



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

HOSPITAL MEXICO



El Nuevo Sistema de Gestión en el Hospital México Cuadro de Mando Integral (CMI): Experiencia y Resultados

*San José, Costa Rica
Julio, 1999*



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

HOSPITAL MEXICO

El Nuevo Sistema de Gestión en el Hospital México Cuadro de Mando Integral (CMI): Experiencia y Resultados

Dr. Mario Rolando Coto López
Lic. José Martí Solórzano Rojas

*San José, Costa Rica
Julio, 1999*

362.11

C-139n Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital México
El Nuevo Sistema de Gestión en el Hospital México.
Cuadro de Mando Integral (CMI): Experiencias y Resultados
--1ª ed.-- San José, C.R. : Copieco de San Pedro, 1999.
95 p. ; 19 x 27 cm

ISBN 9968-29-011-4

1. Hospitales.- Administración. 2. Servicio médico social.
3. Hospital México - Administración. I. Título

Coordinación General: Dr. Mario Rolando Coto López
Director General - Hospital México

Fotografías: M. T. Saborío

Diseño Portada: William Morales R.
Dpto. Diseño Gráfico COPIECO

Diagramación: Copieco de San Pedro

Impresión: Taller de Artes Gráficas COPIECO
Tel. 253-4747 / 253-3935
Fax: 283-7046
San Pedro, Costa Rica

© Quedan prohibidas la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella, mediante alquiler, sin la autorización escrita del titular del "Copyright", quien permitirá la reproducción parcial o total de los contenidos de este documento exclusivamente sin fines de lucro, bajo las sanciones establecidas en las leyes.

TABLA DE CONTENIDO

I.	Presentación	1
II.	Las estrategias de nuestra filosofía humanista	4
III.	<i>Task Force</i> : Fuerza de Trabajo	11
IV.	Miembros de los equipos <i>Task Force</i> (Fuerzas de Trabajo)	16
V.	El Cuadro de Mando Integral (CMI): Definición y Proceso de Instauración.....	23
VI.	Nuevas creencias (o valores) del Hospital México en su proceso de cambio interno.....	64
VII.	Equipos de apoyo: TEO (Tácticas, Estrategias, Optativas), DPO (Dirección por Objetivos), <i>Benchmarking</i>	67
VIII.	Ventajas y Desventajas del cambio paradigmático	77
IX.	Resultados	79
X.	Glosario.....	85
XI.	Abreviaturas	87
XII.	Bibliografía	88
XIII.	Anexo	91

I. PRESENTACIÓN

Las instituciones de salud están sometidas a las mismas presiones que el resto de las industrias, en una época de transición donde el cambio rápido se ha convertido en regla más que en excepción. El reto de una economía global impulsada por las comunicaciones electrónicas ha ido alterando nuestras relaciones, roles, responsabilidades y compromisos. Todos los servidores del campo de la salud tendremos que hacer reajustes constantes de nuestra formación, de nuestras premisas o supuestos en relación con la atención diligente y oportuna a las necesidades de los pacientes, clientes y usuarios unida a la voluntad de mejorar continuamente nuestros hábitos de trabajo, servicios o procesos, y del esfuerzo en desarrollar una nueva ética de equipo que verdaderamente apoye la colaboración, la potenciación individual, así como el sentido de la participación horizontal donde las personas trabajen estrechamente unidas, planifiquen, se autoevalúen, y pongan en práctica soluciones concretas a los problemas y necesidades de su entorno con dignidad humana y con *sensibilidad social*.

Con esta publicación, la Dirección General del Hospital México desea generosa y humildemente compartir una experiencia, que se tomó aprendizaje, con tantos trabajadores de la salud que al igual que nosotros hacen grandes esfuerzos por implementar sistemas de gestión, acordes con los cambios paradigmáticos de nuestros tiempos, que nos ayuden a mejorar y apreciar la labor de las personas, que logren aplicar el conocimiento que se desarrolla a los resultados que se desea obtener, y que puedan motivarnos para tener el ánimo de crecer internamente, y aprender sin temores ni reproches de nuestros propios errores y virtudes, para así poder servir cada vez con mayor entusiasmo, calidad y calidez a todos nuestros semejantes.

La metodología, los conceptos, los procesos de trabajo, y la labor de equipo que hemos utilizado desde el mes de enero de 1998 se han ido introduciendo paulatinamente en la cultura organizacional del Hospital México, a manera de una mejora continua, evitando crear expectativas o ilusiones no realistas o intentar el logro de un cambio radical en todos los niveles decisorios de nuestra institución. Al contrario, el esfuerzo se inició con un pequeño grupo de personas bien intencionadas y con deseos de aprender, experimentar y de cambiar. A través de diferentes seminarios-talleres, reuniones matriciales, operacionales y estratégicas, al igual que de diálogos participativos y talleres ejecutivos comenzamos a aplicar diversos tipos de análisis y modos de hacer las cosas, concentrándonos positivamente en aprovechar las cualidades y habilidades de todos los compañeros y compañeras participes del proceso, y no como es costumbre en sus defectos. Por medio de la práctica de la

Reingeniería Interior iniciamos el trayecto hacia el cambio de nuestros propios paradigmas, ya que sería difícil alterar nuestras actitudes y conducta sin primero transformar nuestras creencias o modos de pensar y de ver las cosas. De esa manera comenzamos a introducir nuevos hábitos de trabajo.

Con la conformación y la capacitación, inicialmente en 1998, de dos equipos de apoyo denominados TF - Dirección y TEO (tácticas, estrategias, objetivos) en la modalidad *Task Force* (o Fuerza de Trabajo), integrados por tres personas el primero y cinco el segundo, bajo la guía del Director General del hospital, y el acompañamiento de un consultor se procedió luego a la constitución y capacitación de once Task Forces matriciales más, en los campos de acción del Mejoramiento Continuo de la Calidad, Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Cirugía Ambulatoria, Oncohematología, Docencia, Investigación, Prevención - Rehabilitación, Administración, y Benchmarking. Sus miembros formularon la estrategia del Hospital México contemplada en su Plan Estratégico Táctico Participativo 1998 - 2000, publicado y presentado a la comunidad y a las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social por el Dr. Mario Rolando Coto López, Director General del Hospital México, el día 30 de julio de 1998.

A pesar de la entrega y colaboración desinteresada de la gran mayoría de los participantes en el proceso de cambio y de los resultados exitosos obtenidos, surgió, por parte de muy pocos como es de humanos, la resistencia que siempre adopta muchas formas, algunas de ellas muy sutiles y evasivas que por lo general están inmersas en ciertas representaciones inconscientes emocionales. Gracias a Dios nuestra estrategia básica de ayudar con paciencia y comprensión a que la renuencia se extinguiera al igual que una tormenta, y no luchar de frente con ella ha dado buenos resultados, ya que los sentimientos pasan y cambian cuando se expresan directamente y con respeto. Aún así, estamos seguros de que a pesar de que las barreras de la resistencia algunas veces se debilitan, siempre reaparecerán en una forma diferente, ya que las más grandes ilusiones y expectativas de hoy podrían ceder su paso ante las duras realidades del mañana, cuando nuevamente volvamos a permitir equivocarnos con el fin de aproximarnos cada vez más al encuentro de lo que es mejor que ha de hacerse, y no lo que es más complaciente y acostumbrado.

Durante el presente año de 1999 con la conformación y capacitación de nuevas *Task Forces* en las áreas de Admisión, Atención al PUC (paciente, usuario, cliente), Laboratorio, Farmacia, Rayos X, Anatomía Patológica, Red de Servicios, SERCOSA (Servicios Complementarios en Salud), y el Equipo de Apoyo DPO (Dirección por Objetivos) el proceso de modernización se fue moldeando y ajustando a las necesidades y compromisos de nuestro hospital. Algunos de los equipos han logrado exitosamente la consecución de sus metas propuestas y se han desmantelado por tal motivo, los miembros de algunas otras Fuerzas de Trabajo han pasado a formar parte de comités y/o comisiones permanentes, todavía algunos se transformaron en equipos funcionales y en programas a largo plazo. Sólo una *Task Force* resolvió apartarse momentáneamente del proceso, y cuatro se han convertido en Unidades Estratégicas

de Negocio (UEN) perteneciendo así oficialmente al Cuadro de Mando Integral (CMI) de la Dirección General del Hospital México.

El mencionado nuevo Cuadro de Mando Integral (CMI) traducirá la estrategia del Hospital México en objetivos, medidas y fines concretos; al igual que nos proveerá con una dirección, seguimiento y monitoreo de la puesta en práctica de esa estrategia durante los períodos subsiguientes.

Además el CMI será utilizado como un sistema de gestión, de comunicación, de información y de formación, transformando la Misión y la Visión de nuestra organización en un conjunto coherente de indicadores de la actuación. Sus cuatro perspectivas: Presupuestación-Finanzas; clientes internos y externos; procesos internos; y la formación y crecimiento nos permitirán lograr un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo, entre los resultados deseados y los inductores de la actuación de esos resultados, y entre las medidas objetivas, más duras y las subjetivas, más suaves. *Nuestras nuevas creencias, labor de equipo, y hábitos de trabajo a la vez* facilitarán no únicamente una alineación estratégica, sino que también una alineación de tareas que nos guíe a convocar nuevos roles, relaciones, y responsabilidades, bajo el marco de los Acuerdos de Asociación Ejecución, donde el paradigma de la interacción productiva jerárquica y vertical pasa a ser horizontal, donde la autosupervisión desplaza a la supervisión externa, y donde disminuye la diferenciación de posiciones y se incrementan la asociación y cooperación hacia el éxito de nuestra filosofía humanista en este nuevo mundo del trabajo.

Todo lo anterior en el marco del Compromiso de Gestión y el Plan Estratégico Táctico Participativo, en donde el Cuadro de Mandos Integral es parte esencial.

Esperamos que el rendir cuentas, tal y como fue nuestro compromiso tácito al *presentar nuestro plan en julio de 1998 logre permear nuestra cultura organizacional*, convirtiéndose en una rutina que nos permita enfrentar con éxito el reto de la futura autonomía hospitalaria basada en la personería jurídica instrumental, la cual aunada a una visión empresarial nos permita no sólo alcanzarla sino con ello contribuir al fortalecimiento de la Institución y de nuestro Sistema de Seguridad Social, el cual es uno de los pilares de nuestra democracia.

II. LAS ESTRATEGIAS DE NUESTRA FILOSOFÍA HUMANISTA

Dirección por objetivos (DPO):

I. Visión de la DPO:

"Instaurar un clima organizacional que anime a la gente a participar en la toma de decisiones que les afecten y a comprometerse personalmente con los objetivos de la excelencia en el servicio al paciente-usuario-cliente (PUC), de la gestión empresarial, y con los principios de calidad, solidaridad, equidad, igualdad y responsabilidad social, a través de relaciones interpersonales horizontales, comunicaciones abiertas y labor de equipos multidisciplinarios, multidimensionales y autosupervisados".

II. Estrategias del enfoque DPO:

Lograr una ruptura paradigmática con los modos y formas de ver y hacer las cosas del pasado en el hospital, ayudando a introducir *nuevas creencias* en la cultura organizacional con el fin de promover *nuevos comportamientos* en el personal, los cuales inducirán cambios en los *procedimientos, sistemas y procesos*.

La arrogancia institucional que consiste en un aparente respeto por las posiciones, posturas y papeles temporarios provocan, consciente e inconscientemente, un estado de sumisión que dentro de una organización verticalmente jerárquica tiende a disminuir considerablemente la capacidad del personal para *actuar*. Como efectos y consecuencias sobre dicha conducta, en muchos casos, los problemas no son abordados; existe una mala aplicación de soluciones, basadas en ocurrencias y/o en complacencias; hay reducción de resultados, así como agotamiento y desmotivación de los recursos humanos; además de una carga excesiva de trabajo sobre los directivos superiores.

Nuestra estrategia va dirigida a *incrementar la capacidad para actuar*, basada en un cambio paradigmático e incluye los siguientes factores críticos de éxito:

1. Una efectiva y participativa *determinación de prioridades*, con una clara estrategia y un buen criterio selectivo.
2. *Predilección por los resultados* antes que por las actividades, con la instauración de incentivos concretos para el buen desempeño.

3. *Capacitación y labor de equipo*, basados en Acuerdos de Asociación-Ejecución.
4. *Alineación de tareas*, o redefinición de roles, responsabilidades y relaciones en el seno de cada equipo conformado con el fin de mejorar la coordinación, el compromiso y la competencia requeridas para llevar a cabo los factores clave de éxito.
5. Ejecución y seguimiento de una *planificación* y un *control estratégico táctico sistemáticos y continuos*, traducidos en planes de acción y cuadros de mando para cada equipo.

EN RESUMEN:

Las estrategias de nuestra filosofía humanista consisten en:

- A. *La aplicación de la Administración Científica por medio de la DIRECCIÓN POR OBJETIVOS.*
- B. *La aplicación de la Administración de las Relaciones Humanas por medio de la ADMINISTRACIÓN PARTICIPATIVA.*
- C. *La unión de la Dirección por Objetivos y la Administración Participativa por medio del uso de EQUIPOS DE TRABAJO.*

III. TÁCTICAS (pasos concretos a seguir):

1. Motivar y comprometer, por parte de la Dirección General, a los participantes en esta nueva etapa del proceso de cambio, por medio de las siguientes acciones:
 - ◆ Exponer el modelo de organización y el nuevo marco de creencias a los participantes.
 - ◆ Demandar un mejor desempeño y rendimiento.
 - ◆ Compartir información sobre los problemas internos, las demandas del entorno actuales y hacer del conocimiento de los participantes las consecuencias probables del *status quo* y de la incapacidad de actuar.
 - ◆ Re-conformar, según las evaluaciones del equipo TEO y los criterios de la Dirección, algunos de los "Task Forces".
 - ◆ Facultar o darles autonomía a los diferentes equipos para la toma de decisiones, las comunicaciones, la auto-supervisión y propia definición de su *modus operandi*, coordinaciones y responsabilidades individuales intra grupo, al nivel donde se esté efectuando el trabajo.
 - ◆ Lograr nuevos Acuerdos de Asociación-Ejecución y definir conjuntamente los períodos de evaluación de los Cuadros de Mando de cada grupo.
2. Iniciar el proceso de Alineación de Tareas con cada uno de los equipos de trabajo. Esto implica redefinir los roles laborales, responsabilidades y relaciones en el seno de cada grupo con el fin de contar con una coordinación óptima para ejecutar los factores clave de éxito, y así lograr resultados concretos, evitando distorsiones, duplicaciones, atrasos, excesos de control, marañas burocráticas,

responsabilidades confusas y sobre todo la sensación de impotencia. Al alinear estrechamente los objetivos de cada equipo con los nuevos roles, relaciones y responsabilidades de sus participantes, surgirán nuevas creencias o valores que les permitirán a los funcionarios identificarse cada vez más con la organización y los planteamientos prácticos sobre el modo de cambiar el proceso de gestión y de relacionar dicho cambio con las estrategias generales del Hospital México.

3. Gestionar una estrategia de recursos humanos de *Calidad Total* focalizando nuestra atención en las siguientes actuaciones:
 - ◆ Identificar objetivos e indicadores estratégicos
 - ◆ Definir los principales procesos
 - ◆ Organizarnos en base a esos procesos
 - ◆ Determinar las actividades Básicas y de Apoyo de la cadena de valor del hospital que contribuyan al logro de los factores clave de éxito, y eliminar aquellas que no añaden valor (Ver cuadro: El Hospital como Empresa de Servicios).
 - ◆ Designar a los *responsables* (dueños) de cada proceso principal, así como a los *puntos de contacto* de los pacientes-usuarios-clientes
 - ◆ Definir estándares de actuación de la cadena de valor del hospital
 - ◆ Realizar *mejores prácticas* y *renovaciones de los sistemas de presupuestación, planificación, formación/crecimiento, evaluación/visión, compensación, seguimiento/monitoreo*, y de los pacientes-usuarios y clientes externos e internos.
4. Fomentar la elaboración, ejecución y seguimiento de planes de acción semanales para cada equipo con el propósito de lograr competencia, consenso y cohesión.
5. Extender el enfoque de la Dirección por Objetivos a algún departamento o unidad de la estructura funcional del hospital, luego de realizar un análisis de la competitividad, sobre todo a las actividades de apoyo.
6. Estudiar, de acuerdo a la experiencia del proceso, la formalización institucional en la compensación o incentivos, en las relaciones y sistemas de información, en los sistemas de control y de evaluación, haciendo modificaciones en las políticas oficiales, en los sistemas, en los procesos y en la estructura organizacional que podrían ayudar a asegurar el éxito a largo plazo.

La propuesta sobre un plan para el mejoramiento de la capacidad gerencial toma como su base de acción al método de la Dirección por Objetivos, enfocado al trabajo en equipo, con el propósito de desarrollar un ser humano más efectivo; una gestión humanista; líderes de equipos; más participación a través del diálogo; una planificación sistematizada; una organización más práctica matricial; el desarrollo de carreras y aprendizaje continuo; una relación sinérgica entre el hospital y sus funcionarios, con la utilización, en equipo, de técnicas científicas de evaluación.

A continuación y a manera de ejemplo se presentan algunos de los planes de acción y programas de trabajo, al igual que la cadena de valor del hospital.

PROGRAMA DE TRABAJO:
Plan para el mejoramiento de la capacidad gerencial
en el Hospital México
De enero a diciembre, 1999

Meses calendario:	Actividades:
Enero, 1999	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio implementación método Dirección por Objetivos (DPO): Tácticas 1 y 2. - Seminario-taller de capacitación
Febrero	<ul style="list-style-type: none"> - DPO: Táctica 3 y seguimiento - Seguimiento sistema de control: cuadros de mando
Marzo	<ul style="list-style-type: none"> - Primera evaluación - Inicio Plan de gestión del cambio interno - Planeación programa de incentivos - Seminario taller de capacitación
Abril	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento proceso alineación de tareas - Implementación estrategias filosofía humanista - Seguimiento Red de Servicios - Seguimiento cuadros de mando
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación programa comunicación interna - Seguimiento estrategias filosofía humanista - Planeamiento admisiones, atención al PUC - Seminario taller de capacitación
Junio	<ul style="list-style-type: none"> • Segunda evaluación - Seguimiento plan de gestión del cambio interno - Seguimiento programa comunicación interna
Julio	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución plan de acción admisiones, atención al PUC - Seguimiento DPO - Realización análisis de competitividad - Seminario taller de capacitación
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento Red de Servicios - Ejecución DPO: táctica 4
Setiembre	<ul style="list-style-type: none"> • Tercera evaluación - Iniciación Programa de incentivos - Seminario taller de capacitación
Octubre	<ul style="list-style-type: none"> - DPO: táctica 4 - Seminario admisiones, atención al PUC
Noviembre	<ul style="list-style-type: none"> - DPO: táctica 5 - Informes de resultados
Diciembre, 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Cuarta evaluación - Premio al buen desempeño - Informe final

PROGRAMA DE TRABAJO
Plan para el mejoramiento de la capacidad gerencial en el
HOSPITAL MÉXICO
(Del 4 de Enero al 31 de Marzo de 1999)

SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Actividades:													
I. Implementación de Estrategia: Dirección por objetivos (DPO):													
1. Aprobación de la propuesta: Director General	•												
2. Sesión-asesores proceso de modernización		•											
3. Sesión-cierre Ira. Etapa del proceso: TF's		•											
4. Determinar composición equipos de trabajo		•											
5. Taller Ejecutivo I: "Task Force"-DPO			•										
6. Seminario-Taller I.: Equipos de Trabajo-DPO			•										
7. Plan de Acción: TF-DPO (elabora/presentación)				•									
II. Implementación de Tácticas: Cuadros de Mando:													
8. Taller Ejecutivo II: Equipo TEO: Plan de Acción					•								
9. Reuniones: Planes de Acción: Equipos de Trabajo						∇	∇	•					
10. Reuniones: Alineación de Tareas: Equipos de trabajo						∇	∇	∇	∇	•	∇	∇	∇
III. Inicio lido, Ciclo Proceso "Benchmarking".										∇	•		
12. Definición de nuevas áreas/seguimiento I. Etapa					•								
13. Aplicación del instrumento de evaluación para la excelencia organizativa: Ocho atributos y características de las mejores empresas.						•							
14. Elaboración del Plan de Acción Anual							•						
IV. Planeación lida. Etapa del Cambio Interno.										∇			
15. Sistema de Info. De comunicación interna													
16. Programa de Incentivos													
17. Centros de excelencia													
18. Seminario - taller. Gestión del Cambio Interno												•	
V. Implementación de la Red de Servicios						•							
VI. Primer Evaluación DPO													•

(∇ Informe Preliminar, • Tarea Completa)
José Martí Solórzano Rojas, Consultor
(Version: 11 de Enero, 1999 PC: Programa-DPO)

SEMANAS CALENDARIO

1. Del 4 al 8 de Enero 1999.	8. Del 22 al 26 de Febrero.
2. Del 11 al 15 de Enero.	9. Del 1 al 5 de Marzo, 1999.
3. Del 18 al 22 de Enero.	10. Del 8 al 12 de Marzo.
4. Del 25 al 29 de Enero.	11. Del 15 al 19 de Marzo.
5. Del 1 al 5 de Febrero, 1999.	12. Del 22 al 26 de Marzo.
6. Del 8 al 12 de Febrero.	13. Del 29 al 31 de Marzo.
7. Del 15 al 19 de Febrero.	

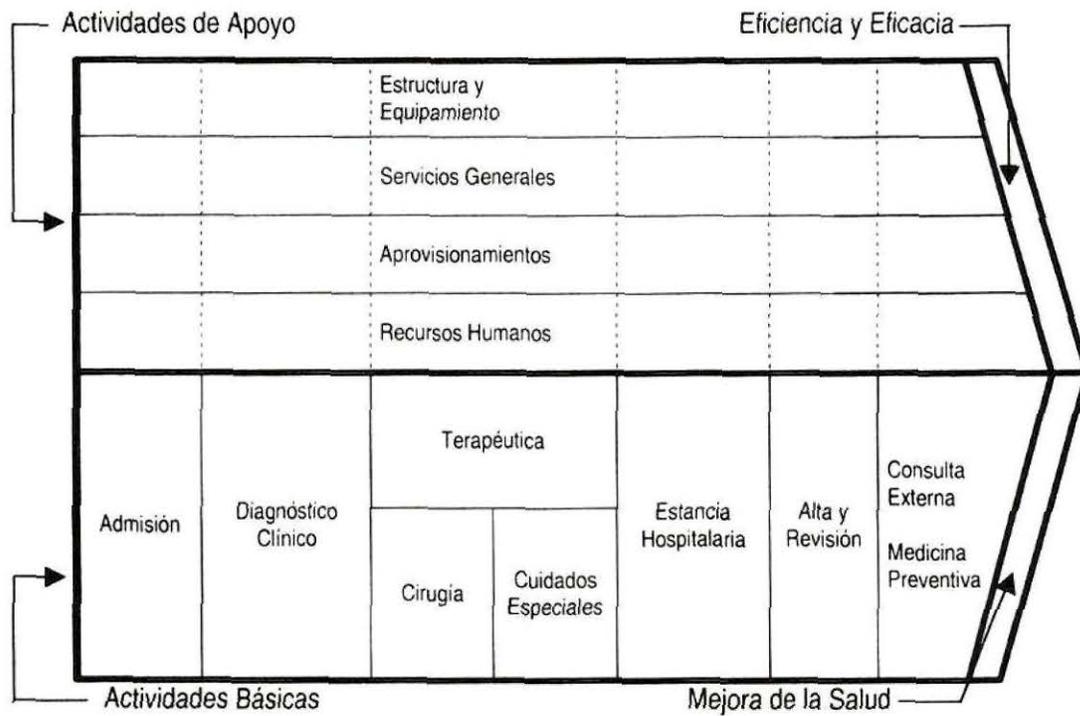
PLAN DE ACCIÓN:
Monitoreo y Ejecución
Plan Estratégico Táctico Participativo
"Task Force" - Dirección por Objetivos
Hospital México
(Del 18 de Enero al 31 de Marzo, 1999)

PERIODO	ACTIVIDAD	Responsable	Ejecución	Monitoreo
1. 18 al 22 Enero 99	1. Taller Ejecutivo I.: TF-DPO	Dirección General (DG)	TF-DPO	DG
	2. Seminario-Taller I.: Equipos de trabajo-DPO		TF-DPO	Equipo TEO
	3. Elaboración del Plan de Acción TF-DPO	TF-DPO	TF-DPO	DG
2. 25 al 29 Enero	1. Reunión Ejecutiva c/ Coordinadores Equipos DPO	Coordinadores TF-DPO	Jueves 27-1:30 p.m.	DG
	2. Presentación Plan de Acción TF-DPO al Director General	TF-DPO	S. Beirute	DG
3. 1 al 5 Febrero	1. Taller Ejecutivo II: Equipo TEO: Plan de Acción.	DG	TEO	DG
	2. Definición áreas Benchmarking	DG	DG	TF-DPO
4. 8 al 12 Febrero	1. Reuniones: Planes de Acción	TF-DPO	Equipos	DG
	2. Reuniones: Alineación de Tareas	TF-DPO	Equipos	DG
	3. Aplicación instrumento de evaluación "Benchmarking"	Equipo "B"	Equipo "B"	TF-DPO
	4. Implementación Red de Servicios	Equipo RS	Equipo RS	TF-DPO
5. 15 al 19 Febrero	1. Reuniones: Planes	TF-DPO	Equipos	DG
	2. Reuniones: Alineación de Tareas	TF-DPO	Equipos	DG
	3. Elaboración Plan de Acción Anual: Proceso "Benchmarking"	Equipo "B"	Equipo "B"	TF-DPO
6. 22 al 26 Febrero	1. Planes de Acción: Equipos DPO	Equipos	•	TF-DPO
	2. Reuniones: Alineación de Tareas	Equipos	---	TF-DPO
7. 1 al 5 Marzo	- Reuniones: Alineación de Tareas	Equipos	---	TF-DPO
8. 8 al 12 Marzo	1. Alineación de Tareas	Equipos	∇	TF-DPO
	2. Elaboración "Acuerdos de Asociación/Ejecución"	Equipos	---	TF-DPO
	3. Planeación 2da. Etapa cambio interno.	TF-DPO	---	DG
9. 15 al 19 Marzo	1. Reuniones: Alineación de Tareas	Equipos	---	DG
	2. Acuerdos de Asociación/Ejecución	Equipos	•	DG
10. 22 al 26 Marzo	1. Reuniones: Alineación de Tareas	Equipos	---	DG
	2. Seminario-Taller: Gestión del cambio Interno	DG	•	DG
11. 29 al 31 Marzo	1. Reuniones: alineación de Tareas	Equipos	---	DG
	2. Primera Evaluación del proceso	Equipos	TF s-DPO/TEO	DG

(∇ Informe Preliminar; • Tarea Completa, --- Progreso)

El Hospital Como Empresa de Servicios

Cadena de Valor del Hospital



III. TASK FORCE: FUERZA DE TRABAJO

Cada equipo, en la modalidad de *Task Force* o Fuerza de Trabajo, fue conformado por la Dirección General del Hospital México para el logro de diferentes factores críticos de éxito según su campo de acción. Sus miembros provienen de la estructura funcional del hospital, aunque se pueden incorporar personas externas. Todos sus miembros se seleccionan porque tienen potencial de contribuir positivamente a la consecución de resultados concretos. Una vez obtenidos los objetivos propuestos, dichas personas regresan a su unidad original. La *Task Force* es de existencia temporal y actúa matricial y horizontalmente; está orientada a la labor de equipo.

A la *Task Force* se le confiere autoridad y responsabilidad totales, diferentes a las de los comités, comisiones *Ad-Hoc* y otros tipos de grupos. No se crea para actuar como un cuerpo judicial, ni tampoco tiene una función exclusivamente educativa. Sus miembros planifican, tienen una misión, una visión, un líder natural, y una fecha límite para completar su tarea. Ellos no pueden transferir su responsabilidad a otras personas, y tampoco se acepta el no lograr las soluciones del caso o simplemente hacer un reporte de minoría o mayoría; tienen que diseñar, elaborar y ejecutar una sola decisión después de analizar las diferentes alternativas.

Cada *Task Force* define su propio *Cuadro de Mando Integral (CMI)* basado en el *Plan Estratégico Táctico Participativo (PETP) 1998-2000* del Hospital México, después de haber realizado un Análisis Situacional FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas), un Análisis de los Factores Críticos de Éxito, y definido su misión, visión, *modus operandi*, así como las competencias clave del equipo.

Su trabajo se focaliza en definir y ejecutar los indicadores estratégicos del CMI, que constan de los indicadores de efecto (factores clave de éxito, resultados centrales), y los indicadores de causa (inductores de la actuación), tomando en cuenta el período de ejecución, los responsables de cada inductor y el monitoreo y revisión. La Dirección General, por medio del Equipo de Apoyo TEO (tácticas, estrategias, objetivos), se encarga de medir el desempeño de cada *Task Force*, y de sus miembros, definiendo el *Status* de cada factor crítico de éxito, las metas cuantificables, el período consecutivo y las tendencias, elementos que se explican en este mismo documento.

Aquella *Task Force* que tiene una misión, una estrategia, unos clientes (externos y/o internos) y unos procesos internos que le permitan realizar su trabajo, se convierte en una Unidad Estratégica de Negocio (UEN), y por lo tanto en un candidato válido

para ser parte del *Cuadro de Mando Integral (CMI)* del Hospital México, y de los *Acuerdos de Asociación Ejecución* de su Dirección General.

Finalmente, todas las *Task Forces* están dentro del Proceso de Gestión Matricial que se realiza semanalmente, y en donde se revisan la ejecución de los factores críticos de éxito, la alineación de tareas, y la actuación de sus miembros; el Proceso de Gestión Operativa que se lleva a cabo mensualmente para revisar las acciones, y las actuaciones, así como discutir las implicaciones; y el Proceso de Gestión Estratégica trimestral durante el cual se refinan los temas estratégicos, se discuten las implicaciones y se revisa la actuación de las *Task Forces* con los equipos de apoyo y la Dirección General del Hospital México.

En las siguientes páginas presentamos las definiciones de la Misión y la Visión de cada "*Task Force*", realizadas por sus propios integrantes.

TASK FORCES:	MISIÓN:	VISION:
1. Consulta Externa:	Mejorar la calidad en la atención de los usuarios de la Consulta Externa del Hospital México, mediante un proceso que brinde un servicio humanizado, oportuno y eficiente.	Satisfacer las necesidades del cliente de la Consulta Externa del Hospital México en forma integral, al menor tiempo posible, con un enfoque humanizado de parte del personal y que logre la excelencia en su atención.
2. Urgencias:	Misión/Visión: Brindar un servicio de atención integral especializada a nuestros clientes, no importando el origen de aseguramiento, en forma eficaz, eficiente, y con calidad en las áreas de: Curación, prevención, rehabilitación, docencia e investigación.	
3. Hospitalización:	Lograr que la sección de Hospitalización sea eficiente, eficaz, oportuna, accesible, ágil y llena de calor humano a todo usuario sin distinción de raza, religión, económico, distribución geográfica, sexo, edad, posición social y laboral.	El fin primordial y esencia misma es el usuario, tanto interno como externo, que llene sus necesidades y expectativas dentro de un marco de alta tecnología, calidad, y humanismo, como merece ser tratado todo ser humano, dentro de un sistema de seguridad social como el que prevalece en Costa Rica.
4. Cirugía Ambulatoria:	Ofrecer al cliente externo de todas las especialidades quirúrgicas la posibilidad de resolver a corto plazo su patología, sin separarlo de su grupo familiar y ofreciendo educación tanto al paciente como a su acompañante para el periodo pre y post-operatorio; involucrando al cliente interno con las pautas a seguir en la dinámica de un servicio de cirugía ambulatoria para conformarse como un equipo multidisciplinario.	Construir un servicio que ofrezca al paciente una resolución de su patología quirúrgica, con una estancia hospitalaria de un día, que le permita incorporarse rápidamente a sus actividades con un mínimo de complicaciones.
5. Atención al PUC:	Detectar y analizar los factores que afectan la satisfacción del cliente externo, y proponer y ejecutar las acciones, estrategias y mecanismos que puedan conducir al logro de un servicio altamente cálido, oportuno e integral.	Lograr un cambio profundo en todos los niveles de persona de la institución que transforme el concepto de servicio al cliente externo y que le permita recibir una atención de alta calidez, comodidad, confortabilidad, prontitud, seguridad, y tranquilidad en el ambiente de Consulta Externa y servicios de apoyo del Hospital México.
6. Anatomía Patológica:	Satisfacer las necesidades de la demanda por servicios de patología, que incluye análisis de biopsias, citologías y autopsias, a través de un aprovechamiento máximo de la infraestructura y el personal. Esto se hará a través del Patólogo, médico especializado en Anatomía Patológica, cuyo objetivo es encontrar en la enfermedad los factores causales, la secuencia fisiopatológica, las complicaciones, y en la necropsias la causa de la muerte. Con el trabajo en equipo entre los especialistas en Patología y los médicos clínicos, se enfrenta la enfermedad de los pacientes, a través de un	A través de un cambio de la percepción de la imagen del Patólogo en sus clientes, se satisficará de una mejor manera las necesidades de curación, prevención, docencia e investigación. Esto sólo podrá hacerse efectivo, si se consigue un adecuado engranaje con otras unidades, como son las Dirección, la Administración, Archivos Clínicos y Proveeduría. El Servicio de Anatomía Patológica continuará estableciendo mecanismos de control de calidad y acciones estratégicas para lograr la excelencia en las áreas que favorezcan su

TASK FORCES:	MISIÓN:	VISION:
	liderazgo científico y marcando la directriz para una adecuada orientación terapéutica, quirúrgica y manejo oncológico, proyectándose dentro el hospital y a la sociedad con un carácter humanista. Las necesidades de estos clientes están directamente relacionadas con el propósito de prevención, curación, rehabilitación, docencia e investigación de nuestro hospital.	desarrollo. Se enfatizará la comunicación con clientes internos y externos por medio de una evaluación de nuestros servicios
7. Radiología:	Implementar un plan de acción en vías de solucionar los problemas, tomando en cuenta el trabajo de un equipo multidisciplinario que permita la transformación del Servicio de Radiología en un Departamento eficiente con proyección social.	Lograr un cambio real de la organización interna del Departamento, que permita una mayor satisfacción del usuario y del prestatario del servicio.
8. Admisión:	Establecer dispositivos orientados a la adquisición de mecanismos de atención hospitalaria más efectivos, ágiles, y eficientes, para el mejoramiento del sistema de admisión al Hospital México, con el fin de brindar una resolución más humanitaria, más técnica y de mayor calidad.	Concientizar al cliente interno sobre la importancia del trabajo más expedito, humanista y multidisciplinario, necesario para ofrecer al cliente externo un servicio de admisión más técnico, dinámico y efectivo.
9. Rehabilitación:	Brindar servicios de óptima calidad en rehabilitación integral temprana durante el internamiento de los pacientes – usuarios – clientes del Hospital México, mediante acciones dirigidas a la prestación de servicios e integración de la rehabilitación dentro de proceso de modernización del Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000.	Que el Hospital México cuente con un servicio de apoyo en rehabilitación integral temprana con equipos multidisciplinarios intra y extra hospitalarios, capacitados en áreas afines a rehabilitación.
10. Red de Servicios:	Sistematizar las acciones de la Red de Servicios del área de influencia del Hospital México, convirtiéndolo en una entidad oportuna, ágil y eficiente, que responda en forma adecuada y expedita a los requerimientos y necesidades de los usuarios de la red y permita el intercambio de conocimientos y experiencias y por lo tanto, el crecimiento armónico de todas las unidades que la componen, cada una dentro del nivel de atención que le ha sido definido.	Visualizamos un conjunto de unidades que, trabajando en equipo, den las respuestas adecuadas y oportunas a las necesidades de los usuarios de los servicios en sus diferentes niveles y que estas sean con calidad, con calidez, con eficiencia, con eficacia y con la efectividad que marca el respeto fundamental por los derechos de las personas.
11. SERCOSA: (Servicios Complementarios en Salud)	Establecer las acciones, estrategias, mecanismos y el plan de trabajo que garanticen un servicio complementario en salud de calidad, con el fin de lograr la excelencia en sus diferentes áreas de trabajo que favorezcan su desarrollo y proyección nacional e internacional.	Satisfacer las necesidades de los clientes externos, a través de la atención de un equipo integral, en forma expedita y personalizada, a un costo razonable, en forma eficaz y eficiente, considerando el crecimiento y la motivación del cliente interno, con una visión empresarial moderna y objetiva que nos permita alcanzar el éxito y liderazgo nacional e internacional, dentro de un marco de respeto fundamental y honestidad hacia la población blanco.

TASK FORCES:	MISIÓN:	VISIÓN:
12. Laboratorio Clínico:	Establecer un Sistema de Calidad que cumpla con las normas y especificaciones pertinentes (ISO 900, ISO 1400), para poder ofrecer y demostrar la competencia técnica no solo a los órganos de Acreditación y Certificación, sino también a los usuarios del laboratorio, en el servicio que prestamos.	El laboratorio se proyecta hacia los usuarios, buscando satisfacer sus necesidades y expectativas. Para esto, se implementará un sistema de seguimiento y comunicación que unifique y oriente los esfuerzos hacia la calidad, y garantice la permanencia del propósito, de manera que se alcance el liderazgo en nuestro sistema de salud, y se logre competitividad a nivel internacional.
13. Administración:	Incrementar la satisfacción del cliente externo e interno mediante una mejora continua de la calidad del recurso humano del hospital y el desarrollo de un entorno de trabajo más cooperativo, flexible, leal e innovador.	Contar con una estrategia de la calidad total como un modelo de decisión pensado, elaborado y aplicado, y de procesos y actuaciones que produzcan la satisfacción total de nuestros pacientes – usuarios – clientes.
14. Calidad:	Elaboración e implementación de un plan estratégico para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, procesos y sistemas.	Un hospital y su red prestando sus servicios de calidad en función de la satisfacción de las necesidades de los clientes internos y externos.
15. Docencia:	Lograr que el ambiente y proceso de aprendizaje y enseñanza que existe en nuestro hospital, sea lo más eficiente y organizado posible, cumpliendo cabalmente con la labor asistencial y respetando la dignidad y el sufrimiento de los pacientes y de los otros usuarios involucrados.	La existencia de un Centro Hospitalario de gran categoría académica en el cual los estudiantes y profesores estén imbuidos de un gran afán de superación y progreso, donde existan planes y programas comunes a todos los estudiantes según su nivel de preparación y que el egresado (técnico o profesional) de este Hospital tenga una sólida formación, tanto científica como moral.
16. Prevención:	Satisfacer necesidades de prevención y educación del cliente interno y externo de la Consulta Externa del Hospital México, mediante el desarrollo de un proyecto integral, que contribuya a mejorar la calidad de la prestación de servicios en salud, el manejo ambulatorio, la prevención de enfermedades, reducir las complicaciones y favorecer el autocuidado de la salud.	El cliente se conceptualiza como el fin primario de atención, por lo que se promoverá el desarrollo de proyectos en prevención, educación y mejoramiento continuo dirigidos al cliente externo e interno de la Consulta Externa, como estrategia para lograr clientes comprometidos, motivados y organizados en la construcción de la salud, con resultados de calidad.

IV. MIEMBROS DE LOS EQUIPOS TASK FORCE - 1998 - 1999

- 1) **Equipo de Dirección (1998)¹:**
Licda. Silvia Beirute Bonilla (Coordinadora)
Sr. Carlos Hernández Guerrero
Sr. Javier Quirós Morera
Dr. Joaquín Solano Calderón
Dr. Armando Villalobos Castañeda.

D.P.O. (Dirección por objetivos) (1999):
Licda. Silvia Beirute Bonilla (Coordinadora)
Lic. Julio Cascante
Dr. Donald Fernández Morales
- 2) **T.E.O.**
(Tácticas, estrategias, objetivos) (1998):
Dr. Armando Villalobos Castañeda (Coordinador)
Sr. Javier Quirós Morera.
Licda. Damaris Arias Montoya.

T.E.O.
(Tácticas, estrategias, objetivos) (1999):
Sr. Javier Quirós Morera (Coordinador)
Dr. Armando Villalobos Castañeda .
Licda. Damaris Arias Montoya.
- 3) **Red de Servicios (1998-1999):**
Sr. Javier Quirós Morera (Coordinador)
Dr. Armando Villalobos Castañeda
Sr. Carlos Hernández Guerrero.
- 4) **Mejoramiento Continuo de la Calidad:**
Dr. Ignacio Salón Echeverría (Coordinador)
Dr. Fernando Brenes Pino
Dr. Jorge Fonseca González
Licda. Melba Quesada Viquez.

¹ Se varió el nombre de la "Task Force" en 1999, aunque no así su propósito principal.

5) Farmacia (1999):

Dra. Martha Mora Delgado (Coordinadora)
Sr. Mario Sánchez López
Sr. Reynaldo Cuadra Salazar
Sra. Emma Salas Murillo.

6) Consulta Externa (1998):

Dr. Donald Fernández Morales (Coordinador)
Licda. Cecilia Ugalde Maroto
Licda. Dina Reyes Espinar
Dr. Mario Alfaro Campos
Sr. Abel Vargas Azofeifa.
Dr. Julián Peña Varela
Sr. Baldwin Coles Obando
Lic. Amando Gómez Badilla

Consulta Externa (1999):

Dr. Donald Fernández Morales (Coordinador)
Licda. Cecilia Ugalde Maroto
Licda. Dina Reyes Espinar
Sr. Abel Vargas Azofeifa
Sr. Baldwin Coles Obando
Lic. Armando Gómez Badilla
Sr. Tobías Chacón Ramírez (Junta de Salud)

7) Investigación (1998-1999):

Dr. Max Brenes Sava (Coordinador)
Licda. Catalina Cruz Fonseca
Dr. Jorge Elizondo A.
Dr. Francisco Jiménez Bolaños

8) Administración (1998-1999):

Sr. Ignacio Morales Araya (Coordinador)
Ing. Rodrigo Retana Morales
Sr. Jorge Chavarría Fernández
Licda. Margarita Araya Solís
MSc. Ronny Monge (Junta de Salud)
Sra. Norma Castro (Junta de Salud)

9) Benchmarking (1998):

Licda. Colomba Martínez Rojas (Coordinadora)
Licda. Leda Castro Vega
Licda. Yolanda Barboza Castro
Licda. Mirna Murillo Chinchilla
Sr. David Orías Díaz

Sr. Lenny Pérez Mosquera

Benchmarking (1999):

Licda. Leda Castro Vega (Coordinadora)

Licda. Colomba Martínez Rojas

Sr. David Orias Díaz

Licda. Mirna Murillo Chinchilla

10) Hospitalización (1998):

Dr. Antonio Houed Vega (Coordinador)

Dra. Grace Curling Rodríguez

Dra. Martha Rojas Obando

Sra. Ana Ruth Cordero Elizondo

Licda. Ana Isabel Vargas León

Sr. Jorge Vindas Arroyo

Dr. Edwin Alvarado Arce

Hospitalización (1999):

Dr. Francisco Brenes Baldivia (Coordinador)

Licda. Ana Isabel Vargas León

Dr. Edwin Alvarado Arce

Sr. Jorge Echeverría Echeverría

Licda. Martha I. Solórzano Muñoz

11) Urgencias (1998-1999):

MSc. Virginia Sánchez Otárola (Coordinadora)

Dra. Patricia Ramírez Ugalde

Dr. Luis H. Herrera Mora

Dr. Mauricio Saldarriaga Londeño

Sr. Jhonny Obando Araya

Dra. Flory Morera González

Dra. Ligia Leal Obando

Lic. Carlos E. Pereira Hidalgo

Sr. César Céspedes Marín (Junta de Salud)

12) Cirugía Ambulatoria (1998-1999):

Dra. Fanny Molina Cordero (Coordinadora)

Dr. Manuel Cerdas Calderón

Licda. Alda Reid Williams

Licda. Iris Martínez Esquivel

13) Oncohematología (1998-1999):

Dr. Willem Bujan Boza (Coordinador)

Licda. Guiselle Burgos Quirós

Dra. Lorena Carboni Aguiluz

Licda. Seidy Chavez Quirós
Dr. Douglas Otero Reyes
Dr. Mario Soto Quirós

14) Docencia (1998-1999):

Dr. Carlos Salazar Vargas (Coordinador)
Licda. Martha I. Solorzano Muñoz
Licda. Mirna Murillo Chinchilla
Licda. Ma. Josefa Mora Badilla
Dr. Alfonso Gómez Avila.

15) Prevención – Rehabilitación² (1998):

Licda. Xinia González Salazar
Licda. Rosario Vargas Rojas
Dr. Manuel Sánchez Corrales
Dra. Angélica Vargas Campos
Dr. Juan Villalobos Vindas
Dr. Abel Víquez Brenes

Prevención (1999):

Lic. Guiselle Oconitrillo Solera (Coordinadora)
Licda. Mercedes Miranda
Licda. Patricia Solano Mora

16) Rehabilitación (1999):

Dr. Manuel Sánchez Corrales (Coordinador)
Sra. Flor I. Cortés
Licda. Guiselle Molina Juarez
Licda. Carmen Y. Alvarado Viales
Licda. Ivonne Lewis Lewis
Dr. Miguel Esquivel Murillo
Licda. Kenly Chacón Sandí

17) Radiología (1999):

Dr. Carlos Torres Soto (Coordinador)
Licda. Luz Mary Vásquez Rodríguez
Dra. Grace Curling Rodríguez

18) Sercosa (Servicios Complementarios de Salud):

Dr. Carlos Castro Chavarría (Coordinador)
Licda. Roxana Rosales Barrantes
Licda. Leda Morales Guadamuz

² Prevención y Rehabilitación funcionó como un solo equipo de trabajo en el año de 1998. A principios de 1999 se tomó la decisión de dos "Taskforces" en cada área

Licda. Juanita Molina Molina

19) Servicio al Cliente (1999):

Dr. Carlos Alfaro Rodríguez (Coordinador)
Dr. Serafín Pikans Puente
Licda. Iris Martínez Esquivel
Licda. Olga I. Vargas Alfaro
Licda. Mercedes Miranda
Dama Voluntaria Patricia Jirón
Sr. Juan Ml. Sáenz (Junta de Salud)

20) Anatomía Patología (1999):

Dr. Fernando Brenes Pino (Coordinador)
Dra. Ligia González Cordero
Dr. Mario Alfaro Campos
Dr. Guillermo Montero Vega

21) Admisión (1999):

Sr. Jorge Vindas Arroyo (Coordinador)
Licda. Nuria Rojas Sánchez
Dr. Ricardo González
Dr. Miguel Mejías
Dr. Oscar Alvarado Sánchez
Dr. Fernando Malavassi Aguilola

22) Laboratorio (1999):

Dr. Víctor Alvarado (Coordinador)
Dr. Jorge Fonseca González
Dr. Joaquín Solano Calderón

Dirección General: Dr. Mario Rolando Coto López

Consultor: MSc. José Martí Solórzano Rojas

EQUIPOS DE TRABAJO
Hospital México
Plan Estratégico Táctico Participativo
- Programación 1999-

EQUIPOS:	MODALIDAD:	PATROCINADOR:
1. Mejoramiento continuo de la Calidad	1. "Task Force" (TF) 2. Círculos de Control de Calidad	- Cámara de Industrias/-UCR - Dirección General (DG)
2. Consulta Externa	TF	- TF-Dirección por Objetivos (DPO)
3. Hospitalización	TF	- TF-DPO
4. Urgencias	TF	- TF-DPO
5. Cirugía Ambulatoria	TF	- TF-DPO
6. Oncohematología	1. TF 2. Programa	- TF-DPO - DG
7. Docencia	TF	- TF-DPO
8. Investigación	TF	- TF-DPO - CONICIT, Asociaciones.
9. Prevención-Rehabilitación	1. TF 2. Proyecto	- TF-DPO - DG/ -Junta de Salud
10. Administración	EF	- DG
11. TEO (tácticas, estrategias, objetivos)	Apoyo	- DG - TF-DPO
12. "Benchmarking"	1. TF 2. Proceso	- TF-DPO - DG
13. Admisiones	1. TF 2. Trabajo Conjunto	- TF-DPO
14. Atención al PUC	1. TF 2. Trabajo Conjunto	- TF-DPO - Junta de Salud
15. Laboratorio	Equipo Funcional (EF)	- TF-DPO
16. Farmacia	TF	- TF-DPO
17. Radiodiagnóstico	Proceso	- TF-DPO
18. Servicio de Anatomía	TF (calidad)	- TF-DPO
19. Serv. Méd. Complementarios	TF - SERCOSA	- DG/ - TF-DPO
20. Red de Servicios	TF	- DG/ -TF-DPO
21. Dirección por Objetivos		

MODALIDAD: Modo de ser o de manifestarse una cosa. En nuestro caso significa CÓMO van a trabajar los equipos, según su tipificación.

PATROCINADOR: QUIÉN faculta, sufraga, asesora o monitorea.

“TASK FORCE”: Fuerza de Trabajo creada con un fin específico. Sus miembros provienen de la estructura funcional, aunque personas externas pueden ser incorporadas. Todos se seleccionan porque tienen potencial de contribuir al éxito de la tarea o misión. Es un equipo de existencia temporal y matricial.

TRABAJO CONJUNTO: Es un equipo de trabajo paralelo, fuera de la organización funcional del hospital, donde se aglutinan diferentes áreas o especialidades con el fin de accionar un sistema, actividad o proceso. Según su actuación podría formalizarse dentro de la estructura formal.

EQUIPO FUNCIONAL: Es un grupo de personas que perteneciendo a la organización formal se les capacita para actuar como un equipo, basado en resultados y no en actividades. Su coordinador es el jefe o director de la unidad, departamento o dirección contemplada tradicionalmente en el organigrama oficial.

“BENCHMARKING”: Proceso sistemático continuo para evaluar, medir, comparar prácticas, servicios, procesos, sistemas, etc. de organizaciones, empresas, etc. que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas con el propósito de realizar mejoras organizacionales.

ACTIVIDADES DE APOYO: Contribuyen en eficacia y eficiencia con las actividades básicas del hospital o mejora de la salud.

V. EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI):

Definición y procesos de instauración:

Proporciona un amplio marco que traduce la visión y estrategia del Hospital México, en un conjunto coherente de indicadores de actuación.

Transforma la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas diferentes: presupuesto - finanzas; clientes; procesos internos; formación y crecimiento.

Nos puede proveer de un marco, una estructura, y un lenguaje para comunicar la misión y la estrategia: utiliza las mediciones para informar a los funcionarios del hospital sobre los causantes del éxito actual y futuro.

Al articular los resultados que la organización desea, y los inductores de esos resultados, todos los equipos del proceso de cambio canalizarán las energías, las capacidades, y el conocimiento concreto de todos los funcionarios del hospital hacia la consecución de los objetivos.

Los indicadores son una herramienta para articular y comunicar la estrategia empresarial, para comunicar la estrategia de los equipos, y para coordinar la alineación de las iniciativas individuales, de la organización y las multi-departamentales, a fin de conseguir un objetivo común.

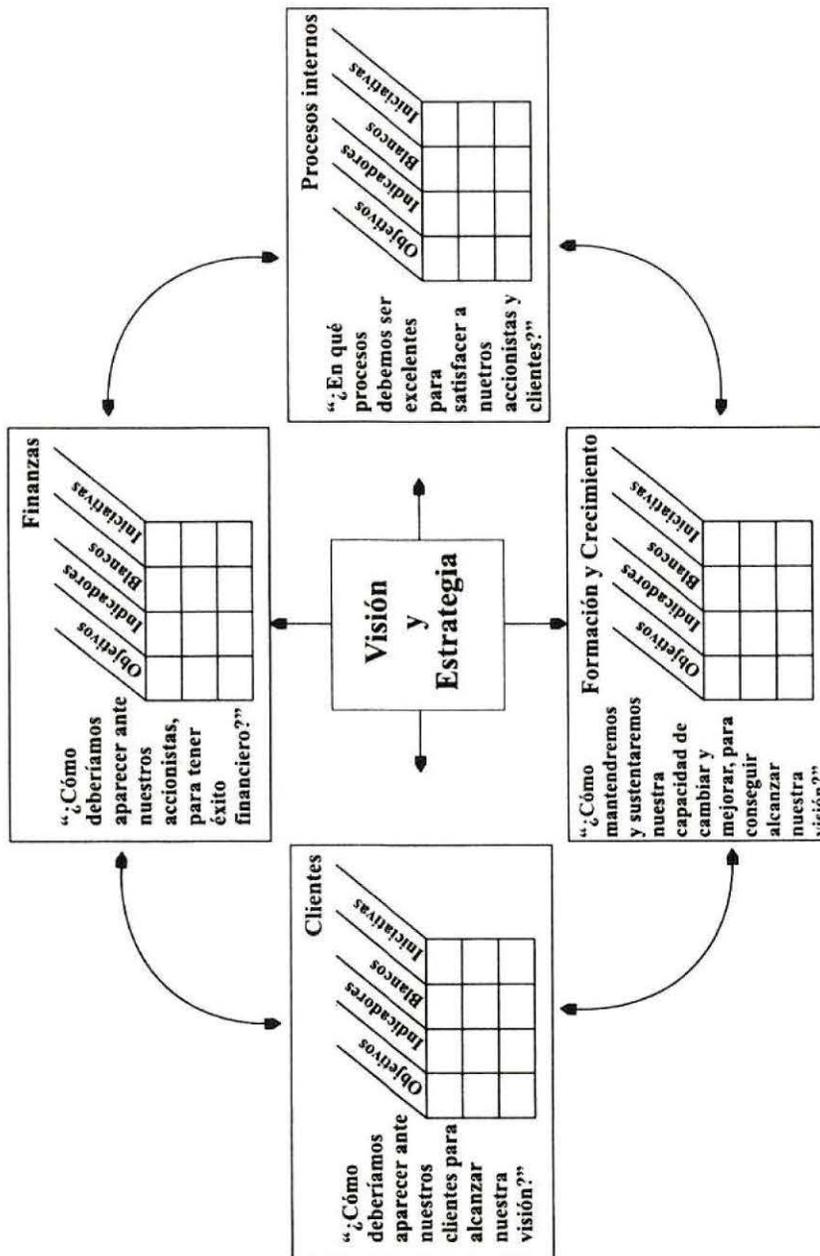
El Cuadro de Mando Integral del Hospital México debe ser utilizado como un sistema de gestión, de comunicación, de información, y de formación y no como un sistema de control del comportamiento o para evaluar la actuación pasada.

Sus cuatro perspectivas nos permiten un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo, entre los resultados deseados y los inductores de actuación de esos resultados, y entre las medidas objetivas, más duras, y las más suaves y subjetivas. El CMI contiene una unidad de propósito, ya que todas las medidas están dirigidas hacia la consecución de una estrategia integrada³.

El CMI es, primordialmente, un mecanismo para la puesta en práctica de una estrategia, no para la formulación de la misma. Este mecanismo traducirá esa estrategia en objetivos, medidas y fines concretos, y nos proveerá con una dirección, seguimiento y monitoreo de la puesta en marcha de la estrategia durante los periodos subsiguientes.

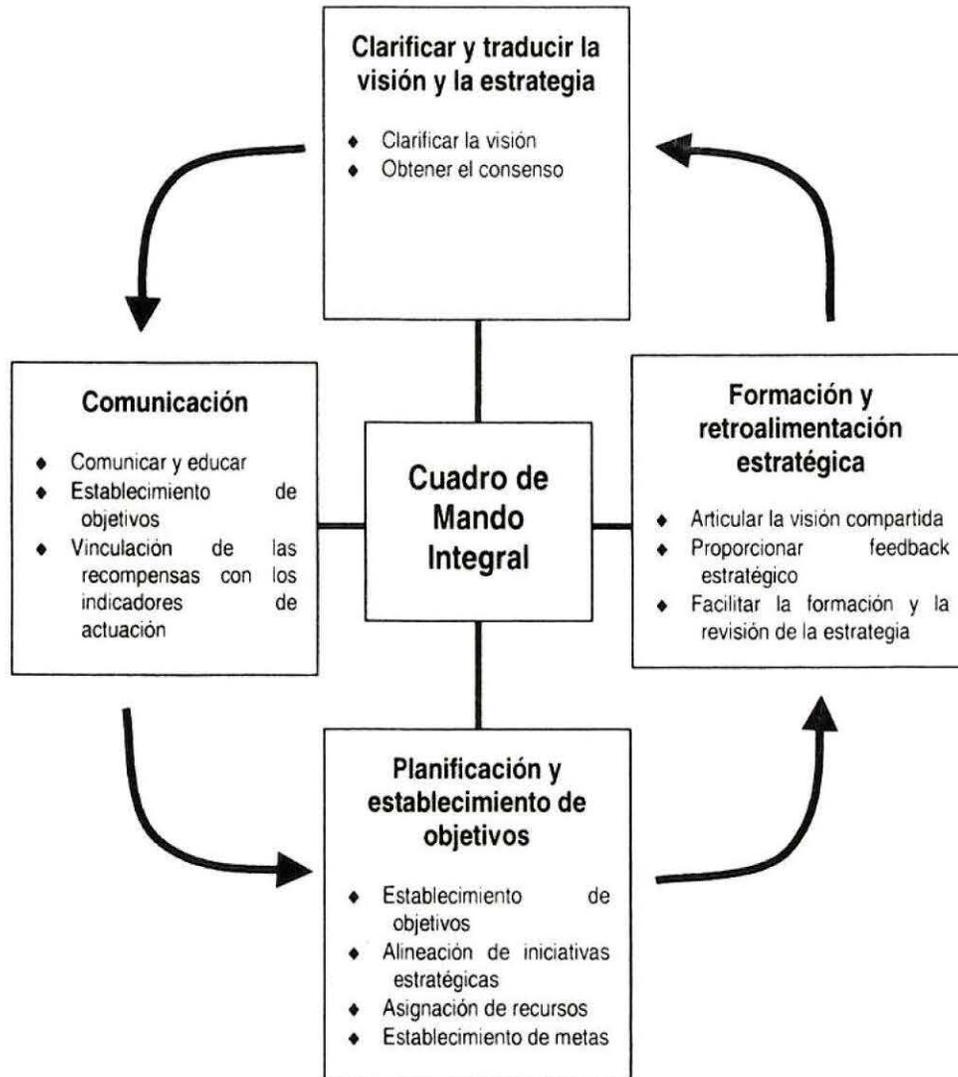
³ Ver Plan Estratégico Táctico Participativo 1998 – 2000 del Hospital México

Figura 1.1. El Cuadro de Mando Integral proporciona una estructura para transformar una estrategia en términos operativos.



Fuente: Robert S. Kaplan y David P. Norton, "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System", *Harvard Business Review* (enero-febrero 1996): 76

Figura 1.2. El Cuadro de Mando Integral como una estructura o marco estratégico para la acción.



Fuente: Robert S. Kaplan y David P. Norton, "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System", *Harvard Business Review* (enero-febrero 1996): 77.

Figura 1.3. La estructura de los indicadores de aprendizaje y crecimiento

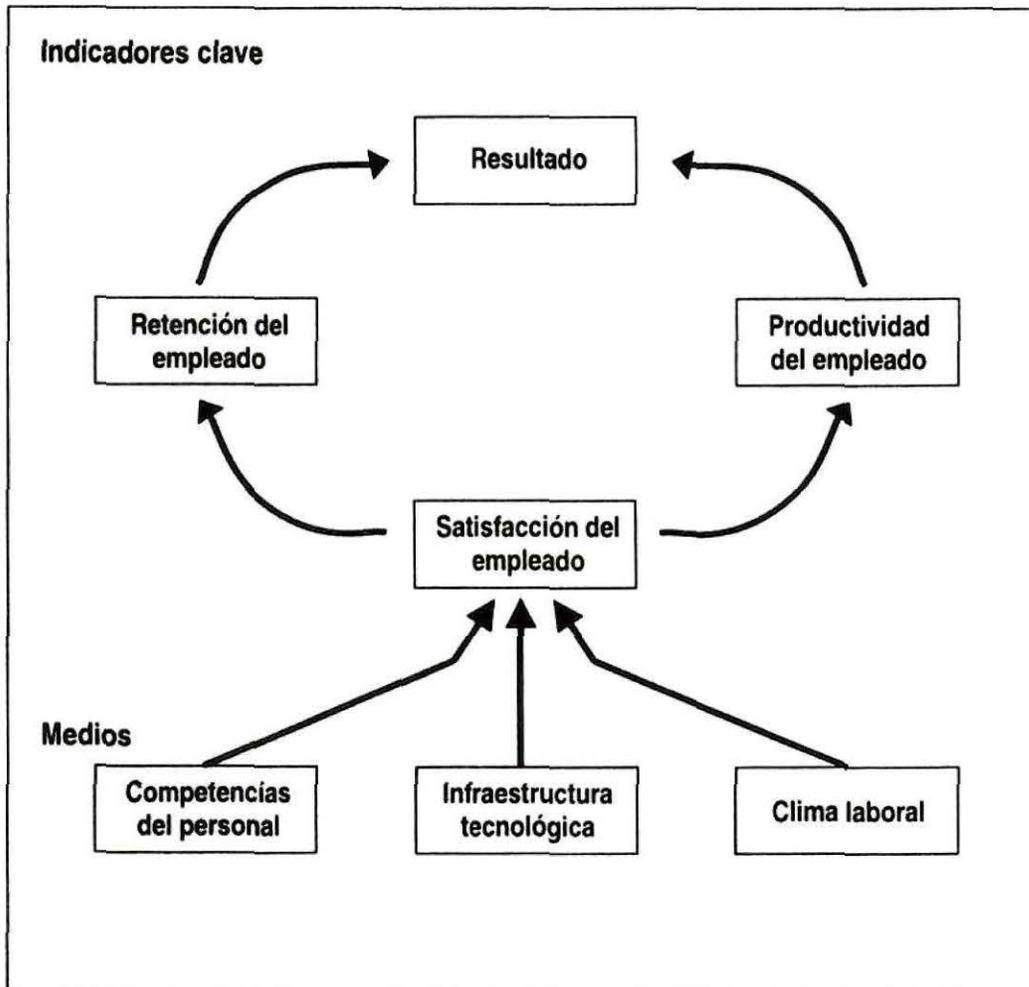


Figura 1.4. Equiparación de las metas personales. El concepto de indicador.



1. Transferencia vertical de la gestión

- ◆ Establecer el contexto para el CMI como un medio para comunicar los objetivos compartidos
- ◆ Construir la comprensión y la aceptación del CMI
- ◆ Hacer que los directores se comprometan a adaptar las medidas para que encajen en sus áreas de responsabilidad
- ◆ Hacer que los directores se comprometan a seguir la pista de la actuación, a fin de idear una línea de información para el establecimiento de metas
- ◆ Hacer que los directores se comprometan a desarrollar y ejecutar un plan de implantación para hacer que el CMI llegue en cascada hasta el último rincón de sus organizaciones.

2. Transferencia a los empleados

- ◆ Comunicar el contexto, las estrategias de la organización y las iniciativas
- ◆ Presentar el CMI. ¿Qué es? ¿Cómo se utiliza? ¿Cuál es el plan de implantación o puesta en práctica? ¿Qué es lo que se ha conseguido? ¿Cuáles son los pasos siguientes?

3. Plan de beneficios/establecimiento de objetivos

- ◆ Poner en práctica un proceso vertical para definir los objetivos financieros
- ◆ Poner en práctica un proceso vertical ascendente para el establecimiento de objetivos para los indicadores no financieros.

4. Alineación de los objetivos personales

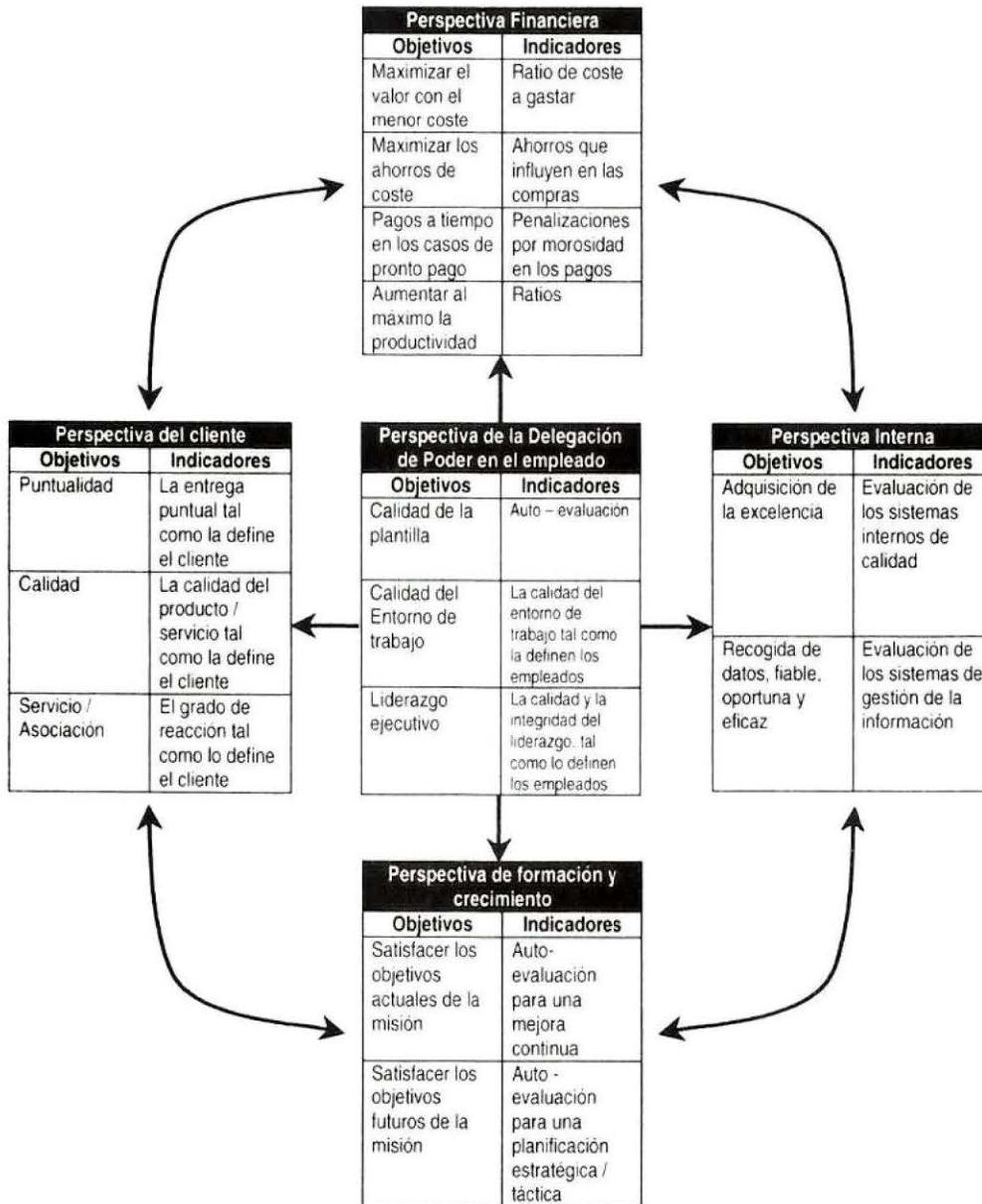
- ◆ Cada empleado establece un objetivo alineado con una estrategia, por medio de la identificación de una actividad que realiza (y/o un indicador), que hará impacto en una medición del cuadro de mando.
- ◆ Los objetivos personales se establecen por medio de un proceso de negociación con el Director General.

Enfoque de los indicadores

La medida evoluciona a través de la implantación

1. Porcentaje de la alta directiva expuesto al CMI
2. Porcentaje de personal expuesto al CMI
3. Porcentaje de altos directivos con objetivos personales equiparados con el CMI
4. Porcentaje de empleados con objetivos personales equiparados con el CMI y porcentaje de los empleados que han conseguido alcanzar objetivos personales

Figura 1.5. Ejemplo del Cuadro de Mando Integral para el sistema federal de aprovisionamiento.



Fuente: Adaptado de "The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance", de Robert S. Kaplan y David P. Norton, aparecido en el *Harvard Business Review* (Enero-Febrero de 1992). Reproducido con autorización.

Figura 1.6. Un sistema de gestión diferente para la implantación de la estrategia.

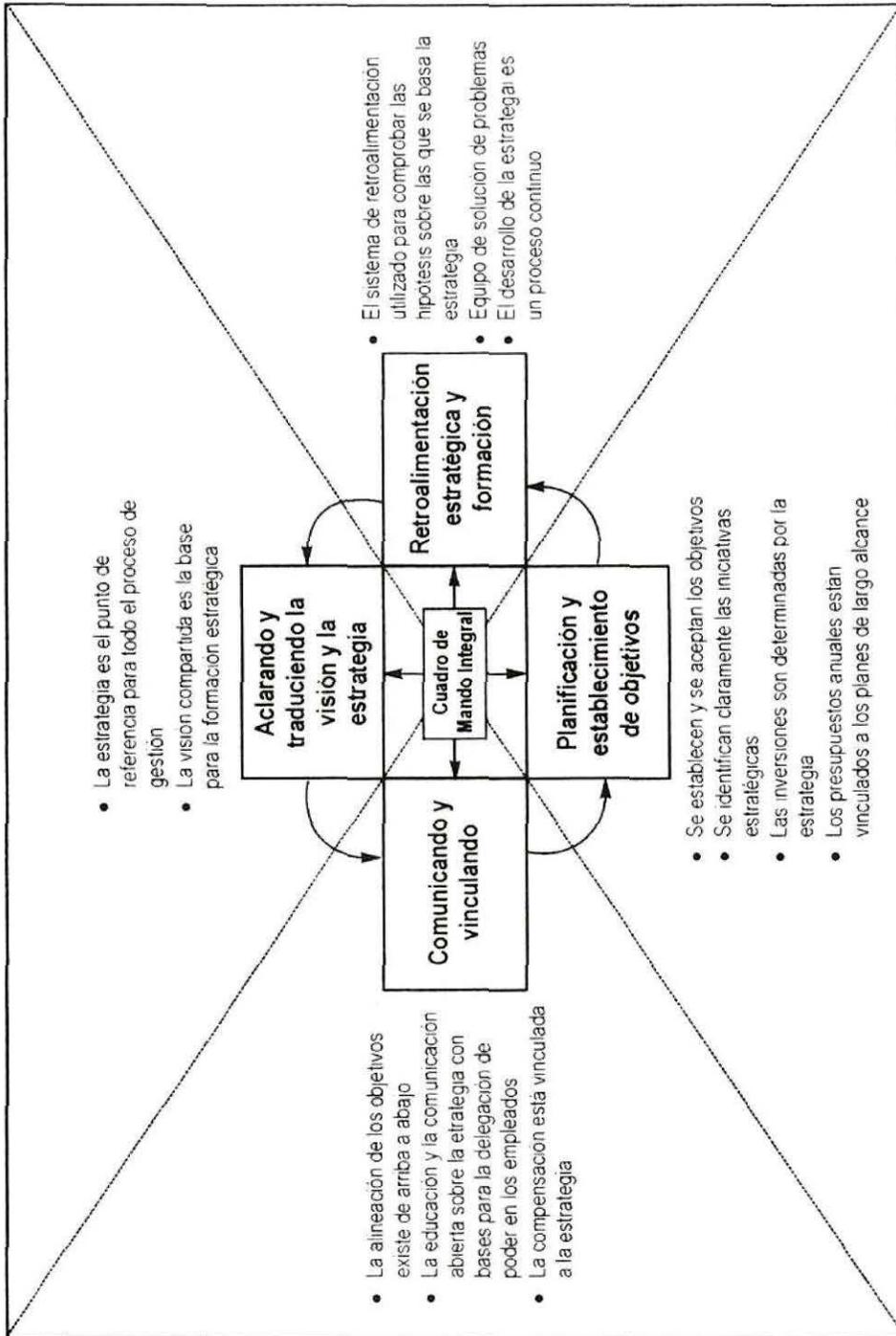


Figura 1.7. La utilización del Cuadro de Mando Integral como una estructura estratégica para la acción.

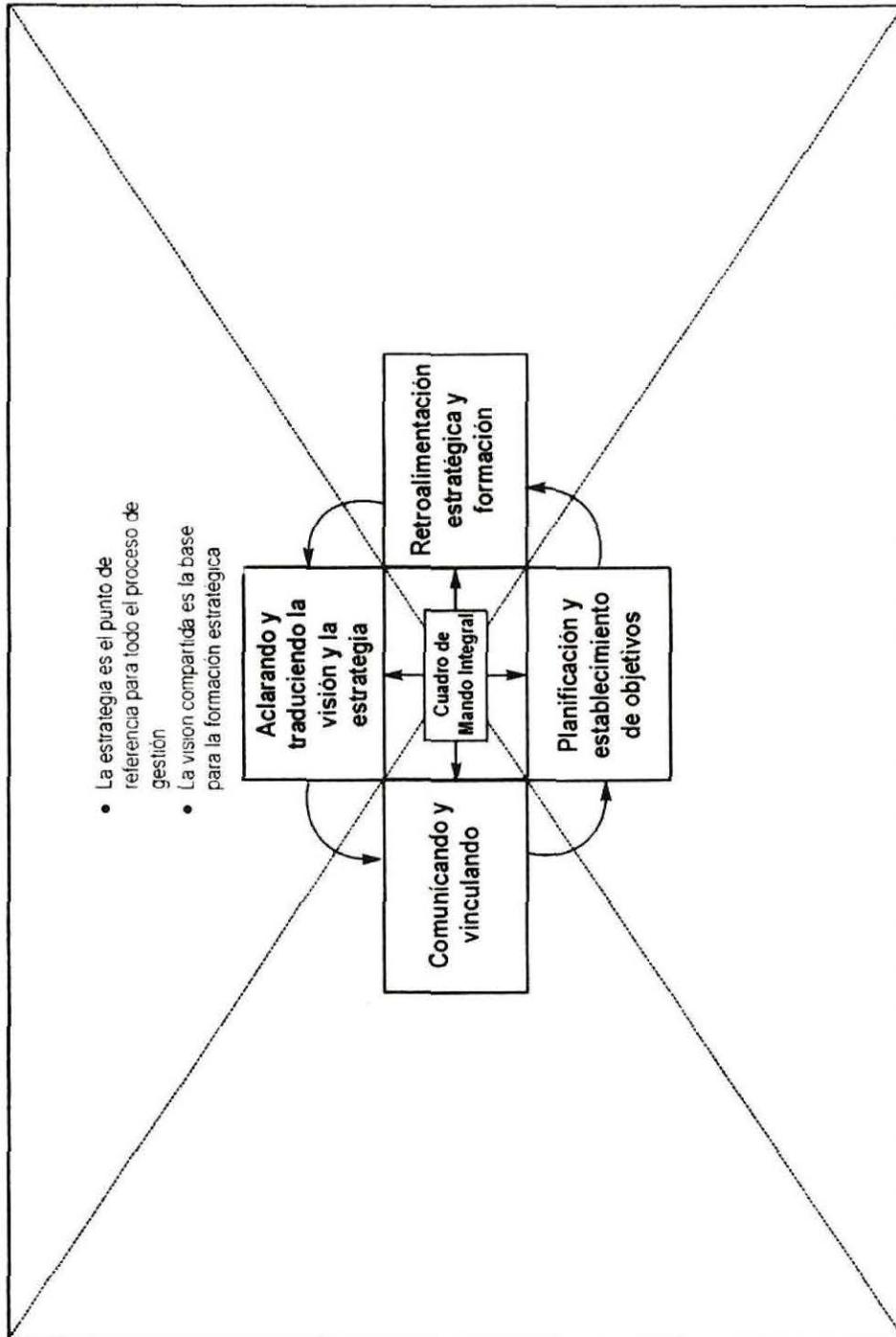


Figura 1.8. Un sistema de gestión diferente. Comunicación y vinculación.

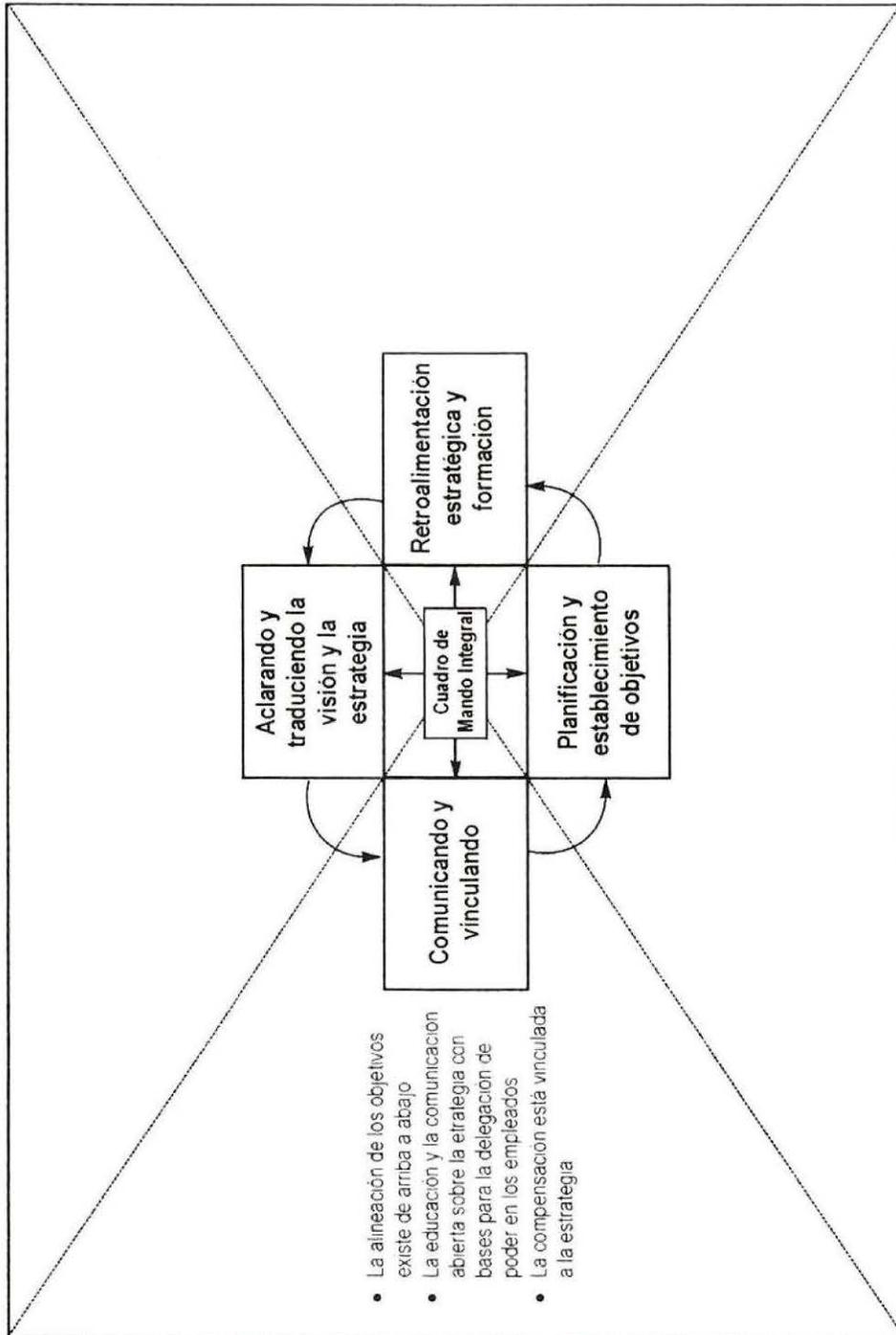


Figura 1.9. Un sistema de gestión diferente. Planificación y establecimiento de metas.

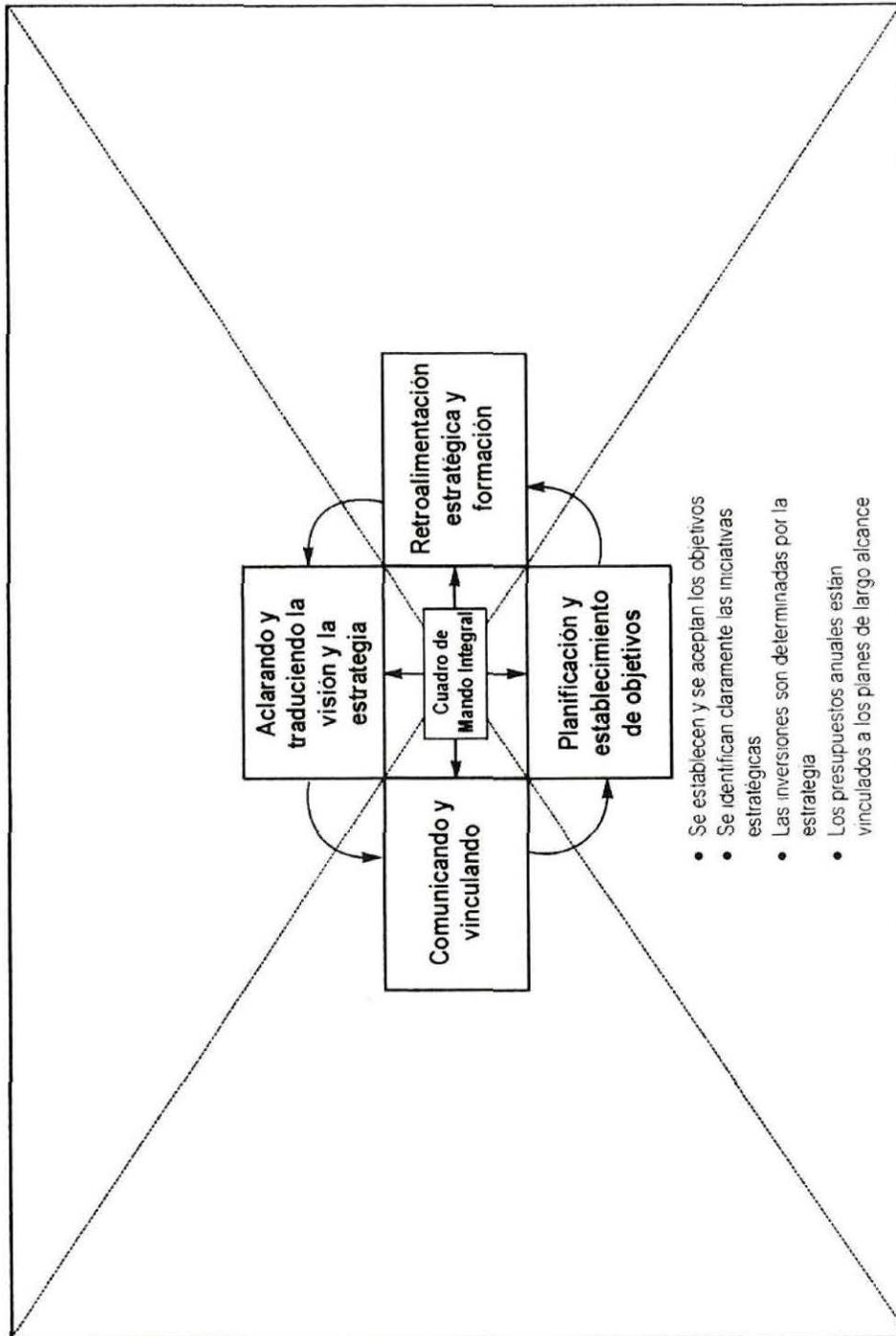


Figura 1.10. Cuadro de mando e iniciativas estratégicas de Chem-Pro. (Ejemplo)

"Ayudaremos a que nuestros clientes sean los mejores, proporcionándoles servicios de calidad mundial y utilizaremos nuestra experiencia para ayudarnos a nosotros mismos a ganar en el mercado."

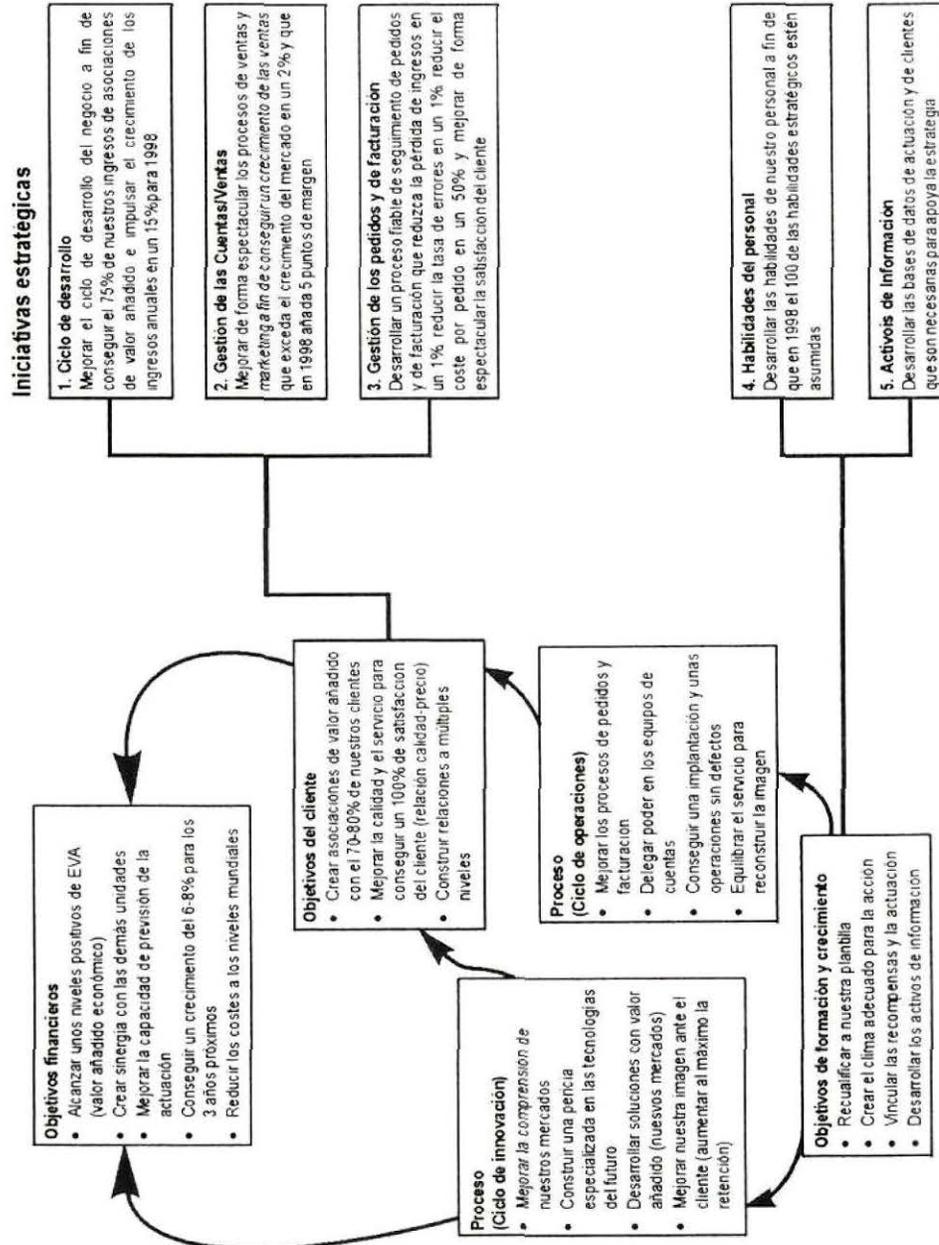


Figura 1.11. Un sistema de gestión diferente. Retroalimentación y formación estratégicas.

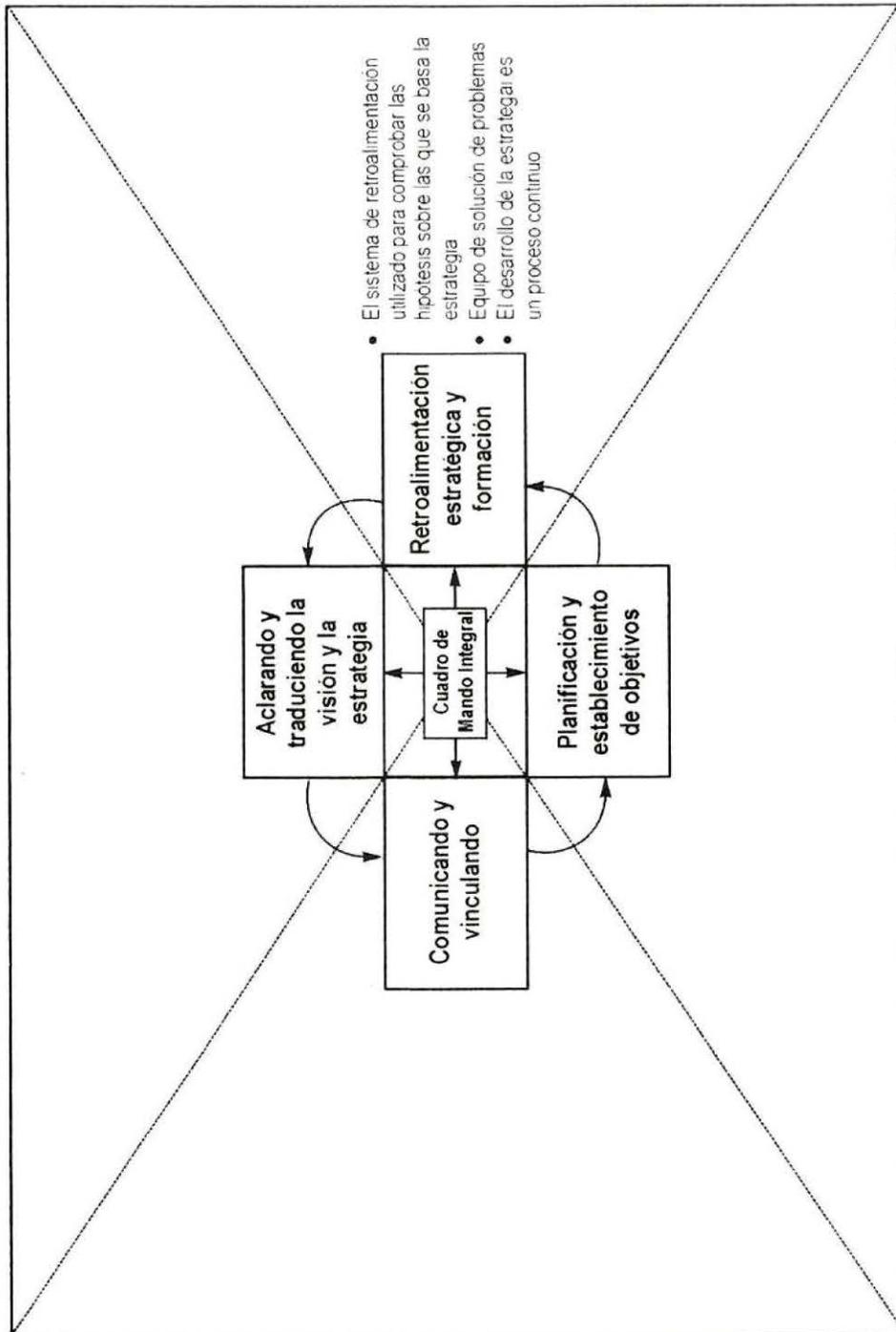


Figura 1.12. La mayoría de las empresas introducen el cuadro de mando para impulsar partes del proceso de gestión.

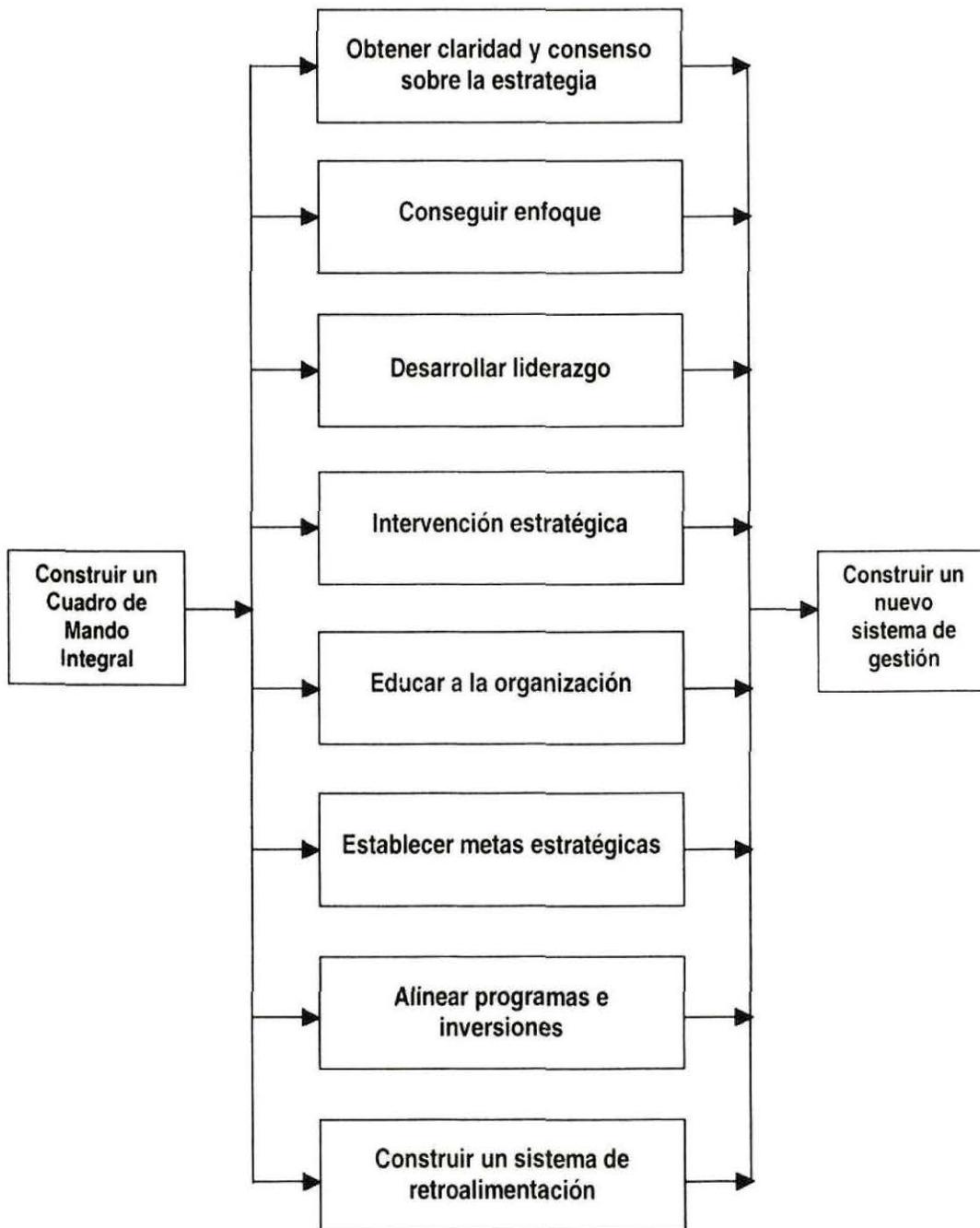
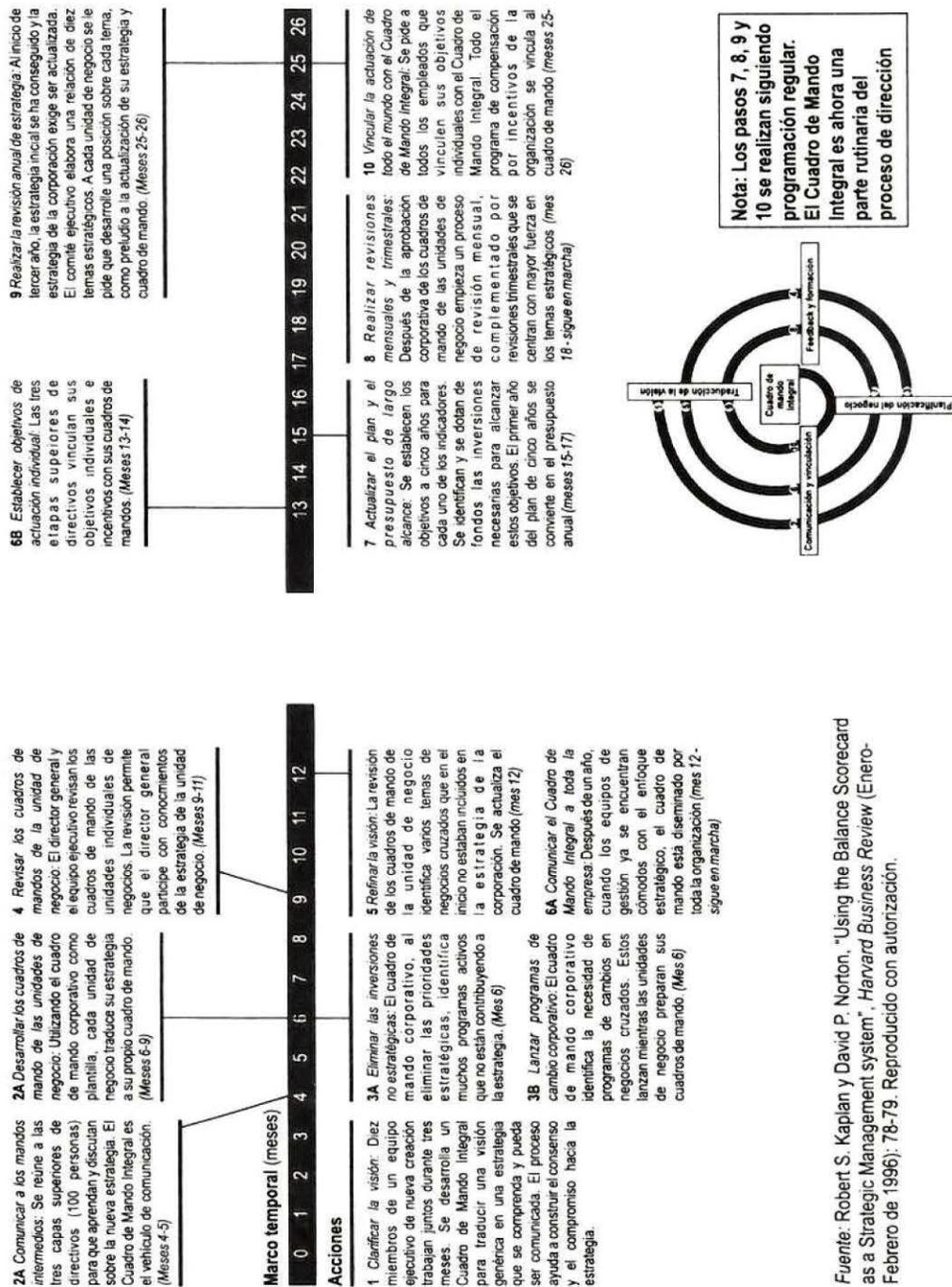
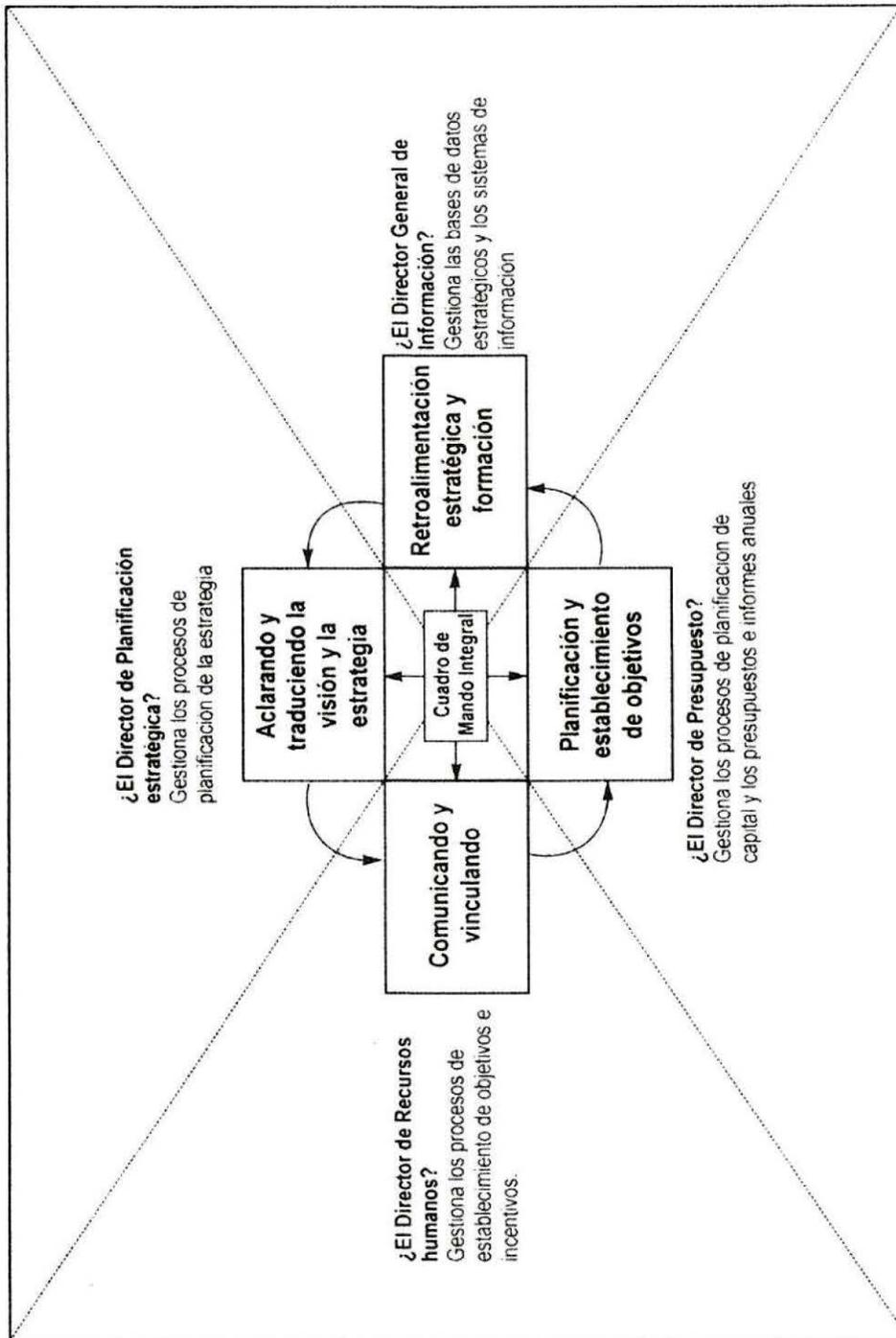


Figura 1.13. La utilización del sistema de gestión para orquestar el cambio.



Fuente: Robert S. Kaplan y David P. Norton, "Using the Balance Scorecard as a Strategic Management system", *Harvard Business Review* (Enero-Febrero de 1996): 78-79. Reproducido con autorización.

Figura 1.14. ¿Quién deberá gestionar el sistema de gestión estratégica?



ALINEACIÓN ESTRATÉGICA (De arriba abajo):

La puesta en práctica de la estrategia del hospital empieza por la educación e involucración de las personas y equipos de trabajo que deben ejecutarla. Para obtener el máximo beneficio, la Dirección General y sus equipos de apoyo, DPO y TEO, deben compartir su visión y estrategia con toda la organización, así como con los agentes exteriores clave. Con el fin de traducir la estrategia y el CMI en objetivos e indicadores que influirán en las prioridades del personal y los equipos, utilizaremos los siguientes tres mecanismos interrelacionados, pero bien diferenciados que describimos a continuación:

1. Programa de comunicación y formación
2. Programa de establecimiento de objetivos
3. Vinculación del sistema de incentivos

1. Programa de Comunicación y Formación: Un requisito previo para la implantación de la estrategia es que los funcionarios, equipos de trabajo, el Consejo Técnico, la Junta de Salud y la Alta Dirección del hospital comprendan y se comprometan con la estrategia, los nuevos valores o creencias y la conducta requerida para alcanzar los objetivos estratégicos del hospital. Un programa continuado y consistente para formar a la organización con respecto a los componentes de la estrategia es la base de la alineación de la organización. Dicho programa no sólo debe ser muy exhaustivo, sino también periódico y considerarse como una campaña de "marketing" interna.

Los **objetivos** de dicha campaña deberían ser:

- ◆ Crear concientización
- ◆ Comprometerse con los Nuevos valores o creencias
- ◆ Promover Nuevas conductas/actitudes.

"Si no comprenden la visión, no pueden compartirla o actuar en relación a ella".

El diseño de un programa de comunicación y formación debe responder a las siguientes preguntas fundamentales:

- ◆ ¿Cuáles son los objetivos de la estrategia de comunicación?
- ◆ ¿Cuáles son las audiencias seleccionadas?
- ◆ ¿Cuál es el mensaje clave para cada audiencia?
- ◆ ¿Cuál es el medio apropiado para cada audiencia?
- ◆ ¿Cuál es el marco temporal para cada fase de la estrategia de comunicación?

**PROGRAMA DE COMUNICACIÓN *:
VÍNCULOS DE COMUNICACIÓN:**

Audiencia seleccionada ↓	Diálogo estratégico	Informes detallados	Reuniones de revisión	Presentación itinerante de los líderes	Videos	Actualización periódica del boletín/folleto
Dirección General:	✓	De cada evento	Trimestral	Pistoletalo de salida	✓	Trimestral
Junta de Salud:	DG	DG	DG	DG		
Consejo Técnico:	DG Cuando sea necesario	DG Cuando sea necesario	DG Cuando sea necesario	DG Cuando sea necesario		
Asesores:	✓	Cuando sea necesario	Trimestral	Presentación itinerante		Mensual
Equipos de Trabajo:	✓	Semanales	Semanales	Presentación itinerante por coordinadores de equipo		Mensual
Coordinadores Equipos:	✓	Semanales	Cuando sea necesario	✓	✓	Mensual
Grupos externos de apoyo:	Cuando sea necesario	Cuando sea necesario	Cuando sea necesario	Cuando sea necesario		

(✓ Actividad continua)

*Se deben valorar los beneficios relativos de una exhaustiva comunicación, compromiso y adhesión de la mayor parte de los funcionarios del hospital en relación con los costos potenciales de la revelación de información y la no dedicación de tiempo y esfuerzo suficientes para la actuación o logros de resultados.

2. Programa de Establecimiento de Objetivos: Una vez que ya existe un nivel básico de comprensión, los individuos y los equipos de trabajo del hospital necesitan traducir los objetivos de más alto nivel estratégico a objetivos personales y de equipo. El enfoque de Dirección Por Objetivos debe vincularse a los objetivos, factores clave de éxito e indicadores articulados en el Cuadro de Mando Integral (CMI) para cada equipo, y en coordinación con el equipo TEO (Tácticas-estrategias-objetivos) realizar el enfoque que denominamos "alineación de tareas", que consiste en la redefinición de los roles laborales, responsabilidades y relaciones en el seno de cada equipo de trabajo del hospital, de modo tal que mejore la coordinación, el compromiso y la competencia requeridos para llevar a cabo las tareas que resultan críticas para tener éxito.

Pero antes de realizar la *alineación de tareas*, de abajo hacia arriba, que describiremos en detalle posteriormente, debemos dedicarnos a que el Cuadro de Mando Integral del hospital esté vinculado a su estrategia, siguiendo el enfoque de arriba hacia abajo, utilizando los principios de:

- ◆ **Las relaciones causa-efecto:** Una estrategia es un conjunto de hipótesis sobre las relaciones causa-efecto. Estas pueden expresarse con una secuencia de declaraciones del tipo *si/entonces*: Ejemplo: Si aumentamos la formación de los miembros de los equipos en cuanto al servicio al cliente entonces tendrán muchos más conocimientos con respecto a toda la gama de servicios que el hospital puede

ofrecer al PUC; si los miembros de los equipos tienen más conocimientos sobre los servicios, entonces mejorará la eficacia de su atención al PUC. Si mejora la eficacia de su atención al PUC, entonces mejorarán los tiempos de entrega del servicio y la imagen del hospital, y se podrán reducir las "colas". El CMI debe contar la historia de cada equipo de trabajo por medio de una secuencia de relaciones causa-efecto. Cada indicador seleccionado para un CMI debería ser un elemento de una cadena de relaciones de causa-efecto, que comunique el significado de la estrategia del equipo de trabajo de la organización.

- ◆ **Los indicadores de la actuación:** Los indicadores de la actuación son aquellos que tienden a ser específicos para cada equipo de trabajo en particular. Ellos reflejan la singularidad de la estrategia de esos equipos.

Ejemplo: Los procesos internos particulares y los objetivos de crecimiento y formación que constituyen la propuesta de valor añadido a los clientes y segmentos de mercados seleccionados no serán los mismos para el TF- atención al PUC y el Equipo Funcional - Administración.

Un buen Cuadro de Mando Integral (CMI) debe poseer una combinación de indicadores del resultado (*o indicadores de efecto*); y de indicadores de la actuación (*o indicadores de causa*). Los indicadores del resultado sin los inductores de la actuación no comunican la forma en que se conseguirán los resultados, ni proporcionan una indicación temprana de si la *estrategia* se está poniendo en práctica con éxito.

- ◆ **La vinculación con las finanzas:** En última instancia, los caminos causales de todos los indicadores de un Cuadro de Mando Integral deben estar vinculados con los objetivos financieros del presupuesto institucional. Nuestra responsabilidad como hospital es ser buenos administradores del dinero público, a través del incremento de la eficiencia del trabajo interno: Conocer el costo de cada uno de nuestros servicios para así mejorar su eficacia dentro de un presupuesto racionalmente organizado y sin desperdicios que lograremos a través del aumento de la eficiencia y coordinación de los procesos operacionales.

3. Vinculación del Sistema de Incentivos: La alineación de la organización hacia la *estrategia* debe ser motivada a través de los *sistemas de incentivos y recompensas*. Esta vinculación debe tratarse con cuidado, sin crear demasiadas expectativas no realizables en el personal. Los sistemas deben desarrollarse por etapas y equitativamente, según los rendimientos y desempeños demostrados y medidos; y sólo después de que se hayan implantado los programas descritos anteriormente.

La gran decisión a la que se enfrenta el hospital es si se deben vincular sus sistemas formales de compensación, los cuales de todas maneras deben renovarse, con las medidas del Cuadro de Mando, y CÓMO hacerlo.

Para que el Cuadro de Mando Integral cree el cambio cultural, la compensación incentivadora debe estar conectada a la consecución de los objetivos del CMI. En última instancia la decisión no es "sí", sino CÓMO y CUÁNDO tiene que realizarse la conexión.

Habría que, contando con fondos tal vez de un nuevo programa ligado a los Compromisos de Gestión del Hospital México con la CCSS, proponer indicadores de actuación, desempeño y rendimiento, así como de las tendencias individuales en la consecución de resultados con una ponderación según las perspectivas financieras, del cliente, del proceso interno y de la formación y el crecimiento. El riesgo de ser subjetivos siempre existe ya que muchas veces cuesta dar con los indicadores adecuados y los datos fiables para los indicadores seleccionados.

Por otro lado, si la compensación no está ligada explícitamente a los indicadores del CMI, ésta podría ser subjetiva y desequilibrada; aunque también se podría asignar una importancia a los objetivos individuales, y calcular los incentivos por el porcentaje de consecución de cada objetivo. Esto permitiría que se pague una compensación sustancial incluso cuando la actuación esté desequilibrada; esto es que el equipo de trabajo alcanza unos cuantos objetivos, mientras se queda corto en otros.

Se pueden establecer también unos niveles mínimos de entrada para todos los indicadores estratégicos de los períodos venideros, o para un subconjunto crítico de ellos. Los miembros de los equipos no ganan incentivos si la actuación dentro de un período no llega al umbral de cualquiera de los indicadores designados. Otro enfoque es el pago según los resultados obtenidos.

El diálogo sobre el CMI - formulación de objetivos, indicadores, metas, etc. - proporcionará muchas oportunidades para observar la actuación y las habilidades de los participantes logrando determinar los incentivos viables dentro de las posibilidades del momento y planeando hacia el futuro.

El reconocimiento como motivación extrínseca, ayuda a lograr la motivación intrínseca- que los funcionarios actúen siguiendo nuevas creencias y preferencias personales- que conduce a una mayor creatividad e innovación en la solución de los problemas. Esta motivación intrínseca existe sobre todo cuando los objetivos y acciones personales de los funcionarios son consistentes con la consecución de los indicadores y los factores clave de éxito de sus equipos.

Únicamente el diálogo, la experimentación, y la experiencia nos proporcionarán el camino crítico y la evidencia sobre el equilibrio apropiado entre las fórmulas objetivas y explícitas, y la evaluación subjetiva para vincular los incentivos a la consecución de los objetivos del Cuadro de Mando Integral.

LAS 4 PERSPECTIVAS DEL CMI:

Permiten un equilibrio entre los objetivos a corto y largo plazo; entre los resultados deseados y los inductores de actuación de esos resultados; y entre las medidas objetivas, más duras y las subjetivas, más suaves. Las perspectivas constan de aquellos factores que el CMI debe medir, ya que crean una ventaja competitiva y unos avances espectaculares para la organización:

- 1. LAS PERSPECTIVAS FINANCIERAS:** Cómo deberíamos aparecer ante nuestros "Accionistas", para tener éxito financiero/ para lograr una aplicación progresiva del modelo de asignación de recursos? Las medidas de actuación financiera indican si la estrategia de una organización, su puesta en práctica y ejecución, están contribuyendo a la mejora del mínimo aceptable. Los objetivos financieros acostumbran a relacionarse con la rentabilidad medida, por ejemplo, por los ingresos de explotación, los rendimientos del capital empleado o por el valor añadido económico.
- 2. LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE:** ¿Cómo deberíamos aparecer ante nuestros clientes para alcanzar nuestra visión?
Los indicadores fundamentales incluyen la satisfacción del cliente tanto externo como interno, la retención y productividad del empleado, y el valor añadido que el hospital aporta a sus PUC's, entre otros.
- 3. LA PERSPECTIVA DEL PROCESO INTERNO:** ¿En qué procesos debemos ser excelentes para satisfacer a nuestros clientes?
Se incorporan medidas de calidad y basadas en el tiempo, además de identificar procesos totalmente nuevos, en que el hospital deberá ser excelente para satisfacer sus objetivos estratégicos.
- 4. LA PERSPECTIVA DE FORMACIÓN Y CRECIMIENTO:** Cómo mantendremos y sustentaremos nuestra capacidad de cambiar y mejorar, para conseguir alcanzar nuestra visión?
El hospital tendrá que invertir en la recualificación de empleados, potenciar los sistemas y tecnologías de la información y coordinar los procedimientos y rutinas de la organización.

ALINEACIÓN DE TAREAS (De abajo hacia arriba):

La alineación de tareas se centra en el desarrollo de los equipos de trabajo paralelos, matriciales, tales como los conformados en el Hospital México, con el fin de asentar firmemente su compromiso con el nuevo enfoque y la competencia necesaria de sus miembros para reafirmar los comportamientos requeridos. Una organización

por tareas, que utiliza el enfoque de la Dirección por Objetivos, logra ser menos jerárquica y así los funcionarios participantes de los equipos podrán ser más eficaces, y estar más motivados; sabrán que el cambio organizativo mejorará no sólo al hospital, sino también su propio bienestar. Los cambios en la interacción rutinaria con otros individuos, la información que ahora se les proporciona, y las acciones por las que se les recompensa social e intrínsecamente irán creando un progresivo conjunto de demandas de comportamiento nuevo. Para obtener los beneficios de la alineación de tareas ha resultado crucial que el Director General del Hospital México implique a los miembros de los diferentes equipos en el proceso de realinear nuestra organización con las realidades del nuevo mundo del trabajo.

Por *Alineación de Tareas* se entiende la *redefinición de roles laborales, responsabilidades y relaciones* de modo tal que mejore la *Coordinación, las competencias clave y los compromisos* de las personas, requeridos para llevar a cabo las tareas que resultan críticas para que el hospital tenga éxito.

Basados en las cuatro perspectivas del Cuadro de Mando Integral iniciamos con la del *aprendizaje y crecimiento*, cuyos *objetivos e indicadores* proporcionan la infraestructura que permite que alcancemos los objetivos ambiciosos en las tres restantes perspectivas. Los objetivos e indicadores del aprendizaje y crecimiento son los inductores necesarios para conseguir unos resultados excelentes en las tres primeras perspectivas.

En nuestro caso la *alineación de tareas* se debe dar en las siguientes áreas:

A. CLIMA ORGANIZACIONAL:

En esta sección se busca alinear los nuevos roles, responsabilidades y relaciones con los objetivos y esfuerzos que se realizan en el hospital por construir y mantener un clima y una cultura hacia la calidad, excelencia, participación y crecimiento organizacionales:

CLIMA/CULTURA ORGANIZACIONAL:	ALINEACIÓN: Roles/Responsabilidades / Relaciones
1. Valores Organizacionales:	1. Énfasis en nuevas creencias orientadas a estimular la coordinación, el desempeño y los logros
2. Estilo:	2. Hacer lo que tenemos que hacer para ser exitosos ahora y en el futuro
3. Motivación/Participación:	3. Más libertad a los funcionarios para tomar decisiones y actuar. La delegación de poder (empowerment) y la iniciativa personal son esenciales
4. Formación y Desarrollo:	4. Planeamiento de la capacitación asociado con la estrategia del hospital
5. Uso del tiempo:	5. Orientado a satisfacer al cliente en sus necesidades
6. Sistema de Compensación:	6. Los funcionarios y equipos son recompensados y reconocidos como respuesta a su esfuerzo y actuación, en lugar de ser ignorados, criticados negativamente o castigados.
7. Estándares de Actuación:	7. Énfasis puesto en la actuación de calidad y en la consecución de resultados.
8. Cordialidad, Confianza y Apoyo:	8. El respeto, la ayuda mutua, y el calor humano son normas para las buenas relaciones humanas
9. El Liderazgo:	9. Se enfatiza el liderazgo de equipo y su compensación se basa en la profesionalidad individual y de los equipos de trabajo
10. Claridad de la Organización:	10. El hospital debe estar bien organizado, con sus metas y responsabilidades claramente definidas.
11. Comunicaciones:	11. La información importante se comparte rápida y correctamente de arriba abajo, de abajo hacia arriba y horizontalmente con todo el hospital
12. Creatividad:	12. El hospital es innovador y está abierto a nuevas ideas. La creatividad se potencia a todos los niveles de responsabilidad.
13. Estrés Laboral:	13. Sus niveles deben ser adecuados al puesto y equipo de trabajo
14. Ética:	14. El énfasis del hospital se pone en estándares altos de conducta moral a todos los niveles. No deben existir diversidad de estándares
15. Tolerancia:	15. La norma es no tener prejuicios ni discriminar.
16. Retroalimentación y Controles:	16. Se utilizan procedimientos de información, Cuadros de Mando, comparación y corrección, evaluaciones del desempeño y de resultados y auditorías pre y post facto. Los controles se utilizan para ayudar y resolver problemas y no para castigar, sino para aprender.
17. Recursos:	17. Contar con suficientes fondos, equipamiento y suministros forma parte de los factores clave de éxito de los responsables de las actividades de apoyo
18. Desarrollo del Funcionario:	18. Es una de las principales prioridades del hospital. El desarrollo personal y profesional se potencia a todos los niveles y en todos los equipos de la organización
19. Condiciones Físicas de Trabajo:	19. La iluminación, los servicios sanitarios, la disponibilidad de espacio, etc. y todas las condiciones de trabajo seguras y confortables son también factores clave de éxito de las actividades de apoyo y los equipos de trabajo del hospital

CLIMA/CULTURA ORGANIZACIONAL:	ALINEACIÓN: Roles/Responsabilidades / Relaciones
20. Trabajo en Equipo:	20. Los equipos multidisciplinarios, multidimensionales, y autosupervisados con objetivos alineados a la estrategia del hospital son los responsables directos del proceso de modernización. La participación, compromiso, competencias clave y coordinación (intra e inter-equipo) de sus miembros asegurarán la consecución de los resultados propuestos
21. Orgullo del Funcionario:	21. La participación en las decisiones; el reconocimiento por su buen desempeño y rendimiento; el apoyo a usar su iniciativa; el acceso a la información; su retención; formación; productividad y en general su satisfacción serán algunos de los indicadores clave sobre los funcionarios y motivos de su orgullo
22. Implicación del Funcionario:	22. Los funcionarios están involucrados en las decisiones que les afectan. Todos tienen sus factores clave de éxito a conseguir bien definidos dentro de sus equipos de trabajo. Todos participan activamente en la toma de decisiones. Todos se comprometen a cumplir con sus respectivos Acuerdos de Asociación/Ejecución
23. Satisfacción del Paciente, Usuario, Cliente (interno y externo):	23. El hospital da prioridad estratégica a la satisfacción del PUC. Todos nos tratamos y nos ponemos en el lugar del cliente. Tenemos disposición para descubrir y eliminar los problemas del PUC, tratando de sobrepasar sus expectativas, tendiendo la mano y resolviendo todas sus quejas con competencia, capacidad y autorización y mejorando en forma continua nuestros procesos y servicios.

B. DISPONIBILIDAD Y CAPACIDADES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN:

Los equipos de trabajo y los funcionarios necesitan disponer de una información excelente sobre los PUC's; sobre los procesos internos; y sobre las consecuencias presupuestales/financieras de sus decisiones.

El Cuadro de Mando Integral también debe ser utilizado como un sistema de información que utiliza el hospital para difundir y/o compartir aprendizajes importantes en cuanto a innovaciones en los servicios, nuevas tecnologías, "Benchmarking", y la conservación del medio ambiente (por ejemplo programas de manejo de desechos peligrosos, etc.). Dichos factores deberán de incorporarse ya sea como proyectos, programas, procesos, esfuerzos, procedimientos, etc. con sus respectivos responsables.

C. TRABAJO EN EQUIPO:

A continuación se proporciona un marco de alineación en cuanto a la efectividad del líder, y de cada miembro del equipo, desde la perspectiva del cliente interno, que puede servir como instrumento de evaluación en el área de la retroalimentación (*feedback*):

ÁREAS:	ALINEACIÓN: EFECTIVIDAD DEL LÍDER:
1. Preparación para las reuniones:	Deficiente-Suficiente-Adecuada-Buena-Excelente
2. Efectividad en la dirección de las reuniones:	
3. Propicia una atmósfera de cooperación:	
4. Apoya a otras personas para colaborar:	
5. Consideración de las necesidades de cada persona:	
6. Asignación democrática de responsabilidades de acuerdo al potencial de éxito de cada miembro:	
7. Disposición para escuchar a los demás:	
8. Apertura a la exposición de las ideas de cada uno:	
9. Cumplimiento de sus compromisos:	
10. Apoyo al equipo con un nivel superior de gestión:	
11. Creación de una atmósfera más centrada en el equipo que centrada en el líder.	
12. Descubrimiento de áreas de intereses comunes entre distintas personas e ideas:	
13. Centra la atención en objetivos comunes:	
14. Genera entusiasmo entre los miembros del equipo:	
15. Seguimiento del proceso/ proyecto hasta su culminación:	
16. Efectividad global del Líder:	
I. Capacidad para la resolución de problemas (RP):	ALINEACIÓN CADA MIEMBRO DEL EQUIPO:
1. Conoce bien el tema	Deficiente-Suficiente-Adecuado-Buena-Excelente
2. Recoge la información precisa y completa	
3. Entiende los temas principales y la relación entre las partes o fases del problema	
4. Llega a conclusiones basadas en la evidencia probada	
5. Observa probables consecuencias de soluciones	
6. Es objetivo	
7. Es creativo	
II. Capacidad para el trabajo en grupo:	
1. Demuestra consideración por las opiniones de los demás	5. Se expresa con claridad
2. Demuestra interés por el libre intercambio de ideas	6. Agrupa puntos de vista opuestos
3. Comprende cómo se sienten los demás	7. Participa activamente en el intento por resolver problemas
4. Escucha respetuosamente ⇒	

INDICADORES DE CONSTITUCIÓN Y ACTUACIÓN DE LOS EQUIPOS:	
1.	Encuestas internas sobre el tema de los equipos: Encuesta a los miembros de cada equipo. Encuesta al DG, TF-DPO, Equipo TEO, y otras unidades y funcionarios del hospital en cuando a su opinión sobre la efectividad de los equipos.
2.	Nivel de Participación de los miembros en cada equipo: Ausentismo; participación parcial o total de los miembros en la resolución de problemas.
3.	Análisis realizados y calidad: FODA; FCE; PE-T; Encuestas; etc.
4.	Planes de Acción elaborados y puestos en práctica
5.	Factores clave de Éxito: Seguimiento, monitoreo, ejecución
6.	Alineaciones Completadas: Incluidas en sus Acuerdos de Asociación Ejecución
7.	Resultados positivos concretos y periodo de ejecución
8.	Porcentaje de áreas de coordinación con otros equipos
9.	Creatividad e innovación: Nuevos procedimientos, políticas, procesos, programas, proyectos, etc. escritos y presentados a la Dirección.

A continuación presentamos diferentes alternativas en cuanto a otras perspectivas relacionadas con factores y/o indicadores que el Equipo TEO debe analizar al diseñar el Cuadro de Mando Integral del Hospital México. No incluimos el detalle de los Compromisos de Gestión 1999, cuyos factores e indicadores deben ser incluidos en los respectivos Equipos de Trabajo. Iniciamos identificando indicadores genéricos, dentro de las perspectivas que sugerimos contenga el CMI:

PERSPECTIVA:	INDICADORES GENÉRICOS:
1. FINANZAS / PRESUPUESTO:	1. Rendimiento sobre lo presupuestado; alineación presupuesto/ Plan Estratégico Táctico Anual; facturación; costos; valor añadido económico, incentivos incluidos en los Compromisos de Gestión.
2. CLIENTES:	2. Satisfacción del funcionario y PUC; participación, desempeño; productividad; conocimiento de necesidades; sistema de respuesta; calidad servicios.
3. PROCESOS INTERNOS:	3. Calidad; tiempos de respuesta, innovación, operaciones, servicio ACR's, "Benchmarking".
4. FORMACIÓN Y CRECIMIENTO:	4. Satisfacción de los empleados, capacidad y disponibilidad de sistemas de sistemas de información, constitución y actuación de equipos de trabajo.

Los principales hallazgos, en el estudio sobre el diagnóstico de la cultura y el clima organizacionales en el Hospital México, fueron los siguientes *:

A) MUY CRÍTICOS:

1. LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO (4,1)
2. LAS ASOCIACIONES GREMIALES (4,1)
3. LA COMUNICACIÓN (4,6)

B) NIVEL REGULAR:

1. CLARIDAD DE OBJETIVOS Y CONOCIMIENTO DE LA INSTITUCIÓN (6,4)
2. VALORES (7,0)
3. PERCEPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN (7,6)
4. ORIENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN HACIA EL CLIENTE (6,8)
5. TIPO DE ORGANIZACIÓN (6,8)
6. EJERCICIO DE PODER Y LIDERAZGO (7,1)

C) BIEN CALIFICADOS:

1. PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES DEL TRABAJO (7,9)
2. MOTIVACIÓN HACIA EL TRABAJO (7,9)
3. RELACIONES INTERPERSONALES (8,7)

* Calificación de 0 a 10, donde 10 es el valor máximo

Los resultados iniciales, antes de completar el proceso de cambio, habían sido los siguientes:

PREMIO A LA EXCELENCIA - RESULTADOS DE EVALUACIÓN					
Nombre de la empresa: Hospital México					
CATEGORÍAS Y VARIABLES	PUNT. MÁX.	ENFOQUE %	IMPLEM. %	PROMED. %	TOTAL DE PUNTO
1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	190			14.7	28.0
1.1 Conocimiento del cliente	45	20	10	15	6.8
1.2 Sistema de respuesta	40	30	20	25	10.0
1.3 Estándares de servicio	40	10	10	10	4.0
1.4 Documentación	15	20	10	15	2.3
1.5 Resultados	50			10	5.0
2. LIDERAZ. GERENC. Y PLANIF. ESTR.	180			17.2	31.0
2.1 Liderazgo mediante el ejemplo	20	10	10	10	2.0
2.2 Valores de calidad	20	20	10	15	3.0
2.3 Planificación Estratégica	20	20	10	15	3.0
2.4 Planificación Operativa	20	10	20	15	3.0
2.5 Dirección y seguimiento	20	20	10	15	3.0
2.6 Desarrollo de la comunidad	20	10	10	10	2.0
2.7 Documentación	15	10	10	10	1.5
2.8 Resultados	45			30	13.5
3. RECURSOS HUMANOS	170			10.0	17.0
3.1 Administración de Recursos Humanos	25	10	10	10	2.5
3.2 Participación de los empleados	20	10	10	10	2.0
3.3 Desarrollo y capacitación	25	10	10	10	2.5
3.4 Desempeño y reconocimiento	25	10	10	10	2.5
3.5 Clima organizacional y satisfacción	25	10	10	10	2.5
3.6 Documentación	10	10	10	10	1.0
3.7 Resultados	40			10	4.0
4. SISTEMAS Y PROCESOS DE CALIDAD	160			10.0	16.0
4.1 Control de procesos y servicios de calidad	40	10	10	10	4.0
4.2 Mejora continua	35	10	10	10	3.5
4.3 Proveedores	25	10	10	10	2.5
4.4 Documentación	20	10	10	10	2.0
4.5 Resultados	40			10	4.0
5. INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA	150			10.0	15.0
5.1 Innovación	45	10	10	10	4.5
5.2 Tecnología	45	10	10	10	4.5
5.3 Documentación	15	10	10	10	1.5
5.4 Resultados	45			10	4.5
6. GESTIÓN AMBIENTAL	150			10.0	15.0
6.1 Política y compromiso ambiental	20	10	10	10	2.0
6.2 Planificación	30	10	10	10	3.0
6.3 Implementación y operación	30	10	10	10	3.0
6.4 Documentación	20	10	10	10	2.0
6.5 Resultados	50			10	5.0
TOTAL EN PUNTOS	1000				122.0

SISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO: HOSPITAL MÉXICO

Una vez definido el PLAN ESTRATÉGICO - TÁCTICO PARTICIPATIVO del Hospital México, la siguiente tarea de la Dirección General consistió en proveer los métodos, herramientas o procedimientos que aseguren la puesta en marcha de dicho plan, introduciendo nuevas prácticas dentro del proceso de modernización.

Esto se consigue a través del DISEÑO ESTRATÉGICO de dispositivos para lograr:

- Congruencia de objetivos de actividad; costo y calidad,
- Utilización eficiente, eficaz de los recursos,
- Recolectar información atinente a la toma de decisiones estratégicas, operativas, y de los compromisos de gestión

TIPOS DE CONTROL:

1- ORIENTADO HACIA LOS INDIVIDUOS:

a- Se puso en práctica la utilización de las "Task Forces" que, como equipos de trabajo multidisciplinarios, y auto - dirigidos, cuentan con una planeación de actividades colegiada y basada en la obtención de resultados concretos. Sus procesos de trabajo se relacionan entre sí, constituyéndose en la práctica en sus propios monitores y controladores (autosupervisión).

b- Así como existe una relación contractual entre el financiador - comprador y el prestador (CCSS - Hospital México) bajo la modalidad de los compromisos de gestión, se ejecutaron los "acuerdos de Asociación/Ejecución" entre la Dirección del Hospital y los diferentes equipos "Task Force", con el fin de dar dirección y definición, al igual que lograr una asociación real, a los compromisos del nuevo paradigma de la interacción productiva horizontal de la organización.

Cada "Acuerdo de Asociación/Ejecución" consiste de los siguientes elementos:

- ◆ Resultados Deseados (y no métodos): Identificar lo que hay que hacer, quienes lo hacen y cuándo,
- ◆ Directrices: Especificar los parámetros (políticas, principios, etc.) que enmarcan los resultados que se deben alcanzar,
- ◆ Recursos: Identificar el apoyo humano, económico, técnico u organizacional con el que se puede contar para ayudar a alcanzar los resultados,
- ◆ Enunciados del diagnóstico: Establecer las normas de rendimiento y el momento de evaluación,
- ◆ Consecuencias: Especificar los factores positivos (ej.: incentivos) y negativos (ej.: repercusiones laborales) derivados de una incompleta ejecución de los enunciados del diagnóstico (dicho término implica tanto el proceso activo como la conclusión alcanzada por tal proceso).

2- ORIENTADO HACIA LA EFECTIVIDAD:

Los dispositivos en este caso están identificados por una serie de indicadores básicos para medir el desempeño del Hospital, así como para fortalecer la capacidad de gestión y mejorar la calidad de los servicios. Recordemos que la verdadera EFECTIVIDAD está en función de dos cosas: lo que se produce, y los medios o bienes de producción y la capacidad para producir (Efectividad = equilibrio P/CP, donde P = Producción de resultados y CP = Capacidad de producción). Este tipo de control está dirigido a:

- a- Los Compromisos de Gestión: Objetivos de Organización; Objetivos de Prestación; y los Objetivos de Calidad, tomando en cuenta el volumen de actividad contratada - atención Hospitalaria, atención de consulta externa, atención urgencia, cirugía ambulatoria- la actividad UPH y el presupuesto según SARF.
- b- A la Gestión por Procesos, aplicando el principio que establece que "todo proceso puede y debe ser medido". Sin medición no hay control ni retroalimentación, tampoco se podría verificar la mejora del proceso en el tiempo, y no habría conocimiento ni estándares de desempeño, y se podrían evadir las responsabilidades y los plazos. Por tales razones la Dirección cuenta con dispositivos-indicadores, parámetros o reglas específicas-relacionados con las "Acciones Concretas de Rediseño (ACR)" establecidas por los equipos de trabajo correspondientes a la "Gestión por Procesos".

El control orientado a la Efectividad ayudará a la introducción del Hospital a la cultura de COSTO/PRODUCTO/RESULTADO, así como al logro paulatino de una gestión interna descentralizada, con la ejecución de la DIRECCIÓN POR OBJETIVOS (DPO'S).

3- ORIENTADO HACIA LA RECOLECCIÓN Y AL USO DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES:

Se pretende establecer un sistema de información completo, basado en la agregación de las distintas Áreas contempladas en el PLAN ESTRATÉGICO-TÁCTICO PARTICIPATIVO. Los equipos de trabajo de cada una de dichas áreas diseñan su propio CUADRO DE MANDO INTEGRAL, como instrumento de sistema de gestión. La Dirección General contaría con un Auditor Médico Interno y otro Administrativo Interno con el fin de dar seguimiento, controlar y evaluar las actividades básicas (o primarias) y las actividades de apoyo de la Cadena de Valor del Hospital, manteniendo un control estratégico-táctico sobre la mejora de la salud, la calidad en los servicios a los usuarios, así como la eficiencia y la eficacia.

Los miembros del Equipo TEO (Tácticas, Estrategias, Objetivos) colaboran con la Dirección General del Hospital en la elaboración y ejecución del Cuadro de Mando Integral (CMI), durante las etapas subsiguientes del proceso de planificación estratégica táctica participativa.

CRITERIOS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL DEL HOSPITAL MÉXICO

1. Cada Indicador de Resultado (o de Efecto), así como cada Indicador Inductor de la Actuación (o de Causa) debe estar directamente vinculado con un Objetivo Estratégico del hospital.
2. Los Indicadores Estratégicos son aquellos que definen la estrategia del *Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000 del Hospital México*, diseñada para obtener una excelencia competitiva.
3. Los Indicadores Estratégicos constan de los **Indicadores de Resultados Centrales (o de efecto)** que son los que señalan los objetivos últimos de la estrategia y si los esfuerzos más próximos han conducido a los resultados deseados; y de los **Indicadores de la Actuación (o de causa)** que señalan a todos los participantes de la organización lo que deberían estar haciendo para crear valor en el futuro.
4. Las medidas se deben definir claramente para que la gente las entienda sin dificultad alguna.
5. Las medidas se deben basar en el Resultado Central (o Indicador de Efecto) desde el punto de vista del cliente, el cual puede ser el paciente, usuario, el cliente interno, o la CCSS en el caso del *Compromiso de Gestión*, y no en el proceso desde el punto de vista del empleado. Un ejemplo de esta distinción sería los tiempos de paralización en el suministro de equipo de ortovoltaje que ayuda a tratar el cáncer superficial de la piel (clientes sin servicio) en lugar del número de negociaciones para la adquisición de dicho equipo (que supuestamente justifica el ofrecimiento futuro de un servicio a los clientes). La cantidad de actividad en la trastienda importa poco si los pacientes siguen sin contar con el servicio del equipo de ortovoltaje.
6. Las medidas deben ser fáciles de controlar. La inversión de tiempo y salarios para medir con precisión, en un momento determinado puede provocar resultados más bajos. El rigor de las medidas debe ser únicamente bastante, sin extremismos, como para apoyar los procesos de resolución de problemas y de toma de decisiones bien fundamentados y basados en los hechos, y no en las intenciones. Por tal motivo los **Indicadores Inductores de la Actuación (o de causa)** deben paulatinamente convertirse en una práctica posible y aceptable.
7. Además de definir adecuadamente los **Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000**, enmarcados bajo las cuatro perspectivas: **Financieras, Clientes, Internas y de Formación**, se hace necesario también definir las **UNIDADES ESTRATÉGICAS DE NEGOCIO (UEN)**. Lo importante para saber si un equipo de trabajo, una unidad funcional o un

departamento debería tener un Cuadro de Mando Integral (CMI) y por ende los indicadores mencionados, es averiguar por medio de los análisis realizados y sus documentos base (en el caso inicial de los equipos de trabajo del hospital) si dichos grupos tienen (o deberían tener) una misión, una estrategia, unos clientes (internos o externos) y unos procesos internos que le permitan realizar su misión y estrategia. Si es así, el equipo es un candidato válido para un CMI. Si no lo fuera, el grupo debería desmantelarse o continuar trabajando dentro de las modalidades ya sea de programa, proyecto, o comisión *ad hoc*.

- 8. Utilizando los Indicadores de la Actuación (o de causa) cada UEN debe definir sus respectivos FACTORES CLAVE DE ÉXITO**, que indican a la UEN cómo se enteraría de que tuvo éxito. La ejecución de dichos factores por parte de cada UEN será el motivo de la medición del desempeño y rendimiento de los equipos de trabajo (UEN) del hospital y de sus miembros, proceso designado por la Dirección General del Hospital México al Equipo TEO (tácticas, estrategias, objetivos).
- 9. Cada Factor Clave de Éxito debe tener un “dueño” o “propietario”, dentro de cada UEN, que se responsabiliza de los resultados.** Alguien debe ser responsable de saber en qué lugar se encuentra el hospital con respecto a cada medida, de saber qué es lo que se está haciendo para mejorarla, y de evaluar, reconocer, recompensar, tomar medidas correctivas hacia la consecución “de hecho” de los objetivos propuestos.
- 10. Cada Factor Clave de Éxito debe especificar sus METAS.** Metas mínimas, satisfactorias y sobresalientes. El primer nivel de límite mínimo que es de desempeño dudoso. El segundo nivel satisfactorio podría implicar que la meta alcanzada no fue suficientemente desafiante, y el tercero es el objetivo sobresaliente, que es la máxima meta viable. Todas las metas son cuantificables.
- 11. La “buena información” acerca de los Factores Clave de Éxito se denomina STATUS.** Es la información que da el Status actual referente a cada Factor Clave de Éxito la que nos permite ver dónde nos encontramos comparados con nuestras Metas.
- 12. El CMI además de indicar el PERÍODO de ejecución de cada FCE, debe contemplar la información de TENDENCIA con el fin de saber si los responsables de cada FCE van en la dirección correcta.** Se aplica sobre todo a los porcentajes previstos en los diferentes “Niveles de Meta” (mínimo, satisfactorio, sobresaliente). El Equipo TEO transfiere a la Dirección General un informe anotando una “B” para una buena TENDENCIA o desempeño creciente, y una “M” para una mala o desempeño decreciente.

**CUADRO DE MANDO INTEGRAL CMI
HOSPITAL MÉXICO
Puesta en práctica del Plan Estratégico Táctico Participativo (PETP)
Perspectivas: Procesos Internos y Formación
(DEL 10 DE MAYO AL 30 DE JULIO, 1999)**

EQUIPOS TASK FORCE:

INDICADORES ESTRATÉGICOS

Indicador de Efecto: Resultados Centrales: Factores Clave de Éxito	Indicador de Causa: Inductores de la Actuación	Periodo	Responsable	Monitoreo o Revisión	Fuente o Lugar
Procesos internos:					
I. Implementación del Sistema de Gestión. Cuadro de Mando Integral (CMI) en el Hospital México.	1. Definir estructura / componentes / alineaciones del CMI del Hospital México.	Semana mayo 17	Equipo TEO	Dirección General (DG)	Bioestadística/DG
	2. Definir CMI para y con las <i>task forces</i> : Urgencias, Consulta Externa, Cirugía Ambulatoria, Hospitalización.	Semana mayo 24	Equipo TEO/ <i>task forces</i> (TF)	DG	Sala 1er. Piso
	3. Definir Reuniones de Revisión: Procesos de gestión estratégica, matricial, operativa.	Semana mayo 24	TF-DPO/Equipo TEO/TF s	DG	DG
	4. Seleccionar y poner en práctica las alineaciones de tareas sugeridas por los TF s.	Semana junio 7	TF-DPO/TF s	DG	HM
	5. Identificar las alineaciones de tareas que requieran cambios en las actividades del hospital, y realizar las acciones pertinentes para lograrlas.		TF-DPO	DG	HM
	6. Firma de los <i>Acuerdos de Asociación/Ejecución</i> .	Semana mayo 31 a junio 4	TF-DPO/TF s	DG	DG
	7. Ejecución de los <i>Acuerdos de Asociación/Ejecución</i>		TF s/	TF-DPO/DG	HM
	8. Revisión Estratégica del CMI.	Semana julio 19	TF s/ TF-DPO	DG/Equipo TEO DG	DG
II. Implementación del proceso <i>Benchmarking</i> para: Mejores prácticas organizativas (TF s): Competividad (EF-administración)	1. Diseñar/ejecutar un <i>análisis competitivo de las actividades de apoyo-Administración</i>	Semana julio 21	Equipo <i>Benchmarkin</i>	DG	Adm.
	2. Ejecutar <i>Instrumento de evaluación para la excelencia organizativa</i> .	Semana julio 7	Equipo <i>Benchmarking</i>	DG	TF s

INDICADORES ESTRATÉGICOS

Indicador de Efecto: Resultados Centrales: Factores Clave de Éxito	Indicador de Causa: Inductores de la Actuación	Período	Responsable	Monitoreo o Revisión	Fuente o Lugar
Formación:					
1. Puesta en práctica de un <i>Sistema de Comunicación Interna</i> basado en un enfoque de <i>marketing</i> que logre una alineación de la estrategia del PETP con toda la organización	1. Promocionar y lograr compromiso con los nuevos valores y cambio de actitudes y conductas a través de la realización del <i>Seminario sobre la puesta en práctica del PETP del Hospital México: El Cuadro de Mando Integral (CMI): Organización y resultados</i>	Semana Julio 26	TF-DPO	DG	Auditorio HM
II. Mejoramiento continuo en la implantación del enfoque de la Dirección por Objetivos por parte de los <i>task forces</i> .	1. Realizar Talleres Ejecutivos con los TF's sobre el uso y manejo del CMI.	Semanas mayo 10, mayo 17, mayo 24	Equipo TEO	DG	Sala 1er Piso
	2. Realizar Talleres Ejecutivos con los TF's sobre alienación de tareas (roles, responsabilidades, relaciones, coordinaciones).	Semanas junio 7, junio 14, junio 28	TF - DPO	DG	Sala 1er Piso
	3. Realizar Taller Ejecutivo sobre satisfacción del cliente y las mejores prácticas.	Semana junio 21	Equipo <i>Benchmarking</i>	DG	Sala 1er Piso
	4. Realizar Taller ejecutivo sobre Competitividad	Semana mayo 24	Equipo <i>Benchmarking</i>	DG	Sala 1er Piso
	5. Iniciar el desarrollo de una base de datos para el CMI.	Semana mayo 17	Equipo TEO	DG	Bioestadística

Dirección General, Hospital México. Versión del 11 de mayo, 1999.
M. Sc. José Martí Solórzano Rojas. Consultor (CMI-PETP 99).

Dirección General:

Objetivos Estratégicos	Responsable Directo →	Factor Clave del Éxito	Status	Meta satif.
Procesos Internos:				
I. Alinear la estrategia del PETP 1998-2000 Hospital México con los indicadores de causa (inductores de la actuación) y los indicadores de efecto (resultados).	Equipo TEO / TF-DPO / <i>task forces</i>	I. Implementación del sistema de Gestión: Cuadro de Mando Integral (CMI)	Retrasado	Semana del 19 de julio
II. Continuar con la puesta en marcha del proceso de <i>Benchmarking</i> para reforzar las actividades básicas de apoyo de la cadena de valor del hospital.	Equipo <i>Benchmarking</i>	II. Implementación del proceso <i>Benchmarking</i> para: Mejores prácticas organizativas (TF's); y competitividad (EF-Administración).	1	Semana del 21 de julio
Formación:				
I. Implementar un <i>Sistema de Comunicación Interna</i> en el Hospital México	TF-DPO	I. Puesta en práctica de un <i>Sistema de Comunicación Interna</i> basado en un enfoque de <i>marketing</i> que logre una alienación de la estrategia del PETP con toda la organización (seminario)	1	Semana del 26 de julio
II. Alinear los objetivos estratégicos del PETP con los indicadores estratégicos de los TF's	Equipo TEO / TF-DPO / Equipo <i>Benchmarking</i>	II. Mejoramiento continuo de la implantación del enfoque de la Dirección por Objetivos por parte de los <i>Task forces</i> .	1	Semana del 28 de junio

Dirección General, Hospital México. Versión del 11 de mayo, 1999.

M. Sc. José Martí Solórzano Rojas, Consultor (CMI-PETP 99).

**CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)
REUNIONES DE REVISIÓN – EVALUACIÓN
HOSPITAL MÉXICO
(Del 10 de mayo al 30 de julio, 1999)**

Reuniones:	Fecha:	Agenda:	Participantes:	Coordinador:
1. Matricial	Semana de acuerdo al CMI de las <i>task forces</i> .	- Ejecución FCE - Alineación de tareas - Revisar actuación	Miembros TF's: Urgencias; Consulta Externa; Hospitalización; <i>Benchmarking</i> ; TF-DPO; TEO.	Coordinadores Equipos TF's
2. Operativa*	Mensual de acuerdo al CMI del TEO y el TF-DPO	- Acciones - Discutir las implicaciones - Revisar la actuación	Miembros Equipo TEO; TF-DPO; Coordinadores TF's	Coordinadores TF-DPO; Equipo TEO.
3. Estratégica	Mayo 11	- Revisión / Aprobación CMI – PEPT mayo 10 / julio 30-99.	Consultor	Director General, Hospital México (DG)
	Semana del 28 de junio	- Informes: Talleres ejecutivos; Base de Datos.	TEO / DPO / <i>equipo benchmarking</i>	
	Semana del 19 de julio	- Implementación del CMI: Informe de ejecución de los <i>Acuerdos As./Ej.</i>	<i>Task forces</i> ; Equipo TEO; TF-DPO.	DG
	Semana del 21 de julio	- Informe de <i>Benchmarking</i> ; Competitividad; mejores prácticas.	<i>Equipo Benchmarking</i>	DG
	Semana del 26 de julio	- Sist. Comunic. Interna: Realización <i>Seminario CMI.</i>	TF-DPO	DG
	Semana del 2 de julio al 6 de agosto	- Refinar los temas estratégicos. - Discutir las implicaciones. - Revisar la actuación.	TEO; DPO; TF's; <i>Benchmarking</i>	DG

Dirección General, Hospital México. Versión del 11 de mayo, 1999.
M. Sc. José Martí Solórzano Rojas, Consultor (CMI-PETP 99).

***Nota:** Los equipos de apoyo (TEO; DPO) deben elaborar sus respectivas programaciones de acuerdo a los procesos de gestión estratégica (incluida en este cuadro) y matricial (a ser acordada en los diferentes equipos *task force*, y basada en el CMI- Del 10 de mayo al 30 de julio, 1999).

**LOS QUÉS, CÓMOS, CUÁNDOS, ETC. DEL
CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)
HOSPITAL MÉXICO**

INDICADORES ESTRATÉGICOS

Indicador de Efecto o Resultados Centrales o Factores Clave de Éxito	Indicador de Causa o Inductores de la Actuación	Período	Responsable	Monitoreo o Revisión o Evaluación	Fuente o Lugar o Unidad Presupuestaria
Señalan los objetivos últimos de la estrategia para los TF Están basados en los OBJETIVOS ESTRATÉGICOS: Ejemplo: Satisfacer las expectativas del PUC Qué?	Señalan a todos los miembros de los TF lo que deberían estar haciendo con el fin de lograr Resultados. Cómo?	Cuándo?	Quién?	Quién?	Cuánto? Y/o Dónde?
Ejemplo: - Mejorar los tiempos de espera - Disminuir frecuencia de quejas - Dar trato humanizado	Ejemplo: - Aplicar procedimientos ACR. - Iniciar auditoría de calidad de las quejas - Capacitar cliente / Realizar Encuesta de Modelación del cliente				

DIRECCIÓN GENERAL

Objetivo Estratégico	Responsable	FCE	Status	Metas Cuantificables	Período	Tendencia	Recursos Necesarios (\$'s)	Fuente
Incluido en: 1 PE-TP 2 Compromisos de gestión 3 Premio a la excelencia	Colaboradores directos, y de nivel inferior	De los FT's		Mínimas, satisfactorias, sobresalientes		Positiva y negativa		Asegurada o en gestión (\$'s)
Qué?	Quién?	Qué?	Dónde?	Dónde?	Cuándo?	Cómo?	Cuánto?	Cuánto?

**EJEMPLOS DE OBJETIVOS E INDICADORES
ESTRATÉGICOS Y SUS PERSPECTIVAS:
CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)*
HOSPITAL MÉXICO - 1999**

Objetivos Estratégicos	Indicadores Estratégicos	
	Resultados Centrales (de efecto)	Inductores de actuación (causa)
Financieros:		
F1. Mejorar el proceso de Presupuestación.	F1. Redefinir la planeación, programación, monitoreo, seguimiento, ejecución, aprobación y responsabilidades del proceso, evitando las readecuaciones presupuestarias.	F1. Alineación de las Unidades Programáticas (Servicios) / Asignar y capacitar coordinadores (dueños de procesos) con perfiles aptos para este tipo de gestión / Instaurar un sistema de adquisiciones
F2. Optimizar los recursos financieros y lograr su distribución equitativa, con una cobertura universal y de calidad.	F2. Mejorar la asignación de recursos / Determinar los costos de las actividades, proyectos y programas prioritarios.	F2. Determinación de relaciones e indicadores / Capacitación del personal a cargo.
Clientes:		
C1. Satisfacer las necesidades de adquisición y mantenimiento de equipos de diagnóstico.	C1. Alta fiabilidad / Tiempo de funcionamiento largo.	C1. Porcentaje de tiempo de funcionamiento de los equipos / Tiempo medio de respuesta a una llamada de mantenimiento / Instalación de circuitos de detección de fallas que avisen automáticamente de la necesidad de mantenimiento.
C2. Satisfacer las expectativas del PUC.	C2. Tiempos de espera cortos / Trato humanizado al PUC / Disminución frecuencia de quejas	C2. ACR's procedimientos / Desarrollo equipos atención al PUC / Auditoria de calidad de las quejas / Encuestas de satisfacción tipo Modelación de Clientes. Cadena de Consumo. Experiencia total de PUC.
Procesos Internos:		
I1. Alinear la estrategia del hospital con los indicadores de efecto (Resultados) y los de causa (inductores de la actuación).	I1. Implantación del Sistema de Gestión: Cuadro de Mando Integral (CMI).	I1. Labor del Equipo TEO / Definición CMI: Estrategia hospital 1999, y equipos de trabajo: Ejecución, seguimiento, monitoreo, evaluación.
I2. Alinear los objetivos estratégicos con los objetivos, factores clave de éxito e indicadores de equipo.	I2. Implantación del enfoque de la Dirección por Objetivos (DPO)	I2. Labor Task Force – DPO / Redefinición de roles, relaciones, responsabilidades en el seno de cada equipo de trabajo / Implantación del CMI en cada equipo o Unidad Estratégica de Negocio (UEN).
I3. Diseñar e iniciar la puesta en práctica de un sistema de incentivos y recompensas.	I3. Incremento de la motivación y productividad del personal.	I3. Desarrollo de medidas de desempeño y compensación / Negociación de Compromisos de gestión y Acuerdos de As. / Ejec.
Formación:		
F1. Elevar las competencias clave del personal administrativo y de las unidades de programación en los campos de la presupuestación y equipos de diagnóstico.	F1. Productividad efectiva del personal relacionado con el presupuesto, y equipos de diagnóstico.	F1. Realización de cursos / talleres en presupuestación / proyectos. Dedicación tiempo (horas RRJJ) a la adquisición y mantenimiento equipos de diagnóstico / Mejoramiento procesos adquisición y mantenimiento.
F2. Alinear los objetivos personales.	F2. Satisfacción Cliente interno / Recompensas – incentivos por empleado.	F2. % alineación metas (DPO) personales / Desarrollo programas respectivos.
F3. Diseñar y poner en práctica un programa de comunicación interna y formación.	F3. Campaña de <i>marketing</i> interna / Alineación de la estrategia con toda la organización.	F3. Compromiso con los nuevos valores / Promoción de nuevas conductas y actitudes.

* **El cuadro de Mando Integral:** Debe ser considerado como la instrumentación para una *sola* estrategia. El CMI no es un repuesto para el sistema de indicadores diario que sule Bioestadística al hospital. Los indicadores del CMI se eligen para dirigir la atención de la Dirección General y los funcionarios hacia esos factores que se espera que conduzcan a unos avances competitivos espectaculares para el Hospital México. El CMI debe relatar la historia de la estrategia de la unidad de negocio, que se cuenta vinculando los indicadores inductores de la actuación con los del resultado, a través de una serie de relaciones de Causa-Efecto. El hospital puede formular y comunicar, realmente sus estrategias con un sistema integrado de aproximadamente dos docenas de indicadores. Si se utilizan demasiados indicadores independientes, será demasiado para que la organización los absorba.

Finalmente recordemos que el CMI es, primordialmente, un mecanismo para la puesta en práctica de una estrategia, no para la formulación de la misma.

Indicadores Estratégicos: Aquellos que definen una estrategia diseñada para obtener una excelencia competitiva.

Indicadores de Resultado (o de Efecto). Señalan los objetivos últimos de la estrategia y si los esfuerzos más próximos han conducido a los resultados deseados.

Indicadores Inductores de la Actuación (o de Causa): Señalan a todos los participantes de la organización lo que deberían estar haciendo para crear valor en el futuro.

Unidades Estratégicas de Negocio (UEN): Lo importante para saber si un departamento, una unidad funcional, o equipo de trabajo debería tener un CMI, es averiguar si la unidad de la organización tiene (o debería tener una misión, una estrategia, unos clientes (internos o externos) y unos procesos internos que le permitan realizar su misión y estrategia. Si es así, la unidad es un candidato válido para un Cuadro de Mando Integral (CMI).

**CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)
LOS PROCESOS DE GESTIÓN:
ESTRATÉGICA, MATRICIAL Y OPERATIVA
(REUNIONES DE REVISIÓN - EVALUACIÓN)
HOSPITAL MÉXICO**

La eficacia del Cuadro de Mando Integral (CMI) se intensifica al vincular las reuniones de revisión- evaluación estratégica, matricial y operativa, dentro de un proceso sistemático de gestión que construye consenso y claridad. El diálogo organizado y permanente entre los diferentes actores del CMI puede conducir a una reafirmación de la estrategia actual, pero también a la necesidad de ajustar los objetivos inicialmente propuestos. Por otro lado, existe la posibilidad de que las revisiones- evaluaciones pongan de relieve que los Factores Clave de Éxito definidos o ejecutados por las *Task Forces* no son válidos, que necesitan ser modificados a la luz de un nuevo acontecimiento sobre las capacidades internas, las preferencias de los clientes, o el desarrollo de alguna variable intransigente. Este proceso que implica entre otras cosas la recogida de datos, la comprobación de hipótesis y de actuación, la reflexión, la formación estratégica, matricial y operativa, y la adaptación al cambio es fundamental para la implementación exitosa del Cuadro de Mando Integral del Hospital México. Tanto si la Dirección General del hospital reafirma la estrategia existente, pero ajusta sus juicios sobre la magnitud y la velocidad de las relaciones causa-efecto, como si bien adopta una estrategia totalmente modificada o nueva, el CMI habrá estimulado un proceso de formación estratégica, matricial y operativa entre los participantes clave, con respecto a la validez y viabilidad de su estrategia. El Director General del hospital puede utilizar este proceso de gestión y de formación- aprendizaje para actualizar su visión, traduciendo, si es el caso, la estrategia modificada a un conjunto nuevo de objetivos e indicadores para el período o año venideros.

Recordemos que una estrategia es un conjunto de hipótesis sobre las relaciones de causa-efecto, que pueden ser expresadas con una secuencia de declaraciones del tipo *si/entonces*. Con estas relaciones especificadas en el CMI, la Dirección General conocería si los inductores de la actuación para cada indicador del resultado habrían alcanzado sus metas. Si uno o más de los inductores de la actuación no han conseguido alcanzar las metas propuestas, el fallo en conseguir la actuación deseada en un indicador del resultado puede ser atribuido a una pobre actuación de la implementación. En el siguiente período pueden entonces trazarse acciones o planes para corregir estos defectos. En este caso la Dirección, con el apoyo del Equipo TEO, el TF-DPO, y las *Task Forces*, observa y analiza las desviaciones del plan previsto e inicia acciones para volver a la trayectoria estratégica planeada.

Para que todas las posibilidades descritas anteriormente se hagan realidad es necesario implementar los **Procesos de Gestión Estratégica, Matricial y Operativa de los Cuadros de Mando Integral (CMI) por medio de las Reuniones de Revisión-Evaluación.**

**CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)
REUNIONES DE REVISIÓN – EVALUACIÓN
HOSPITAL MÉXICO
1999**

REUNIONES	Proceso de Gestión: ESTRATÉGICA	Proceso de Gestión: MATRICIAL	Proceso de Gestión: OPERATIVA
1. Objetivos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar la ejecución de la estrategia de largo alcance. 2. Identificar los temas estratégicos que requieren atención. 3. Refinar la estrategia, su implementación, e impacto. 4. Desarrollar nuevos enfoques a temas estratégicos. 5. Analizar y aprender respecto de la validez de la estrategia, y de cómo está siendo ejecutada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar los inductores de la actuación. 2. Identificar las alienaciones de tareas que requieren atención. 3. Informar sobre la ejecución de FCE. 4. Informar sobre el desempeño / rendimiento de las TF. 5. Informar sobre nuevas coordinaciones entre equipos y sus otros indicadores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar la ejecución de los Planes de Acción a corto plazo. 2. Identificar los temas operativos que requieren atención. 3. Refinar los FCE, su implementación e impacto. 4. Revisar – evaluar la actuación <i>Task Forces</i> y de sus miembros. 5. Discutir acciones / resultados y sus implicaciones.
2. Responsable	Dirección General (DG)	Coordinadores TF	Equipo TEO / TF – DPO
3. Agenda de Reunión y Distribución tiempos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Refinar los temas estratégicos (60%) 2. Discutir las implicaciones (30%) 3. Revisar la actuación (10%) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecución FCE (50%) 2. Alineación tareas (10%) 3. Revisar actuación (40%) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones (10%) 2. Discutir las implicaciones (40%) 3. Revisar la actuación (50%)
4. Participantes:	<ol style="list-style-type: none"> 1. DG / TEO / TF-DPO 2. Según se requiera: JSH; Coordinadores TF; invitados especiales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Task Forces</i> 2. Cada dos semanas: Coordinadores / DPO 3. Según se programe: TF's / TEO; TF's / JSH; TF's / DG 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DG / TEO / TF – DPO / Coordinadores TF 2. Según se programe: JSH
5. Periodo:	Trimestral	Semanal	Mensual

ALIENACION DE TAREAS: PRINCIPALES ACTUACIONES

Creemos que con el enfoque DPO/CMI se irán acentuando cada una de las siguientes actuaciones en el Hospital México:

1. Incremento de la responsabilidad por los resultados.
2. Incremento de la implicación del funcionario en la tarea/proceso.
3. Mejora de la coordinación intergrupala, con el desarrollo de mejores mecanismos de cooperación y coordinación entre equipos y eventualmente las unidades organizativas interdependientes.
4. Incremento de la delegación de autoridad en la toma de decisiones en niveles más inferiores.
5. Compartición de poder e igualación de estatus en áreas específicas.
6. Incremento de la influencia del personal sobre el modo en que realizan su trabajo.
7. Más desarrollo de las capacidades del personal.
8. Incremento de la confianza entre los grupos de trabajo.
9. Se pondrá mayor atención por parte de los funcionarios en cuanto a si las palabras y los hechos del proceso de modernización son coherentes. Esto sobre todo cuando se trata de la posibilidad de cumplimiento de los "Acuerdos de Asociación Ejecución".
10. Se habrán derivado un cierto número de cambios en el modo de organizar y gestionar los asuntos a partir de iniciativas de recursos humanos.
11. La Dirección General del Hospital México habrá generado el mayor impulso humanamente posible para cambiar y modernizar la organización y la gestión, mejorando participativamente los resultados y compartiendo responsabilidades donde se realiza el trabajo.
12. Los miembros de los equipos de trabajo se constituirán paulatinamente en una red del cambio.
13. La definición y negociación de los nuevos roles, responsabilidades y relaciones para mejorar el rendimiento serán el factor más clave de éxito de esta etapa del proceso de modernización. Este hecho únicamente se logrará con la aplicación de los nuevos valores.
14. Los equipos de apoyo, TEO (Tácticas, Estrategias, Objetivos) y de Dirección por Objetivos, serán la fuerza ejemplarizante para los demás equipos de trabajo.

VI. NUEVAS CREENCIAS (O VALORES) DEL HOSPITAL MÉXICO EN SU PROCESO DE CAMBIO INTERNO:

"MIL CORTES EN LAS HOJAS DEL ÁRBOL DEL MAL EQUIVALEN A UNO SOLO EN SUS RAÍCES".

De nuestros *paradigmas*, creencias o modos de pensar y de ver las cosas, es que fluyen la actitud y la conducta. Sólo podemos lograr una mejora considerable en nuestras vidas cuando dejamos de podar las hojas del comportamiento (actitud/conducta) y trabajamos sobre la raíz, sobre nuestras creencias.

EN EL HOSPITAL MÉXICO "*NADA CAMBIARÁ, SI NO CAMBIAS TÚ. SI NO TIENES LA SOLUCIÓN, ERES PARTE DE LO QUE CRITICAS*". SIEMPRE PODEMOS EMPEZAR DE NUEVO:

1. PLANIFIQUE SU TRABAJO SEMANALMENTE.
2. PIENSE EN LO QUE *PUEDA* HACER, NO EN LO QUE NO PUEDE.
3. SEA PROACTIVO: CENTRE SUS ESFUERZOS Y ENERGÍA EN SU CÍRCULO DE INFLUENCIA Y NO EN EL DE LA PREOCUPACION.
4. HÁGALO; NO ESPERE QUE OTRA PERSONA LO HAGA POR USTED.
5. EMPIECE POR POCO Y VAYA AMPLIANDO.
6. NO PONGA EXCUSAS. ADMITA LOS ERRORES, APRENDA DE ELLOS Y TRABAJE EN ELLOS. EL FRACASO TIENE MIL EXCUSAS, EL ÉXITO NO REQUIERE EXPLICACIÓN.
7. NO TENGA MIEDO. CREZCA CON LAS CRÍTICAS.
8. HABLE CON HECHOS.
9. ACTÚE SIN REPROCHES. NO ECHE LA CULPA A LOS DEMÁS.
10. RECUERDE QUE DONDE EXISTA LA CORDIALIDAD HABRÁ CONCORDANCIA.
11. SEA OBJETIVO.
12. ESTE DISPUESTO A DAR SU OPINIÓN HONESTAMENTE.
13. ENSEÑE CON EL EJEMPLO.
14. EMPIECE POR ESCUCHAR A LOS DEMÁS. SI SUPIÉRAMOS COMPRENDER, NO HARÍA FALTA PERDONAR.
15. ESTÉ DISPUESTO A ACEPTAR A LAS PERSONAS. ES VER LA PERSONA COMO INDIVIDUO Y NO COMO UN ROL QUE DESEMPEÑA.

16. TRATE DE TOLERAR A LOS DEMÁS, APRECIANDO LA VARIEDAD SIN SER AFECTADO POR LAS DIFERENCIAS.
17. TRATE DE ADAPTARSE, COMO UN ESTADO DEL SER QUE RECONOCE LA IMPORTANCIA Y LA REALIDAD DEL CAMBIO CONSTANTE.
18. PRACTIQUE EL DISCERNIR, DISTINGUIENDO UNA COSA DE OTRA, SEÑALANDO LA DIFERENCIA QUE HAY ENTRE ELLAS.
19. TOME DECISIONES PESANDO LOS FACTORES EN LA BALANZA DEL AUTORESPETO Y DEL RESPETO POR LOS DEMÁS.
20. SEA HUMILDE Y RESPETUOSO.
21. ASUMA RESPONSABILIDAD, QUE ES LA VALENTÍA DE ENFRENTAR CUALQUIER OBSTÁCULO PARA LLEVAR ADELANTE UNA DECISIÓN BIEN TOMADA.

EN CUANTO A LA LABOR EN EQUIPO:

1. RECONOZCAN QUE “**TODOS**” ESTAMOS JUNTOS EN ESTE ESFUERZO”.
2. ASEGÚRENSE QUE SE COMPARTE LA FILOSOFÍA DEL PROCESO DE MODERNIZACIÓN Y CAMBIO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL, Y QUE LOS PARTICIPANTES ENTIENDEN Y APOYAN NUESTRA MISIÓN-VISIÓN Y LOS NUEVOS VALORES.
3. FACILITEN, INVITEN E INCLUYAN A LOS DEMÁS A PARTICIPAR, ACEPTANDO TAMBIÉN LA DECISIÓN DE LOS QUE PREFIEREN NO HACERLO.
4. TRATEN DE LOGRAR COMPROMISOS HONESTOS DE AQUELLOS QUE PARTICIPAN.
5. ESTABLEZCAN UN *MODUS OPERANDI* COMO EQUIPO Y ACTÚEN ACORDE A DICHA DECISIÓN DE GRUPO.
6. TRABAJEN BASADOS EN UN **PLAN DE ACCIÓN SEMANAL**, DONDE SE TENGAN BIEN DEFINIDOS LOS RESPONSABLES DE CADA FACTOR CLAVE DE ÉXITO, ASÍ COMO SU EJECUCIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO.
7. FOCALICEN EN LOGRAR RESULTADOS, SIN DESVIARSE EN ACTIVIDADES DE POCA MONTA.
8. APRENDAN DE LOS ERRORES, SIN GASTAR ENERGÍAS EN “SEÑALAR A ALGÚN CULPABLE”. QUE LA VIDA ES UN APRENDIZAJE CONTINUO Y NADIE NACIÓ APRENDIDO.
9. ACOSTUMBREN A EVALUAR EL TRABAJO DEL EQUIPO Y EL DESEMPEÑO INDIVIDUAL.
10. HAGAN QUE SE VEAN LOS LOGROS.
11. MANTÉNGASE INFORMADOS Y PROMUEVAN EL HÁBITO DE LA LECTURA Y DE ESCRIBIR INFORMES Y OTROS DOCUMENTOS.
12. INVESTIGUEN A FONDO LOS ASUNTOS UTILIZANDO LAS MEJORES HERRAMIENTAS ANALÍTICAS.
13. TRATEN DE CAMBIAR VIEJOS HÁBITOS Y MODOS DE HACER LAS COSAS QUE NO TENGAN VALOR AGREGADO.
14. NO BUROCRATICEN A SUS EQUIPOS. QUITEN LA GRASA Y LAS MARAÑAS DE PAPEL INNECESARIAS PARA LA CONSECUCCIÓN DE SUS OBJETIVOS.

15. SEAN CREATIVOS E INNOVADORES. TOMEN RIESGOS.
16. AGRADEZCAN Y APRECIEN A LA GENTE. RECUÉRDENLES QUE SU CONTRIBUCIÓN ES INCALCULABLE.
17. TRATEN A SUS COMPAÑEROS (AS) DE TRABAJO COMO CLIENTES EXTERNOS.
18. COMPARTAN LAS EXPERIENCIAS POSITIVAS.
19. TRABAJEN HORIZONTALMENTE, EVITANDO QUE EXISTAN DIFERENTES NIVELES CON DISTINTO PODER DENTRO DE LOS EQUIPOS.
20. OFREZCAN RECONOCIMIENTO Y MOTIVACIÓN A LOS DEMÁS.
21. LA COORDINACIÓN Y LA COMUNICACIÓN CONSTANTES SON ESENCIALES. RESUELVAN LOS PROBLEMAS, NO SEAN PARTE DE ELLOS. SOBRE TODO, NO SE VAYAN POR LAS RAMAS.
22. FOMENTEN EL ORGULLO POR EL EQUIPO Y SUS MIEMBROS. RESPÁLDENSE MUTUAMENTE CON EL FIN DE DESARROLLAR UNA AUTOESTIMA POSITIVA. CONFÍEN EN SU GENTE.
23. PROTEJAMOS EL MEDIO AMBIENTE Y MEJOREMOS LA CALIDAD DE VIDA DE DONDE TRABAJAMOS Y VIVIMOS.
24. TOMEMOS RESPONSABILIDAD PERSONAL POR NUESTRAS ACCIONES Y ESTEMOS ORGULLOSOS DE REALIZAR NUESTRO TRABAJO DE UNA MANERA DIFERENTE A LAS DEMÁS.
25. NUESTROS ÉXITOS SON MEDIDOS POR NUESTRA CAPACIDAD Y COMPROMISO DE SOBREPASAR LAS EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES EXTERNOS E INTERNOS, ASÍ COMO LAS CONTEMPLADAS EN NUESTROS "ACUERDOS DE ASOCIACIÓN-EJECUCIÓN" CON LA DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL MEXICO.

VII. EQUIPOS DE APOYO: TEO, DPO, *BENCHMARKING*

EQUIPO TEO (Tácticas, Estrategias, Objetivos)

HOSPITAL MEXICO

1999

**SI DEJAMOS MORIR NUESTROS SUEÑOS
SEREMOS POBRES,
SI LOS CUIDAMOS Y PONEMOS EN PRACTICA
SEREMOS RICOS.**

MISION:

Apoyar el desarrollo e implementación de las acciones definidas por la Dirección General, por el "Task Force" - Dirección por Objetivos (DPO) y por los diferentes grupos de trabajo involucrados en el Proceso de Modernización del Hospital México, a través de la evaluación, seguimiento y monitoreo de las estrategias, contempladas en el *Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000* de nuestra organización, y traduciendo la Misión del hospital con objetivos, medidas y fines concretos, por medio de la elaboración de un Cuadro de Mando Integral (CMI), que nos provea con un sistema de gestión y de comunicación, basado en un conjunto coherente de indicadores de actuación.

VISION:

Poner en práctica un sistema de gestión, dentro de la cultura organizacional del Hospital México, por medio de un Cuadro de Mando Integral (CMI) que contenga una unidad de propósito donde se destaquen la efectividad de los funcionarios y la calidad de nuestra organización como una empresa de servicios, dentro de los postulados de la Seguridad Social.

**Equipo TEO (Tácticas-Estrategias-Objetivos):
Panorama de su Método de Trabajo
Hospital México**

El equipo TEO, designado por el Director General del Hospital, Dr. Mario Rolando Coto López, está conformando multidisciplinariamente por tres personas provenientes de las áreas médica, administrativa y bioestadística- Dr. Armando Villalobos Castañeda, Sra. Damaris Arias Montoya, Sr. Javier Quirós Morera- y cuentan con el apoyo técnico- informativo del Dr. Javier Vázquez, de la Universidad de Costa Rica, Consultor Externo.

Los principales **propósitos** de dicho cuerpo colegiado, dentro del proceso de planificación, son los siguientes:

- ◆ Elaborar el **Cuadro de Mando Integral (CMI)** como un instrumento de control de los aspectos esenciales del gobierno de la gestión hospitalaria, así como una herramienta para el desempeño (Informes de Enfoque: Retroalimentación y Administración). Esto implica la coordinación con las diferentes "Task Forces" del hospital en cuanto a la definición de criterios, requisitos previos, indicadores y estándares sobre los objetivos de cada equipo, así como la precisión de sus Factores Claves de Éxito, Status, metas, periodos, tendencias y resultados.
- ◆ Servir como **Auditores Pre y Post Facto**, o revisores de cuentas de desempeño y de resultados dentro del Sistema de Información del Hospital México, sugiriendo cambios o medidas correctivas, además de recopilar datos, dar seguimiento, proveer información necesaria para el proceso de decisión a la Dirección y llevar a cabo las evaluaciones del caso.

Organizativamente, el Equipo TEO depende directamente del Director General del Hospital, a quien apoyan en la puesta en marcha de las estrategias, objetivos y tácticas contemplados en el Plan Estratégico-Táctico Participativo, en el campo de la información. Colaboran a su vez con los demás grupos de la institución, sin contar con una cadena de mando hacia abajo. Sus habilidades se focalizan en negociar y organizar con el fin claro de lograr la información necesaria, oportuna, veraz y pertinente para la toma de decisiones por parte del Hospital México.

Método de Trabajo propuesto:

I. Análisis y Estructuración de Objetivos:

Basados en los documentos titulados "Herramienta para el Desempeño" de este consultor, en la "Memoria 1er. Seminario-Taller: La Planificación Estratégica-Táctica Participativa en el Hospital México, Febrero, 1998"; en los "Acuerdos de Asociación-

Ejecución" firmados por el Director General y las "Task Forces" el 13 de Mayo, 1998; "Los Compromisos de Gestión"; y en el de Andersen Consulting, "El Cuadro de Mandos como sistema de Información" 12/2/98, el Equipo TEO podrá **analizar y estructurar los objetivos** de todos los Equipos "TF" de acuerdo a la metodología sobre el Desempeño, además de añadir otro tipo de información que se estime pertinente para el Cuadro de Mando Integral (CMI).

Pasos a seguir:

- ◆ Tomando como base los "Acuerdos de Asociación-Ejecución" el Area Funcional y el Objetivo General se convierten en el Area de Éxito de cada Equipo "Task Force".
Ejemplo:
Area Funcional = Consulta Externa
Objetivo General = Disminuir el tiempo de espera del cliente, mejorando la calidad de servicio.
AREA DE ÉXITO = Disminución tiempo de espera del PUC (paciente-cliente-usuario) con criterio de calidad en el servicio de la Consulta Externa.
- ◆ Los Objetivos Específicos se convierten en Factores Clave de Éxito, que implica hacernos la pregunta: ¿Cómo sé que he tenido éxito?
Ejemplo:
Objetivo Especifico = Implementar un programa de educación y divulgación continua al usuario en relación con la Consulta Externa y la importancia de asistir puntualmente a las citas.
FACTOR CLAVE DE ÉXITO = % de PUC's informados.
Objetivo Especifico = Concientizar al personal médico sobre la importancia de cumplimiento de horarios y a las jefaturas respectivas para que tomen las medidas correctivas necesarias.
FACTOR CLAVE DE ÉXITO = % de cumplimiento de horarios-personal médico.
Objetivo específico = Agilizar los reportes de los servicios de apoyo.
FACTOR CLAVE DE ÉXITO = % de reportes servicios de apoyo.
Objetivo Especifico = Implementar la entrega oportuna de los expedientes.
FACTOR CLAVE DE ÉXITO = Tiempos de entrega-Expedientes.
Objetivo Especifico = Coadyudar en disminuir el tiempo de entrega de los medicamentos.
FACTOR CLAVE DE ÉXITO = Tiempos de entrega-Medicamentos.
Objetivo Especifico = Capacitar y motivar al personal de la Consulta Externa para una atención humanizada de servicio al cliente en coordinación con el Plan de Comunicación del Hospital y la actividad de otros grupos.
FACTOR CLAVE DE ÉXITO = Plan de Atención al PUC.
- ◆ Debemos cerciorarnos que los COMPROMISOS DE GESTION sean incluidos dentro de los Factores Clave de Éxito, incluyendo a sus responsables.

II. Sesión con los Coordinadores de las “Task Forces”:

Consiste en analizar los Factores Claves de Éxito con todos los Coordinadores “TF”, así como definir los responsables de cada uno de los FCE e iniciar el proceso de precisión del Status y Metas (mínimas, satisfactorias, sobresalientes) de los mismos. Es importante aclarar que este ejercicio tiene que ver con un REPLANTEO de los Objetivos Específicos, programado originalmente para la semana del 18 al 22 de Mayo. No se trata de subestimar o negar los “Acuerdos de Asociación-Ejecución” firmados, sino de prepararnos para la Etapa de Ejecución del Plan Estratégico-Táctico Participativo del Hospital, que se inició a partir del mes de Julio, 1998.

III. Proceso de Cascada de Enfoque Personal:

Siendo participativo el actual proceso de planeación, es necesario que cada miembro responsable defina sus propios Factores Clave de Éxito que complementen los que se le asignaron en la sesión anterior por el equipo TEO y los Coordinadores “TF” con ese propósito, para luego comunicar al Equipo TEO, el enfoque personal de los FCE definidos por sus miembros responsables.

IV. Trabajo de Recopilación, Revisión y Redacción del Plan Táctico y posibles áreas de implementación inmediata. Equipos “Task Force” - Dirección y TEO.

V. Presentación al Dr. Mario Coto López, Director General Hospital México.

METODO DE TRABAJO-EQUIPO TEO

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CALENDARIO
1. Análisis - Estructuración de Objetivos	Equipo TEO	25, 26 y 27 de Mayo
2. Sesión con los Coordinadores "TF"	TEO + Coordinadores	28 y 29 de Mayo
3. Proceso de Cascada de Enfoque Personal	Coordinadores "TF"	Del 1 al 5 de Junio
4. Trabajo de Recopilación, Revisión y Redacción Plan Táctico y de Implementación	TEO + "TF" - Dirección	Del 8 al 12 de Junio
5. Presentación y afinamiento Dr. Mario Coto López, Director	TEO + "TF" - Dirección	3 de Junio
6. Presentación Doct. Final Dr. Mario Coto López, Director	TEO + "TF" - Dirección	15 de Junio

**CUADRO DE MANDO INTEGRAL Y EL EQUIPO TEO:
Puesta en Práctica
-Hospital México-**

Los miembros del equipo "TEO" (tácticas, estrategias, objetivos) son, de acuerdo a los lineamientos del Plan Piloto de Implementación contemplado en el Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000 del Hospital México, los responsables de la puesta en marcha y el seguimiento de manera sistemática del Cuadro de Mando Integral (CMI) elaborado por los diferentes equipos "Task Force" con el apoyo de la TF-DPO.

Para realizar dicha tarea ha sido necesario mantener y/o desarrollar ciertas habilidades y métodos de trabajo con los siguientes propósitos:

1. Tomar información y tecnología de computador para ponerlas a disposición de la Dirección General del Hospital, de tal manera que podamos utilizar la información oportuna y en el momento preciso, en el lugar donde las personas están haciendo las cosas. En otras palabras, es realizar una conversión de un sistema de "alta tecnología" en una estrategia de "alto contacto" con los ejecutores de los Factores Clave de Éxito.
2. Conocer y comunicar el desempeño notable y los problemas recurrentes a los niveles superiores sucesivos de la escala organizacional, de manera tal que la Administración Ambulante (Management By Wandering Around – MBWA) se convierta en una herramienta más efectiva.

Para la obtención de RESULTADOS se hace necesario la fijación de metas, elogios y reprimendas de manera sistemática, lo que se logra a través del desarrollo de los siguientes cinco *sistemas eficaces*:

- I. **Sistema de Responsabilidades:** Todos deben entender con claridad lo que deben hacer.
- II. **Sistema de Datos:** Es necesario recopilar la información del desempeño para determinar cuán bien está realizado su trabajo el personal.
- III. **Sistema de Retroalimentación:** Una vez que se haya recopilado la información del desempeño hay que darle al personal retroalimentación para que pueda continuar desempeñándose bien o para que reoriente sus esfuerzos, a fin de que su desempeño vuelva al nivel anterior o lo sobre pase.
- IV. **Sistema de Reconocimiento:** Un desempeño satisfactorio debe tenerse en cuenta. Por tal razón el sistema de reconocer los méritos, basado en el desempeño, es indispensable en cualquier organización de alto desempeño.
- V. **Sistema de Capacitación:** Si el personal no tiene las habilidades para un desempeño satisfactorio, hay que capacitarlo. Las grandes expectativas sin habilidades sólo conducen a la deficiencia y a las frustraciones.

Pasos a Seguidos por el Equipo TEO:

1. Instruir, basados en el documento: *Solórzano R., José Martí, "Herramienta para el desempeño", Hospital México, Mayo, 1998*, a los miembros de los equipos "Task Force" sobre el *modus operandi* de los informes de enfoque; de retroalimentación; y de administración.
2. Decidir conjuntamente con los equipos las fechas límite de entrega de informes, así como las de evaluación y reconocimiento.
3. Definir las responsabilidades, de equipos e individuales, en cuanto a los *sistemas*:

Sistemas	
1.	Sistema de Responsabilidades
2.	Sistema de Datos
3.	Sistema de Retroalimentación
4.	Sistema de Reconocimiento
5.	Sistema de Capacitación

4. Definir un **PLAN DE ACCIÓN** para el equipo TEO, tomando en cuenta lo anterior e incluyendo las fechas límite de entregas, evaluación y reconocimiento.
5. Obtener la aprobación y apoyo de la Dirección General del Hospital.

**Plan de Acción:
Monitoreo y Ejecución
Plan Estratégico Táctico Participativo
Equipo TEO (Tácticas, Estrategias, Objetivos)
Hospital México
(Del 1 de Febrero al 31 de Marzo, 1999)**

Período:	Actividad:	Responsable:	Ejecución:	Monitoreo:
1. 1 al 5 Febrero 99	1. Taller Ejecutivo II., Equipo TEO: Plan de Acción. 2. Elaboración Info. Plan de Acción. 3. Taller de Análisis: Equipos de Trabajo.	DG TEO J. Quirós / A Villalobos	TEO TEO 5/2/99	DG DG DG
2. 8 al 12 Febrero	1. Presentación Info. Plan de Acción TEO al Director General. 2. Reunión DPO / TEO: Alineación tareas de equipos. 3. Apoyo elaboración Planes de Acción: Equipos de Trabajo. 4. Inicio labor de coordinación TEO/DPO con equipos.	TEO DPO/ TEO TEO / DPO S. Beirute / A. Villalobos.	• • ▽ ▽	DG DG DG DG
3. 15 al 19 Febrero	1. Reunión TEO/DPO 2. Reunión con Coordinadores: Equipos de trabajo/Planes de Acción elaborados. 3. Inicio elaboración Programa de comunicación. 4. Inicio Alineación Estratégica	DPO / TEO TEO / DPO TEO TEO	16/2/99 17/2/99 ▽ ▽	DG DG DG DG
4. 22 al 26 Febrero	1. Continuación Alineación Estrat: Cuadro de Mando Integral (CMI) 2. Presentación Planes de Acción: Equipos de Trabajo. 3. Presentación programa de Comunicación al Director General.	TEO Equipos TEO	▽ • •	DG DPO DG
5. 1 al 12 Marzo	1. Continuación Alineación Estrat.; Cuadro de Mando Integral (CMI)	TEO	▽	DG
6. 8 al 12 Marzo	1. Presentación al Director General: Alineación estratégica: CMI. 2. Planeación 2da. Etapa cambio interno. 3. Elaboración / Negociación: Acuerdos de Asociación Ejecución.	TEO DPO Equipos	• ▽ ---	DG TEO / DG DPO/TEO
7. 15 al 19 Marzo	1. Acuerdos de Asociación Ejecución	Equipos	•	DG
8. 22 al 26 Marzo	1. Inicio validación / ejecución CMI: Indicadores, medidas y factores. 2. Seminario –Taller: Gestión del Cambio Interno.	TEO DG	Equipos •	DG DG / TEO
9. 29 al 31 Marzo	1. Evaluación del Proceso	TEO	•	DG

(V Informe Preliminar, • Tarea Completa; --- Progreso)

**“TASK FORCE” – Dirección por Objetivos
(TF – DPO)
Hospital México
1999**

“Nada cambiará si lo cambias tú. Si no tienes la solución eres parte del problema”

Misión:

Implementar acciones concretas, dentro del marco del *Plan Estratégico Táctico Participativo 1998 – 2000*, a través de la labor de equipo, que conduzcan a la transformación del Hospital México en una empresa de servicio del sector público con una filosofía humanista, utilizando el enfoque de la Dirección por Objetivos.

Visión:

Lograr un cambio positivo y tangible en la cultura organizacional del Hospital México, que confiera un servicio de calidad total a nuestros clientes internos y externos.

PROCESO – EQUIPO BENCHMARKING:

Misión

Referenciar, evaluar, diagnosticar, medir, analizar e investigar procesos de trabajo, sistemas, servicios, operaciones, funciones, y actividades de las organizaciones, compañías, y hospitales que son reconocidos como los mejores en su clase con el fin de realizar mejoras continuas y de calidad en el Hospital. Dicho proceso *Benchmarking* está dirigido a satisfacer las demandas y necesidades de nuestros cliente – socio principal interno, la Dirección General del Hospital México.

Misión:

Contribuir a través del proceso *Benchmarking* a la transformación del Hospital México en una empresa de servicios acreditada por su excelencia, efectividad y calidez humana, que sea representante de las mejores prácticas en el campo de la salud a nivel mundial, y dentro del marco de la seguridad social costarricense.

Plan de Acción:

Por ser *benchmarking* un proceso presentamos a continuación su calendarización general:

Calendario de Planificación Benchmarking 1999

Tareas:	Calendario – Meses (Marzo a Diciembre)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Determinar necesidades cliente-socio (áreas de <i>Benchmarking</i>).	•									
2. Identificar los socios y fuentes de información.	•									
3. Diseñar y presentar Plan de Acción.	•									
4. Recopilar datos y hacer análisis: Programa de Ropería.	∇	∇	∇	∇	∇					
5. Presentación informe – Propuesta Programa de Ropería						•				
6. Recopilar datos y hacer análisis: Programa de Incentivos y Reconocimiento.					∇	∇	∇	∇	∇	
7. Presentación Informe – Propuesta programa Incentivo y Reconocimiento										•
8. Coordinación / Presentaciones área Aseo.		∇	∇							
9. Coordinaciones / Presentaciones área Nutrición.					∇	∇	•			
10. Reuniones / Coordinación TF – DPO / TEO y Equipos de Trabajo del Hospital México.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
11. Capacitación Miembros del Equipo.			•			•				
12. Alineación de Tareas / Acuerdo de Asociación Ejecución.	•									
13. Evaluación Proceso <i>benchmarking</i> . A cargo del Equipo TEO.						•				•

∇ Informe Provisional • Tarea Completa --- Progreso

VIII. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CAMBIO PARADIGMÁTICO

Consideramos que todo proceso de cambio paradigmático conlleva diferentes tipos de resistencias o barreras tanto por parte de la misma institución- sus normas, estructuras, clima organizacional, etc.- como por la de los mismos participantes- intereses creados, hábitos de trabajo, zonas de bienestar, etc.-; por tal motivo hemos apoyado a todos los miembros de las *task forces* para que expresen las ventajas y desventajas del proceso de cambio del Hospital México de modo directo, sin tomar las manifestaciones de las desventajas como algo negativo, sino más bien como puntos importantes para el apalancamiento de las propias ventajas del nuevo proceso de aprendizaje. A continuación compartimos los resultados de diferentes diagnósticos y evaluaciones, que hemos realizado, sobre las opiniones de los miembros de los equipos de trabajo *task force* en cuanto a las ventajas y desventajas de este esfuerzo colectivo en el Hospital México:

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Se percibe un incremento en los niveles de los estándares de la actuación de las <i>task forces</i>. El énfasis puesto en los indicadores de la actuación de calidad y en la consecución de los resultados centrales ha llevado a los equipos del CMI a fijarse metas cada vez más estimulantes e importantes. • Existe un sentimiento de ayuda mutua, cordialidad, confianza, y respeto en los equipos <i>task force</i>, prevaleciendo las buenas relaciones humanas entre sus integrantes. • Los Factores Críticos de Éxito, los inductores de la actuación, las metas, periodos responsables, el monitoreo y seguimiento del sistema matricial- <i>task force</i> están claramente definidos. • La información importante se comparte adecuadamente entre los coordinadores del sistema matricial. • Surgen nuevas ideas con más posibilidades de ser utilizadas en las <i>task forces</i>. El sistema matricial es innovador y está abierto a la creatividad de grupo e individual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los incentivos y recompensas de la actual organización funcional no responden de modo apropiado al esfuerzo y actuación de los equipos <i>task force</i>. • La jerarquización y verticalidad del proceso de decisión en la organización funcional del hospital se convierten en barreras cuando se desea introducir nuevas alineaciones de tareas en cuanto a roles, relaciones, responsabilidades, y compromisos por parte de las <i>task forces</i>. • Puede existir cierto estrés en los equipos por cumplir con lo propuesto en el tiempo fijado; así como con la Firma de los Acuerdos de Asociación Ejecución. • Los fondos, espacio, equipamiento y suministros son insuficientes para cumplir adecuadamente con el trabajo. • Los prejuicios, intolerancia y resistencia por parte de ciertos miembros de la alta dirección (o jefaturas) al esfuerzo colectivo acontecen especialmente durante la etapa de inicio del proceso de cambio.

VENTAJAS:	DESVENTAJAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Los estándares de conducta (ética) son altos en todas las <i>task forces</i>. • Los controles, y revisiones utilizados ayudan a resolver problemas. • La delegación de poder (<i>empowerment</i>) por parte de la Dirección General del hospital a los equipos <i>task force</i>- a través de los Acuerdos de Asociación Ejecución- potencia el crecimiento y el aprendizaje de los miembros de dichos grupos de trabajo y los induce a planificar y a obtener resultados de calidad. • El grado de orgullo existente- del trabajo grupal e individual, así como por las metas alcanzadas y los logros para la estrategia del hospital- es alto. • Los participantes de las <i>task forces</i> están también involucrados en las decisiones que les afectan, y la responsabilidad para la toma de decisiones se reparte entre todos los miembros de cada equipo de trabajo. • El incremento del nivel de comprensión y cooperación entre las diferentes <i>task forces</i> y los equipos de apoyo TEO y DPO demuestra que la confianza mutua y el vínculo de unión han logrado convertirse en un propósito común. • Al llevar a cabo revisiones/evaluaciones matriciales, operativas y estratégicas (Semanales, mensuales y trimestrales respectivamente) se logra conocer el <i>status</i> de los factores críticos de éxito, además del desempeño individual y colectivo. • Con la definición de la misión del trabajo de cada <i>task force</i>, se incorporan altos niveles de logro, por medio de la creación de una visión de un futuro deseado, para luego convertir esa visión en realidad. • Al presentar en forma articulada la clarificación de los nuevos valores del hospital a todos los miembros de las <i>task forces</i> se logra mantener la credibilidad de esos valores con el fin de desarrollar nuevos hábitos de trabajo. • El Cuadro de Mando Integral (CMI) ha incrementado el nivel de atención y conciencia sobre la importancia y el valor que tienen los resultados deseados y los medios para lograrlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • También se experimenta una resistencia de algunas personas al desarrollo metodológico del proceso. • A algunas personas les cuesta adaptarse a una cultura de evaluación-revisión sistemática. • Al inicio del proceso de cambio no existía el hábito de la labor de equipo. • Los conceptos y prácticas de la Dirección por Objetivos, la Planificación Estratégica Táctica Participativa, del Control Total de la Calidad, de la Reingeniería de Procesos, y del <i>Benchmarking</i>, a pesar de tener fines comunes, pueden llegar a contradecirse mutuamente, a crear dogmas efímeros y a competir innecesariamente por adeptos, desvirtuando, si no se tiene cuidado, el sentido de una dirección y de un compromiso común. • Por ser matricial el sistema de trabajo algunas veces choca con la organización jerárquica funcional, incrementando como se dijo la resistencia al cambio, la cual se manifiesta, en algunos casos, con insuficiente tiempo disponible para la labor de equipo. • Si la delegación de autoridad y responsabilidad a los equipos y a los coordinadores <i>task force</i> no están claras, su indefinición podría llevarnos a duplicar esfuerzos.

IX. RESULTADOS:

La evaluación llevada a cabo por los miembros del Equipo TEO (Tácticas, Estrategias, Objetivos), se realizó valorando aspectos tanto de cumplimiento de objetivos del Cuadro de Mando Integral (CMI), así como de la calidad de las acciones realizadas y la implementación de ellas en los diferentes servicios y el impacto causado.

- 1- Durante este periodo en conjunto con el M.Sc. José Martí Solórzano R., Consultor, el grupo Dirección por Objetivos (DPO) y el Equipo TEO se definieron las "task forces" que integrarían el Cuadro de Mando Integral (CMI), los cuales fueron Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias y Benchmarking.
- 2- Paralelamente a estos equipos de trabajo estarían funcionando los otros equipos, como Administración, Admisión, Servicio al Cliente, Anatomía Patológica, etc.
- 3- Ciertos grupos como Oncohematología, Ambulatoria, Docencia pasaron a ser programas del hospital, por tener sus planes y estrategias bien definidos dentro del presupuesto del hospital.
- 4- Otro aspecto importante a mencionar es la incorporación de los miembros de la Junta de Salud del Hospital a los diferentes Task Force.

A continuación exponemos, de manera sucinta, los logros o resultados de las "task forces" conformados durante el presente proceso de cambio en el Hospital México:

Logros de las "Task Forces":

1- Urgencias

- 1- Autonomía administrativa bajo una línea de conducción definida.
- 2- Sistema de Clasificación de pacientes.
- 3- Servicio de laboratorio de 24 horas.
- 4- Servicios de Radiología de 16 horas.
- 5- Equipo humano de aseo y Vigilancia exclusivo para el servicio.
- 6- Equipo de monitoreo para el servicio.
- 7- Apoyo de las Damas voluntarias para la información para pacientes.
- 8- Proyecto de Capacitación del personal de aseo y vigilancia.
- 9- Programa de capacitación a familiares y pacientes.
- 10- Establecimiento de Buzón de sugerencias.
- 11- Diseño y elaboración de proyecto para ampliación de urgencias y farmacia satélite.

- 12- Acondicionamiento planta Física (servicios sanitarios, pintura del servicio y adecuación de camas y camillas).
- 13- Consecución del 1 por ciento del presupuesto asignado como incentivo del compromiso de Gestión.

2- Benchmarking

- 1- Servicio de Dietética: Diagnóstico y Recomendaciones.
- 2- Servicio de Aseo: Diagnóstico y Recomendaciones.
- 3- Servicio de Ropería: Diagnóstico y Recomendaciones.
- 4- Proyecto de capacitación de personal de aseo.
- 5- Encuesta del proceso de Equipos de Trabajo (Task Force)

3- Hospitalización

- 1- Se ha establecido un sistema de pre-egreso el día antes en la contra visita para disminuir el tiempo de espera del egreso.
- 2- Se ha aumentado la producción hospitalaria, disminuyendo la estancia y aumentando el índice de rotación.
- 3- Se han establecido protocolos de algunos servicios, de las cinco patologías más frecuentes de cada especialidad.
- 4- Se han disminuido las listas de espera de cirugía electiva, a través de los programas vespertinos que se realizaron durante este año.
- 5- Se ha motivado el personal de enfermería en el trato y manejo de los pacientes hospitalizados.
- 6- Se ha mejorado en algunos servicios la infraestructura como la iluminación de los salones, arreglo de los lavatorios y de los servicios sanitarios.
- 7- La limpieza de los salones y pasillos ha mejorado sustancialmente.
- 8- Ha mejorado la comunicación, se ha tratado de que esta llegue al mayor número de clientes internos.
- 9- Establecimiento de patologías con estancias mayores de 14 días en Medicina y de 9 días en cirugía.

4- Consulta Externa

- 1- Negociación número de pacientes por hora – horario en cada servicio.
- 2- Presentación de dos proyectos para mejoras de la Planta Física.
- 3- Participación en el establecimiento de una plataforma informática para asignación de citas y control de la consulta externa.
- 4- Personalización de los profesionales médicos en la Consulta Externa.
- 5- Buzones de sugerencias en cada sección.
- 6- Recomendaciones sobre la custodia y manejo del expediente médico.
- 7- Presentación de proyecto para mejoras en la Consulta Externa con el fin de obtener los incentivos (dos por ciento) del compromiso de Gestión.
- 8- Coordinación con Laboratorio Clínico y Laboratorio Hormonal para mantener al día el envío de los resultados de los exámenes.
- 9- Coordinación con el servicio de Imágenes Médicas, Administración y Junta de Salud, para la Adquisición de un Fax, una máquina de identificación de placas.

- 10- Depuración de expedientes clínicos en hospitalización.
- 11- Capacitación de personal de consulta externa en Curso de Auxiliares de Registros Médicos y Estadísticos.

5- Ambulatoria

- 1- Se logró establecer un servicio con identidad propia. (presupuesto, unidad de costos)
- 2- Utilización óptima de la planta física (se aumentaron los casos y por ende el índice ocupacional).
- 3- Se realizó el programa de Orientación del paciente.
- 4- Se incorporó un nuevo medicamento (Diprivan) para acortar la estancia post anestesia.
- 5- Se aumentó el personal de enfermería en ambulatoria.
- 6- Promoción de la Investigación.
- 7- Realización de Sesiones conjuntas con la Sección de Cirugía.
- 8- Se asignaron Servicios Secretariales.
- 9- Evaluación de información en forma conjunta.
- 10- Divulgación a nivel hospitalario y de red de servicios de las normas de cirugía ambulatoria.

La "Task Force" de ambulatoria debido a su progreso pasó a ser un programa.

6- Patología

- 1- Sistema de Cómputo y bases de datos para patología.
- 2- Mejoramiento de los archivos de patología.
- 3- Conformación de equipos multidisciplinarios interdepartamentales.
- 4- Diagnóstico y Mantenimiento de la productividad.
- 5- Incremento en el número de las Autopsias.

7- Administración

- 1- Diagnóstico situacional de las áreas de Mantenimiento, Recursos Humanos, Proveduría, Aseo y Vigilancia.
- 2- Proyecto de Capacitación..

8- Rehabilitación

- 1- Diagnóstico situacional de rehabilitación en el hospital.
- 2- Capacitación al equipo de trabajo en rehabilitación.

9- Red de Servicios

- 1- Seminario de Red de Servicios.
- 2- Presentación de conclusiones de Seminario en hospitales red.
- 3- Establecimiento de Simposio para todos los componentes de la Red de Servicios.
- 4- Firma de compromiso de Asociación – Ejecución entre el hospital y la red de servicios.

10-Oncohematología

- 1- Encuesta de atención
- 2- Funcionario de Farmacia a tiempo completo
Se consideró la necesidad de trasladarla a programa, porque había reunido todos los requisitos necesarios.

11-Docencia

- 1- Diagnóstico de docencia en el hospital.
El coordinador del grupo se integra al comité de docencia del hospital.

12-Investigación

- 1- Diagnóstico de Investigación en el hospital.
- 2- Seminario – Taller sobre Investigación.
El Comité de Investigación del Hospital, retoma las acciones planteadas por la "Task Force"

13-Calidad

La Dirección General del Hospital, impulsa el Plan de calidad con el personal que se ha estado capacitando en este ramo, bajo el proceso del Premio a la Excelencia con la Cámara de Industrias de Costa Rica.

14-Laboratorio Clínico

Su función se dirigirá a aspectos de calidad del servicio.

15-Farmacia

Pasó a trabajar con la metodología de calidad.

16-Rayos X

Los funcionarios que conforman el grupo están en su Etapa de Definición.

17-Servicios Complementarios de Salud

- Diagnóstico sobre la compra de servicios de salud.

18-Admisiones

- 1- Diagnóstico situacional del servicio de admisión.

19-Prevención

- 1- Realización de cuatro ferias, en el distrito de la Uruca:
 - A- La Peregrina – Las Magnolias
 - B- Escuela Antonio José de Sucre
 - C- Instituto Nacional de Aprendizaje
 - D- Feria Salud Adulto Mayor Hospital México

En ella se atendió a la población adulta mayor que asistió, dándoles servicios tales como, toma de medidas antropométricas, glicemias, y algunos otros exámenes de laboratorio, educación nutricional y en aspectos específicos, tales como: SIDA, Violencia intrafamiliar, Diabetes Mellitus, enfermedades crónicas, etc.

20-Servicio al cliente

- 1- Diagnóstico de servicio al cliente mediante encuestas.
- 2- Revisión de literatura y videos respecto al tema.
- 3- Proyecto de capacitación al personal de consulta externa.
- 4- Visita de Experto en servicio al cliente.

21-Dirección por Objetivos

- 1- Dirección estratégica y tácticas del proceso.
- 2- Apoyo directo a la labor de los equipos.
- 3- Apoyo logístico a los equipos.

22-TEO

- 1- Implementación del Sistema de Gestión (Cuadro de Mando Integral)
- 2- Introducción de la cultura de evaluación a los grupos de trabajo.
- 3- Evaluación, monitoreo y seguimiento del trabajo realizado por los grupos dentro del marco del proceso de modernización.

Resultados del Instrumento de Evaluación: Clima del Proceso Task Force del Hospital México:

Además de los resultados obtenidos individualmente por los diferentes equipos de trabajo de la modalidad *task force*, descritos anteriormente, el Grupo *Benchmarking* del hospital adaptó y ejecutó un instrumento de evaluación basado en las mejores prácticas mundialmente reconocidas con el fin de conocer comparativa y objetivamente el nivel de desarrollo del clima del proceso matricial *task force* en el Hospital México.

Dicha herramienta analítica (ver anexo) se aplicó a los miembros de los equipos de trabajo tomando en cuenta los siguientes factores críticos de éxito:

	Calificación final: (En una escala de 1- Evaluación Más Baja – a 10- la más alta)
1. Sistema de compensación	6
2. Estándares de actuación	8
3. Calor y apoyo	9
4. Coordinador (liderazgo)	7
5. Claridad de equipo	9
6. Comunicaciones	9
7. Creatividad	9
8. Estrés laboral	4
9. Ética	9
10. Tolerancia	9
11. Retroalimentación y controles	8
12. Recursos	4
13. Desarrollo de los miembros	8
14. Condiciones físicas de trabajo	4
15. Trabajo en equipo	8
16. Orgullo de los miembros del equipo	9
17. implicación del miembro del equipo	9

Como resultado de la interpretación de la escala utilizada, el proceso de organización *task force* logró posicionarse, en un tiempo record de diecisiete meses, dentro de la segunda mejor categoría equivalente a un clima de organización “De Apoyo”, inmediatamente antes de la “De Calidad Total”, considerada como el nivel máximo a obtener, y que será nuestra próxima meta para el año 2000, de acuerdo a la estrategia definida en el *Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000* del Hospital México.

La categoría denominada “De Apoyo” significa que el clima del proceso de cambio mantiene el poder en las manos de los gestores, pero que a través del sistema matricial hay un buen nivel de comunicación, motivación y participación. Los funcionarios comprenden las intenciones de la nueva organización, se sienten libres de discutir problemas relativos al trabajo con los superiores, y están comprometidos con la consecución de las metas propuestas participativamente.

Los inconvenientes observados por los miembros de las *task forces* están relacionados con los sistemas de compensación; estrés laboral; recursos; y las condiciones físicas de trabajo, todos factores inherentes a la estructura funcional del hospital y que, con el tiempo, tendrán que formar parte de los nuevos retos y alcances del presente proceso de cambio estratégico cultural, cuyos logros hasta este momento, hoy nos enorgullece compartir como una experiencia valiosa y continua de un esfuerzo mancomunado.

X. GLOSARIO

- ◆ **Acuerdos de Asociación Ejecución:** Son compromisos de colaboración, basados en el paradigma de la interacción productiva horizontal, entre la Dirección General del Hospital México y los miembros de los equipos *Task Force* (Fuerzas de Trabajo), con los fines de identificar las necesidades y calidad demandada por los pacientes-usuarios-clientes, así como de definir los objetivos deseados, los indicadores estratégicos, sus directrices y recursos a los que se comprometen las partes a realizar, en un tiempo límite.
- ◆ **Benchmarking (Referenciar):** Es un proceso sistemático y continuo para evaluar, entender, comparar, diagnosticar, y medir los productos, prácticas, operaciones, funciones, servicios, y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales.
- ◆ **Calidad para el paciente (Organización Mundial de la Salud):** El correcto diagnóstico y los servicios terapéuticos que van a conducir al estado de óptima salud conseguible para ese paciente según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del mismo: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, cumplimiento terapéutico, con el costo mínimo de recursos, con la exposición al mínimo riesgo posible de un daño adicional y con la máxima satisfacción del paciente.
- ◆ **Calidad Sanitaria:** Dar salud, al costo adecuado, con la máxima satisfacción de las personas implicadas.
- ◆ **Cuadro de Mando Integral (CMI):** Es un sistema de gestión, de comunicación, de información y de formación que puede canalizar los conocimientos, las habilidades y energías de los colaboradores del hospital hacia la consecución de los objetivos en un tiempo definido. El CMI proporciona un amplio marco que traduce la visión y la estrategia del Hospital México es un conjunto coherente de indicadores de la actuación, así como transforma la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados en cuatro perspectivas: Presupuestación-finanzas; clientes; procesos internos; formación y crecimiento. Nos puede proveer de un marco, una estructura, y un lenguaje para comunicar la misión y la estrategia: utiliza las mediciones para informar a los funcionarios del hospital sobre los causantes del éxito actual y futuro. El CMI, es primordialmente, un mecanismo para la puesta en práctica de la estrategia del Hospital México, contemplada en su Plan Estratégico Táctico

Participativo 1998-2000, y no para la formulación de la misma. Dicho mecanismo traduce esa estrategia en objetivos, medidas, y fines concretos, y nos provee con una dirección, evaluación, seguimiento y monitoreo de la puesta en práctica de la estrategia durante los períodos subsiguientes.

El Cuadro de Mando Integral es una herramienta revolucionaria que ayuda a movilizar a nuestra gente, a fin de lograr cumplir, con calidad, calidez y de manera participativa, la misión del Hospital México.

- ◆ **Indicadores Estratégicos (de Efecto y de Causa):** Son aquellos que definen una estrategia diseñada para obtener una excelencia competitiva.
- ◆ **Indicadores de Resultado (o de Efecto, o Factores Clave de Éxito):** Señalan los objetivos últimos de la estrategia, y si los esfuerzos más próximos han conducido a los resultados deseados.
- ◆ **Indicadores Inductores de la Actuación (o de Causa):** Señalan a todos los participantes de la organización lo que deberían de estar haciendo para crear valor en el futuro.
- ◆ **Status:** Es la "buena información actualizada" acerca de los Factores Clave de Éxito (FCE) que nos permite saber dónde nos encontramos comparados con las metas propuestas originalmente.
- ◆ **Task Force (Fuerza de Trabajo):** Es un equipo de personas multidisciplinario, multidimensional, y autosupervisado, formado con el propósito de lograr tareas u objetivos específicos en un tiempo definido. Sus integrantes son seleccionados porque tienen potencial de contribuir positivamente al éxito de la misión propuesta. Sus miembros provienen principalmente de la misma estructura funcional del hospital, pero actúan matricialmente. Una vez cumplido su propósito, regresan a tiempo completo a su unidad de trabajo original, teniendo por lo general, la *task force*, una existencia temporal en la vida de la organización.
- ◆ **Tendencia:** Es la propensión en el desempeño de los miembros de las *task forces* del Cuadro de Mando Integral (CMI) hacia la consecución de los resultados deseados. La información de la "Tendencia" se aplica con el fin de saber si los responsables de cada Indicador de Efecto van en la dirección correcta.
- ◆ **Unidades Estratégicas de Negocio (UEN):** Son los equipos de trabajo, los departamentos, u otras unidades funcionales de la organización que tienen una misión, una estrategia, unos clientes (internos y/o externos), y unos procesos internos que les permitan realizar su misión y estrategia. Dichas UEN's son las que pertenecen al Cuadro de Mando Integral (CMI) del Hospital México.

XI. ABREVIATURAS

- ◆ **ACR:** Acciones Concretas de Rediseño
- ◆ **CCSS:** Caja Costarricense de Seguro Social
- ◆ **CE:** Consulta Externa
- ◆ **CMI:** Cuadro de Mando Integral
- ◆ **CP:** Capacidad de Producción
- ◆ **DG:** Dirección General del Hospital México
- ◆ **DPO:** Dirección por Objetivos
- ◆ **EF:** Equipo Funcional
- ◆ **FCE:** Factores Críticos (o Clave) de Éxito
- ◆ **HM:** Hospital México
- ◆ **P:** Producción de Resultados Deseados
- ◆ **PETP:** Plan Estratégico Táctico Participativo
- ◆ **PUC:** Paciente-Usuario-Cliente
- ◆ **SERCOSA:** Servicios Complementarios de Salud
- ◆ **TF:** *Task Force*
- ◆ **TEO:** Tácticas-Estratégicas-Objetivos
- ◆ **UEN:** Unidades Estratégicas de Negocio

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, Arthur. **Best Practices. Building Your Business With Customer - Focused Solutions.** Simon & Schuster Rockefeller Center, New York, 1998.
- Beer, Michael, et alre. **La Renovación de las Empresas a través del Camino Crítico.** McGraw W-Hill/Interamericana de España, S.A., The Harvard Business School Press, España, 1992.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Hospital México. **Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000 --1ª ed.--** Copieco de San Pedro, San José, C.R., 1998.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Hospital México. **Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000.** Anexos. Copieco de San Pedro, San José, C.R., Julio de 1998.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Hospital México. **Plan Estratégico Táctico Participativo 1998-2000.** Resumen Ejecutivo. Copieco de San Pedro, San José, C.R., Julio de 1998.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Hospital México. **Seminario Taller: La Planificación Estratégica Táctica Participativa en el Hospital México. (Material Didáctico).** Hotel Corobicí, San José, C.R., 23, 24, y 25 de febrero, 1998.
- Cámara de Industrias de Costa Rica. **Premio a la Excelencia: Formulario de Evaluación.** San José, C.R., S.F.
- Covey, Stephen R. **The Seven Habits Of Highly Effective People --8ª reimpresión--** Simon & Schuster, New York, 1996.
- Hospital México. **Acuerdos de Asociación – Ejecución** (Documento Interno de Trabajo). San José, C.R., 13 de mayo, 1998.
- Hospital México. **Compromisos de Gestión.** San José, C.R., 1998 y 1999.
- Hospital México. **Informe Final de Labores: Equipo Task Force – Dirección General.** San José, C.R., enero de 1999.

- Hospital México. **Memoria: Ier Seminario Taller: La Planificación Estratégica Táctica Participativa en el Hospital México.** San José, C.R., febrero, 1998.
- Hospital México. **Memoria: Seminario de Sensibilización para Coordinadores.** San José, C.R., julio, 1998.
- Hospital México. **Plan para el Desarrollo de la Implementación de la Red de Servicios del Área de Atracción del Hospital México.** San José, C.R., mayo de 1999.
- Hospital México. **Proyecto: “Plan de Mejoramiento del Servicio de Aseo con un Sistema de Apoyo *Benchmarking*”.** San José, C.R., Junio de 1998.
- Hospital México. **Proyecto: Plan de Mejoramiento del Servicio de Nutrición con un Sistema de Apoyo *Benchmarking*.** San José, C.R., 1998.
- Hospital México. **Proyecto: “Plan de Mejoramiento del Servicio de Ropería con un Sistema de Apoyo *Benchmarking*.”** San José, C.R., 1999.
- Hospital México. **“Referencias y Contrarreferencias”.** *Task Force* – Dirección. San José, C.R., setiembre de 1998.
- Hospital México. **“Seminario de Sensibilización para Coordinadores”.** (Material Didáctico). Hotel Corobicí, San José, C.R., Julio de 1998.
- Hospital México. **Seminario – Taller: La Dirección por Objetivos y el Sistema de Gestión: II da. Etapa del Proceso de Modernización.** Coordinador General: Dr. Mario Rolando Coto López, Director General, Hospital México. Editor: M.Sc. José Martí Solórzano Rojas, Consultor. San José, C.R., enero de 1999.
- Hospital México. **“Taller: Red de Servicios”.** Hotel Presidente, San José, C.R., 5 y 6 noviembre, 1998.
- Jaramillo Antillón, Juan. **Principios de Gerencia y Administración de Servicios Médicos y Hospitales.** --1ª ed. —Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, C.R., 1998.
- Kaplan, Robert S., David P. Norton. **The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action.** Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 1997.
- Karlöf, Bengt. **Práctica de la Estrategia.** Ediciones Granica, S.A., España, 1993.

- Katzenbach, Jon R. **Equipos de Alta Gerencia**. Editorial Norma, S.A., Bogotá, Colombia, 1998.
- Moore, Gwendolyn B., et al. **La Sanidad en el Tercer Milenio**. Andersen Consulting, 1997.
- Petrick, Joseph A., Diana S. Furr. **Calidad Total en la Dirección de Recursos Humanos**. Ediciones Gestión 2000, S.A., España, 1997.
- Schmitt, Guillermo R. **La Reingeniería de los Negocios: Turn-Around**. Editorial Atlántida, Buenos Aires, 1994.
- Solórzano Rojas, José Martí. **Administración Participativa en el Cooperativismo: Administración, Planificación, Organización, Liderazgo**. Confederación de Cooperativas del Caribe y Centroamérica, San José, C.R., 1993.
- Ibid. **El Sistema Matricial en el CONICIT**. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), San José, C.R., 1984.
- Ibid. **"Herramienta para el Desempeño"**. Hospital México. San José, C.R., 1998.
- Ibid. **Informe de Consultoría**. San José, C.R., enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre, y diciembre de 1998; enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, y julio de 1999.

XIII. ANEXO

Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital México

Simposio:

“El Nuevo Sistema de Gestión en el Hospital México”
Miércoles 1 de setiembre de 1999
Auditorio Principal
Hospital México

I. Justificación

El Hospital México conceptualiza al cliente como su fin primario y la satisfacción de sus necesidades en prevención, promoción, curación, rehabilitación, docencia e investigación como su objetivo principal. Un paciente atendido oportunamente con calidez humana, calidad, y curado lo beneficia a él mismo, a su familia, a la comunidad, y a la sociedad en conjunto. Todo esto nos exige a contar con una organización moderna que permita que la productividad se aumente aplicando conocimiento el trabajo y que su estructura, ahora jerárquica y vertical, se convierta en un equipo de asociados, donde cada uno de sus miembros actúen con sentido de responsabilidad, conozcan y se comprometan con la estrategia del hospital, y la logren vincular y alinear con sus objetivos personales. Esto, igualmente, exige que en el hospital se revise y evalúe su propio rendimiento así como el desempeño de sus funcionarios de manera sistemática y continua. Por tales motivos y con la colaboración decidida de muchos funcionarios de nuestro hospital, pertenecientes a más de veinte *task forces* (Fuerzas de Trabajo) la Dirección General ha ido desarrollando su nuevo sistema de gestión llamado *Cuadro de Mando Integral* (CMI) como el marco y estructura central de sus procesos, y como un sistema de comunicación, de información, de retroalimentación y de formación.

La formulación de la estrategia del Hospital México fue presentada, el 30 de julio de 1998, a la comunidad y autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social a través de la publicación, y presentación por parte de su Director General, Dr. Mario Rolando Coto López, del *Plan Estratégico Táctico Participativo 1998 – 2000*. Hoy, en el presente Simposio, la Dirección General del Hospital México desea compartir el proceso de la puesta en práctica de dicho plan, contenido en el documento: *El Nuevo Sistema de Gestión en el Hospital México. Cuadro de Mando Integral (CMI): Experiencia y Resultados*.

II. Objetivos:

- ◆ Compartir la experiencia y los resultados del proceso de cambio impulsado por la Dirección General del Hospital México.
- ◆ Oficializar la práctica de la comunicación de la estrategia y de las tácticas del Hospital México, nuestros errores y virtudes.
- ◆ Mantener informado al personal y comprometerlo con la estrategia del hospital.
- ◆ Obtener retroalimentación y mayor participación.
- ◆ Rendir cuentas de manera sistemática y ordenada.
- ◆ Contribuir con la formación de nuestro personal.

III. Programa:

- 7:30 a.m. Inscripción.
- 8:00 a.m. Bienvenida. El Nuevo Sistema de Gestión en el Hospital México Dr. Mario Rolando Coto López, Director General, Hospital México.
- 9:30 a.m. El Cuadro de Mando Integral (CMI) del Hospital México M.Sc. José Martí Solórzano Rojas, Consultor.
- 8:45 a.m. Experiencia del nuevo sistema de gestión: Ventajas y desventajas Coordinadores de *task forces* – CMI.
- 9:45 a.m. REFRIGERIO
- 10:15 a.m. DIÁLOGOS PARTICIPATIVOS
- 10:45 a.m. Puesta en práctica del *Plan de Trabajo – Junta de Salud Hospitalaria*. Miembros de la Junta de Salud – Hospital México.
- 11:15 a.m. Resultados del nuevo sistema de gestión – Hospital México Coordinadores Equipo TEO, TF – DPO.
- 11:45 a.m. DIÁLOGOS PARTICIPATIVOS
- 12:00 m.d. Clausura.

**Clima del Proceso Task Force
"Hospital México"**

El presente tiene como objeto realizar un diagnóstico de los equipos "Task Force" del Hospital México, no se trata de una evaluación, sino de un trabajo del equipo "Benchmarking". De antemano agradecemos su colaboración al completar los ítems siguientes.

Instrucciones: Por favor encerrar en un círculo el número de la escala que considere de acuerdo a su equipo de "Task Force", para cada ítem.

1. **Sistema de compensación:** El nivel a que los miembros del equipo, sienten que se les reconoce y recompensa por su buen trabajo; en lugar de ser ignorados o criticados cuando algo va mal.

Las recompensas no responden al esfuerzo y a la actuación.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Los miembros del equipo son reconocidos y recompensados positivamente.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

2. **Estándares de actuación:** El énfasis puesto en la actuación de calidad y en la consecución de resultados de parte de los miembros del equipo.

Los estándares de actuación son bajos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Los estándares de actuación son altos.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

3. **Calor y apoyo:** El sentimiento de que la cordialidad, la confianza y el respeto de los compañeros del equipo, y el ayudarse unos a otros son normas que tienen mucho valor dentro del equipo.

Hay poca cordialidad y apoyo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La cordialidad y el apoyo son característicos.
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

4. **Coordinador:** En ausencia del coordinador los otros miembros se sienten libres para asumir el liderazgo, y son recompensados por ello.

El liderazgo no se acepta o no está recompensado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se acepta el liderazgo y la compensación.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

5. **Claridad del equipo:** El sentimiento entre los miembros del equipo de que las cosas están bien organizadas, que no hay desorden, confusión ni caos.

El equipo está desordenado, confuso y caótico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El equipo está bien organizado, con metas definidas.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

6. Comunicaciones: La información importante se comparte rápida y correctamente en todo el equipo.

El equipo está desordenado, confuso y caótico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El equipo está bien organizado, con metas definidas.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

7. Creatividad: Surgen nuevas ideas y son utilizadas en todas las áreas del equipo.

El equipo es cerrado y no responde al cambio.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El equipo es innovador y abierto a nuevas ideas.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

8. Estrés laboral: Los miembros del equipo no tienen ni demasiado ni poco trabajo.

Los niveles de estrés son perjudiciales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Los niveles de estrés son óptimos.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------------

9. Ética: El énfasis del equipo se pone en estándares altos de conducta moral a todos los niveles de responsabilidad.

Existe duplicidad de estándares, los de ética son bajos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se espera un estándar de conducta de alto nivel.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

10. Tolerancia: El nivel de apertura de la mente que existe entre los diferentes miembros, ideas y clientes en el equipo.

Perjuicio y discriminación es la norma.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No tener prejuicios ni discriminar es la norma.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

11. Retroalimentación y controles: La utilización de procedimientos de información, y seguimiento del equipo TF-DPO, así como evaluaciones y revisiones del equipo TEO.

Los procedimientos de información y seguimiento se usan para mantener el orden y castigar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Los procedimientos de información y seguimiento se usan para ayudar y resolver problemas.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

12. Recursos: Hay suficientes recursos financieros y físicos para cumplir con el trabajo.

Fondos, equipo y suministros insuficientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fondos, equipo y suministros suficientes.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

13. Desarrollo de los miembros: El desarrollo de los miembros del equipo se potencia a nivel horizontal y en todos los equipos Task Force".

El desarrollo de los miembros tiene poca importancia en el equipo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El desarrollo de los miembros es una prioridad del equipo.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

14. Condiciones físicas de trabajo: Las condiciones de trabajo seguras y confortables (iluminación, espacio, calor, etc.) se dan para la realización del trabajo en equipo.

Las condiciones de trabajo son malas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las condiciones de trabajo son buenas.
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

15. Trabajo en equipo: El nivel de comprensión y cooperación entre los miembros de los equipos "Task Force" y los otros equipos.

El trabajo en equipo es escaso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El trabajo en equipo es bueno.
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

16. Orgullo de los miembros del equipo: El grado de orgullo existente; orgullo del trabajo individual, y orgullo por las metas alcanzadas y los logros del equipo.

El orgullo es bajo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El orgullo es alto.
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

17. Implicación del miembro del equipo: La responsabilidad para la toma de decisiones se reparte entre muchos miembros del equipo. Los miembros están involucrados en decisiones que les afectan.

Baja participación del miembro en la toma de decisiones.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Alta participación del miembro en la toma de decisiones.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

**AGRADECEMOS MUCHO SU ATENCION
GRUPO "BENCHMARKING" HOSPITAL MEXICO**