



**“GESTIÓN ESTRATÉGICA  
DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO”**

**Trabajo de Investigación presentado  
para optar al Grado Académico de  
Magíster en Gestión Pública**

**Presentado por**

**Cap. de Nav. (MGP) Renzo Corvetto del Álamo  
Crnel. (EP) José Luis Reátegui Aching  
Crnel.(EP) Hernán Enrique Rivera Schreiber**

**Asesor: Profesor José Díaz Ismodes**

**2016**

A Dios, por darnos la oportunidad de servir a nuestra patria.

A nuestros padres, a nuestras queridas esposas y a nuestros hijos, por su constante e incansable apoyo en la realización de toda la maestría.

Agradecemos a nuestro asesor, José Díaz Ismodes por el constante apoyo, a todos nuestros profesores, quienes nos brindaron sus conocimientos y compartieron sus valiosas experiencias, y a nuestros compañeros de trabajo, que nos apoyaron en la realización del presente documento

## **Resumen ejecutivo**

El aumento constante de la población a nivel mundial, así como de la esperanza de vida de las personas, plantea un reto para los servicios geriátricos nacionales. En Latinoamérica, donde esta especialidad no se ha desarrollado en la magnitud necesaria para atender una demanda creciente, como ocurre en Europa, la población adulto-mayor no encuentra muchas organizaciones de atención integral de salud, e incluso de albergue, y las que están a disposición cuentan con una estructura corporativa que no termina de ser compatible con la necesidad de atención y tratamiento.

En el Perú, el Hospital Militar Geriátrico (HMG) ha evolucionado, no solo desde su condición jurídica, cuando era la Clínica Geriátrica del Ejército (CLINGE), bajo los lineamientos del Ministerio de Salud, sino también en su infraestructura, incorporando una Unidad de Atención de Largo Plazo para los adultos mayores.

En contraste con estos avances, la gestión presupuestal, especialmente en la disposición de los propios recursos económicos que genera, aún se mantiene ligada a las decisiones del Comando de Salud del Ejército (COSALE), y la gestión del personal, especialmente en los procesos de selección, son atributos del Comando de Personal del Ejército (COPERE).

Ante este escenario, el HMG necesita alinear sus acciones a las políticas de bienestar del Ministerio de Defensa-Ejército del Perú, las mismas que se derivan del COSALE, sin dejar de lado las funciones de apoyo al sector salud, que las asume por su condición de hospital regional otorgada por el Ministerio de Salud. En ese sentido, es necesario que el nosocomio transite de una gestión operativa a otra de carácter estratégica, sustentada en el proceso estratégico.

Este proceso secuencial y de retroalimentación tiene como etapas principales: la formulación (con el diagnóstico y análisis estratégico), la implementación (sobre la base del plan de acción), el monitoreo y evaluación. El HMG no ha tenido en cuenta estas etapas, hasta que en el 2015 obtuvo la categoría de Hospital Especializado II-E, lo que obliga a sus directores a evaluar la forma más adecuada de alinear sus acciones a los lineamientos de los sectores de Salud (Ministerio de Salud) y Social (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables).

De esta manera, el HMG necesita diseñar sus estrategias de cara al cumplimiento de los estándares establecidos por los referidos sectores, que alimenten al mismo tiempo un sistema de planeamiento eficiente. Por ello, recurrir al soporte teórico del proceso estratégico y de la

gestión de la estratégica, nos permite presentar aportes y concluir en una propuesta de aplicación práctica para el nosocomio.

El diagnóstico situacional del HMG confirma dos elementos muy importantes, que funcionan como limitantes para gerenciar adecuadamente el hospital: (1) las limitaciones en la administración presupuestal, que incluso no les permite contar con una contabilidad propia, y (2) los impedimentos en la gestión de personas, pues se someten a las disposiciones de una dependencia superior ajena a la actividad diaria del hospital, que incluso neutraliza la posibilidad de realizar procesos de contratación.

Por otro lado, el análisis estratégico del HMG nos permite definir cuatro tipos de estrategias: la ofensiva, que brinda la posibilidad de fortalecer alianzas con el sector privado para la investigación; la defensiva, que apunta a la mejora de procesos, con miras a empujar la autonomía financiera y administrativa; la de adaptación, que apuesta por explotar aún más la experiencia ganada por el hospital con alianzas con instituciones académicas; y, finalmente, las de supervivencia, que recomienda la tercerización de servicios. Estas estrategias sirvieron de base para la definición de objetivos.

De todas ellas la estrategia más viable para ser implementada en el HMG es la de carácter defensiva, que no sólo implica un desarrollo intensivo de la investigación, sino también un esfuerzo mayor a la obtención de su condición de Unidad Operativa del Ejército, con los que ganaría su independencia administrativa y económica.

Complementariamente, el diseño del Cuadro de Mando Integral, bajo los parámetros desarrollados por los profesores de Harvard, Norton & Kaplan, para la gestión de la estrategia, permite que el hospital evalúe periódicamente sus avances, no solo en función de su crecimiento económico, sino también de la formación del personal y desarrollo de sistemas, diseño y mejora de procesos, y generación de una propuesta de valor para el cliente (beneficiario y la comunidad).

Finalmente, la propuesta de gestión estratégica del HMG es principalmente un acercamiento a la aplicación práctica de un cuadro de mando integral, que alinee las estrategias de la institución a las políticas de los dos sectores a los que está involucrado: defensa y salud, generando iniciativas estratégicas que sirvan como base para el monitoreo de sus acciones y el diseño de un proceso integral y de largo plazo para la atención de salud del adulto mayor.

## Índice

<b>Resumen ejecutivo.....</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de tablas.....</b>	<b>ix</b>
<b>Índice de gráficos .....</b>	<b>xi</b>
<b>Índice de anexos .....</b>	<b>xii</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>1</b>
<b>Formulación del problema .....</b>	<b>3</b>
<b>Problema general .....</b>	<b>3</b>
<b>Problema específico.....</b>	<b>3</b>
<b>Objetivos de la investigación .....</b>	<b>4</b>
<b>Objetivo general .....</b>	<b>4</b>
<b>Objetivo específico .....</b>	<b>4</b>
<b>Justificación .....</b>	<b>4</b>
<b>Limitaciones.....</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo I: Situación del Hospital Militar Geriátrico.....</b>	<b>5</b>
1. Antecedentes.....	5
2. Fundamentos normativos .....	8
2.1. Naturaleza jurídica .....	8
2.2. Condición legal actual.....	9
3. Organización funcional .....	10
4. Infraestructura y logística.....	11
5. Gestión de recursos humanos.....	11
5.1. Dirección .....	12
5.2. Proceso de selección de personal .....	12
6. Control de gestión .....	12
7. Gestión presupuestal .....	12
8. Planeamiento estratégico.....	13
8.1. Visión y misión .....	13
8.2. Objetivos estratégicos .....	13
8.3. Funciones .....	13
9. Servicios prestados.....	14

9.1. Consultas .....	15
9.2. Internamiento .....	16
9.3. Servicios externos .....	17
10. La cultura organizacional .....	18
11. Aspectos a considerar en el diseño de estrategias .....	19
11.1. Aspectos Internos .....	19
11.2. Aspectos externos .....	19
<b>Capítulo II. Bases estratégicas del Hospital Militar Geriátrico .....</b>	<b>20</b>
1. Proceso de planificación estratégica .....	20
1.1. Evaluación de la población objetivo .....	20
1.2. Determinación de una visión y misión .....	23
1.3. Definición de las estrategias del Hospital Militar Geriátrico .....	23
2. Diseño de estrategias .....	23
2.1. Análisis interno: fortalezas y debilidades .....	23
2.2. Análisis externo: oportunidades y amenazas .....	25
2.3. Matriz estratégica .....	26
2.4. Definición de estrategias .....	27
2.4.1. Estrategias ofensivas .....	27
2.4.2. Estrategias defensivas .....	27
2.4.3. Estrategias de adaptación .....	27
2.4.4. Estrategias de supervivencia .....	27
2.5. Determinación de la estrategia viable .....	28
3. Establecimiento de los objetivos estratégicos .....	28
<b>Capítulo III: Generación de la propuesta de valor .....</b>	<b>30</b>
1. Consideraciones para la propuesta de valor .....	30
1.1. Consideraciones para la elección de la población .....	30
1.2. Características de la población evaluada .....	31
2. Satisfacción del beneficiario .....	32
2.1. Atención al cliente .....	32
2.2. Servicios prestados .....	33
2.3. Disposición de la infraestructura .....	34
2.4. Gestión institucional .....	34

2.5. La propuesta de valor .....	36
3. La consideración del valor social .....	37
<b>Capítulo IV. Proceso de generación del cuadro de mando integral .....</b>	<b>38</b>
1. Descomposición de la estrategia .....	38
2. Organización de acciones en perspectivas estratégicas.....	38
2.1. Perspectiva financiera .....	38
2.1.1. Crecimiento.....	38
2.1.2. Sostenibilidad.....	38
2.2. Perspectiva de cliente.....	39
2.2.1. Incremento de clientes.....	39
2.2.2. Satisfacción de beneficiarios.....	39
2.3. Perspectiva de proceso interno.....	40
2.3.1. Proceso de innovación.....	40
2.3.2. Proceso operativo .....	40
2.4. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento .....	40
2.4.1. Capacidades de los empleados .....	41
2.4.2. Desarrollo de sistemas informativos .....	41
2.4.3. La motivación, delegación de poder y coherencia de objetivos.....	41
3. Establecimiento de relación causa-efecto .....	41
4. Mapa estratégico .....	42
<b>Capítulo V. Programa de acción.....</b>	<b>44</b>
1. Iniciativas estratégicas .....	44
<b>Capítulo VI. Evaluación de la propuesta .....</b>	<b>52</b>
1. Sustento de la evaluación .....	52
2. Evaluación económica .....	52
<b>Conclusiones .....</b>	<b>54</b>
Bibliografía .....	56
Nota biográfica.....	79



## Índice de tablas

Tabla 1. Oferta de establecimientos de salud en la sanidad del Ejército del Perú, 2009 .....	6
Tabla 2. Número de establecimientos de sanidad del Ejército del Perú, según tipo de establecimientos, al 31 de marzo de 2011 .....	8
Tabla 3. Organización del HMG (primer nivel).....	10
Tabla 4. Clasificación del personal del HMG, según criterio del EP.....	11
Tabla 5. Número de atenciones médicas ambulatorias, por género, según tipo de personal - abril 2015.....	16
Tabla 6. Número de hospitalizaciones por departamentos – abril 2015 .....	17
Tabla 7. Número de atenciones en consultorios externos, por especialidad, según rango – abril 2015 .....	17
Tabla 8. Beneficiarios de los servicios de salud del ejército (2012) .....	22
Tabla 9. Población adulta mayor usuaria de los servicios de salud, según edad (2012) .....	22
Tabla 10. Matriz de factores internos clave: fortalezas.....	24
Tabla 11. Matriz de factores internos clave: debilidades .....	24
Tabla 12. Matriz de factores externos clave: oportunidades .....	25
Tabla 13. Matriz de factores externos clave: amenazas .....	25
Tabla 14. Matriz FODA del Hospital Militar Geriátrico .....	26
Tabla 15. Matriz cuantitativa del planeamiento estratégico (MCPE) .....	28
Tabla 16. Objetivos estratégicos .....	29
Tabla 17. HMG: Relación con el beneficiario .....	31
Tabla 18. HMG: ¿Cuántas veces ha acudido al médico en los últimos seis meses?.....	32
Tabla 19. HMG: Número de medicamentos de uso habitual. ....	32
Tabla 20. HMG: Satisfacción -atención al cliente .....	33
Tabla 21. HMG: Satisfacción -servicios prestados .....	33
Tabla 22. HMG: Satisfacción -disposición de la infraestructura .....	34
Tabla 23. HMG: Satisfacción -gestión institucional .....	35
Tabla 24. HMG: Segmentación de los beneficiarios.....	36
Tabla 25. HMG: Programa de acción para Estrategia 1 .....	44
Tabla 26. HMG: Programa de acción para Estrategia 2.....	45
Tabla 27. HMG: Programa de acción para Estrategia 3.....	45
Tabla 28. HMG: Programa de acción para Estrategia 4.....	46
Tabla 29. HMG: Programa de acción para Estrategia 5.....	46
Tabla 30. HMG: Programa de acción para Estrategia 6.....	48
Tabla 31. HMG: Programa de acción para Estrategia 7.....	48

Tabla 32. HMG: Programa de acción para Estrategia 8.....	49
Tabla 33. HMG: Programa de acción para Estrategia 9.....	49
Tabla 34. HMG: Programa de acción para Estrategia 10.....	50
Tabla 35. HMG: Programa de acción para Estrategia 11.....	51
Tabla 36. Parámetros de la evaluación.....	52
Tabla 37. Evaluación económica: ganancias y pérdidas, y flujo de caja económicos .....	53

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de la población del EP por rango de edad, a partir de los 50 años – 2015.....	21
Gráfico 2. Proyección del personal entre 49 y 61 años del EP al 2025.....	21
Gráfico 3. Propuesta de valor añadido del HMG.....	36
Gráfico 4. Propuesta de valor añadido al cliente.....	39
Gráfico 5. HMG: Relaciones de causa y efecto.....	42
Gráfico 6. HMG: Mapa estratégico.....	43
Gráfico 7. Secuencia de la investigación dentro del modelo de proceso estratégico.....	51

## Índice de anexos

Anexo 1. Metodología para el diseño, implementación y gestión de estrategias en el Hospital Militar Geriátrico .....	58
Anexo 2: Encuesta de satisfacción al cliente del HMG .....	66
Anexo 3: Entrevista semiestructurada dirigida a personal del HMG.....	67
Anexo 4: Evaluación de la estrategia.....	70
Anexo 5. Lineamiento 3, para la atención integral de salud de las personas adultas mayores del MINSA.....	74
Anexo 6. Categoría II-E, Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA (Normas técnicas de salud "Categoría de establecimiento del Sector Salud") .....	75
Anexo 7. Organización de establecimiento de salud, según nivel de atención .....	76
Anexo 8. Resumen de la estructura funcional de las unidades productoras de servicios de salud II-1 y II-E .....	77
Anexo 9. Mejora de proceso .....	78

## **Introducción**

Según la situación general de la política nacional de modernización de la gestión pública al 2021, publicada por la Presidencia del Consejo de Ministros del Gobierno del Perú, las organizaciones estatales en el Perú, no obstante el crecimiento económico que se vivió hace unos años, no disponen del contingente de inversiones inmediatas para hacerlas más competitivas y, peor aún, en algunos casos no tienen las facultades para gestionar su propio presupuesto, ni sus propios recursos humanos, convirtiéndose tan solo en unidades recaudadoras.

Esa misma política nacional señala que estas condiciones institucionales del aparato estatal, que se derivan de un modelo burocrático de control centralizado, si bien tienen efectos positivos en determinados escenarios administrativos y en un periodo de tiempo en el que las organizaciones gubernamentales atendían una demanda pequeña, actualmente resultan anacrónicos en condiciones en las cuales la población crece y la atención de las necesidades básicas son también cubiertas por el sector privado, a menudo con prontitud y mayor eficacia.

En este escenario, la administración de organismos gubernamentales apunta a apelar al empleo de instrumentos o técnicas de gestión estratégica, con el fin de mejorar sus conocimientos para la innovación en la prestación de servicios y fortalecer las capacidades de su personal para el trabajo en competencia, otorgándole de esta manera a su servicio un valor agregado. Sobre esta corriente es que se encuentran también las instituciones de las Fuerzas Armadas y, entre ellas, el Hospital Militar Geriátrico (HMG).

El Hospital Militar Geriátrico ha evolucionado no solo desde su condición jurídica, cuando era la Clínica Geriátrica del Ejército (CLINGE), sino además en su infraestructura, al incorporar un albergue para adultos mayores. En contraste con estos avances, la gestión presupuestal aún se mantiene ligada a las decisiones del Comando de Salud del Ejército (COSALE). Así mismo, la gestión del personal, especialmente en los procesos de selección, es atributo del Comando de Personal del Ejército (COPERE).

## **Planteamiento del problema**

El aumento constante de la población a nivel mundial, así como de la esperanza de vida de las personas, plantea un reto para los servicios geriátricos nacionales. En Latinoamérica, donde esta especialidad no se ha desarrollado en la magnitud necesaria para atender una demanda creciente, como ocurre en Europa, la población adulto-mayor no encuentra muchas organizaciones de

atención integral de salud, e incluso de albergue, y las que están a disposición cuentan con una estructura corporativa que no termina de ser compatible con la necesidad de atención y tratamiento.

En este entorno de avanzada especialización profesional geriátrica, importantes progresos tecnológicos y marcada competencia para la atención médica, el Hospital Militar Geriátrico desarrolla sus actividades basándose en parámetros tradicionales de gestión e imbuido en la rígida cultura organizacional de las fuerzas armadas, que no le permite generar propuestas innovadoras, nacidas desde el seno de la propia institución, especialmente de la misma iniciativa del personal que la integra.

En términos generales, la geriatría se enfoca en la atención del adulto mayor, tanto si está en buen estado de salud o padeciendo una enfermedad, y presta atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de estas, incluso de aquellos aspectos sociales que pueden influir en la salud de esta población (soledad, aislamiento y dependencia).

No debemos olvidar que el adulto mayor emplea recursos en visitas médicas, ocupación de camas hospitalarias y gastos farmacéuticos, muchas veces por la presencia de procesos de deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, cáncer y restricciones del aparato locomotor, que en su mayoría los lleva a la invalidez y la dependencia (Torres, 2013).

Por otro lado, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la reducción de la natalidad, así como la disminución de la mortalidad inciden en el aumento de la población adulta mayor, que en el 2025, según proyecciones del INEI, ascenderá al 12.4% del total de la población peruana, lo que tendrá serias consecuencias en la demanda de atención de sus derechos sociales no suficientemente previsto actualmente (MINSa, 2008).

En efecto, esas mismas cifras del INEI señalan que la expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años. En 1970 fue de 53 años, mientras que en el 2007 la esperanza de vida es de 70.5 años, con una diferencia de género a favor de las mujeres de 72.4, siendo la de los hombres de 67.3 años. Se estima que esta esperanza de vida alcanzará los 75 años en el 2025 (MINSa, 2008).

Este escenario futuro determinará un aumento de la demanda de servicios especializados de salud para el adulto mayor, así como una infraestructura idónea para el cuidado y tratamiento de enfermedades. En el caso de la población del Ejército del Perú, que ya sobrepasa los 60 años, se atiende de manera eventual en los diferentes nosocomios de la red del COSALE o en entidades privadas.

### **Formulación del problema**

Existe en el Ejército del Perú, como en todas las fuerzas armadas, diferentes organismos cuya actividad no es propiamente de la especialidad de defensa, sino que se vincula más a otros sectores, como salud, educación y vivienda, las mismas que están siendo llevadas a cabo con los mismos parámetros rígidos de una institución castrense. No obstante, algunos de esos sectores logran cierto grado de eficiencia operativa en determinados aspectos (como el caso del desarrollo de infraestructura), pero se alejan de cualquier consideración estratégica en sus acciones, procesos y servicios. En esta situación se encuentran los servicios de salud enfocados al adulto-mayor, que provee el HMG.

El Hospital Militar Geriátrico es una entidad pública castrense que brinda servicios de salud al personal militar en situación de retiro y sus familiares. Aunque este resulta ser su público objetivo inmediato, las limitaciones en equipamiento, personal y logística llevan al Hospital Militar Geriátrico a considerarla búsqueda de una gestión más eficiente, con el fin de generar un valor a los servicios que ofrece.

En ese sentido, al definir el problema se parte del hecho de haber encontrado un vacío en la propia organización, lo cual le impide generar mayor cantidad de ingresos para justificar su autonomía presupuestal y manejar sus propios recursos humanos, especialmente en la selección y retención de personal.

### **Problema general**

¿Cuáles son las bases teórico-prácticas para la gestión estratégica del Hospital Militar Geriátrico, enfocada en la mejora de la atención de los beneficiarios y la comunidad?

### **Problema específico**

- ¿Cuáles son las características de la gestión del Hospital Militar Geriátrico desde el punto de vista de la prestación de servicios de atención de salud a los adultos-mayores beneficiarios y sus familias?

- ¿Puede la gestión de la estrategia mediante el cuadro de mando integral ser adaptable a las iniciativas estratégicas del Hospital Militar Geriátrico, desde una perspectiva de prestación de servicios de salud geriátrica a la comunidad?

### **Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo general**

Determinar las bases teórico-prácticas para la gestión estratégica del Hospital Militar Geriátrico, enfocada en la mejora de la atención de los beneficiarios y la comunidad.

#### **Objetivo específico**

- Establecer un diagnóstico situacional del Hospital Militar Geriátrico que describa las características de la gestión del Hospital Militar Geriátrico, enfocado en la prestación de servicios de atención de salud a los adultos-mayores beneficiarios y sus familias.
- Diseñar un cuadro de mando integral para contribuir a la mejora de la gestión de la estrategia del Hospital Militar Geriátrico, con un enfoque en la prestación de servicios de salud geriátrica a la comunidad.

#### **Justificación**

La investigación encuentra su justificación en proponer el empleo de una herramienta de gerenciamiento que configure un sistema de dirección estratégica más eficaz en el Hospital Militar Geriátrico, al mismo tiempo que ubique en ella elementos que puedan relacionarla con la gestión corporativa y el diseño de estructuras organizacionales y de procesos más flexibles.

Las bases teóricas que se plantean en esta investigación tienen un fuerte asidero práctico, no solo porque la disposición de estrategias alineadas empuja a la definición de una nueva organización, sino también al rediseño de procesos críticos y a la generación de una propuesta de valor añadido hacia el beneficiario actual y potencial, lo que se puede ver reflejado en sus documentos de gestión, como el Plan Estratégico y el Manual de Gestión de Procesos.

#### **Limitaciones**

El tiempo promedio de investigación ha sido de cinco meses, desde el 4 de agosto hasta el 15 diciembre de 2015. Al ser el COSALE y el COPERE órganos imbuidos en la cultura de la reserva y la seguridad, la disposición de información ha sido limitada, lo que ha sido ampliamente compensado con la apertura recibida desde la Dirección del Hospital Militar Geriátrico.



## **Capítulo I: Situación del Hospital Militar Geriátrico**

### **1. Antecedentes**

El Hospital Militar Central (HMC), desde sus inicios, fue pionero en brindar el servicio de geriatría en Lima, dado que proporcionaba atención médica en geriatría al personal militar, familiares con derecho y otros. La fuerte afluencia de pacientes geriátricos a dicho nosocomio motivó la necesidad de contar con mayores ambientes y personal capacitado en especialidades vinculadas a la geriatría, más aún por el hecho de que muchos familiares se desentendían de los adultos-mayores y los abandonaban a su suerte por diversas razones.

Al notar el Ejército del Perú la necesidad de contar con una organización exclusiva que tuviese como función proporcionar atención médica especializada en geriatría, que incluyera hospitalización, atención ambulatoria, atención domiciliaria y readaptación social del adulto mayor, se crea el 1 de enero del 2000 la Clínica Geriátrica del Ejército (CLINGE), dentro de la estructura orgánica del Hospital Militar Central, mediante Decreto Supremo N° 065 DE/EP.

Cuatro años después se presentan los primeros estudios, desde el punto de vista médico, sobre la entonces Clínica Geriátrica, donde se detecta que entre las consultas externas más solicitadas se encontraban la consulta médica por hipertensión arterial, osteoporosis, osteoartritis, dislipidemias y cardiología. Asimismo, se pudo constatar que el 37% de la población estaba conformada por pacientes varones y 63% por mujeres, sobre quienes pesaban los siguientes factores de riesgo: obesidad, estrés, dislipidemias, sedentarismo, tabaquismo, diabetes y enfermedad de la arteria coronaria (Maraza, 2004).

Otro estudio realizado a 480 pacientes de la misma Clínica Geriátrica del Ejército, entre marzo del 2009 y marzo del 2011, se pudo constatar que, en términos generales, las características de los pacientes que se atendían en el referido nosocomio, especialmente en urgencia, fueron 50% de sexo femenino y 50% de sexo masculino; el 48.3% de los pacientes tenía entre 60 y 70 años y el 35% entre 71 y 80 años, siendo la edad promedio 71 años. El 68.3% tenía como estado civil casado, 18.3% viudos y 11.7% convivientes; 50% se desempeñaba como ama de casa (familiares) y 41.6% estaba en situación de retiro (del grupo de varones). El 53.3% procedía de Lima y el 8.5% de Arequipa (Torres, 2013). Los resultados fueron similares en un estudio realizado un año después (León, 2014). Se debe tener en cuenta que para el año 2007, la Clínica Geriátrica inició el servicio de atención domiciliaria, al igual que el Hospital Geriátrico

de la Policía Nacional del Perú (MINSA, 2008). Al 2009, la oferta de establecimientos de salud del ejército, de acuerdo con su nivel de atención fue como sigue:

**Tabla 1. Oferta de establecimientos de salud en la sanidad del Ejército del Perú, 2009**

Establecimiento de salud	Nivel de atención							
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2
Centro de Salud Militar del CGE		X						
Centro de Salud Militar San Francisco EP			X					
Centro de Salud Militar Rímac		X						
Hospital Militar Central							X	
Hospital Militar Geriátrico (ex CLINGE)			X					
Policlínico Militar del Chorrillos				X				
Centro de Salud Militar San Juan			X					
Policlínico de la 1era BRIFTEE		X						
Enfermería de Cadetes de la EMCH			X					
Escuela Técnica del Ejército		X						
Hospital Militar Regional – DIGEDOCE		X						
Colegio Militar Leoncio Prado			X					
Sanidad de Aviación del Ejército			X					

Establecimiento de salud	Nivel de atención							
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2
Sanidad Fuerte Real Felipe			X					
Policlínico Virgen de las Mercedes			X					
Hospital Militar Regional – Arequipa					X			
Hospital Militar Regional – Piura				X				
Hospital Militar Regional – RMO				X				
TOTAL: 15	0	5	8	3	1	0	1	0

Fuente: Ministerio de Salud. Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud, Perú 2010. Lima: MINSA, 2011. Los datos corresponden a la red de salud del Ejército.

La Clínica Geriátrica, según estudios realizados en el 2011, tenía ciertas deficiencias en la atención, como el hecho de que en el servicio de urgencia (que cuenta con el concurso de médicos generales, internistas y de las distintas especialidades clínicas) no se utilizaba ningún tipo de protocolo para la crisis hipertensiva, que califica los cuadros como de estado de urgencia o de emergencia. Esta omisión, por lo tanto, no permitía la oportuna clasificación de los pacientes y pudo ser la causa de una demora significativa en el diagnóstico y en la determinación del tratamiento, provocando al mismo tiempo la prolongación de la estancia del paciente en el servicio, con las consecuentes complicaciones en la salud de este (Torres, 2013).

Con Resolución Ministerial N° 859-2010/DE/EP del 17 de agosto de 2010, el Comando de Salud del Ejército creó el Hospital Militar Geriátrico (antigua Clínica Geriátrica del Ejército) y modificó su organización estructural. Esta razón social será corregida cuatro años más tarde, producto de la calificación de hospital regional otorgada por el sector salud.

La administración de esta red de salud, la cual integra el HMG, está a cargo del Comando de Salud del Ejército (COSALE), que es una unidad orgánica del Comando General de Apoyo del Ejército (COAGE), cuyos componentes son un órgano de dirección, la jefatura de salud, ocho órganos ejecutivos (HMC, HMG, centros de salud militar y Batallón de Sanidad de

Abastecimiento y Mantenimiento), los órganos de apoyo, de asesoramiento, normativos, desconcentrados y descentralizados, formados por el Fondo de Salud Militar del Ejército (FOSPEME), el Programa Segunda Capa y, además, está prevista la creación de un programa oncológico (Arbaiza, 2013).

**Tabla 2. Número de establecimientos de sanidad del Ejército del Perú, según tipo de establecimientos, al 31 de marzo de 2011**

Establecimiento de salud	Total		Lima y Callao		Otras regiones	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>TOTAL</b>	199	100.0%	46	23.1%	153	76.9%
<b>Hospital Militar Central (HMC)</b>	1	0.5%	1	100.0%	0	0.0%
<b>Hospitales Militares Regionales (HH.MM.RR.)</b>	4	2.0%	1	25.0%	3	75.0%
<b>Hospital Militar Geriátrico</b>	1	0.5%	1	100.0%	0	0.0%
<b>Policlínico</b>	12	6.0%	3	25.0%	9	75.0%
<b>Centro Salud y otros</b>	181	91.0%	40	22.1%	141	77.9%

Fuente: Base de datos del Departamento de Gestión de Calidad – COSALE (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud, 2011).

Mediante Resolución Administrativa N° 474-2014-DESP-DISA II LS, del 26 de diciembre de 2014, la Dirección de Salud II Lima Sur del Ministerio de Salud, en su artículo 1°, categoriza al Hospital Militar Geriátrico, con razón social Ejército Peruano, con el nombre comercial de Hospital Geriátrico del Ejército, hecho que contrasta con la referida resolución ministerial del Sector Defensa del 2010, asignándole la categoría de atención especializada en geriatría.

La Resolución Administrativa N° 377-15-DESP-DISA II LS, del 19 de marzo de 2015, de la Dirección de Salud II Lima Sur del Ministerio de Salud, rectifica el artículo 1° de la parte resolutive de la anterior resolución administrativa, y cambia el nombre comercial de Hospital Geriátrico del Ejército al de Hospital Militar Geriátrico, nombre con el cual actualmente viene funcionando.

## **2. Fundamentos normativos**

### **2.1. Naturaleza jurídica**

Las directrices de la Ley General de Salud N° 26842 y la Ley del Aseguramiento Universal N° 29344 obligan a las entidades estatales que administran servicios de salud a darle funcionalidad a la organización sanitaria, con el fin de optimizar en todos los campos administrativos una adecuada y efectiva atención al personal militar, familiares dependientes y población general.

Por otro lado, desde que tenía la categoría de clínica, el Hospital Militar Geriátrico se convierte en la entidad responsable de promover, prevenir y rehabilitar la salud del personal geriátrico militar y familiares, con derecho a atención ambulatoria y hospitalaria y lo dispuesto en la Ley de Emergencia 16609.

El reconocimiento del Hospital Militar Geriátrico como hospital regional por parte del Ministerio de Salud no solo lo obliga a aplicar las referidas normas, que tienen un carácter general (al igual que la Ley del Adulto Mayor y su reglamento), sino también lo integra al sistema de salud de la región, por lo que debe cumplir con los Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para Personas Adultas Mayores (D.S. N° 009-2010-MINDES) y alinear sus acciones en lo que le corresponda al Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores - PLANPAM, 2013-2017, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP.

En efecto, uno de los lineamientos que el Hospital Militar Geriátrico debe tener en cuenta para el diseño de sus estrategias es el del envejecimiento saludable, definido por el mismo PLANPAM como «la mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores, mediante el incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad». (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013, pág. 13).

## **2.2. Condición legal actual**

El Hospital Militar Geriátrico, desde su creación como Institución Geriátrico Militar y luego como Clínica Geriátrica del Ejército, tuvo como función general proporcionar atención geriátrica integral de acuerdo con su nivel de resolución de servicios de salud, al adulto mayor militar y familiares dependientes, pero inicialmente a nivel local.

Como se mencionó, actualmente el Hospital Militar Geriátrico ha sido categorizado por el Ministerio de Salud con la acreditación de Hospital de Atención Especializada en Geriatria nivel II-E, lo que implica disponer de mayor cantidad de personal de salud y administrativo para optimizar el funcionamiento como un hospital que brinda atención las 24 horas del día a máxima capacidad.

En ese sentido, la función general del Hospital Militar Geriátrico ante el sector salud es proporcionar atención geriátrica integral y permanente de alta especialización, de acuerdo con su nuevo nivel, al adulto mayor militar, familiares dependientes y población en general, pero dentro del ámbito regional. Debemos hacer notar que la referida resolución no realiza ningún distingo sobre la condición que debe tener (militar o civil) quien solicita los servicios del referido nosocomio.

### 3. Organización funcional

No obstante que el Hospital Militar Geriátrico cuenta con un CAP, MOF y MAPRO del AF-2014 con la denominación de Clínica Geriátrica del Ejército, lo cual no corresponde con la nueva denominación que el MINSA le ha otorgado, la administración del nosocomio está obligada a la creación de nuevos departamentos en la Dirección General, Dirección Médica y Dirección Administrativa, para la cobertura regional que dispone la norma, por ende, tiene la necesidad de incrementar su personal.

Se debe anotar que el Hospital Militar Geriátrico, en términos generales, divide sus acciones y personal en tres componentes de atención médica: el de consultas, la hospitalización y la residencia. Asimismo, se considera como un servicio no muy desarrollado la atención domiciliaria. A estos acompañan actividades complementarias, como talleres, charlas, farmacias y campañas. No obstante, el HMG en la actualidad centra sus esfuerzos en acondicionar sus funciones a toda una estructura orgánica nueva, que formalmente se viene definiendo de la siguiente manera:

**Tabla 3. Organización del HMG (primer nivel)**

<p>a. Órgano de Dirección</p> <p>(1) Dirección General</p> <p>(2) Dirección Médica</p> <p>(3) Dirección Administrativa</p>	<p>b. Órgano de Línea</p> <p>(1) Departamentos de Geriatria, de Especialidades Médicas, de Especialidades Quirúrgicas, de Emergencia, de Psicología, de Rehabilitación, de Enfermería, de Apoyo Médico, de Apoyo al Diagnóstico, de Estomatología, y de Registro Médicos.</p> <p>(2) Residencia Geriátrica</p> <p>(3) Centro de Investigación.</p>
<p>c. Órgano de Asesoramiento</p> <p>(1) Departamento de Epidemiología, Salud Pública y Bioestadística</p> <p>(2) Departamento de Gestión de Calidad</p> <p>(3) Departamento de Capacitación y Docencia.</p>	

Fuente: Elaboración propia, basada en información del HMG.

#### 4. Infraestructura y logística

Según la propia versión del personal médico, la organización cuenta con el material básico necesario para sus operaciones, mucho del cual se somete a mantenimiento pero, incluso en este aspecto, tiene deficiencias.

#### 5. Gestión de recursos humanos

De primera intención expresamos una clasificación que se apoya en la división de los recursos humanos del Ejército del Perú (EP)

**Tabla 4. Clasificación del personal del HMG, según criterio del EP.**

Oficiales	Coronel (Director); 6 tenientes coroneles se distribuyen los cargos más importantes (dirección médica, docencia e investigación, ginecología, oftalmología, administrativo y estomatología); 12 mayores acompañan las gestiones de los anteriores en campos como psicología (2), geriatría (2), estomatología (5), logística (1), internista (1), intensivista (1). Finalmente, dos capitanes en estomatología y ecografía
Técnicos y suboficiales	3 choferes militares, 10 enfermeros militares, 1 mecánico de vehículos a rueda, 2 operadores de comunicaciones, 1 de servicios generales, 1 mecánico de comunicaciones y electrónica, 1 auxiliar de Estado Mayor Informático, 2 auxiliares de inteligencia, 1 enfermero veterinario y 2 mecánicos eléctricos automotriz.
SANAF	5 sargentos: en apoyo informático, 1 sargento REE, 1 sargento 1° y 3 sargentos 2° como personal de apoyo.
Personal civil salud	2 geriátricos, 1 cardiólogo, 1 reumatólogo, 1 neurólogo, 1 cirujano plástico, 1 rehabilitador físico, 1 urólogo, 1 médico general, 1 endocrinólogo, 1 neumólogo, 2 gastroenterólogos y 1 psiquiatra. Además, existen otras especialidades: 2 odontólogos, 7 psicólogos, 7 tecnólogos de terapia física, 35 enfermeras, 2 nutricionistas, 2 tecnólogos laboratoristas, 2 técnicos laboratoristas, 3 técnicos en terapia física, 13 técnicos de enfermería, 12 auxiliares de enfermería, 3 auxiliares nutricionistas y 1 auxiliar dental.
Personal civil administrativo	1 capellán, 1 asistente social, 8 asistentes administrativos, 5 personas de limpieza, 1 técnico electricista, 3 encargados de servicios, 1 técnico operador de la planta de agua y 1 técnico operador del grupo electrógeno.

Fuente: Departamento Administrativo del HMG.

Hasta el 2013, el Hospital Militar Geriátrico contaba con 206 trabajadores, bajo distintas modalidades de contrataciones laborales, conformado por 109 profesionales de la salud (entre los que hay 9 médicos militares, 17 médicos civiles, 52 enfermeras, 9 tecnólogos médicos, 1 obstetra, 3 cirujanos dentistas civiles, 6 cirujanos dentistas militares, 2 nutricionistas, 1 asistente social, 8 psicólogas civiles y 1 psicóloga militar).

### **5.1. Dirección**

La Dirección del Hospital Militar Geriátrico, está a cargo de un oficial con rango de coronel de arma. Si bien, usualmente, es un profesional formado en administración, con especialidad en gestión pública, carece, como es lógico deducir, de una formación en materia de medicina, y más aún en la especialidad de geriatría. Sin embargo, aunque esto es una cuestión subsanable, lo que sí resulta incomprensible es la limitada disponibilidad de profesionales en la especialidad de gestión de la salud enfocada en el adulto mayor.

### **5.2. Proceso de selección de personal**

Los procesos de selección son realizados desde el Comando de Personal del Ejército. El Hospital Militar Geriátrico se circunscribe a presentar su cuadro de necesidad de personal, sustentado en su Cuadro de Asignación de Personal, aprobado por el Comando del Ejército, previa evaluación de la Dirección de Planeamiento del Ejército.

### **6. Control de gestión**

Los controles de gestión son realizados anualmente por la Inspectoría del Ejército, basándose en el cumplimiento de las directivas de la institución y la disposición de los instrumentos de gestión administrativa: cuadro de asignación de personal, manual de organización y funciones y manual de procedimientos. Asimismo, el MINSA programa dos veces al año evaluaciones sobre determinado servicio. El último realizado en marzo del 2015 se enfocó en la atención de emergencia. Adicionalmente a esto, no se ha incorporado al nosocomio ninguna herramienta de monitoreo y evaluación que le permita hacer más eficientes sus procesos e incorporar nuevos servicios a determinado público objetivo.

### **7. Gestión presupuestal**

El Hospital Militar Geriátrico recauda directamente recursos que, según la norma, son depositados en las cuentas recaudadoras del Comando de Salud del Ejército (COSALE). De esta manera, la organización no dispone de una asignación presupuestal de recursos directamente recaudados para su funcionamiento y más bien accede a un fondo fijo para gastos de funcionamiento. Los ingresos que pudiera dar origen el Hospital Militar Geriátrico son derivados al COSALE, que los emplea prácticamente para subsidiar al Hospital Militar Central del Ejército y otros nosocomios de la red de salud del ejército, en los denominados procesos de compras corporativas.



## **8. Planeamiento estratégico**

### **8.1. Visión y misión**

En términos gerenciales, el Hospital Militar Geriátrico no cuenta ni con una visión clara, ni con una misión institucional. Lo que posee expresamente son versiones importadas de la institución castrense que le sirve de matriz, como ‘Ejército disuasivo, reconocido, respetado e integrado a la sociedad’, para el caso de la visión, y para la misión, ‘organizar y preparar la fuerza para disuadir amenazas y proteger al Perú de agresiones contra su independencia, soberanía e integridad territorial’.

Cabe señalar que en el año 2011 se estableció una misión en los siguientes términos: «Proporcionar atención Geriátrica integral de acuerdo a nuestro nivel de Resolución II-1 al Adulto Mayor Militar y a sus familiares con la finalidad de contribuir al cumplimiento de la misión del COSALE». (HMG, 2013) A estas actividades también se le sumó los exámenes médicos anuales para personas mayores de cincuenta años y la atención especializada y rehabilitación para adultos mayores de sesenta años.

### **8.2. Objetivos estratégicos**

Si bien las publicaciones formales del Hospital Militar Geriátrico no contienen objetivos estratégicos, una publicación virtual del año 2009 establece que el objetivo principal es ofrecer una atención integral al adulto mayor de la familia militar. Para esto cuenta con un *staff* de médicos profesionales en geriatría que brindan una atención personalizada a cada uno de los pacientes, con el fin de lograr las mejores condiciones posibles. Asimismo, ofrece diferentes servicios y talleres que motivarán al adulto mayor a sentirse bien e independiente.

### **8.3. Funciones**

Entre las funciones específicas principales del Hospital Militar Geriátrico, vinculadas directamente con la gestión de salud, según su Manual de Organización y Funciones, destacan las siguientes:

- a) Planear, organizar, conducir y evaluar actividades de docencia, entrenamiento, capacitación e investigación en geriatría, gerontología y otros estudios de salud.
- b) Crear, ampliar, mejorar, modernizar y recuperar la capacidad productora de los bienes y servicios del HMG.
- c) Proporcionar el apoyo administrativo a todos los elementos que constituyen el HMG, incluyendo la residencia geriátrica.

- d) Organizar, ejecutar, supervisar y controlar las actividades asistenciales relacionadas con las atenciones en forma integral de los diferentes departamentos y servicios médicos.
- e) Proporcionar atención de consulta externa y complementaria en el tratamiento de pacientes con procedimientos quirúrgicos, de acuerdo con la capacidad de resolución, para su recuperación y rehabilitación.
- f) Proporcionar atención médica geriátrica de urgencia.
- g) Proporcionar atención buco-dental general y especializado.
- h) Realizar actividades de atención individual y colectiva en el ámbito de la medicina preventiva.
- i) Proporcionar servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento para el manejo clínico y quirúrgico de los pacientes.
- j) Brindar atención integral en salud nutricional al paciente, estudiar los factores sociales que favorecen e interfieren en la salud de los pacientes y del suministro eficiente y adecuado de los medicamentos y productos destinados a la recuperación y la conservación de la salud de los pacientes.
- k) Proporcionar atención integral de enfermería al adulto mayor militar y sus familiares con derecho.

## **9. Servicios prestados**

Un estudio sobre el grado de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del HMG destacó, ya en el 2003, que la atención integral del adulto mayor era la base del tratamiento, así como la consideración del entorno biopsicosocial, por lo que el hospital actualiza sus programas para la población mayor de 60 años, sobre la base de los factores que influyen en el deterioro de la salud, pero especialmente los que contribuyen a preservarla y mejorar su calidad de vida (Fernández, 2003).

En ese sentido, la atención geriátrica del Hospital Militar Geriátrico la realiza un equipo multidisciplinario (médicos geriatras, enfermeras, psicólogo y trabajadoras sociales), apoyados por personal especializado, principalmente en cardiología, oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología. Esto se complementa con programas de aprovechamiento del tiempo libre (actividades socioculturales, deportivas y recreativas, además del trato preferencial, transporte especial domicilio-hospital, cursos y conferencias sobre el cuidado y la promoción de la salud, y conversaciones sobre adaptación a esa etapa de la vida (Fernández, 2003).

Actualmente el servicio al adulto mayor en el HMG, si bien intenta ser multidisciplinario, no es del todo integral (médico y odontológico, por ejemplo), ni su trato personal es el adecuado para el grupo poblacional al que apunta, como veremos más adelante, empleando un sistema de gestión clásica y burocrática, de acuerdo con el nivel de atención al adulto mayor militar y a sus familiares de un hospital regional.

De acuerdo con su infraestructura y equipo médico, puede llegar a atender a 4.800 pacientes mensuales, aproximadamente, por consulta externa ambulatoria; sin embargo, la atención médica ambulatoria alcanza un promedio de 107 consultas diarias, entre las especialidades de geriatría, cardiología, reumatología, psiquiatría, neurología, endocrinología, gastroenterología, ginecología, dermatología, sicología, otorrinolaringología, oftalmología y neumología, lo que evidencia que no alcanza a emplear toda su capacidad de atención.

Según la evaluación de sus gerentes, la no asignación de personal médico civil y militar, la no disponibilidad de choferes civiles y militares, las carencias de material y de mantenimiento de material médico y de ingeniería, así como la falta de renovación de artículos de lencería contribuyen a que no se logre la calidad de atención deseada en el Hospital Militar Geriátrico, incluida la residencia, lo cual atenta contra la salud de los pacientes. Todo esto evidencia una ausencia de gestión médico-administrativa eficiente de ese nosocomio, a nivel medio.

### **9.1. Consultas**

El Departamento Médico es el que agrupa a la mayoría de los servicios que brinda el hospital, según las especialidades con que cuenta: geriatría, medicina interna, gastroenterología, neurología, neumología, salud mental, cardiología, endocrinología, reumatología, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, urología y ginecología.

En el caso del Departamento de Estomatología del HMG, dispone de siete odontólogos, distribuidos en seis especialidades: endodoncia, rehabilitación oral, medicina oral, ortodoncia, gerontología y odontología integral. Asimismo, el Departamento de Psicología destaca con sus talleres de funciones cerebrales superiores, de psicoestimulación cognitiva y de relajación.

En el Departamento de Enfermería, que opera con 35 enfermeras, doce técnicas en enfermería y quince auxiliares de enfermería, las estrategias sanitarias desarrolladas son en el campo de la prevención, detección, tratamiento y educación en osteoporosis. Paralelamente, la atención en medicina física y rehabilitación cuenta con ocho tecnólogos y tres técnicos y brinda servicios de

terapia respiratoria, ocupacional, del lenguaje, física (gimnasio, agentes físicos, láser, hidroterapia y parafina) y talleres de factores de riesgo coronario.

**Tabla 5. Número de atenciones médicas ambulatorias, por género, según tipo de personal - abril 2015**

GÉNERO	TIPO DE PERSONAL						TOTAL
	OFICIALES		TÉCNICOS	FAMILIARES DIRECTOS		Ex-Combatientes	
	Actividad	Retiro	Retiro	Padres	Cónyuge	(Inválidos)	
MASCULINO	0	822	624	123	0	8	1,577
FEMENINO	2	0	0	359	1,100	9	1,470
TOTAL	2	822	624	482	1,100	17	3,047

Fuente: Hospital Militar Geriátrico.

## 9.2. Internamiento

Aunque internamente el hospital brinda los servicios básicos para el tratamiento y el control de la salud del paciente geriátrico, también tiene una proyección social y de seguridad. En efecto, controla, maneja y elimina residuos sólidos de manera ecológicamente eficiente; adopta medidas de bioseguridad; brinda espacios de salud ocupacional; realiza la vigilancia de las enfermedades transmisibles, su notificación oportuna y de las no transmisibles, así como la vigilancia y el monitoreo de las infecciones intrahospitalarias.

Por otro lado, la institución ha desarrollado capacitaciones al personal que realiza la residencia médica, SERUMS, internos y alumnos (reanimación cardio respiratoria pulmonar para el personal de emergencia y periféricos). Del mismo modo, ha generado investigaciones, reconocidas por el Instituto Nacional de Salud, mediante su Centro de Investigación: estudio multicéntrico aleatorio doble ciego en pacientes obesos con diabetes (terminado); estudio randomizado doble ciego multicéntrico en pacientes coronarios con diabetes (seguimiento); estudio aleatorio doble ciego controlado con placebo en pacientes coronarios con diabetes (seguimiento) y prueba clínica de etiqueta abierta, randomizada - multicéntrica de fase III, pacientes con diabetes (aprobado).

Además de estos servicios, el HMG brinda a sus pacientes otros, como los procedimientos de ecografías (abdominales y pélvicas), rayos x, endoscopia, colonoscopia, laboratorio clínico, audiometría, holter, ecocardiograma, espirometría y cirugía de día. Asimismo, se encarga de la ficha médica del personal militar en actividad mayor de cincuenta años, tanto en la prevención y la detección, como en el tratamiento y el seguimiento. Otro de los productos integrados a los

presentados por el hospital es la valoración geriátrica integral (identificación precoz de problemas, biopsicosociales y funcionales).

**Tabla 6. Número de hospitalizaciones por departamentos – abril 2015**

DEPARTAMENTOS (*)	Ingresos	Egresos	Reingresos	Estancia de los egresos	Número de pacientes/día
MEDICINA	18	14	0	101	3
CIRUGÍA	0	0	0	0	0
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA	0	0	0	0	0
PEDIATRÍA	0	0	0	0	0
TOTAL	18	14	0	101	3

Fuente: Hospital Militar Geriátrico

### 9.3. Servicios externos

Otro de los servicios implementado es el Hospital de Día, destinado al adulto mayor que presenta alguna limitación en el área física o mental que puede ser recuperable en talleres (memoria, relajación, rehabilitación cognitiva, equilibrio y marcha) y a través de terapias (ocupacional y lenguaje), así como en las consejerías psicológicas, nutricionales, sociales o las consultas médicas y control de enfermedades.

El hospital también ha fortalecido con éxito el “Programa de Atención Domiciliaria Requerida del Ejército (PADRE)”, centrado en atender casos de hepatitis B, vacuna de la gripe, toxoide tetánico y vacunas neumocócicas, tifoidea, cólera y fiebre amarilla. Este programa ha tenido una respuesta favorable de su población objetivo.

**Tabla 7. Número de atenciones en consultorios externos, por especialidad, según rango – abril 2015**

ESPECIALIDAD MÉDICA	TIPO PERSONAL					TOTAL	
	OFICIAL Retiro	TÉCNICO Retiro	SUB OFICIAL Retiro	FAMILIARES DIRECTOS Padres	OTROS Cónyuge		
MEDICINA							
Cardiología	84	59	0	52	114	2	311
Gastroenterología	103	75	0	43	112	0	333
Neumología	53	25	0	38	73	3	192
Endocrinología	31	24	0	39	79	4	177

ESPECIALIDAD MÉDICA	TIPO PERSONAL					TOTAL	
	OFICIAL	TÉCNICO	SUB	FAMILIARES	OTROS		
			OFICIAL	DIRECTOS			
	Retiro	Retiro	Retiro	Padres	Cónyuge		
Dermatología	30	24	0	14	33	1	102
Reumatología	67	73	0	61	127	0	328
Psiquiatría	27	2	0	15	32	4	80
Neurología	38	31	0	34	48	1	152
Geriatría	123	89	0	67	169	0	448
Medicina física	78	30	0	34	77	1	220
CIRUGÍA							
Oftalmología	65	53	0	24	85	0	227
Otorrinolaringología	39	38	0	13	56	0	146
Urología	68	71	0	18	13	0	170
Traumatología	16	30	0	13	36	1	96
GINECOLOGÍA OBSTÉTRICA							
Ginecología	0	0	0	17	46	0	65
<b>TOTAL</b>	<b>822</b>	<b>624</b>	<b>0</b>	<b>482</b>	<b>1,100</b>	<b>17</b>	<b>3,047</b>

Fuente: Hospital Militar Geriátrico.

## 10. La cultura organizacional

El HMG tiene por naturaleza un origen muy ligado al ejército. Su misión y visión corporativas son incluso compartidas. Los iniciadores, al parecer, tuvieron una proyección bastante provisoria con la creación de una entidad especializada en la salud geriátrica, sin embargo descuidaron proyectar una cultura organizacional propia (principalmente sus valores y visión) dentro y fuera de la organización, que le diera una mayor dinámica.

La construcción consciente de esta propia cultura organizacional es, a estas alturas, un paso importante en la organización. El hospital, en sus más de diez años de desarrollo, no formó, en términos empresariales, una cultura organizacional que le fuese característica, sino que el grupo social se consideró parte del personal de las fuerzas armadas. La presencia de efectivos militares y el origen de sus remuneraciones aportaron mucho a consolidar esta percepción.

Esto dio como consecuencia que el HMG resultara siendo, en términos culturales, un derivado del ejército, con dos graves defectos: por un lado, es una dependencia más donde efectivos militares y personal civil afiliado a la institución castrense prestan servicio y aseguran su estabilidad laboral, incluso cuando sus competencias no se ajustan al requerimiento no solo del trabajo dentro del hospital, sino también del mercado laboral especializado en el área de salud

geriátrica. Por otro lado, el hospital se mantiene como un abastecedor de servicios (consultas y tratamientos, entre otros) y productos (especialmente medicina) para el personal en retiro del ejército, con muy reducida presencia de clientes ajenos a la institución castrense. Por estos dos motivos, la organización resulta ser una entidad altamente ligada a su matriz (COSALE y, en cierta medida, al COPERRE), y su apertura al mercado provocaría la exigencia competitiva de su personal, para lo cual, al parecer, no se encuentra preparado.

## **11. Aspectos a considerar en el diseño de estrategias**

### **11.1. Aspectos Internos**

El HMG cuenta con una amplia infraestructura, aun sin considerar la Residencia Geriátrica, y personal de experiencia en el tratamiento del adulto mayor. Aunque carece de la totalidad de los servicios especializados, así como de los equipos médicos adecuados, el personal de salud en la medida de sus posibilidades intenta con recursos propios actualizarse en universidades e institutos, debido a la falta de desarrollo de un proceso de formación y capacitación según competencias dentro del propio nosocomio.

Desde su origen el HMG ha sido considerado como una dependencia del Ejército (unidad recaudadora), lo que le ha valido mantener dos grandes limitaciones a su crecimiento: (1) el no disponer directamente de los ingresos que recauda, dado que todo se revierte al COSALE y este dispone según necesidades del Ejército la aprobación del presupuesto anual; y (2) el manejo del personal (selección y contratación) según disposición por parte del COPERRE, y no inmediatamente desde los órganos ejecutivos del nosocomio.

### **11.2. Aspectos externos**

El reconocimiento del MINSA (Hospital II-E), le ha generado al HMG no solo un canal de comunicación directo con el sector salud, que incluye la supervisión, sino también una necesidad de ajustar su gestión a sus estándares y parámetros en la atención integral de salud al adulto mayor, tanto de la institución castrense como de la creciente cohorte poblacional de los distritos que son de su competencia territorial (Chorrillos, Barranco y Surco).

Ante ese escenario, a mediano plazo el HMG empezará a competir con los otros nosocomios aledaños en la atención de esa población, por lo que en un inicio los precios serán un factor determinante en la elección del público usuario. Debilidad del HMG, que se agravará con las limitaciones que le establezcan en la disposición presupuestal o la gestión de recursos humanos.

## **Capítulo II. Bases estratégicas del Hospital Militar Geriátrico**

### **1. Proceso de planificación estratégica**

En nuestro país, la política de estado para las personas adultas mayores tiene como referente el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores y la ley 28803. El ente rector de esta política es el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), que la promueve y monitorea a través de la Dirección de Personas Adultas Mayores (MIMP, 2013).

#### **1.1. Evaluación de la población objetivo**

Según datos del INEI, la tasa bruta de mortalidad (TBM) para el periodo 2010-2015 es de seis por mil habitantes, la cual ha tenido una ligera disminución, si lo comparamos con los periodos 1995-2000 (6.4) y 2000-2005 (6.2). La TBM más baja corresponde a Tacna, Callao, Madre de Dios (4.6 por mil) y la más elevada a Huancavelica (8.9 por mil), mientras que los otros departamentos que tendrán TBM menores al 5.0 por mil serán Tumbes (4.7 por mil), en la costa, y en la selva, San Martín (4.7 por mil). El caso particular de Lima es de crecimiento de la TBM, con 5.2 por mil.

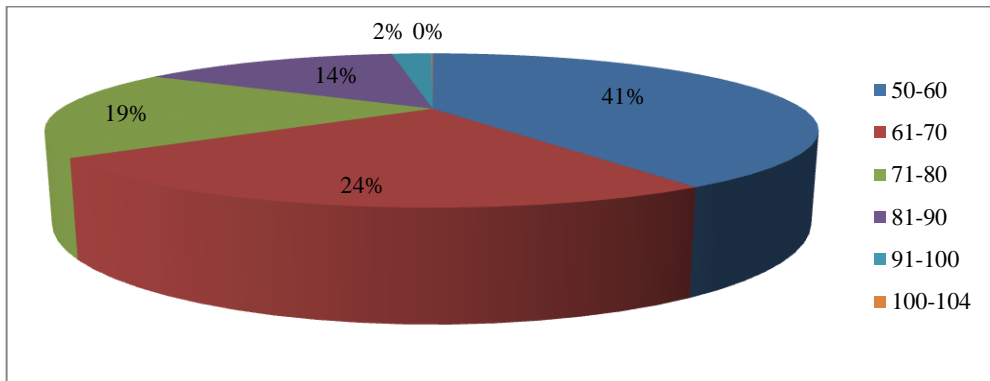
Las proyecciones del mismo INEI, en el periodo 2010-2025, destacan que la esperanza de vida al nacer en el departamento de Lima será de 76.3 años (74 años para los hombres y 78.8 para las mujeres). Además, señala esa institución que «el 40,2% de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales, al menos una persona de 60 y más años de edad». Esto determina que los adultos mayores aumenten en 3.3%, con lo que para el 2021 llegarían a ser el 11.2% de población peruana. Es decir, aproximadamente, 3 727 000.

Un dato que también destaca el INEI es el hecho de que actualmente «el 81,3% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina este problema de salud afecta al 70,1%. Por otro lado, las mujeres del área urbana (83,4%) presentaron en mayor medida algún problema de salud crónico, que las de Lima Metropolitana (80,6%) y rural (78,3%)». Como la no pertenencia de los mayores de 65 años a un sistema previsional es un problema en crecimiento, el Estado adoptó un programa especial para atender esa necesidad. Sin embargo, si esto no tiene una contrapartida desde los aportes a este sistema de aquel sector que representa la población económicamente activa, la situación se hace endémica.



En el caso del ejército, si realizamos una distribución por rangos de edad de la población mayor a 49 años, nos podremos percatar de que existe una base amplia de personas cuya edad promedio es de 58 años, y que dentro de los próximos diez años irá aumentando moderadamente la población de adulto mayor, posiblemente requiriendo algún tipo de atención geriátrica.

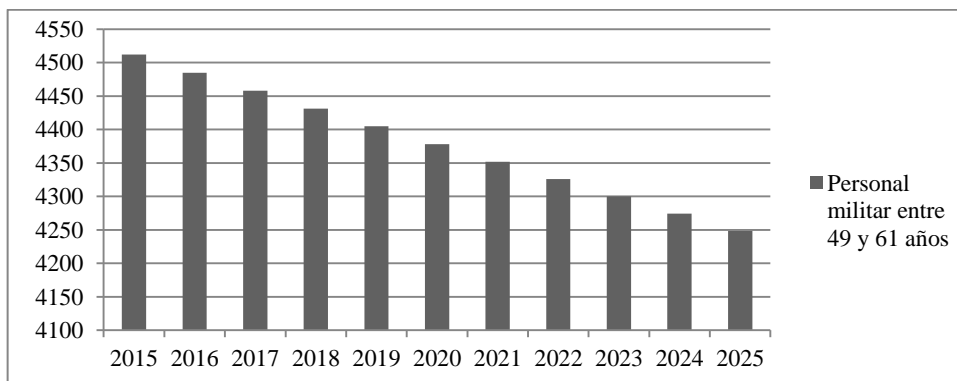
**Gráfico1. Distribución de la población del EP por rango de edad, a partir de los 50 años - 2015**



Fuente: Elaboración propia. Base de datos del Comando de Personal del Ejército.

Si tomamos la primera categoría del personal militar, mencionado en el gráfico anterior, y lo proyectamos a diez años, aplicándole el índice de mortalidad determinado por el INEI, podemos darnos cuenta, preliminarmente, de que el 94% de los que hoy tienen 50 años llegará a conformar la población geriátrica.

**Gráfico2. Proyección del personal entre 49 y 61 años del EP al 2025**



Fuente: Elaboración propia. Base de datos del Comando de Personal del Ejército.

El Hospital Militar Geriátrico está circunscrito a la jurisdicción de la Dirección de Salud Lima-Sur (DISA IV), que abarca los distritos de Barranco, Chorrillos y Surco. No obstante, también

recibe visitantes de otros distritos, incluso de otras partes del Perú. Y es que la cobertura de salud se circunscribe a las más de 220.876 personas que ya se registraban en el año 2012. Sin embargo, en lo que respecta solo al personal militar, sus beneficiarios se distribuyen de la siguiente manera.

**Tabla 8. Beneficiarios de los servicios de salud del ejército (2012)**

Situación de personal	N° de población
Actividad	19133
Retiro	9651
PTSMV	41365
Cadetes-alumnos	2233
Discapacitados	2128
Excombatientes	1676
Beneficiarios (familia militar)	139889
Beneficiarios (familia discapacitados)	4799
TOTAL	220876

Fuente: Dirección Administrativa del Hospital Militar Geriátrico.

De esta población, el HMG enfoca su atención, como es natural, en el sector de los adultos mayores, que llegan a un total de 36504, con marcada predominancia de los que tienen entre 60 y 64, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

**Tabla 9. Población adulta mayor usuaria de los servicios de salud, según edad (2012)**

Situación actual	RETIRO (OO, TCOs y SSOO)	EX COMB	CGI	ESPOSAS (OO, TCO Y SSOO) (retiro)	PADRES (OO, TCO Y SSOO) (actividad)	PADRES (OO, TCO Y SSOO) (retiro)						
EDAD	12319		2234		184		9987		5847		5933	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
60-64	9529	26.1	0	0	38	0.1	8248	22.5	2891	7.9	832	2.3
65-69	2064	5.7	0	0	26	0.07	1189	3.3	1206	3.3	3181	8.7
70-74	435	1.2	230	0.6	33	0.09	351	0.95	1296	3.6	1670	4.6
75-79	115	0.3	1598	4.3	28	0.08	92	0.25	261	0.7	96	0.3
80-84	95	0.3	325	0.9	27	0.07	68	0.2	134	0.4	81	0.2
85 a más	81	0.2	81	0.2	32	0.09	39	0.1	59	0.2	73	0.2
TOTAL	12319	33.8	2234	6	184	0.5	9987	27.3	5847	16	5933	16

Fuente: Hospital Militar Geriátrico.

En el caso del Hospital Militar Geriátrico, si tomamos los datos del periodo que comprende los años 2000 al 2012, se puede ver que ha experimentado un crecimiento de las consultas externas, llegando en este último año a 33517. Del detalle de esta información podemos determinar que el perfil de morbilidad está dado por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema genitourinario y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Externamente, el Hospital Militar Geriátrico comparte la atención con otros nosocomios dentro de su área de influencia: un hospital materno infantil, un centro de salud de emergencia, nueve centros de salud, dos puestos de salud y una clínica, sin contar con la Compañía de Bomberos y el Policlínico de la PNP, así como el Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa, en Miraflores, a quince minutos del HMG, o el Hospital María Auxiliadora, a treinta minutos de este.

### **1.2. Determinación de una visión y misión**

La visión que debe definir al Hospital Militar Geriátrico, según resultados del grupo focal, es la siguiente: ser un hospital líder a nivel regional en la prestación de servicios de salud al adulto mayor, así como en la formación e investigación en geriatría y gerontología. Por otra parte, la misión propuesta es la siguiente: prestar oportunamente un servicio integral de salud a los adultos mayores de la comunidad, en los aspectos de prevención, promoción, rehabilitación, docencia, investigación y tratamiento.

### **1.3. Definición de las estrategias del Hospital Militar Geriátrico**

Los programas que se generan desde el sistema de salud del ejército cuentan con ventajas comparativas con relación a sus pares de otros sectores de la administración pública, como son la existencia de infraestructura y personal en el Sistema de Salud del Ejército, los costos de tratamientos y medicamentos relativamente menores en comparación con otras clínicas y hospitales, la cobertura ofrecida puede ser a escala nacional gracias a la amplitud de los canales de distribución de los que dispone el Ejército y la existencia de un nicho de mercado cautivo no explotado (Arbaiza, 2013).

## **2. Diseño de estrategias**

### **2.1. Análisis interno: fortalezas y debilidades**

El análisis interno se realizó ponderando, en porcentajes, los factores sobre los cuales el hospital tiene más control que se debe potenciar y aprovechar al máximo para el éxito de sus servicios especializados hacia el adulto mayor (fortalezas) y de aquellos factores que afectan de manera

negativa el desarrollo de estos mismos servicios y que los ubica en una posición desfavorable en el mercado de servicios médicos dirigidos a ese sector poblacional (debilidades).

Una vez ponderados aquellos factores, se les otorga una calificación a cada uno, basado en la perspectiva del desempeño de la institución (fortalezas: 3 al menor y 4 al mayor; debilidades: 1 al mayor y 2 al menor). Ambos puntajes se multiplican para determinar cuál de todos los factores identificados por el propio grupo es de mayor coincidencia.

**Tabla 10. Matriz de factores internos clave: fortalezas**

FORTALEZAS	Ponderación	Calificación	Total
Único hospital especializado en geriatría en distritos aledaños	10%	4	0.4
Experiencia de su personal en el tratamiento geriátrico	5%	3	0.2
Personal debidamente capacitado	10%	3	0.3
Infraestructura moderna	10%	4	0.4

Fuente: Elaboración propia, basada en resultados de grupo focal.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, la fortaleza del hospital se centra principalmente en dos aspectos específicos: (1) la especialidad en la atención en salud del adulto mayor (geriatría) y (2) la disposición de una amplia infraestructura para brindar servicios médicos. Asimismo, existen dos aspectos que denotan un menor esfuerzo de atención por parte la administración: (1) la actualización del personal en diferentes servicios médicos y (2) la capitalización de la experiencia en geriatría.

**Tabla 11. Matriz de factores internos clave: debilidades**

DEBILIDAD	Ponderación	Calificación	Total
Limitadas especialidades	15%	2	0.3
Déficit de personal médico en geriatría	20%	1	0.2
Limitado equipamiento y materiales	20%	1	0.2
Poca publicidad de los servicios	10%	2	0.2

Fuente: Elaboración propia, basada en resultados de grupo focal.

En el caso de las debilidades identificadas, la principal debilidad del hospital es la limitación en las especialidades que harían integral la atención geriátrica. Junto a esta, se encuentran las limitaciones en el número de profesionales especialistas, la falta de equipamiento y materiales médicos para completar los servicios y la escasa publicidad generada desde la entidad para hacer notar sus servicios.

## 2.2. Análisis externo: oportunidades y amenazas

Al igual que el análisis interno, la evaluación externa se realizó ponderando porcentualmente, los factores en el mercado que beneficiarían el éxito de los servicios que puede brindar el hospital (oportunidades) y aquellos factores que perjudicarían la prestación de los mismos (amenazas). Las calificaciones que los participantes pueden asignar a cada uno de los factores considerados, tomando en cuenta cómo las acciones del hospital reaccionan ante estos, fueron las siguientes: 1, para deficiente, 2, para promedio, 3, para arriba del promedio y 4, para excelente.

**Tabla 12. Matriz de factores externos clave: oportunidades**

OPORTUNIDADES	Ponderación	Calificación	Total
Crecimiento de la población adulto mayor en el EP	15%	2	0.3
Alta valoración del MINSA a la gestión del HMG	10%	2	0.2
Crecimiento potencial del apoyo privado a la investigación	15%	3	0.5
Generación de mayores capacitaciones en geriatría	15%	2	0.3

Fuente: Elaboración propia, basada en resultados de grupo focal.

Una de las oportunidades más importantes que se encuentra en el entorno del hospital es el elevado interés del sector privado en financiar proyectos de investigación en medicina. Asimismo, existen tres factores que pueden impactar positivamente en el nosocomio: (1) crecimiento de la población adulto mayor del Ejército del Perú, como parte de una tendencia a nivel nacional, (2) el desarrollo de instituciones superiores educativas de especialidades médicas vinculadas con la geriatría y (3) los resultados positivos de las evaluaciones del MINSA que generan una buena relación con el hospital.

**Tabla 13. Matriz de factores externos clave: amenazas**

AMENAZAS	Ponderación	Calificación	Total
Menor costo de las consultas y tratamiento en hospitales	10%	2	0.2
Mayor limitación para disponer del presupuesto del COSALE	15%	1	0.2
Poca disposición de personal derivado del COPERE	5%	1	0.1
Poca seguridad en el acceso al hospital	15%	2	0.3

Fuente: Elaboración propia, basada en resultados de grupo focal.

En este aspecto, existen amenazas con las mismas valoraciones: (1) menores costos de los servicios que ofrecen otros nosocomios de zonas aledañas, (2) las limitaciones en la disposición del presupuesto, por cuanto existe el control del Comando de Salud del Ejército y (3) la

imposibilidad de poder gestionar los recursos humanos. Finalmente, una amenaza menor es la inseguridad de la zona para las personas.

### 2.3. Matriz estratégica

La matriz FODA que presentamos seguida continuación, expresa los factores internos y externos que, entrelazados, determinaran las estrategias para el hospital, como ofensivas (une fortalezas y oportunidades), defensivas (conjuga fortalezas y amenazas), de adaptación, (intersecta debilidades y oportunidades) y de supervivencia (une debilidades y amenazas).

**Tabla 14. Matriz FODA del Hospital Militar Geriátrico**

				FORTALEZAS				DEBILIDADES					
				1.Único hospital especializado en geriatría en distritos aledaños					1.Limitadas especialidades				
				2.Experiencia de su personal en el tratamiento geriátrico					2.Déficit de personal médico en geriatría				
				3.Personal debidamente capacitado					3.Limitado equipamiento y materiales				
				4.Infraestructura moderna					4.Poca publicidad de los servicios				
OPORTUNIDADES				F1	F2	F3	F4		D1	D2	D3	D4	
1.Crecimiento de la población adulto mayor en el EP	O1	1	O1-F1, F3, F4	X		X	X	O1-D1	9	X			
2.Alta valoración del MINSA a la gestión del HMG	O2	2	O2-F1, F4	X			X		10				
3.Crecimiento potencial del apoyo privado a la investigación	O3	3	O3-F1, F2, F3, F4	X	X	X	X	O3-D1, D2, D3, D4	11	X	X	X	X
4.Generación de mayores capacitaciones en geriatría	O4	4	O4-F1, F3, F4	X		X	X	O4-D1	12	X			

AMENAZAS			F1	F2	F3	F4		D1	D2	D3	D4	
1. Menor costo de las consultas y tratamiento en hospitales	A1	5	A1- F1, F3, F4	X		X	X	A1- D1	13	X		
2. Mayor limitación para disponer del presupuesto del COSALE	A2	6	A2-F1, F3, F4	X		X	X	A2- D1	14	X		
3. Poca disposición de personal derivado del COPERE	A3	7	A3-F1, F3, F4	X		X	X	A3- D1	15	X		
4. Poca seguridad en el acceso al hospital	A4	8	A4-F1, F4	X			X	A4- D1	16			

Fuente: Elaboración propia, basada en resultados de grupo focal.

## 2.4. Definición de estrategias

### 2.4.1. Estrategias ofensivas

Estas estrategias comprenden lo siguiente: realizar alianzas con el sector privado para el financiamiento de investigación especializada realizada en el Hospital Militar Geriátrico con personal e infraestructura adecuada, diseñar acciones para la captación de la demanda real de servicios médicos geriátricos de los miembros del Ejército del Perú y fortalecer convenios de cooperación con instituciones de formación e investigación especializadas en geriatría.

### 2.4.2. Estrategias defensivas

Estas comprenden brindar tratamientos integrales y especializados en geriatría a precios accesibles a la comunidad, realizar las gestiones necesarias para la calificación como unidad operativa, enfocada a la autonomía presupuestal para la gestión financiera y de recursos humanos, y mejorar el acceso de los visitantes a las instalaciones para fortalecer la seguridad.

### 2.4.3. Estrategias de adaptación

Estas estrategias comprenden desarrollar investigaciones conjuntas con instituciones afines, financiadas por el sector privado en especialidades no desarrolladas por el Hospital Militar Geriátrico, y realizar campañas informativas en el ejército sobre los servicios brindados por el Hospital Militar Geriátrico.

### 2.4.4. Estrategias de supervivencia

Estas estrategias comprenden la tercerización de servicios médicos geriátricos en especialidades no brindadas por el Hospital Militar Geriátrico.

## 2.5. Determinación de la estrategia viable

Una vez clasificadas las estrategias, se determinará objetivamente mediante la Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE) que alternativas estratégicas, de todas las presentadas, es la mejor (D'Alessio, 2015, pág. 300). Incluimos en la MCPE la ponderación de las matrices MEFI y MEFE (vertical) y las estrategias definidas a partir de la matriz FODA (horizontal), y establecemos los siguientes valores (1=no aceptable; 2=algo aceptable; 3=aceptable; 4=muy aceptable).

**Tabla 15. Matriz cuantitativa del planeamiento estratégico (MCPE)**

Factores	Ponderación	Ofensiva		Defensiva		Adaptación		Supervivencia	
		PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA
<b>Oportunidades</b>									
(1)	0.15	3	0.45	4	0.15	3	0.45	2	0.3
(2)	0.10	3	0.3	3	0.10	2	0.2	2	0.2
(3)	0.15	3	0.45	4	0.15	3	0.45	3	0.45
(4)	0.15	4	0.6	4	0.15	2	0.3	2	0.3
<b>Amenazas</b>									
(1)	0.10	3	0.3	3	0.3	1	0.1	1	0.1
(2)	0.15	3	0.45	4	0.6	2	0.3	1	0.15
(3)	0.05	2	0.1	4	0.2	2	0.1	2	0.1
(4)	0.15	2	0.3	3	0.45	1	0.15	1	0.15
<b>Fortalezas</b>									
(1)	0.10	4	0.4	4	0.4	3	0.3	3	0.3
(2)	0.05	3	0.15	4	0.2	3	0.15	2	0.1
(3)	0.10	2	0.2	4	0.4	2	0.2	2	0.2
(4)	0.10	2	0.2	4	0.4	3	0.3	3	0.3
<b>Debilidades</b>									
(1)	0.15	3	0.45	4	0.6	2	0.3	2	0.3
(2)	0.20	3	0.6	3	0.6	1	0.2	1	0.2
(3)	0.20	3	0.6	4	0.8	1	0.2	1	0.2
(4)	0.10	2	0.2	3	0.3	2	0.2	2	0.2
<b>Total</b>	<b>2.00</b>		<b>5.75</b>		<b>5.80</b>		<b>3.90</b>		<b>3.55</b>

Fuente: Fernando D'Alessio, 2015, pp. 377 -399.

## 3. Establecimiento de los objetivos estratégicos

Debemos considerar previamente los siguientes aspectos: (1) la necesidad de crecimiento de los ingresos, adoptado como política institucional, (2) la participación del Hospital Militar Geriátrico en el sector de servicios de salud geriátrica, (3) el cumplimiento de las políticas del MINSA y (4) las potencialidades del Hospital Militar Geriátrico, con base en la posesión de una



amplia infraestructura y de personal con experiencia. En ese sentido, como hospital regional, su posición en el mercado es débil, no solo porque le falta cubrir la demanda que es atendida en el HMC, sino que además necesita ofrecer un servicio que le permita proyectarse a la comunidad.

Las estrategias que se priorizan son las denominadas defensivas, que reúne las siguientes: (1) brindar a la comunidad tratamientos integrales y especializados en geriatría, a precios accesibles, (2) realizar las gestiones necesarias para la calificación como unidad operativa, enfocada en la autonomía presupuestal para la gestión financiera y de recursos humanos y (3) mejorar el acceso a las instalaciones para fortalecer la seguridad en los exteriores.

**Tabla 16. Objetivos estratégicos**

Objetivos estratégicos	
Brindar a la comunidad tratamientos integrales y especializados en geriatría a precios accesibles.	
OB1	Incrementar los ingresos del hospital.
OB2	Diseñar un proceso de tratamiento integral y de largo plazo para la comunidad.
OB3	Capacitación del mejor personal en gestión de salud del adulto mayor.
OB4	Promover el desarrollo de investigaciones en el campo clínico, operativo y tecnológico, que incluya la publicación de las mismas.
Realizar las gestiones necesarias para la calificación como unidad operativa, enfocada en la autonomía presupuestal para la gestión financiera y de recursos humanos.	
OB5	Conseguir la calificación de unidad operativa.
OB6	Diseñar una estructura de costos para los servicios brindados.
OB7	Mejorar el clima laboral, satisfaciendo las necesidades del personal e incorporando sus sugerencias de mejora.
OB8	Desarrollar un sistema integrado de información, con base estadística.
OB9	Consolidar una red de voluntariado con universidades, institutos y colegios.
Mejorar el acceso de los visitantes a las instalaciones para fortalecer la seguridad en los exteriores.	
OB10	Mejorar la visibilidad externa del hospital
OB11	Coordinar acciones de seguridad en los exteriores, con autoridades locales.
OB12	Fortalecer la atención a domicilio.

Fuente: Elaboración propia.

Cabe señalar que las acciones que resultan neurálgicas para que todos estos objetivos estratégicos puedan alcanzarse con mayor velocidad son las que van a llevar a la obtención de la calificación de unidad operativa, por cuanto, con este logro, el manejo presupuestal ya no estaría en manos del COSALE y la gestión de los recursos humanos escaparía enteramente del control del COPERE.

### **Capítulo III: Generación de la propuesta de valor**

Identificados los factores claves internos y externos (MEFI y MEFE), diseñadas las estrategias a partir de ellos (MFODA), priorizadas las más viables (MCPE) y construidos los objetivos estratégicos de la estrategia más valorada (5.80 puntos), se elaborará la propuesta de valor enfocada al cliente actual y potencial. Esto se realizará sobre la base del modelo establecido por Norton & Kaplan y las encuestas realizadas a los visitantes del Hospital Militar Geriátrico.

En ese sentido, tanto los objetivos estratégicos como la propuesta de valor, sirven de insumo para la construcción del cuadro de mando integral, que se propone como un instrumento adecuado para el monitoreo y evaluación, que representan las siguientes fases del proceso estratégico, y que distingue a una gestión estratégica de una operativa. De esta manera, presentamos la base teórica de la propuesta de valor y los resultados de las encuestas aplicadas en el Hospital Militar Geriátrico.

#### **1. Consideraciones para la propuesta de valor**

Siguiendo el modelo de Norton y Kaplan, el objetivo final de la propuesta de valor para el cliente es el de obtener, en primer lugar, su satisfacción y, luego, su fidelidad, dependiendo del segmento a dónde se dirija, lo cuales medido desde la perspectiva del cliente. De esta forma, se identificará los patrones de valor que el HMG transmite sobre su mercado objetivo, que por el momento son los adultos mayores del EP y sus familias y, en forma limitada aún, a la comunidad. De esta manera, las encuestas persiguen establecer una línea de base sobre el primer aspecto: la satisfacción, que luego estará supeditada a la propuesta de valor que se proponga.

En ese sentido, la propuesta de valor del CMI reúne elementos como el atributo del servicio (funcionalidad, precio y calidad), la relación (características de entrega del servicio) y la imagen, que se identifican, en el caso del HMG, en los servicios al cliente, la gestión institucional y la atención al cliente, respectivamente. Adicionalmente, es de interés establecer también la satisfacción del cliente, en el aspecto más logrado del nosocomio, como es la infraestructura.

##### **1.1. Consideraciones para la elección de la población**

El diseño del cuadro de mando integral requiere de la construcción de una propuesta de valor en la perspectiva del cliente. Esto implica la caracterización del servicio que el beneficiario desea recibir del Hospital Militar Geriátrico, bajo consideraciones de satisfacción. La medición se

realizó a través de una encuesta, con escala de Likert, dividida en cinco opciones: (1) Muy insatisfecho, (2) Insatisfecho, (3) Satisfecho, (4) Muy satisfecho y (5) No sabe, no contesta.

El método empleado para la selección de la población a encuestar es el muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas, dado que satisface las siguientes consideraciones: (1) cada una de las personas seleccionadas proviene de la población (personas que solicitan los servicios del hospital) y (2) cada persona se selecciona independientemente (es decir, se le encuesta conforme va llegando, y en diferentes días).

La encuesta fue aplicada en un periodo que comprende del 10 al 24 de agosto del 2015, a una muestra poblacional de 362 personas que visitaron el hospital, que supera el mínimo considerado para testear (356), resultado de aplicar un porcentaje de error de 5%, un nivel de confianza de 95% y una distribución de las respuestas del 50%.

### 1.2. Características de la población evaluada

El 50.8% de los encuestados es de sexo femenino, mientras que el 49.2% es masculino. Un 10.8% está dentro del rango de edad de 36 a 45 años, el 40.3% entre los 56 y los 65 años y el 48.9 tiene más de 65 años. La relación que la persona que se atiende tiene con el beneficiario se distribuye de la siguiente manera:

**Tabla 17. HMG: Relación con el beneficiario**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Paciente	159	43,9	43,9	43,9
	Madre	96	26,5	26,5	70,4
	Padre	64	17,7	17,7	88,1
	Hijo (a)	39	10,8	10,8	99,9
	Otros	4	1,1	1,1	100,0
	Total	362	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la base de datos de las encuestas (2015).

Una de las cuestiones importantes que se indagó fue el estado de salud en que se encontraba el solicitante de atención médica, lo que dio como resultado una diversidad de respuestas. El 57.7% declaró sentirse regular, mientras que el 23.2% manifestó tener un buen estado de salud.

Estos resultados pueden llevarnos a pensar que los beneficiarios del hospital mantienen una buena salud o, por lo menos, acuden al médico cuando sienten que esta es regular. Además, la

tabla siguiente nos permite conocer realmente el interés que le dan los beneficiarios del Hospital Militar Geriátrico a su salud, pues existe un alto porcentaje que realiza estas visitas entre una y tres veces en seis meses.

**Tabla 18. HMG: ¿Cuántas veces ha acudido al médico en los últimos seis meses?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	15	4,1	4,1	4,1
	1-3 veces	247	68,2	68,2	72,4
	Más de 3 veces	100	27,6	27,6	100,0
	Total	362	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia, de base de datos de encuestas (2015).

La preocupación por el buen estado de salud, y con ello la permanente evaluación médica a la que ellos se someten, se complementa con el alto porcentaje (78.7%) de beneficiarios que habitualmente emplea más de un medicamento en los últimos seis meses.

**Tabla 19. HMG: Número de medicamentos de uso habitual.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	0	12	3,3	3,3	3,3
	1	65	18,0	18,0	21,3
	2 o 3	285	78,7	78,7	100,0
	Total	362	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con información obtenida de la base de datos de las encuestas (2015).

## 2. Satisfacción del beneficiario

La satisfacción del beneficiario se mide bajo cuatro aspectos: (1) atención del cliente, (2) servicios prestados, (3) disposición de la infraestructura y (4) gestión institucional.

### 2.1. Atención al cliente

La satisfacción del beneficiario, desde el aspecto de la atención del cliente, es evaluada en cinco áreas: (1) la atención recibida en general, (2) el trato a los pacientes, (3) la información proporcionada (fácil de entender), (4) la calidad de las actividades que se realizan en el HMG y (5) la atención por teléfono. Estos aspectos sostienen el componente de la imagen de la propuesta de valor del CMI.

**Tabla 20. HMG: Satisfacción -atención al cliente**

		Atención recibida en general	Trato a los clientes (paciente)	Información proporcionada (fácil de entender)	Calidad de actividades	Atención por teléfono
Válido	Muy insatisfecho	0	1,1	2,2	2,2	32,3
	Insatisfecho	22,9	14,1	50,0	16,0	40,6
	Satisfecho	59,4	75,4	44,5	73,2	13,3
	Muy satisfecho	17,7	9,4	3,3	7,5	2,2
	NS/NC	0	0	0	1,1	11,6
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00

Fuente: Elaboración propia.

El promedio de los resultados que corresponde a este aspecto es de 53.16% para ‘satisfecho’ y de 28.72% para ‘insatisfecho’. Además se destaca que el más alto porcentaje de insatisfacción se encuentra en el aspecto de información proporcionada, con 50.0%. Por su parte, el más alto grado de satisfacción se detecta en el trato a los pacientes, con 84.8%.

## 2.2. Servicios prestados

La satisfacción del beneficiario, desde el aspecto de los servicios prestados, es evaluado en seis áreas: (1) disponibilidad de servicios médicos, (2) prontitud en la detección de enfermedades, (3) costo de los servicios, (4) pertinencia de la atención recibida, (5) abastecimiento de medicamentos y (6) comida proporcionada. Estos aspectos sostienen el componente de ‘atributos del servicio’ dentro de la propuesta del valor alrededor del cual gira el CMI.

**Tabla 21. HMG: Satisfacción -servicios prestados**

	Disponibilidad de servicios médicos	Prontitud en la detección de enfermedades	Costo de los servicios	Pertinencia de la atención recibida	Abasteci- miento de medica- mentos	Comida propor- cionada
Muy insatisfecho	9,9	1,1	1,1	1,1	33,1	1,9
Insatisfecho	61,0	11,0	5,2	5,0	57,2	24,3
Satisfecho	24,6	83,4	90,6	88,7	7,5	67,4
Muy satisfecho	4,4	3,3	1,9	4,1	1,1	3,3
NS/NC	0	1,1	1,1	1,1	1,1	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

El promedio de los resultados que corresponde a este aspecto es de 60.4% para ‘satisfecho’ y de 27.3% para ‘insatisfecho’. Además, se destaca que el más alto porcentaje de insatisfacción se encuentra en los aspectos de abastecimiento de medicamentos, con 90.3%, y la disponibilidad de servicios médicos, con 70.9%. El más alto grado de satisfacción se detecta en el costo de los servicios y la pertinencia de la atención recibida, ambos con 92%.

### 2.3. Disposición de la infraestructura

La satisfacción del beneficiario, desde el aspecto de la disposición de la infraestructura, es evaluado en cinco áreas: (1) comodidad del mobiliario, (2) número de baños, (3) limpieza de los baños, (4) acceso a las instalaciones y (5) señalización e iluminación de las áreas.

**Tabla 22. HMG: Satisfacción -disposición de la infraestructura**

	Comodidad del mobiliario	Número de baños	Limpieza de los espacios	Acceso a las instalaciones	Señalizaciones e iluminación de las áreas
Muy insatisfecho	0	8,3	1,9	0	0,8
Insatisfecho	6,4	37,0	18,2	9,1	15,7
Satisfecho	89,5	50,6	76,5	88,7	78,5
Muy satisfecho	4,1	3,0	3,3	1,1	3,0
NS/NC	0	1,1	0	1,1	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00

Fuente: Elaboración propia.

El promedio de los resultados que corresponde a este aspecto es de 76.76% para ‘satisfecho’ y de 17.28% para ‘insatisfecho’. Además, se destaca que el más alto porcentaje de insatisfacción se encuentra en el aspecto de número de baños, con 37.0%, mientras que el más alto grado de satisfacción se detecta en la comodidad del mobiliario, con 95.9%.

### 2.4. Gestión institucional

La satisfacción del beneficiario, desde el aspecto de la gestión institucional, es evaluado en cinco áreas: (1) funcionamiento del hospital, (2) organización del hospital, (3) calificación del personal médico, (4) calificación del personal de enfermería y (5) resolución oportuna de los problemas. Estos componentes sustentan el desarrollo de los elementos denominados ‘relaciones’ de la propuesta de valor del CMI.

**Tabla 23. HMG: Satisfacción -gestión institucional**

		Funciona- miento del hospital	Organización del hospital	Calificación del personal médico	Calificación del personal de enfermería	Resuelven oportuna- mente los problemas
Válido	Muy insatisfecho	0	0	0	0	0,8
	Insatisfecho	20,7	10,2	4,4	11,6	18,8
	Satisfecho	57,5	63,3	87,3	81,5	73,8
	Muy satisfecho	2,2	1,1	6,6	3,3	3,3
	NS/NC	19,6	25,4	1,7	3,6	3,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00

Fuente: Elaboración propia.

El promedio de los resultados que corresponde a este aspecto es de 72.68% para ‘satisfecho’ y de 13.14% para ‘insatisfecho’. Además, se destaca que el más alto porcentaje de insatisfacción se encuentra en el aspecto de funcionamiento del hospital, con 20.7%, mientras que el más alto grado de satisfacción se detecta en la calificación del personal médico, con 93.9%.

Como se puede observar en estos cuatro aspectos analizados, el de atención al cliente es el que tiene el menor grado de satisfacción (53.16%) y el mayor grado de insatisfacción (28.72%), seguido por el de los servicios prestados y, aunque los dos restantes son importantes (infraestructura y gestión), resultan ser complementarios de la atención médica y los servicios de salud, que son los de mayor impacto y percepción de los beneficiarios. Esto muestra la necesidad de que se creen y entreguen servicios que sean valorados por el beneficiario, por lo que se debe identificar la propuesta de valor añadido que se entregará a los segmentos seleccionados, con el fin de que sirva de base para el desarrollo de objetivos e indicadores para la perspectiva de cliente.

El HMG tiene clientes existentes, tales como el personal militar y familiares adulto-mayores y potenciales, que se atienden en distintos nosocomios identificadas como unidades orgánicas del COSALE, entre los que destaca el HMC, y la comunidad, representada por las personas adulto-mayores residentes en Chorrillos y en distritos aledaños. De esta forma, se puede segmentar a los beneficiarios de la siguiente manera (ver tabla 23), según los atributos del servicio que le dan prioridad:

**Tabla 24. HMG: Segmentación de los beneficiarios**

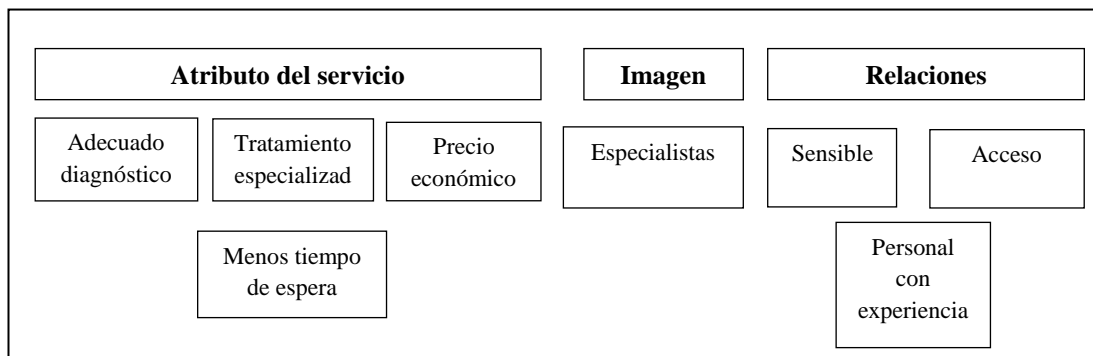
Tipo de beneficiario	Cliente	Atributo
Existentes	Pacientes	Calidad, tiempo
	Familiares	Calidad, funcionalidad
Potenciales	Personal militar que se atiende en otros nosocomios del EP	Calidad, tiempo
	Familiares adulto-mayores de personal militar	Calidad, funcionalidad
	Comunidad (adulto-mayor)	Precio, tiempo

Fuente: Elaboración propia.

### 2.5. La propuesta de valor

Tomando como base toda esta información, podemos identificar la propuesta de valor añadido para los beneficiarios del HMG.

**Gráfico3. Propuesta de valor añadido del HMG**



Fuente: Elaboración propia.

En el aspecto de los atributos de los servicios, se destacan los siguientes: (1) precios económicos, que resulten comparativamente mejores a los de otros nosocomios de distritos aledaños, (2) diagnóstico adecuado, que permita una evaluación acertada del estado de salud del paciente y los aspectos que deben ser tratados, (3) tratamiento especializado, que corresponde al tratamiento a largo plazo de las afecciones detectadas y (4) menos tiempo de espera para la atención del beneficiario, tanto para quienes ingresan por primera vez al HMG, como para quienes ya llevan un tratamiento.

En el aspecto de la imagen, el HMG debe pretender proyectar a la comunidad las características de especialización no solo en la evaluación geriátrica integral, como el tratamiento especializado, sino también en el desarrollo de investigaciones en el área médica. El propósito de la dimensión de imagen y prestigio se enfoca tanto a la captación de nuevos beneficiarios



como a generar la lealtad de los que ya son clientes del HMG. La comunicación de la imagen al exterior debe centrarse en destacar tres ideas clave de los servicios geriátricos: especialidad, integralidad y largo plazo.

Con respecto de las relaciones que genere con el público objetivo, existen tres elementos clave: (1) la sensibilidad, por la cual el servicio debe ser brindado en el menor tiempo posible, yendo más allá de las expectativas de urgencia del beneficiario, especialmente para el caso de los pacientes ingresados por emergencia; (2) el acceso, que se enfoca en la atención a los beneficiarios las 24 horas del día, así como la provisión de información; y (3) personal con experiencia, valorado no solo por la formación profesional, sino también por la capacidad de reconocer las necesidades de los beneficiarios y con la experiencia de atenderlos de manera proactiva.

### **3. La consideración del valor social**

El valor social se estima como el resultado generado cuando los recursos, procesos y políticas se combinan para generar mejoras en la vida de las personas o de la sociedad en su conjunto. De esta manera, la importancia de este en una organización depende de la magnitud de la misma. (Arbaiza, 2010).

En ese sentido, el valor social del HMG consiste en la búsqueda de la disminución de las limitaciones económicas para acceder a los servicios integrales de salud especializados y oportunos para el adulto mayor de la región Lima, con especial énfasis a los miembros del Ejército del Perú y sus familiares, brindando al mismo tiempo seguridad jurídica y un buen clima laboral a sus empleados.

El posicionamiento competitivo que predomina en el HMG, bajo las consideraciones de la referida propuesta de valor enfocada hacia la comunidad, es la de la excelencia operativa (mejor coste total), que involucra precios bajos, fiabilidad y servicios sin problemas. Adicionalmente, la propuesta de valor para los beneficiarios directos marca el predominio de una estrecha relación con los clientes (mejor solución global): servicio a su medida y prestado de manera personalizada.

Este capítulo entrega dos aportes importantes para la gestión estratégica del HMG: De un lado, la propuesta de valor segmentada para el cliente, que establece las características del servicio deseado; de otro lado, la primera línea de base para la medición de la satisfacción del cliente.

## **Capítulo IV. Proceso de generación del cuadro de mando integral**

### **1. Descomposición de la estrategia**

Como se verá en este capítulo, a partir de las estrategias generadas de la aplicación de la matriz FODA podemos seguir los tres principios que permiten que el cuadro de mando integral del HMG esté vinculado con aquellas: (1) la relación causa-efecto (que se expresa con una secuencia de declaraciones del tipo si/entonces), (2) los inductores de actuación (los mismos que deberán adaptarse a indicadores de la estrategia) y (3) la vinculación con las finanzas, de tal forma que todos los caminos causales de todos los indicadores del CMI del HMG estén vinculados con los objetivos financieros.

### **2. Organización de acciones en perspectivas estratégicas**

Como se ha visto en capítulos anteriores, las estrategias del HMG se organizarán, siguiendo el CMI, según cuatro perspectivas, con el fin de potenciar la relación de los activos tangibles con los activos intangibles. Estas son las siguientes: financiera, del beneficiario (cliente), de procesos internos y de conocimiento y aprendizaje.

#### **2.1. Perspectiva financiera**

Los objetivos que reúne esta perspectiva son dos: (1) crecimiento de los ingresos por servicios médicos brindado al segmento poblacional identificado y (2) la reducción de los costes que integran el servicio. Aunque el segundo de estos objetivos puede resultar un derivado del primero, es importante resaltarlo, dado que este tiene una relación considerable con los procesos y, por ende, con todas las acciones tendientes a hacerlos más eficientes.

##### **2.1.1. Crecimiento**

Se contempla el crecimiento de los ingresos financieros del HMG sobre la base de llevar los servicios médicos geriátricos que ya dispone a nuevos beneficiarios ajenos al personal militar y a zonas geográficas distintas a la del distrito de Chorrillos.

##### **2.1.2. Sostenibilidad**

La reducción de costes a un nivel competitivo representa uno de los aspectos financieros que necesita explotar el HMG, lo que a largo plazo implica el aumento de los ingresos por los servicios médicos geriátricos.

## 2.2. Perspectiva de cliente

La forma en que el HMG pretende incrementar y satisfacer a los clientes o beneficiarios es cumpliendo tres objetivos: (1) estableciendo precios competitivos, es decir, que el costo de oportunidad del nuevo cliente sea igual o menor al ofrecido por el HMG, (2) incrementar la atención domiciliada, con el fin de asegurar la lealtad de los beneficiarios y que persuada al resto del público objetivo a acceder a los servicios del HMG y (3) mayor seguridad en los exteriores del HMG, con lo cual se asegurará una fluidez de público constante las veinticuatro horas.

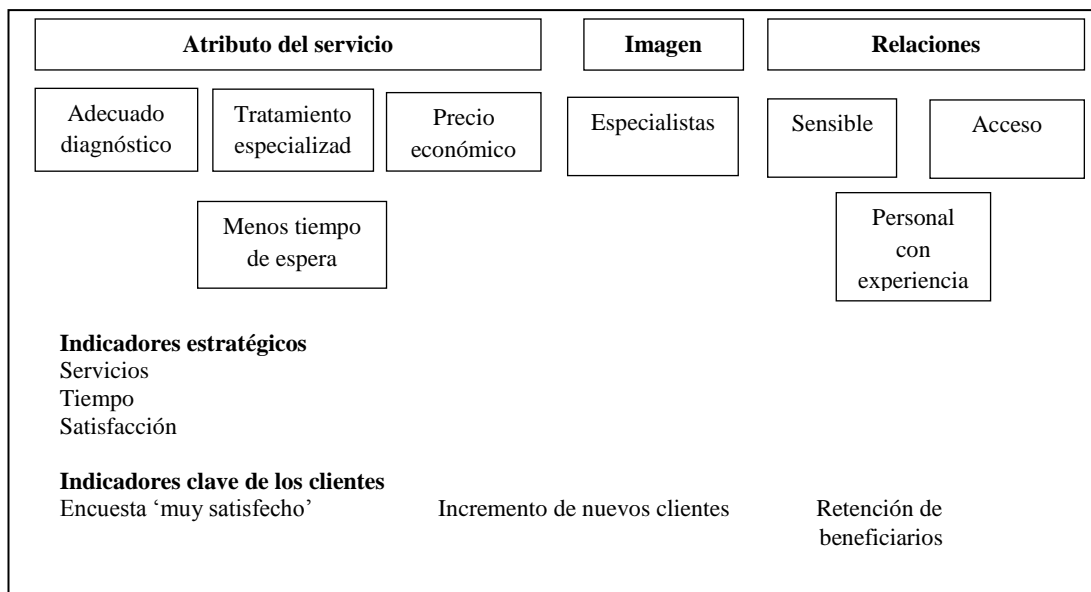
### 2.2.1. Incremento de clientes

En este aspecto se pretende medir la tasa en que el HMG atrae nuevos clientes o gana nuevos beneficiarios. Los indicadores que nos permitirán medir este incremento pueden ser el número de clientes (incluso si lo comparamos con el mes anterior o con el mes del mismo año), o por ingresos totales por servicios generados a los nuevos clientes.

### 2.2.2. Satisfacción de beneficiarios

En este aspecto se evalúa el nivel de satisfacción de los clientes según unos criterios de actuación específicos dentro de la propuesta de valor añadido, que se ha diseñado en capítulos anteriores. La medición suele ser resultado de un *feedback* con el cliente, o de una evaluación mediante encuestas de satisfacción del cliente, entrevistas personales o telefónicas.

**Gráfico4. Propuesta de valor añadido al cliente**



Fuente: Elaboración propia, según modelo de Norton & Kaplan.

### **2.3. Perspectiva de proceso interno**

En el caso del HMG, de los tres procesos que determina el modelo de Norton & Kaplan, se tomará los que corresponden a los procesos de operaciones y de innovación, por cuanto la excelencia en las operaciones y la reducción de los costes en los procesos de prestación de servicios son objetivos importantes para el HMG. Los procesos de innovación le darán la oportunidad de que estos servicios sean eficaces, eficientes y oportunos.

#### **2.3.1. Proceso de innovación**

Debemos reconocer que los aspectos que aprenderá a explotar de este proceso de innovación el HMG será la identificación de nuevos mercados, de nuevos clientes y de las necesidades emergentes y vigentes de los beneficiarios. Por ello, se necesita fortalecer sistemas de retroalimentación con el personal que tiene contacto directo con los clientes. Luego se implementará su capacidad de diseñar y desarrollar los nuevos servicios médicos que le permita alcanzar los nuevos mercados y clientes.

#### **2.3.2. Proceso operativo**

Bajo los parámetros de estos procesos, el HMG entregará los servicios existentes a los beneficiarios actuales. Es decir, se empieza con una solicitud de servicios médicos y se finaliza con la entrega del servicio al beneficiario. De esta manera, el HMG procura la entrega eficiente, consistente y oportuna de los servicios con que cuenta al personal militar o a sus familiares. Las acciones que se realizan al brindar los servicios suelen ser repetitivas y, de esta manera puede realizarse un mejor control. En esta primera fase, los procesos a los cuales se da preeminencia son los siguientes: (1) atención integral y de largo plazo al cliente, (2) proceso de captación de voluntarios, (3) procesos de entrenamiento a cuidadores y profesionales y (4) procesos de información interna, sobre la base de un sistema integrado de información.

### **2.4. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento**

Esta se verá reflejada principalmente en cuatro objetivos: (1) capacitación en gestión de salud geriátrica, (2) desarrollo de investigación, (3) especialización en contabilidad de costos y (4) mejora del clima organizacional. Los indicadores clave que se tomarán en cuenta para la alineación de las estrategias en el CMI son, principalmente, la satisfacción de los empleados, la retención del empleado y la productividad de los trabajadores del HMG. Debemos tener en cuenta que esta perspectiva representa la sostenibilidad de la propuesta, al ser su impacto y tratamiento de largo plazo.

#### **2.4.1. Capacidades de los empleados**

El manejo de herramientas de gestión de salud geriátrica permitirá al personal más comprometido con el HMG brindar propuestas de mejora continua de los procesos (especialmente aquellos identificados como críticos) y las acciones enfocadas a los beneficiarios.

#### **2.4.2. Desarrollo de sistemas informativos**

Un sistema integrado de información administrativa ayuda a los empleados a ser más competitivos, por cuanto dispone de manera oportuna de datos fiables de los clientes, de los procesos internos y, mejor aún, de las consecuencias financieras de sus decisiones. En ese sentido, permite generar un *feedback* más dinámico sobre el servicio que se pone en manos del beneficiario.

#### **2.4.3. La motivación, delegación de poder y coherencia de objetivos**

Como puede verse en el modelo de Norton & Kaplan, el foco de atención debe centrarse en el clima organizacional, para fortalecer la motivación e iniciativas de los empleados. Es decir, debe ampliarse la participación de los empleados en la mejora de las acciones del HMG, especialmente en cuanto a la calidad y el tiempo. Para evaluar, se emplea el número de sugerencias, las que generan *feedback* o la puesta en práctica de estas.

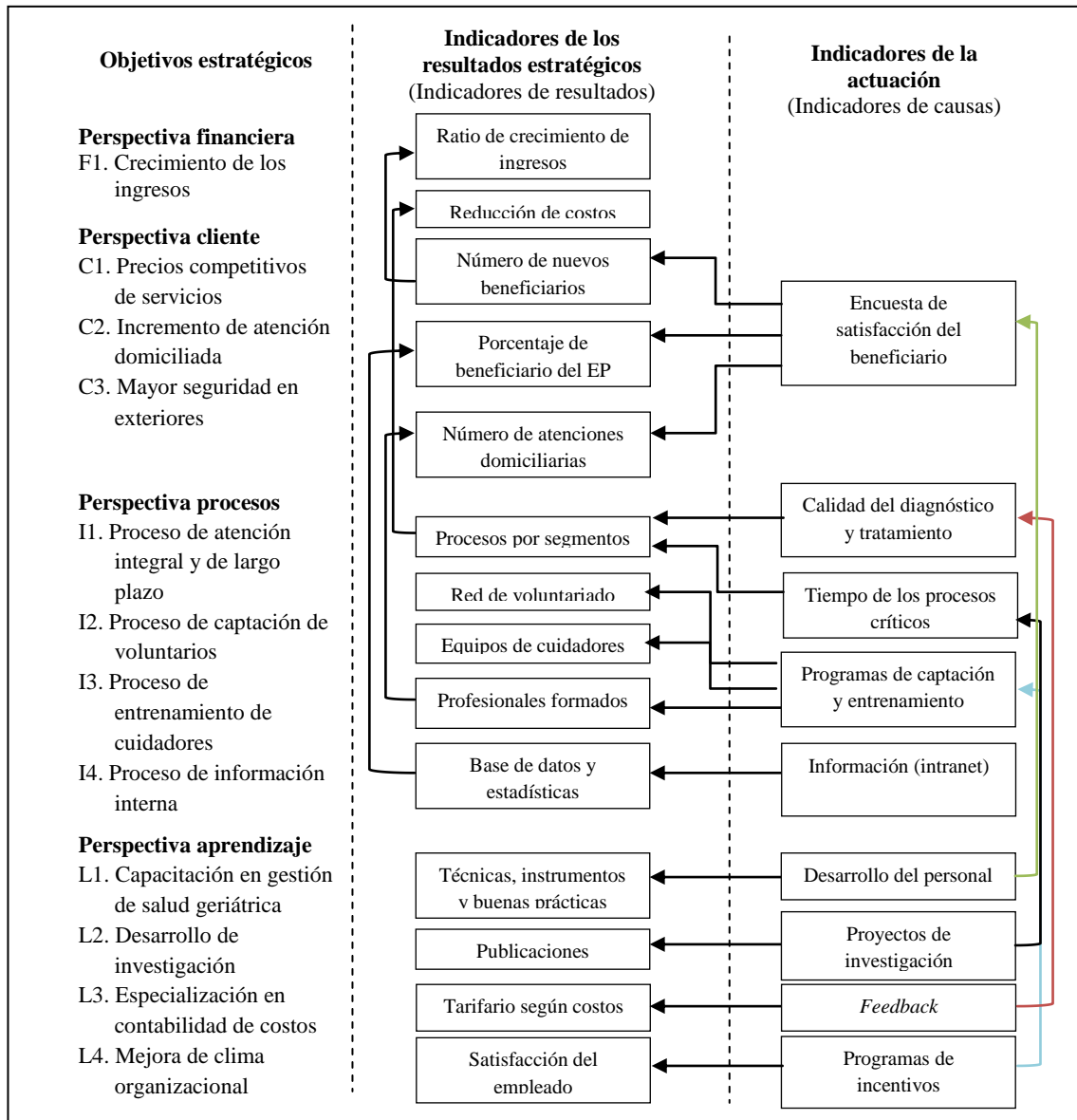
### **3. Establecimiento de relación causa-efecto**

Reconocidos los objetivos estratégicos del nosocomio, diseñada la propuesta de valor enfocada al cliente del HMG (beneficiario y comunidad) y definidas las consideraciones teóricas de las perspectivas del CMI adaptables a esta, debemos elaborar la primera de las tres herramientas que conforma el Balanced Scorecard: La tabla balanceada (las otras dos son el mapa estratégico y el plan de acción).

Como se ha mencionado anteriormente, Norton & Kaplan (2000) resaltan el hecho de que «un Cuadro de Mando Integral es un conjunto de hipótesis sobre la relación causa-efectos», por lo que se identificarán relaciones entre los objetivos en las diversas perspectivas, no solo para que estas sean explícitas, sino que también puedan ser gestionadas.

A continuación se aprecia la variación de resultados (indicadores efecto) y de inductores de actuación (indicadores causa) que se han adaptado a indicadores de la estrategia del HMG.

**Gráfico5. HMG: Relaciones de causa y efecto**

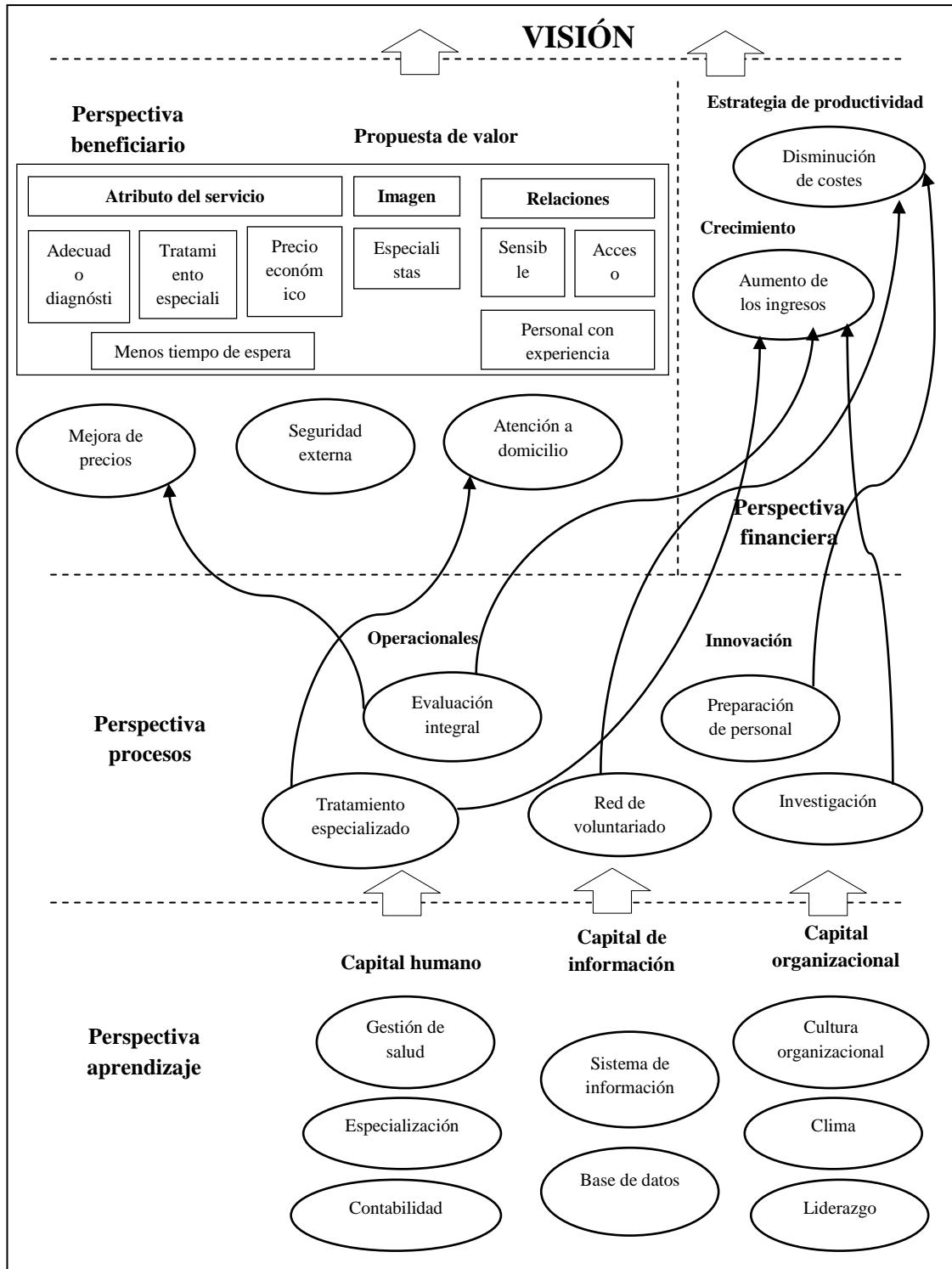


Fuente: Elaboración propia, basada en el modelo de Norton & Kaplan.

#### 4. Mapa estratégico

La segunda herramienta del Cuadro de Mando Integral, se muestra en un gráfico con la distribución de estrategias en perspectiva, así como la forma cómo se vinculan entre sí y con la propuesta de valor añadido para el cliente o el beneficiario. Las particularidades de este mapa estratégico es que de un vistazo se puede apreciar la forma en que se propone gestionar la estrategia a mediano y largo plazo, la relación que existe entre los objetivos y el alineamiento de todos ellos con la visión del HMG.

**Gráfico6. HMG: Mapa estratégico**



Fuente: Elaboración propia, basada en el modelo de Norton & Kaplan.

## Capítulo V. Programa de acción

Una vez identificadas las estrategias y expresadas como estas se relacionan en el mapa estratégico y alinean a la visión, debemos determinar cuál de ellas corresponderá realizarse en el periodo de cinco años, definiendo las actividades que le corresponderán, así como los responsables e indicadores de gestión que aportarán a la verificación de su cumplimiento.

### 1. Iniciativas estratégicas

Estrategia 1: incrementar los ingresos para la prestación de servicios brindados a la comunidad, dirigido a la independización administrativa y financiera, para cumplir con lo establecido por el MINSA y el MEF.

**Tabla 25. HMG: Programa de acción para Estrategia 1**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
1.1.	Realizar un análisis de mercado focalizado en la región Lima, sobre los servicios de salud brindados al adulto mayor.	Departamento de Gestión de Calidad, Departamento de PIP.	Informe sobre análisis de mercado.
1.2.	Diseñar un análisis de la oferta y demanda de los servicios de albergue y asilo para adultos mayores en el distrito de Lima.	Departamento de Gestión de Calidad, Departamento de PIP.	Informe sobre análisis de oferta y demanda de servicios.
1.3.	Realizar una estructura de costo para los servicios brindados por el HMG, así como la valoración de los inventarios.	Departamento de Presupuesto, Sección RDR, Departamento de Control Patrimonial.	Tarifario según estructura de costos.
1.4.	Obtener la autonomía financiera y administrativa ante el MINDEF y el MEF.	Dirección General, Dirección Administrativa, Sección Asesoría Legal.	Documento sustentatorio.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 2: establecimiento de precios competitivos de los servicios dentro de la región Lima, especialmente en aquellos en lo que el Hospital Militar Geriátrico no tiene ventaja comparativa con sus similares de la zona.



**Tabla 26. HMG: Programa de acción para Estrategia 2**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
2.1.	Mejora de los precios de los servicios.	Dirección Administrativa.	Plan de acción para la gestión de costos.
2.2.	Identificación y tercerización de servicios poco desarrollados a mediano plazo por el HMG.	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Acuerdos para la tercerización de servicios con entidades de prestigio.
2.3.	Desarrollo de plan integral de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el adulto mayor.	Dirección Médica.	Plan de atención de salud del adulto mayor (promoción y prevención).
2.4.	Diseñar estrategias de comunicación externa e interna para el HMG, con empleo de redes sociales.	Departamento de RRPP e Imagen Institucional.	Plan de comunicaciones a cinco años.
2.5.	Desarrollar y participar en campañas de proyección social, especialmente enfocadas a la atención al adulto mayor.	Dirección Médica.	Número de casos atendidos durante la campaña.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 3: incremento de la atención a domicilio del personal beneficiado del Hospital Militar Geriátrico.

**Tabla 27. HMG: Programa de acción para Estrategia 3**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
3.1.	Establecer incentivos para la incorporación de personal médico al programa.	Dirección Médica y Administrativa.	Número de especialistas que realizan visitas médicas.
3.2.	Identificación de la demanda de pacientes con limitaciones para el desplazamiento.	Dirección Médica.	Número de pacientes del HMG con limitaciones para el desplazamiento.
3.3.	Establecimiento de un costo adicional para los clientes que soliciten atención médica domiciliaria.	Dirección Administrativa.	Tarifa por visitas médicas o atención domiciliada.
3.4.	Disposición de movilidad para el desplazamiento de personal médico.	Dirección Administrativa.	Vehículo disponible para la visita médica las 24 horas.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 4: aumentar la seguridad de los exteriores del Hospital Militar Geriátrico, tendiente a facilitar el acceso a sus instalaciones.

**Tabla 28. HMG: Programa de acción para Estrategia 4**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
4.1.	Establecer acuerdos con la Municipalidad de Chorrillos para la vigilancia.	Dirección General y Administrativa.	Acuerdo de cooperación con el Municipio.
4.2.	Informar a la delegación policial acerca de las áreas y horarios de mayor riesgo.	Dirección General y Administrativa.	Acta policial informando sobre seguridad de los exteriores.
4.3.	Acuerdo con las juntas vecinales de las zonas aledañas para el trabajo conjunto sobre seguridad.	Dirección Administrativa.	Acuerdo de cooperación con juntas Vecinales de la zona sobre recuperación de espacios públicos.
4.4.	Mejorar la visibilidad de los exteriores del HMG y del acceso a sus instalaciones.	Dirección Administrativa.	Acta de constatación de mejora de la visibilidad y el acceso.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 5: diseño de un proceso de atención integral, multidisciplinario y de largo plazo para el público que solicita atención al Hospital Militar Geriátrico, enfocado en la mejora de la gestión hospitalaria y la calidad de la atención especializada en geriatría.

**Tabla 29. HMG: Programa de acción para Estrategia 5.**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
5.1.	Rediseño de proceso de atención y prestación de servicios de salud.	Dirección Médica.	Manual de gestión de procesos.
5.2.	Diseño de un proceso de atención integral y de largo plazo.	Dirección Médica.	Proceso de atención integral de salud de largo plazo.
5.3.	Programas de seguimiento del tratamiento de pacientes crónicos.	Dirección Médica.	Tratamiento de pacientes crónicos.
5.4.	Sistema de monitoreo y evaluación de proceso.	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Informe de evaluación de proceso.

Acciones estratégicas		Responsables		Indicadores de gestión
5.5.	Desarrollo de un programa de mejora de la calidad (5 años).	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Dirección	Plan de gestión de la calidad en la mejora continua de procesos.
5.6.	Disposición de personal especializado en el control de calidad.	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Dirección	Equipo profesional de mejora de la calidad.
5.7.	Diseño de diagnósticos preventivos de enfermedades de mayor incidencia del personal que se atiende en el HMG.	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Dirección	Informes sobre incidencias de enfermedades y estrategias para su prevención.
5.8.	Fortalecimiento de alianzas con grupos de interés externos para la difusión de los servicios prestados.	Dirección Administrativa.		Número de convenios para la difusión de los servicios del HMG.
5.9.	Identificación de necesidades de mejoramiento y rehabilitación de la infraestructura sanitaria.	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Dirección	Informe de necesidades.
5.10	Elaboración de convenio de asesoramiento en el proceso de fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria con el MINSA.	Dirección General, Dirección Administrativa.	Dirección	Convenio suscrito.
5.11	Diseño de un proyecto de inversión pública para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.	Dirección General (Departamento de Proyecto de Inversión Pública).		Proyecto de inversión pública aprobado.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 6: desarrollar una red de voluntariado que reúna a las entidades de formación académica de la región Lima, con especial énfasis en quienes desarrollan capacidades en áreas de la salud.

**Tabla 30. HMG: Programa de acción para Estrategia 6**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
6.1.	Establecer alianzas con instituciones educativas (institutos y universidades).	Dirección General.	Acuerdos de cooperación para la realización de voluntariado.
6.2.	Desarrollar programa de formación de voluntarios para la atención del adulto mayor.	Dirección Administrativa.	Programa de formación y desarrollo de voluntarios para el HMG.
6.3.	Establecer un sistema de monitoreo y control del voluntariado.	Dirección Administrativa.	Informes de monitoreo de voluntariado.
6.4.	Presentar a la comunidad la red de voluntariado como una buena práctica de gestión.	Dirección Administrativa.	Número de notas periodísticas sobre la Red de Voluntariado.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 7: Desarrollar capacidades en el personal que se desempeña o que desea desempeñarse como cuidadores del adulto mayor.

**Tabla 31. HMG: Programa de acción para Estrategia 7**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
7.1.	Suscribir convenios con entidades autorizadas para la realización de eventos certificados con valor oficial.	Dirección General.	Número de convenios firmados.
7.2.	Desarrollar un programa certificado de formación de cuidadores del adulto mayor.	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Programa de formación de cuidadores.
7.3.	Promoción del programa en círculos vinculados a la atención geriátrica.	Departamento de RRPP e Imagen Institucional.	Número de notas periodísticas sobre el programa.
7.4.	Realizar el control de calidad de la formación de los cuidadores del adulto mayor.	Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Informe de control de calidad.
7.5.	Acondicionar un sistema de servicio de cuidadores del adulto mayor a domicilio.	Dirección Administrativa.	Número de servicios externos brindados a adultos mayores.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 8: Desarrollar un sistema integrado de información para el Hospital Militar Geriátrico, enfocado en la disposición de una base datos y la generación de una historia clínica digital.

**Tabla 32. HMG: Programa de acción para Estrategia 8**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
8.1.	Uniformizar y clasificar la información que genera el HMG.	Dirección Médica y Administrativa.	Archivo físico y digital de la documentación del HMG.
8.2.	Generar una base de datos en formato Excel.	Dirección Administrativa.	Base de datos en formato Excel.
8.3.	Realizar el análisis estadístico de la información generada.	Dirección Administrativa.	Informe estadístico en formato SPSS.
8.4.	Mejorar la disposición de equipos informáticos para cada área.	Dirección Administrativa.	Una computadora por área.
8.5.	Incorporar un <i>software</i> para la creación de un sistema integrado de información	Dirección Administrativa.	Un sistema integrado de información administrativa y contable.
8.6.	Establecimiento de un cuadro de mando integral enfocado en la mejora de la gestión.	Dirección Administrativa.	Un cuadro de mando integral incorporado.
8.7.	Establecimiento de alianzas estratégicas con entidades académicas y de atención sanitaria para la transferencia de información.	Dirección General.	Número de bases de datos derivadas de instituciones sanitarias y académicas a nivel nacional.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 9; Mejorar la gestión de recursos humanos del Hospital Militar Geriátrico, enfocada en la mejora de la atención de los solicitantes del servicios de salud.

**Tabla 33. HMG: Programa de acción para Estrategia 9**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
9.1.	Análisis de puesto del HMG.	Dirección Administrativa.	Informe del análisis de puesto.
9.2.	Planificación de recursos humanos.	Dirección Administrativa.	Plan de gestión de recursos humanos a 5 años.

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
9.3.	Reformulación del CAP según análisis de puesto.	Dirección Administrativa.	Cuadro de asignación de personal actualizado.
9.4.	Suscripción de convenios para la capacitación a nivel técnico y profesional del personal.	Dirección General, Dirección Administrativa.	Número de convenios suscritos, según necesidad de puestos.
9.5.	Desarrollo de un plan de capacitación.	Dirección Administrativa.	Plan de capacitación de recursos humanos.
9.6.	Monitoreo, evaluación y retribución del desempeño del personal según formación recibida.	Dirección Administrativa.	Informe sobre monitoreo y evaluación de personal capacitado.
9.7.	Establecimiento de equipo especializado en gestión de salud, con enfoque geriátrico.	Dirección General, Dirección Médica, Dirección Administrativa.	Comité consultivo del HMG.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 10: Desarrollar investigación especializada vinculada con el área geriátrica, con patrocinio de la entidad privada.

**Tabla 34. HMG: Programa de acción para Estrategia 10**

Acciones estratégicas		Responsables	Indicadores de gestión
10.1.	Desarrollo de un plan de investigación con horizonte de 5 años.	Dirección Administrativa.	Plan de investigaciones.
10.2.	Integración de personal para el desarrollo de investigaciones.	Dirección Administrativa.	Equipo de trabajo especializado para la investigación.
10.3.	Acondicionamiento de espacios para el fortalecimiento de un centro de investigación.	Dirección Administrativa.	Espacio y equipamiento disponible para el desarrollo de investigaciones.
10.4.	Publicación y difusión en medios académicos de resultados de investigaciones.	Dirección Administrativa.	Ensayos realizados y publicados en espacios académicos especializados.

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia 11: Mejoramiento del clima laboral en las distintas áreas del Hospital Militar Geriátrico.

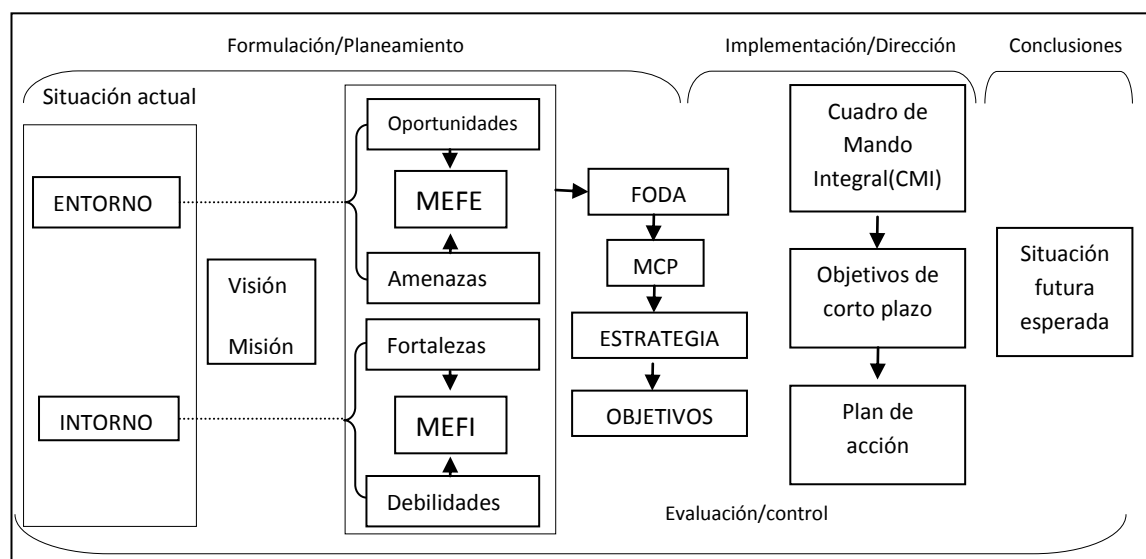
**Tabla 35. HMG: Programa de acción para Estrategia 11**

	Acciones estratégicas	Responsables	Indicadores de gestión
11.1.	Diseñar un plan de mejora del clima laboral.	Dirección Administrativa.	Plan de mejora del clima laboral aprobado.
11.2.	Establecer reuniones de retroalimentación entre directivos y personal de atención al cliente.	Dirección Administrativa.	Número de sugerencias aplicadas por directivos para la mejora de la gestión.
11.3.	Definir y difundir claramente las funciones del personal del HMG.	Dirección Administrativa.	Elaboración del manual de organizaciones y funciones.
11.4.	Establecer un sistema de sanciones e incentivos para el cumplimiento de las disposiciones de la dirección, reglamento interno y MOF.	Dirección Administrativa.	Número de incentivos y sanciones aplicadas de acuerdo con el reglamento interno.
11.5.	Generar espacios de integración para el personal del HMG.	Dirección Administrativa.	Espacios de comunicación informal para el personal.

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, la gráfica siguiente describe la secuencia lógica del proceso estratégico seguido por la investigación:

**Gráfico 7. Secuencia de la investigación dentro del modelo de proceso estratégico**



Fuente: Elaboración propia basado en: D'Álessio, 2015, pág. 269.

## Capítulo VI. Evaluación de la propuesta

### 1. Sustento de la evaluación

Desde el año 2009, el HMG ha generado un ingreso promedio anual de s/. 481,530.14, de los cuales mantiene un monto permanente como fondo intangible de los proyectos de investigación patrocinados de s/. 31,555.63, lo que determina que en realidad por servicios ingresa un monto aproximado de s/. 449,974.51. En ese sentido, si tenemos en cuenta que de acuerdo al histórico el número de consultas anuales promedio es de 33,517, el promedio del costo del servicio por paciente al año 2015 fue de s/. 14.32, lo que determina dos índices de crecimiento anuales: el promedio en el periodo 2009-2015 (0.8%) y el esperado al final del año 2020 (6.4%), si se mantiene la tendencia de estos dos últimos años.

Al carecer de la autonomía administrativa (especialmente en lo económico y de gestión de recursos humanos) se entiende que la implementación de la estrategia se sustentará en los ingresos generados anualmente y que el COSALE dispone con la aprobación del presupuesto, del cual se tomará el 30% (s/. 153.472.83), valorizados también con la facilitación de personal, equipos e infraestructura, durante un periodo de cinco años.

### 2. Evaluación económica

Debemos considerar también algunos supuestos financieros en la posibilidad de que la propuesta encuentre un respaldo íntegramente con recursos económicos, en promedio del 80%.

**Tabla 36. Parámetros de la evaluación**

<b>Supuesto económico</b>	<b>Servicio por paciente</b>	14.32 S/.
	<b>Consultas anuales</b>	33,517 Unidades
	<b>Tasa de crecimiento</b>	6.40% Por año
	<b>Costo de operación</b>	153.472,83 S/. (30% del presupuesto)
	<b>Nivel de aceptación</b>	41.8% Escenario optimista
	<b>Inversión total</b>	138.125,55 S/. (90% del costo operativo)
	<b>Periodo de amortización</b>	5 Años
<b>Supuesto financiero</b>	<b>Financiamiento x deuda</b>	80%
		110.500,44 S/.
	<b>Interés deuda (Ki)</b>	9%
	<b>Periodo de financiamiento</b>	5 Años
	<b>Costo de oportunidad (Koa)</b>	10%
	<b>Spread</b>	1%

Fuente: Elaboración propia.



En términos de los ingresos económicos por la prestación de servicios para la atención de la demanda, según la capacidad de la infraestructura y los equipos, el HMG necesita que aquellos crezcan en un 41.8% (escenario optimista), con lo que en el primer semestre del cuarto año ya estarían empleando toda su capacidad.

En ese sentido, las reformas que empuje dicho crecimiento, a partir del quinto año, necesitarán una inversión total de S/. 138.125,55, que representa el 90% de los costos operativos que, al contrastarlos con los ingresos de la demanda por servicios, generarán una tasa interna de retorno de 41%, así como un valor económico neto de S/. 118.671,11.

**Tabla 37. Evaluación económica: ganancias y pérdidas, y flujo de caja económicos**

<b>Periodo</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Proyección de demanda	33.517	35.662	37.944	40.373	42.957	45.706
Demanda esperada		14.911	15.865	16.880	17.961	19.110
<b>Estado de ganancias y pérdidas económico</b>						
Ingresos (demanda x servicio)		S/. 213.545	S/. 227.211	S/. 241.753	S/. 257.225	S/. 273.688
<b>Costos</b>						
Costos operativos		S/. -153.472	S/. -153.472	S/. -153.472	S/. -153.472	S/. -153.472
Utilidad antes impuesto		S/. 60.072	S/. 73.739	S/. 88.280	S/. 103.752	S/. 120.215
Impuestos	30%	S/. -18.021	S/. -22.121	S/. -26.484	S/. -31.125	S/. -36.064
Utilidad neta		S/. 42.050	S/. 51.617	S/. 61.796	S/. 72.627	S/. 84.150
<b>Flujo de caja económico</b>						
Ingresos		S/. 213.545	S/. 227.211	S/. 241.753	S/. 257.225	S/. 273.688
<b>Egresos</b>						
Costos operativos		S/. -153.472	S/. -153.472	S/. -153.472	S/. -153.472	S/. -153.472
Impuestos		S/. -18.021	S/. -22.121	S/. -26.484	S/. -31.125	S/. -36.064
Flujo de caja		S/. 42.050	S/. 51.617	S/. 61.796	S/. 72.627	S/. 84.150
<b>Flujo de fondos económicos</b>						
	S/. -110.500	S/. 42.050	S/. 51.617	S/. 61.796	S/. 72.627	S/. 84.150
<b>TIRE</b>	<b>41%</b>	<b>VANE</b>	<b>S/. 118.671</b>	<b>Koa</b>	<b>10%</b>	

Fuente: Elaboración propia.

Tanto el sustento presupuestal como los supuestos económico-financieros que sostienen la evaluación, nos permiten determinar preliminarmente que si la tendencia de crecimiento se mantiene, el destino durante cinco años de un porcentaje del presupuesto del HMG a la implementación de estrategias de mejora de la gestión no representará una pérdida económica para el nosocomio.

## Conclusiones

El diagnóstico situacional del Hospital Militar Geriátrico ha permitido descubrir que en el nosocomio se aplica un modelo de gestión rígida y señaladamente burocrática, con marcada dependencia de las instancias castrenses, la cuales le proveen de presupuesto y recursos humanos, por lo que este nosocomio necesita incorporar instrumentos de gestión pública con los que integre las estrategias que se plantee.

La preocupación de sus directores debe centrarse en otorgarle al hospital objetivos compartidos por su personal y público, y que sean ampliamente divulgados. Sin embargo, todos estos esfuerzos tendrán un impacto mínimo en el cumplimiento de la visión, si es que las autoridades superiores del Hospital Militar Geriátrico no le otorgan su autonomía administrativa y financiera.

La gestión de las estrategias mediante el cuadro de mando integral facilitará no solo un monitoreo del cumplimiento de las iniciativas estratégicas, sino también una evaluación inmediata de las áreas y responsables de la obtención de resultados según las metas establecidas para cada periodo. Si bien esto ordena al personal, a los procesos y a las finanzas, necesita de un soporte tecnológico para hacer más transparente y dinámica la gestión del hospital.

En términos generales, la gestión estratégica del Hospital Militar Geriátrico debe implicar, a mediano plazo, la adopción de acciones centradas en la dirección estratégica, la incorporación o mejora de procesos y la transformación cultural. Estos componentes son importantes en la aplicación efectiva de un cuadro de mando integral.

La puesta en práctica de un cuadro de mando integral permitirá también que en el Hospital Militar Geriátrico se potencien las acciones de solución de los problemas o cuellos de botella, así como los procedimientos para la toma de decisiones dentro de cada dependencia del hospital, de tal forma que se aprovechen positiva y oportunamente las iniciativas del personal (*feedback*), que promueva la confianza, con el fin de que el mismo personal mejore los procesos organizativos o contribuya a hacerlos más eficientes.

La existencia de personal civil, que ha adquirido experiencia a lo largo de la existencia del Hospital Militar Geriátrico, puede convertirse en un valioso referente a la hora de reformular la

misión y la visión propia del HMG, que deberán tomar distancia de las que corresponde al ejército (de naturaleza muy diferente a esta).

El cuadro de mando integral tiene una ventaja sustancial para el Hospital Militar Geriátrico, al facilitarle la generación de una propuesta de valor enfocada en los usuarios de la comunidad, lo que no solo le sirve para la identificación de objetivos desde la perspectiva del cliente, sino también para el direccionamiento de procesos críticos.

La propuesta de valor reúne en tres aspectos atributos para enfocar mejor los procesos críticos. En los atributos del servicio de atención, debe fortalecer un adecuado diagnóstico, hacer sus tratamientos más especializados, establecer precios módicos y reducir el tiempo de espera para la atención. En la cuestión de imagen, el atributo clave es la especialidad. Con respecto de las relaciones, debe desarrollarse la sensibilidad, el acceso a servicios y la mayor motivación del personal con experiencia

La cohesión de los procedimientos, en un proceso integral de atención de salud y de largo plazo para el adulto mayor, puede representar la columna vertebral de las acciones del hospital, capaz de potenciar la propuesta de valor enfocada en el cliente y de brindar un interesante impulso en la generación de ingresos.

Las iniciativas estratégicas, que se gestionarán mediante un cuadro de mando integral, pueden ser financiadas desde la disposición presupuestal del HMG, que anualmente intenta ser semejante a los ingresos por la prestación de servicios que se realizan el año anterior, pero, no obstante, el COSALE suele limitarlas compras corporativas.

Si se dispone de un porcentaje de los ingresos, recogidos en el presupuesto, resulta factible administrativamente la implementación de la propuesta, por cuanto tiene personal e infraestructura de soporte de las actividades complementarias, lo que se detalla en el programa de acción. Además, estas mismas guardan compatibilidad con las normas y políticas de los sectores involucrados en la gestión del HMG.

La evaluación económica nos permite concluir que con un financiamiento de S/ 110.500 del programa de acción, en un plazo de cinco años el HMG podrá registrar un rendimiento de la TIRE del 41%, mientras que por otro lado alcanzará un VANE de S/ 118.671, con lo que se demuestra la viabilidad económica de la propuesta.

## Bibliografía

- Arbaiza, Lydia, Henry Acosta, José Espinoza, David Ojeda y Renzo Taboada. *Gestión sostenible del tratamiento oncológico: el caso del personal militar del Ejército del Perú y sus familiares*. Lima: ESAN, 2013. 180 p.
- D'Alessio, Fernando. *El proceso estratégico: Un enfoque de Gerencia*. Lima: Pearson/Centrum Católica Graduate Business School, 2013.
- Fernández Malaspina, Jorge Francisco. "Grado de satisfacción del usuario externo en los servicios de consulta externa del Hospital Militar Geriátrico (HMG)". *Tesis para optar el Título de especialista en medicina integral y gestión en salud*. Lima: UNMSM, 2003.
- Kaplan, Robert y David P. Norton. *Cuadro de Mando Integral (TheBalancedScorecard)*. Barcelona: Gestión 2000, 1997. 321 p.
- Kaplan, Robert y David P. Norton. *Cómo utilizar el Cuadro de Mando Integra: Para implantar y gestionar su estrategia*. Barcelona: Gestión 2000, 2001. 412 p.
- Kaplan, Robert y David P. Norton. *Mapas Estratégicos. Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*. Barcelona: Gestión 2000, 2004. 388 p.
- León Tong, Carlos. "Síndrome miofascial cervical, Clínica Geriátrica del Ejército, Lima, 2013". *Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Medicina de Rehabilitación*. Lima: UNMSM, 2014. 28 p.
- Maraza Barrio de Mendoza, Bristan D. "Factores riesgos asociados a hipertensión arterial en una población gerente". *Trabajo de investigación para optar el título de especialista en cardiología*. Lima: UNMSM, 2004. 24 p.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. *Necesidad de Médicos especialistas en establecimiento de salud del sector salud, Perú 2010*. Lima: Ministerio de Salud, 2011. 348 p.
- Ramos-Rodríguez, Claudia. "Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina". *Anales de la Facultad de Medicina UNMSM*, Vol. 69, núm. 1, 2008. Pp. 12-16.
- Rebagliati Tirado, Claudia, Fernando Runzer Colmenares, MarielleHarruitiniere Izquierdo, Giacomo LavaggiJacobs, José Francisco Parodi García. *Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar*. *RevHorizMed*. Volumen 12 (2), abril-junio, 2012. Pp. 21 – 27.
- Torres Valle, María Cristel. "Impacto de un protocolo de crisis hipertensiva en el servicio de urgencia en la Clínica Geriátrica del Ejército, marzo 2009 – marzo 2011". *Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina*. Lima: UNMSM, 2013. 169 p.

## **Anexos**

## **Anexo 1. Metodología para el diseño, implementación y gestión de estrategias en el Hospital Militar Geriátrico**

### **1. Bases para la gestión estratégica enfocada el rediseño de procesos**

En el presente anexo se hará una exposición teórico-práctica de las bases estratégicas que definirán el rediseño de un proceso dentro del Hospital Militar Geriátrico, basado en el empleo de la herramienta de gestión, denominada como Cuadro de Mando Integral (o BSC, por sus siglas en inglés), que nos permitirá, también, tanto el alineamiento de los objetivos, como la identificación de las estrategias enfocada a la mejora de procesos.

#### **1.1. La gestión estratégica mediante el Cuadro de Mando Integral**

El Cuadro de Mando Integral (CMI) es una metodología de gestión que facilita la implantación de la estrategia organizacional de una forma eficiente, al proporcionar el marco, la estructura y el lenguaje adecuados para comunicar o traducir la misión y la estrategia en objetivos e indicadores organizados, lo que al mismo tiempo permite que la visión se haga explícita, compartida y que todo el personal canalice sus energías hacia la consecución de la misma. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

El Cuadro de Mando Integral evalúa la actuación de la organización a partir de distintos indicadores no exclusivamente financieros, agrupados en torno a cuatro perspectivas fundamentales: la financiera, la del cliente, la del proceso interno y la de formación y crecimiento. Todas ellas están interrelacionadas y deben ser siempre analizadas conjuntamente, dependiendo de la naturaleza de la organización. Estas relaciones se pueden presentar como de causa y efecto, dejando claro que la acción en cualquiera de esas perspectivas probablemente repercutirá sobre las demás. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

#### **1.2. Antecedentes del Cuadro de Mando Integral**

Es preciso tener en cuenta que, no obstante su aparente uniformidad, existe diversidad de organizaciones dentro del sector público. De un lado, están las que tienen metas claramente definidas, sus misiones son relativamente no cuestionables, se desenvuelven en un ambiente externo estable y se conoce en profundidad el contenido de su actividad. De otro lado, tenemos aquellas en donde sus objetivos no están claros, las prioridades son polémicas, los ambientes externos son turbulentos y no hay un sentido claro de lo que es la misión. (David Norton & Robert Kaplan, 2012)

Aunque inicialmente la aplicación del Cuadro de Mando Integral se produjo en el sector empresarial, la oportunidad de que esta herramienta de gestión se implemente en las entidades públicas es aún mayor. En ese sentido, puede servir como instrumento de control de la actividad estatal, permitiendo básicamente conciliar los objetivos de perfeccionamiento (perspectiva de innovación y crecimiento) y racionalización de los servicios públicos (perspectiva de los procesos internos), con el objetivo de optimizar la utilización de los recursos con costes mínimos y, consecuentemente, con menores déficits (perspectiva financiera), dentro de un enfoque orientado a los resultados, es decir, procurando la maximización de la satisfacción de los ciudadanos (perspectiva de los clientes). (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2004)

### **1.3. Aplicación del Cuadro de Mando Integral**

La aplicación del Cuadro de Mando Integral en el sector público exige introducir determinados cambios conceptuales en el modelo original, manteniendo sus cuatro perspectivas, pero adaptando sus contenidos a la realidad de las administraciones públicas y alterando circunstancialmente las relaciones de causa y efecto entre dichas perspectivas.

Especialmente, en el caso de las organizaciones públicas, el Cuadro de Mando Integral se debe centrar en los ciudadanos quienes, al fin y al cabo, son los que representan su ‘negocio clave’. Además, dado que hay una gama muy diversa de organizaciones públicas, no puede existir un único Cuadro de Mando Integral para todo un departamento, ni quizá tampoco a nivel de sectores.

El uso del Cuadro de Mando Integral en el sector público sirve de primera intención de herramienta de control de la estrategia planteada. De esta manera, si bien el CMI debe ser conocido por toda la organización, la implementación de la estrategia no debe residir en los mandos altos, sino en los mandos medios que trascienden la duración del ciclo de los políticos de turno. (David Norton & Robert Kaplan, 2012)

Para el sector público, existen variados modelos de adaptación del CMI, lo que marca su flexibilidad. Las perspectivas y su interrelación, así como su nivel de importancia, son orientativas, por lo que cada organización debe reflexionar sobre cuáles son aquellos elementos, en los que es necesario tener un buen nivel de desempeño para conseguir el éxito (las perspectivas), clarificar su interrelación (los vínculos entre ellas) y definir su nivel de prioridad en la organización (su nivel en el cuadro de mando).

#### **1.4. Ventajas del Cuadro de Mando Integral**

Las principales ventajas del CMI en el sector público son las siguientes: favorece la transparencia de la gestión pública, ayuda al control ciudadano, desarrolla una cultura más emprendedora en la gestión pública y balancea la gestión pública entre la acción inmediata y la preparación del futuro.(David Norton & Robert Kaplan, 2012)

Esta herramienta no sirve únicamente para mantener el gasto público dentro de los límites presupuestados, sino que además sirve para comunicar a los *stakeholders* o demandantes de información externos e internos los resultados y los inductores de la actuación, por medio de los cuales la organización conseguirá alcanzar su misión y sus objetivos estratégicos.

#### **1.5. Características del Cuadro de Mando Integral**

Esta herramienta presenta las siguientes características adecuadas para su aplicación en gobiernos y organizaciones públicas.

1. Al ser flexible, las perspectivas originales del CMI son contempladas desde otro prisma cuando se aplican al sector público, cambiándose los conceptos de manera que se adapten a las necesidades de estas organizaciones.
2. Se resalta la misión como fundamento del modelo, siendo esencial para las organizaciones del sector público, por la necesidad de cumplir con los lineamientos de políticas sectoriales.
3. La perspectiva de los usuarios (clientes) es sustituida por la perspectiva de la comunidad, que engloba a los primeros y resulta más adecuada para la definición de misión en el ámbito del sector público, debiendo estar junto a esta en la cúspide del CMI, cambiándose la lógica original del modelo.
4. La perspectiva financiera es contemplada bajo un doble aspecto: a) como un medio para generar mayor valor a los ciudadanos en el futuro, mediante el mantenimiento de recursos para prestaciones futuras de servicios públicos y b) como una restricción, ya que la financiación de las organizaciones públicas está fuertemente condicionada por el presupuesto y las normas de contabilidad pública, lo que hace que sea precedida por las perspectivas de formación y de procesos internos (acciones concretas como proyectos e inversiones) que, en general, conllevan gastos que dependen de los presupuestos aprobados.
5. La lógica del sistema debe ser entendida más como de fines y medios que como de causa y efecto, en la medida en que los resultados de las actuaciones en una de las perspectivas del CMI no son conocidos a priori y pueden ser distintos de aquellos inicialmente ideados.



6. El Cuadro de Mando Integral relaciona la estrategia con su ejecución, definiendo objetivos en el corto, mediano y largo plazo, lo que se distribuye bien en los denominados planes de acción, operativos y estratégicos.
7. Permite reducir el riesgo en la toma de decisiones.
8. Comunica la estrategia a todos los niveles de la organización. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

## **2. Diseño de la estrategia mediante el CMI**

El ordenamiento y la gestión de la estrategia, tomando como base el cuadro de mando integral, se realiza distribuyendo los objetivos establecidos en cuatro perspectivas, como se indica a continuación:

### **2.1. La perspectiva financiera**

Desde la perspectiva financiera, el equipo directivo puede monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos económicos de la entidad, sin olvidar que toda entidad, bien sea pública o privada, tiene un objetivo económico que, en el caso de la empresa privada, generalmente está orientado a obtener ganancias o dividendos para los accionistas o dueños de la empresa y, en el caso de la empresa o entidad pública, está orientado a obtener rendimientos económicos de orden social a partir de un uso adecuado de los recursos que la ciudadanía le entregue para su administración, los cuales se concretan en servicios que la ciudadanía espera le sean prestados por parte de quien los administra. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

En el caso de las entidades públicas, se reduce considerablemente el peso de la perspectiva financiera a favor de la perspectiva de clientes, dado que su objetivo último es satisfacer las necesidades de usuarios. Por tanto, la perspectiva financiera no es un objetivo primordial, sino más bien un recurso para poder alcanzar la misión

La forma de incrementar la capacidad productiva de estos entes es aumentando los ingresos o recursos obtenidos y la inversión en dicha capacidad. Cuando se llega al nivel deseado, el siguiente objetivo es obtener una buena calidad para los servicios bajo una capacidad productiva óptima.

### **2.2. La perspectiva del cliente**

Siguiendo el modelo original, la perspectiva de los clientes o consumidores genera dificultades en su aplicación práctica en el sector público. Estamos ante organizaciones en las que, por

ejemplo, el cliente que paga o financia el servicio no coincide con el usuario del mismo; organizaciones en las que el mismo concepto de cliente o consumidor es a veces difícilmente aplicable, ya que el mismo afectado no es consciente de su categoría; organizaciones que tienen más de un mercado claramente diferenciado. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

Es necesario sustituir la perspectiva del cliente, para relevarla por la perspectiva de comunidad de usuarios. Bajo esta óptica, se puede analizar cómo la comunidad general percibe la gestión y la opinión específica de quienes usan directamente los servicios de la entidad pública, es decir, su satisfacción como ciudadanos-clientes. Ante esta complejidad, se adapta el cuadro de mando que divide la perspectiva del cliente en dos: una referida al donante y otra al beneficiario de la acción. (Robert Kaplan y David Norton, 2009)

Los atributos a evaluar en esta perspectiva pueden ser los que destacamos a continuación: liderazgo, imagen, servicio al cliente, responsabilidad en la rendición de cuentas, cumplimiento de las leyes y seguridad. De esta manera, esta perspectiva contempla aspectos tales como la habilidad de la organización para proveer bienes y servicios de calidad, la efectividad con la que estos son ofrecidos y, sobre todo, la atención al cliente y su satisfacción.

Desde la perspectiva del cliente, el equipo directivo puede monitorear el cumplimiento de los objetivos y las metas relacionados con la calidad de los bienes o servicios que produce o genera la entidad, así como el nivel de satisfacción que tienen los clientes o usuarios-beneficiarios de dichos productos o servicios, factor fundamental para conocer la capacidad de supervivencia de la organización dentro del mercado, es decir, conocer la tendencia de aceptación o rechazo que tiene la entidad dentro del mercado.

Esta perspectiva busca indicadores que permitan mejorar todo lo referente a la oferta de servicios y la relación con los usuarios, con el fin de organizar los recursos y procesos adecuados para alcanzar los objetivos. Tales objetivos se centran en la imagen del servicio, la calidad del mismo y el grado de satisfacción del usuario. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

### **2.3. La perspectiva del proceso interno**

Esta perspectiva del Cuadro de Mando Integral centra su atención sobre las operaciones y actividades de la organización, lo que se puede definir como su modo de hacer y tratar de monitorizar aquellas actividades que aumentan la percepción de valor por parte del cliente en

relación con los bienes y servicios ofrecidos por la entidad. Está profundamente relacionada con el concepto de eficiencia y, en ese sentido, no difiere mucho del sector privado. Asimismo, resaltan aquellos procesos que pueden llevar a una mayor satisfacción de la comunidad atendida por el gobierno. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

Para satisfacer los objetivos y las expectativas de los ciudadanos, las agencias deben identificar sus procesos y competencias claves en los que deben ser sobresalientes. Su impacto sobre la sociedad ha de ser monitoreado para garantizar que los resultados sean satisfactorios

Desde la perspectiva de los procesos, la gerencia puede monitorear el cumplimiento de los objetivos relacionados con el mejoramiento continuo de los procesos productivos al interior de la entidad, en especial, medir permanentemente si los mismos se están ejecutando bajo los principios de efectividad, eficacia y eficiencia. Esto quiere decir que es necesario determinar si los procesos están desarrollándose de una forma orientada a la satisfacción real de las necesidades de los clientes o usuarios de los productos o servicios, y si estos están, así mismo, orientados a lograr una mayor economía y a incrementar la rentabilidad económica o social de la organización. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2004)

La perspectiva de procesos internos en organizaciones públicas implica preguntarse acerca de si se puede mejorar el proceso de producción o adaptarlo a las circunstancias cambiantes del entorno donde se mueve la organización. Esto implica medir todas las actividades que conforman los diferentes procesos de la cadena de valor, con el objetivo de reducir tiempos, costes, errores y duplicidad. Se trata, en concreto, de analizar, dentro de la perspectiva, aquello que se realiza normalmente.

#### **2.4. La perspectiva de aprendizaje y conocimiento**

Esta perspectiva se orienta a la formación y mejora de las habilidades de los funcionarios públicos, la calidad de los sistemas de información utilizados por las entidades públicas y los efectos de un alineamiento organizativo, a fin de que se alcancen los objetivos definidos por la entidad. Los procesos solo tendrán éxito si son conducidos por funcionarios motivados y bien informados, capaces de asumir nuevas responsabilidades y adquirir nuevas habilidades. Los directivos, por su parte, han de preocuparse por llevar a cabo nuevos diseños organizativos y la adquisición de nuevas tecnologías. (David Norton & Robert Kaplan, 2012)

Asimismo, en esta perspectiva, se identifica la infraestructura que la empresa debe construir para crear una mejora y crecimiento a largo plazo. Al hablar de la infraestructura de una organización, es necesario mencionar tres fuentes principales: las personas, los sistemas (y tecnologías de la información) y los procedimientos de la organización. Las medidas basadas en los empleados incluyen una mezcla de indicadores de resultados genéricos: satisfacción, retención, entrenamiento y habilidades de los empleados. Las capacidades de los sistemas de información pueden medirse a través de la disponibilidad en tiempo real y fiable de la información y, finalmente, la efectividad de los procedimientos de la organización puede examinarse con relación a la coherencia de los incentivos a empleados. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

Desde la perspectiva de aprendizaje y conocimiento, la gerencia puede monitorear y medir que los objetivos y las metas relacionados con la formación, la capacitación, el entrenamiento y el desarrollo del talento humano de la organización estén orientados a que las personas que trabajan o ejecutan los procesos productivos y de apoyo desarrollen sus actividades dentro de los parámetros de calidad y eficiencia, con ambientes laborales y condiciones físicas sanas, y que la cultura organizacional esté, a su vez, orientada a alcanzar un mayor y mejor nivel de calidad de vida del empleado o trabajador, para que aquel, a su vez, se refleje en mayores índices de productividad del personal. (Robert S. Kaplan & David P. Norton, 2000)

La perspectiva de aprendizaje y conocimiento también implica determinar las particularidades de los recursos humanos que presenta la organización no lucrativa. Es necesario innovar ante la situación cambiante del entorno, porque hay que destinar recursos a la investigación y desarrollo de nuevos procesos ahorradores de recursos para que sean válidos o más eficientes. Para ello, el personal necesita estar incentivado y formado para afrontar los cambios que se producen.

### **3. Adaptación del CMI al sector público**

Está suficientemente constatado que la actuación del sector público no puede ser evaluada simplemente por medio de un análisis financiero. De hecho, junto con las magnitudes medidas por los indicadores financieros, concurren otras variables de gran interés en la evaluación de las actividades de las organizaciones públicas. Algunas de las principales críticas que se presentan frente a la utilización del CMI en el ámbito público han sido planteadas por Radin (2002); entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- a. La gestión basada en medidas del desempeño no es una simple cuestión que se pueda resolver internamente en el ámbito del gobierno, ya que hay muchos grupos de interés externos preocupados porque la medición del desempeño sea efectiva. Ahora, si bien mide las funciones internas (procesos, recursos humanos y finanzas) mucho más que las externas (clientes), su control no se extiende al negocio clave en la mayoría de las organizaciones públicas.
- b. Existe una gama muy diversa de organizaciones públicas, por tanto no puede existir un único cuadro de mando integral para todo un gobierno, ni a nivel de departamento, ni quizá tampoco a nivel de sectores.
- c. Esta herramienta de gestión no siempre mide aspectos que los administradores de las organizaciones públicas puedan modificar. Por tanto, los beneficios motivacionales son pequeños.

La primera crítica presentada aborda un aspecto que no es exclusivo de las organizaciones del sector público. Cualquier organización posee *stakeholders* interesados en su performance. Sin embargo, esta metodología de gestión no considera la contribución de estos *stakeholders*, empleados, suministradores, acreedores y otros al logro de las metas organizacionales. En ese sentido, es importante resaltar que una de las dimensiones fundamentales del mismo atañe a los clientes, quienes para muchos son los principales *stakeholders* externos de una organización. Especialmente en el caso de las organizaciones públicas, el CMI se debe centrar en los ciudadanos quienes, al fin y al cabo, son los que representan su negocio clave. (Meza, 2010)

## Anexo 2: Encuesta de satisfacción al cliente del HMG

### Encuesta

Sexo: Femenino:..... Masculino:.....  
 Edad: 36-45..... 56-65..... 65 y +.....  
 Relación con el beneficiario: Paciente:..... Madre:..... Padre:..... Hijo(a)..... Otro (¿quién?).....  
 Motivo de su presencia: Consulta..... Tratamiento..... Visita..... Taller..... Farmacia..... Otros.....  
 ¿Cómo definiría su estado de salud?: Excelente..... Muy bueno..... Bueno..... Regula..... Malo.....  
 ¿Cuántas veces ha acudido al médico en los últimos 6 meses? Nunca..... 1-3 veces... Más de 3 veces...  
 Problema actual de salud:.....  
 Número de medicamentos de uso habitual: 0..... 1..... 2 o 3.....  
 ¿Preferiría que la atención médica (consultas) sea a domicilio?: Si..... No.....

Marque con un X su nivel de satisfacción sobre...		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	NS/NC
Atención	Atención recibida en general					
	Trato a los clientes (paciente)					
	Información proporcionada (fácil de entender)					
	Calidad de actividades					
	Atención por teléfono					
Servicio	Disponibilidad de servicios médicos (análisis y tratamientos)					
	Prontitud en la detección de enfermedades					
	Costo de los servicios					
	Pertinencia de la atención recibida (¿es la que usted necesitaba?)					
	Abastecimiento de medicamentos					
	Comida proporcionada					
Infraestructura	Comodidad del mobiliario					
	Número de baños					
	Limpieza de los espacios					
	Acceso a las instalaciones					
	Señalizaciones e iluminación de las áreas					
Gestión	Funcionamiento del Hospital					
	Organización del hospital					
	Calificación del personal médico					
	Calificación del personal de enfermería					
	Resuelven oportunamente los problemas					
Sugerencias:						

Fuente: Elaboración propia.

### **Anexo 3: Entrevista semi estructurada dirigida a personal del HMG**

Encuesta dirigida a personal del hospital:

La presente encuesta tiene por finalidad contribuir a comprender los factores para la mejora de la gestión del Hospital Militar Geriátrico (HMG). En ese sentido, el equipo académico se compromete a dar a sus resultados un tratamiento estrictamente confidencial y reservado, por lo que agradeceremos la mayor sinceridad al momento de marcar su alternativa y contestar la pregunta. Cabe mencionar que las conclusiones a las que se arribe serán de valiosa utilidad para el establecimiento de las bases de la mencionada propuesta.

#### **Datos generales:**

1. Cargo que ocupa en el HMG:
2. Grado jerárquico:
3. Grado académico:
4. Especialidad:
5. Tiempo de servicio en el HMG:
6. Tiempo de experiencia en cargos similares:
7. Número de personas bajo su responsabilidad:

**Cuestionario: Las preguntas 8 y 9 pueden contestarse marcando más de una opción.**

- 8. ¿Cuál considera usted que es la función específica que el HMG ejecuta en menor grado?**
- a. Planear, organizar, conducir y evaluar actividades de docencia, entrenamiento, capacitación e investigación en geriatría y gerontología.
  - b. Administración de calidad y calidez en el buen trato del paciente, seguridad del mismo y mejoramiento de la gestión.
  - c. Crear, ampliar, mejorar, modernizar y recuperar la capacidad productora de los bienes y servicios del HMG.
  - d. Proporcionar apoyo administrativo a todos los elementos que constituyen el HMG, incluyendo la residencia geriátrica.
  - e. Organizar, ejecutar y controlar las actividades asistenciales relacionadas con las atenciones en forma integral de los diferentes departamentos y servicios médicos.
  - f. Proporcionar atención de consulta externa y complementaria en el tratamiento del paciente con procedimientos quirúrgicos, para su recuperación y rehabilitación.
  - g. Proporcionar atención médica geriátrica de urgencias.

- h. Proporcionar atención buco-dental general y especializada al personal militar, familiares y público en general.
- i. Atención individual y colectiva en medicina preventiva en epidemiológica de infecciones nosocomiales, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- j. Proporcionar servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento para el manejo clínico y quirúrgico de los pacientes.
- k. Atención integral en salud nutricional al paciente y estudio de los factores sociales que influyen en su salud y el suministro eficiente y adecuado de los medicamentos.
- l. Brindar atención integral de enfermería al adulto mayor militar y sus familiares con derecho.

**9. ¿Por qué considera que no se ha desarrollado esta función?**

- a. No produce rentabilidad para el HMG.
- b. Impedimentos legales no permiten desarrollarla.
- c. Falta de equipamiento e infraestructura.
- d. No existe el personal calificado para ejecutarla.
- e. La demanda es muy reducida.
- f. La especialidad del HMG es poco conocida.
- g. Limitaciones presupuestales.

**Preguntas de conocimiento**

- 10. ¿Cuál es el principal servicio que ofrece el HMG?
- 11. Considerando que la autonomía presupuestal permitirá generar nuevos y mayores ingresos compitiendo en el mercado, ¿cuál considera que es el producto o servicio que puede ofrecer el HMG a la comunidad.
- 12. Si el HMG tuviera mayor autonomía presupuestal, prestando servicios al sector público y privado, ¿cuál considera que debe ser su visión (adónde se espera llegar) y misión (cómo debería hacerlo)?

Visión:

Misión:



13. De acuerdo con la experiencia en su sección, al tener autonomía presupuestal y proyección a la comunidad, ¿con qué organizaciones competiría y cuáles serían sus clientes?

a) Empresas competidoras

b) Clientes

14. Una vez identificado el cliente, ¿qué considera Ud. que él valora más del servicio o producto que puede ofrecerle el HMG?

15. Una vez identificada la organización competidora, ¿qué ventaja considera tiene el HMG en los servicios o productos que puede ofrecer con relación a los que ofrece aquella?

**Preguntas de análisis (tome en cuenta siempre la propuesta de la autonomía presupuestal y proyección a la comunidad)**

16. ¿Cuáles considera Ud. que son los factores externos (positivos) que benefician o beneficiarían el éxito de los productos y servicios identificados que se puede brindar?

17. ¿Cuáles considera Ud. que son los factores externos (negativos) que no benefician o beneficiarían el éxito de los productos y servicios identificados que se pueden brindar?

18. ¿Cuáles considera Ud. que son los factores internos (positivos) sobre el cual el HMG tiene más control y que se deben potenciar y aprovechar al máximo para el éxito de los productos y servicios que se puede brindar en el mercado?

19. ¿Cuáles considera Ud. que son los factores internos (negativos) que afectan de manera negativa el desarrollo de nuestros productos y servicios que se pueden brindar en el mercado y que hacen que ocupemos una posición desfavorable respecto de la competencia

## Anexo 4: Evaluación de la estrategia

Evaluación de las estrategias propuestas:

Para realizar el examen de las estrategias desarrolladas por el HMG para la generación de una oferta de servicios médicos especializados para el adulto mayor, tomaremos como base la matriz PEYEA, la misma que empezamos a estructurar en el siguiente cuadro, estableciendo un nivel esperado por el HMG del 70%, y definiendo al final si es necesario darle un seguimiento en esas áreas, siempre con la mira de proyectar al HMG al mercado de servicios de salud.

### Evaluación de estrategias para el HMG

Área Princ.	Ponderac. Área Principal	Indicadores o Criterios por Área	Ponderac. Criterio	Puntuac. asignada	Puntuac. calculada Área Índices	Índices Calcul. por Área I.	Nivel que se espera por Área I.	Observac.
Participación en el mercado	0.20	Visión estratégica de posicionamiento	0.20	4	3.1	0.62	0.70	Seguimiento requerido
		Desarrollo de mercados de servicios geriátricos	0.30	3				
		Desarrollo de alianzas para la atención de la demanda	0.20	4				
		Desarrollo de la atención de salud de los adultos mayores	0.30	2				
Competitividad de precios	0.10	Revisión costos de los servicios de salud geriátricos	0.25	5	3.75	0.38	0.35	Aprobado
		Estrategias de financiamiento	0.25	4				
		Costo de ventas del servicio de atención	0.25	3				
		Estructura operativa y funcionalidad	0.25	3				
Posición financiera	0.20	Revisión estructura financiera	0.20	2	2.7	0.54	0.70	Seguimiento requerido
		Gestión financiera y contable	0.30	3				
		Revisión de estados financieros	0.20	3				
		Valoración del HMG	0.20	4				
Calidad del producto	0.20	Desarrollo del producto brindado	0.35	3	3	0.60	0.70	Seguimiento requerido
		Mejoramiento de bondades del servicio	0.30	3				
		Cumplimiento de especificidades	0.35	3				
Lealtad del cliente	0.30	Captación de clientes	0.35	4	3.65	1.10	1.05	Aprobado
		Orientación hacia el cliente/beneficiario	0.35	3				
		Estrategias de fidelización	0.30	4				
Evaluación de la gestión de la estrategia						3.23	3.50	Seguimiento requerido

Fuente: Elaboración propia, basada en matriz de evaluación estratégica.

De esta forma, podemos concluir, en términos generales, que el crecimiento de la población adulto mayor, especialmente desde hace diez años, ha producido al mismo tiempo una elevación moderada en la demanda de servicios especializados de atención geriátrica, que no incluye necesariamente la atención médica.

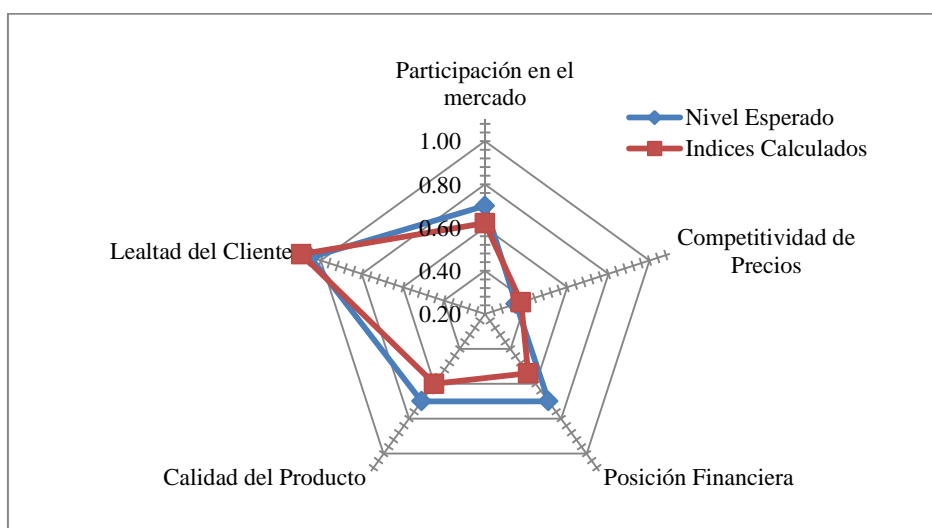
### Medición de la estrategia del HMG

Área indicativa principal	Índices calculados	Nivel esperado
Participación en el mercado	0.62	0.70
Competitividad de precios	0.38	0.35
Posición financiera	0.54	0.70
Calidad del producto	0.60	0.70
Lealtad del cliente	1.10	1.05
Indicador de evaluación de gestión	3.23	3.50

Fuente: Elaboración propia, basada en matriz de evaluación estratégica.

La tabla anterior rescata los resultados, tanto de los índices calculados, como del nivel esperado al 70%, para las estrategias de atención geriátrica desarrolladas por el hospital, dentro del mercado de servicios de salud dirigida al adulto mayor. Asimismo, el gráfico que se expone a continuación nos ilustra esta brecha entre ambos indicadores de la gerencia estratégica del Hospital Militar Geriátrico.

### Brechas respecto del nivel esperado de gerencia estratégica del HMG



Fuente: Elaboración propia, basada en matriz de evaluación estratégica.

Estos criterios nos sirven para sustentar el desarrollo de la matriz PEYEA, aplicando un valor numérico, según la Escala de Likert, de +1 (peor) a +6 (mejor) a cada una de las variables que

constituyen las variables FF y FI. Asimismo, se establece un valor numérico de -1 (mejor) a -6 (peor) a cada una de las variables que constituyen las dimensiones VC, EA.

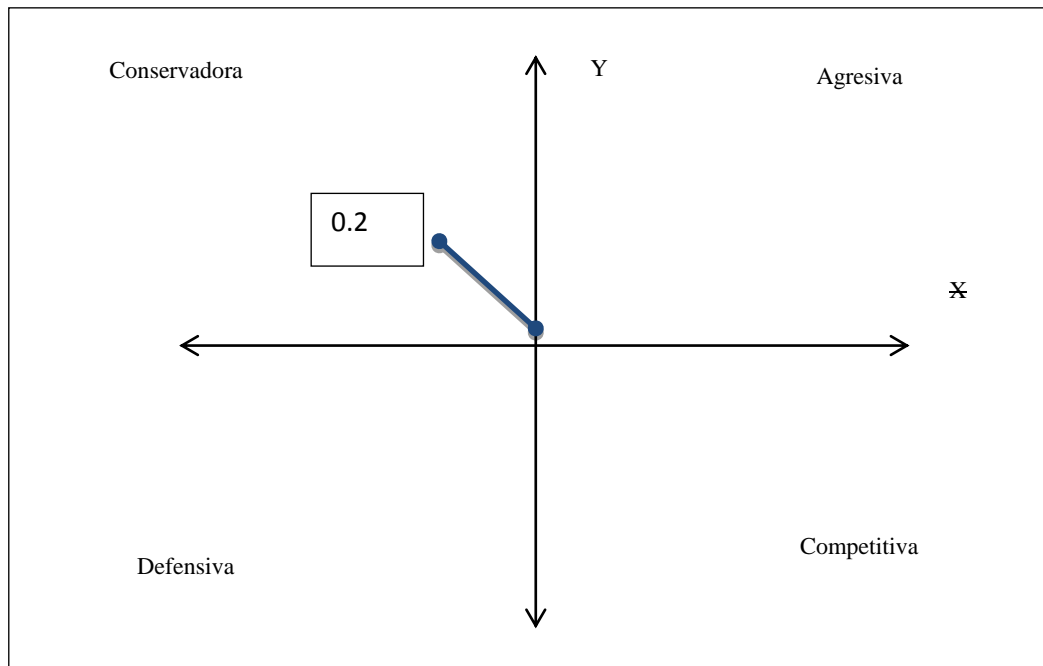
### Matriz PEYEA del HMG

Variables a evaluar	
<b>Fuerzas financieras</b>	<b>Valor</b>
Solvencia del HMG	5
Apalancamiento financiero del HMG	4
Liquidez del HMG	3
Capital de trabajo disponible del HMG	3
Riesgos implícitos del negocio de servicios	3
Flujos de efectivo para el respaldo de servicios	5
<b>PROMEDIO</b>	<b>3.8</b>
<b>Fuerzas de la industria</b>	<b>Valor</b>
Diversidad de servicios geriátricos	4
Potencial de crecimiento del mercado de servicios	4
Conocimientos tecnológicos empleados	3
Aprovechamiento de la capacidad	3
Demanda de los servicios de atención geriátrica	5
Regulaciones del sector salud	4
<b>Promedio</b>	<b>3.83</b>
<b>Ventajas competitivas</b>	<b>Valor</b>
Participación en el mercado de servicios de salud	-4
Calidad del servicio de salud geriátricos	-5
Lealtad de los clientes del HMG	-3
Control sobre beneficiarios y proveedores	-4
Utilización de la capacidad competitiva	-2
<b>Promedio</b>	<b>-3.6</b>
<b>Estabilidad del ambiente</b>	<b>Valor</b>
Cambios tecnológicos en el proceso de atención	-5
Tasa de inflación	-2
Variabilidad de la demanda	-4
Presión competitiva	-4
Estabilidad política y social	-5
<b>Promedio</b>	<b>-4</b>

Fuente: Elaboración propia, basada en la matriz PEYEA.

El resultado final en el eje de la X es -0.17, mientras que la sumatoria en el eje de la Y es 0.2, lo que nos da como resultado el siguiente gráfico, en donde se unen los puntos correspondientes a ambos ejes de coordenadas.

## Diagrama de resultados de la matriz PEYEA del HMG



Fuente: Elaboración propia, basada en matriz de evaluación estratégica.

La posición estratégica del Hospital Militar Geriátrico, en términos de servicios de salud geriátrica, determina la adopción de estrategias conservadoras de diversificación, del tipo concéntrica, dado que el mercado de servicios de atención geriátrica está experimentando un lento crecimiento.

Esto quiere decir que el Hospital Militar Geriátrico debe presentar nuevos productos de atención especializada del adulto mayor, apoyado por un equipo gerencial especializado. Debemos reconocer que la atención integral del adulto mayor representa una estrategia del tipo de diversificación conglomerada, por cuanto se diseña un servicio de atención geriátrica no relacionado con el que ofrece actualmente, pero a clientes potenciales, que en este caso son pacientes no vinculados al ejército.

### **Anexo 5. Lineamiento 3, para la atención integral de salud de las personas adultas mayores del MINSA.**

Reorientar la organización de los servicios de salud de atención integral al adulto mayor con enfoque en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para un envejecimiento activo y saludable.

La organización de los servicios de salud debe corresponder a la categoría del establecimiento de salud, así tenemos que:

- Los establecimientos de salud categoría I-1, I-2, I-3 y I-4 (puestos y centros de salud) dirigirán sus acciones prioritariamente a las actividades preventivo promocionales.
- Los establecimientos de salud categoría II-1 y II-2 (hospitales I y II), además de apoyar las acciones de promoción y prevención, realizarán atención integral ambulatoria y hospitalaria diferenciada, con énfasis en la recuperación y la rehabilitación de acuerdo con su categoría.
- Los establecimientos categoría III-1 y III-2 (hospital III e institutos especializados), orientarán sus acciones especializadas a la población adulta mayor que presenta daño en atención recuperativa, rehabilitación y seguimiento de casos, así como apoyo en las acciones de promoción y prevención, según los niveles de atención geriátrica.

En tal sentido, los servicios serán adecuados a la realidad funcional y psicosocial de las personas adultas mayores, con la implementación de espacios diferenciados, horarios específicos, atención preferencial, privacidad, confidencialidad de la consulta y respeto a la persona. La organización de los servicios será complementada con las siguientes acciones:

- Cambios en la gestión de los servicios en los diferentes niveles de atención, que atiendan las necesidades de acuerdo con la realidad sociocultural de este grupo poblacional.
- Fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contra referencia en los diferentes niveles de atención.
- Promoción de la participación permanente de las PAMs en la adecuación de los servicios de salud, de acuerdo con sus necesidades.

**Anexo 6. Categoría II-E, Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA (Normas técnicas de salud "Categoría de establecimiento del Sector Salud")**

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	FUNCIONES	ACTIVIDADES	UPSS FARMACIA
<b>CATEGORÍA II-E</b>	Corresponde a:  - Hospitales de atención. - Clínicas de atención especializadas.	a) Promoción. b) Prevención c) Recuperación d) Rehabilitación e) Gestión	a) UPSS Consulta externa b) UPSS Hospitalización. c) UPSS Patología clínica. d) UPSS Farmacia. e) UPSS Nutrición y dietética. f) Obligatorias según campo clínico o grupo etario. g) UPSS emergencia. h) UPSS centro obstétrico. i) UPSS Medicina de rehabilitación. j) UPSS Central de rehabilitación. k) UPSS Anatomía patológica. l) UPSS Centro de hemoterapia y Banco de sangre.	<p><b>UPSS FARMACIA</b></p> <p>Unidad básica organizada para dispensación, expendio, gestión de programación y almacenamiento especializado de PF, DM (con excepción de equipos biomédicos y de tecnología controlada) y PS que correspondan; así como fármaco técnica y farmacia clínica de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud.</p> <p>Responsable: QF, Técnico de farmacia.                      Atención: 24 horas para emergencia y horario del establecimiento para atención electiva.</p> <p>Capacidad resolutive:                      Realiza dispensación y expendio previa RUE de los medicamentos propios de la especialidad o campo clínico de acuerdo al PNUME y aquellos fuera del PNUME con autorización del CF de medicamentos que corresponde a pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados.                      Farmacia clínica: Farmacovigilancia, seguimiento fármaco terapéutico.                      Farmacotécnica: diluciones y acondicionamiento de antisépticos y desinfectantes; y acondicionamiento de dosis de medicamentos; y                      Almacenamiento especializado cumpliendo las buenas prácticas de almacenamiento.</p>

Fuente: Ministerio de Salud (2015)

## Anexo 7. Organización de establecimiento de salud, según nivel de atención

“Norma técnica de salud para infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud II-1 y II-e”, 2013. Los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención se organizan de acuerdo con la normatividad vigente en las siguientes categorías:

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	1er. nivel de complejidad	I-1	Establecimiento de salud con profesional no médico-cirujano.
	2do. nivel de complejidad.	I-2	Establecimiento de salud con profesional médico-cirujano.
	3er. nivel de complejidad.	I-3	Establecimiento de salud con staff profesional médico-cirujano sin UPSS Hospitalización.
	4to. nivel de complejidad.	I-4	Establecimiento de salud con staff profesional médico-cirujano con UPSS internamiento.
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	5to. nivel de complejidad.	II-1	Establecimiento de salud con capacidad resolutive de atención ambulatoria, emergencia e internamiento.
		II-E	Establecimiento de salud con capacidad resolutive de atención ambulatoria, emergencia o internamiento.
	6to. nivel de complejidad.	II-2	Establecimiento de salud con capacidad resolutive de atención ambulatoria, emergencia, internamiento y cuidados intensivos.

Fuente: Ministerio de Salud (2015)

**Principales núcleos de un establecimiento de salud:**

- ♣ Núcleo de pacientes internados: donde residen los pacientes internados durante el período de recuperación y tratamiento.
- ♣ Núcleo de pacientes ambulatorios: donde acuden los pacientes para consulta y evaluación física o mental.
- ♣ Núcleo de ayuda al diagnóstico y apoyo al tratamiento: donde acuden los pacientes internados y ambulatorios, a fin de realizar exámenes de muestreo invasivos y no invasivos que permitan el diagnóstico y tratamiento más acertado y efectivo.
- ♣ Núcleo de servicios generales: donde se brinda el soporte técnico y mecánico a las diferentes unidades del establecimiento para su funcionamiento integral.
- ♣ Núcleo de administración: zona destinada a la Dirección y Administración General del establecimiento.
- ♣ Núcleo de emergencia: donde acuden los pacientes en situación donde se pone en riesgo su vida.
- ♣ Núcleo de atención y tratamiento: donde se ubican las unidades de centro quirúrgico y centro obstétrico.
- ♣ Núcleo de confort médico y personal: donde se ubica la residencia para el personal médico, vestidores y comedores, entre otros.



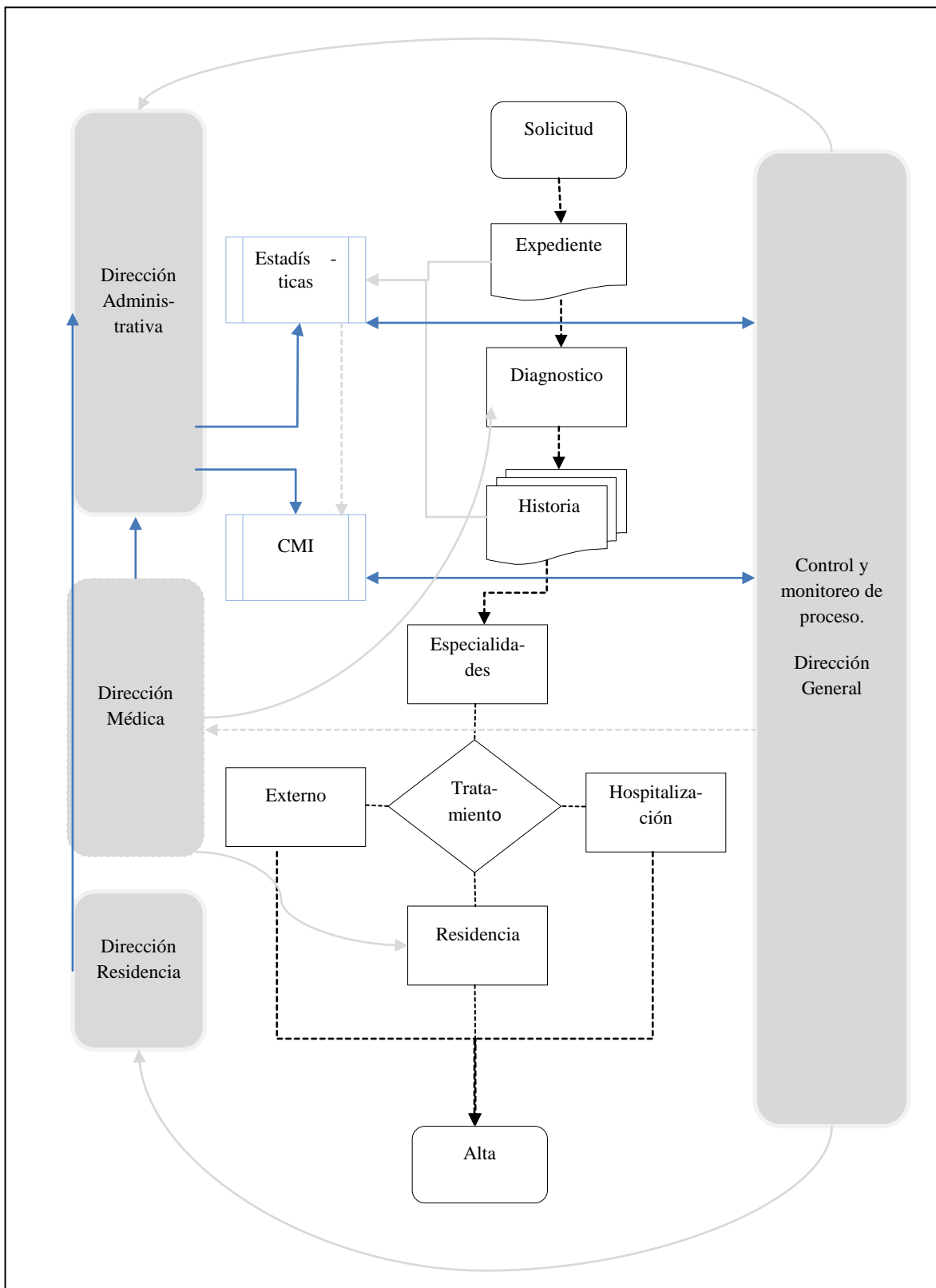
**Anexo 8. Resumen de la estructura funcional de las unidades productoras de servicios de salud II-1 y II-E**

N°	UNIDAD PRODUCTIVA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	Establecimiento de salud tipo:				Ambiente complementario
		II-1	II-E			
			(Mat-Inf)	(Traum)	(Oftal)	
<b>DE ATENCIÓN DIRECTA</b>						
1	Consulta externa	X	X	X	X	X
2	Emergencia	X	X	X	X	X
3	Hospitalización	X	X	X	X	X
4	Centro obstétrico	X	X			X
5	Centro quirúrgico.	X	X	X	X	X
<b>DE ATENCIÓN DE SOPORTE</b>						
6	Medicina de rehabilitación	X		X		X
7	Farmacia	X	X	X	X	X
8	Patología clínica	X	X	X	X	X
9	Diagnóstico por imágenes	X	X	X	X	X
10	Centro de hemoterapia o Banco de sangre.	X	X	X	X	X
11	Nutrición y dietética.	X	X	X	X	X

Fuente: Ministerio de Salud (2015).

## Anexo 9. Mejora de proceso

### Atención integral y de largo plazo



Fuente: Elaboración propia.

## **Nota biográfica**

### **Renzo Corvetto del Álamo**

En el año 1992 egreso de la Escuela Naval del Perú como Oficial de la Marina de Guerra del Perú, es Licenciado en Ciencias Marítimas, calificado en Infantería de Marina e Inteligencia Naval. En el año 2015 concluyó sus estudios de Maestría en Gestión Pública de la Universidad del Pacífico.

Desde el año 1993, viene desarrollando su carrera profesional ocupando diferentes puestos en unidades operativas y administrativas de su Institución de acuerdo a su grado y su calificación; actualmente con el grado de Capitán de Navío se viene desempeñando como Jefe de Departamento en la Base Naval del Callao.

### **José Luis Reátegui Aching**

En el año 1992 egreso de la Escuela Militar de Chorrillos como Oficial del Ejército, es Licenciado en Ciencias Militares con mención en Ingeniería. En el año 2001 concluyó sus estudios de Ingeniería Civil en la UAP y en el 2015 la Maestría en Gestión Pública de la Universidad del Pacífico.

Desde el año 1992, viene desarrollando su carrera profesional ocupando diferentes puestos en su Institución de acuerdo a su grado; actualmente con el grado de Coronel se viene desempeñando como Jefe del Departamento de Bienes Inmuebles de la Jefatura de Patrimonio del Ejército–COLOGE.

### **Hernán Enrique Rivera Schreiber**

En el año 1992 egresó de la Escuela Militar de Chorrillos como Oficial del Ejército. Es Licenciado en Ciencias Militares con mención en Ingeniería. En el año 2005 concluyó sus estudios de Maestría en Ciencia Política en la Pontificia Universidad Católica del Perú y en el 2015 la Maestría en Gestión Pública de la Universidad del Pacífico.

Desde el año 1992 viene desarrollando su carrera profesional ocupando diferentes puestos en su institución de acuerdo con su grado y actualmente, con el grado de coronel, se viene desempeñando como Jefe del Departamento de Investigación y Doctrina de la Escuela Superior de Guerra del Ejército, Escuela de Post Grado, y también realiza labor docente como profesor en dicho centro de estudios.