permitieran aportarle diversos estándares a los directivos de la Clínica con resultados certeros y precisos de lo que ocurría concluyendo en un abordaje claro en la toma de decisiones.

## Objetivos

### Objetivo General:

- Analizar la contribución del diseño e implementación de un Tablero de Control Operativo como herramienta de gestión en la Clínica Higea S.A en el periodo octubre 2021- mayo 2022.

### Objetivos Específicos:

- Caracterizar las áreas críticas de gestión de la clínica.
- Identificar los procesos operativos y los indicadores para las áreas críticas de gestión de la clínica.
- Especificar la estructura y componentes del Tablero de Control Operativo de la Clínica, incluyendo la definición exhaustiva de las dimensiones clave, tales como satisfacción de pacientes, eficiencia de procesos internos y económico-financiera.
- Identificar y establecer los indicadores relevantes para cada una de estas dimensiones, considerando su relevancia en la mejora de la toma de decisiones y la eficacia operativa.
- Analizar los resultados de la implementación del Tablero de Control Operativo y de sus indicadores de gestión.

## Metodología

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo descriptiva y comparativa ya que se realizaron mediciones en un período de tiempo determinado y se compararon los resultados de los indicadores del Tablero de Control Operativo para evaluar las acciones correctivas que fueron llevadas a cabo. Es longitudinal, ya que las mediciones se realizaron en varias oportunidades y se valoró su evolución; es retrospectiva ya que se trató de la obtención de datos primarios luego de la formulación del problema de investigación en el período de octubre 2021 hasta mayo del 2022.

Se llevó a cabo una primera medición de los indicadores del Tablero de Control Operativo, en un momento “cero” a partir del cual se establecieron las distintas acciones correctivas congeniadas con la gerencia y cada uno de los responsables de las áreas para que esos resultados pudieran modificarse según los objetivos estraté-

gicos acordados previamente. Esta primera medición a su vez permitió establecer los estándares que se pretendieron alcanzar de acuerdo a los resultados arrojados.

Luego, se analizó en un plazo de seis meses una nueva medición para verificar si las acciones llevadas a cabo mejoraron los resultados, se mantuvieron o empeoraron de acuerdo al estándar previamente establecido.

El alcance de la Investigación fue desde la recolección de los primeros datos en el momento cero, hasta la obtención de nuevos datos en el transcurso de los siguientes seis meses. Teniendo en cuenta que se implementaron sucesivas acciones de mejora a partir de los resultados obtenidos como base para la mejora continua de la gestión institucional.

Las mediciones con los ajustes correspondientes fueron la meta principal de la presente investigación, informando los resultados de la gestión a los directivos y sirviendo de ayuda para la toma de decisiones en la medida que existan desviaciones respecto a los objetivos estratégicos de la clínica que se propusieron alcanzar, y así poder analizar la contribución del Tablero de Control Operativo.

El proceso se llevó a cabo en dos etapas:

### Identificación de las necesidades y diseño

La primera etapa implicó el estudio y relevamiento de las áreas seleccionadas para el análisis de acuerdo a los procesos claves de la organización y sus respectivos indicadores de gestión. Para ello fue importante el consenso con la dirección de la Clínica respecto al contenido áreas críticas a estudiar y la factibilidad de la obtención de indicadores de gestión.

Este consenso implicó agendar reuniones tanto con la Gerencia Administrativa como con los miembros del directorio donde se buscó que los procesos elegidos estuviesen alineados con los objetivos estratégicos de la Clínica y contribuyeran a su visión y misión. Paralelamente se seleccionaron las áreas cuyos procesos tuviesen un impacto significativo en la prestación de servicios, la satisfacción del paciente y el rendimiento financiero de la clínica.

También se aseguró que el personal relevante esté comprometido con el proceso de implementación y

esté dispuesto a contribuir activamente en la recopilación y análisis de datos.

Las áreas seleccionadas fueron:

- Áreas de Ingreso y Egreso de Pacientes
- Área de Consultorios
- Área de Estudios
- Área de Administración y Gestión

El momento de diagnóstico implicó el establecimiento de las dimensiones de la clínica de acuerdo a los procesos clave y los sectores intervinientes. Luego se planteó, por consenso, con los directivos de la clínica los indicadores que mejor se adecuaron a las dimensiones a partir de los objetivos de cada una:

1. Satisfacción de pacientes: esta dimensión plantea la forma en que se satisfacen a los clientes y cuál es el motivo por el cual eligen a la clínica.
2. Procesos internos: esta dimensión identifica los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Las medidas de los procesos internos se centran en aquellos procesos que tendrán mayor impacto en la satisfacción del cliente y en la consecución de los objetivos de la organización.
3. Económico-financiera: esta dimensión se refiere específicamente a la tasa de crecimiento y la relación entre productos y producción, la reducción de costos y productividad aumentada; y las reglas básicas de utilización de la capacidad de producción y estrategia de inversión.

En la Tabla 1 se establecen los indicadores recogidos en el momento de diagnóstico:

### Medidas llevadas a cabo

Atento a lo observado en el mes de diagnóstico o momento “cero” las medidas llevadas a cabo con el fin de mejorar los datos estuvieron enfocadas en las siguientes categorías:

### Satisfacción

La primera categoría a la hora de mejorar estuvo centrada en mejorar la satisfacción de los pacientes tomando en cuenta los tiempos de demora. Se

llevaron a cabo las siguientes medidas:

- Otorgar turnos a los médicos que mayor demora de atención tenían de manera más espaciada (es decir cada 25 minutos) con el objetivo de reducir el tiempo de espera
- También se puso en marcha el uso de una aplicación que les permitía a los pacientes confirmar los turnos 24 horas antes y además el día del turno les informaba cuántos pacientes antes de su turno estaban esperando.
- En cuanto al tiempo de demora en los procedimientos médicos, se colocaron cronómetros digitales en cada uno de los quirófanos, esto permitía tener una noción a todo el personal de la clínica cuánto les lleva cada estudio y a la vez contabilizar desde la llegada a ciego hasta la extracción del equipo.
- Se brindaron capacitaciones a todo el personal administrativo en atención al público, coaching y manejo de pacientes.
- Como muchos pacientes tenían turnos para realizarse un estudio a las 8 horas y para evitar demoras en la atención, se comenzó a abrir la clínica a las 7:45 para que pudieran hacer todos los trámites administrativos.

### Cantidad total de intervenciones quirúrgicas

Se buscó aumentar la cantidad de pacientes que se realizaron algún tipo de intervención quirúrgica para mejorar la rentabilidad de la clínica. Como se dijo más arriba, la clínica realiza intervenciones quirúrgicas ambulatorias que tienen que ver con las enfermedades del aparato digestivo: video rectosigmoidoscopia, video esofagogastroduodenoscopia, videocolonoscopia, colocación de video capsulas digestivas, test de aire espirado, PH metría esofágica, manometrías rectal y esofágica, elastografías hepáticas (fibroscan) y colocación de balones dilatadores.

Con el fin de ampliar las intervenciones, en primer lugar, se buscó afianzar una política centrada

**Tabla 1. Indicadores obtenidos en el “momento cero”**

| Indicador   | Definición   | Objetivo   | Métrica  | Frecuencia | Valor observado     |
|---|--|--|--|------------|---------------------|
| Tiempo promedio de espera de admisión                   | Es el tiempo promedio de espera de los pacientes desde la recepción hasta el llamado por parte del profesional           | Minimizar tiempo de espera de admisión   | Sumatoria de la diferencia total por paciente de la hora de inicio de recepción - hora ingreso de paciente / n° de pacientes atendidos en el mes         | Mensual    | 9' / 1895 Pacientes |
| Tiempo promedio de espera en el box                     | Es el tiempo de demora del paciente previo al estudio a realizarse   | Minimizar tiempo de espera para entrar al quirófano                                | (Sumatoria de la diferencia total de la hora ingreso paciente al box – z hora de ingreso al quirófano triage) / n° de pacientes ingresados en el mes     | Mensual    | 13' / 504 Pacientes |
| Tiempo promedio de espera por procedimiento médico      | Es el tiempo del procedimiento médico del estudio realizado  | Minimizar tiempo de espera por procedimiento médico                                | (Sumatoria de la diferencia total entre la hora inicio procedimiento – hora egreso del quirófano) / n° total de estudios realizados por médico en el mes | Mensual    | 23'/504 Pacientes   |
| Tasa de reclamos realizados por los pacientes           | Es la tasa de los reclamos realizados por los pacientes en las encuestas y en el libro de quejas                         | Aumentar la satisfacción del paciente, por medio de la disminución de reclamos     | (N° de pacientes que han presentado reclamos en el período de estudio / n° total de pacientes atendidos en el período de estudio) x 100                  | Mensual    | 1,25%               |
| Cantidad total de intervenciones quirúrgicas            | Es el número total de pacientes que ingresan a la clínica a realizarse algún tipo de intervención quirúrgica ambulatoria | Aumentar la cantidad de intervenciones quirúrgicas                                 | Cantidad de intervenciones quirúrgicas totales en un mes   | Mensual    | 504                 |
| Productividad médica                                    | Hace referencia a la cantidad de consultas realizadas según la cantidad horas trabajadas                                 | Aumentar la productividad médica   | Total de consultas efectuadas en consultorio por profesional/total de horas en consultorio por profesional   | Mensual    | 2,97 Pacientes/hora |
| Porcentaje de cirugías suspendidas                      | Cantidad total de cirugías suspendidas por los profesionales   | Minimizar el porcentaje de cirugías suspendidas                                    | (N° de intervenciones quirúrgicas suspendidas / n° intervenciones quirúrgicas programadas) x 100   | Mensual    | 0                   |
| Porcentaje de estudios suspendidos por mala preparación | Cantidad total de estudios no realizados por mala preparación de pacientes   | Minimizar el porcentaje de estudios suspendidos por mala preparación               | N° de estudios suspendidos por mala preparación/n° total de estudios programados por mes x 100   | Mensual    | 0                   |
| Porcentaje de colonoscopias con llegada a ciego         | Cantidad de veces que se llega a ciego, es decir el nivel óptimo de colonoscopias alcanzado.                             | Aumentar el porcentaje de llegada a ciego en colonoscopias                         | Total de colonoscopias con llegada a ciego / total de colonoscopias realizadas por cada médico endoscopista  | Mensual    | 96,23%              |
| Aprovechamiento del equipo instalado                    | Hace referencia al aprovechamiento del equipo utilizado para estudios  | Mejorar el rendimiento y utilidad de los equipos instalados                        | Total de horas utilizadas en el equipo/ total de horas que puede ser utilizado   | Semestral  | 10500/14000 Horas   |
| Ocupación de consultorios externos                      | Es el porcentaje de ocupación de consultorios externos de la clínica   | Reducir las horas ociosas de consultorio donde no hay profesionales utilizándolos. | (Total de horas trabajadas en consultorios externos x 100) / cantidad total de horas disponibles   | Mensual    | 66% De ocupación    |

Fuente: elaboración propia en base a los datos recogidos en el mes “cero”

en el marketing: se contrataron a personas especializadas en Community Manager con un enfoque en redes sociales con el objetivo de aumentar las publicaciones de la clínica en las distintas plataformas virtuales y se buscó también promover las pu-

blicidades de cada uno de los profesionales junto con las prácticas que realizan.

En segundo lugar, se calcularon los ingresos y gastos de la clínica para analizar a partir del punto de equilibrio cuál fue la cantidad de interven-

ciones quirúrgicas ambulatorias requeridas, y así poder determinar el nivel de operación necesario para cubrir los costos operativos y a la vez evaluar la rentabilidad económica (ver cuadro 1).

A partir del cálculo realizado, se obtuvo que el punto de equilibrio es de 154 estudios mensuales. Es decir, que a partir de 154 estudios la clínica puede cubrir los costos y obtener un beneficio económico. Por debajo de este número la clínica sufriría pérdidas.

### Productividad médica

En orden de mejorar la productividad médica y por consiguiente aumentar la cantidad de pacientes atendidos por hora, el objetivo estuvo centrado en mejorar la comunicación con los profesionales en relación a los pacientes atendidos en consultorio y la relación con los costos de alquiler.

Cada mes se les envió a los profesionales a través de un email una orden de pago con el detalle del monto a pagar por el alquiler del consultorio, además se agregó el detalle de la cantidad de pacientes atendidos, la cantidad de horas ocupadas en consultorio y el cálculo de promedio de pacientes atendidos por mes. Con ello se buscó que el profesional tuviera en cuenta el costo del uso del consultorio y cuántos pacientes fue necesario atender para poder cubrir el costo del alquiler.

A mayor cantidad de pacientes atendidos por hora,

mayor es la rentabilidad económica del profesional y así poder hacer frente a los costos del alquiler del consultorio. Sin embargo, no se debe descuidar la calidad de la prestación ya que una mayor cantidad de pacientes por hora implicaría un turno demasiado corto, lo que es, entre otras cosas, un impedimento para la realización de una buena promoción de la salud, es por ello que la Clínica dispuso que el mínimo debía ser 3 pacientes por hora, es decir por lo menos un paciente cada 20 minutos. La promoción de la salud son todos los aspectos que están relacionados con aquellas actividades que buscan mejorar el nivel de salud de los individuos y la comunidad. (Outomuro & Actis, 2013).

### Ocupación de consultorios externos

Para mejorar el uso del consultorio, se organizaron reuniones semestrales con todos los profesionales con el objetivo de que fueran conociendo cuáles han sido los profesionales y las especialidades que se fueron sumando a la clínica. Con ello se buscó mejorar la publicidad y la comunicación interna de los profesionales y que cada uno supiera cuál es el abanico de profesionales que atendía en la clínica.

Por otro lado, en las reuniones se mostró la cantidad de pacientes que atendió cada profesional, la satisfacción de los pacientes, los tiempos de demora y la cantidad de obras sociales que se atendieron. El objetivo fue

## Cuadro 1

Punto de equilibrio: **(precio de venta por x unidades) - (costo unitario variable por x unidades) - (costos fijos) = 0**  
**(Px X U) - (Cvu X U) - CF = 0**

**Precio de venta** = ingresos por estudios / cantidad de estudios mensuales  
**Costo unitario variable** = costos variables / cantidad de estudios mensuales  
**Costos fijos** = total de costos fijos  
**Unidades (U)** = Unidades

Para lo cual, despejando la X o sea las Unidades, el resultado arrojado en el mes de diagnóstico fue:

$$\begin{aligned} \text{Unidades (X)} &= (\$ 13.986.834,80 / 504 * X) - (\$ 5.692.203,40 / 504 * X) - \$ 2.535.563,99 \\ X &= (\$ 27.751,6563 * X) - (\$ 11.294,0544 * X) - \$ 2.535.563,99 = 0 \\ X &= (\$ 27.751,6563 - \$ 11.294,0544) * X = \$ 2.535.563,99 \\ X &= 2.535.564 / (\$ 27.751,6563 - \$ 11.294,0544) \\ X &= \$ 2.535.563,99 / \$ 16.457,6019 \end{aligned}$$

**Unidades X = 154,0664 estudios**

$$\begin{aligned} &\text{Reemplazando U en la fórmula (Px X U) - (Cvu X U) - CF = 0} \\ &(\$ 13.986.834,80 / 504 * 154,0664) - (\$ 5.692.203,40 / 504 * 154,0664) - \$ 2.535.563,99 = 0 \end{aligned}$$

$$\$ 4.275.598 - \$ 1.740.034 - \$ 2.535.564 = 0$$

que existiera un mayor compromiso y confianza de los profesionales hacia la clínica con el fin de atraer a una mayor cantidad de pacientes.

## Segundo momento: análisis y seguimiento de indicadores

Una vez que se aplicaron las medidas para corregir los datos del momento cero, se volvió a analizar los datos recogidos mensualmente con el fin de observar si las acciones correctivas mejoraron los indicadores. En la tabla 2 se muestran los indicadores analizados.

### Conclusión

El presente trabajo partió de la necesidad de ordenar la creciente información a la cual se enfrentan

las autoridades de las instituciones sanitarias, sumado a las exigencias de garantizar un servicio de salud de calidad y el deber interno de generar rentabilidad económica. Es por eso que se propuso el uso de una herramienta de ordenamiento de datos para monitorear de forma periódica el cumplimiento de las metas y objetivos organizacionales trazados por la institución.

A partir del relevamiento realizado en la Clínica Hígea S.A. en los dos momentos (momento cero de diagnóstico y segundo momento de análisis y seguimiento) desde el diagnóstico hasta el análisis de las medidas propuestas, se evidenció la practicidad del uso del Tablero de Control como herramienta no solo para la toma de decisiones sino también para mos-

**Tabla 2. Indicadores observados en los seis meses de análisis y seguimiento**

| Indicador   | Valor estandar   | Valor mes 1                               | Valor mes 2             | Valor mes 3             | Valor mes 4             | Valor mes 5             | Valor mes 6             |
|---|--|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Tiempo promedio de espera de admisión                 | El tiempo promedio de espera debe ser de 15 minutos  | 12'                                       | 9'                      | 14'                     | 5'                      | 15'                     | 12'                     |
| Tiempo promedio de espera en el box                   | El tiempo promedio de espera debe ser de 15 minutos  | 13'                                       | 16'                     | 10'                     | 9'                      | 11'                     | 9'                      |
| Tiempo promedio de espera por procedimiento médico    | Los procedimientos médicos deben durar entre 25 y 30 minutos   | 29'                                       | 26'                     | 30'                     | 25'                     | 24'                     | 25'                     |
| Tasa de reclamos realizados por los pacientes         | La tasa de reclamos debe ser menor al 5%   | 1,7%                                      | 0,8%                    | 0,5%                    | 0,7%                    | 1%                      | 0,5%                    |
| Cantidad total de intervenciones quirúrgicas          | A partir de los costos calculados, se debería mantener como mínimo un total de 154 intervenciones quirúrgicas                    | 582                                       | 446                     | 455                     | 614                     | 619                     | 654                     |
| Productividad médica                                  | El valor de la productividad debe oscilar entre las 3 y 4 consultas por hora   | 3.77 Pacientes por hora                   | 3.09 Pacientes por hora | 3.77 Pacientes por hora | 1.72 Pacientes por hora | 1.67 Pacientes por hora | 1.78 Pacientes por hora |
| Porcentaje de cirugías suspendidas                    | El rango de suspensión de cirugías debe oscilar entre 4,3% y un 11% del total de estudios por mes.                               | 0   | 0                       | 0                       | 0                       | 0                       | 0                       |
| Cantidad de estudios suspendidos por mala preparación | El estándar establecido de suspensión de estudios suspendidos por mala preparación no debe superar el 10% del total de estudios  | 0   | 0                       | 0                       | 0                       | 0                       | 0                       |
| Porcentaje de colonoscopias con llegada a ciego       | El porcentaje de endoscopías con llegada a ciego debe ser mayor al 90%   | 94%                                       | 94%                     | 90%                     | 93%                     | 95%                     | 92%                     |
| Aprovechamiento del equipo instalado                  | El estándar establece que el total de horas de utilización debe ser menor a la cantidad de horas máximas que puede ser utilizado | 10500 Hs, 11050 hs, y 14600 hs / 17500 hs |                         |                         |                         |                         |                         |
| Ocupación de consultorios externos                    | Reducir las horas ociosas de consultorio donde no hay profesionales utilizándolos  | 66%                                       | 66%                     | 66%                     | 47%                     | 47%                     | 47%                     |

Fuente: elaboración propia

trar cómo la información puede ser clave para manifestar a cada uno de los involucrados cómo está realizando su trabajo.

Tomando en cuenta los objetivos propuestos, en primer lugar, en relación a las áreas críticas de gestión de la clínica, fue necesario identificar las características de la institución desde la misión, visión, valores y objetivos, hasta los manuales de funcionamiento, mapas de proceso y análisis FODA. Con ello se buscó extraer datos y acordar indicadores entre los actores intervinientes para conocer el estado de las áreas principales de la institución.

Por el lado de los procesos operativos y los indicadores para las áreas críticas de gestión de la clínica, el Tablero de Control Operativo exigió delimitar las tareas y actividades de cada uno de los sectores, por lo cual fue necesario revisar exhaustivamente los manuales de procedimientos y las funciones de cada uno para poder recabar correctamente los datos a utilizar en el tablero.

Los procesos más importantes estuvieron enfocados en la satisfacción de los pacientes, la identificación de las tareas con miras a cumplir los objetivos generales y específicos de la clínica, y las actividades que implicaban el crecimiento de la institución.

Los indicadores se establecieron en base a las dimensiones propuestas: Satisfacción del paciente, procesos internos y la dimensión económico financiera, por lo cual a la hora de tomar decisiones se estructuraron los indicadores en base a los sectores de la clínica y a los responsables, a quienes se les mostró cómo sus actividades diarias repercutían en el funcionamiento general de la clínica.

A su vez, a través del uso del Tablero de Control Operativo se buscaba alcanzar los objetivos estratégicos de la clínica. Previo a la utilización de la herramienta, antes del momento cero, la no identificación clara de indicadores y el poco uso de los datos arrojados por los sistemas de información, impedía evaluar si se estaban alcanzando los objetivos. A partir de la implementación del tablero, se conoció el estado de situación en el que se hallaba la clínica, se pudo sis-

tematizar los procesos estratégicos, administrativos y de apoyo; evaluar la prestación de servicios y buscar aumentar la productividad, manteniendo siempre la calidad y cantidad de la cobertura de atención.

Paralelamente a la identificación de las áreas críticas, los procesos y responsables, se buscó mejorar las debilidades y las amenazas planteadas en el análisis FODA. En primer lugar, en relación a las debilidades internas, el Tablero de Control Operativo permitió establecer un orden de prioridades en base a los objetivos estratégicos de la clínica y su relación con las áreas críticas. La medición de indicadores de la dimensión de satisfacción de pacientes ayudó a conocer los tiempos de demora derivados de la espera a los pacientes y también conocer sus inquietudes. Esto era un rasgo a mejorar dentro de los puntos débiles internos.

En segundo lugar, al brindar información sobre el estado de situación de la clínica mensualmente, permitió a los directivos comunicar hacia las demás áreas e intervinientes sobre las tareas diarias. Con ello se buscó afianzar la política comunicacional de la clínica y alcanzar objetivos organizacionales. A la vez permitió reducir la presión por parte de los profesionales hacia las áreas administrativas, ya que se mejoró la confianza entre los distintos actores sean profesionales como administrativos. Todo ello acompañado del fortalecimiento de los puntos fuertes que permitieron que las debilidades internas se redujeran.

Por el lado de los componentes externos, las oportunidades continuaron fortaleciendo la clínica, sobre todo al poder comparar los datos arrojados en las dimensiones económica-financiera y de los procesos internos con otras clínicas u hospitales dedicados a la misma atención. Sin embargo, estas fortalezas no pudieron reducir las amenazas externas, específicamente en relación a las obras sociales y el miedo de las personas a realizarse determinadas intervenciones quirúrgicas.

Por último, con respecto al último objetivo de la investigación, analizar los resultados de la imple-



mentación del Tablero de Control Operativo y sus indicadores de gestión, es importante destacar la funcionalidad de la herramienta como ordenadora de datos y mejora de las decisiones a tomarse. A su vez, el tablero sirvió de guía para alcanzar los objetivos de la clínica al mejorar la satisfacción de los pacientes, buscar mantener un ambiente de trabajo óptimo, eficientizar la utilización de los recursos y optimizar la utilización de tecnologías sanitarias y administrativas.

Asimismo, el Tablero de Control Operativo permitió hacer un seguimiento de los procesos y procedimientos con miras a alcanzar los objetivos estratégicos de la clínica, principalmente en relación a la cantidad y calidad de la cobertura de atención, la sistematización de los procesos estratégicos y de apoyo, el crecimiento financiero, el crecimiento institucional, la prestación de servicios y el aumento, productividad y eficiencia de todos los procesos de la clínica.

En conclusión, los objetivos trazados en las dimensiones de satisfacción de pacientes, procesos internos y económico-financiera fueron alcanzados, pero a la vez es de remarcar que la implementación del Tablero de Control benefició considerablemente la toma de decisiones y la participación colectiva de todos los actores intervinientes. Sin embargo, es indudable que se debe continuar con el proceso de mejora continua para poder seguir creciendo como institución y seguir brindando un servicio de calidad. En un futuro se debe proponer aplicar este tablero adaptado a otras áreas de la clínica en base a la metodología utilizada en la presente investigación.

## Discusión - Propuestas

Los resultados obtenidos en cuanto al uso del Tablero de Control confirman, tal como sostiene Ballvé (2000), el establecer un conjunto de indicadores, permitirá a la institución tener un mayor conocimiento de la situación, siempre y cuando sea apoyado de tecnologías informáticas.

Sin embargo, el Tablero no deja de ser un elemento de diagnóstico y seguimiento, el “tratamiento” va

a estar condicionado a quienes toman decisiones, establezcan las actividades de decidir, planear y controlar. Es decir que el Tablero de Control es simplemente una herramienta que brinda información, el buen manejo de la institución estará guiado por las personas que llevan a cabo el sistema de dirección.

A la vez, el desarrollo del Tablero de Control Operativo que se presentó no constituye un modelo estático, sino que, si bien en el desarrollo de cada indicador se sugiere una periodicidad, la misma, puede adaptarse a las necesidades de cada momento de la organización para la toma de decisiones.

Además, como se constata en el presente estudio y recomiendan otros trabajos, quien toma las decisiones debe estar previamente embebidos en la realidad de la organización, se debe comprender específicamente cada uno de los procedimientos que se realizan, por lo que un indicador por sí solo puede no agregarle valor si se cuenta con un gerente poco conocedor. La clave está en corregir el error del dato a partir del conocimiento de la situación real de la institución.

También es necesario recalcar que el Tablero de Control Operativo en el ámbito de la gastroenterología tiene una implicancia relevante para la salud pública en relación a la prevención del cáncer de colon. En primer lugar, debido a que el tablero puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar patrones relacionadas con factores de riesgo, síntomas y resultados de las intervenciones, lo que permitiría actuar rápidamente y realizar pruebas de detección de alto riesgo.

En segundo lugar, el Tablero de Control permite una optimización de servicios y gestión de recursos, ya que se podrían recopilar y analizar datos sobre los servicios gastroenterológicos de la provincia, por ejemplo, personal médico disponible, equipos y recursos necesarios para realizar pruebas de diagnóstico y seguimiento. A su vez, ayudaría a monitorear y evaluar el desempeño de los servicios a partir del análisis de indicadores clave como tasa de detec-

ción temprana, tiempo de espera para las pruebas, participación de programas de detección, etc.

Por otro lado, es menester incluir las limitaciones encontradas a la hora de realizar la investigación, la cual se dio principalmente en abarcar más indicado-

res. Sin embargo, el sistema de recolección de información es bastante limitado, por ello sería adecuado plantear a los ingenieros o creadores del sistema informático nuevas mejoras, las cuales permitan obtener datos más precisos y poder plantear más indicadores.

## Bibliografía

- Abeldaño, R. A., & Coca, S. (2016). Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 107-113.
- Afaceri, I. (8 de diciembre de 2022). *invatatiafaceri*. Obtenido de [https://invatatiafaceri.ro/es/diccionario-financiero/analisis-de-escenario/#Cual\\_es\\_la\\_diferencia\\_entre\\_el\\_analisis\\_de\\_escenarios\\_y\\_el\\_analisis\\_de\\_sensibilidad](https://invatatiafaceri.ro/es/diccionario-financiero/analisis-de-escenario/#Cual_es_la_diferencia_entre_el_analisis_de_escenarios_y_el_analisis_de_sensibilidad)
- Armijos, J. C., & Núñez Mondaca, A. (2020). Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: Un caso de estudio en Chile y Ecuador. *Revista Medica de Chile*, 148: 626, 643.
- ASCUNCE ELIZAGA, N. (2015). Cribado: para qué y cómo. *Anales Sis San Navarra*. scielo, 38(1), 5-7. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100001>
- Ballvé, A. (2000). Tablero de Control: organizando información para crear valor. Buenos Aires: Macchi.
- Bigolin, L. M., & Calvete, M. S. (2015). Tablero de Control. Indicadores de salud. Obtenido de [http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/ER\\_Rb\\_01\\_Health\\_Indict\\_biogolin\\_calvete.pdf](http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/ER_Rb_01_Health_Indict_biogolin_calvete.pdf)
- Bonilla Botia, L., & Briceño Diaz, F. A. (2006). Sistemas de Información como apoyo a la toma de decisiones. *PROSPECTIVA (en línea)*, 4(1), 53-57.
- Bravo Cobeña, C., Valdivieso Guerra, P., & Arregui Pozo, R. (2018). Los sistemas de información en la toma de decisiones gerenciales en las empresas comerciales de Portoviejo. *ECA Sinergia*, 9(2), 45-54.
- CHEMTRONICS®. (2022). *chemtronics*. Obtenido de Chemtronics Web site: <https://mx.chemtronics.com/gu%C3%ADa-de-mantenimiento-de-endoscopia>
- Dirección de estadísticas e información de salud. (Junio de 2005). Guía para la elaboración de indicadores seleccionados. (Serie 1 N° 19. ISSN 0325-0008). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- DISPOSICIÓN 127. (13 de ENERO de 2016). INSCRIPCIÓN DE LEISTUNG INGENIERIA S.R.L. EN EL RPPTM. BUENOS AIRES.
- Fontova-Almató, A., Juvinyà-Canal, D., & Suñer-Soler, R. (2015). Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. *Revista de Calidad Asistencial*, 10-16.
- Gómez Gaviria, C., Rodríguez Ríos, K. J., & Toro Brand, A. M. (2014). Diseño de un Tablero de Control para una institución prestadora de servicios de salud privada III nivel de atención. Trabajo de Grado para optar por el título de especialista en gerencia de IPS. Medellín, Colombia: Facultad de Medicina División de Posgrados en Salud Pública.
- Gómez-Pajares, F., Pérez-Bermudez, B., Fernández-Martínez, Sanchis, J., & Zanón, V.-C. (2001). Análisis de Supervivencia y tiempos de respuesta de las reclamaciones en un hospital de agudos. *Calidad Asistencial*, 16, 10-14.
- Hernández Rodríguez, C., & Cano Flores, M. (2017). La importancia del Benchmarking como herramienta para incrementar la calidad en el servicio en las organizaciones. Obtenido de <https://www.uv.mx/iiesca/files/2018/03/04CA201702.pdf>
- Hernandez Trasobares, A. (2003). Los sistemas de Información: Evolución y Desarrollo. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es>
- Jover, R., Herraiz, M., Alarcón, O., Brullet, E., Bujanda, L., & Bustamante, e. a. (2012). Clinical practice Guidelines: quality of colonoscopy in colorectal cancer screening. *Endoscopy*, 44(4): 444-451.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2002). El cuadro de mando integral. Barcelona: Gestión 2000.
- Lorenzo Martínez, Susana; Miras Solves, Jose; Moracho del Río, Oscar. (2012). La Gestión por Procesos en instituciones sanitarias. En L. A. Oteo Ochoa, *Gestión Clínica: Gobierno clínico*. Diaz de Santos.
- Marcó, M. (2017). Tablero de Control Operativo para depósitos industriales (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Económicas). Obtenido de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/11050/Marc%C3%B3%20Mariana.%20Tablero%20de%20control%20operativo%20para...pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud de Perú, O. G. (2013). Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA. Lima: Area de Investigación y Análisis.
- Montico-Riesco, E., & Velarde, M. (2014). Formulación de un tablero de comando para el análisis de la productividad y la gestión competitiva en el sector salud. *Cuadernos de contabilidad*, 745-762.
- Organización Panamericana de la Salud. (1997). Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud. Washington: Programa de Medicamentos esenciales y Tecnología, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, OMS.
- Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Medica Chile*, 141: 361-366.
- Padilla, M. C. (2012). *Gestión Financiera*. Bogotá: Ecoe.
- PAHO. (1999). El establecimiento de Sistemas de Información en servicios de atención de salud: Guía para el análisis de requisitos, especificación de las aplicaciones y adquisición. Washington, DC.: PAHO.
- Peña, C. R. (2011). La misión en la empresa. (Tesis de doctorado, Universitat Internacional de Catalunya).
- Quintero, E., Alarcón-Fernández, O., & Jover, R. (2013). Controles de calidad de la colonoscopia como requisito de las campañas de cribado del cáncer colorrectal. *Elsevier*, 597-605.
- Rodríguez Perez, A. I., & Do Muíño Joga, M. (2010).