



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE TUCUMÁN



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL TUCUMAN

BALANCE SOCIAL – SU APLICACIÓN EN EL HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA

Autores: Caro, Brenda Romina

Rasjido Salerno, Matías Emiliano

Director: Medina, Orlando Francisco

2012

Trabajo de Seminario: Contador Público Nacional

RESUMEN

La organización no se desenvuelve aisladamente sino que interactúa con terceros relacionándose. Por lo que el “desarrollo sustentable” de una organización, es la concepción del desarrollo que sostiene que la armonía entre éste y el medio ambiente puede y debe constituir una meta universal. Dicha armonía no es un estado fijo sino un proceso de cambio por el cual la explotación de los recursos, la dirección de las inversiones, la orientación de los procesos tecnológicos y la modificación de las instituciones concuerdan tanto con las necesidades presentes como con las futuras.

La idea de desarrollo sustentable implica límites no absolutos, es satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la supervivencia de las generaciones futuras.

La responsabilidad social supone que la institución no sólo tiene obligaciones legales y económicas sino también ciertas responsabilidades hacia la sociedad, que se extienden más allá de esas obligaciones.

El concepto de responsabilidad social de la empresa engloba las expectativas económicas, legales, éticas y discrecionales que la sociedad tiene sobre las organizaciones en un momento dado.

Esto significa llevar el comportamiento de la institución a niveles congruentes con las normas, valores y expectativas sociales prevalecientes. Es la adopción por parte de la empresa de una posición consistente en el activo compromiso de participar como ciudadana, contribuyendo a resolver los problemas de desarrollo de la sociedad y construirla como comunidad democrática, sustentable y solidaria. El cuidado del medio ambiente y la mejora en la calidad de vida de la comunidad son objetivos de toda la sociedad, y los entes que se insertan en ella no pueden estar ausentes de participación y construcción sin responsabilidad.

PRÓLOGO

Esta tesis se realizó como trabajo final de la carrera de Contador Público Nacional para la materia Seminario de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Tucumán.

Los pilares de la sostenibilidad son los aspectos sociales, económicos y ambientales que toda empresa responsable ha de mantener para lograr una buena reputación, como factor de liderazgo. Esto no sería posible sin la gestión de sus activos, tanto tangibles como intangibles, y para ello cuenta con los profesionales, como los pacientes receptores de servicio directo o los grupos de opinión como las administraciones, ONGs o la comunidad local, entre otros.

Este modelo de gestión tiene un programa a largo plazo y en ella entran dimensiones como la comunicación bidireccional o cumplir las expectativas de todos aquellos hacia los que enfoca su acción.

Los datos que aquí se muestran se hallan en esta línea y se describen siguiendo el criterio de la Global Reporting Initiative (GRI) y son una muestra más de la sensibilidad que tiene el equipo directivo del Hospital Ángel C. Padilla para llevar las riendas de un proyecto de servicio que está siempre orientado hacia la sostenibilidad.

Con este trabajo se pretende introducir al lector en los orígenes, causas y efectos del Balance Social, en términos generales y particularmente en el sistema de información contable. Dado que este último capta los datos

generados por la organización, teniendo la característica de ser cuantificables y/o mensurables.

Agradecemos de manera muy especial la colaboración del Profesor CPN Orlando F. Medina, Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Preseminario de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Tucumán quien, generosamente aceptó nuestra elección de director, nos guió en la realización del trabajo y generosamente, nos brindó información sobre el tema en cuestión y puso a nuestra disposición sus conocimientos.

INTRODUCCION

Comportamiento Social Empresario, es la configuración de la organización empresarial en base a los principios de responsabilidad social, los procesos de “responsividad” (sensibilidad o capacidad de respuesta) social, y los resultados observables para el impacto social de los negocios. Este concepto define a la empresa como una red compleja de grupos de interés interconectados y como una institución social con “poder y responsabilidad”.

Los principios de la responsabilidad social corporativa que definen la relación estructural entre sociedad, empresa y la gente son el principio de legitimidad institucional, mediante el cual la sociedad otorga legitimidad y poder a las organizaciones, y éstas deben usar ese poder del modo en que la sociedad lo considere adecuado; el principio de responsabilidad pública define que las empresas son responsables por los resultados relacionados con sus áreas primarias, secundarias, y de compromiso social. Cada organización tiene responsabilidades únicas en función al tipo de negocio que se trate, su tamaño, industria, mercados, mix de producto/servicio y demás especificidades, y finalmente el principio de discreción empresarial, mediante el cual los gerentes son actores morales y están obligados a ejercer la discreción disponible con miras a resultados socialmente responsables.

Los procesos de responsividad social corporativa se refieren a los comportamientos de las organizaciones que amplían sus fronteras. Incluyen:

- evaluación ambiental
- gestión de los grupos de interés (administrar las relaciones de la organización con aquellas personas, grupos y organizaciones que pueden afectar o ser afectadas por las operaciones de la organización).
- gestión de los resultados (desarrollando respuestas a problemas sociales que pueden afectar a la institución).

CAPITULO I

RESPONSABILIDAD SOCIAL

Sumario: 1- Historia. 2- Antecedentes. 3- IDEA y la trascendencia de lo social. 4- Responsabilidad Social. 5- Como se manifiestan las acciones de responsabilidad. 6- Competencia.

1- Historia

Los informes de cumplimiento de objetivos sociales vienen siendo en el mundo un constante tema de análisis y debate, en especial a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando la sociedad toma conciencia de la capacidad del sector privado para influir en las políticas y provocar problemas sociales, como así también la de resolverlos. En esta época surgieron conceptos y modelos por todo el primer mundo tales como:

- Responsabilidad Social Empresaria (RSE);
- Activos, pasivos y resultados sociales;
- Matriz de contabilidad social (SAM)
- Global Reporting Initiative (GRI);
- Informe Social
- Balance Social
- Auditoria Social,
- Etc.

Todos confundidos y pretendiendo englobar, en mayor o en menor medida, una rendición de cuentas de los diferentes factores productivos que intervienen en la sociedad (Estado, empresas, Organizaciones lucrativas y no lucrativas y particulares) sobre la administración ética y eficiente de los recursos naturales y personales que utilizan para el cumplimiento de sus objetivos.

En la actualidad las mediciones e informes de la Responsabilidad Social y la administración ética y comprometida de los recursos con que cuenta todo tipo de organización de la sociedad son cada vez más solicitados por diferentes Grupos de Interés¹.

Lo que surgió a mediados del siglo pasado como un requerimiento para la rendición de cuentas de las acciones sociales de los Gobiernos de los distintos países y que luego tomó un giro de informe netamente medioambiental, a fines de los `80 pasó a acompañar inexorablemente a los Informes de Cumplimiento de Responsabilidad Social Empresaria (RSE) emitidos por las grandes multinacionales que pretendían con ello, demostrar el uso racional de recursos.

Los años 70 marcan las primeras experiencias de elaboración de balance social. En 1977, Francia adoptó una ley determinando que las empresas de más de 750 funcionarios efectuarían balances sociales de sus relaciones con los trabajadores. Al año siguiente, el Brasil entró en el debate por iniciativa del Instituto de Desarrollo Empresarial, hoy bautizado con el nombre de Fundación Instituto de Desarrollo Empresarial y Social (FIDES). Luego de una serie de discusiones sobre el papel de las empresas en el desarrollo de la sociedad, esta entidad sugirió la proclamación de los balances sociales. Dos años después, FIDES promovió un seminario internacional pionero en el tema. En 1984, la industria química Nitrofertil

¹ GLOBAL REPORTING INITIATIVE, Guía para la elaboración de Memorias de Sostenibilidad, (Ámsterdam, 2006). Pag, 5

produjo el primer balance social brasilero, distribuido únicamente dentro de su público interno.

La práctica se comenzó a difundir en el mundo a partir de la década de los 80. En esa época la Copenhague Business School desarrolló un modelo de "contabilidad ética" para el banco dinamarqués Sbn. El modelo llegó a ser adoptado por más de 50 empresas escandinavas.

Además de rever la performance social de la organización, buscaba alinear sus valores con los de las partes interesadas. Así, permitía que funcionarios y clientes, entre otros, sugiriesen cambios en las políticas corporativas del banco y comentasen sobre sus gastos

En el mismo periodo, los Estados Unidos estrenaría su primer modelo de balance social propuesto por Paul Hawken, dirigente de la TNS International, fundación con fines educacionales que incentiva a las empresas a adoptar políticas de sustentabilidad ambiental. El modelo de Hawken ayudó a cambiar la cultura corporativa de la red de heladerías Ben & Jerry' s, que quedó famosa por su política de responsabilidad social. Originalmente concebido como un instrumento administrativo, elaborado por los propios emprendedores, este tipo de balance buscaba mostrar que la compañía estaba atendiendo sus objetivos sociales. El documento pasó a integrar el balance financiero anual y de la empresa a partir de 1988. Con posterioridad la Ben & Jerry' s adoptó auditorías externas.

A mediados de los años 90, la New Economics Fundation, una organización británica de investigaciones sin fines de lucro, desarrolló un modelo bautizado con el nombre de "auditoria social" que fue aplicado en la Traidcraft, red de tiendas que venden productos artesanales en el mundo entero, y una red de cosméticos The Body Shop. Más detallado y cuantitativo que el modelo lanzado por la Ben & Jerry' s, previa la realización de auditorías externas e independientes². También expresaba como

² **Ibidem**, Pág., 18

funcionarios, proveedores, clientes, accionistas y proyectos filantrópicos favorecidos por el grupo veían la actuación de la empresa.

2- Antecedentes

En Argentina, hay antecedentes legales tales como Ley (CABA) 2594 sancionada el 28 de enero de 2008³ y en Salta la Ley de Gestión Salteña Ecoeficiente, del año 2009.

En este estado de la situación y con el surgimiento de instituciones que estudian la medición y publicidad del cumplimiento de la RSE y que proponen diferentes métodos y modelos de informes: ONU, OIT, Eurostat, American Accounting Association, ETHOS, Alianza Cooperativa Internacional (ACI), IARSE, por nombrar algunas, la profesión vino percibiendo la necesidad y urgencia de tomar cartas en el asunto y preparar el camino para que el profesional en Ciencias Económicas participe como autor principal en esta área de la información de gestión social, generando así un nuevo campo de acción y nuevas competencias para nuestra profesión.

En este sentido, FACPCE⁴ creo en el año 2008 la Comisión Especial de Balance Social, siendo los motivos de su creación, algunas iniciativas de tipo político vinculadas a la obligación de presentar información social por parte de determinados entes, observándose la existencia de interés pero desconociendo el tema en el abordaje legislativo y su reglamentación posterior, por lo que los objetivos fueron lograr la elaboración

³ El objeto de la presente ley es la promoción de comportamientos social y ambientalmente responsables y sustentables por parte de las organizaciones aquí comprendidas, fijándose para ello el marco jurídico del Balance de Responsabilidad Social y Ambiental (BRSA)

⁴ La Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (FACPCE) agrupa a los 24 Consejos Profesionales de todo el país, en representación de 120.000 matriculados de las Carreras de Contador Público, Licenciatura en Administración, Licenciatura en Economía y Actuarios.

La Federación tiene más de 35 años de vida. Fue constituida el 10 de agosto de 1973 en la ciudad de La Plata.

de un documento que permita a la profesión presentarse a nivel legislativo, interesar a los legisladores y convencerlos de la necesidad de la participación de los Profesionales en Ciencias Económicas (en particular el Contador), en todo lo concerniente a la elaboración y auditoría del Balance Social y asimismo definir pautas vinculadas a la divulgación de toda la temática referida al Balance Social y lograr gradualmente la instalación del tema en la profesión.

La emisión de los informes sociales necesarios para la confección y auditoría del Balance Social, deberán respetar las normas que emanen desde las dos nuevas comisiones técnicas de FACPCE: Contabilidad de balance Social y auditoría de Balance Social.

3- IDEA⁵ y la trascendencia de lo social

El Instituto de Desarrollo Empresarial de la Argentina, está cada vez más involucrado en la toma de conocimiento, participación, discusión y análisis de la problemática de nuestra Nación.

Lejos está IDEA de limitar su accionar a la educación empresarial. Es así que el desarrollo del Foro, llegado al interior del país con sus particularidades regionales, las actividades programadas y las tareas de las divisiones, tienen en general un denominador común que ha caracterizado a la conducción de IDEA: tratar de ver el futuro. Tratar de ver lo que vendrá. Imaginar escenarios posibles para nuestra Nación y, dentro de lo posible, adelantarnos a los hechos para, precisamente, poder colaborar y gestionar con ellos.

No puede ya desconocerse la enorme trascendencia de lo social. Parece que en el pasado, lo social estaba presente - de manera implícita- en

⁵ Es una organización conformada por más de 400 de las mayores empresas de la Argentina para organizar la negociación colectiva del sector patronal con los sindicatos y el gobierno. Creada en 1960, uno de los objetivos declarados por IDEA es "permitir a las empresas de cualquier dimensión formar y actualizar sus cuadros gerenciales, intercambiar experiencias en mejores prácticas empresariales y ser protagonistas del quehacer económico, político y social".

el pensamiento ideológico-político de algunos y totalmente ausente en el de otros.

Sin embargo, sin temor a equivocarnos, podríamos decir que los distintos problemas y las áreas que hacen al perfil de Nación, como el empleo, la salud, la concentración de riqueza, el crecimiento económico, la educación, la globalización, la competitividad, la capacidad exportadora, cada día están más entrelazadas, dependiendo cada vez más unas de otras.

En nuestra visión, el futuro de las naciones tiende a ser predominantemente antropocéntrico. Es decir, enfocando como destinatario final al hombre. Lo social, que es precisamente, el accionar del hombre en sociedad, adquiere trascendencia exponencial, y la percepción de que ya nadie puede esquivar a la suerte promedio de nuestra Argentina se afianza en toda la comunidad. El estudio de la problemática social, muchas veces excusa para justificar políticas poco adecuadas, toma tal trascendencia que va modificando comportamientos, genera nuevas situaciones de relación entre los integrantes de la comunidad, y es creciente a la demanda de la sociedad civil por definiciones estratégicas y tácticas que tiendan a elevar el nivel de vida de la población, prestando interés creciente -real y no declamatorio- a este fenómeno.

Lo Social es motivo de consideración en los medios, de la reunión familiar, de la discusión en los foros más trascendentes, de la charla amistosa, y nadie puede prever un movimiento posterior retrayendo esta evolución. La demanda de atención de los aspectos sociales, teniendo -reiteramos- una visión de que las problemáticas son finalmente antropocéntricas, se incrementará afortunada e inevitablemente.

Nuevos actores y nuevas actitudes irrumpen en el marco de la sociedad argentina. Las organizaciones no gubernamentales, la inmensa demanda de transparencia, rendición de cuentas, reducción de los costos de la política, se suman a la existencia del voluntariado social y corporativo, los reclamos legales y sociales de revelación de políticas para el desarrollo

sustentable, así como las estrategias respecto de la gestión de los recursos humanos, son temas que adquieren creciente relevancia. El Balance Social es la forma de informar, de medir y de permitir comparar enfoques diversos.

La riqueza de los recursos naturales se subordina a la potencia de conceptos como el grado de capital social, las normas de comportamiento cívico, la capacidad de asociatividad, la generación social de confianza, la capacidad para aliarse, identificar objetivos comunes y ser capaz de llevarlos operativamente a cabo. El mayor o menor grado de ese capital social es lo que está caracterizando a las sociedades que evolucionan respecto de las que quedan retrasadas.

El remedio contra el individualismo en las democracias es una burocracia eficiente, una gran capacidad de asociación en los individuos y la constitución de una aristocracia (no de nobles, sino de hombres virtuosos que se preocupen y actúen en forma concreta por el bien de todos).

Por todas estas razones IDEA ha creado un equipo permanente de trabajo en el cual esta fenomenología es motivo de estudio, planteando los grandes significados para luego entrar en el análisis referido a cómo ellos se reflejan en nuestra Nación.

Nuestro objetivo principal en esta tarea sobre el enfoque integral del Balance Social es la de asistir con la comunidad en la toma de conciencia acerca de la importancia de revelar, transparentar y exponer la “actitud social” de una empresa o institución, reflejando el impacto interno y/o externo a la misma.

4- Responsabilidad Social

El concepto de empresa se ha modificado a través del tiempo. Su evolución está ligada a las transformaciones socioculturales operadas en el mundo, a los cambios en sus objetivos y misiones, y a la responsabilidad social que se les atribuye.

El tema de la responsabilidad social de las empresas comenzó a tratarse en la década del 50 en Estados Unidos de América. Hoy en día ya no se discute que son sujetos de responsabilidad social, aunque no existe consenso en cuanto al real contenido y las aplicaciones prácticas la misma. Frente a la necesidad de definir ante quiénes es responsable la empresa y cuáles son sus objetivos prioritarios, la mayor parte de los debates se concentran alrededor de dos posiciones extremas:

a) El punto de vista **clásico o tradicional** sostiene que todas las empresas son responsables frente a sus propietarios, y su principal preocupación es maximizar sus ganancias o lograr mayor eficiencia en la prestación de un servicio.

b) El punto de vista **socioeconómico** afirma que el objetivo de la empresa es asegurar su supervivencia además de obtener una rentabilidad en el largo plazo. Para lograrlo debe actuar de un modo eficiente y eficaz, y asumir determinadas obligaciones sociales tanto en su ámbito interno como externo y los costos que ellas acarrearán. Si esta conducta se generalizara redundaría en beneficio de cada empresa pues participaría en un sistema social más justo y equitativo, con responsabilidades sociales compartidas por los distintos agentes que lo componen (estado, empresas, organizaciones sin fines de lucro, ciudadanos, etc.).

En una concepción moderna se considera a la empresa como un subsistema dentro del sistema económico-social, en el que se tienen en cuenta las implicancias sociales de su accionar. Este accionar tiene consecuencias tanto en su ámbito interno (socios, trabajadores, etc.) como en el externo (comunidad, estado, clientes, proveedores, etc.).

Las empresas deberían responder por las consecuencias de su accionar y gestionarse asumiendo tal responsabilidad. Los reclamos de la comunidad para que la asuman son cada vez más numerosos, y provienen del gobierno, asociaciones de defensa de los consumidores, sindicatos, etc.

El Prof. Keith Davis sostiene que la responsabilidad social es la “obligación de una empresa, más allá de lo que exige la ley y la economía, de perseguir metas a largo plazo que sean buenas para la sociedad”⁶.

No es suficiente, en cuanto a responsabilidad social se refiere, que la empresa no haga lo considerado social y legalmente incorrecto en un lugar y tiempo determinados; debe asumir un rol positivo tratando de mejorar la sociedad en la que se inserta. Para lograrlo resulta necesario planificar las acciones sociales a emprender, incorporar los objetivos sociales a la par de los económicos y asignarles un presupuesto. De este modo la empresa asume su responsabilidad social, que se refleja en el actuar cotidiano y en el continuo proceso de toma de decisiones en todos sus niveles.

No es tarea fácil tomar decisiones socialmente responsables, ya que toda decisión implica realizar un juicio de valor, ordenar criterios, priorizar unos en desmedro de otros. En ello inciden una serie de factores entre los que se pueden destacar el sistema de valores de la empresa, el de quienes deciden y el de la comunidad donde desarrolla sus actividades.

5- ¿Cómo se manifiestan las acciones de responsabilidad?

- Educación
- Apoyo a la investigación científica
- Apoyo a la productividad de PYMES
- Asesoramiento para exportar
- Cultura
- Salud
- Seguridad
- Niñez y adolescencia
- Medio ambiente

⁶ ROBBINS. S.: “Administración. Teoría y Práctica”. 4a. Edición. Hispanoamericana S.A., 1994, pág. 129.

6- Competencia

En este estado de cosas, podemos resumir que:

-La Responsabilidad Social es competencia de todos los actores de la sociedad.

-Su medición y registración es materia de la Contabilidad Social,

-El informe de los resultados sociales es el Balance Social,

-El proceso de emisión y validación de juicio que sustente su razonabilidad es tarea de la Auditoría Social⁷.

Todo este proceso debería estar liderado por la figura del profesional en ciencias económicas, entendiendo como tal ya no solo al profesional contable, debidamente compenetrado solo con aspectos que hacen al contenido económico-financiero de la información, sino, al profesional debidamente capacitado en la gestión y administración de la información social.

Hoy, la medición de la Responsabilidad Social suma valor al valor patrimonial de la organización.

⁷ **Auditoría Social:** Es el proceso de acompañamiento que las fuerzas sociales hacen a la gestión gubernamental, otros actores sociales y políticos, a través del desarrollo de propuestas, procesos de monitoreo, verificación y evaluación cualitativa y cuantitativa de su gestión. Así como el cumplimiento de compromisos contraídos a nivel departamental y local.

CAPITULO II

EL BALANCE SOCIAL

Sumario: 1- Definición y objetivos. 2- Importancia. 3- Clasificación. 4- Resumen. 5- Diagnostico de la situación. 6- Indicadores del Balance Social. 7- Metodología de Elaboración.

1- Definición y objetivos

En todo el mundo la revelación de Lo Social está adquiriendo fuerza creciente. El reconocimiento del valor de los recursos humanos, de la relación de la institución con la sociedad, son factores determinantes del éxito de las organizaciones. Es por ello que inversores y usuarios de la información producida por las instituciones le prestan especial consideración a los datos tanto cuantitativos, monetarios, como aquellos reveladores de condiciones que corresponden al tratamiento del personal y al compromiso de la institución con su ámbito social.

A nivel mundial es variado la cantidad, calidad y detalle de la información que se publica y transparenta en relación con los recursos humanos y con la comunidad; en ciertos países depende de los requerimientos legales y en otros casos se relaciona con la política organizacional.

Los lineamientos básicos debieran ser:

a. Toda información monetaria debe ser consistente y, si es posible, reconciliada con la que surge de los estados contables legales de la institución.

b. Debe procurarse que la información se presente en el futuro en forma comparativa. Es optativo que la institución prepare esta comparación aún en el primer Balance Social, presentando voluntariamente los datos referidos a años anteriores

c. La cuantificación o monitorización de la información suministrada, en todos los casos que sea aplicable, ayuda a establecer parámetros y posibilitar su comparación con otros períodos y otras instituciones.

d. Una vez incorporado un indicador determinado en el Balance Social, debería aparecer, en forma comparativa en todas las mediciones posteriores.

e. La información narrativa o literal, si bien es trascendente, no tiene el valor de la información que intenta algún tipo de cuantificación en alguna unidad de medida aceptable.

f. En la presentación de indicadores comparativos es recomendable la inclusión de comentarios que expliquen las principales causas de sus variaciones.

g. Participación de los trabajadores/as: el balance social no puede limitarse a la reacción positiva, pero unilateral de la dirección de la empresa, sino que su verdadero interés radica en el hecho de que el contenido del mismo sea sistemáticamente intercomunicado e incluso co-formulado por los diferentes ámbitos sociales de la empresa. Ahí radica también su capacidad motivadora.

h. sistema de valores: el balance social habría de registrar el sistema de valores culturales y sociales de la empresa bajo un patrón universal de referencia. A través de ese sistema de valores (salud, seguridad, justicia social, poder, autorrealización, etc.), enraizado en el contexto de la

sociedad en el que se desenvuelve la empresa, se configura una determinada "cultura de empresa" que dicho balance trata de evaluar.

i. Costes sociales: El balance social debería aportar información que permitiera:

- Velar porque los recursos humanos sean gestionados con la misma atención y el mismo rigor que los recursos financieros.

- Prevenir la infrautilización del potencial de experiencia, conocimiento, competencia y de innovación de la empresa.

- Detectar los costes sociales excesivos y, sobretudo, los costes ocultos de la empresa.

- Prevenir los riesgos sociales.

j. Garantizar la calidad de la información: Una empresa no puede estar gestionada y dirigida si no posee un sistema de información social satisfactorio. La eficacia de un sistema de información tiende al hecho de que los datos estén reagrupados de forma racional y que el acceso a la información se efectúe con facilidad.

1-1. ¿Qué es el Balance Social?

Es una herramienta de la política empresarial⁸ que permite evaluar cuantitativa y cualitativamente el cumplimiento de la responsabilidad social de la empresa en términos de activos y pasivos sociales en sus ámbitos interno y externo, durante un período determinado y frente a metas de desempeño definidas y aceptadas previamente, con fines de diagnóstico del clima laboral y social, información, planeamiento de su política social y concertación con los diversos sectores con los cuales la empresa se relaciona.

⁸ **Política empresarial:** La política empresarial es una de las vías para hacer operativa la estrategia. Suponen un compromiso de la empresa; al desplegarla a través de los niveles jerárquicos de la empresa, se refuerza el compromiso y la participación del personal.

Consiste en reunir y sistematizar la información correspondiente a las dimensiones sociales de la empresa, realizando con objetividad y seriedad una descripción de indicadores, así como una enumeración realista y rigurosa de las tareas realizadas por la institución en materia social.

Posibilita, de esta manera, su evaluación y el desarrollo de programas de acción afines.

Es una expresión de la dimensión social del quehacer empresarial, mostrando datos -cifrables o no- acerca del impacto de la relación de la empresa con su entorno y con sus grupos humanos interno y externo.

Recoge las áreas más relevantes de las relaciones entre empresa y sociedad, mostrando costos y beneficios de cada una de ellas y diferenciando las prestaciones que son impuestas directa o indirectamente por ley, de aquellas que materializan aportaciones voluntarias.

Posibilita confrontar los resultados alcanzados en materia social con los presupuestos previamente definidos, presentándolos en términos de déficit o superávit. A partir de esos resultados, facilita el planeamiento de la gestión y la elaboración de acuerdos o convenios entre partes.

Para la implementación eficaz de un Balance Social en la empresa, son requerimientos básicos: la existencia de una filosofía social, el convencimiento de la dirección y el compromiso corporativo.

La demanda de información relacionada con la actividad social de las instituciones, requiriendo indicadores relacionados con los recursos naturales, el ecosistema, el desarrollo de la comunidad y otros aspectos sociales, es una tendencia irreversible que se relaciona directamente con el desenvolvimiento creciente de la civilización.

2- Importancia

La publicación anual del balance social es fundamental para la vida corporativa porque:

- **Amplía el dialogo de la organización con la sociedad:**

La empresa tiene la oportunidad de mostrar cual es su papel social y cómo encara sus compromisos con sus recursos humanos y ambientales. Esto establece un clima de confianza en sus relaciones con sus clientes, proveedores, comunidad vecina, gobierno, organizaciones no gubernamentales, entre otros.

- **Ayuda al equipo a incorporar posturas éticas y transparentes:**

Los funcionarios son estimulados a pensar en su papel en la implantación de los compromisos sociales de la empresa. Ellos participan en la elección de los proyectos que son llevados a cabo por la empresa y esto aumenta la comunicación interna y la integración de todo el equipo.

- **Sirve como subsidio en las negociaciones con los trabajadores:**

Resumiendo podemos establecer que los beneficios ofrecidos a los funcionario sirve de documento capaz de direccionar los acuerdos entre empresa-empleado, inclusive porque declara los objetivos futuros de la empresa.

- **Ayuda a establecer relación con su público de interés:**

El proceso de elaboración del balance social envuelve la realización de investigaciones de opinión y de formación de grupos de

discusión, que permiten evaluar como los clientes, proveedores, accionistas y la comunidad en general ven a la empresa, su postura y sus productos.

- **Diferencia la imagen de la empresa en el mercado, frente a sus clientes, financistas y gobierno:**

Las empresas que publican balances sociales, que aún son muy pocas, poseen una diferencia fundamental por este acto.

- **Ayuda a diagnosticar los desafíos futuros de una empresa:**

Los procesos de elaboración de balance social envuelven un diagnóstico de la salud del negocio, identificación de posibles situaciones de riesgos y la verificación de la capacidad de reacción de la empresa.

- **Permite a la empresa comparar su desempeño y sus relaciones con el de otras empresas:**

La adopción de modelos consagrados de balance social posibilita una rápida identificación de los contratos entre varias organizaciones.

3- Clasificación

Existen variados métodos y formas para procesar y exponer la información de tipo social, cada uno con sus ventajas y desventajas. Su enfoque y contenido dependen de las necesidades informativas de la empresa y del medio, y varían según el marco jurídico-institucional y el sistema político-económico en que la empresa se desarrolla.

Los modelos de balance social se pueden clasificar según distintos criterios. A los fines de este trabajo se adoptan los que analiza la Dra.

Aitziber Mugarra Elorriaga en su tesis doctoral 11⁹. Entre ellos se destaca la clasificación propuesta por el Instituto Nacional de Industrias de España (I.N.I.).

Según el destinatario

Balances sociales internos: aportan información a los directivos y a los trabajadores de la empresa (agentes sociales internos). Como ejemplo puede citarse el balance social impuesto por la ley francesa de 1977.

Los balances sociales exclusivamente internos brindan información más específica y analítica.

Balances sociales externos: están dirigidos a los interlocutores sociales externos como la comunidad, el estado, los medios de información, los clientes, etc. Son ejemplos de este tipo los balances estadounidenses e ingleses.

Balances sociales mixtos: se reconocen como destinatarios a ambos colectivos. Entre ellos pueden mencionarse algunas experiencias alemanas.

Según su utilidad o finalidad

Instrumentos de relaciones públicas: tratan de lograr una mejor imagen de la empresa.

Instrumentos de información empresarial: reúnen en un documento único las informaciones hacia los distintos colectivos sociales con los que la empresa se relaciona.

⁹LORENZO, Liliana Fernández; GEBA, Norma; MONTES, Verónica y SCHAPOSNIK, Rosa Balance Social cooperativo integral .Un modelo argentino basado en la Identidad Cooperativa (La Plata, agosto de 1998) Pág., 12.

Instrumentos de gestión social integrada: incluyen además las etapas de planificación y control.

Según quiénes lo elaboran

Este criterio diferencia el nivel de participación de los diversos actores sociales en la determinación del objeto a analizar, en el modo de realizarlo y en la evaluación de los resultados. Así se distinguen:

Balances sociales unilaterales: la labor recae en un sólo agente social, generalmente los directivos de la empresa.

Balances sociales con participación parcial: se incorporan otros agentes sociales en su elaboración, como los trabajadores o sus representantes.

Balances sociales multilaterales: participa un número indeterminado de agentes sociales, que tendría como límite utópico a todos los que interactúan con la empresa. El problema de este tipo de balances reside en cómo poder materializarlos en la práctica, por la variedad de enfoques, necesidades de información, etc.

Según la obligatoriedad legal

Balances sociales obligatorios por ley: en países como Francia y Portugal se establece la obligatoriedad de emitir balances sociales para empresas que emplean un número determinado de trabajadores.

Balances sociales voluntarios: su emisión es facultativa para la empresa.

La primera alternativa se presenta como una forma de asegurar la emisión generalizada del balance social. Aporta al gobierno elementos de

planificación y control en el campo socio-económico. Las críticas a la obligatoriedad impuesta por ley se centran en considerarla como una nueva forma de intervencionismo estatal, y en la falta de flexibilidad que presentan los modelos legales para incorporar avances metodológicos. Propuestas intermedias sostienen que la legislación debe establecer un contenido mínimo y pautas generales de confección.

Según el sector al que pertenece el ente

Se los distingue en balances sociales públicos y privados.

Según la cantidad de unidades de medida empleadas.

Se los llama unidimensionales o multidimensionales. Algunas variables pueden traducirse en dinero, en horas trabajadas, en cantidades físicas, etc.

Según la objetividad de sus mediciones

Se los diferencia entre modelos cuantitativos o cualitativos; numéricos o no numéricos respectivamente.

Según su acercamiento a los modelos propuestos por la contabilidad tradicional

Se los clasifica en contables y no contables. La última clasificación se refiere, en sentido estricto, al enfoque de la Contabilidad Patrimonial.

Si se considera a la Contabilidad en un enfoque más amplio, como una disciplina social que abarca a la Contabilidad patrimonial o financiera, a la gerencial o administrativa, a la gubernamental o pública, a la económica y a la social, es posible agrupar los balances sociales como se propone a continuación:

- Modelos que presentan el enfoque de la Contabilidad patrimonial

Estos modelos exponen la información totalmente cuantificada en unidades monetarias y respetando en muchos casos la partida doble. Entre ellos se pueden destacar: el Estado del Valor Agregado¹⁰, el Estado del Excedente de la Productividad Global¹¹ y el Balance Socio-económico¹².

Las críticas a estos modelos contables patrimoniales se centran esencialmente en la dificultad, cuando no imposibilidad, de cuantificar objetivamente, sobre todo en términos monetarios, variables sociales tales como el clima laboral o la satisfacción con el empleo. Estas críticas se acentúan al tratar de cuantificar y determinar la relación de costos-beneficios sociales. Las dificultades que presentan estos modelos han contribuido a que en la práctica no se haya generalizado su uso exclusivo, y se presenten junto a otras formas de Balance Social.

- Modelos que ofrecen enfoques diversos e incorporan otras unidades de medida además de la monetaria.

Estos modelos, alejados en distinto grado del enfoque de la Contabilidad Patrimonial, son más flexibles que los mencionados anteriormente. En general resulta más comprensible para los usuarios de este tipo de información, quienes no siempre cuentan con conocimientos suficientes en relación con esta disciplina.

¹⁰ **Estado del Valor Agregado:** estado económico-financiero, histórico, de circulación real, que muestra el valor económico generado por una unidad productiva y simultáneamente describe cómo se distribuye entre aquéllos que han contribuido a su creación

¹¹ Excedente de productividad global surge de la diferencia entre la variación de la cantidad de productos elaborados en un período y la variación de la cantidad de factores empleados para obtenerlos, todos valorizados en moneda de un momento determinado. Este excedente puede ser positivo o negativo según sea el primer término mayor o menor que el segundo. Refleja la creación o pérdida de riqueza habida en ese ejercicio respecto del que se toma como referencia (generalmente en anterior)

¹² Abt, Clark: "Auditoría Social para la Gerencia". Editorial Diana. México. 1981.

Resulta difícil identificar claramente cada uno de estos modelos. Pero entre ellos pueden destacarse ciertos rasgos diferenciales, a saber:

Informes Sociales Narrativos: Con esta denominación se hace referencia a modelos técnicamente sencillos, que se plasman en documentos fundamentalmente narrativos y que a veces incluyen gráficos, datos cuantitativos, etc. Usualmente describen la acción social desarrollada por la empresa en un período determinado, utilizando en algunos casos, variadas unidades de medida. Presentan las desventajas ya mencionadas respecto a la información social incluida en la Memoria que acompaña a los Estados Contables Tradicionales.

Informes Sociales Sistemáticos: En ellos se expresa la información cuantificada a través de cuadros o matrices. Permiten detallar la situación social de la empresa de una manera sistemática y menos extensa que los narrativos. Estos modelos ordenan la información de acuerdo a distintos criterios, adoptan variados enfoques o emplean diferentes técnicas de medición.

Ordenamiento de la información: Pueden ser cronológicos, en los que se respeta el orden de ocurrencia de los hechos; por grado de importancia relativa; y de acuerdo a la prioridad de las metas fijadas por la organización.

Enfoque de la Contabilidad por Objetivos: Para desarrollar este enfoque deben definirse de manera clara y precisa los objetivos económico-sociales a lograr por las distintas áreas de la empresa y medir en qué grado se han alcanzado. Con esta finalidad, se utilizan frecuentemente indicadores sociales. Para poder implementarlo es necesario contar con un sistema de gestión desarrollado. Se destaca su utilidad como instrumento de planificación, de gestión y también de control, integrando lo económico con lo

social. Su desventaja radica en el hecho de no permitir análisis comparativos entre empresas cuando los objetivos considerados son individuales, y en tener que definir qué información puede hacerse pública.

Medición de la información a través de Indicadores Sociales: Es una técnica muy difundida para la medición de los fenómenos económico-sociales. Consiste en utilizar distintos indicadores que combinados entre sí, definen modelos de balance social. Esta forma de presentar la información social surgió en la década del 60 en Estados Unidos y se extendió rápidamente a Europa. En un comienzo se aplicó sólo en el ámbito estatal, ampliándose luego a las empresas.

La utilidad de los indicadores radica en que son medidas cuantificadas que generalmente adoptan la forma de ratios o cocientes, con los que se puede abordar aspectos cuanti y cualitativos de las relaciones entre la empresa y sus distintos partícipes sociales. Pero estos aspectos muchas veces aluden a propiedades que no son mensurables en forma directa, como el clima laboral. Para poder medirlos debe definirse la variable a medir, la dimensión o aspecto relevante de la misma, no medible directamente, y los indicadores. Estos indicadores, que representan una forma de medición concreta, pueden ser:

* *Objetivos o cuantitativos*, que se refieren a hechos o elementos cuantificables o mensurables, como la remuneración de los trabajadores.

* *Subjetivos o cualitativos*, con los que se mide la opinión que los agentes sociales (tomados individual o colectivamente) tienen de los aspectos a estudiar, por ejemplo el grado de satisfacción del trabajadores respecto de las remuneraciones percibidas. Para poder relevarlos generalmente se realizan encuestas de opinión.

Si bien la medición a través de indicadores demanda un esfuerzo adicional, presenta ciertas ventajas que lo convierten en uno de los instrumentos más utilizados a la hora de plantear el balance social:

- Pueden emplear datos provistos por el sistema contable,
- Son comprensibles por la mayoría de los usuarios, y
- Permiten elaborar modelos homogéneos, lo que los torna comparables.

4- Resumen

El Balance Social ¹³es:

-Un relevamiento de los principales indicadores de desempeño económico, social y ambiental de la empresa y una forma de dar transparencia a las actividades corporativas.

-Un instrumento que amplía su dialogo con todos los públicos con los cuales ella se relaciona:

- Accionistas
- Clientes/consumidores
- Comunidad de entorno
- Funcionarios
- Proveedores
- Gobierno
- Organizaciones no gubernamentales
- Mercado financiero
- Sociedad

¹³ Mugarra Elorriaga, Aitziber: "Balance social Cooperativo". Universidad de Deusto. Bilbao. España. 1995.

-Una herramienta de auto evaluación que da a la empresa una visión general sobre su gestión.

-Una forma de reunir informaciones sobre las expectativas y la percepción de la sociedad y de los socios de la empresa sobre su desempeño.

-Una colección de evidencias de la habilidad de la organización para lidiar con los desafíos futuros.

-Una forma de establecer cuáles son los objetivos y los valores de la empresa en el pasado, en el presente y en el futuro.

-El punto de partida para la planificación del año siguiente.

-Un instrumento para ampliar la importancia de la responsabilidad social en la estrategia corporativa.

5- Diagnostico de la situación

El desarrollo de un programa de prevención en la empresa precisa de una serie de actuaciones, en todos los ámbitos de la misma, con el fin de mejorar la **calidad de vida laboral**.

En primer lugar, y para poder definir los objetivos que se deseen alcanzar, deberemos disponer de la información necesaria que nos permita conocer las deficiencias existentes en la situación de partida. Es decir, deberemos efectuar un **diagnóstico Inicial de la situación**. Tarea que será más o menos compleja en función de los objetivos planteados.

Existen diversas metodologías para efectuar los diagnósticos de situación de las condiciones de trabajo. Las más conocidas se ocupan de los aspectos globales de dichas condiciones y se centran en el análisis de cada uno de los puestos de trabajo. Ahora bien, si lo que pretendemos es efectuar

diagnósticos sobre la calidad de vida laboral, ampliando el campo de intervención, no sólo al conjunto de puestos de trabajo, sino a la globalidad de la empresa, deberemos utilizar otros métodos que estudien las condiciones organizativas, en los que se integren tanto las condiciones de trabajo concretas en todos los ámbitos del centro de trabajo, como los estudios analíticos que aportan información sobre la situación social y económica de la empresa.

A este nivel de intervención existen dos tipos de metodologías que nos pueden servir para nuestros propósitos. Se trata de las auditorías de gestión de las condiciones de trabajo y del balance social.

6-Indicadores del Balance Social

6.1-Sistema de indicadores

El instrumento a utilizar para la confección de un balance social debería basarse en un **sistema de indicadores** que registre periódicamente los elementos que integran dicho balance. Entendemos por indicador "... la imagen cifrada de una situación o fenómeno que corresponde a un sistema..."¹⁴. Analicemos las dimensiones de esta definición:

1. Se trata de una **imagen** a la que se lo supone un grado de validez suficiente del concepto representado. Así, por ejemplo, los días de trabajo perdidos por causas no justificadas no ofrece la cifra exacta de ausentismo, ya que se producen otros tipos de ausencias que no quedan reflejadas en las estadísticas, sin embargo, dicha cifra puede ser considerada útil y significativa.

2. Está **cifrada**. Un indicador se desarrolla a través de algún tipo matemático de escala (ratio, intervalo, ordinal, discontinua).

¹⁴ GRACIA ECHEVERRIA, Santiago, "Balance Social de la empresa. Posibilidades y límites operativos en su implementación actual". Revista Alta Dirección N° 65. (Barcelona. 1978), Págs. 167 y ss.

3. Describe una **situación o fenómeno**. En el primer caso se trata de la evaluación de un nivel final, en el segundo de un movimiento o flujo. El número total de trabajadores/as en una empresa en un momento dado es un indicador de situación, mientras que el aumento o disminución de ese número es un fenómeno.

4. Forma parte de un **sistema**, es decir, aislado del contexto de la totalidad no tiene significación válida.

6.2- Elementos del balance social

Tomando como base de nuestra propuesta los diferentes tipos existentes, se plantea un modelo de balance social que permita el análisis pormenorizado de los diferentes aspectos que determinan los temas clave del contexto social en el que se ubican las empresas. Tales temas clave, tanto por su propia entidad, que permite un tratamiento individual de los mismos, como por su carácter globalizador del citado contexto social, pueden ser clasificados de la siguiente forma:

- Empleo.
- Remuneraciones.
- Salud laboral.
- Organización del trabajo.
- Desarrollo de los recursos humanos.
- Medio ambiente.
- Programa de acción social.

En cualquier caso, el sistema de indicadores debería cumplir unos requisitos mínimos, entre los que señalamos los siguientes:

❖ Debe tratarse de un conjunto de **indicadores interrelacionados de eficacia** cuyo tratamiento global nos permita disponer de información suficiente para medir la eficacia del sistema y, en especial, evaluar la bondad

de las correcciones que se irán introduciendo en el programa a través de su desarrollo.

- ❖ Deben responder a la **totalidad** de medios utilizados y fines conseguidos.

- ❖ Deben registrar, no solo hechos objetivos, sino también las **opiniones** de los individuos, cuando se considere oportuno.

- ❖ Deben estar **estandarizados**, de forma que, pese a su heterogeneidad natural, resulten directamente integrables.

- ❖ Su manejo debe implicar un sistema de **ponderación relativa** de los mismos, que evite la igualdad indebida de los indicadores.

6.3- Su utilización en programas de prevención

Un programa de prevención de riesgos laborales difícilmente podrá ser implantado, o su eficacia será dudosa, si no existe en la empresa un clima de cooperación necesario entre la dirección y los trabajadores/as, y un verdadero compromiso por ambas partes.

Las características del balance social lo configuran como un elemento que debe romper con la cerrada estructura de la empresa, en la que cada una de sus partes parece perseguir objetivos distintos y que ha de propiciar una verdadera motivación al cambio que fomente el clima idóneo para el desarrollo del programa de prevención.

La eficacia de dicho programa requerirá no sólo el control de las situaciones de riesgo mediante la utilización de las correspondientes técnicas analíticas y operativas, sino también una evaluación y control de los resultados del programa, que abarque tanto la satisfacción de los trabajadores/as y de la dirección como los resultados económicos y sociales. Para ello, además del análisis coste-beneficio que se efectúe, dada la naturaleza de las variables que intervienen en el programa, que no siempre tendrán una compensación estrictamente monetario, será necesario controlar

la evolución de ciertos indicadores interrelacionados directamente con la eficacia del programa preventivo.

Así, además de los posibles beneficios económicos de las medidas preventivas implantadas y de la consecución de niveles de accidentabilidad considerados como razonables, qué duda cabe de que la eficacia del programa tendrá su reflejo en la evolución positiva tanto de los indicadores que configuran el balance social, como en los resultados de la auditoría de la gestión preventiva. A la inversa, las dificultades en el cumplimiento de objetivos del programa preventivo tendrán, probablemente y en parte, su explicación en indicadores propios del balance social no suficientemente satisfactorios.

7- Metodología de elaboración

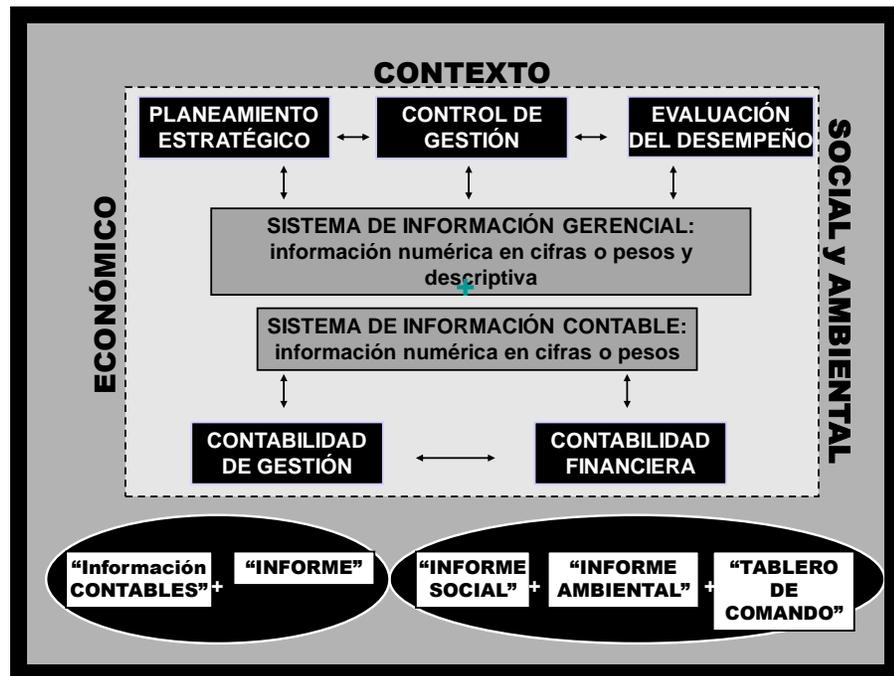
A los fines de la elaboración del balance social, se expone a continuación el siguiente esquema:

- Planeamiento estratégico: Proceso para diagramar la estrategia.
 - Misión
 - Visión
 - Valores
 - Análisis del ambiente externo y interno
 - Estrategia.

- Control de gestión mediante el :
 - Cuadro de Mando Integral con RSE: conjunto de indicadores que permiten formular :
 - Informes social
 - Información contable
 - Informe ambiental

- Tablero de comando
- Evaluación de desempeño mediante el balance social.

Figura Nº 1: Diagrama del proceso de construcción de un Balance Social



CAPITULO III

BALANCE SOCIAL: MODELOS DE PRESENTACION.

Sumario: 1-Modelo Ibase. 2- Modelo ETHOS. 3- Modelo IARSE. 4- Modelo Global Reporting Initiative (GRI). 5- Proyecto de Resolución Técnica N° 23. 6- Opinión del CP. Fowler Newton sobre el PRT N°23.

Podemos citar cuatro modelos de Balances Sociales¹⁵:

- a. Instituto Brasileño de Análisis Social y Económico (Ibase)
- b. Instituto ETHOS
- c. Instituto IARSE
- d. Global Reporting Initiative (GRI)

Todos estos modelos poseen las informaciones mínimas que deben ser publicadas para dar transparencia a las actividades de la empresa.

Otros documentos presentan un formato definido, en general, por la misma área de comunicaciones de la compañía y no contienen las informaciones exigidas por ninguno de estos modelos patrones.

¹⁵ Instituto Ethos, la Fundación EMPRENDER y REDES, Balance Social y Comunicación de la Empresa a la Sociedad, Trad. por Diana de Bareiro (Santa Cruz de la Sierra, Enero 2006)

1- Modelo Ibase

Lanzado en 1997 por el Ibase, se inspira en el formato de los balances financieros. Expone, de manera detallada, los números asociados a responsabilidad social de la organización, En forma de planilla, reúne informaciones sobre la ficha de pagos, los gastos con cargas sociales de funcionarios, la participación en los lucros. También detalla los gastos en el control ambiental y las inversiones sociales externas de las diversas áreas: educación, cultura, salud etc.

2- Modelo ETHOS

El Instituto Ethos¹⁶ fue fundado con el propósito de ayudar a las empresas para asimilar el concepto de responsabilidad social corporativa y para que se incorpore la gestión del día a día, un proceso continuo de evaluación y mejora. A sus asociados - empresas de diferentes sectores y tamaños - se los motiva a establecer normas de ética de las relaciones con empleados, clientes, proveedores y accionistas, la comunidad en la que operan, con el público y el medio ambiente. Con la adopción de una nueva forma de hacer negocios, de acuerdo con los principios del desarrollo sostenible, estas empresas están contribuyendo decisivamente a mejorar la calidad medioambiental, social y económica del país.

Misión

La misión del Instituto Ethos es movilizar, sensibilizar y ayudar a las empresas a gestionar sus negocios de forma socialmente responsable, orientando a los socios en la construcción de una sociedad sostenible y justa. El Instituto Ethos tiene la intención de difundir la práctica de la responsabilidad social corporativa, ayudándoles a:

¹⁶ **Ibíd.**, Pág. ss

- Comprender e incorporar poco a poco el concepto de comportamiento socialmente responsable;
- Implementar políticas y prácticas que cumplan con altos estándares éticos, contribuyendo a la consecución del éxito económico sostenible en el largo plazo;
- Asumir sus responsabilidades con todos los afectados por sus actividades;
- Demostrar a sus accionistas la importancia de un comportamiento socialmente responsable de la rentabilidad a largo plazo de su inversión;
- Identificar formas innovadoras y eficaces de trabajar en asociación con las comunidades en la construcción del bien común;
- Prosperar, lo que contribuye al desarrollo económico social y ambientalmente sostenible.

Visión

Los diversos sectores de la sociedad están redefiniendo sus roles. Las empresas y la adopción de un comportamiento socialmente responsable, son poderosos agentes de cambio que, junto con los estados y la sociedad civil, pueden contribuir a un mundo mejor. Este comportamiento se caracteriza por la coherencia ética en las acciones y relaciones con los diversos públicos con los que interactúan, contribuyendo para el desarrollo continuo de los individuos, las comunidades y sus relaciones con los demás y el medio ambiente. Al añadir a su núcleo ética y comportamiento socialmente responsable, las empresas obtendrán el respeto de las personas y comunidades que son afectadas por sus actividades y satisfacción con el reconocimiento y el compromiso de sus empleados y las preferencias del consumidor. La responsabilidad social se está convirtiendo en un factor de éxito en los negocios, lo que crea nuevas perspectivas para la construcción de un mundo económicamente más próspero y más justo socialmente.

Principios y Compromisos

Instituto Ethos de Empresas y Responsabilidad Social es una organización no gubernamental creada con la misión de movilizar, sensibilizar y ayudar a las empresas a gestionar sus negocios de forma socialmente responsable, y hacerlos socios en la construcción de una sociedad sostenible y justa.

Actividades del Instituto Ethos

- Orientación: el Instituto Ethos ofrece a las empresas participantes conferencias, seminarios y eventos destinados a difundir la cultura de la responsabilidad social, en forma voluntaria y no remunerada.
- El Instituto Ethos no intermedia en proyectos sociales, ambientales o profesionales entre las empresas miembros.
- El Instituto Ethos no es el organismo de certificación de responsabilidad social o de conducta ética, y no proporciona ningún tipo de sello.

Compromiso de las empresas asociadas

El Instituto Ethos es una entidad creada y mantenida por un grupo de empresas interesadas en promover el desarrollo sostenible. Lleva a cabo su misión con una visión de conjunto y corresponsabilidad. Por lo tanto, se espera que la empresa asociada:

- Divulgue por los medios de comunicación, el concepto de responsabilidad social corporativa, tal como fue formulada por el Instituto Ethos, que interactúa con el público (accionistas, empleados, clientes, proveedores, comunidades y gobiernos);
- Se comprometa con el tema y busque la excelencia en las políticas progresistas y prácticas de responsabilidad social;

- Participe en actividades y eventos patrocinados por el Instituto Ethos.

- Se comprometa con una cuota de socio al Instituto Ethos, como la frecuencia y la cantidad de pago elegida en la forma de asociación (la falta de pago de este impuesto tendrá como resultado la desvinculación de la empresa).

- No utilice el logotipo del Instituto Ethos en cualquier medio, electrónico o impreso,

- Proporcione los datos de contacto de sus representantes al Instituto Ethos (y suplentes) en el directorio de empresas afiliadas;

- Mantener sus registros actualizados por área exclusiva para los miembros del sitio del Instituto Ethos.

Actividades

Para cumplir su misión, el Instituto Ethos de Empresas y Responsabilidad Social, se desarrolla y tiene la intención de desarrollar estas actividades, distribuidas en las siguientes áreas:

- Información
- Conferencias, debates y reuniones
- Asistencia Técnica
- La comunicación
- Coordinación y movilización

Basado en el reporte detallado de los principios y las acciones de la organización, incorpora la planilla propuesta por el Ibase y sugiere un análisis mayor del contexto en la toma de decisiones, de los problemas encontrados y de los resultados obtenidos.

El Instituto ETHOS defiende la necesidad de que los balances sociales adquieran credibilidad y consistencia comparables a los balances

financieros. Por tanto es necesario que los siguientes principios sean verificados:

- **Relevancia:** Las informaciones contenidas en los balances sociales serían útiles si fuesen percibidas como tales por su público interesado. Por ello, la empresa debe conocer las expectativas de estos usuarios.

- **Veracidad:** Neutralidad y consistencia en la formulación y presentación son fundamentales para que la empresa demuestre la confiabilidad de su balance. Acciones y resultados deben ser descriptos en base a hechos y argumentos que no varíen la manipulación de la opinión de las partes interesadas (*stakeholders*).

Impactos positivos y negativos, directos e indirectos deben ser presentados de modo consciente, llevándose en cuenta la importancia de incluir la discusión y el posicionamiento de la empresa sobre un tema específico.

- **Claridad:** Para que el balance social sea comprendido por todos los públicos al que va destinado, la inclusión de gráficos, términos técnicos y/o científicos debe ser hecha con mucha cautela.

- **Comparable:** La posibilidad de comparación de los datos con el de otras empresas u organizaciones o el mismo entre diferentes periodos debe tomarse en cuenta para que el balance social pueda ser evaluado en relación a los años anteriores o siguientes.

- **Regularidad:** La divulgación del balance social debe ser periódica para que pueda servir de instrumento de comparación para los diversos públicos.

- **Verificable:** Las informaciones contenidas en el balance social deben poder ser verificadas en auditoria, y que contribuya a su credibilidad.

3- Modelo IARSE

El Instituto Argentino de Responsabilidad Social Empresaria (IARSE¹⁷) es una organización que trabaja para constituirse en un centro de referencia nacional en materia de responsabilidad social de las empresas.

Fue fundado a mediados del año 2002 con la misión de “promover y difundir el concepto y la práctica de la Responsabilidad Social Empresaria, para impulsar el desarrollo sustentable de Argentina”.

Se trata de una organización privada, sin fines de lucro, con sede en la ciudad de Córdoba (Argentina).

El Instituto crea valor para las empresas y la sociedad trabajando junto al mundo de los negocios. Generando herramientas de gestión, redes, mecanismo de información e intercambio de experiencias, además, promueve la colaboración mutua entre las compañías que han decidido hacer de su conducta responsable un valor a partir del cual contribuyen a la construcción de una sociedad más justa y sustentable.

Generando información y conocimiento, divulgando buenas prácticas en materia de RSE, estableciendo alianzas con entidades similares de toda América Latina y el mundo, promoviendo un compromiso gradual y creciente por parte de las empresas así como el ejercicio de una práctica profesional de la Responsabilidad Social Empresaria, aspiramos a incidir –de una manera concreta- en el cambio estructural que requiere nuestra república.

¹⁷ GARCIA ECHEVERRIA, Santiago, **Op Cit.**, pág. 71

Misión

"Promover y difundir el concepto y la práctica de la responsabilidad social, para impulsar el desarrollo sustentable de argentina trabajando junto a las empresas a través de redes de información, intercambio de experiencias y colaboración mutua."

4- Modelo Global Reporting Initiative (GRI)¹⁸

El modelo de GRI para la presentación es de gran importancia a escala global. GRI es una red internacional lanzada en 1997 por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y por CERES (siglas en inglés de Coalition for Environmentally Responsible Economies, o Coalición por Economías Ambientalmente Responsables), Entidad norteamericana que reúne 1500 especialistas y organizaciones, entre ellas ONGs, empresas y universidades. El objetivo es adoptar un modelo patrón internacional.

La misión de la GRI es que los balances sociales se vuelvan modelos tan difundidos como los balances financieros corporativos. Por tanto, ella se empeña en producir y diseminar un modelo que pueda ser aplicado globalmente. La importancia de padronizar los balances sociales producidos por empresas de sectores o países diferentes es crear un instrumento que permita comparaciones entre ellas, en cuanto al desempeño obtenido y a las soluciones y los desafíos encontrados.

En el 2002, la GRI lanzó la versión revisada de las Directrices para Reportes de Sustentabilidad, publicada en portugués por el Instituto ETHOS, que es parte de esta iniciativa internacional y orienta a las empresas a tener como referencia el modelo propuesto por GRI.

¹⁸ GRI. Directrices para Reportes de Sustentabilidad.
http://www.uniethos.org.br/_Uniethos/Documents/gri_fnal.pdf. (22 Agosto, 2012)

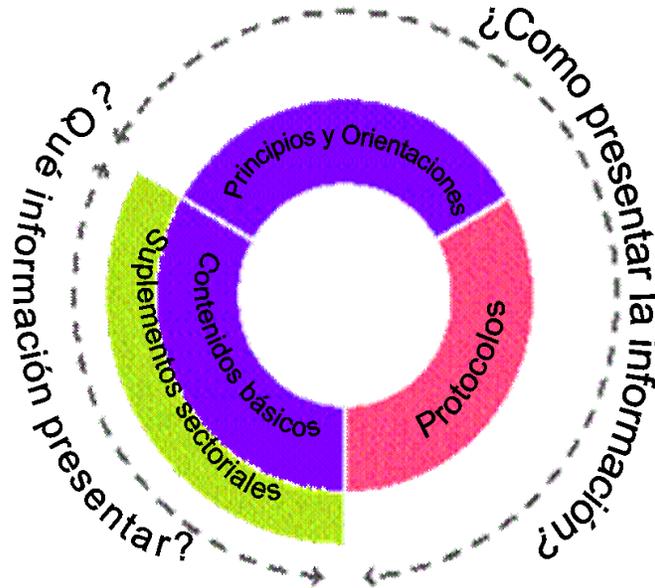
4-1- Propósito de la memoria de sostenibilidad

La elaboración de una memoria de sostenibilidad comprende la medición, divulgación y rendición de cuentas frente a grupos de interés internos y externos en relación con el desempeño de la organización con respecto al objetivo del desarrollo sostenible. “La elaboración de memorias de sostenibilidad” es un término muy amplio que se considera sinónimo de otros términos también utilizados para describir la información relativa al impacto económico, ambiental y social (por ejemplo, triple cuenta de resultados, informes de responsabilidad corporativa, etc.).

Una memoria de sostenibilidad deberá proporcionar una imagen equilibrada y razonable del desempeño en materia de sostenibilidad por parte de la organización informante, e incluirá tanto contribuciones positivas como negativas.

Las memorias de sostenibilidad que se basan en el Marco de elaboración de memorias del GRI presentan los resultados que se han obtenido dentro del correspondiente periodo informativo, atendiendo a los compromisos, la estrategia y el enfoque directivo adoptado por la organización. Las memorias se pueden utilizar, entre otros, para los siguientes propósitos:

- Estudio comparativo y valoración del desempeño en materia de sostenibilidad con respecto a leyes, normas, códigos, pautas de desempeño e iniciativas voluntarias
- Demostración de cómo una organización influye en –y es influida por– las expectativas creadas en materia de desarrollo sostenible
- Comparación del desempeño de una organización y entre distintas organizaciones a lo largo del tiempo.



4-2- Orientación sobre el Marco GRI para la elaboración de memorias de sostenibilidad

Todos los documentos del Marco GRI para la elaboración de memorias de sostenibilidad se han elaborado utilizando un proceso que busca el consenso a través del diálogo entre los grupos de interés de la comunidad inversora, los empleados, la sociedad civil, los auditores y la comunidad académica, entre otras. Todos los documentos de dicho marco están sujetos a comprobación y a mejoras continuas.

Se espera que el Marco GRI para la elaboración de memorias de sostenibilidad sirva como marco generalmente aceptado para informar acerca del desempeño económico, ambiental y social. Ha sido diseñado para ser utilizado por las organizaciones, con independencia de su tamaño, sector o localización. Tiene en cuenta las consideraciones prácticas a las que se enfrentan una amplia gama de organizaciones, desde las pequeñas empresas hasta aquellas con gran volumen de operaciones que operan en distintas áreas geográficas al mismo tiempo. El Marco GRI para la elaboración de memorias de sostenibilidad describe el contenido general, así

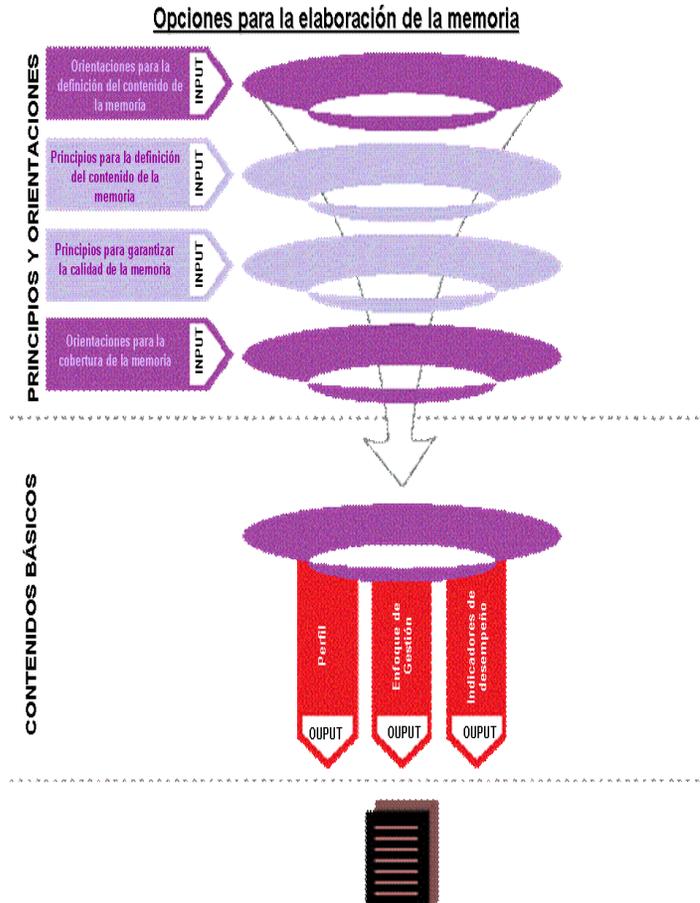
como contenidos sectoriales específicos, acordados por una amplia gama de grupos de interés en todo el mundo, los cuales se consideran generalmente aplicables para la descripción del desempeño de una organización en materia de sostenibilidad.

La Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad consta de un conjunto de Principios que tienen como finalidad definir el contenido de la memoria y garantizar la calidad de la información divulgada. También incluye los denominados Contenidos básicos, que están formados por los Indicadores de desempeño y otros apartados, así como una serie de pautas sobre aspectos técnicos relacionados con la elaboración de memorias.

Existe una serie de **Protocolos de indicadores**; para cada uno de los Indicadores de desempeño incluidos en la Guía. Estos protocolos proporcionan definiciones, asesoramiento para la recopilación de información y otras sugerencias para ayudar a la redacción de las memorias y garantizar la consistencia de la interpretación de los Indicadores de desempeño. Los usuarios de la Guía deben utilizar los Protocolos de indicadores.

Los **Suplementos sectoriales** complementan la Guía aportando interpretaciones y asesoramiento sobre cómo aplicar la Guía en un sector en concreto e incluyen Indicadores de desempeño específicos para el sector. Los Suplementos sectoriales aplicables deberán ser usados junto con la Guía, y no en su lugar.

Los **Protocolos técnicos** proporcionan indicaciones específicas sobre algunos aspectos de la elaboración de memorias, como por ejemplo la delimitación de la cobertura de la memoria. Están diseñados para utilizarse junto con la Guía y los Suplementos sectoriales y abordan cuestiones a las que se enfrentan la mayoría de las organizaciones durante el proceso de elaboración de memorias.



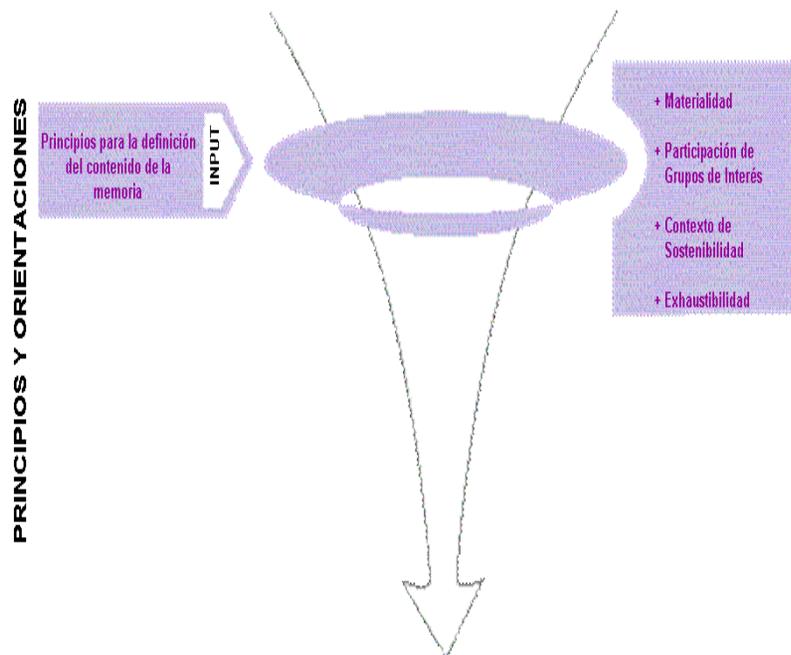
4-3- Orientación sobre la Guía del GRI

La Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad se compone de los Principios para la elaboración de memorias, de las Orientaciones para la elaboración de memorias y de las Contenidos básicos (que incluyen los Indicadores de desempeño). Se considera que estos elementos son equivalentes en cuanto a su importancia y peso específico en las memorias.¹⁹

¹⁹ GLOBAL REPORTING INITIATIVE, Guía para la elaboración de Memorias de Sostenibilidad, (Ámsterdam, 2006). Pag. 6

Parte 1 – Principios y Orientaciones para la elaboración de memorias

Se describen tres elementos fundamentales del proceso de la elaboración de memorias. Para ayudar a determinar qué se debe incluir en la memoria, este apartado aborda los Principios de elaboración de memorias relativos a la materialidad, la participación de los grupos de interés, el contexto de sostenibilidad y la exhaustividad, junto con una serie de comprobaciones para cada principio. La aplicación de estos Principios y las Contenidos básicos determina los asuntos y los Indicadores sobre los que se ha de informar. Asimismo se incluyen los Principios de equilibrio, comparabilidad, precisión, periodicidad, fiabilidad y claridad, así como las comprobaciones que pueden utilizarse para contribuir a que la información divulgada tenga la calidad deseada. Este apartado concluye con una serie de indicaciones para que las organizaciones informantes puedan definir el rango de entidades que deben estar representadas en la memoria (también denominado “cobertura de la memoria”).



Parte 2 – Contenidos básicos

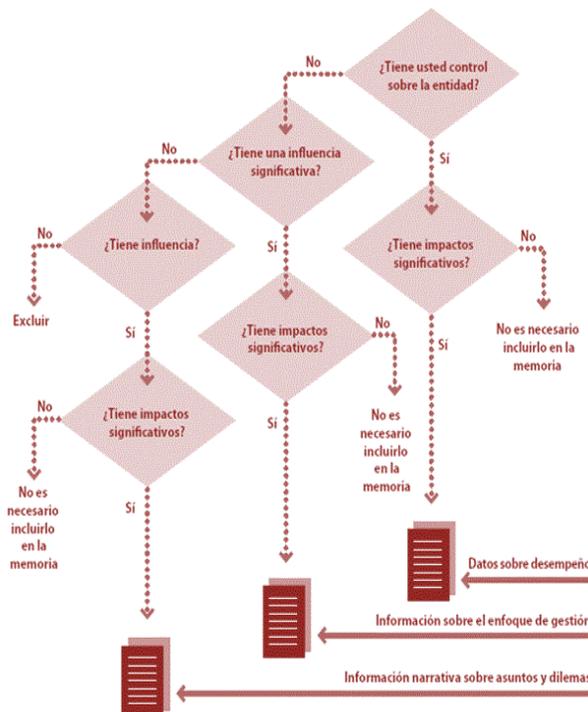
Presenta los Contenidos básicos que han de incluirse en las memorias de sostenibilidad. La Guía presenta la información que resulta relevante y material para la mayoría de las organizaciones y grupos de interés, bajo tres tipos de Contenidos básicos:

- **Perfil:** Información que define el contexto general y permite comprender el desempeño de la organización, entre otros a través de su estrategia, su perfil y sus prácticas de gobierno corporativo.

- **Enfoque de la dirección:** información sobre el estilo de gestión a través del cual una organización aborda aspectos específicos y describe el contexto que permite comprender su comportamiento en un área concreta.

- **Indicadores de desempeño:** indicadores que permiten disponer de información comparable respecto al desempeño económico, ambiental y social de la organización.

Árbol de decisiones para determinar el contenido de la memoria



4-4- Niveles de aplicación del GRI²⁰

Una vez concluida la memoria, los encargados de su preparación deben indicar en qué medida o nivel han aplicado el Marco de elaboración de memorias del GRI a través del sistema de “niveles de aplicación del GRI”. La finalidad de este sistema es proporcionar:

- **A los lectores de la memoria** una clara información sobre la medida en que se ha aplicado la Guía del GRI y otros elementos del Marco de la elaboración de memorias en la preparación del informe.

- **A los redactores de la memoria** una visión o una vía para ampliar gradualmente la aplicación del Marco de elaboración de memorias del GRI.

Al indicar uno de los niveles de aplicación se comunica con claridad qué elementos del Marco de elaboración de memorias del GRI se han tenido en cuenta en la preparación de la memoria. Existen tres niveles de aplicación que permiten cumplir las necesidades de las organizaciones informantes, ya sean principiantes, expertos o se encuentren a medio camino entre ambos. Los tres niveles reciben las calificaciones C, B y A. Los criterios de los distintos niveles ponen de manifiesto una aplicación o cobertura cada vez mayor del marco de elaboración de memorias del GRI. Asimismo, una organización podrá añadir a estas calificaciones un “plus” (+) en cada nivel (p. ej. C+, B+, A+), en el caso de que se haya utilizado verificación externa.

Una organización se autocalifica, con arreglo a un nivel en función de la valoración que la propia organización haya realizado del contenido de su memoria, teniendo en cuenta como base los niveles de aplicación del GRI.

Además de esta auto calificación, las organizaciones informantes pueden escoger una de las siguientes opciones o ambas:

- Contar con la opinión de un verificador sobre su auto calificación.

²⁰ **Ibíd.**, Pag 7

- Solicitar que el GRI compruebe la auto calificación.

5- Proyecto de Resolución Técnica N°23

Objetivo de la norma

El objetivo de esta Resolución Técnica es establecer criterios para la preparación y presentación del Balance Social.

Su preparación deberá cubrir los requisitos enunciados en la sección 3 (requisitos de la información contenida en los estados contables) de la segunda parte de la Resolución Técnica N° 16 (Marco Conceptual de las Normas Contables Profesionales), y cumplir con los principios para definir la calidad de elaboración de memorias contenidos en la Guía para elaboración de Memorias de Sostenibilidad GRI, versión 3.0., volcados en el Anexo II de la presente Resolución Técnica.

Estructura de la norma

La norma está organizada del siguiente de modo:

- Capítulo II: Alcance. Modelo.
- Capítulo III: Balance Social.
- Capítulo IV: Estado de Valor Agregado
- Anexo I: Modelo Estado de Valor Agregado
- Anexo II: Pautas de la Guía para la Elaboración de Memorias de Sostenibilidad del Global Reporting Initiative (GRI) Versión 3.0 (2000-2006)
- Anexo III: Indicadores de Responsabilidad Social. Modalidad de aplicación para entes pequeños (EPEQ) y entes no EPEQ.

Capítulo II

a) Alcance

Las normas contenidas en esta Resolución Técnica se aplican a la preparación de Balances Sociales, cuando la organización haya optado por su elaboración, a ser presentados a terceros por todo ente (público o privado) con o sin fines de lucro, con objeto industrial, comercial o de servicios

b) Modelo

El modelo de Estado de Valor Agregado que se incluye en el Anexo I es aplicable para los entes indicados en la sección A (Alcance).

Capítulo III

BALANCE SOCIAL

a) Concepto

El Balance social es un instrumento para informar, medir y evaluar en forma clara, precisa, metódica, sistemática y principalmente cuantificada, el resultado de la política social y ambiental de la organización. En dicho documento se recoge los resultados cuantitativos y cualitativos del ejercicio de la responsabilidad socio-ambiental, informando en forma objetiva las condiciones de equidad y sustentabilidad social, ambiental, económica y financiera que asumen las empresas en su comportamiento.

b) Estructura

El Balance Social incluye:

b1. La Memoria de Sostenibilidad

b.2. El Estado de Valor Agregado (EVA)

b.1. Memoria de Sostenibilidad

Para la elaboración de la Memoria de Sostenibilidad se atenderá a las pautas y principios establecidos en la Guía para la confección de Memorias de Sostenibilidad elaborada por el Global Reporting Initiative (GRI), los cuales se referencian en el Anexo II de la presente Resolución Técnica.

b.2. Estado de Valor Agregado (EVA)

Para la elaboración del EVA se aplicarán las disposiciones contenidas en el capítulo IV de la presente Resolución Técnica.

c) Presentación

El Balance Social se presentará en forma conjunta con los Estados Contables del ente, o por separado, haciendo referencia a dichos Estados Contables. En aquellos entes que posean actividad e inversión social en más de una jurisdicción, se recomienda presentar el Balance Social separando claramente la actividad de cada jurisdicción (provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Capítulo IV

ESTADO DE VALOR AGREGADO

Valor agregado es el valor creado por la organización y los grupos sociales involucrados con ella. Se mide, en forma general, por la diferencia entre el valor de las ventas y los insumos adquiridos a terceros devengados en el ejercicio.

El valor agregado se diferencia del beneficio empresario ya que el primero se refiere a la retribución de todos los grupos sociales que intervienen en el proceso de producción, mientras que el beneficio empresario se refiere a la porción que les corresponde a los propietarios cuando se distribuye el valor agregado.

6- Opinión del CP. Fowler Newton ²¹ sobre el PRT N°23

OPINION:

a) la emisión de una “resolución técnica” (“una RT”) basada en el proyecto referido (“el P23”) resultaría incoherente con el criterio (que prefiero) de que es posible prestar servicios pro-fesionales de atestiguación²² sobre informes de sostenibilidad elaborados sobre bases distintas a las previstas en el P23;

b) no debe incorporarse a los pronunciamientos técnicos de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (“la FACPCE”) una expresión (“balance social”) que es arbitraria e inadecuada y cuyo empleo probablemente causaría confusiones y malentendidos;

c) los Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (“los CPCE”) no tienen por qué fijar normas relativas a los contenidos de informes de sostenibilidad;

d) las normas propuestas por la FACPCE para la elaboración de los indicadores a ser incluidos en dichos informes omiten elementos que son

²¹ www.fowlernewton.com.ar (Julio, 2012)

²² Aseguramiento, en los pronunciamientos técnicos de la International Auditing and Assurance Standards Board (IAASB).

esenciales para la obtención de comparabilidad entre los indicadores de desempeño publicados por diversas entidades;

e) la FACPCE debería:

1) cancelar el proyecto sobre el mal denominado “balance social”;

2) elaborar, por intermedio del Centro de Estudios Científicos y Técnicos (“el CECYT”) un estudio que como mínimo se refiera a:

✓ las principales obligaciones sociales de las personas jurídicas;

✓ la posible publicación, por parte de éstas, de información referida al cumplimiento de esas obligaciones y de los informes de sostenibilidad previstos en la versión 3.1 de las “Sustainability Reporting Guidelines” (“las guías del GRI”) del Global Reporting Initiative (“el GRI”)²³ identificando los aspectos de esos informes que por su naturaleza puedan ser examinados por los contadores públicos con un riesgo tolerable de error;

✓ los aspectos básicos de los trabajos de atestiguación recién referidos;

3) dar a dicho estudio una difusión amplia (que no se limite a los matriculados en los CPCE);

4) evaluar las contingencias legales implicadas por la copia lisa y llana de textos elaborados por terceros.

²³ Emitida en 2011 en reemplazo de la 3.0.

CAPITULO IV

HOSPITAL ANGEL C. PADILLA – PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

Sumario: 1-SIPROSA. 2-Antecedentes del HACP. 3-Datos estructurales.
4-La declaración de misión y metas globales.5- Definiciones
Estratégicas.

1- SIPROSA

SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD

Funcionario: YEDLIN, PABLO R. - PRESIDENTE

Dirección: Rivadavia 196

Misión del Organismo

Organizar e instrumentar la promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud física y mental de la población y cualquier otra prestación y servicios de salud en relación con el ambiente.

Promover el dictado o dictar, según el caso, las normas necesarias para la ejecución de lo establecido en los artículos 2° y 3° de la Ley N° 5.652²⁴ del 08-10-84 y fiscalizar su cumplimiento.

Orientar la educación y promoción de la salud para generar en la comunidad una conciencia sobre el valor personal y trascendente de la vida humana y de la necesidad de su participación solidaria en el logro de su máximo bienestar.

Lograr el acceso de la población a una asistencia médica integral que contemple sus aspectos físico, mental, higiénico-ambiental y estético, a través de una medicina humanizada, oportuna, eficaz y participativa, atendiendo siempre a la condición humana de sus destinatarios y desterrando todo privilegio basado en la situación económica o social de los mismos.

Realizar la capacitación, adiestramiento y perfeccionamiento de los recursos humanos para los servicios de salud y medio ambiente; así como la investigación en relación a tales problemas.

Coordinar con otras provincias, con el Estado Nacional y en general con organismos nacionales y extranjeros, la realización de programas comunes, de salud y medio ambiente.

Regular el desarrollo total de la capacidad instalada y de las acciones de salud y medio ambiente en la Provincia.

²⁴ **Ley N° 5.652-TÍTULO II:** Del Sistema Provincial de Salud Art. 3°.- Para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo anterior, créase el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), en cuya organización regirá el principio de centralización normativa con descentralización operativa, tendiendo a asimilar progresivamente, a la centralización normativa, todas las acciones y recursos de salud de los distintos subsectores, sin que los mismos pierdan su individualidad jurídica.

Dependencia Jerárquica

Depende jerárquicamente del MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Funciones del Organismo

Elaborar programas de salud y medio ambiente e impartir las directivas e instrucciones relacionadas a idéntica materia, dentro de los lineamientos de la política provincial establecidos para el sector.

Aprobar el anteproyecto del presupuesto anual del Sistema Provincial de Salud.

Supervisar y evaluar permanentemente las acciones y los resultados del Sistema Provincial de Salud.

Dictar normas internas de funcionamiento del Sistema Provincial de Salud.

Crear áreas programáticas y aprobar la creación de las Áreas Operativas.

Organizar y aplicar las medidas que los principios de la salud pública hicieron aconsejable proveyendo al tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de trascendencia económica y social, como también asegurar la difusión y conocimiento de dichas medidas a la población.

Instituir y afianzar el reconocimiento médico y pediátrico de la población, a fin de asegurar el diagnóstico oportuno de las enfermedades, para lograr sus tratamientos en forma precoz, continuada y completa.

Organizar los registros bioestadísticos de la población de la Provincia; su publicación periódica; el estudio de la geografía sanitaria en sus

relaciones con las estadísticas económicas y sociales vinculadas con la salud pública y el bienestar general de la población.

Organizar, coordinar y estimular los estudios y las actividades tendientes a solucionar los problemas de la alimentación de la población de la Provincia, especialmente los originados por las enfermedades de la nutrición y del metabolismo.

Organizar, coordinar y fiscalizar las condiciones higiénico-sanitarias del transporte de enfermos y cadáveres.

Controlar desde el punto de vista sanitario los servicios de abastecimiento de agua potable, destrucción y evacuación de residuos, basuras, aguas pluviales, servidas e industriales y en general la disposición sobre todo otro servicio sanitario que incida en la salud de la población.

Entender en las acciones sanitarias relacionadas con la prevención y mejoramiento del ambiente y establecer las coordinaciones para las realizaciones correspondientes.

Intervenir en la elaboración y entender en la fiscalización de las normas relacionadas con la contaminación ambiental.

Promover el estudio de la climatología y de la cronología y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos climáticos y termales en sus aspectos médicos-sanitarios. Intervenir, dictaminar y/o asesorar en todas las cuestiones vinculadas a la ingeniería sanitaria.

Promover, coordinar y/o fiscalizar las condiciones sanitarias de los establecimientos penales, policiales, de readaptación social y otros similares y prestar asistencia médica a los reclusos, detenidos o internados.

Proveer a la construcción, ampliación y reforma de los establecimientos públicos destinados a fines sanitarios y asistenciales;

acordar o denegar la autorización a las áreas operativas o programáticas para crear nuevos establecimientos o ampliar los existentes; determinar su ubicación; dar normas y adoptar programas en su consecuencia.

Acordar o denegar conforme a la legislación y reglamentaciones vigentes la autorización para instalar y habilitar establecimientos privados, de obras sociales y de entidades similares, de asistencia médica o social como asimismo, la ampliación de las existentes.

Fiscalizar, en los establecimientos comprendidos en el inciso anterior el estado de conservación y mantenimiento de la infraestructura, equipos, instrumental y en general el funcionamiento de los mismos y de todo lo relacionado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y a la asistencia sanitaria brindada por ellos.

Autorizar y fiscalizar el funcionamiento de las instituciones destinadas a tratamientos médicos por medio de procedimientos higiénicos, de cultura física, recreativos o deportivos.

Fiscalizar, conforme a la legislación vigente en la materia, en todo el territorio de la provincia el ejercicio de la medicina, odontología, farmacia, bioquímica y demás ramas de las ciencias médicas y toda otra actividad vinculada, directa o indirectamente a la salud pública.

Instituir y promover el desarrollo de un sistema de estudio e información permanente sobre las condiciones sanitarias de la Provincia y de otras jurisdicciones y adoptar las medidas necesarias para evitar la introducción de enfermedades transmisibles coordinando sus acciones con las de otros organismos estatales competentes.

Ejercer la fiscalización sanitaria de las migraciones internas dentro del territorio de la Provincia, a idénticos fines que los establecidos en el inciso anterior.

Promover, organizar y coordinar tareas de investigación de la atmósfera en los centros urbanos y rurales y gestionar la aplicación de las medidas adecuadas para su mejoramiento.

Coordinar con la fiscalización de la higiene de los establecimientos destinados a la tenencia, comercio y sacrificio de animales.

Orientar, organizar y coordinar las actividades tendientes a solucionar, en sus aspectos higiénicos, médicos y sociales, los problemas inherentes a la maternidad, a la niñez, a la adolescencia y a la tercera edad.

Orientar, organizar y coordinar las acciones tendientes a solucionar los problemas de la higiene y medicina escolar.

Estudiar los problemas vinculados a la higiene, seguridad y medicina en el trabajo; promover y vigilar la aplicación de las medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores, prevenir los accidentes y las enfermedades profesionales, dentro de las disposiciones legales vigentes en la materia.

Promover, organizar, coordinar y fiscalizar la asistencia médica de los accidentados del trabajo y los afectados por enfermedades profesionales y propender a su readaptación y reeducación profesional.

Promover, organizar y coordinar las acciones tendientes a prevenir, curar y rehabilitar las enfermedades psíquicas.

Promover, organizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención y erradicación del alcoholismo y las toxicomanías como así también, las investigaciones especiales en la materia y proveer a la asistencia de los alcohólicos y toxicómanos.

Promover, organizar, coordinar y fiscalizar las acciones inherentes a la salud buco-dental de la población.

Establecer las condiciones sanitarias a que deberá someterse la producción, elaboración, conservación, circulación y expendio de los alimentos y de los locales y lugares donde se realicen estas operaciones.

Fiscalizar la aplicación de las disposiciones del inciso anterior en todo el territorio de la Provincia y dictar, revisar y publicar periódicamente normas sobre bromatología dentro de la jurisdicción provincial.

Fiscalizar desde el punto de vista higiénico-sanitario y dentro de la jurisdicción provincial, la construcción de viviendas urbanas y rurales y promover y estimular los estudios e iniciativas tendientes a resolver sus problemas.

Promover la formación y el perfeccionamiento de médicos sanitaristas, epidemiólogos y otras especialidades en problemas de salud pública; ingenieros sanitarios, laboratoristas, enfermeras, asistentes sociales, dietistas y otros técnicos o auxiliares sanitarios.

Nombrar, promover, reubicar y remover al personal de su dependencia, de conformidad con las disposiciones del régimen jurídico pertinente y ejercer las facultades disciplinarias sobre el mismo, sin perjuicio de las que por esta ley o reglamentariamente se delegaren en otros funcionarios del sistema. (Ley N° 7. 056 del 25-08-00)

Arrendar y realizar todo acto de administración de los bienes que integran el patrimonio del Sistema Provincial de Salud.

Imponer multas por infracciones a las normas de policía sanitaria, de medio ambiente y en general a las disposiciones de la presente Ley y hacer ejecutar las sanciones que en la referida materia resulten del orden nacional.

Otorgar, en general, todos los actos necesarios para el cumplimiento del artículo 2° de la presente Ley (5. 652); incluyéndose las

facultades de contraer obligaciones, celebrar toda clase de contratos y en especial locación de obras, cosas y servicios; compra y venta de muebles; muebles registrables y semovientes, mandatos; tomar y conservar tenencias y posesiones; hacer novaciones, conceder esperas y quitas; cobrar y percibir; estar en juicio como actor o demandado ante los Tribunales de cualquier fuero y/o jurisdicción, prorrogar jurisdicciones; incoar acciones civiles, comerciales y penales; entendiéndose que la precedente enunciación es taxativa.

Ejercer el contralor de todo ofrecimiento o promoción de servicios y/o especialidades referidas al ejercicio de su profesión que mediante propaganda o publicidad de cualquier tipo, efectúen los profesionales de la salud (Ley N° 7. 126 del 27-04-01).

Ejercer la facultad conferida por la Ley N° 7283, como Autoridad de Aplicación de la misma, con el objeto de garantizar a la población el abastecimiento y la seguridad transfusional de la sangre humana, de sus componentes y derivados.

Ejercer, por delegación de facultades, las competencias establecidas por la Ley Provincial de Genéricos N° 7230 y su reglamentación para el Ministerio de Salud Pública, cuando así lo determine.

Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas en la Ley N° 7339, de adhesión provincial a la declaración de emergencia sanitaria nacional, mientras dure la vigencia de la mencionada ley.

Organismos dependientes y Entes autárquicos vinculados

No dispone



2- Antecedentes del HACP

Hacia 1880 surge en la mente del Dr. Ángel Cruz Padilla la construcción de un hospital capaz de cumplir con los preceptos fundamentales de higiene y salud pública, preceptos que no eran puestos en práctica por los dos nosocomios existentes en Tucumán por esos años. La idea era reemplazar estos últimos, denominados Hospital de Hombres y Hospital de Mujeres respectivamente, por un hospital único capaz de cubrir las necesidades de salud de la población.

De esta manera se inaugura el primero de enero de 1883 el Hospital Mixto “Nuestra Señora de las Mercedes”, que luego llevaría el nombre de su fundador.

Debido a las crecientes necesidades de salud de la población, a lo largo del tiempo fueron creándose otros nosocomios, aunque el HACP siempre mantuvo un puesto de importancia en el sistema de salud provincial, aun durante la prolongada crisis de los sistemas de salud pública, ocasionada por una política poco acertada de parte de los gobiernos, que se vino prolongando desde mediados de la década del ´70. Las características de sus servicios y el número de personas a las que los brinda son dos de las principales razones de esta preponderancia.

Posteriormente, en 1984, se sanciona la ley 5.652 de creación del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) de la provincia de Tucumán. La misma señala la importancia del rol del Estado para la salud de la población como un derecho básico e inalienable del hombre, siendo el Estado el garante natural y constitucional de ese derecho.

El SIPROSA fue creado con la idea generatriz de un órgano central normativo para planificar todas las acciones de salud y medio ambiente de la provincia para todos los subsectores, y de una descentralización operativa cuyas acciones serían ejecutadas por cada uno de ellos de manera independiente, interrelacionándose en el aspecto técnico funcional.

Mediante esta ley la conducción del SIPROSA sería ejercida por un Consejo Provincial de Salud (COPROSA), y sus miembros designados por el Poder Ejecutivo Provincial.

Actualmente, y a los fines de la política sanitaria, la provincia está conformada por un sistema que se circunscribe en torno a una red de hospitales de los cuales dependen los Centros de Atención Primaria (CAPS). Dicha red está integrada por 35 hospitales con internación, de los cuales 4 son de alta complejidad, 5 de complejidad media – alta, 8 de complejidad media y 18 de baja complejidad.

El HACP se encuentra categorizado como un nosocomio de alta complejidad, y al igual que los demás integrantes de dicha categoría – Hospital Centro de Salud, Hospital del Niño Jesús y Maternidad – se encuentra ubicado en la capital de la provincia.

3 - Datos Estructurales

a) Estructura del HACP.

El órgano conductor del hospital está integrado por:

Director: Dr. Juan Pablo González

Gerencia Administrativa: CPN Javier Zayún

Subdirectores: Dr. Marcelo Monteros (Área médica)

Dr. Jorge E. Valdecantos (Área técnica)

El subdirector médico tiene a su cargo la supervisión y coordinación de los diferentes servicios que se brindan en el hospital, los cuales se organizan en torno ha:

- 18 consultorios externos que funcionan de lunes a viernes, concentrando la mayor parte de su actividad en horas de la mañana. Estas unidades de atención ofrecen una cobertura para 28 especialidades diferentes

- 13 salas de internación que representan el lugar físico en donde se internan los pacientes. Los pacientes que ingresan a la sala pueden ser derivados desde los consultorios externos, desde la guardia o desde otras instituciones de salud. Son 11 las especialidades sobre las que se ofrecen los servicios de atención:

| <i>Salas de Internación</i> |
|------------------------------------|
| <i>Cardiología</i> |
| <i>Cirugía Mujeres</i> |
| <i>Cirugía Varones</i> |
| <i>Clínica Médica I</i> |
| <i>Clínica Médica II</i> |
| <i>Gastroenterología</i> |
| <i>Ginecología</i> |
| <i>Neumonología</i> |
| <i>Neurocirugía</i> |
| <i>Neurología</i> |
| <i>Salud Mental</i> |
| <i>Traumatología</i> |
| <i>Urología</i> |

- Un servicio de guardia las 24 horas compuesto por 12 boxes.²⁵
- Dos salas de cuidados especiales.

²⁵ Guardia inaugurada en Diciembre del 2012, con lo que se modificó su capacidad.

| |
|--|
| <i>Salas de cuidados especiales.</i> |
| <i>Unidad respiratoria UTI</i> |

Por otra parte, la subdirección administrativa supervisa tres áreas fundamentales:

- Departamento contable encargado de: confección de los presupuestos, realización de la contabilidad, liquidación de los sueldos y gerenciamiento del Bono Ayuda Comunitaria (BAC).
- Departamento administrativo encargado de actividades que van desde el manejo de los suministros y de los inventarios, hasta costurería y ropería.
- Departamento de mantenimiento, encargado de la preservación de los equipos y de la infraestructura edilicia, como así también de la elaboración y puesta en marcha de proyectos relacionados.

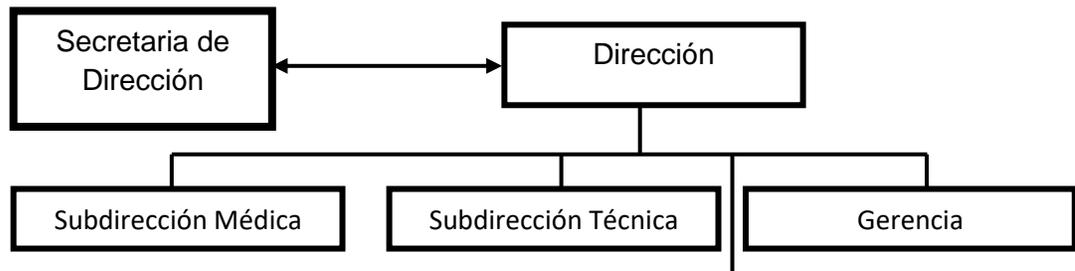
Aparte de estos, hay otras unidades no departamentales que también dependen de la subdirección administrativa como ser:

- Personal.
- Compras.
- Gestoría.
- Guardería infantil.
- Personal auxiliar.
- Transportes.
- Comunicaciones.
- Lavadero.
- Maestranza.

Por último, es necesario aclarar que de la dirección del HACP depende directamente lo que se denomina el departamento técnico que incluye las siguientes cuatro áreas funcionales:

- Informática médica.
- Farmacia.
- Arancelamiento.
- Estadística hospitalaria y registro médico.

Organigrama Actual



DPTO DE CIRUGIA

Cirugía General
Traumatología
Fisioterapia
Neurocirugía y
Neurología
Oftalmología
Otorrinolaringología
Fonoaudiología
Urología
Ginecología
Anestesiología
Quirófano
Hemoterapia

DPTO DE EMERGENCIA

Unidad Respiratoria
Terapia Intensiva
Guardia
Ambulancias
Comunicaciones

COMITES

Docencia e
Investigación
Hemodiálisis
Tumores
Infecciones
Marcapasos

DPTO DE CLINICA MÉDICA

Clínica Médica I y II
Cardiología
Neumología
Gastroenterología
Hematología
Endocrinología
Infectología
Salud Mental
Reumatología
Dermatología

CONSULTORIOS EXTERNOS

DPTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

Radiología
TAC
Ecografía

MANTENIMIENTO
DIVISIÓN OBRAS

DPTO DE ENFERMERÍA

Enfermería
Costurero
Lavadero
ESTERILIZACIÓN
ESTADÍSTICAS
Archivo
Admisión
Secretarías de Servicios
NUTRICIÓN
SERVICIO SOCIAL
FARMACIA
LABORATORIOS
Central
Bacteriología
Anatomía Patológica
MESA DE ENTRADAS
SERVICIO RELIGIOSO
SERVICIOS GENERALES
MEDICINA LABORAL

CONTABILIDAD
COMPRAS
SUMINISTROS
INVENTARIO
RENDICIÓN DE CUENTAS
PERSONAL Y SUELDOS
RECUPERO DE COSTOS

b) Recursos humanos

| Recursos Humanos | Permanente Titular | Permanente Interino | Contratados | Total | % |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|------------|
| Profesionales | 146 | 233 | 99 | 478 | 40 |
| Enfermeros | 105 | 135 | 58 | 298 | 25 |
| Administrativos y Auxiliares | 119 | 118 | 10 | 247 | 21 |
| Mantenimiento y Servicios Generales | 48 | 108 | 9 | 165 | 14 |
| Total | 418 | 594 | 176 | 1188 | 100 |

| Profesión | Total | % |
|-----------------------------|------------|------------|
| Médico | 281 | 59 |
| Bioquímico | 55 | 12 |
| Odontólogo | 20 | 4 |
| Farmacéutico | 13 | 3 |
| Lic. en Psicología | 28 | 6 |
| Lic. en Kinesiología | 30 | 6 |
| Lic. en Fonoudiología | 15 | 3 |
| Lic. en Trabajo Social | 16 | 3 |
| Contador Público | 10 | 2 |
| Lic. en Administración | 2 | 0 |
| Ingeniero en Sistemas | 4 | 1 |
| Ingeniero Electrónico | 1 | 0 |
| Arquitecto | 1 | 0 |
| Lic. en Seguridad e Higiene | 1 | 0 |
| Abogado | 1 | 0 |
| Total | 478 | 100 |

| Recursos Humanos | Permanente Titular | Permanente Interino | Contratados | Total | % |
|------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|------------|
| Nivel A | 135 | 203 | 77 | 415 | 35 |
| Nivel B | 11 | 30 | 22 | 63 | 5 |
| Nivel C | 138 | 110 | 38 | 286 | 24 |
| Nivel D - E - F | 134 | 251 | 39 | 424 | 36 |
| Total | 418 | 594 | 176 | 1188 | 100 |

| Recursos Humanos | Días de Ausentismo | % |
|------------------|--------------------|------------|
| Nivel A | 7.035 | 24,8 |
| Nivel B | 1.702 | 6,0 |
| Nivel C | 5.900 | 20,8 |
| Nivel D | 7.092 | 25,0 |
| Nivel E | 3.092 | 10,9 |
| Nivel F | 3.546 | 12,5 |
| Total | 28.367 | 100 |

c) Cartera de servicios²⁶

El Hospital cuenta con los siguientes servicios:

❖ **EMERGENCIA (GUARDIA)**: las Especialidades con que cuenta son Clínica General, Cirugía, Cardiología, Traumatología, Neurología, Neumonología, Anestesiología, Oftalmología, O.R.L., Odontología, Psicología, Laboratorio, Farmacia, además del Personal de Enfermería, Auxiliares y Practicantes de Medicina, Farmacia, Bioquímica y Psicología. La Guardia trabaja las 24 horas del día, los 365 días del año. Posee una capacidad promedio de atención de 180 pacientes por día. Cuenta con dos Salas de Internación que son Terapia Intensiva y Unidad Respiratoria.

❖ **CONSULTORIOS EXTERNOS**: el Hospital atiende de lunes a viernes, por la mañana de 8.00 a 12.00 horas, y por la tarde de 14.00 a 18.00 horas. Posee todas las Especialidades, menos Pediatría, Ginecología ni Obstetricia, que por legislación del Ministerio de Salud de la Provincia hay un Hospital Pediátrico y la Maternidad. A la mañana se atienden todas las Especialidades, a la tarde no están todas las Especialidades. Los Consultorios físicos de atención son 28, resultan escasos para atender a los pacientes, los consultorios se comparten según las especialidades, por

²⁶ DEPARTAMENTO ESTADÍSTICA DEL HACP, Resumen Estadístico del HACP. Año 2011. (Tucumán, 2011).

ejemplo un consultorio atiende cierta especialidad en un horario y luego en el mismo consultorio en otro horario se atiende otra especialidad. Los turnos que aproximadamente se dan por día son 600, si se remitieran a lo que dice OMS deberían darse la mitad de turnos por día. La OMS dice que un Profesional no debe atender más de 4 Pacientes por hora; y en el Hospital los turnos son de 2.15 horas y se atiende hasta 20 Pacientes.

❖ **INTERNACIÓN**: la capacidad es de 375 camas por día, pero por refacción la capacidad se ve reducida a 274 camas, es transitorio. Tiene en promedio 600 egresos mensuales. El promedio aproximado de días de estadía en el Hospital es de 12 días, pero por servicio varía. Hay 16 Salas de Internación

La Capacidad de Camas en cada Sala de Internación es:

- TERAPIA: 8 CAMAS
- UNIDAD RESPIRATORIA: 8 CAMAS
- SALA DE GASTROENTEROLOGÍA: 16 CAMAS
- CLÍNICA DE VARONES: 32 CAMAS
- CLÍNICA DE MUJERES: 35 CAMAS
- REUMATOLOGÍA: 9 CAMAS
- TRAUMATOLOGÍA: 45 CAMAS, MUJERES Y VARONES
- SALA DE UROLOGÍA: fue dividida en:
 - UROLOGIA: 4 CAMAS
 - CIRUGÍA DE VARONES: 28 CAMAS
- SALA CLÍNICA: se la dividió en CIRUGÍA DE MUJERES y en GINECOLOGÍA: 32 CAMAS para ambas

Respecto a las refacciones se van subsanando las Salas de acuerdo a las necesidades, se cierra un sector, se ocupa parte de otro

sector, por lo tanto un sector se ve reducido en lo que propiamente su servicio.

❖ **SALUD MENTAL**: Psiquiatría, Psicología y Atención al Adicto y su familia.

❖ **QUIRÓFANO CENTRAL**: las 24 horas del día los 365 días del año.

❖ **SECTORES DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO**:

▪ **LABORATORIO DE ANÁLISIS**: 4 Laboratorios: Hepatología y Oncología, Microbiología, Bacteriología y Centro de Análisis Clínicos.

▪ **LABORATORIO DE GUARDIA**: atiende las 24 horas, todos los días, a pacientes internados Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Respiratoria, Salas, Asistidos y en Observación en el Servicio de Emergencia.

▪ **DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**: Ecografías, Tomografías, Ecocardiogramas, R.X., Punción.

▪ **ANATOMÍA PATOLÓGICA**.

▪ **ALERGIA**: Vacunación, Testificación y Tratamientos Desensibilizantes.

▪ **ELECTRODIAGNÓSTICO**: Electrocardiogramas y Electroencefalogramas

▪ **FISIOTERAPIA**.

▪ **FONOAUDILOGÍA**: Consultas y Estudios

▪ **UROLOGÍA**: Estudios y Cirugías.

▪ **GASTROENTEROLOGÍA**: Rectoscopias, Endoscopias, Esofágicas, Biopsias, Punción Biliar, Duodenoscopías, etc.

▪ **HEMOTERAPIA**.

- HEMATO/ONCOLOGÍA: Quimioterapias, Punciones y Laboratorio.
- NEUMONOLOGÍA: Fibroncospía, Espirometrías, Punción Pleural.
- O.R.L: Estudios y Cirugías.
- OFTALMOLOGÍA: Estudios y Cirugías.
- CURACIONES DE ENFERMERÍA EN CONSULTORIOS.
- DERMATOLOGÍA: Estudios y Cirugías.
- MEDICINA LABORAL.
- ENFERMERÍA: consta de una jefa de Departamento. Tiene a cargo 330 enfermeros distribuidos en distintos horarios en todo el Hospital, que cubren las 24 horas de lunes a lunes. Como supervisores controlan que haya en todos los servicios la cantidad de personal suficiente para la cantidad y calidad de los pacientes. El departamento depende directamente de la Dirección, de una Subdirección, no tiene intermediarios. Enfermería posee un cuaderno de Novedades en donde pone la fecha, quienes han trabajado ese día, el número de cama, el nombre del paciente, que medicación le corresponde, como estuvo el día, si se hizo o no un tratamiento. Cuando son pacientes con Obra social se llena una Planilla y se informa a Recupero de Costos. No maneja dinero, todos los bienes que tiene en la oficina están inventariados, todos los pedidos de compra se envían al Sector Compras con los motivos por los cuales se requiere cierto bien. Respecto de los Medicamentos, cada servicio de acuerdo a los Pacientes, hacen los Pedidos

El objetivo común a todos es preservar el bien del Paciente, el tema es como llegar a eso trabajando con las distintas partes para lograr el objetivo.

❖ **SERVICIOS GENERALES:**

- MANTENIMIENTO.
- NUTRICIÓN.
- ESTERILIZACIÓN.
- COSTURERO.

❖ **SERVICIOS TECIARIZADOS:**

- LAVADERO.
- COCINA.
- LIMPIEZA.

En el nosocomio existe un DESTACAMENTO POLICIAL, dependiente de la Seccional II.

d) Estructura de costos

- De recursos humanos

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Haberes con aportes | 62.123.828 |
| Haberes sin aportes | 9.271.725 |
| Asignaciones Familiares | 3.088.550 |
| Total Haberes | 74.484.103 |
| Cargas Sociales | 10.254.992 |
| Tickets | 7.573.280 |
| Total Remuneraciones | 92.312.374 |

- De cartera de servicios y administración general

| CUADRO DE INGRESOS Y EGRESOS | |
|-------------------------------------|--------------------|
| INGRESOS | |
| Generales | 113.873.615 |
| Específicos | 3.261.531 |
| Total Ingresos | 117.135.146 |
| EGRESOS | |
| ORDINARIOS | |
| Costos Administrativos | 716.309 |
| Pagos al Personal | 92.312.374 |
| Pagos a Terceros | 4.856.710 |
| Costos Directos de la Prestación | 19.071.452 |
| Pagos de Servicios | 69.653 |
| EXTRAORDINARIOS | |
| Costos Administrativos | 41.850 |
| Costos Prestación de Servicios | 66.799 |
| Total Egresos | 117.135.146 |

| DETALLE DE INGRESOS | | | |
|---|-------------------|--------------------|--------------|
| DETALLE | PARA FINES | | TOTAL |
| | GENERALES | ESPECÍFICOS | |
| 1- Recursos Tesoro General de la Provincia | | | |
| 1.1- Fondos de Funcionamiento - A rendir | 19.538.300 | | 19.538.300 |
| 1.2- Fondos Especiales y Refuerzos - A rendir | 1.121.628 | | 1.121.628 |
| 1.3- Fondos para pago de Personal Permanente | 82.195.950 | | 82.195.950 |
| 1.4- Fondos para pago de Personal Contratado | 10.116.424 | | 10.116.424 |
| 1.5- Lib. Directos a nombre del Proveedor | | | |
| Empresa Gastronómica | | 1.230.683 | 1.230.683 |
| Seguridad | | 45.360 | 45.360 |
| Limpieza | | 661.543 | 661.543 |
| Oxígeno | | 985.412 | 985.412 |
| Sanatorios varios (internaciones derivadas) | | 214.023 | 214.023 |

| | | | |
|--|--------------------|------------------|--------------------|
| Prótesis (Prestaciones a pacientes particulares) | | 9.740 | 9.740 |
| Traslados de pacientes | | 12.184 | 12.184 |
| Farmacias | | 102.586 | 102.586 |
| 2- Aranceles Hospitalarios | 647.994 | | 647.994 |
| 3- Fundación Ayuda al Hospital Padilla | 253.320 | | 253.320 |
| Total General | 113.873.615 | 3.261.531 | 117.135.146 |

| DETALLE DE EGRESOS | | | |
|---------------------------|-------------------|------------------|--------------|
| DETALLE | EGRESOS | | TOTAL |
| | ORDINARIOS | EXTRAORD. | |

| | | | |
|--------------------------|-------------------|----------|-------------------|
| Pagos al Personal | | | |
| Personal Permanente | 82.195.950 | | 82.195.950 |
| Personal Contratado | 10.116.424 | | 10.116.424 |
| Subtotal | 92.312.374 | 0 | 92.312.374 |

| | | | |
|--|------------------|----------|------------------|
| Pagos a Terceros | | | |
| Empresa Gastronómica | 1.230.683 | | 1.230.683 |
| Servicio de Seguridad | 45.360 | | 45.360 |
| Servicio de Limpieza | 661.543 | | 661.543 |
| Suministro de Oxígeno | 985.412 | | 985.412 |
| Transporte de residuos patológicos | 240.521 | | 240.521 |
| Mantenimiento Edificio (Reparaciones) | 453.156 | | 453.156 |
| Mantenimiento Máquinas y Equipos | 606.345 | | 606.345 |
| Mantenimiento Sistemas Informáticos | 29.850 | | 29.850 |
| Imprenta, Publicaciones y Reproducciones | 39.786 | | 39.786 |
| Alquiler Maquinaria y Fotocopiadoras | 42.251 | | 42.251 |
| Capacitación | 90.000 | | 90.000 |
| Prest. realizadas por Sanatorios (Internaciones) | 270.818 | | 270.818 |
| Estudios realizados por Terceros | 160.985 | | 160.985 |
| Subtotal | 4.856.710 | 0 | 4.856.710 |

| | | | |
|-------------------------------|---------|--------|---------|
| Costos Administrativos | | | |
| Comisiones y Gastos Bancarios | | 41.850 | 41.850 |
| Artículos de Librería | 413.119 | | 413.119 |
| Artículos de Limpieza | 232.689 | | 232.689 |
| Combustibles y otros | 36.931 | | 36.931 |

| | | | |
|---|--------------------|----------------|--------------------|
| Pasajes y Viáticos | 33.570 | | 33.570 |
| Subtotal | 716.309 | 41.850 | 758.158 |
| Costos Directos de la Prestación | | | |
| Medicamentos | 10.484.436 | | 10.484.436 |
| Materiales de Curación y Descartables | 5.888.769 | | 5.888.769 |
| Materiales para Laboratorio | 906.459 | | 906.459 |
| Materiales para Odontología | 338.103 | | 338.103 |
| Materiales para Radiología | 409.419 | | 409.419 |
| Viveres | 274.652 | | 274.652 |
| Ropería | 91.171 | | 91.171 |
| Compra Bienes de Capital | 443.847 | | 443.847 |
| Repuestos y Accesorios | 234.596 | | 234.596 |
| Prótesis | | 4.200 | 4.200 |
| Traslados de Pacientes | | 9.000 | 9.000 |
| Operaciones realizadas a Pacientes | | 20.750 | 20.750 |
| Farmacias Varias | | 32.849 | 32.849 |
| Subtotal | 19.071.452 | 66.799 | 19.138.251 |
| Pagos de Servicios | | | |
| Gas (GASNOR) | 4.859 | | 4.859 |
| Teléfono | 36.493 | | 36.493 |
| Telefonía celular | 11.641 | | 11.641 |
| Internet | 3.110 | | 3.110 |
| Correo | 13.550 | | 13.550 |
| Subtotal | 69.653 | 0 | 69.653 |
| Total General | 117.026.498 | 108.649 | 117.135.146 |

4- La declaración de misión y metas globales

Las declaraciones de misión social reflejan la visión y el compromiso de los fundadores y la alta dirección de una organización. Están diseñadas para atraer hacia la institución potenciales colaboradores, donantes y amigos, como así también a la comunidad en general. También lo están como una manera de inspirar a los empleados a desempeñarse lo mejor posible para así cumplir con lo dictado por ellas.

A su vez, una determinada misión social puede ser perseguida en una variedad de formas, dependiendo de los recursos, habilidades y aspiraciones particulares de una organización. Una función importante de la alta dirección es determinar estas características únicas, internas a la organización, y desarrollar estrategias para cumplimentar la misión. La manera particular por medio de la cual una organización dada persigue su misión social es hecha explícita a través de una declaración de metas globales. Estas, al igual que la misión, son descriptivas, directivas y cualitativas. En sí mismas no son cuantificables y no están limitadas a un horizonte específico de tiempo. Estas características son consistentes con la noción de que las declaraciones de ambas están diseñadas con el fin de servir como lineamientos permanentes y continuos para la dirección de las operaciones de la organización. Sin embargo, luego habrá que traducir las metas globales y a sí seguir con lo que la teoría dictamina.

Para lograr una aproximación al “deber ser” de una institución es necesario tener un conocimiento de primera mano de su realidad y de su funcionamiento. Para alcanzarlo, no basta con haber leído la historia o algún artículo en un periódico.

Al comienzo nos pareció que no iba a ser una tarea muy complicada, pero no tardamos mucho en darnos cuenta de que habíamos caído en la trampa tendida por el empeño en mejorar los niveles de eficiencia locales, sin considerar a los procesos como un todo sistémico. Por otro lado, al momento de tomar conciencia de esto, nos percatamos de que la misión del hospital estaba erróneamente dada por hecha y “entendida” por todos.

Entonces, de las entrevistas realizadas al personal del hospital, lo que se trató de buscar era el concluir si los integrantes en general estaban de acuerdo en su concepción de lo que es la misión de la institución.

Es lógico pensar desde un principio que siempre habrá, la mayoría de las veces, coincidencia en lo esencial, pero al profundizar un poco más,

las diferencias, aunque pequeñas, empiezan a hacerse notar. Cada uno le da su propio matiz, y en el HACCP esto no fue una excepción.

La esencia en este caso puede ser resumida como la de brindar salud a la población, pero las diferencias se presentan al tratar de definir ese “mercado objetivo” de los servicios. Algunos tal vez se pregunten si es adecuado plantearse en este tipo de organización – más que nada por el rubro en el que se encuentra – la pregunta sobre la elección de un mercado objetivo. Definitivamente es un tema bastante delicado, pero se lo responderá posteriormente al momento de analizar la Gestión de Riesgo²⁷. Entrará en juego entonces la idea de si se trata de brindar un servicio básico para todos los segmentos o unos pocos para algunos.

Volviendo al tema de la misión, encontramos dos posturas básicas que pueden ser catalogadas como diferencias de forma más que de fondo. Por un lado, tenemos una misión que es más un reflejo de la función que está cumpliendo actualmente el hospital, debido a las necesidades sociales presentes. Este enfoque se puede resumir en la opinión que en primera instancia sostuvo la dirección: “...satisfacer las necesidades de una gran masa de la población que no tiene ninguna clase de acceso a la medicina privada para lograr un alivio o la cura de sus males”.

Por otra parte, tenemos a quienes consideran al hospital como una institución pública cuya misión debiera ser la de brindar sus servicios con recursos válidos, que la población ha ganado en derecho al pagar sus impuestos. El hospital, por ello, debe ser una opción para ricos y pobres, no únicamente para aquellos que no tienen acceso a la medicina privada, o que si bien tienen acceso a ella, solo llegan al hospital por razones de urgencia.

²⁷ **Gestión de riesgo:** es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen evaluación de riesgo, estrategias de desarrollo para manejarlo y mitigación del riesgo utilizando recursos gerenciales. Las estrategias incluyen transferir el riesgo a otra parte, evadir el riesgo, reducir los efectos negativos del riesgo y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular.

La primera es reflejo de la realidad de las necesidades sociales, mientras que la segunda es consecuencia del deber ser, y como tal es una representación más fiel del concepto de misión social de la organización. Por lo tanto, la adecuación de la realidad actual a lo expresado como misión se corresponde más con una definición de tipo estratégico. En otras palabras, el hospital debe diseñar los medios que le permitirán pasar de ser un hospital para “indigentes” a ser un hospital para todos. El hecho de no mencionar explícitamente a los indigentes en la declaración que a continuación se transcribe, puede resultar para algunos un tanto peligroso, debido a que culturalmente puede pensarse que de este modo el que tenga cobertura será prioridad por sobre el que no la tenga, por resultar en principio un paciente más rentable. Con todo, el respeto de los principios básicos de la misión protege al hospital de caer en esta “tentación”, poniendo como prioridad a la salud por encima de cualquier otra variable.

Son muchos los puntos que deben ser considerados en la declaración de misión de una institución. Recién hemos mencionado el que resulta ser el más relevante, o mejor dicho aquel que inmediatamente es relacionado con la pregunta ¿cuál cree Ud. que es la misión que guía a esta institución?

La misión es lo que debe permanecer en el tiempo, pero todo el personal, tanto médico como administrativo, debe conocerla para así actuar en consecuencia.

Muchos relacionan la misión con lo que el hospital debe ser para afuera, y se olvidan de que el contrato social de toda empresa es tanto con la sociedad en la cual está inmersa como así también con la “sociedad” que la integra: su personal. Pero es conveniente desagregar a estos dos grupos. Así hemos identificado como los principales grupos de interés en nuestro estudio a los siguientes:

- El enfermo.
- El personal médico.
- Los empleados en general.
- La comunidad.
- El Estado.

Todos deben estar representados en la misión, puesto que es por ellos y para ellos que el hospital existe y porque se ven afectados por el buen o mal funcionamiento del hospital público.

A continuación presentamos el fruto de la primera parte de nuestro trabajo de campo, luego de haber sido discutida con el personal directivo de la institución bajo estudio.

La misión del Hospital “Ángel Cruz Padilla” es la de:

- *BRINDAR un servicio digno y generoso que la población ha ganado en derecho, sin distinción de raza, religión o condición socio-económica.*
- *BRINDAR una atención gratuita al paciente²⁸.*
- *BRINDAR un servicio de salud, aliviando al enfermo, curándolo o ayudándolo al bien morir.*
- *AYUDAR a reinsertar a la persona enferma en la sociedad para que pueda seguir siendo productiva.*
- *BRINDAR medicina asistencial de altísima jerarquía y especialización.*
- *FORMAR profesionales y maestros para mantener y acrecentar la calidad y trayectoria de los servicios.*

²⁸ Con “**gratuita**” se hace referencia a que el paciente no debe abonar los servicios, sino que lo debe hacer la entidad que actúa como tercer pagador – obras sociales, prepagas, etc. – que en el caso del indigente será el Estado.

- *CREAR la necesidad en los profesionales de pertenecer al Hospital Ángel C. Padilla.*
- *VALORAR el aporte del personal no médico como un engranaje fundamental en el desenvolvimiento de las actividades diarias del hospital.*
- *TRANSFORMARSE en factor de cambio para otras instituciones hospitalarias públicas.*
- *RECUPERAR el papel de soporte principal en el que se apoyen los sistemas y programas de salud pública, logrando una mayor autonomía.*
- *ACTUAR como un regulador del sector privado en materia de eficiencia en la prestación de servicios.*
- *ACTUAR como un organismo eficiente del Estado en el uso de sus recursos.*

SE ESTABLECEN COMO METAS GLOBALES LAS DE:

- *PRESTAR los servicios a toda persona que se encuentre en la provincia de Tucumán o en zonas aledañas, en lo referente a enfermedades ya instaladas.*
- *SER un hospital polivalente de alta complejidad con un servicio de guardia las 24 horas que actúe como un centro de referencia en emergencias.*
- *ESTAR preparado para actuar como última barrera de contención en el caso de catástrofes (incendios, inundaciones, terremotos, etcétera).*
- *EFICIENTIZAR los procesos generales de gestión existentes y desarrollar los que se necesiten.*
- *DESTINAR fondos para el reciclaje de instalaciones obsoletas, para lograr un ambiente digno de trabajo.*

- *CONSIDERAR los gastos destinados a la atención del paciente ya no como tales, sino como potencializadores del crecimiento socio-económico de la provincia logrado a través de una población más sana.*
- *ACTUAR como un Hospital - Escuela²⁹, en donde se formen futuros profesionales que eduquen a sus pacientes.*
- *DIFUNDIR información respecto a los servicios que el hospital brinda a la población.*
- *RACIONALIZAR los recursos del hospital adaptando los servicios a los usos y costumbres de la población.*
- *BUSCAR un mejoramiento continuo, adaptándose a las necesidades sociales en las que está inmerso.*
- *REFORZAR la presencia de un tercer pagador para que exista la Gestión Solidaria.*

Si bien podría decirse que hay una distancia muy grande entre lo que es la misión y lo que significan la eficacia y la eficiencia, esto no es así. Si analizamos el concepto de eficacia, podemos establecerlo como la medida de la diferencia que exista entre los resultados obtenidos y los objetivos especificados o esperados. Pero para poder medir dicha variación es necesario conocer cuáles son esos objetivos específicos. A su vez, para lograr la conjunción de los esfuerzos es menester que dichos objetivos se encuadren dentro de un esquema general de metas globales, derivadas de la declaración de misión social.

De esta manera, la misión nos indica de un modo genérico hacia dónde se deben dirigir los esfuerzos, para recién después poder determinar

²⁹ El HACP no es considerado como **Hospital- escuela**, aunque tenga convenios con la UNT y permita el desarrollo del practicantado de los estudiantes de las carreras vinculadas a la salud en sus instalaciones. Se desarrolla actividades académicas, tanto de grado como de posgrado. En cuanto a las tareas de formación, funcionan en este centro diversas cátedras a las que concurren anualmente alrededor de 1600 alumnos de grado. En el nivel de posgrado, se dicta la residencia en tocoginecología y se llevan a cabo distintos cursos de especialidad en neonatología. Además, realizan sus prácticas en esta dependencia alumnos provenientes de la Facultad de Ciencias Químicas y las escuelas de Nutrición y Enfermería, entre otras unidades académicas

el grado en que se alcanzan los objetivos (eficacia). Por su parte la manera particular en que se persigue la misión, especifica las áreas operativas fundamentales que determinarán, según su desempeño, la medida de eficiencia de la institución. A lo que se apunta es, por lo tanto, a tratar de alcanzar las metas de la mejor manera posible.

Es por todo esto que la declaración de una misión y de las metas globales de la organización no es por sí solas suficientes como para iniciar el cambio que se pretende en el caso del Hospital Ángel C. Padilla (HACP). Es necesario saber cómo se van a conseguir esos objetivos; en síntesis, la elaboración de una estrategia es fundamental para llegar al lugar que se ha propuesto.

5- Definiciones Estratégicas³⁰

Como mencionamos anteriormente, la estrategia de una organización se deriva de su misión y sus metas. La estrategia indica el “cómo”, es decir, las formas particulares en las que la misión debe ser perseguida y las metas cumplidas.

Para el caso específico del HACP, elaboramos la estrategia institucional en lo que aparentemente parecía una sola etapa. O sea, el salto de hoy al mañana aparentemente quedaba reflejado en una estrategia global que se iría cumpliendo en forma paulatina. Sin embargo, nos parecía que esto podía llegar a ser poco motivantes para la dirección, sin considerar además que los cambios de los directivos cada cuatro años – con suerte – requerían resultados o evidencias satisfactorias en periodos no tan prolongados de tiempo que demostraran que la dirección era la correcta.

Algunas de las definiciones estratégicas generales para el HACP se indican a continuación:

³⁰ DRUCKER, Peter F., La Gerencia, Editorial El Ateneo, 6^{ta}. Edición (Buenos Aires, 1998). **Passim**

1. Lograr una mayor *autonomía* en lo que se refiere a:

- a. Utilización de los recursos económicos.
- b. Gestión de los recursos humanos: contratación / despidos, sistemas de incentivos y recompensas, etc.

2. *Cumplimiento de la ley* en cuanto al pago por las obras sociales. Esto permitiría:

- a. Que el fondo de funcionamiento sea destinado a cubrir las prestaciones realizadas a los pacientes sin cobertura.

- b. Abogar por la “variabilización” de los fondos de funcionamiento en función de la cantidad de personas atendidas con cobertura a cargo del Estado.

3. *Extensión del horario de atención*, lo que implicaría, entre otras cosas, el funcionamiento de los consultorios en horarios vespertinos. Esto permitiría:

- a. Aumento de las consultas.
- b. Mejoramiento de los servicios.
- c. Aumento de la productividad en la utilización de los recursos, redundante en economías de escala.

4. *Gestionar el riesgo de la cartera de clientes*³¹, incrementando el número de segmentos poblacionales a los que se les brinda los servicios.

5. *Lograr el uso eficiente de los recursos* con los que cuenta el HACP actualmente. Demostrar el potencial que tiene el HACP de mejorar con recursos escasos.

- a. Eficientizando los procesos internos.

³¹ Gestionar el riesgo de la cartera de clientes: según los objetivos principales de la empresa, se han de definir criterios de segmentación de clientes. Dicha segmentación permite crear agrupaciones de clientes que permitan diseñar propuestas de valor (estrategias comerciales, políticas de promociones y precios, planes de comunicación) y acercamiento diferentes a cada segmento.

- En cuanto al proceso de arancelamiento, lo que se busca es:
 - Aumento de la facturación.
 - Disminución de los débitos.
 - Disminuir el número de personas con cobertura no aranceladas.
- b. Implementando un sistema de incentivos propio.
- c. Remodelación edilicia. Como se hizo con los pisos y paredes de los pasillos, el aire acondicionado central, la guardia, la morgue, etc., para así ayudar a mejorar:
 - El ambiente de trabajo.
 - La imagen en la sociedad.

6. *Potencializar las ventajas competitivas* – complejidad, polivalencia, permanencia y objetivo³² - con respecto al sector privado, a la vez que se mejoran los servicios para lograr esa penetración en el mercado de la salud.

7. *Promocionar* lo conseguido por la nueva administración.

8. Lograr una *participación mayor de las obras sociales confiables* en la cartera de los terceros pagadores derivado en parte de la extensión horaria, sin desmedro de los segmentos poblacionales más necesitados.

Dentro de este conjunto de definiciones estratégicas encontramos dos tipos: las no controlables y las controlables. Las primeras se refieren a aquellas que están condicionadas a que se den ciertas situaciones que no dependen directamente de la decisión última de la dirección del HACP. Las segundas, se pueden definir como las que son manejables directamente por la dirección. Esto nos llevó a plantearnos una hipótesis que se refería al hecho de que debía existir un nexo entre ambos tipos de definiciones. Nos

³² No priorizar la curva de rentabilidad del paciente por sobre su salud como hace el sector privado. Esto puede incidir significativamente en la creación de una imagen positiva del HACP

llevó a pensar que existían al menos dos etapas en el camino de la situación futura esperada.

La primera parte hace hincapié en lo que se podría llamar como una suerte de “estrategia de seducción”. Con esto hacemos referencia a que lo que el HACP busca con su gestión actual es el demostrar que si el hospital comienza a mejorar en términos generales puede tentar al gobierno a tomar las decisiones políticas adecuadas a nivel ministerios de salud y de economía que tengan como consecuencia inmediata una mayor autonomía en la gestión del nosocomio.

La búsqueda de autonomía no es caprichosa. Se fundamenta claramente en el hecho de que, como en la mayoría de las instituciones públicas, está atada de manos al momento de la implementación, por ejemplo, de políticas de incentivos al personal, designaciones de fondos para la compra de nueva tecnología, etc. Depende en gran medida de las liberaciones de partidas que el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA)³³ decida liberar cuando el pedido sea lo suficientemente justificado, y más que nada, por qué no decirlo, cuando lo crea conveniente. Ante esta situación es hasta lógico pensar que si los fondos que pueda generar el hospital a través del proceso de arancelamiento no retornarán a la institución, esta no se esfuerce demasiado para eficientizar el proceso arancelario, por ejemplo. Lo que sí es seguro es que el Sistema cumpla con el Fondo de Funcionamiento, el cual es fijo, y a la vez insuficiente. En una palabra, podemos comparar esta situación con la que vive un vendedor que trabaja en una empresa con un sistema de salario fijo. Tarde o temprano se dará cuenta de que por más esfuerzos que haga, siempre le pagarán lo mismo, por lo que sus niveles de venta tenderán a disminuir. Claro que el problema del HACP no es tan sencillo. Hay que considerar entre otros numerosos aspectos cuestiones legales, tales como el cumplimiento de pago por parte de las obras sociales

³³ **Sistema Provisional de Salud (SIPROSA):** Organizar e instrumentar la promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud física y mental de la población y cualquier otra prestación y servicios de salud en relación con el ambiente.

de los servicios que el HACP les brinda como prestador. Temas muy delicados, que deben ser tratados en una segunda etapa del recorrido estratégico.

En los capítulos siguientes mostraremos cómo las definiciones estratégicas ya desarrolladas se plasman en un Mapa Estratégico, el que a su vez da el fundamento para la construcción posterior del Cuadro de Mando Integral. Pero primero ofreceremos una introducción breve – no es objeto de nuestro trabajo profundizar en los aspectos teóricos - que nos aproxime a los conceptos del Cuadro de Mando y de su Mapa Estratégico.

CAPITULO V

HOSPITAL ANGEL C. PADILLA – CONTROL DE GESTION

Sumario: 1-Cuadro de Mando Integral: Aspecto Conceptual. 2-Mapa estratégico. 3-Indicadores. 4-Representacion grafica del Cuadro de mando Integral.

1- Cuadro de Mando Integral: Aspecto conceptual³⁴

El Cuadro de Mando Integral (CMI) se constituye como un set de indicadores, el cual resulta de la conjunción entre la necesidad de edificar capacidades competitivas de largo alcance y el mantenimiento del modelo de contabilidad financiera de coste histórico. De esta manera, el CMI incorpora tanto a los indicadores financieros (de corto plazo y orientados al pasado) como a las medidas de los inductores de actuación futura.

Los objetivos e indicadores del CMI se derivan de la visión y estrategia de la organización, y contemplan la actuación de la empresa desde cuatro perspectivas que proporcionan la estructura del Cuadro de Mando:

- La perspectiva financiera.
- La perspectiva de clientes.
- La perspectiva de procesos.

³⁴ **Ibíd.**, Pág., 89

- La perspectiva de formación y aprendizaje.

El Cuadro de Mando Integral establece un marco, una estructura y un lenguaje para comunicar la misión y la estrategia; utiliza las mediciones para informar a los empleados sobre las causas del éxito actual y futuro. Al articular los resultados que la organización desea y los inductores de esos resultados, los altos ejecutivos esperan canalizar las energías, las capacidades y el conocimiento concreto de todo el personal de la organización hacia la consecución de los objetivos de largo plazo.

Las cuatro perspectivas del Cuadro de Mando 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.

Para concluir, es necesario aclarar que el conjunto de indicadores debe articularse a través de las cuatro perspectivas. El CMI debería basarse en una serie de relaciones de causa – efecto derivadas de la estrategia, incluyendo estimaciones de los tiempos de respuesta y magnitudes de los vínculos entre las mediciones.

A continuación se describen brevemente los temas de interés dentro de cada perspectiva:

Perspectiva financiera

El CMI retiene la perspectiva financiera, ya que los indicadores financieros son valiosos para resumir las consecuencias económicas, fácilmente mensurables, de acciones que ya se han realizado. Las medidas de actuación financiera indican si la estrategia de una empresa, su puesta en práctica y su ejecución están contribuyendo a la mejora del mínimo aceptable. Los objetivos financieros acostumbran a relacionarse con la rentabilidad, el crecimiento en las ventas y la generación de *cash flow*.

Perspectiva del cliente

Los directivos identifican los segmentos de clientes y de mercado en los que competirá la unidad de negocio, y las medidas de la actuación de ésta en los segmentos seleccionados. Los indicadores fundamentales de esta perspectiva incluyen la cuota de mercado en los segmentos objetivo y la satisfacción, retención, adquisición y rentabilidad del cliente. Pero la perspectiva del cliente debe también incluir indicadores de valor agregado que la empresa aporta a los segmentos específicos. Debe permitir a los directivos de unidades de negocio articular la estrategia de cliente basada en el mercado que proporcionará unos rendimientos financieros futuros de categoría superior.

Perspectiva del proceso interno

Los ejecutivos identifican los procesos críticos internos en los que la organización debe ser excelente. Estos permiten a la unidad de negocio:

- entregar la propuestas de valor que atraerán y retendrán a los clientes de mercado seleccionados, y
- satisfacer las expectativas de excelentes rendimientos financieros de los accionistas.

Las medidas de los procesos internos se centran en los que tendrán mayor impacto en la satisfacción del cliente y en la consecución de los objetivos financieros de una organización.

Perspectiva de formación y crecimiento

La perspectiva identifica la infraestructura que la empresa debe construir para crear una mejora y crecimiento a largo plazo. Las perspectivas del cliente y del proceso interno identifican los factores más críticos para el

éxito actual y futuro. Estos factores deben tener su reflejo en la perspectiva de formación y crecimiento.

La formación y el crecimiento de una organización proceden de tres fuentes principales: las personas, los sistemas y los procedimientos. Los objetivos financieros, de clientes y de procesos internos del CMI revelarán grandes vacíos entre las capacidades existentes de estas fuentes; al mismo tiempo, mostrarán lo que sea necesario para alcanzar una actuación que represente un gran adelanto. Para llenar estos vacíos, los negocios tendrán que invertir en la capacitación de sus empleados, potenciar los sistemas y tecnología de la información y coordinar procedimientos y rutinas.

2- Mapa Estratégico

a) **Introducción conceptual**

Previo a la construcción del CMI, la literatura suele recomendar la construcción del llamado Mapa Estratégico. Este mapa tiene la finalidad de lograr una mejor articulación entre las definiciones estratégicas (que muchas veces no son lo suficientemente explícitas) y el set de indicadores del Cuadro de Mando³⁵.

Un mapa estratégico para un CMI hace explícitas las hipótesis estratégicas. Como se mencionó anteriormente, cada medida del CMI encaja en una cadena de relaciones lógicas de causa–efecto que conecta los resultados de la estrategia con los inductores que llevarán a alcanzarlos. El mapa describe el proceso por medio del cual se transforman los activos intangibles en resultados financieros tangibles para el cliente.

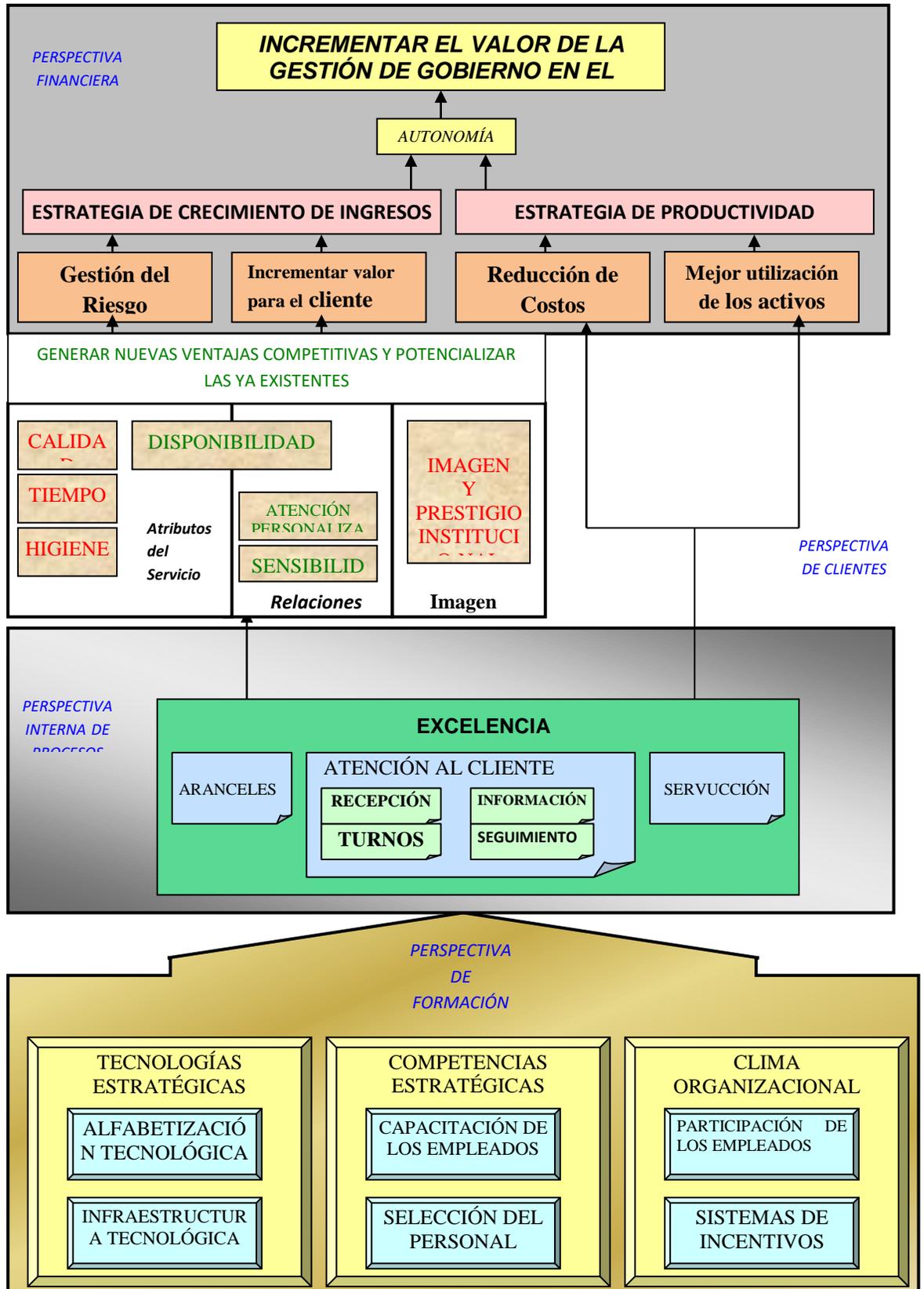
El mapa estratégico de un CMI es una arquitectura genérica para describir la estrategia, cuyas hipótesis quedan definidas en la lógica causa–efecto del diseño.

³⁵ KAPLAN, Robert S. y NORTON, David P., Cuadro de Mando Integral, Ediciones Gestión 2000 (Barcelona, 1997), Passim

Los mapas estratégicos, por último, ayudan a las organizaciones a ver sus estrategias de una manera cohesiva, integrada y sistemática. Proveen, además, el fundamento para los sistemas administrativos que permiten implementar la estrategia de una manera efectiva y rápida.

b) Mapa Estratégico para el HACP

El resultado final de la elaboración estratégica queda plasmado en el Mapa Estratégico que se presenta a continuación, el cual muestra en su contenido algunas modificaciones con respecto a las definiciones planteadas en el capítulo II, como así también aspectos nuevos. Tal como se ve reflejado en la figura, el hecho de buscar la autonomía no debe interpretarse como un deseo egoísta, sino que debe buscar aumentar el valor de la gestión superior. Por otro lado, para lograr lo que se plantea no solo hay que mejorar los procesos de arancelamiento, ni mucho menos solo pensar que todos los esfuerzos deben centrarse en lo operativo o perspectiva de procesos, sino que más bien hay muchos aspectos a considerar dentro de lo que se denomina las cuatro perspectivas: la financiera, la de clientes, la de procesos internos y la de formación y aprendizaje.



3- Indicadores

La generación de las distintas medidas consideradas se cumplió en varias etapas, en las que primero se buscó identificar la mayor cantidad posible de indicadores para cada perspectiva, para someterlos luego a un proceso gradual de depuración.

Finalmente, se logra traducir la estrategia en un set de indicadores, para así crear el tablero de control que permitirá conocer si es que la institución, una vez implementado, se dirige en la dirección deseada. Seguidamente se detallan los indicadores para cada perspectiva, pero es conveniente aclarar que algunos temas estratégicos tal vez no se vean reflejados directamente con un indicador correspondiente, o no se vean reflejados del todo. Esto se debe a que hay temas estratégicos actuales que tienen un horizonte más lejano que otros y todavía no se está en condiciones de plantear un indicador específico. Tal es el caso, por ejemplo, del tópico estratégico “Selección de Personal” y “Sistema de Incentivo”.

3.1- Indicadores de la Perspectiva financiera

✓ Fondos autogenerados (FA) sobre total de costos operativos:
los FA incluyen los que provienen de:

- Aranceles: total de servicios facturados a las obras sociales, prepagas, ART, etc. El monto total es retenido por el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), quien luego libera los fondos en función de las necesidades de la institución.

- Donaciones y subsidios: fondos captados por medio de la Fundación Ayuda al Hospital Padilla que son aportados por la comunidad, instituciones públicas y privadas, o provenientes de la organización de eventos a beneficio del HACP, etc.

La cifra del costo operativo, por otro lado, deberá incluir el monto de los salarios del personal que actualmente es cubierto por el SIPROSA.

También debe incluirse un cargo estimado en concepto de depreciación del equipamiento. Se trata de una estimación, debido a que el hospital, como institución pública, no realiza el cálculo de dichas depreciaciones.

✓ Porcentaje de incremento de la facturación real: es un indicador que da la idea de la variación de la generación de fondos provenientes del arancelamiento a los diferentes terceros pagadores, agregándose también los fondos generados por el BAC.

Gestión de riesgo (GR):

✓ Morosidad promedio terceros pagadores: este indicador refleja la morosidad promedio en el cobro de lo arancelado por el hospital. La importancia que tiene en la GR es que a medida que disminuya su valor, la recuperación de los fondos será más rápida.

✓ Porcentaje de facturación derivado de convenios: en la concepción del hospital como una institución auto generadora de fondos para su funcionamiento, es necesario la realización de convenios con entidades privadas, tales como las empresas de medicina prepaga, ofreciendo paquetes de servicios (Cross Selling o Venta Cruzada), para así poder contar con un flujo de fondos más constante y seguro a través del tiempo (gestión del riesgo) provenientes del arancelamiento. Por ello es conveniente tener un indicador que refleje la evolución de los ingresos de esta fuente.

✓ Variación porcentual de números de pacientes por tercer pagador: este indicador actúa como contrapeso del anterior. Es una medida de control que sirve como referencia para evitar que la organización mal interprete o desdibuje la misión del hospital como tal. Concretamente lo que se quiere es evitar que la búsqueda de una mejor situación financiera vaya en detrimento de la atención de aquellos que menos tienen, como son los NBI (pacientes con Necesidades Básicas Insatisfechas).

✓ Giro cama: es una razón que indica el número de pacientes que son dados de alta por cada cama disponible en un período determinado.

Orienta por sí mismo sobre el aprovechamiento total del recurso cama, teniendo un impacto sobre el Porcentaje de Incremento de la Facturación Real.

✓ Costo operativo sobre días cama: es un indicador que impulsa a la reducción de costos necesarios para generar el *output* “día cama”. Refleja un grado de eficiencia en la utilización de los recursos. En este caso en particular se la puede interpretar como cuánto le cuesta al hospital generar un día cama. Este indicador está directamente relacionado con la perspectiva de procesos, pues es en ella donde se generan las reducciones de costo al volver más eficientes los mismos.

✓ Porcentaje de ocupación: es el porcentaje promedio de camas ocupadas diariamente para un período de tiempo determinado. Se obtiene al relacionar el valor pacientes día con las camas disponibles.

3.2- Indicadores de la Perspectiva de Clientes

Imagen y prestigio:

- Monto en subsidios y donaciones sobre días cama: este indicador, en forma conjunta con los otros tres que le siguen, conforman un grupo orientado a reflejar la imagen y el prestigio que tiene el hospital en la comunidad. En el caso particular de los subsidios y donaciones, la hipótesis subyacente es obvia: a medida que mejora la imagen del hospital, se incrementa la cifra de contribuciones al nosocomio. En el HACP, la totalidad de estos fondos ingresan al hospital por medio de la FAHP. En este caso la medida no es absoluta, sino que está relacionada con el *output* día cama.

Una variante de este indicador sería la de utilizar el costo operativo como denominador, para así poder relativizar la importancia de los montos en subsidios.

- Personal ad honorem y agregado sobre el personal permanente y contratado: da una idea del interés que existe en los trabajadores del medio de formar parte de la planta de la institución.

La existencia de personal ad honorem y agregado es un fenómeno propio que surge debido a la burocracia que identifica al SIPROSA. Es muy común que los nuevos cargos, o vacantes que se originen, tarden en ser cubiertos debido a la lentitud en la generación de las designaciones. Esto produce que dichas funciones sean cubiertas en forma provisoria, aunque por largos periodos de tiempo, hasta tanto se regularice la situación. De allí que no sorprende encontrar un alto grado de competencia entre el personal que quiere formar parte del hospital bajo esta circunstancia.

- Médicos docentes sobre el total del personal médico: al tratarse de un hospital escuela, una cierta proporción del personal médico está abocado a la doble tarea de la medicina y de la docencia. El ser docente universitario le otorga cierto prestigio al profesional médico, prestigio que se traslada al hospital y que la proporción que conforma el indicador trata de reflejar.

- Infracciones a las normas de saneamiento ambiental: se incluyen en este grupo ya que las sanciones provenientes del no cumplimiento de las normas de saneamiento ambiental (en especial las referidas al tratamiento de la basura) produce un daño en la imagen del nosocomio.

En el conjunto de indicadores relativos a la imagen y al prestigio, se consideran los dos últimos (médicos docentes sobre el total del personal médico, y número de infracciones a las normas de saneamiento ambiental) como inductores de los resultados, representados éstos por los montos en subsidios y donaciones y la proporción del personal ad honorem y agregado sobre el total del personal médico.

Calidad de los servicios:

✓ Tiempo de estadía: es una medida que representa el tiempo promedio que un paciente está internado en la institución, ocupando una cama. Se supone que mientras menor sea su valor, mayor será la satisfacción para el cliente, debido a que será más rápida su reinserción.

- Tasa de mortalidad: se constituye como una “tasa de defectos” y lo consideramos aquí como parte de los atributos del servicio. Deben identificarse los valores considerados como normales del índice en virtud de variables tales como la complejidad y el nivel socioeconómico de la población. A partir de allí, toda disminución en la tasa de mortalidad implica una mejora en la calidad del servicio.

- Número de quejas y sugerencias de mejoras: supone la implantación de un buzón para su recepción. Aunque pueden no ser útiles para dimensionar la cantidad de clientes insatisfechos (debido al bajo porcentaje de clientes descontentos que realmente se quejan en el hospital), las quejas y sugerencias sí pueden dar algunas ideas sobre la calidad de los problemas. Así, pueden identificarse cuáles son los procesos más críticos para la satisfacción del cliente y cuáles de ellos no están funcionando bien.

✓ Demora promedio en los turnos: una de las áreas de atención más concurrida por los pacientes es la de los consultorios externos, en donde el personal médico de las diferentes salas de internación atienden las dolencias de los diferentes enfermos. Por otro lado, es en esta área en donde se hacen los pedidos de los análisis bioquímicos.

Pero para que el paciente pueda ser atendido debe sacar un turno. Este servicio es una suerte de cuello de botella en lo que se refiere a la capacidad de atención, por lo que la demora promedio en los turnos resulta un indicador relevante a la hora de impulsar una mayor agilización de este proceso. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado debido a que tal vez se

atienda más rápido a los pacientes, o se hagan más rápido los análisis correspondientes en desmedro de la calidad del servicio.

✓ Falla de atención en el primer intento: esta medida representa con su valor cuántas veces un paciente debe concurrir a un servicio determinado hasta finalmente poder ser atendido. Es un indicador relacionado con el anterior. Para poder darle un valor a este indicador es necesario en este caso hacer un tipo de cuestionario al paciente al momento de ser atendido por el empleado. Por ejemplo, volviendo al caso del servicio de Rayos, antes de ejecutar el servicio se le podría preguntar al paciente si es que es la primera vez que intenta hacerse la radiografía en cuestión. En caso de que la respuesta fuera negativa, se debería preguntar cuántas veces (días) intentó. De esta manera, si se atendieron 400 pacientes (no pedidos), y en función de las respuestas se obtiene que asistieron en total 500 veces, tenemos que cada cliente tuvo que asistir $500/400 = 1.25$ veces para poder ser atendido. Dicho de otra manera, el servicio falló 100 veces en 400 intentos, o sea un 25%.

- Índice de satisfacción del cliente: este índice se obtiene por medio de una encuesta a los pacientes en la cual se les solicita su opinión respecto de los atributos del servicio. Una manera de hacerlo es mediante la utilización de escalas Stapel³⁶, en donde el encuestado asigna una puntuación en una escala a una determinada característica del servicio, como ser la rapidez, en función del grado de ajuste de dicha característica al servicio del hospital. De esta manera, cuando más rápido sea el servicio del hospital, mayor será el puntaje en la escala. La encuesta de satisfacción debe resultar en una medida resumen que refleje la percepción que tiene el cliente del servicio prestado.

³⁶ **Escala Stapel:** La escala de Stapel, llamada así por su inventor, Juan Stapel, es una modificación de la escala de diferencial semántico.

Esta escala se presenta por lo general en forma vertical. Se pide a los encuestados que indiquen con qué exactitud o inexactitud describe cada término al objetivo, al seleccionar una categoría de respuesta numérica apropiada. Cuanto más alto el número, más exacto es el término para describir al objeto,

3.3- Indicadores de la Perspectiva Interna de Procesos

✓ Índice de basura mal clasificada: el tema de los residuos patógenos es muy importante. El proceso de clasificación de la basura es un tema legal, que en caso de no ser respetado seriamente puede ocasionar, como se mencionó anteriormente, multas económicas al hospital, además del daño que este tipo de situaciones puede causar en la imagen que la sociedad tiene de él. Para evitar estas situaciones poco deseadas se propone un muestreo periódico de la basura clasificada, para así llevar un control interno. Este indicador está atado en forma directa con el número de infracciones a las normas de saneamiento ambiental.

✓ Débitos sobre total facturado por aranceles: indicador que con su valor determina la cantidad de errores que se cometieron al momento de presentar el resumen de servicios de un paciente determinado al tercer pagador que corresponda. Es una suerte de impulsor para minimizar los errores en el proceso de arancelamiento. Un error típico en este proceso es la falta de evolución del paciente en cuestión, o al menos la falta de una evolución adecuada que conste en la historia clínica.

Esta etapa en el proceso de arancelamiento es relevante debido a que al momento de presentar la información a los terceros pagadores estos auditan lo presentado por el hospital, y en función de las fallas que se presentan se van haciendo descuentos que pueden llegar a representar reducciones significativas en los ingresos del nosocomio.

Este indicador de la perspectiva de procesos tiene un impacto directo en el de la perspectiva financiera tal como es el de “Fondos Autogenerados sobre Costos Operativos”.

A medida que el valor de esta medida vaya disminuyendo, más eficiente será el proceso de facturación.

✓ Historias clínicas mal confeccionadas más faltantes sobre total de historias clínicas: el personal médico y paramédico es el encargado de la confección de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el hospital. Por diversas razones esta documentación muchas veces se confecciona de manera no adecuada, omitiéndose información relevante no solo para un posterior control de la salud del paciente, sino también para el proceso de facturación y arancelamiento de la institución. Con este indicador se trata de mejorar el proceso de confección de esa documentación, como así también se hace énfasis en el cuidado de la documentación del paciente y de su adecuado archivo. En la medida en que se capacite y responsabilice al personal (perspectiva de formación y aprendizaje), los errores y pérdidas se minimizarán.

- Número de órdenes de compra eventual: se emiten para compras que no están contempladas dentro de las adquisiciones periódicas y/o normales de la institución. En este caso particular, las órdenes de compra relevantes son las de adquisiciones de medicamentos, y lo que se busca con el indicador es ilustrar el grado de disponibilidad de los mismos, ya que estas órdenes deben emitirse cuando no se pueden atender necesidades puntuales con el stock. Como estos pedidos generalmente se emiten por montos pequeños, se pierde poder de compra y esto incide en el costo operativo.

- Tiempo caído sobre el total de horas de atención: es una medida que refleja la cantidad de tiempo que no pudo ser brindado un servicio. Esto puede tener distintas causas. Se pueden medir las “horas médico”. Así, por ejemplo, el total de horas de atención del servicio de gastroenterología se calcula multiplicando el número de médicos por la cantidad de horas de servicio previstas para cada uno. El tiempo caído deberá medirse solamente para aquellos servicios representativos del funcionamiento del hospital, o aquellos que pueden considerarse como claves.

Por otro lado, también se pueden presentar fallas del equipamiento, lo cual es un impedimento para la prestación de un servicio determinado. Una vez identificada la tecnología con la que cuenta el hospital y su antigüedad media, se puede calcular el tiempo de prestación total que esta representa en un período determinado de tiempo. Por ejemplo, si el hospital solo cuenta con tres máquinas A, B y C, con un tiempo total de servicio de 24, 8 y 8 horas por día respectivamente, en total se tiene una disponibilidad de servicios de 40 hs. diarias, lo que implica 280 hs. semanales. Supóngase ahora que A está inactiva debido a reparaciones por 28 hs. en una semana determinada, entonces tendremos 28 hs. sobre 280 hs., lo que nos da un valor de 0.10 o 10% del tiempo caído por fallas.

En definitiva, el tiempo caído sobre el total de horas de atención es una medida global que considera al menos los dos aspectos mencionados anteriormente. Es una medida que influye en el tiempo de estadía, ya que una atención más continua puede redundar en una pronta alta médica. Al ser un atributo del servicio, también influye en el número de quejas y sugerencias de mejoras.

✓ Antigüedad media de equipamiento tecnológico: la prestación de servicios médicos de alta complejidad necesita un adecuado soporte de la tecnología. De allí que sea relevante la existencia de un indicador sobre la antigüedad media de dicho soporte. A medida que más bajo sea este valor, menos problemas habrá con respecto a los dos indicadores que se presentan a continuación, tales como “Tiempo caído por fallas” y “Tasa de reproceso”.

Es evidente que a medida que la antigüedad del equipamiento tecnológico disminuya, sus fallas tenderán a disminuir, como así también el valor del indicador en cuestión.

✓ Tasa de reproceso: también relacionado con el equipamiento tecnológico que posea la institución, este indicador identifica la cantidad de veces que se tuvo que realizar una tarea en promedio. Por ejemplo, supóngase que el servicio de Rayos del hospital atendió en una semana

determinada 400 pedidos, considerándose como pedidos en este caso la cantidad de radiografías solicitadas independientemente del número de pacientes. O sea que si la persona A necesita dos radiografías, a esta se lo computa como dos pedidos. Entonces, si ante 400 pedidos se realizaron 430 radiografías, ello implicaría que la tasa de reproceso sea de un 0.075 o un 7.5%, o sea $[430/400 - 1]$.

✓ Número de infecciones sobre número de pacientes internados: con este indicador se refleja la eficiencia en el tratamiento de los pacientes y el cuidado con el que se los somete a él. Es un indicador indispensable por el tipo de servicio al que se está haciendo referencia. Mientras menor sea la medida, mayor es la calidad y el prestigio, lo cual redundará en una mayor rotación de las camas y en una disminución de costos operativos. Por otro lado, también influye en el indicador "Tasa de mortalidad".

✓ Demora promedio de preparación de pacientes de emergencia (traumatizados): el hospital ofrece un servicio de guardia las 24 hs., debido a que es un centro de derivación de emergencias. En el caso de este tipo de pacientes la rapidez con que se los atiende resulta relevante, por lo que se utiliza este indicador para medir dicho aspecto en los diferentes equipos de emergencia, para posteriormente sacar un promedio.

✓ Número de reprogramaciones en quirófano: este indicador se refiere a la cantidad de veces que una operación tuvo que ser pospuesta debido a algún inconveniente que no haya sido derivado de complicaciones propias del paciente, sino en fallas en el proceso. De esta manera, se tenderá a programar las actividades de la sala de quirófanos de tal forma que este recurso escaso sea utilizado de manera eficiente. No hay que olvidarse de que al tratarse de un hospital de traumatizados, este proceso resulta de gran importancia.

• Personal de soporte sobre personal médico: brinda una noción acerca del grado de burocratización de los procesos. Lo que debe perseguir es disminuir el valor de este índice, es decir, reducir el número de personas

con funciones de soporte en relación a aquellas realmente involucradas en la prestación del servicio. Esta relación es de uso común, y se pueden consultar estándares desarrollados por algunos organismos de salud.

- Paramédicos sobre el número de camas: es otro indicador de disponibilidad, en este caso, de los paramédicos (categoría del personal compuesto principalmente por los enfermeros). Se supone que a medida que aumente el índice, habrá una mayor disponibilidad del personal en cuestión. Obviamente, un aumento excesivo puede ser disfuncional y, por lo tanto, debe complementarse el indicador con aquellos referidos a los costos de la prestación de los servicios.

- Médicos sobre número de camas: ídem anterior, para el personal médico.

- Horas de atención vespertina sobre total de horas de atención: una de las iniciativas estratégicas del HACP consiste en extender el periodo de atención al público, principalmente en lo que respecta a los consultorios externos. De esta manera se busca descomprimir la excesiva demanda matutina y alcanzar un uso más eficiente de los recursos. Esta medida nos indica el grado de avance en el cumplimiento de este objetivo.

3.4- Indicadores de la Perspectiva de aprendizaje y crecimiento

Indicadores encabezadores:

- Total pacientes día sobre salarios: brinda una noción de la productividad del personal al relacionar una medida de *output* como es pacientes día con el monto total abonado en concepto de salarios a los empleados (tanto planta permanente como contratados). Cabe aclarar que el numerador de este indicador surge de multiplicar el número de egresos por el promedio de días de estadía en un período de tiempo determinado.

- Antigüedad media del personal: esta medida da una idea de la rotación del personal del hospital. Un gran aumento de la antigüedad media estaría indicando la falta de renovación de profesionales en el nivel de ingreso. Por el contrario, un valor promedio muy bajo sería el reflejo de un personal con poca experiencia, afectando de esta manera no sólo al indicador explicado en el punto anterior, sino también a la imagen de excelencia de la institución. Por lo tanto, lo que debe buscarse es un equilibrio que permita combinar experiencia y juventud.

- Índice de satisfacción del empleado: es una medida similar a la obtenida para la perspectiva de clientes, solo que en este caso se trata de un cliente interno. La encuesta es aquí también el método indicado para recabar la información, aunque el contenido de aquella variará en función de los nuevos tópicos de interés.

Sistemas de información:

- ✓ Número de pacientes arancelados con padrón sobre total de pacientes atendidos: es un indicador que refleja la cantidad de información estratégica que la institución tiene sobre sus pacientes, y más que nada sobre los terceros pagadores. Tiene un impacto directo sobre el proceso de arancelamiento porque a medida que se obtengan los padrones y se mantengan actualizados, se agiliza el proceso. Por ejemplo, en caso de que llegue el paciente A, con su número de documento se puede verificar el tercer pagador responsable de manera inmediata. En caso de no contar con esta fuente de información, es necesario un proceso un poco más burocrático que redundaría en costos y tiempo excesivo tal como la de enviar un fax al tercero responsable para esperar una respuesta que verifique la dependencia, etc.

Por lo tanto, si de cada 10 pacientes que ingresan en un período determinado, 2 figuraban en los padrones, entonces se tiene información estratégica en el 20% de los casos.

✓ Número de médicos con acceso a historias clínicas sobre total del médicos: indicador que determina la cantidad de profesionales que tienen acceso inmediato a la información del paciente. Es relevante debido al proceso de informatización que puso en marcha hace no mucho tiempo atrás la institución. De esta manera se puede ir midiendo el avance de este proceso en los diferentes servicios.

Capacitación del personal:

✓ Dinero destinado a capacitación sobre el total de empleados: es una medida que refleja el grado en que la administración apoya la concurrencia de los empleados a cursos, jornadas, congresos, simposios, etc.

✓ Horas de capacitación sobre total de empleados: indicador que refleja la cantidad de horas que el personal del hospital designa a cursos, jornadas, congresos. A esta información también se la podría presentar por tipo de función, ya sea médico, paramédico o administrativo.

✓ Número de servicios acreditados por categoría: lo que se busca es visualizar una consecuencia de la capacitación de los empleados a nivel servicio. Se supone que empleados suficientemente capacitados pueden lograr acreditaciones de organismos especializados.

Motivación del personal:

✓ Número de sugerencias sobre total de empleados: determina el grado de involucramiento del personal a través de la participación de sugerencias a la dirección. Da como resultado el número de sugerencias

promedio por empleado. Mientras mayor sea el número más compromiso del personal puede esperarse.

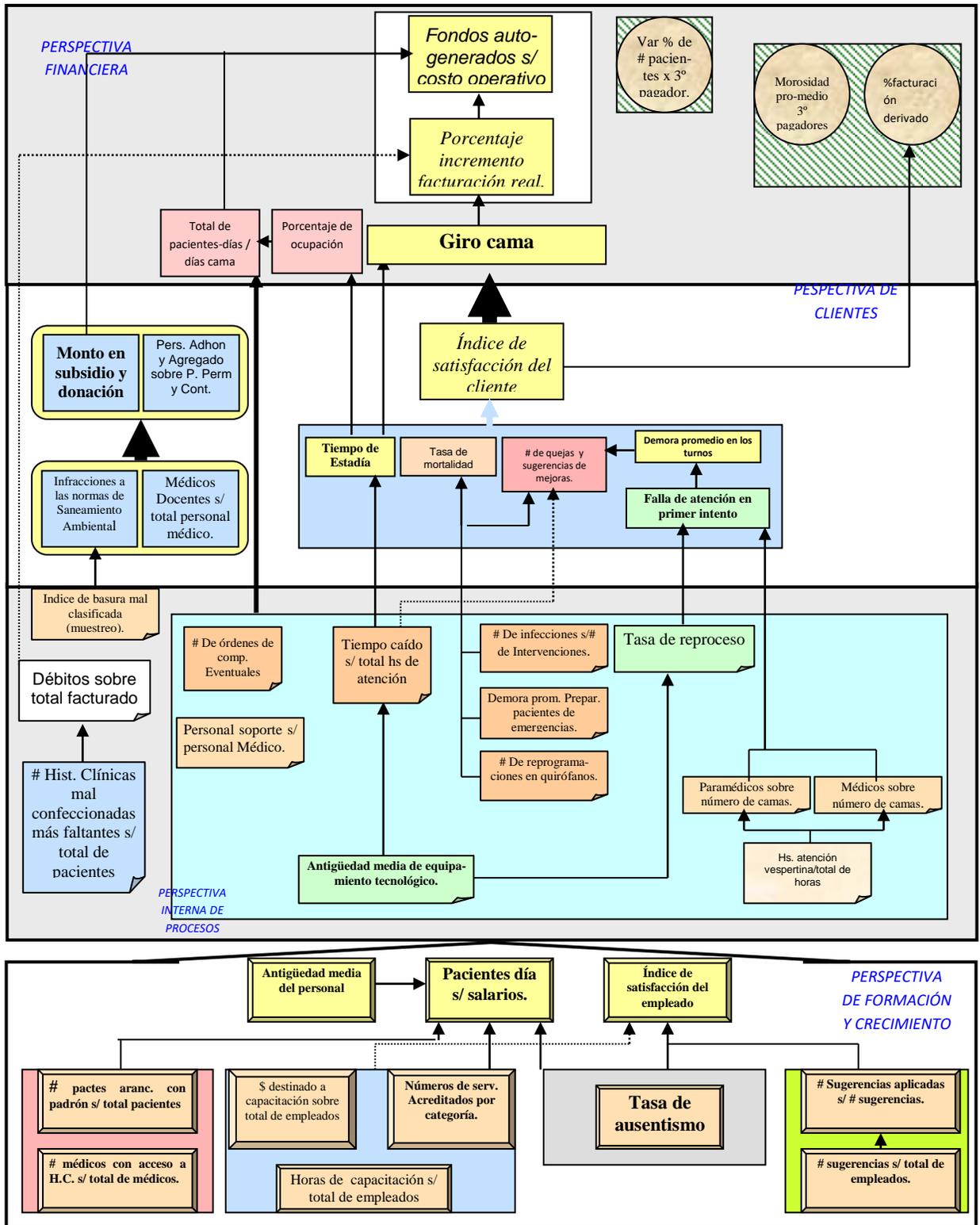
✓ Número de sugerencias aplicadas sobre total de sugerencias: refleja la predisposición y el grado de importancia que la dirección le da a la sugerencia de sus empleados.

✓ Tasa de ausentismo: refleja la cantidad de faltas de los empleados en un período determinado sobre la cantidad de días de trabajo. En un sentido amplio se consideran los períodos de huelga y los pedidos de licencia por enfermedad.

En la medida en que este indicador incrementa su valor, deberá suponerse un aumento en el nivel de insatisfacción del personal, lo que afecta a su vez la productividad.

4 – Representación grafica del cuadro de mando integral

Para terminar, cabe aclarar que la depuración de los indicadores aún no ha finalizado. Queda mucho por hacer y por discutir con los directivos del HACP con respecto a la elección de los más representativos, para recién pensar en la manera más conveniente de llevarlo a la práctica en el caso que se considere factible. Lo mismo sucede con las relaciones que existen entre algunas de las medidas planteadas.



CAPITULO VI

HACP- EVALUACION DE DESEMPEÑO

Sumario: 1- Datos Estadísticos. 2- Calculo de Indicadores. 3-Cudro de mando integral 4- Comentario

1- Datos Estadísticos

Información parcial estadística relevada³⁷

Se efectuó un relevamiento de información estadística sobre las actividades desarrolladas en el HACP, en el periodo anual 2011.

Sector: Consultorios externos

Número de consultas según sexo y tipo de la misma. Días de atención y hs medicas por especialidad –HACP- AÑO 2011

³⁷ DEPARTAMENTO ESTADÍSTICA DEL HACP, Resumen Estadístico del HACP. Año 2011(Tucumán, 2011).

| ESPECIALIDAD | Nº de Consultas | SEXO | | Tipo Consulta | | Horas de Atención | Días de Atención | Promedio diario Consultas |
|-----------------------|-----------------|-------|-------|---------------|----------|-------------------|------------------|---------------------------|
| | | M | F | 1ª Vez | Ulterior | | | |
| ALERGIA | 1.471 | 384 | 1.087 | 211 | 1.260 | 296 | 148 | 9,9 |
| ANESTESIOLOGIA | 216 | 75 | 141 | 34 | 182 | 40 | 20 | 10,8 |
| ASMA | 238 | 96 | 142 | 61 | 177 | 104 | 54 | 4,4 |
| CARDIOLOGIA | 5.168 | 2.146 | 3.022 | 1.107 | 4.061 | 910 | 235 | 22,0 |
| CIRUGIA CAB. Y CUELLO | 557 | 191 | 366 | 154 | 403 | 170 | 83 | 6,7 |
| CIRUGIA GENERAL | 2.902 | 1.215 | 1.687 | 1.271 | 1.631 | 754 | 210 | 13,8 |
| CIRUGIA PLASTICA | 236 | 92 | 144 | 61 | 175 | 124 | 60 | 3,9 |
| CIRUGIA TORACICA | 305 | 221 | 84 | 104 | 201 | 144 | 73 | 4,2 |
| CIRUGIA VASCULAR | 1.040 | 313 | 727 | 158 | 882 | 234 | 116 | 9,0 |
| CLINICA MEDICA I | 5.767 | 2.011 | 3.756 | 1.123 | 4.644 | 1.282 | 236 | 24,4 |
| CLINICA MEDICA II | 2.843 | 1.125 | 1.718 | 693 | 2.150 | 789 | 193 | 14,7 |
| DERMATOLOGIA | 4.155 | 1.516 | 2.639 | 483 | 3.147 | 1.104 | 239 | 17,4 |
| ENDOCRINOLOGIA | 5.216 | 1.529 | 3.687 | 1.340 | 3.876 | 842 | 118 | 44,2 |
| ETI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | - |
| GASTROENTEROLOGIA | 3.507 | 1.169 | 2.338 | 1.189 | 2.318 | 1.084 | 218 | 16,1 |
| GINECOLOGIA | 2.916 | 1 | 2.915 | 588 | 2.328 | 1.040 | 189 | 15,4 |
| HEMATOLOGIA | 3.948 | 1.685 | 2.263 | 293 | 3.655 | 853 | 214 | 18,4 |
| INFECTOLOGIA | 1.373 | 879 | 494 | 207 | 1.166 | 387 | 128 | 10,7 |
| MEDICINA GRAL. | 3.012 | 1.241 | 1.771 | 687 | 2.325 | 576 | 207 | 14,6 |
| MEDICINA LABORAL | 2.154 | 1.012 | 1.142 | 291 | 1.863 | 400 | 192 | 11,2 |
| NEFROLOGIA | 1.296 | 529 | 767 | 536 | 760 | 296 | 148 | 8,8 |
| NEUMONOLOGIA | 3.260 | 1.216 | 2.044 | 599 | 2.506 | 616 | 207 | 15,7 |
| NEUROCIRUGIA | 539 | 304 | 235 | 188 | 351 | 266 | 107 | 5,0 |
| NEUROLOGIA | 2.818 | 1.380 | 1.438 | 980 | 1.838 | 695 | 199 | 14,2 |
| O.R.L. | 8.092 | 3.729 | 4.363 | 3.076 | 5.016 | 992 | 245 | 33,0 |
| OFTALMOLOGIA | 15.383 | 6.837 | 8.546 | 2.622 | 12.761 | 2.668 | 243 | 63,3 |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|-----|-------|
| PRE TRANSP. RENAL | 305 | 73 | 232 | 49 | 256 | 92 | 15 | 20,3 |
| PROCTOLOGIA | 347 | 227 | 120 | 77 | 270 | 106 | 32 | 10,8 |
| PSIQUIATRIA | 4.108 | 1.486 | 2.622 | 1.430 | 2.678 | 1.231 | 242 | 17,0 |
| REUMATOLOGIA | 3.479 | 454 | 3.025 | 329 | 3.150 | 638 | 220 | 15,8 |
| TRAUMATOLOGIA | 10.559 | 4.661 | 5.898 | 2.373 | 8.186 | 1.852 | 222 | 47,6 |
| UNIDAD DE PIE DIABET. | 409 | 266 | 143 | 46 | 363 | 18 | 29 | 14,1 |
| UROLOGIA | 1.933 | 1.301 | 632 | 554 | 1.379 | 426 | 145 | 13,3 |
| SUN- TOTAL | 99552 | 39364 | 60188 | 22914 | 75958 | 21029 | 259 | 384,4 |
| EMERGENCIA | 88989 | 45737 | 43252 | 60379 | 28610 | 8760 | 365 | 243,8 |
| TOTAL GENERAL | 188.541 | 85101 | 103440 | 83293 | 104568 | 29789 | 365 | 516,6 |

NUMERO DE CONSULTAS MÉDICAS SEGÚN ESPECIALIDAD POR MES -HACP- AÑO 2011

| SERVICIO / MES | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Setiem. | Octubre | Noviem. | Diciem. | TOTAL |
|-----------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|-------|
| ALERGIA | 138 | 149 | 133 | 117 | 0 | 89 | 35 | 125 | 169 | 184 | 170 | 162 | 1.471 |
| ANESTESIOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 | 97 | 51 | 216 |
| ASMA | 21 | 2 | 12 | 40 | 25 | 15 | 10 | 17 | 36 | 24 | 15 | 21 | 238 |
| CARDIOLOGIA | 179 | 334 | 525 | 486 | 328 | 367 | 186 | 535 | 594 | 576 | 544 | 514 | 5.168 |
| CIRUGIA CAB. Y CUELLO | 33 | 44 | 56 | 56 | 24 | 32 | 25 | 37 | 72 | 57 | 61 | 60 | 557 |
| CIRUGIA GENERAL | 141 | 205 | 228 | 189 | 90 | 43 | 33 | 199 | 394 | 462 | 518 | 400 | 2.902 |
| CIRUGIA PLASTICA | 18 | 0 | 17 | 28 | 11 | 10 | 9 | 18 | 25 | 22 | 54 | 24 | 236 |
| CIRUGIA TORACICA | 32 | 31 | 25 | 25 | 8 | 5 | 1 | 12 | 37 | 48 | 51 | 30 | 305 |
| CIRUGIA VASCULAR | 112 | 47 | 95 | 137 | 47 | 43 | 44 | 82 | 137 | 114 | 103 | 79 | 1.040 |
| CLINICA MEDICA I | 271 | 520 | 873 | 780 | 353 | 396 | 106 | 400 | 589 | 531 | 485 | 463 | 5.767 |
| CLINICA MEDICA II | 225 | 134 | 395 | 214 | 50 | 81 | 65 | 256 | 395 | 341 | 379 | 308 | 2.843 |
| DERMATOLOGIA | 190 | 332 | 454 | 397 | 249 | 180 | 180 | 275 | 476 | 482 | 472 | 468 | 4.155 |
| ENDOCRINOLOGIA | 499 | 504 | 599 | 487 | 204 | 230 | 96 | 402 | 641 | 597 | 482 | 475 | 5.216 |
| ETI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GASTROENTEROLOGIA | 231 | 313 | 401 | 315 | 104 | 129 | 74 | 265 | 402 | 422 | 456 | 395 | 3.507 |
| GINECOLOGIA | 212 | 247 | 284 | 261 | 30 | 42 | 7 | 253 | 357 | 416 | 441 | 366 | 2.916 |
| HEMATOLOGIA | 324 | 339 | 353 | 279 | 122 | 198 | 261 | 442 | 404 | 407 | 453 | 366 | 3.948 |
| INFECTOLOGIA | 130 | 124 | 184 | 131 | 27 | 58 | 0 | 89 | 154 | 129 | 178 | 169 | 1.373 |
| MEDICINA GRAL. | 519 | 297 | 0 | 164 | 152 | 144 | 191 | 293 | 351 | 342 | 357 | 202 | 3.012 |
| MEDICINA LABORAL | 36 | 39 | 165 | 150 | 71 | 156 | 127 | 241 | 284 | 253 | 391 | 241 | 2.154 |
| NEFROLOGIA | 112 | 84 | 160 | 105 | 0 | 0 | 0 | 90 | 180 | 197 | 189 | 179 | 1.296 |
| NEUMONOLOGIA | 148 | 127 | 212 | 177 | 38 | 42 | 154 | 409 | 556 | 522 | 476 | 399 | 3.260 |
| NEUROCIRURUGIA | 57 | 74 | 56 | 92 | 38 | 29 | 12 | 38 | 44 | 28 | 36 | 35 | 539 |
| NEUROLOGIA | 176 | 182 | 277 | 211 | 79 | 41 | 92 | 307 | 356 | 338 | 397 | 362 | 2.818 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| O.R.L. | 562 | 645 | 904 | 713 | 511 | 520 | 438 | 631 | 847 | 873 | 749 | 699 | 8.092 |
| OFTALMOLOGIA | 567 | 1.118 | 1.465 | 1.250 | 1.356 | 991 | 937 | 1.644 | 1.712 | 1.540 | 1.601 | 1.202 | 15.383 |
| PRE TRANSP. RENAL | 0 | 18 | 7 | 6 | 0 | 262 | 0 | 0 | 6 | 4 | 2 | 0 | 305 |
| PROCTOLOGIA | 21 | 38 | 56 | 48 | 0 | 0 | 0 | 23 | 49 | 35 | 40 | 37 | 347 |
| PSIQUIATRIA | 267 | 353 | 717 | 578 | 450 | 385 | 133 | 174 | 536 | 173 | 189 | 153 | 4.108 |
| REUMATOLOGIA | 170 | 187 | 386 | 272 | 198 | 262 | 207 | 311 | 405 | 373 | 376 | 332 | 3.479 |
| TRAUMATOLOGIA | 448 | 797 | 1.022 | 902 | 148 | 304 | 226 | 829 | 1.594 | 1.460 | 1.534 | 1.295 | 10.559 |
| UNIDAD PIE DIABETICO | 14 | 0 | 45 | 34 | 0 | 0 | 0 | 34 | 48 | 83 | 96 | 55 | 409 |
| UROLOGIA | 155 | 128 | 222 | 259 | 118 | 117 | 74 | 130 | 204 | 193 | 172 | 161 | 1.933 |
| MAL REGISTRADAS | 227 | 275 | 408 | 513 | 744 | 704 | 254 | 487 | 591 | 676 | 569 | 427 | 5.875 |
| CONSULT. EXT. | 6235 | 7687 | 10736 | 9416 | 5575 | 5875 | 3977 | 9048 | 12645 | 11970 | 12133 | 10130 | 105.427 |
| EMERGENCIA | 8600 | 7407 | 7989 | 7489 | 7047 | 5901 | 5883 | 7164 | 7437 | 7924 | 8196 | 7952 | 88.989 |
| TOTAL GENERAL | 14.835 | 15.094 | 18.725 | 16.905 | 12.622 | 11.776 | 9.860 | 16.212 | 20.082 | 19.894 | 20.329 | 18.082 | 194.416 |

 Sector: Internación³⁸

Numero de ingresos y egresos según sector de internación- HACP- Año 2011

| SECTOR DE INTERNACION | INGRESOS AL SERVICIO | | | EGRESOS DEL SERVICIO | | | |
|-----------------------------|----------------------|---------|-------|----------------------|------------|--------|-------|
| | Ingreso | Pase de | TOTAL | Altas | Defunción. | Pase a | TOTAL |
| REUMATOLOGIA | 458 | 20 | 478 | 468 | 0 | 12 | 48 |
| UNIDAD RESPIRATORIA (UR) 53 | 53 | 95 | 148 | 18 | 48 | 89 | 15 |
| UNIDAD DE TERAPIA INTE | 59 | 149 | 208 | 11 | 50 | 154 | 21 |
| GINECOLOGIA | 40 | 2 | 42 | 41 | 0 | 1 | 42 |
| CIRUGIA MUJERES | 1021 | 116 | 1137 | 1.072 | 9 | 55 | 1136 |
| CLINICA MEDICA II | 293 | 166 | 459 | 400 | 10 | 41 | 45 |
| UROLOGIA | 119 | 20 | 139 | 130 | 3 | 8 | 14 |
| SALUD MENTAL | 262 | 65 | 327 | 311 | 1 | 14 | 32 |
| CIRUGIA VARONES | 884 | 179 | 1063 | 966 | 10 | 86 | 1062 |
| CARDIOLOGIA (S7) | 313 | 116 | 429 | 382 | 3 | 44 | 42 |
| NEUMONOLOGIA (S7) | 207 | 145 | 352 | 282 | 15 | 48 | 34 |
| CLINICA MEDICA I | 392 | 251 | 643 | 576 | 28 | 36 | 64 |
| TRAUMATOLOGIA (S9) | 790 | 186 | 976 | 935 | 1 | 47 | 98 |
| GASTROENTEROLOGIA (11)446 | 446 | 134 | 580 | 467 | 29 | 87 | 58 |
| NEUROCIRUGIA (S12) | 252 | 397 | 649 | 498 | 3 | 145 | 64 |
| NEUROLOGIA (S12) | 178 | 264 | 442 | 350 | 6 | 89 | 44 |
| GUARDIA MAYOR | 3235 | 137 | 3372 | 1.638 | 225 | 1.505 | 3368 |
| UNIDAD DE CUIDADOS IN | 33 | 83 | 116 | 2 | 23 | 69 | 94 |
| TOTAL | 9.035 | 9.035 | 8.547 | 464 | | | 9.011 |

³⁸ **Ibíd.**

Numero de ingresos y egresos del Año 2011

| MES | INGRESO | EGRESOS | | | | TOTAL |
|--------------|---------|---------|-------------|-----------|-------|-------|
| | | ALTAS | DEFUNCIONES | | | |
| | | | -48 Horas | +48 Horas | Total | |
| ENERO | 722 | 627 | 11 | 24 | 35 | 662 |
| FEBRERO | 646 | 595 | 12 | 27 | 39 | 634 |
| MARZO | 818 | 798 | 11 | 15 | 26 | 824 |
| ABRIL | 785 | 769 | 16 | 21 | 37 | 806 |
| MAYO | 743 | 705 | 14 | 23 | 37 | 742 |
| JUNIO | 652 | 592 | 10 | 23 | 33 | 625 |
| JULIO | 608 | 592 | 21 | 30 | 51 | 643 |
| AGOSTO | 704 | 618 | 12 | 34 | 46 | 664 |
| SEPTIEMBRE | 825 | 795 | 13 | 28 | 41 | 836 |
| OCTUBRE | 827 | 785 | 10 | 22 | 32 | 817 |
| NOVIEMBRE | 870 | 823 | 12 | 31 | 43 | 866 |
| DICIEMBRE | 802 | 848 | 16 | 28 | 44 | 892 |
| TOTAL | 9.002 | 8.547 | 158 | 306 | 464 | 9.011 |

Total de camas disponibles, pacientes días, egresos, indicadores de rendimiento y tasa de mortalidad – HACP- Año 2011

| | Total Camas Disponibles | Total Pacientes día | EGRESOS | | | Promedio Diario Cama Disponible | Promedio Diario Paciente Día | % de Ocupación | Promedio de Permanencia | Giro de Cama | Tasa de mortalidad |
|--------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|-------------|--------------|---------------------------------|------------------------------|----------------|-------------------------|--------------|--------------------|
| | | | Altas | defunciones | TOTAL | | | | | | |
| ENERO | 8.098 | 6.804 | 627 | 35 | 662 | 261 | 219,5 | 84,0 | 10,3 | 2,5 | 5 |
| FEBRERO | 7.298 | 6.238 | 595 | 39 | 634 | 261 | 222,8 | 85,5 | 9,8 | 2,4 | 6 |
| MARZO | 8.263 | 7.265 | 798 | 26 | 824 | 267 | 234,4 | 87,9 | 8,8 | 3,1 | 3 |
| ABRIL | 8.186 | 6.760 | 769 | 37 | 806 | 273 | 225,3 | 82,6 | 8,4 | 3,0 | 4 |
| MAYO | 8.406 | 7.133 | 705 | 37 | 742 | 271 | 230,1 | 84,9 | 9,6 | 2,7 | 5 |
| JUNIO | 8.255 | 6.629 | 592 | 33 | 625 | 275 | 221,0 | 80,3 | 10,6 | 2,3 | 5 |
| TOTAL 1º SEMESTRE | 48.506 | 40.829 | 4.086 | 207 | 4.293 | 268 | 225,6 | 84,2 | 9,5 | 16,0 | 4 |
| JULIO | 8.512 | 7.010 | 592 | 51 | 643 | 275 | 226,1 | 82,4 | 10,9 | 2,3 | 7 |
| AGOSTO | 8.480 | 7.398 | 618 | 46 | 664 | 274 | 238,6 | 87,2 | 11,1 | 2,4 | 6 |
| SEPTIEMBRE | 8.269 | 7.472 | 795 | 41 | 836 | 276 | 249,1 | 90,4 | 8,9 | 3,0 | 4 |
| OCTUBRE | 8.649 | 7.847 | 785 | 32 | 817 | 279 | 253,1 | 90,7 | 9,6 | 2,9 | 3 |
| NOVIEMBRE | 8.490 | 7.607 | 823 | 43 | 866 | 283 | 253,6 | 89,6 | 8,8 | 3,1 | 5 |
| DICIEMBRE | 8.827 | 7.358 | 848 | 44 | 892 | 285 | 237,4 | 83,4 | 8,2 | 3,1 | 4 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|-------|-----|-------|-----|-------|------|-----|------|---------|
| TOTAL 2º SEMESTRE | 51.227 | 44.692 | 4.461 | 257 | 4.718 | 278 | 242,9 | 87,2 | 9,5 | 16,9 | 5, , |
| TOTAL GENERAL | 99.733 | 85.521 | 8.547 | 464 | 9.011 | 273 | 234,3 | 85,7 | 9,5 | 33,0 | 5, , |

 **Sector: Intervenciones Quirúrgicas**

**CIRUGIAS POR SERVICIO.
Año 2011- Hospital "Ángel C. Padilla"**

| Servicio | Mayor | Menor | Total |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Cabeza y Cuello | 52 | | 52 |
| Cirugía | 1454 | 2 | 1456 |
| Dermatología | 271 | 13 | 284 |
| Gastroenterología | 276 | | 276 |
| Ginecología | 69 | | 69 |
| Guardia | 1345 | 1 | 1346 |
| Neumonología | 2 | | 2 |
| Neurocirugía | 129 | | 129 |
| Odontología | 152 | | 152 |
| Oftalmología | 588 | | 588 |
| Otorrinolaringología | 119 | | 119 |
| TRAUMATOLOGÍA | 1350 | 2 | 1352 |
| Urología | 88 | | 88 |
| Total | 5895 | 18 | 5913 |

**Nº DE CIRUGIAS POR MES CLASIFICADAS POR TIPO.
Año 2011 - Hospital "Ángel C. Padilla"**

| MES | MAYOR | MENOR | SUBTOTAL |
|--------------------|--------------|--------------|-----------------|
| Enero | 406 | 6 | 412 |
| Febrero | 479 | | 479 |
| Marzo | 573 | | 573 |
| Abril | 527 | | 527 |
| Mayo | 487 | 2 | 489 |
| Junio | 327 | 2 | 329 |
| Julio | 263 | | 263 |
| Agosto | 474 | | 474 |
| Septiembre | 607 | 1 | 608 |
| Octubre | 616 | 5 | 621 |
| Noviembre | 638 | 2 | 640 |
| Diciembre | 498 | | 498 |
| TOTAL ANUAL | 5895 | 18 | 5913 |

PROCEDENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE.

Año 2011 - Hospital "Ángel C. Padilla"

| PROCEDENCIA | % | Nº |
|--------------------|------|------|
| Ambulatorio | 28% | 1641 |
| Guardia | 19% | 1112 |
| Internado | 53% | 3160 |
| Total | 100% | 5913 |

CIRUGIAS POR ESPECIALIDAD Año 2011 - Hospital "Ángel C. Padilla"

| Especialidad | Total |
|----------------------|-------------|
| ANESTESISTA CABEZA Y | 200 |
| CUELLO CIRUGIA | 57 |
| ESPINAL CIRUGÍA | 2 |
| GENERAL CIRUGÍA | 2022 |
| TORÁXICA | 2 |
| DERMATOLOGÍA | 284 |
| FISIATRÍA | 17 |
| GASTROENTEROLOGÍA | 277 |
| GINECOLOGÍA | 72 |
| NEUMONOLOGÍA | 2 |
| NEUROCIRUGÍA | 304 |
| ODONTOLOGIA | 158 |
| OFTALMOLOGÍA | 611 |
| ORTOPEDIA | 1333 |
| OTORRINOLARINGOLOGÍA | 120 |
| Post-Operatorio | 1 |
| TRAUMATOLOGIA | 363 |
| UROLOGÍA | 88 |
| Total | 5913 |

✚ Sectores: intermedios de diagnóstico y/o tratamiento

PRODUCCION ESTADISTICA – SERVICIO DE EMERGENCIA – AÑO 2011

| MES | NUMERO PACIENTES | NUMERO DEFUNCIONES | NUMERO DERIVACIONES | PROM. DIARIO DERIVACIONES | TASA DE MORTALIDAD |
|----------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| ENERO | 8.600 | 23 | 209 | 6,7 | 0,3 |
| FEBRERO | 7.407 | 24 | 203 | 7,3 | 0,3 |
| MARZO | 7.989 | 23 | 237 | 7,6 | 0,3 |
| ABRIL | 7.489 | 25 | 236 | 7,9 | 0,3 |
| MAYO | 7.047 | 34 | 220 | 7,1 | 0,5 |
| JUNIO | 5.901 | 22 | 181 | 6,0 | 0,4 |
| 1º SEMESTRE | 44.433 | 151 | 1.286 | 7,1 | 0,3 |
| JULIO | 5.883 | 35 | 239 | 8,0 | 0,6 |
| AGOSTO | 7.164 | 43 | 205 | 6,6 | 0,6 |
| SEPTIEMBRE | 7.437 | 31 | 260 | 8,7 | 0,4 |
| OCTUBRE | 7.924 | 27 | 242 | 7,8 | 0,3 |
| NOVIEMBRE | 8.196 | 34 | 213 | 7,1 | 0,4 |
| DICIEMBRE | 7.952 | 61 | 197 | 6,4 | 0,8 |
| 2º SEMESTRE | 44.556 | 231 | 1.356 | 7,4 | 0,5 |
| TOTAL GENERAL | 88.989 | 382 | 2.642 | 7,2 | 0,4 |

2- Calculo de Indicadores

a) Tiempo de estadía: Indica si las internaciones se prolongan más de lo admisible o resultan demasiado breves para garantizar una asistencia eficaz.

$$\text{Promedio de día de estadía} = \frac{\text{Total de días de estadía}}{\text{Total de egresos}}$$

$$\text{Promedio de día de estadía} = 95146 / 9011 = 10,56$$

REFERENCIA: información obtenida del relevamiento de datos Sector Internación. Registros del total de camas disponibles, pacientes día, egresos, indicadores de rendimiento y tasa de mortalidad – HACP–Año 2011.

b) Promedio día de camas disponibles: Permite evaluar el grado de ocupación/ desocupación de la capacidad instalada del establecimiento

$$\text{Promedio día de camas disponibles} = \frac{\text{Días camas disponibles}}{\text{Total de días}}$$

$$\text{Promedio día de camas de estadía} = 99733 / 365 \text{ días} = 275$$

REFERENCIA: información obtenida del relevamiento de datos Sector Internación. Registros del total de camas disponibles, pacientes día, egresos, indicadores de rendimiento y tasa de mortalidad – HACP–Año 2011.

c) Porcentaje de ocupación: Sirve para determinar que al poseer un número reducido de camas y un porcentaje de ocupación alto, tiene dos alternativas:

- Rechazar la demanda
- Expandir sus recursos

$$\text{Promedio de ocupación} = \frac{\text{Total de pacientes - día}}{\text{Total de días cama}}$$

Promedio de ocupación de cama = 81521 / 99733 = 0,86

REFERENCIA: información obtenida del relevamiento de datos Sector Internación. Registros del total de camas disponibles, pacientes día, egresos, indicadores de rendimiento y tasa de mortalidad – HACP–Año 2011.

d) Giro de cama: Expresa el número de pacientes egresados por cama disponible en un periodo determinado y en forma promediada. Es directamente proporcional al porcentaje ocupacional e inversamente proporcional al promedio de estadía. Sera mayor con ocupación alta y estadías cortas y menor con ocupación baja y estadías largas.

$$\text{Giro de cama} = \frac{\text{Porcentaje de ocupación} * 181}{\text{Total de días de estadía}}$$

Giro de cama = [(1,75 * 181) / 95146] * 100 = 0,33

REFERENCIA: información obtenida del relevamiento de datos Sector Internación. Registros del total de camas disponibles, pacientes día, egresos, indicadores de rendimiento y tasa de mortalidad – HACP–Año 2011.

e) Tasa infección: Establece la tendencia quirúrgica del hospital.

$$\text{Tasa infección} = \frac{\text{Total de infecciones}}{\text{Total de intervenciones}}$$

Tasa infección = 887 / 5913 = 0,15

REFERENCIA: Los datos utilizados para el cálculo de los indicadores fueron tomados de la planilla de control de infecciones por área de servicio a cargo del personal interno del hospital.

f) Promedio diario de consultas: Permite establecer la potencialidad de un establecimiento para la atención externa y diaria de pacientes, posibilitando el dimensionamiento de esta área.

$$\text{Promedio diario de consultas} = \frac{\text{Total de consultas}}{\text{Total de días}}$$

$$\text{Promedio diario de consultas} = 188541 / 365 = 516$$

REFERENCIA: Registro: Número de consultas según sexo y tipo de la misma. Días de atención y horas medicas por especialidad – HACCP – Año 2011.

g) Enfermeras por medico: Indica la dimensión de recurso humano de enfermería.

$$\text{Enfermeras por medico} = \frac{\text{Total de enfermeras}}{\text{Total de médicos}}$$

$$\text{Enfermeras por medico} = 298 / 281 = 1,06$$

REFERENCIA: información obtenida de los datos estructurales – Recursos Humanos.

h) Promedio de servicio de emergencia: establecer el rendimiento del servicio de emergencia sobre los pacientes internados y la cantidad de defunciones por internación.

$$\text{Promedio de servicio de emergencia} = \frac{\text{Total de servicio de emergencia}}{\text{Total de egresos}}$$

$$\text{Promedio de servicio de emergencia} = 88989 / 9011 = 9,88$$

REFERENCIA: Registros: Producción estadística – servicios de emergencia.

i) Tasa de mortalidad: Indica la cantidad de pacientes que tiene riesgo de muerte de entre todos los ingresados al establecimiento, cualquiera sea su causa.

$$\text{Tasa de mortalidad} = \frac{\text{Defunciones del periodo} * 100}{\text{Total de egresos del periodo}}$$

$$\text{Tasa de mortalidad} = (464 * 100) / 9011 = 5,15$$

REFERENCIA: información obtenida del relevamiento de datos Sector Internación. Registros del total de camas disponibles, pacientes día, egresos, indicadores de rendimiento y tasa de mortalidad – HACP–Año 2011.

j) Tasa de historias clínicas correctas (HC): mide la calidad de historias clínicas al ingreso (por muestreo significativo).

$$\text{Tasa de HC correctas} = \frac{\text{HC correctas a las 24 hs de ingreso} * 100}{\text{Total de Historias Clínicas}}$$

$$\text{Tasa de HC correctas} = (3260 * 100) / 4500 = 72,44$$

k) Gestión de quejas: Los datos generales sobre quejas son:

2011: Quejas: 746, lo que supone un 17% de las gestiones realizadas por el HACP.

Algunos resultados de las quejas del año 2011 indican lo siguiente:
Servicio más reclamado: urgencias hospitalarias y consultas externas del Hospital General.

Motivos más frecuentes: demora en la asistencia.

l) Sugerencia de mejoras

Capacidad de respuesta a las quejas: el 52,4% de las reclamaciones son contestadas en menos de 30 días

m) Índice de demora promedio: Buscan establecer la cantidad de consultas externas que serán demandadas en un periodo dado por los beneficiarios de un sistema en promedio.

$$\text{Demora promedio de turnos} = \frac{\text{Total de consultas del sistema}}{\text{Total de beneficiarios}}$$

$$\text{Consultas por beneficiarios} = 188541 / 85521 = 2,2$$

REFERENCIA: información obtenida del relevamiento de datos Sector Internación. Registros del total de camas disponibles, pacientes día, egresos, indicadores de rendimiento y tasa de mortalidad – HACP–Año 2011.

n) Urgencias

Se atendieron 165.929 urgencias, de las cuales 17.244 precisaron ingreso, lo que representa un 10,4 % de las urgencias atendidas.

Se ha atendido una media de 454 urgencias al día.

o) Otros indicadores

- Falta de atención en el primer intento = Total de consultas 1º vez / Horas de atención = 83293 / 29789 = 2,8 %

REFERENCIA: Registro: Número de consultas según sexo y tipo de la misma. Días de atención y horas medicas por especialidad – HACP – Año 2011.

- Médicos sobre nº de camas = Total de médicos / Total de camas = $281 / 375 = 0,75$

REFERENCIA: Datos obtenidos de: Estructura del HACP: Recursos humanos - servicios

- Pacientes – días sobre salarios = Total de pacientes – días / Total de salarios = $(7000 / 74484103) * 100 = 0,25 \%$

REFERENCIA: Datos obtenidos de la Estructura de costos de HACP

- Tasa de ausentismo

| Recursos Humanos | Días de Ausentismo | % |
|-------------------------|---------------------------|------------|
| Nivel A | 7.035 | 24,8 |
| Nivel B | 1.702 | 6,0 |
| Nivel C | 5.900 | 20,8 |
| Nivel D | 7.092 | 25,0 |
| Nivel E | 3.092 | 10,9 |
| Nivel F | 3.546 | 12,5 |
| Total | 28.367 | 100 |

Promedio de ausentismo = $100 / 6 = 16,67$

- Nº de médicos con acceso a las Historia Clínicas = Nº de médicos con acceso a las HC / Total de médicos = $220 / 281 = 0,78$

REFERENCIA: Los datos fueron obtenidos del control estadístico llevado a cabo por el departamento de estadística referido a control de personal y buen

desempeño en relación con los datos sobre control de historias clínicas, dispuesto por la administración del hospital.

- Fondos autogenerados / Costos operativos = $(253.320 / 23.997.815) * 100 = 1,06 \%$

REFERENCIA: Datos obtenidos de la estructura de costos de servicios y administración en general

- Horas de capacitación sobre el total de empleados = $14894,5 / 1188 = 12,54$.

REFERENCIA: Los datos para el cálculo de indicadores fueron extraídos de la planilla de control de horas dispuestas anualmente para la capacitación del personal, cuyo control se efectúa de manera conjunta por el jefe del área de personal y la administración

- Infracciones a las normas de saneamiento

Índice de basura mal clasificada = $\text{Total de basura mal clasificada} / \text{Total de basura}$

Del hospital se recoge diariamente cerca de 300 kilos de residuos patógenos y se paga a la empresa 9 de Julio, "\$0,91 por kilo, 30 centavos más que lo que abonan los sanatorios privados" por el servicio de recolección y destrucción de los desechos patógenos. Con las últimas inspecciones realizadas por la dirección de urbanidad e higiene de la municipalidad de San Miguel de Tucumán, se pudo constatar que dicho índice en relación al nosocomio es del 0%.

3- Cuadro de mando integral

| Actividades e indicadores | Factores de ponderación | Objetivo | Obtenido | % Cumplimiento obtenido | Valor Obtenido | Valor Posible | Valor Final |
|---|--------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| Tiempo de estadía | 8 | 12 | 11 | 8,33% | 66,67 | 800 | 866,67 |
| Tasa de Mortalidad | 8 | 5% | 5,15% | -3% | -24 | 800 | 776 |
| Índice de quejas y sugerencias de mejoras | 7 | 800 | 756 | 5,5% | 38,5 | 700 | 738,5 |
| Índice de demora promedio en los turnos | 8 | 2 | 2,2 | -10% | -80 | 800 | 720 |
| Falla de atención en el primer intento | 6 | 3% | 2,8% | 6,67% | 40,02 | 600 | 640,02 |
| Índice de personal de soporte | 9 | 1 | 1,06 | 6% | 54 | 900 | 954 |
| Índice de infecciones | 7 | 20% | 15% | 25% | 175 | 700 | 825 |
| Índice de médicos por cama | 8 | 1 | 0,75 | -25% | -200 | 800 | 600 |
| Índice de pacientes días sobre salarios | 5 | 0,10% | 0,25% | 150% | 750 | 500 | 1250 |
| Índice de médicos con acceso a HC | 7 | 50% | 78% | 56% | 392 | 700 | 1092 |
| Giro de cama | 8 | 30%% | 33% | 10% | 80 | 800 | 880 |
| Porcentaje de ocupación | 7 | 85% | 86% | 1,18% | 8,26 | 700 | 708,26 |
| Fondos autogenerados/ costos operativos | 6 | 1,5% | 1,06% | 29,33% | 175,98 | 600 | 775,98 |

| | | | | | | | |
|--|----|-----|--------|---------|---------|-------|----------|
| Tasa de ausentismo | 10 | 20% | 16,67% | 16,65% | 166,5 | 1000 | 1166,5 |
| Índice de basura mal clasificada | 9 | 0% | 0% | 0% | 0 | 900 | 900 |
| Índice de horas de capacitación de empleados | 8 | 12 | 12,54 | 4,5% | 36 | 800 | 836 |
| Tasa de HC correctas | 7 | 85% | 72,44% | -14,78% | -103,44 | 700 | 596,56 |
| TOTALES | | | | | 1539,49 | 12800 | 13489,49 |
| SUPERAVIT/ DEFICIT OBJETIVO | | | | | | | 5,39% |

4- Comentario

Del análisis estadístico de las actividades realizadas en el periodo 2011, cuyos datos fueron expuestos en capítulos y apartados precedentes, salvo por algunos datos determinados que debido a su extensión y falta de estructuración a los fines de la exposición no se encuentran expuestos en el presente trabajo, surge que:

Las consultas medicas ambulatorias, en general, sufrió un incremento del 18,4% (consultorio externo mas emergencia). Pero si se analiza a cada una en particular, se observa que en consultorio externo se registraron 188.541 consultas, en tanto que en emergencias se registraron 88989 consultas. Se debe tener en cuenta que el año anterior se vio afectado por huelgas.

Del total de consultas de consultorios externos 2912 corresponden a “mal registradas” (registros incompletos en planillas de atención, sin diagnostico, sin edad, etc.). Este dato sigue surgiendo año a año a pesar de las constantes recomendaciones tanto al personal administrativo como médico, de la importancia del buen registro. Lo que se ha observado también en este último periodo, es el alto porcentaje de ausentismo de los pacientes a pesar de que se dan turnos programados a no más de treinta días y solo al 50% de la oferta. En algunos casos el numero de ausentes es llamativamente muy alto, por ejemplo; medicina laboral 35,9%, urología 28,8%, neurocirugía 26,7%, cardiología 25% y gastroenterología 21,6%. Si se tiene en cuenta, lo complejo que le resulta al paciente conseguir un turno, entonces, no se entiende el porqué de esta situación que merece un análisis más profundo.

En cuanto a las especialidades de mayor atención, fueron: oftalmología (5383 consultas), traumatología (10559 consultas), ORL (8092 consultas), clínica médica (5767 consultas), endocrinología (5216

consultas) y cardiología (2168 consultas). Referente al sexo de los pacientes, son más mujeres que varones los que recurren a la consulta externa y viceversa en el servicio de emergencia.

En el área de internación se trabajó con un promedio de 275 camas disponibles, se reabrió el sector de cirugía general con 48 camas pero se cerró un sector de clínica médica para refacción. Se produjeron 9011 egresos, el porcentaje ocupacional fue del 86%, el promedio de permanencia de los pacientes fue de 11 días y la tasa de mortalidad del 5,15%.

En quirófano central, se registraron 5913 cirugías (13,2% más que el año anterior), de las cuales 5895 corresponden a cirugías mayores y 18 a cirugías menores, en cuanto a estas últimas se estima que existe un gran subregistro ya que del servicio de emergencia son muy pocas las que se registran, por otro lado la calidad de los registros en este servicio no es buena, porque un mismo procedimiento y/o diagnóstico se escribe de diferentes maneras o se registran diagnósticos que no existen todo esto dificulta mucho la tabulación estadística. Se reitera la sugerencia de trabajar con códigos y prestar más atención a los registros.

Finalmente, en cuanto al índice de basura mal clasificada, índice de importancia significativa para el nosocomio porque denota la eficiencia y el compromiso del mismo para con la sociedad, cumplió ampliamente con los objetivos propuestos manteniéndose en este periodo en un 0%.

CAPITULO VII

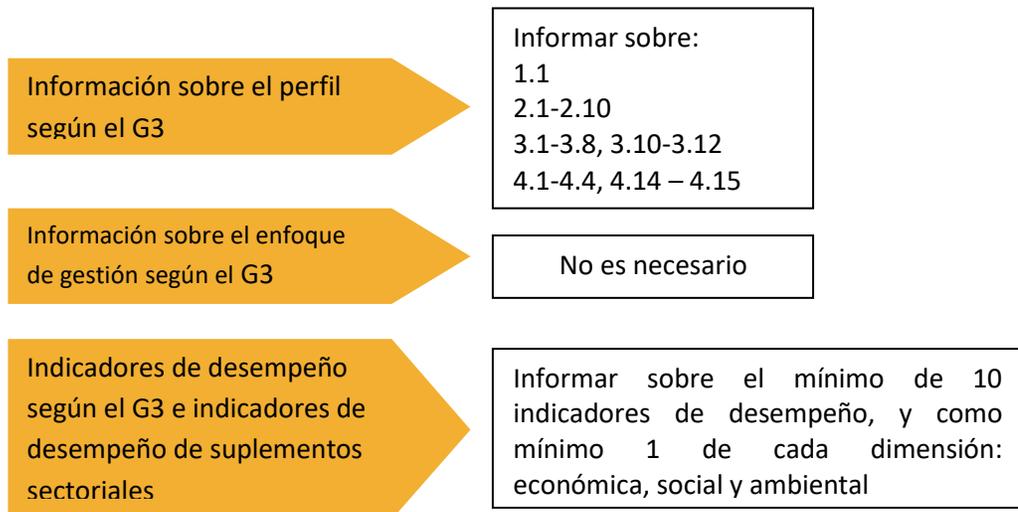
HACP- BALANCE SOCIAL

Sumario: 1- Introducción. 2- Balance Social. 3- Conclusión

1- Introducción

Como se expuso en capítulos anteriores la Guía del GRI tiene distintos niveles de aplicación. Al indicar uno de los niveles de aplicación se debe comunicar con claridad que elementos del Marco de elaboración de las memorias del GRI se ha tenido en cuenta en la elaboración de la memoria

A los efectos del presente trabajo y en relación a la institución analizada, el mismo se encuadra en un nivel de aplicación de memoria C



2- Balance Social

Perfil

1- Estrategia y análisis

El alcance de esta Memoria de Responsabilidad Social Corporativa corresponde al Hospital Ángel C. Padilla y a las actividades realizadas en 2011.

Hemos reflejado en el presente documento los aspectos que afectan a la sostenibilidad de nuestra organización, así como toda la información e indicadores relevantes en este sentido, que se han seleccionado siguiendo los criterios establecidos en la Guía G3 del Global Reporting Initiative (GRI), aquellos relacionados con la especificidad de este hospital y los que puedan afectar a las expectativas de nuestros grupos de interés.

En función de los contenidos desarrollados en esta primera memoria y de acuerdo con lo especificado en la propia Guía G3, nuestro nivel de aplicación para la misma es del tipo C. En nuestro modelo de sostenibilidad está previsto seguir avanzando en esta materia, tanto en procedimientos internos como en contenidos de la presente memoria, con el objetivo de seguir aportando transparencia y avanzar en aspectos de una gestión socialmente responsable.

Toda la información de la dimensión económica procede de las cuentas anuales, de los diferentes registros contables y de las auditorías realizadas. El resto de información corresponde a la dimensión ambiental y social de los distintos registros de gestión de la organización. En el caso de realizarse algún tipo de estimación, se calcula sobre bases sólidas y razonables indicándose en el punto correspondiente.

Un hospital cuyos orígenes fundacionales fue la preocupación por los más desfavorecidos y que, a través de los años, ha mantenido un

estrecho vínculo con la sociedad tucumana, junto a la que ha caminado hacia la modernidad.

Hemos conseguido ser una organización moderna porque actuamos en la comunidad, trascendemos a la misma y contribuimos a su desarrollo. La experiencia a lo largo de tantos años ha sido nuestra fuente, junto a la escucha activa y atenta.

Este camino lo hemos recorrido teniendo como prioridad el cuidado de la salud, pero también dese el aprendizaje y asumiendo, cada vez más, nuestra responsabilidad sobre el impacto que tenemos, tanto en los pacientes y en sus familiares como en los trabajadores, en los proveedores, en el medio ambiente, en cualquier cosa o persona al que afecta nuestra organización.

Nuestra primera Memoria de Sostenibilidad nace de esta inquietud por recoger todas las actividades que el hospital desarrolla en sus tres dimensiones de sostenibilidad: económica, ambiental y social. Para que conozcan en profundidad nuestra institución, nuestro modelo organizativo y nuestra gestión.

Hacemos este trabajo para poner en su conocimiento todo lo que hemos logrado y también para aprender, corregir y mejorar nuestras decisiones y acciones futuras. Porque nuestros retos de futuro no tendrían consistencia si no fuesen el reflejo de una estrategia a largo plazo, orientada a continuar como un hospital de referencia y seguir ampliando el enfoque de la sostenibilidad. De este modo, podemos decir que nos sentimos cada vez más orgullosos del mundo que estamos ayudando a construir.

Consideramos que la responsabilidad hacia el conjunto de la sociedad no tiene fronteras, y en este camino abrimos todavía más nuestra organización, desde la veracidad y la transparencia, incluso queremos desarrollar proyectos, trabajar conjuntamente en acciones que proporcionen un beneficio directo en el bienestar de todos.

Esta memoria es un punto de referencia en torno al cual medirnos y evaluar los avances que la aplicación de nuestra Estrategia Corporativa vaya propiciando. Sabemos dónde estamos y dónde queremos llegar. Y en este camino seguimos trabajando para mejorar los beneficios sociales que reporta esta institución sobre la base de la excelencia clínica, la experiencia en cuidados enfermeros, la educación y la investigación, siempre cuidando a nuestra gente, nuestros recursos y nuestro medio ambiente. Esta es nuestra responsabilidad, no sólo como servidores públicos, sino también como sujetos activos y comprometidos con nuestro entorno.

Vemos, desde la experiencia, que al obrar así invertimos y colaboramos en el apasionante reto de conseguir un mundo mejor.

Es uno de los hospitales más prestigiados por su avanzada tecnología, un trato humano y una cartera de servicios que recoge un gran número de unidades de referencia para distintas especialidades médicas.

2- Perfil de la organización

2.1- Nombre de la organización: Hospital Ángel Cruz Padilla

2.4 Localización de la sede principal de la organización.

Domicilio: Alberdi 550 - San Miguel de Tucumán (C.P. 4000) - Tucumán

2.6 Naturaleza de la propiedad y forma jurídica.

Uno de los servicios de salud de mayor importancia en la Provincia es el "Hospital Ángel C. Padilla". Se trata de un hospital de carácter público, dependiendo a nivel provincial del Ministerio de Salud de la provincia y dentro de este del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA). Sistema que fue creado como órgano central normativo para la planificación de todas las acciones de salud y medio ambiente de la provincia para todos los subsectores.

Actualmente en la provincia el sistema se circunscribe en torno a una red de hospitales, de los cuales dependen los centros de atención primaria (CAPS). Dicha red está integrada por 35 hospitales con internación, de los cuales 4 son de alta complejidad, 5 de complejidad media – alta, 8 de complejidad media y 18 de baja complejidad.

El HACP se encuentra categorizado como nosocomio de alta complejidad, al igual que los demás integrantes de dicha categoría: Hospital Centro de Salud, Hospital del Niño Jesús y Maternidad, todos ellos ubicados en la capital de la provincia

2.7-Mercados servidos

Población a la que atiende

La comunidad de San miguel de Tucumán se define como una zona llamada Área Metropolitana constituida por los municipios y comunas más relevantes con una superficie del 5,27% y una población del 57% de los totales de la provincia (765.000 habitantes aprox.). Municipalidad de San Miguel de Tucumán 9.000 (Ha) 527.607 (habitantes).

2.8 Dimensiones de la organización informante, incluida:

| Recursos Humanos | Permanente Titular | Permanente Interino | Contratados | Total | % |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|------------|
| Profesionales | 146 | 233 | 99 | 478 | 40 |
| Enfermeros | 105 | 135 | 58 | 298 | 25 |
| Administrativos y Auxiliares | 119 | 118 | 10 | 247 | 21 |
| Mantenimiento y Servicios Generales | 48 | 108 | 9 | 165 | 14 |
| Total | 418 | 594 | 176 | 1188 | 100 |

4. Gobierno, compromisos y participación de los grupos de interés

Gobierno

A nivel provincial depende del MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA, sin embargo existe en la provincia de Tucumán en Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), que depende de dicho ministerio de salud, el cual nuclea las acciones vinculadas a la salud y del cual depende el HACP, así mismo el hospital tiene una estructura de gobierno interna, que se describe a continuación.

4.1- El órgano conductor del hospital está integrado por:

Director: Dr. Juan Pablo González

Gerencia Administrativa: CPN Javier Zayún

Subdirectores: Dr. Marcelo Monteros (Área médica)

Dr. Jorge E. Valdecantos (Área técnica)

Toda la estrategia de este hospital se basa en un modelo de gobernanza más transparente, con una mayor participación y responsabilidad de todos los que conforman el consorcio: políticos, ciudadanos, profesionales y directivos.

La responsabilidad social del HACP se basa en un modelo de gobernanza diferente. Un modelo donde se potencia la visibilidad de sus acciones y sus principios sociales. Con ello, se obtiene una organización más fuerte a nivel interno que verá reforzada su capacidad de liderazgo en un entorno cada vez más complejo y exigente y que se situará en un punto adecuado para afrontar los desafíos futuros.

Apertura. Trabajar de manera más abierta, con una comunicación más activa sobre las decisiones y el trabajo realizado. Un lenguaje más accesible para incrementar el nivel de confianza en la organización.

Participación. La calidad, pertinencia y eficacia de la gestión implica la participación de los ciudadanos desde la concepción hasta la aplicación. Esta participación es garante de incrementar el nivel de confianza.

Responsabilidad. Mayor claridad y responsabilidad de todos los actores de la organización.

Eficacia. Las medidas deben ser eficaces y oportunas y producir resultados sobre la base de objetivos claros, de una evaluación de los resultados y de la experiencia acumulada.

Coherencia. Todas las decisiones y acciones deben ser coherentes y comprensibles en un mundo cada vez más global y diversificado, que requiere de un liderazgo político y un firme compromiso con la salud de los ciudadanos.

3. Parámetros de la memoria

Perfil de la Memoria

3.1 Periodo cubierto por la información contenida en la memoria

El periodo cubierto es el año 2011.

Participación de los grupos de interés

En el Hospital tenemos identificados a todos nuestros grupos de interés. En los siguientes apartados describimos cómo damos respuesta a

sus expectativas e intereses, estableciendo mecanismos de interlocución suficientemente eficaces para que consigamos ese propósito.

Entendemos por grupo de interés del Hospital aquellas entidades e individuos a los que pueden afectar de manera significativa nuestras actividades y los servicios que prestamos. Asimismo, son aquellos cuyas acciones pueden afectar, dentro de lo razonable, a la capacidad del Hospital para desarrollar con éxito las estrategias y los objetivos a corto y medio plazo. También se incluyen a aquellas entidades o individuos cuyos derechos provenientes de una ley o un acuerdo internacional les proporcionan la posibilidad de presentar ante este hospital determinadas exigencias a la organización.

También incluimos en los grupos de interés a los individuos o entidades que tienen una relación económica con el hospital (trabajadores, proveedores, administración, etc.), así como aquellos agentes externos a nuestra organización (comunidad, sociedad en general).

Cada grupo de interés ejerce un proceso de participación distinto, los cuales abarcan desde los mecanismos de información a esas partes interesadas hasta el establecimiento de plataformas de coordinación permanente e inclusión de los grupos de interés en las actividades del hospital.

Los ciudadanos: El sistema sanitario provincia garantiza el ejercicio y desarrollo de los derechos y deberes que se derivan del derecho básico a la protección de la salud, se garantiza la igualdad de acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios de carácter público.

El sistema de salud provincial propone el Plan de Salud como el instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario. En él se recoge la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de la política sanitaria.

Los profesionales: El gobierno del Hospital tiene como una de sus misiones fundamentales garantizar que el desarrollo del plantel de personal y que sus servicios se realice dentro del marco de máxima participación de todos los sectores implicados: ciudadanos y usuarios, profesionales y trabajadores.

En lo que afecta a los profesionales, se busca la incorporación selectiva en todos los ámbitos del profesionalismo, la buena práctica y la incentivación del trabajo bien hecho. Esta participación se garantiza especialmente en el ámbito clínico y de cuidados, sin olvidar las funciones no sanitarias de atención al público y las de carácter logístico y de servicio interno.

La participación de los profesionales se integra y coordina a través de asesoramiento y consulta la de Dirección.

Datos de desempeño

Desempeño económico:

EC1 (P): Valor económico directo generado y distribuido, incluyendo ingresos, costes de explotación, retribución a empleados, donaciones y otras inversiones en la comunidad, beneficio no distribuidos y pagos a proveedores de capital y a gobiernos.

1- Gastos

| | |
|----------------------------------|--------------------|
| INGRESOS | |
| Generales | 113.873.615 |
| Específicos | 3.261.531 |
| Total Ingresos | 117.135.146 |
| | |
| EGRESOS | |
| ORDINARIOS | |
| Costos Administrativos | 716.309 |
| Pagos al Personal | 92.312.374 |
| Pagos a Terceros | 4.856.710 |
| Costos Directos de la Prestación | 19.071.452 |
| Pagos de Servicios | 69.653 |
| Total Egresos Ordinarios | 117026498 |
| GRADO DE EJECUCION | 99,91% |

2- Personal

| Detalle | Hab. c/ ap. | Hab. s/ ap. | Asig.Fliares | Total Hab. | Liquido a Pag | Carga Patronal |
|------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Nivel A | | | | | | |
| Titulares | 14.743.240 | 495.163 | 260.255 | 15.498.658 | 12.767.305 | 2.441.185 |
| Interinos | 12.491.291 | 2.190.508 | 673.924 | 15.355.723 | 12.963.711 | 2.046.748 |
| Contratados | 3.272.177 | 730.403 | 114.378 | 4.116.958 | 3.578.177 | 527.514 |
| Sub Total | 30.506.708 | 3.416.074 | 1.048.557 | 34.971.339 | 29.309.193 | 5.015.446 |
| Nivel B | | | | | | |
| Titulares | 753.959 | 78.828 | 44.436 | 877.223 | 688.174 | 125.300 |
| Interinos | 1.069.726 | 284.956 | 90.534 | 1.445.215 | 1.201.709 | 178.019 |
| Contratados | 711.005 | 231.156 | 26.670 | 968.831 | 838.894 | 118.345 |
| Sub Total | 2.534.690 | 594.940 | 161.640 | 3.291.269 | 2.728.777 | 421.664 |
| Nivel C | | | | | | |
| Titulares | 8.961.692 | 583.980 | 252.132 | 9.797.804 | 7.643.271 | 1.487.988 |
| Interinos | 3.781.921 | 1.045.087 | 263.688 | 5.090.695 | 4.140.009 | 626.625 |
| Contratados | 1.084.711 | 375.183 | 87.744 | 1.547.638 | 1.324.054 | 179.514 |
| Sub Total | 13.828.324 | 2.004.250 | 603.564 | 16.436.138 | 13.107.334 | 2.294.127 |
| Nivel D | | | | | | |
| Titulares | 4.002.281 | 287.275 | 101.568 | 4.391.124 | 3.417.101 | 660.154 |
| Interinos | 3.373.122 | 1.025.591 | 364.401 | 4.763.114 | 3.815.856 | 558.469 |
| Contratados | 672.508 | 272.399 | 82.686 | 1.027.592 | 867.845 | 111.662 |
| Sub Total | 8.047.911 | 1.585.264 | 548.655 | 10.181.830 | 8.100.802 | 1.330.285 |

| | | | | | | |
|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Nivel E | | | | | | |
| Titulares | 1.658.790 | 84.375 | 88.533 | 1.831.698 | 1.402.116 | 274.837 |
| Interinos | 1.702.351 | 626.850 | 169.212 | 2.498.413 | 1.870.808 | 283.051 |
| Contratados | 57.700 | 42.617 | 14.418 | 114.735 | 102.253 | 9.614 |
| Sub Total | 3.418.841 | 753.842 | 272.163 | 4.444.845 | 3.375.176 | 567.502 |
| Nivel F | | | | | | |
| Titulares | 1.705.770 | 69.962 | 79.080 | 1.854.812 | 1.432.863 | 282.970 |
| Interinos | 1.931.846 | 754.515 | 329.838 | 3.016.199 | 2.318.955 | 318.331 |
| Contratados | 149.738 | 92.879 | 45.054 | 287.671 | 252.472 | 24.665 |
| Sub Total | 3.787.354 | 917.355 | 453.972 | 5.158.682 | 4.004.290 | 625.967 |
| Total Gral | 62.123.828 | 9.271.725 | 3.088.550 | 74.484.103 | 60.625.571 | 10.254.992 |

Fondos para el pago del personal permanente = \$82.195.950

Fondos para el pago del personal contratado = \$10.116.424

Pago al personal permanente = \$82.195.950

Pago al personal contratado = \$10.116.424

3- Gastos de funcionamiento

| | |
|---|----------------|
| Costos Administrativos | |
| Comisiones y Gastos Bancarios | 41.850 |
| Artículos de Librería | 413.119 |
| Artículos de Limpieza | 232.689 |
| Combustibles y otros | 36.931 |
| Pasajes y Viáticos | 33.570 |
| Subtotal | 718.159 |
| Costos Directos de la Prestación | |
| Medicamentos | 10.484.436 |
| Materiales de Curación y Descartables | 5.888.769 |
| Materiales para Laboratorio | 906.459 |
| Materiales para Odontología | 338.103 |
| Materiales para Radiología | 409.419 |
| Víveres | 274.652 |
| Ropería | 91.171 |
| Compra Bienes de Capital | 443.847 |
| Repuestos y Accesorios | 234.596 |
| Prótesis | 4.200 |
| Traslados de Pacientes | 9.000 |
| Operaciones realizadas a Pacientes | 20.750 |
| Farmacias Varias | 32.849 |

| | |
|---------------------------|-------------------|
| Subtotal | 19.138.251 |
| Pagos de Servicios | |
| Gas (GASNOR) | 4.859 |
| Teléfono | 36.493 |
| Telefonía celular | 11.641 |
| Internet | 3.110 |
| Correo | 13.550 |
| Subtotal | 69.653 |

Total de gastos de funcionamientos = \$19.926.063

Total de fondos de funcionamientos a rendir = \$19.538.300

Total de gastos de funcionamiento financiados por 3ros = \$387.763

4- Fondos de terceros

Total de fondos de terceros = \$3.261.531

Total de gastos netos de gastos de personal = \$24.822.772

Porcentaje de gastos financiados por fondos de terceros = 13,14%

EC4 (P): Ayudas financieras significativas recibidas de gobiernos.

Total de Aranceles Hospitalarios = \$647994

Total de gastos netos de gastos de personal = \$24.822.772

Porcentaje de gastos financiados por fondos estatales = 2,61%

EC6 (P): Política, prácticas y proporción de gasto correspondiente a proveedores locales en lugares donde se desarrollen operaciones significativa

Proveedores

Un ámbito de especial importancia sobre el que tiene repercusión la actividad del hospital por ser generadora de riqueza son los proveedores, especialmente en el entorno local y provincial.

Los proveedores en función del tipo de servicio o producto que ofrecen, los clasificamos del siguiente modo:

Material sanitario: instrumental, material sanitario general, placas de rayos, endoprótesis, reactivos de laboratorio, etcétera.

Material no sanitario: material de mantenimiento, lencería, etcétera.

Productos farmacéuticos.

Servicios sanitarios: ensayos, realización de diagnósticos, etcétera.

Servicios no sanitarios: servicios auxiliares a los propios de asistencia sanitaria como asesoría, mantenimiento de instalaciones, etcétera.

Durante 2011 se realizaron a través del área de Compras los siguientes gastos:

| Costos Directos de la Prestación | Egresos ordinarios | TOTAL |
|---|--------------------|-------------------|
| Medicamentos | 10.484.436 | 10.484.436 |
| Materiales de Curación y Descartables | 5.888.769 | 5.888.769 |
| Materiales para Laboratorio | 906.459 | 906.459 |
| Materiales para Odontología | 338.103 | 338.103 |
| Materiales para Radiología | 409.419 | 409.419 |
| Víveres | 274.652 | 274.652 |
| Ropería | 91.171 | 91.171 |
| Compra Bienes de Capital | 443.847 | 443.847 |
| Repuestos y Accesorios | 234.596 | 234.596 |
| Prótesis | | 4.200 |
| Traslados de Pacientes | | 9.000 |
| Operaciones realizadas a Pacientes | | 20.750 |
| Farmacias Varias | | 32.849 |
| Subtotal | 19.071.452 | 19.138.251 |

Desempeño Ambiental

EN1 (P): Materiales utilizados, por peso o volumen

Consumo de gases medicinales:

Protóxido (Kg): 9692

Nitrógeno (m²): 10.694.360

Oxígeno (m²): 605. 166

EN2 (P): Porcentaje de los materiales utilizados que son materiales valorizados.

Dada la naturaleza de las actividades, no se utilizan materias primas recicladas.

Las materias primas que son reutilizadas tras su consumo son fundamentalmente el papel y el cartón.

EN22 (P): eso total de residuos gestionados, según tipo y método de tratamiento.

Gestión Ambiental

El alcance de la gestión ambiental se extiende a la prestación de servicios hospitalarios y auxiliares llevados a cabo en el hospital.

Indicadores de desempeño

A continuación, se muestran los resultados de los indicadores utilizados por el sistema de gestión ambiental que permiten medir el desempeño ambiental de nuestra organización, según los diferentes ámbitos de posible contaminación.

Los residuos en las actividades sanitarias del hospital, ya sean asistenciales, no asistenciales, preventivas, de investigación, docencia o

laboratorio, que han entrado en contacto directo o indirecto con pacientes, se clasifican y definen en los grupos siguientes:

Grupo I. Residuos asimilables a los urbanos

Son aquellos que no plantean especiales exigencias en su gestión, tales como cartón, papel, material de oficina, despachos, cocinas, cafeterías, bares, comedores, talleres, jardinería, etcétera.

En el hospital los analizamos de forma diferenciada, ya que el volumen producido de papel y cartón, por sí solo merece especial atención, debido a las cantidades que se generan

Grupo II. Residuos Sanitarios no específicos

Se trata de aquellos residuos que, procedentes de pacientes no infecciosos, pero no incluidos en el Grupo III. Estos residuos incluyen material de curas yesos, textil fungible, ropas, objetos y materiales de un solo uso contaminados con sangre, secreciones o excreciones. Si bien la gestión intracentro y extracentro que tenemos implantada para este tipo de residuos es óptima, aún permite un margen de mejora, ya que la tendencia por paciente atendido va en aumento

Grupo III. Residuos Sanitarios específicos o de riesgo

Son aquellos en los que, por representar un riesgo para la salud laboral y pública, deben observarse especiales medidas de prevención, tanto en su gestión intracentro como extracentro.

Las operaciones internas de manipulación, trasiego y almacenamiento temporal de estos residuos, están sometidas a un control estricto tanto por los requisitos establecidos en la legislación aplicable, como en las directrices definidas en nuestro Sistema de Gestión Ambiental.

En cuanto a la gestión externa, los residuos sanitarios del Grupo III, deben ser entregados a gestores autorizados para su correcto almacenamiento

Estamos comprometidos en seguir minimizando esta tipología de residuos especiales.

Grupo IV. Residuos Sanitarios con normativas singulares

Son aquellos que en su gestión, tanto intracentro como extracentro, están sujetos a requerimientos especiales desde el punto de vista higiénico y medioambiental. En este grupo se incluyen los residuos citostáticos, restos de sustancias químicas, medicamentos caducados, aceites minerales o sintéticos, residuos con metales, residuos de los laboratorios radiológicos, residuos líquidos, etc.

Distribución de residuos

La mayor cantidad de residuos que genera el HACP son no peligrosos (Grupo I: papel y cartón, residuos de oficina, cafetería, orgánicos, etcétera) en proporción muy superior a los residuos peligrosos sanitarios (Grupos II, III y IV).

Del hospital se recoge diariamente cerca de 300 kilos de residuos patógenos y se paga a la empresa 9 de Julio, "\$0,91 por kilo, 30 centavos más que lo que abonan los sanatorios privados" por el servicio de recolección y destrucción de los desechos patógenos. Con las últimas inspecciones realizadas por la dirección de urbanidad e higiene de la municipalidad de San Miguel de Tucumán, se pudo constatar que el índice de basura mal clasificada en relación al nosocomio es del 0%, a diferencia de periodos anteriores donde la significatividad era elevada.

Desempeño de prácticas laborales y ética del trabajo

LA1 (P): Desglose del colectivo de trabajadores por tipo de empleo, por contrato y por región.

Datos obtenidos del personal a fecha 31-12-2011, que incluye el personal con cualquier tipo de relación laboral en el hospital

| Recursos Humanos | Permanente Titular | Permanente Interino | Contratados | Total | % |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------|-------------|------------|
| Profesionales | 146 | 233 | 99 | 478 | 40 |
| Enfermeros | 105 | 135 | 58 | 298 | 25 |
| Administrativos y Auxiliares | 119 | 118 | 10 | 247 | 21 |
| Mantenimiento y Servicios Generales | 48 | 108 | 9 | 165 | 14 |
| Total | 418 | 594 | 176 | 1188 | 100 |

LA7 (P): Tasas de ausentismo, enfermedades profesionales, días perdidos y número de víctimas mortales relacionadas con el trabajo por región.

| Recursos Humanos | Días de Ausentismo | % |
|------------------|--------------------|------------|
| Nivel A | 7.035 | 24,8 |
| Nivel B | 1.702 | 6,0 |
| Nivel C | 5.900 | 20,8 |
| Nivel D | 7.092 | 25,0 |
| Nivel E | 3.092 | 10,9 |
| Nivel F | 3.546 | 12,5 |
| Total | 28.367 | 100 |

Promedio de ausentismos = $100 / 6 = 16,67$

Responsabilidad sobre servicios

Etiquetado de servicios

PR4 (A): Número total de incumplimientos de la regulación y de los códigos voluntarios relativos a la información y al etiquetado de los productos y servicios, distribuidos en función del tipo de resultado de dichos incidentes.

Gestión de quejas: Los datos generales sobre quejas son:

2011: Quejas: 746, lo que supone un 17% de las gestiones realizadas por el HACP.

Algunos resultados de las quejas del año 2011 indican lo siguiente:

Servicio más reclamado: urgencias hospitalarias y consultas externas del Hospital General.

Motivos más frecuentes: demora en la asistencia.

3 – Conclusión

La información relevada, estudiada y analizada siguiendo los lineamientos indicados por la Guía G3, podemos concluir que el Hospital Ángel Cruz Padilla es una institución comprometida con diversas variables que hacen a la construcción y protección de una sociedad. Es por ello que del cálculo de los indicadores y de los resultados obtenidos se puede asegurar que dicha institución cumple con la generalidad de los mismos y trató de mantenerse a lo largo del periodo bajo estudio dentro de los parámetros estándares, así como también se comprometió a mantenerlos en periodos futuros de manera tal que no solo sean objetivos y finalmente sea la política y costumbre de funcionamiento de dicha institución y en beneficio de la sociedad.

CONCLUSIÓN

La sociedad en general y la comunidad de negocios en particular, demandan un mayor nivel de información y, simultáneamente un notable incremento en el nivel de transparencia y de revelación sobre la actividad de las instituciones. Un reciente decreto en nuestro país, referente a las características que debe poseer el gobierno de las instituciones en el mercado argentino es una reafirmación de esta tendencia.

Del estudio de las características generales del HACP y la interpretación de las tendencias, hemos arribado a la siguiente conclusión básica relacionada con la temática del Balance Social:

Ante una visión primaria relativa a que dicha información puede aparecer como un requerimiento burocrático más, es interesante destacar que la misma puede contribuir notablemente a realzar la imagen social del ente informante. Es más, la revelación de las políticas relacionadas con los recursos humanos y el medio ambiente, puede constituirse en un eje de trascendencia en la concepción de marketing social del ente en cuestión. Los usuarios deben hacer un uso constructivo de la información. La transparencia y revelación deben visualizarse como elementos que fortalecen la relación y la inserción de la institución con la comunidad. Son tiempos de restaurar, de sumar, de mejora continua, de incremento en el nivel de confianza, de mayor participación y de forja apresurada de capital social. No son tiempos de antinomias como empresarios trabajadores, sino de encontrar caminos y

senderos que permitan acordar políticas que favorezcan el accionar de todos los grupos de interés que rodean a las instituciones.

Por ello, la supervivencia, el fortalecimiento, el desarrollo y la proyección nacional de la institución, debe ser objetivo de todos los grupos de interés. Estos deben percibir definitivamente, que la satisfacción de sus distintas necesidades depende de una variable única, absoluta y fundamental: la existencia continúa de las instituciones como entidad en marcha.

ANEXO

ANEXO I

Argentina

Presentaron un nuevo proyecto de Ley de RSE en el Congreso

El diputado nacional Fernando Yarade presentó en la Cámara de Diputados el 21 de julio un proyecto de Ley sobre Responsabilidad Social Empresaria. El proyecto fija los institutos del Código de Conducta y de un “Balance Socio Ambiental” auditado por un contador. También propone incentivos fiscales y económicos. Es su elaboración colaboró la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (FACPCE).



Diputado Nacional Fernando Yarade

Según el autor el proyecto de ley tiene por objeto “instituir el marco legal que regule el desarrollo de las conductas de responsabilidad social empresaria que se realicen dentro del territorio de la República Argentina”.

La propuesta legislativa parte del presupuesto que **"la RSE debe ser voluntaria y no obligada**, ya que existe legislación vigente en todos los ámbitos que incumben los negocios las cuales garantizan un piso mínimo de protección a la sociedad".

Es su elaboración colaboraron la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (FACPCE) y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Salta.

Estructura resumida del proyecto

En primer lugar, se reconoce que las acciones y conductas de RSE son facultativas y que cada empresa contribuirá en esta temática “de la forma que mejor lo entienda”.

Propone que las conductas de RSE que la empresa se compromete a realizar sean plasmadas en un código de conducta. A su vez, las conductas socialmente responsables realizadas por la empresa “serán evaluadas y expuestas mediante indicadores de desempeño que midan el grado de cumplimiento de las mismas”.

El documento donde constara todo ello sería el “balance socio ambiental”, que **será regulado** por la Federación Argentina de Consejos profesionales de Ciencias Económicas.

El proyecto hace referencia a la auditoria del balance socio ambiental, de modo tal que, un profesional “de fe pública de la razonabilidad de los datos allí vertidos”.

A su vez se instauran beneficios impositivos y no impositivos que sirven de incentivos a realizar “conductas socialmente responsables”.

A modo de ejemplo, entre los impositivos encontramos: deducción en el impuesto a las ganancias de las erogaciones que las conductas de RSE demanden; Computo como crédito fiscal en el IVA del monto de IVA facturado por compras provenientes de conceptos vinculados a la realización de conductas de RSE y; exención en el impuesto a la ganancia mínima presunta de los bienes que sean destinados facilitar conductas de RSE.

Al final del mismo, en materia de legislación sobre políticas públicas sobre responsabilidad social empresaria, se ha dispuesto que sea el estado nacional quien dicte los presupuestos mínimos de protección social y ambiental y, a su vez, las jurisdicciones locales serán las que regulen las normas complementarias que fijen los criterios y parámetros para la definición de dichas políticas públicas.

Fundamentos y contexto

El proyecto se refiere al concepto de "conductas socialmente responsables", tomado de la Cumbre de Lisboa de la Unión Europea en el año 2000.

En los fundamentos se advierte que “no existe una definición estricta de lo que con el concepto se quiere significar. Por otro lado, la legislación interna y la asumida a nivel internacional por otros países difiere en cuanto a los alcances reconocidos a estos fenómenos”.

El legislador identifica las áreas de inversión y líneas de prioridad de la RSE según una encuesta de "ANDI - Asociación Nacional de Empresarios de Colombia" publicada en marzo de este año.

Otro de los objetivos que perseguiría la futura norma es el de incluir conductas de RSE en la “cadena de valor”, según la definición aportada por el académico estadounidense Michel Porter.

Yarade considera que la RSE “crea ventajas competitivas difíciles de imitar. Se trata de incluir en la estrategia una gestión responsable y comunicarla para ser competitivos a largo plazo”.

En otro de los considerandos de los fundamentos se afirma que el espíritu de la ley incluye también al sector Pyme.

Reconoce como marco de antecedentes iniciativas tan diversas como la Ley de Extremadura (España) sobre RSE, Norma ISO 26000, Principios de Ecuador y Global Reporting Initiative (GRI).

Otros proyectos

La diputada María Laura Leguizamón presentó un proyecto de similares características en 2005, cuando era senadora nacional, que finalmente perdió estado parlamentario. Desde la Cámara baja retomó su iniciativa sobre responsabilidad social y presentó un proyecto para modificar los artículos concernientes al Balance Social comprendido en la ley sobre régimen laboral. El texto del proyecto establece la obligatoriedad de la presentación para las empresas que tengan más de 300 empleado

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

a) General:

RAMANATHAN, Kavasseri V., Management Control in Nonprofit Organizations. Text and Cases. trad. por Muñoz Goma, Roberto, Biblioteca Facultad de Ciencias Economicas, Universidad Nacional de Tucuman, Editorial John Wiley & Sons 1^{ra}. Edición, (Toronto, 1982).

DRUCKER, Peter F., La Gerencia, Editorial El Ateneo. Biblioteca Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Tucumán, 6^{ta}. Edición (Buenos Aires, 1998).

ALE, Miguel Ángel, Manual de Contabilidad Gubernamental, Editorial Macchi. (1998)

OSTENGO, Héctor C., Teoría de Contable Básica, Biblioteca Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Tucumán (San Miguel de Tucumán, 1984)

OSTENGO, Héctor C., MARCHESE, Domingo M., Temas Contables Fundamentales Biblioteca Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Tucumán (San Miguel de Tucumán, 1990)

FOWLER NEWTON, Enrique, Cuestiones Fundamentales, Ediciones Macchi, Biblioteca Facultad de Ciencias Económicas, (Buenos Aires, 1991).

GLOBAL REPORTING INITIATIVE, Guía para la elaboración de Memorias de Sostenibilidad, (Ámsterdam, 2006).

INSTITUTO ETHOS, .Guía de Elaboración del Balance Social, (Sao Paulo, 2003).

FEDERACIÓN ARGENTINA DE CONSEJOS PROFESIONALES DE CIENCIAS ECONÓMICAS, Proyecto De Resolución Técnica N° 23: Balance Social.

DERES, Manual para la Preparación e Implementación del Balance Social en el Uruguay (S.f, Montevideo).

IDEA, El Balance Social Un enfoque integral, (Buenos Aires, Octubre 2001).

b) **Especiales:**

KAPLAN, Robert S. y NORTON, David P., Cuadro de Mando Integral, Ediciones Gestión 2000 (Barcelona, 1997).

KAPLAN, Robert S. y NORTON, David P., The Strategy Focused Organizations, HBS Press (Boston, 2000).

KAPLAN, Robert S. y NORTON, David P., The Balanced Scorecard. Versión en español, El Cuadro de Mando Integral, Ediciones Gestión 2000, S.A., trad. por Adelaida Santapau (Barcelona, 2.002).

GARRIDO DE BIAZZO, Hilda B. y BARBIERI DE GUARDIA, Marta I., Crónica de los 100 años de vida del Hospital Padilla, (Tucumán, 1983).

DEPARTAMENTO ESTADÍSTICA DEL HACP, Resumen Estadístico del HACP. Año 2011. (Tucumán, 2011).

DEPARTAMENTO ESTADÍSTICA DEL HACP, Resumen Estadístico del HACP. Año 2012. (Tucumán, 2012).

c) Otras Publicaciones:

SAENZ, Luis M.D., Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana: Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado, Iniciativa Reforma Salud (Febrero, 2001).

Cr. BISET, Claudio A., Cr. LISSARRAGUE, Miguel A. y Cr. MARCOS, Lisandro A., Los sistemas de información y la información de gestión en el hospital público, Integrantes del área de Costos de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires Campus Universitario, (Tandil, Provincia de Buenos Aires, s.f.).

RODRIGUEZ, Roberto M., Los costos y el control de la eficiencia pública – XXVIII Congreso Argentino de Profesores Universitarios de Costos – (Mendoza, 2005).

JIMENEZ PANEQUE, Rosa E., Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios, una mirada actual, Revista “Salud Pública” Pag 17-36 (Habana, Cuba, 2004).

GOMEZ, Jesús Arias; DAVID, Carlos Y GONZALES, Lara, Indicadores de eficacia en la consulta externa de un hospital pediátrico de tercer nivel, Revista “Medigraphic, Artemisa”, (México, 23 Marzo 2006)

Consultas a base de información, en Internet:

www.balancesocial.com (Julio, 2012)

www.observatorio-iberoamericano.org (04/08/2012).

www.globalreporting.org (04/08/2012)

www.globalreporting.org, info@globalreporting.org (04/08/2012)

www.chguv@gva.es (15/08/2012)

www.fcecon.unr.edu.ar/investigacion/jornadas (Agosto, 2012).

ÍNDICE

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| PRÓLOGO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| INTRODUCCION..... | 5 |

CAPITULO I

| | |
|---|---|
| RESPONSABILIDAD SOCIAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 1- HISTORIA | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 2- ANTECEDENTES | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 3-IDEA Y LA TRASCENDENCIA DE LO SOCIAL..... | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 4-RESPONSABILIDAD SOCIAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 5-¿CÓMO SE MANIFIESTAN LAS ACCIONES DE RESPONSABILIDAD? | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 6-COMPETENCIA | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |

CAPITULO II

| | |
|---|-------------------------------|
| EL BALANCE SOCIAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 1-DEFINICIÓN Y OBJETIVOS | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 1-1. ¿Qué es el Balance Social? | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2-IMPORTANCIA | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 3-CLASIFICACIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| Según el destinatario | ¡Error! Marcador no definido. |
| Según su utilidad o finalidad..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Según quiénes lo elaboran | ¡Error! Marcador no definido. |
| Según la obligatoriedad legal | ¡Error! Marcador no definido. |
| Según el sector al que pertenece el ente | ¡Error! Marcador no definido. |
| Según la cantidad de unidades de medida empleadas.¡Error! Marcador no definido. | |
| Según la objetividad de sus mediciones..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Según su acercamiento a los modelos propuestos por la contabilidad tradicional | ¡Error! Marcador no definido. |
| 4-RESUMEN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 5- DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 6-INDICADORES DEL BALANCE SOCIAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 6.1-Sistema de indicadores | ¡Error! Marcador no definido. |
| 6.2- Elementos del balance social | ¡Error! Marcador no definido. |
| 6.3- Su utilización en programas de prevención¡Error! Marcador no definido. | |

7-METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CAPITULO III

BALANCE SOCIAL: MODELOS DE PRESENTACION..... ¡ERROR!
MARCADOR NO DEFINIDO.

1-MODELO IBASE ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

2-MODELO ETHOS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

Misión ¡Error! Marcador no definido.

Visión..... ¡Error! Marcador no definido.

Principios y Compromisos ¡Error! Marcador no definido.

Actividades del Instituto Ethos..... ¡Error! Marcador no definido.

Compromiso de las empresas asociadas..... ¡Error! Marcador no definido.

Actividades ¡Error! Marcador no definido.

3-MODELO IARSE..... ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

Misión ¡Error! Marcador no definido.

4-MODELO GLOBAL REPORTING INITIATIVE (GRI)¡ERROR! MARCADOR NO
DEFINIDO.

4-1- Propósito de la memoria de sostenibilidad¡Error! Marcador no definido.

4-2-Orientación sobre el Marco GRI para la elaboración de memorias de
sostenibilidad..... ¡Error! Marcador no definido.

4-3-Orientación sobre la Guía del GRI ¡Error! Marcador no definido.

Parte 1 – Principios y Orientaciones para la elaboración de memorias..¡Error!
Marcador no definido.

Parte 2 – Contenidos básicos..... ¡Error! Marcador no definido.

4-4-Niveles de aplicación del GRI ¡Error! Marcador no definido.

5-PROYECTO DE RESOLUCIÓN TÉCNICA N°23 ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

Objetivo de la norma ¡Error! Marcador no definido.

Estructura de la norma ¡Error! Marcador no definido.

6-OPINIÓN DEL CP. FOWLER NEWTON SOBRE EL PRT N°23¡ERROR! MARCADOR
NO DEFINIDO.

CAPITULO IV

HOSPITAL ANGEL C. PADILLA – PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
.....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1-SIPROSA ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

Misión del Organismo..... ¡Error! Marcador no definido.

Dependencia Jerárquica..... ¡Error! Marcador no definido.

Funciones del Organismo..... ¡Error! Marcador no definido.

Organismos dependientes y Entes autárquicos vinculados ¡Error! Marcador no definido.

2-ANTECEDENTES DEL HACP ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

3 - DATOS ESTRUCTURALES ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

a) Estructura del HACP. ¡Error! Marcador no definido.

b) Recursos Humanos ¡Error! Marcador no definido.

c) Cartera de Servicios 70

d) Estructura de costos 74

4-LA DECLARACIÓN DE MISIÓN Y METAS GLOBALES7 ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

5-DEFINICIONES ESTRATÉGICAS 84

CAPITULO V

HOSPITAL ANGEL C. PADILLA – CONTROL DE GESTION ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.9

1-CUADRO DE MANDO INTEGRAL: ASPECTO CONCEPTUAL ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.9

Perspectiva financiera ¡Error! Marcador no definido.0

Perspectiva del cliente 91

Perspectiva del proceso interno 91

Perspectiva de formación y crecimiento 91

2-MAPA ESTRATÉGICO 92

a) Introducción conceptual 92

b) Mapa Estratégico para el HACP 93

3-INDICADORES ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.5

3.1-Indicadores de la Perspectiva financiera. ¡Error! Marcador no definido.5

3.2-Indicadores de la Perspectiva de Clientes ¡Error! Marcador no definido.

3.3-Indicadores de la Perspectiva Interna de Procesos 101

3.4-Indicadores de la Perspectiva de aprendizaje y crecimiento ¡Error!

Marcador no definido.

4 – REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CAPITULO VI

HACP- EVALUACION DE DESEMPEÑO ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1-DATOS ESTADÍSTICOS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

Información parcial estadística relevada ¡Error! Marcador no definido.

| | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 2-CALCULO DE INDICADORES | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 3-CUADRO DE MANDO INTEGRAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 4-COMENTARIO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |

CAPITULO VII

| | |
|----------------------------|-------------------------------|
| HACP- BALANCE SOCIAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 1-INTRODUCCIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 2-BALANCE SOCIAL | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| 3-CONCLUSIÓN | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |

| | |
|----------------------------|-------------------------------|
| CONCLUSIÓN..... | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| ANEXO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |