

9.4 Sistemas de Información para la Dirección: Cuadro de Mando



Identificación de necesidades de información estratégica y operativa para la dirección. Cómo diseñar y gestionar los cuadros de mando. Utilización para el control de gestión y la mejora continua de las organizaciones sanitarias.

Autor: Oscar Moracho del Río

Socio Director Innovasalud

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Moracho del Río Oscar. Sistemas de Información para la Dirección: Cuadro de Mando[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 9.4 Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

En este tema se expone la necesidad de utilizar indicadores para realizar un adecuado seguimiento de los resultados de una organización sanitaria, de forma que permitan tomar decisiones para reconducir en caso necesario el rumbo de la organización. Se explica de forma detallada la metodología a seguir para la implantación y gestión de un Cuadro de Mando Integral (CMI) capaz de integrar las dimensiones estratégica y operativa. Se sientan, así mismo, los fundamentos para que el CMI apoye el desarrollo estratégico de la organización para cumplir la Misión y alcanzar la Visión. Se desarrollan los criterios para el establecimiento de objetivos estratégicos y factores críticos de

éxito, su interdependencia y posibilidades de priorización, y cómo se integran éstos con los procesos y servicios de la organización. Se exponen los criterios y requisitos para el establecimiento de indicadores estratégicos y de proceso. Se plantea una metodología para el establecimiento de metas, objetivos a procesos y/o servicios, los formatos y criterios de acceso a la información, recomendaciones para el seguimiento y control de gestión por

parte de todos los responsables de la organización, así como la revisión y actualización periódica de los cuadros de mando. Por último, se exponen algunas posibilidades de ampliación del CMI mediante los mapas estratégicos, y la complementariedad del análisis de resultados desde la perspectiva del Modelo de Excelencia de la EFQM.

Introducción

- *Diseño del Cuadro de Mando*
- *Utilización del Cuadro de Mando*
- *Bibliografía recomendada*

Referencias bibliográficas

No se tratan los aspectos referentes a los sistemas de información ni a los posibles soportes informáticos para la obtención y gestión de los indicadores, debido a la especificidad de los mismos y a que son tratados en otros capítulos de esta obra, orientando toda la exposición a la utilidad de los cuadros de mando para el seguimiento y mejora de la gestión y de sus resultados.

Introducción

La gestión sanitaria tiene como fin último conseguir buenos resultados en todas las áreas relevantes de su actuación. Aunque los asistenciales siempre son los prioritarios, existe otro número de funciones y líneas de actuación relevantes en las que también hay que gestionar y alcanzar resultados. Sólo sabremos en qué grado estamos orientando adecuadamente la organización y consiguiendo los objetivos propuestos en la medida en la que dispongamos de resultados, y estos sólo pueden ser medidos de una forma objetiva mediante indicadores, en su mayor parte cuantitativos. El conjunto de indicadores que nos permiten monitorizar los resultados de la gestión se llama comúnmente cuadro de mando (CM). El sentido del cuadro de mando es similar al conjunto de indicadores de un coche o de un avión

(velocidad, revoluciones, combustible, alarmas...) y de la misma forma, su objetivo fundamental es el de poder conocer en qué situación se encuentra la organización mediante sistemas de información que nos permitan tomar decisiones, habitualmente con incertidumbre, para corregir el rumbo o hacer frente a desviaciones o imprevistos.

Aunque el cuadro de mando constituye un elemento básico y fundamental para la gestión, la mayoría de organizaciones sanitarias no dispone de un conjunto de indicadores significativos, actualizados, fiables y útiles que puedan cumplir esta función. Lo habitual es que se disponga de sistemas de información separados y demasiado exhaustivos de actividad asistencial y económica, y una miscelánea de resultados dispersos sobre otras funciones o áreas de interés que habitualmente son obtenidos a demanda cuando se precisan. También es habitual la convivencia en paralelo de cuadros de seguimiento de contratos de gestión, planes de mejora, contratos de gestión clínica y resultados de procesos o de planes específicos, que dificultan una visión integrada de la organización y que pueden contener sistemas de evaluación u objetivos que no son coherentes entre sí.

El proceso de elaboración del cuadro de mando para la dirección constituye en sí mismo una reflexión ordenada sobre la estrategia y objetivos de la organización, la identificación de los procesos necesarios para alcanzarlos y sobre los niveles de decisión para gestionarlos. Por ello, el producto final tendrá que estar directamente relacionado con el tipo de organización y el sistema de gestión de la misma, adaptándose a él de forma continua. Por lo tanto, no existe un cuadro de mando universal que pueda ser utilizado por cualquier organización, si bien hay elementos comunes que todos ellos deben contemplar.

Entre las múltiples metodologías que se pueden utilizar para su elaboración, el Cuadro de Mando Integral (*Balanced Scorecard*) es actualmente la más integradora y útil para conjugar las diferentes visiones y dimensiones de la organización, así como para realizar una reflexión compartida sobre la implantación estratégica, su desarrollo y la coherencia con los procesos de la organización y sus resultados.

El proceso de elaboración del cuadro de mando para la dirección constituye en sí mismo una reflexión ordenada sobre la estrategia y objetivos de la organización, la identificación de los procesos necesarios para alcanzarlos y sobre los niveles de decisión para gestionarlos.

El cuadro de mando integral **debe permitir:**

- Medir de forma objetiva el grado de avance en las estrategias de la organización.
- Definir para cada una de ellas los elementos de información que han de ser calculados (indicadores) y el nivel de valoración que debe alcanzar cada uno de estos elementos (metas).
- Enlazar la visión y la estrategia empresarial con las acciones del día a día de los profesionales (procesos).
- Aportar información para planificar, tomar decisiones o evaluar el progreso, de forma que ayude a asegurar que la organización seguirá siendo eficiente y competitiva en el futuro.
- Crear una organización de aprendizaje, en la que se responda adecuadamente a los cambios del entorno.

Las **características** que debe contemplar el cuadro de mando para la dirección se pueden resumir en:

- Único: Todos los niveles de decisión pueden acceder al mismo formato y los datos provienen de las mismas fuentes de información
- Integral: Incorpora todas las dimensiones de la estrategia, de los procesos, y de todos los planes relevantes de la organización.
- Completo: Incorpora todos los niveles de responsabilidad de una forma escalonada.
- Multidimensional y equilibrado: Contemplar las diferentes perspectivas de la organización:
 - Perspectiva financiera: Cómo deben vernos nuestros propietarios o accionistas.
 - Perspectiva del cliente: Cómo deben vernos nuestros clientes.
 - Perspectiva del proceso: En qué procesos internos debemos ser excelentes.
 - Perspectiva de la formación y crecimiento: ¿De qué forma apoyaremos nuestra capacidad de aprender, innovar y crecer?

- Orientado a la gestión: Información sobre objetivos, su grado de consecución, comparaciones a lo largo del tiempo y con organizaciones de referencia.

CARACTERÍSTICAS	SIGNIFICADO
ÚNICO	Mismo formato y fuentes de información
INTEGRAL	Estrategia, procesos y planes relevantes
COMPLETO	Todos los niveles de responsabilidad
MULTIDIMENSIONAL	Todas las perspectivas
EQUILIBRADO	Equilibrio entre las perspectivas
ORIENTADO A LA GESTIÓN	Objetivos, comparaciones, toma de decisiones

Cuadro 1: Características de un Cuadro de Mando

A lo largo del capítulo se pretende establecer una guía que permita diseñar y gestionar un cuadro de mando para la dirección que reúna estas características, y sirva a las organizaciones que lo utilicen como orientación para la toma de decisiones enfocadas a la mejora continua de sus resultados.

Diseño del cuadro de mando

El diseño de un cuadro de mando para la dirección y la gestión no debe suponer solamente la selección de un conjunto de indicadores que interesen a los responsables, y mucho menos, la recopilación de todos los indicadores disponibles en la organización. Debe ser una reflexión ordenada y participativa, que permita identificar claramente los objetivos estratégicos y operativos, establecer las prioridades de gestión y definir los indicadores y metas para cada proceso y servicio, de forma que permitan llevar a cabo la misión de la organización y acercarse al cumplimiento de su visión. Supone por tanto un ejercicio del más alto nivel directivo, íntimamente ligado a la estrategia y que debe permitir comprobar el grado de avance de la misma e identificar las necesidades de control y mejora a establecer de forma continuada en la gestión operativa de la organización.

El diseño del CM supone una reflexión que identifique la estrategia, el nivel operativo para su desarrollo y las necesidades de control para mejorar de forma continua la organización.

El diseño del CM supone una reflexión que identifique la estrategia, el nivel operativo para su desarrollo y las necesidades de control para mejorar de forma continua la organización.

Fases de la elaboración

Aunque cada equipo directivo debe adaptar la metodología a seguir en función de su estilo de dirección, el sistema de gestión, el grado de autonomía respecto a la organización central y sus directrices, y el grado de desarrollo y automatización de sus sistemas de información, se pueden identificar algunas etapas comunes necesarias en cualquiera de los casos. En la exposición del capítulo se ordenan de la siguiente forma:

DISEÑO DEL CM

- Programación del proyecto
- Identificar lo que se quiere y/o tiene que medir (objetivos estratégicos, factores críticos de éxito, procesos, planes)
- Establecer los indicadores

UTILIZACIÓN DEL CM

- Establecer metas, comparaciones y perspectiva temporal
- Identificar responsables de consecución
- Diseñar los formatos, distribución y frecuencia
- Seguimiento y control de gestión
- Establecer los criterios de revisión y actualización

1.- PROGRAMACIÓN DEL PROYECTO

La elaboración del cuadro de mando no debiera ser una revisión rápida de los indicadores y formatos disponibles de los indicadores de gestión. Necesita ser desarrollado como un proyecto si se quiere aprovechar convenientemente toda su potencialidad. Para ello debe establecerse un plan o proyecto de desarrollo que identifique claramente el equipo responsable, los objetivos, etapas y cronograma del mismo.

Es especialmente importante la constitución del equipo de trabajo, que debe estar compuesto al menos por la alta dirección y los responsables de control de gestión y sistemas de información. Aunque depende del estilo de participación de la

organización, resulta altamente recomendable que se incorporen en su elaboración el máximo número posible de jefaturas y responsables de unidad en todas o en algunas de las etapas de su desarrollo. La participación convierte este proyecto en una reflexión compartida que aglutina lenguajes, contribuye a la coordinación y coherencia de su desarrollo, y mejora la viabilidad y las consecuencias prácticas de su realización.

2.- IDENTIFICAR LO QUE SE QUIERE Y/O TIENE QUE MEDIR

Junto con el establecimiento de indicadores, es la fase fundamental de la elaboración de los cuadros de mando.

En este capítulo no se va a tratar sobre los HIS (*Health Information System*) ni sobre los sistemas automatizados de obtención de datos, debido a la especificidad y extensión de su análisis y en que son abordados en otros apartados de esta obra. Aunque sean prácticamente imprescindibles para la obtención de algunos datos (especialmente económicos o de producción asistencial), su no disponibilidad no exime de la exigencia de obtener datos lo más fiables posible sobre los resultados relevantes de la organización.

El Cuadro de Mando Integral debe ser único y capaz de medir tanto los objetivos estratégicos como los objetivos operativos.

El CM debe medir ineludiblemente el grado de consecución de los objetivos estratégicos necesarios para cumplir la misión y alcanzar la misión, incorporando por supuesto, los objetivos estratégicos de la corporación o de la organización central (Servicio de Salud o Junta Directiva). Además, estos objetivos estratégicos deben dar lugar de una forma lógica a la identificación de los factores críticos de éxito para alcanzarlos (FCE), y estos deben marcar los planes y objetivos a conseguir por cada uno de los procesos, servicios y/o profesionales de la organización (Figura 1).

El Cuadro de Mando Integral debe ser único y capaz de medir tanto los objetivos estratégicos como los objetivos operativos.



Figura 1: Cuadro de Mando Integral, estratégico y operativo

El primer nivel de objetivos e indicadores (objetivos estratégicos y factores críticos de éxito) constituyen el **cuadro de mando estratégico** (CME) para la dirección, y no debería incorporar más de 20-25 objetivos. El nivel de descripción en el que se identifican los objetivos de procesos, servicios o profesionales constituye el **cuadro de mando operativo** (CMO), que incorporará el nivel de detalle necesario para el adecuado seguimiento, control y mejora de cada proceso.

Por ejemplo, de la misión y visión de una organización sanitaria puede deducirse que la satisfacción de los clientes constituye un objetivo estratégico, y que los factores críticos de éxito para alcanzarlo son una atención sanitaria efectiva, una buena información y comunicación con los profesionales y un trato correcto. En consecuencia, el índice de satisfacción general de clientes debe formar parte sin duda del cuadro de mando estratégico o de primer nivel, así como posiblemente la satisfacción de los clientes con la asistencia, la información y el trato recibidos. Sin embargo, el índice de satisfacción de pacientes en hospitalización, en consultas de traumatología o con el servicio de rehabilitación, así como los agrupadores de percepción de tiempos de espera, aspectos hosteleros o trato de enfermería, formarían parte del cuadro de mando de segundo o tercer nivel (operativo), en los que se puede evaluar el rendimiento de los procesos o servicios.

La identificación de objetivos y las relaciones entre ellos constituye

una reflexión clave en la organización que en cualquier caso necesita recorrer ciertas etapas:

- Identificar los objetivos estratégicos.
- Identificar los factores críticos de éxito de cada uno de ellos.
- Identificar los objetivos de cada proceso o servicio para alcanzar los FCE.
- Identificar las relaciones cruzadas entre objetivos, factores y procesos.
- Priorizar y ponderar objetivos y FCE (optativo).

Existen diferentes metodologías para establecer esta reflexión, que no son excluyentes entre sí, y cuya elección dependerá de la estructura y sistemática de gestión de cada organización. La metodología general que se expone en este capítulo sigue una sistemática basada en el Cuadro de mando Integral (CMI) y que puede seguir cualquier tipo de organización, aunque más adelante se exponen algunas características específicas del CMI y la integración con el Modelo EFQM.

a) **Identificar los objetivos estratégicos.**

Los objetivos estratégicos son los grandes apartados o áreas en los que la organización tiene que centrar sus esfuerzos y orientaciones para cumplir la misión y alcanzar la visión. Por lo tanto se deducen directamente de ellas, en caso de estar definidas, o hay que identificarlos de forma específica en caso de no ser así. De cualquier forma, deben ser muy limitados en número (menos de seis habitualmente) y en una organización sanitaria deben responder de alguna forma a sus dimensiones generales:

- **Asistencial:** La dimensión asistencial siempre es y será la razón de ser de cualquier organización sanitaria y por lo tanto es ineludible su presencia sea cual sea su forma de expresión. Puede variar su formulación en función del tipo de organización o de la estrategia de la misma, y la forma de definir el objetivo puede modificar el desarrollo posterior del mismo: por ejemplo, para un hospital puede tener consecuencias muy diferentes definir este objetivo como "atender la demanda asistencial", "prestar asistencia especializada" o "mejorar el estado de salud de la población".

La satisfacción del paciente y/o cliente siempre estará relacionada con el adecuado desarrollo de esta dimensión y es conveniente que esté incorporada como FCE en este objetivo. Sin embargo, en algún tipo de organización en la que el marketing, la imagen externa o la fidelización de los clientes tenga una relevancia clave, puede constituir un objetivo estratégico en sí mismo.

- **Económica:** También es un objetivo básico para cualquier empresa aunque no sea sanitaria. Según la misión de la organización, su definición puede variar desde la obtención de beneficio económico, a la eficiencia en la utilización de los recursos, la suficiencia financiera o la sostenibilidad.
- **Gestión:** La perspectiva de incorporar objetivos específicos referidos al sistema de gestión es importante para direccionar la organización, y sus actuaciones afectan siempre al resto de objetivos. En caso de organizaciones muy avanzadas y con un importante despliegue de la gestión por procesos, este objetivo puede estar incluido en el resto de objetivos estratégicos como forma de actuación consolidada.
- **Personas:** Aunque con demasiada frecuencia no se le da la relevancia que tiene para el éxito de cualquier organización, la dimensión de personas o recursos humanos debe constituir siempre un objetivo básico en cualquier organización sanitaria. Dependiendo de la misión, estructura y herramientas de gestión, este objetivo podrá definirse como satisfacción, implicación, desarrollo, crecimiento de las personas de la organización, o cualquier combinación entre ellos.
- **Social:** Toda empresa tiene un impacto en la sociedad que debe ser gestionado en mayor o menor medida. Su formulación e intensidad dependerá de la estrategia que se defina, y puede incorporar aspectos de gestión medioambiental, docencia, investigación, educación social, compartir conocimiento, solidaridad o colaboración social, generación de riqueza o cualquier otro aspecto.
- **Otras:** En algunos casos, cualquiera de los aspectos de la dimensión social o alguna característica específica de la empresa puede hacer conveniente establecer algún objetivo independiente como elemento diferencial. Por ejemplo, un hospital referente nacional en investigación puede

considerar importante establecer un objetivo estratégico específico de investigación para desarrollarlo de una forma diferenciada.

En el cuadro 2 se muestran algunos ejemplos de objetivos estratégicos reales de diferentes organizaciones sanitarias.

Los objetivos estratégicos se deducen de la Misión y Visión, y deben abordar por lo menos la dimensión asistencial, económica, de gestión, de personas y social.

Los objetivos estratégicos se deducen de la Misión y Visión, y deben abordar por lo menos la dimensión asistencial, económica, de gestión, de personas y social.

DIMENSIÓN	POSIBLES OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
ASISTENCIAL	Asistencia sanitaria efectiva de calidad y satisfactoria
	Satisfacer necesidades de salud de la población
	Atender a la demanda
	Proporcionar la máxima satisfacción a los clientes
	Promover y mejorar la salud de los pacientes
ECONÓMICA	Maximizar el beneficio económico
	Equilibrio presupuestario y suficiencia financiera
	Maximizar la eficiencia de las prestaciones
	Sostenibilidad financiera
GESTIÓN	Mejora continua como eje de las actuaciones
	Excelencia en la gestión
	Sistema de gestión innovador
	Gestión clínica avanzada
PERSONAS	Satisfacción de los profesionales
	Implicación y responsabilidad del personal
	Mejorar el conocimiento y el desarrollo profesional
	Participación y responsabilidad de las personas
	Aprendizaje continuo e innovación profesional
SOCIAL	Participación y colaboración con la sociedad
	Compromiso medioambiental
	Contribuir al conocimiento científico-técnico
	Docencia externa e investigación
	Educación sanitaria a la población
OTRAS	Contribuir a la solidaridad social
	Referentes en investigación
	Centro de referencia en imagen externa

Cuadro 2- Ejemplos de objetivos estratégicos en organizaciones sanitarias

b) Identificar los factores críticos de éxito (FCE)

Cada uno de los objetivos estratégicos identificados necesita especificar qué aspectos, o por así decirlo subobjetivos, necesita desarrollar especialmente para poder ser alcanzado (FCE). No se trata de analizar y representar exhaustivamente todos y cada uno de los factores necesarios, sino entre todos ellos destacar los que por su relevancia, necesidad de desarrollo futuro o necesidad de mejora, son críticos para la consecución del objetivo.

Cada uno de los factores críticos de éxito identificados puede contribuir a la consecución de más de un objetivo estratégico. Por ejemplo, la seguridad clínica influirá claramente en la asistencia sanitaria y la eficiencia económica, pero se representa relacionado con aquel objetivo en el que su actuación tenga mayor impacto.

Los Factores Críticos de Éxito son aquellos que necesitan desarrollarse para alcanzar los Objetivos Estratégicos

Es conveniente que el número de FCE identificados sea entre un mínimo de dos y un máximo de 5-6 por cada objetivo estratégico. En algunos casos, la reflexión establecida puede hacer necesario el establecimiento de un nivel más de despliegue, identificando a su vez los objetivos relevantes para alcanzar cada uno de los FCE, si bien es una situación a evitar dada la complejidad que incorpora al esquema.

En el cuadro 3 se exponen algunos ejemplos de posibles FCE para los objetivos estratégicos asistencial y de personas.

Los Factores Críticos de Éxito son aquellos que necesitan desarrollarse para alcanzar los Objetivos Estratégicos

OBJETIVO ESTRATÉGICO	POSIBLES FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO (FCE)
OBJETIVO ASISTENCIAL	Procesos asistenciales efectivos
	Seguridad para el paciente
	Accesibilidad a los servicios
	Tecnología sanitaria adecuada
	Cartera de servicios adaptada a las necesidades
	Continuidad asistencial
	Servicios asistenciales efectivos
	Recursos adaptados a la demanda
	Adecuación de los procesos asistenciales
	Coordinación de equipos profesionales
	Reorientación de la asistencia a pacientes crónicos
	Información al paciente
	Trato adecuado
	Autonomía del paciente
	Condiciones hosteleras
OBJETIVO PERSONAS	Capacitación continuada
	Desarrollo profesional
	Seguridad en el trabajo
	Remuneración adecuada
	Estabilidad en el empleo
	Participación en las decisiones
	Autonomía de gestión
	Liderazgo efectivo
	Información para el trabajo
	Entornos colaborativos
	Protección de la salud
	Reconocimiento e incentivación

Cuadro 3: Ejemplos de FCE de organizaciones sanitarias

c) Identificar los procesos o servicios que contribuyen a alcanzar los FCE

Cada uno de los FCE necesita la contribución de diferentes servicios o procesos para ser alcanzados, así como planes específicos para ser desarrollados por los mismos. Si bien esta identificación es más propia del despliegue del plan estratégico

o de gestión, su señalización en esta etapa es conveniente para identificar con mayor detalle los indicadores que se deberán medir para conocer el grado de avance de la organización.

d) Identificar las relaciones cruzadas entre objetivos, factores y procesos

La complejidad de las organizaciones conlleva que la realización de cualquier objetivo y/o FCE esté relacionada con otros objetivos entre sí. La identificación de estas relaciones es esencial para comprender cómo han de desarrollarse los planes en la organización, establecer prioridades en caso de conflictos entre los objetivos, comprender las posibles sinergias entre ellos y contribuir a la difusión y comunicación de los planes entre los profesionales y los grupos de interés. Además, esta reflexión aporta una visión integral de la organización y debe servir para asegurar la coherencia interna y el adecuado equilibrio entre los objetivos y los planes.

Estas relaciones cruzadas se pueden representar mediante un cuadro de doble entrada o matricial, o más didácticamente mediante los mapas estratégicos. Como ejemplo, en la figura 2 se recoge un ejemplo de relaciones cruzadas entre los objetivos estratégicos de una organización sanitaria.



Fi-
gura

2: Relaciones entre objetivos estratégicos

e) **Priorizar y ponderar objetivos estratégicos y FCE** (optativo)

Si bien todos los objetivos y FCE son esenciales para la consecución de los planes de la organización, es indudable que no todos contribuyen por igual a la misma. Por ejemplo, entre la seguridad clínica y la relación con asociaciones de usuarios como FCE identificados por una organización sanitaria, es indudable cual debe tener prioridad para su consecución.

La priorización, además de ayudar a comprender mejor la organización, puede permitir establecer prioridades en caso de conflicto entre dos o más FCE a la hora de asignar esfuerzos o recursos, y hace más informativa y transparente la orientación de la empresa de cara a todos los grupos de interés, y especialmente de los profesionales.

Para llevar a cabo la priorización es imprescindible la participación del equipo directivo, y muy conveniente la ampliación de la misma a un mayor número de líderes y responsables de la organización. En primer lugar se establece una prioridad en función de la aportación de cada uno de los objetivos estratégicos para realizar la misión y alcanzar la visión, puntuando en una escala cualitativa, ya sea del 1 al 10 o de categorías. Tras ello, se puntúa la contribución de cada uno de los FCE para alcanzar el objetivo. Hay que tener en cuenta que estas escalas son subjetivas y cualitativas, por lo que sólo debe llevar a una priorización entre ellos. En caso de utilizarse una metodología más consistente y validada, este peso ponderado puede trasladarse posteriormente al grado de consecución de las metas para obtener indicadores sintéticos y facilitar la percepción del grado de avance de la organización.

Para facilitar la comprensión de estas priorizaciones se suele utilizar un código de colores (por ejemplo, rojo muy importante y blanco poco importante) de forma que evitemos la presentación de números, que es más árido y puede ser engañoso al referirse a escalas cualitativas. En la figura 3 se presenta un ejemplo de priorización de objetivos, y de cómo el de satisfacción de clientes se despliega en otro nivel con sus FCE priorizados; el código de prioridad se incorpora entre paréntesis y lleva asociado su código de color correspondiente.

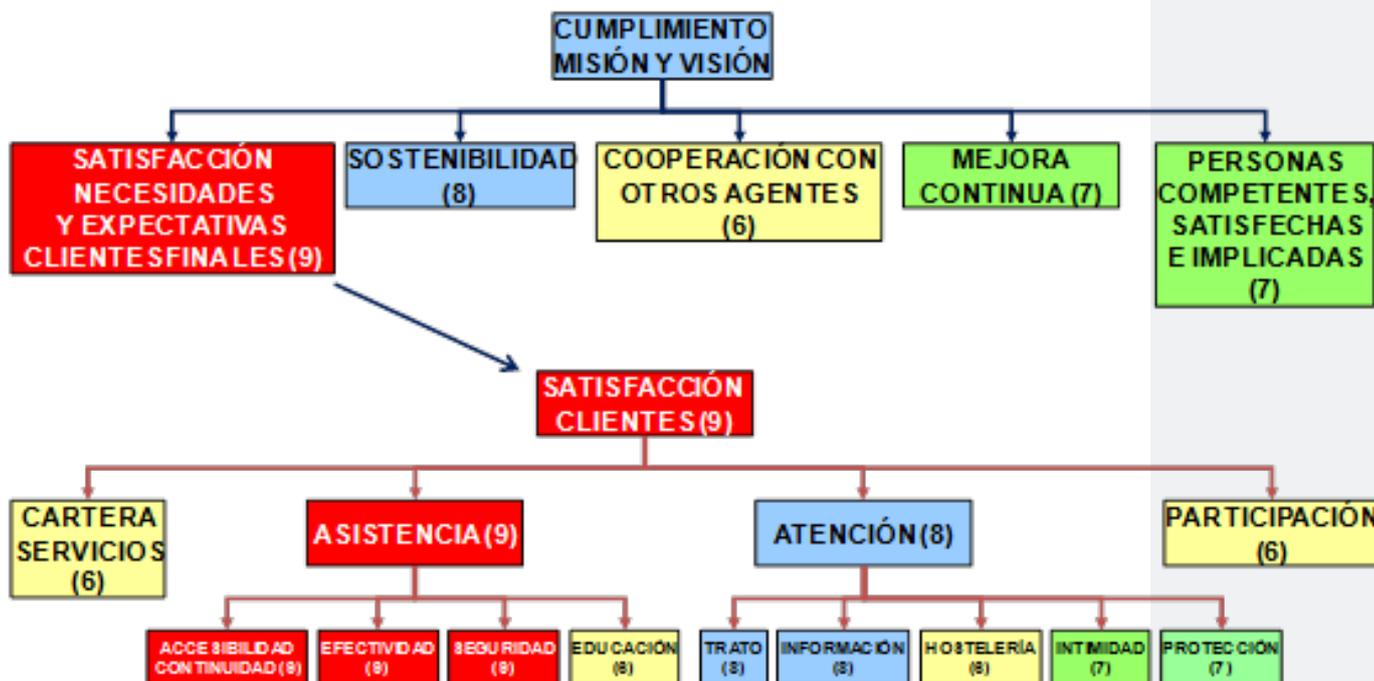


Figura 3: Priorización de objetivos estratégicos y FCE

La priorización de objetivos estratégicos y FCE aporta una comprensión más rica de la organización y facilita en gran medida la comunicación a los profesionales

3.- ESTABLECER LOS INDICADORES

Tras el diseño de la estructura de gestión realizada previamente, la incorporación de los indicadores completa el cuadro de mando propiamente dicho. El indicador es la medida cuantitativa que puede ser usada como una guía para monitorizar y evaluar el grado de consecución de un criterio. Son los elementos que nos permiten medir y valorar hasta qué punto se están alcanzando los objetivos de la estrategia y de los procesos o se están cumpliendo los planes diseñados para ello.

Las razones para obtener resultados sobre los indicadores se pueden resumir en que son necesarios para:

- Poder interpretar lo que está ocurriendo.
- Tomar medidas cuando las variables se salen de los límites.

La priorización de objetivos estratégicos y FCE aporta una comprensión más rica de la organización y facilita en gran medida la comunicación a los profesionales

Los indicadores son imprescindibles para poder mejorar: Lo que no se mide no se puede controlar y lo que no se controla no se puede gestionar ni mejorar

- Poder mejorar: Lo que no se mide no se puede controlar y lo que no se controla no se puede gestionar ni mejorar.

Los indicadores son imprescindibles para poder mejorar: Lo que no se mide no se puede controlar y lo que no se controla no se puede gestionar ni mejorar

La selección de indicadores debe ser cuidadosa, tanto por su importancia crítica para el seguimiento, como por los recursos que se necesitan para su obtención. Por ello, los indicadores deben reunir el mayor número posible de un conjunto de **características técnicas**:

- Ser medibles. Sus resultados deben ser cuantificables y sus valores se expresan mediante un dato numérico. En algún caso puede ser un valor de clasificación o de consecución de un seguimiento.
- Representatividad: Relación directa y capacidad explicativa con la dimensión a medir.
- Relevancia: Medir aspectos o resultados importantes para la organización o el proceso.
- Claridad acerca de lo que se quiere medir.
- Fiabilidad: Confianza sobre la validez de medidas sucesivas.
- Objetividad: Basado en sistemas de información fiables, consistentes y con trazabilidad de los datos y fuentes.
- Validez: Tener la capacidad de medir realmente el fenómeno que se quiere medir.
- Sensibilidad: Ser capaz de poder identificar las distintas situaciones aún en áreas con distintas particularidades, independientemente de la magnitud que ellas tengan en el conjunto.
- Especificidad: Capaz de discriminar entre aspectos similares de una dimensión determinada.

Además, para ser eficaces y útiles, en relación a un cuadro de mando para la gestión, los indicadores deben intentar conjuntar otras **características de utilidad**, como:

- Disponibilidad: Los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención, a ser posible automatizada, con acceso para todos los niveles de responsabilidad afectados y en el tiempo establecido.
- Simplicidad: El indicador debería ser de fácil elaboración.
- Alcance: El indicador debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afecten a la situación descrita por dicho indicador. En lo posible el indicador debe ser globalizador, aunque pueda desglosarse posteriormente de forma escalonada en función de sus causas o en distintos niveles de agregación.
- Comparabilidad: Excepto en aspectos muy específicos de la organización, siempre que sea posible los indicadores deberían ser comparables a los de otras organizaciones.
- Eficiencia: El indicador debe suponer el mínimo coste de obtención con la máxima capacidad informativa.

Desde el punto de vista de la perspectiva a medir o el objetivo de la medición, los indicadores pueden **clasificarse** en:

- **Indicadores estratégicos:** Miden el grado de consecución de los objetivos estratégicos y de los FCE, y el conjunto de los mismos constituyen el cuadro de mando estratégico de la organización. Por ejemplo, Un indicador sintético del objetivo estratégico de personas sería el índice de satisfacción de los profesionales (encuesta de clima laboral), y del FCE de participación de las personas, el índice de satisfacción de los profesionales con dicha dimensión.
- **Indicadores operativos:** Permiten evaluar el desempeño de los procesos necesarios para alcanzar los objetivos estratégicos. Por ejemplo, la demora media para ser atendido en consulta externa del servicio de traumatología.
- **Indicadores directos:** Permiten medir de forma directa el grado de consecución de una dimensión dada y los

resultados finales. Por ejemplo, el % de presupuesto realizado, % de clientes satisfechos o el factor de impacto de las publicaciones científicas.

- **Indicadores indirectos:** Son indicadores que permiten valorar resultados intermedios o predecir de forma indirecta el grado de consecución de un objetivo o resultado. Por ejemplo, un indicador indirecto de la satisfacción de los profesionales con la formación continuada puede ser el % de horas/año dedicado a formación.

Es importante seleccionar estos indicadores por su capacidad predictiva y no solo para completar una casilla vacía en un cuadro de mando. A modo de ejemplo, el tantas veces utilizado indicador de número de reuniones destinadas a una determinada actividad, puede ser un dato de seguimiento interesante de recoger, pero no nos explica nada acerca de la efectividad alcanzada en dicha actividad. Si lo que se quiere valorar es el grado de cumplimiento respecto a la planificación de una comisión, se puede utilizar el % de reuniones realizadas respecto a las programadas, aunque como se puede estimar, su capacidad explicativa es muy limitada.

Los indicadores estratégicos deben ser directos siempre que sea posible, y los indicadores de proceso o de control son en su mayoría indirectos.

- **Indicadores sintéticos:** Se obtienen mediante la agregación de diferentes indicadores, ya sea de la misma dimensión o de dimensiones diferentes. En cualquier caso, la agregación puede ser ponderada o no. Por ejemplo, el índice de satisfacción global de clientes de un hospital se puede obtener mediante la media aritmética de la satisfacción en cada uno de los servicios medidos (hospitalización, urgencias, consultas, rehabilitación...), o incorporarse un factor corrector a cada uno de ellos en función de su importancia estratégica para ponderar el resultado final. Son muy útiles para la obtención de resultados en los objetivos estratégicos, si bien deben ser comprendidos y valorados en el sentido relativo que tienen.

En la figura 4 se incluye un ejemplo de la construcción de un indicador sintético económico-financiero, obtenido mediante la aplicación de pesos relativos a los indicadores

de sus factores críticos de éxito.

- **Indicadores de control:** pueden ser importantes para medir el grado de consecución de etapas críticas de un proceso, o sucesos que pueden suponer un cuello de botella en los resultados operativos; por ejemplo, la demora media para realizar un estudio preoperatorio, que condicionará la lista de espera quirúrgica. Dentro de ellos, los indicadores centinela establecen alarmas sobre sucesos que no debieran ocurrir nunca y cuya aparición debe desencadenar una revisión en profundidad de la forma de actuar de la organización. Indicadores centinela clásicos suelen ser la mortalidad hospitalaria por neumonía o la mortalidad en la sala de espera de un servicio de urgencias.

PERSPECTIVA	PESO	INDICADOR	PESO MÁXIMO	OBJETIVO	RESULTADO	% DE LOGRO	PUNTOS VALOR
Económico Financiera	25	Desviación presupuestaria	10,00	< 1%	0,75%	1%	10
		Gasto en material sanitario	5,00	9.000.000	9.100.000	0%	0
		Subtotal	15,00				10,00
		% de compra en concurso publico	3,75	50	65	1%	3,75
		% de inversión ejecutada	6,25	95	90	0%	0
		Subtotal	10,00				3,75
				25,00			
						55%	

Figura 4: Indicador sintético económico financiero

De forma inversa, para establecer los indicadores de un objetivo estratégico y/o de un proceso, un esquema práctico es el de interrogarse por **aspectos relevantes** de cada uno de estos cuatro apartados:

- **Cantidad:** Son los indicadores más frecuentemente utilizados. Reflejan la cantidad o actividad realizada en un periodo de tiempo. Por ejemplo, nº de consultas/mes o nº intervenciones quirúrgicas/año.
- **Calidad técnica:** Representan la calidad técnica alcanzada en un objetivo estratégico o proceso. El nivel de calidad se debe definir previamente mediante estándares de buena práctica profesional¹. Son difíciles de establecer en términos

¹ Estándar: Especificación cuantitativa en que se traducen los criterios, y que establecen el valor del indicador que debe ser alcanzado como referencia.

absolutos, y suele ser más práctico diseñarlos en función de las diferentes dimensiones de calidad o buena práctica, especialmente en los resultados de procesos asistenciales: eficacia, eficiencia, seguridad, adecuación, continuidad de cuidados, accesibilidad...

- **Calidad percibida:** Sólo la puede valorar el cliente del proceso, ya sea externo (paciente, usuario, profesionales externos) o interno (profesionales que reciben los servicios en la organización). Aunque pueden utilizarse otras herramientas para captar la percepción (entrevistas, grupos focales), la obtención de un indicador necesita la realización de encuestas de percepción debidamente validadas y en las que se conozca su grado de fiabilidad y variabilidad.
- **Coste:** Los indicadores económicos deben permitir valorar tanto los resultados absolutos (ej: grado de cumplimiento presupuestario, cash-flow, % de presupuesto destinado a inversión), como costes unitarios que permitan establecer medidas correctoras en una actividad o proceso concretos (ej: coste por actividad, coste por proceso, coste de farmacia en un proceso concreto...).

Para identificar los indicadores de un objetivo o proceso, es útil utilizar el esquema de cantidad, calidad técnica, calidad percibida y coste

Para identificar los indicadores de un objetivo o proceso, es útil utilizar el esquema de cantidad, calidad técnica, calidad percibida y coste

En el cuadro 4 se exponen ejemplos de indicadores estratégicos de una organización sanitaria.

DIMENSIÓN	INDICADOR ESTRATÉGICO
Contrato de gestión	% de metas actividad asistencial logrado
	% de metas calidad asistencial logrado
	% de indicadores lista de espera logrados
Accesibilidad	% de LE Consultas y Pruebas Diagnósticas > de 20 días de demora
Efectividad	% Retorno a urgencias en $\leq 72h$ con ingreso hospitalario
	Tasa de reintervenciones quirúrgicas en ≤ 48 horas
Seguridad	Mortalidad Hospitalización (Tasa)
	Tasa de infección nosocomial hospitalaria
	Tasa de errores de medicación identificados
Eficiencia	Estancia media bruta ponderada
	IEMA propio
	Índice sucesivas primeras
	% Consultas de Alta Resolución
	Tasa de ambulatorización CMA
	Estancia media pre operatoria
	Estancia media en urgencias
Satisfacción cliente	% de Clientes satisfechos
Gestión económica	% Presupuesto realizado
	% Crecimiento ingresos
Organización eficiente de los procesos	% Facturación de cobro a terceros
	Demora media social intervención social (días)
	Demora media ingreso urgente (horas)
	% de los procesos clave diseñados, implantados y evaluados
Mejor Continua	% Servicios con Acreditación / Certificación ISO (objetivos)
	Puntuación EFQM en autoevaluación bienal
Liderazgo	% Profesionales satisfechos Dimensión: "Liderazgo"
Satisfacción personas	Índice global Satisfacción profesionales
Condiciones de trabajo	% Profesionales satisfechos Dimensión: "Entorno de Trabajo"
Comunicación interna	% Profesionales satisfechos Dimensión: "Comunicación Interna"
Reconocimiento	% Profesionales satisfechos Dimensión: "Reconocimiento"
Docencia	% Servicios que obtienen acreditación MIR
	Satisfacción media de los discentes
Participación en el entorno social	% Satisfacción asociaciones (encuesta)
Gestión medioambiental	Mantenimiento ISO 14000 en gestión medio-ambiental

Cuadro 4: Ejemplos de dimensiones e indicadores estratégicos

Para asegurar la claridad e interpretación uniforme por parte de todos los profesionales o responsables de la gestión, cada

indicador debe disponer de una **ficha** en la que se definan claramente, por lo menos, estos atributos:

- Nombre del indicador: Nombre claro y explicativo del indicador, utilizando nombres estandarizados siempre que sea posible.
- Definición: Explicación inequívoca del significado del indicador.
- Tipo de indicador: En función del tipo de clasificación que interese a la organización.
- Justificación: Breve explicación del interés en obtenerlo y las posibles consecuencias de su análisis.
- Algoritmo de cálculo: Fórmula matemática para la obtención del indicador, de forma suficientemente clara para que no dé lugar a diferentes interpretaciones. La forma de presentación puede ser un porcentaje, un índice, una proporción (numerador incluido en el denominador), una razón (numerador no incluido en denominador), una tasa (nº de casos en numerador y unidades de tiempo en el denominador) o la fórmula más adecuada para cada situación.
- Fuente de información de la que se obtienen los datos.
- Periodicidad de análisis.
- Responsable de su análisis, gestión y mejora.

Cada organización debe definir los aspectos que le resulta conveniente destacar en la ficha, pero en cualquier caso, resulta altamente recomendable disponer de un inventario actualizado de la descripción de todos los indicadores. En la figura 5 se muestra un ejemplo de una ficha de indicador.

INDICADOR	TASA TOTAL DE REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN	FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO	ALTA RESOLUCIÓN
FÓRMULA DE CÁLCULO	Numerador: nº de altas de reingresos en menos de 31 días (Ingresos de tipo urgente en los siguientes 30 días a un alta) Denominador: nº de altas en el periodo de cálculo (siempre será necesario disponer del CMBD de 30 días adicionales al periodo calculado). Valorar excluir del numerador: GRD de la CDM 21 de Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos, CDM 22 de Quemaduras, y CDM 25 de Politraumatismos. Casos excluidos en el denominador: Altas por éxitus		
JUSTIFICACIÓN	Resultado relevante para evaluar resolutivez y calidad de la asistencia, debiéndose analizar la casusa para identificar complicaciones en patologías específicas, y debiéndose revisar los protocolos de actuación en caso de desviación sobre el estándar histórico o competitivo		
FUENTE DE DATOS	CMBD	FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN	Trimestral
VALOR 2012	5,8 %	OBJETIVO 2015	< 3 %
TENDENCIA POSITIVA	Descendente	COMPARACIONES EXTERNAS	Hospitales del Servicio de Salud Hospitales SNS
PERIODICIDAD ANÁLISIS	Trimestral	RESPONSABLE	Equipo de proceso de Hospitalización
CORRESPONDENCIA EFQM	Criterio 9b	OBSERVACIONES	Desglose por unidades de hospitalización

Figura 5: Ejemplo de ficha descriptiva de un indicador.

Se deben realizar controles periódicos para verificar la fiabilidad de los datos manejados para la obtención de los indicadores, mediante pruebas específicas o auditorías de los sistemas de información. La capacitación y sensibilización de los profesionales acerca de la importancia de una correcta alimentación de los sistemas de información, también supone un elemento fundamental para asegurar la eficiencia y fiabilidad del sistema, y cada vez más, debido a la incorporación creciente en tiempo real de la mayor parte de la información clínica. Por último, se debe buscar la mayor simplicidad posible del sistema de indicadores, evitando las repeticiones y el acabalgamiento entre los mismos.

En resumen, los indicadores utilizados en un cuadro de mando deben estar orientados a la toma de decisiones, y siempre deben responder a la pregunta "qué medidas debemos tomar ante un resultado determinado". Si la respuesta es que no podemos identificar medidas de control o mejora tras el conocimiento de un resultado, casi con seguridad no merece la pena su obtención, y deberíamos buscar un indicador que, aunque sea menos preciso, nos permita tomar decisiones.

Además de modificaciones puntuales, debido a cambios en procesos o en el sistema de información, es conveniente establecer un periodo de revisión del sistema de indicadores en el que se verifique la utilidad, eficiencia, simplicidad, adecuación, descripción y ausencia de redundancias entre los mismos.

Como reflexión final, no podemos pretender que los indicadores sean perfectos, sino lo suficientemente útiles para ayudarnos a mejorar una toma de decisiones siempre acompañada de cierto grado de incertidumbre.

Utilización del cuadro de mando

El objetivo fundamental de los cuadros de mando es su utilidad para direccionar, controlar y mejorar los resultados de la organización. Para ello se necesita complementar el CM con ciertas características que orienten hacia la gestión, y establecer una sistemática de seguimiento y control por parte de los responsables que haga factible y facilite la incorporación de medidas de ajuste y la mejora continua de los resultados.

1.- ESTABLECER METAS, COMPARACIONES Y PERSPECTIVA TEMPORAL

Los indicadores que componen un cuadro de mando reflejan una imagen estática de la organización en un momento concreto, y para poder interpretar adecuadamente su significado es necesario establecer referentes que enriquezcan su análisis. Estos referentes, como mínimo, deben ser las metas, las comparaciones y la evolución de los resultados en el tiempo.

Para que un indicador sea útil para la gestión, debemos establecer **metas**² para cada uno de los objetivos. Estas metas deben ser alcanzables, motivadoras porque supongan cierto reto, coherentes con las metas de otros objetivos y, por supuesto, conocidas y consensuadas por los responsables de su realización.

El establecimiento de metas supone un delicado equilibrio de orientación estratégica que permite conducir a la organización y a cada uno de sus procesos y responsables hacia el cumplimiento de la misión y el alcance de la visión. Debe incorporar una reflexión que permita discriminar aquellas áreas en las que es imprescindible mejorar u otras en las que se pueden mantener los resultados, buscando un equilibrio en los esfuerzos de la organización y los recursos empleados.

² *Meta: Valor numérico de un objetivo.*

Se debe huir de la inercia simplista que busca incrementar las metas en todos los objetivos. Por ejemplo, si la organización tiene un 98% de clientes satisfechos, y un índice de reingresos del 15%, sería conveniente mantener o incluso disminuir ligeramente la meta de satisfacción de clientes y concentrar los esfuerzos en buscar soluciones ante un índice de reingresos inadecuado. Para ello también se puede utilizar la priorización establecida en la estructura estratégica, marcando metas más ambiciosas en los FCE prioritarios y manteniendo metas menos retadoras en aquellos objetivos con un grado de priorización más bajo: por ejemplo, concentrar los esfuerzos en la asistencia y establecer metas menos ambiciosas en impacto en la sociedad.

Cuando se dispone de ellas, las metas institucionales, marcadas por el servicio de salud o la corporación, son de obligado cumplimiento y se pueden incorporar directamente al cuadro de mando. Sin embargo, cuando los resultados de la organización ya superan de forma consolidada las metas institucionales, no se debería disminuir el componente de reto de las metas, y se deberían marcar cotas más ambiciosas de consecución, siempre y cuando sea en un objetivo estratégico relevante para la organización.

Las **comparaciones** de los resultados obtenidos con respecto a otros servicios internos, estándares de buena práctica y, sobre todo, con respecto a organizaciones externas de referencia, pueden suponer una herramienta importante tanto para la interpretación de los resultados como para identificar áreas de mejora para la organización.

Las comparaciones dentro de la propia organización tienen una utilidad limitada ya que habitualmente son poco comparables los servicios y procesos entre sí. Se pueden establecer, casi siempre a nivel operativo, en algunas dimensiones como la accesibilidad, seguridad o satisfacción de clientes o profesionales, aunque su interpretación requiere siempre un análisis riguroso. Pueden resultar más útiles las comparaciones entre procesos y servicios respecto al grado de cumplimiento de objetivos, en la medida en la que suponga un elemento de competencia interna entre ellos.

Las comparaciones con los resultados obtenidos por organizaciones

externas, ya sea en objetivos estratégicos u operativos, aportan una visión más rica de dónde se encuentra la organización y pueden permitir identificar las mejores prácticas cuando se realizan con organizaciones de referencia o *best-in-class*. El objetivo no es el de establecer rankings de clasificación, por lo que la homotecia³ no puede constituir un requisito imprescindible para establecer las comparaciones, sino la identificación de qué están haciendo otras organizaciones para alcanzar mejores resultados que nosotros.

Un aspecto particular de las comparaciones es el que se establece con la propia organización a lo largo del **tiempo**. ¿Los niveles alcanzados son mejores, peores o se mantienen respecto a periodos anteriores? ¿Cómo están evolucionando a lo largos del tiempo? Cuando las comparaciones temporales se establecen entre periodos no cerrados o anuales (por ejemplo, marzo de este año con marzo del año anterior, son útiles los elementos de compensación estacional como el Total Anual Móvil⁴ (TAM). Para todas las comparaciones temporales, es recomendable la representación mediante gráficos que faciliten su lectura e interpretación.

2.- IDENTIFICAR RESPONSABLES DE CONSECUCCIÓN

Sea cual sea el objetivo o el plan de acción, todos ellos deben ser realizados por profesionales organizados en servicios, equipos de proceso, unidades de gestión clínica o cualquier otra estructura organizativa. Resulta por tanto imprescindible identificar claramente qué unidades de responsabilidad están implicadas en la consecución de cada uno de los objetivos para comunicarlo, consensuar con ellas la metas, articular con ellos la implantación y realizar un seguimiento de las mismas.

En muy raras ocasiones la consecución de un objetivo dependerá de una única unidad de responsabilidad, siendo por ello importante identificar todas las unidades y los objetivos específicos de cada una de ellas. Por ejemplo, el FCE de eficiencia operativa

³ Homotecia: Grado en el que una misma transformación produce resultados similares en distintas organizaciones.

⁴ TAM (Total Anual Móvil): Suma de los valores de los términos de una serie temporal de los últimos doce meses. no incorporando el valor del más antiguo de la serie utilizada en el cálculo del TAM del año anterior. Representa la media mensual de un resultado sin atender a los efectos estacionales.

en un hospital (ser eficientes en la utilización de los recursos disponibles), no sólo dependerá de las unidades y servicios clínicos y diagnósticos, sino también de otras que contribuyen a su realización, como mantenimiento (disponibilidad de instalaciones), formación (capacitación de profesionales), mejora continua (evaluación e incorporación de áreas de mejora en protocolos de actuación), gestión de la tecnología (tecnología adecuada, eficiente y profesionales capacitados) o sistemas de información.

Si bien el establecimiento de metas y recursos es una responsabilidad eminentemente directiva, una vez establecidos es muy conveniente potenciar la participación e implicación de los profesionales dando autonomía de gestión en la elaboración de los planes y formas de actuación. El control de gestión permite a la dirección orientar lo que tiene que conseguir la organización, mientras que los profesionales, como expertos que son en su campo de conocimiento, son los más indicados para saber cómo organizarse, coordinarse y mejorar.

La responsabilidad directiva debería establecer los objetivos, metas y recursos de la organización, y los responsables de unidad los planes de actuación de sus procesos

3.- FORMATOS, DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA

El cuadro de mando debe responder a las necesidades de un doble objetivo, tanto como herramienta base para reconducir las actividades de la organización (control de gestión), como para la transmisión de la información relevante sobre la organización a todos los niveles en los que necesite ser conocida. Por ello, debe conjugar la utilidad para la toma de decisiones, la claridad en su interpretación y ser mínimamente atractivo para los usuarios del mismo.

El contenido del mismo debe estar adaptado a las necesidades de cada nivel de decisión o información. El CM para la dirección debe tener un contenido eminentemente estratégico, y no debería disponer de más de 25-30 indicadores en una visión

La responsabilidad directiva debería establecer los objetivos, metas y recursos de la organización, y los responsables de unidad los planes de actuación de sus procesos

general. Este CM debe ser a su vez la columna vertebral de la información que nos permita profundizar en el conocimiento de cada uno de los indicadores, y la segmentación necesaria para llegar al nivel operativo de la organización y los resultados de sus procesos.

Los niveles de decisión no pertenecientes a la dirección deberían tener acceso al cuadro de mando estratégico y a la información específica de su área de responsabilidad que permita el conocimiento profundo de los resultados de su proceso para la toma de decisiones.

Como elemento de comunicación, es conveniente disponer de un esquema que delimite los receptores, los mensajes (contenidos y formatos), los canales de distribución y la frecuencia de la misma.

Para asegurar la utilidad de los cuadros de mando, deben identificarse claramente los receptores de la información, estar disponibles a tiempo y presentados en soportes que faciliten su comprensión.

En el cuadro 5 se establece un posible esquema de transmisión de la información que debe ser adaptado a las necesidades y estrategia de cada organización. La información debe ser accesible o ser distribuida a tiempo a los siguientes receptores:

- Dirección: Acceso a tiempo real a toda la información estratégica y operativa que permita realizar un seguimiento, control y mejora de los resultados.
- Responsables de la organización con capacidad para tomar decisiones: Deben tener acceso a los resultados del CM estratégico para conocer la marcha de la organización. Por supuesto, acceso al CM operativo completo de su proceso, y de los aspectos relevantes de otros procesos de la organización para establecer comparaciones, identificar las mejores prácticas o mejorar la coordinación.
- Profesionales: Acceso completo o resumido a los resultados del CM estratégico con frecuencia trimestral o semestral.

Para asegurar la utilidad de los cuadros de mando, deben identificarse claramente los receptores de la información, estar disponibles a tiempo y presentados en soportes que faciliten su comprensión.

Acceso al CM operativo del proceso en el que están implicados y de los aspectos relevantes de otros procesos.

- Autoridad sanitaria: Acceso completo al CME, y a demanda según necesidades al CMO. Hay que tener en cuenta las necesidades de información solicitadas por instituciones u organismos externos a la organización, automatizando su obtención siempre que sea posible.
- Clientes del proceso: Los clientes internos de los procesos de la organización deben poder conocer los resultados relevantes de aquellos procesos que les afectan directamente. Los clientes externos deben recibir información sobre los aspectos relevantes y especialmente sobre los resultados de calidad percibida.
- Sociedad: Si bien es un aspecto poco gestionado en nuestras organizaciones, la difusión de resultados a los ciudadanos o a grupos de interés de la organización, constituye una potente herramienta de comunicación externa que aporta transparencia y credibilidad en la organización. En este caso es especialmente importante seleccionar los aspectos de interés, los formatos que faciliten su comprensión y los soportes que aseguren su acceso (Web, revistas, cartelería...).

	CM ESTRATÉGICO	CM OPERATIVO
DIRECCIÓN	Completo	Acceso completo
RESPONSABLES	Completo	Completo en su proceso
PROFESIONALES	Síntesis	Síntesis en su proceso
AUTORIDAD SANITARIA	Completo	A demanda
CLIENTES DEL PROCESO	Síntesis resumida	Por necesidad de comunicación
SOCIEDAD	Síntesis resumida	Por necesidad de comunicación

Cuadro 5: Difusión de los cuadros de mando

Independientemente de la herramienta informática utilizada para su obtención (Excel, Data Warehouse, Bussines Intelligence...) los soportes utilizados para la difusión de la información deben ser lo más atractivo posible para facilitar la aproximación a los mismos y la facilidad de su lectura en función del receptor al que va dirigido. Es conveniente incorporar pocos datos en cada página o pantalla, apoyarse siempre que sea posible en gráficos y utilizar

los colores como códigos de lectura. Por ejemplo, la lectura de los niveles de consecución de objetivos puede utilizar un código de colores tipo semáforo para facilitar una lectura rápida (verde conseguido, amarillo para el umbral de consecución y rojo como no conseguido).

Para reforzar la comunicación de los CM, es conveniente la utilización de más de un canal de difusión. Además de la disponibilidad en la Intranet o mediante envíos periódicos personalizados de la información, se puede reforzar su difusión mediante el empleo de cartelería en paneles en el servicio o en espacios comunes de las instalaciones, así como en publicaciones periódicas que pueda emitir la organización. Un buen ejemplo de difusión es la utilización de logotipos o representaciones gráficas como apoyo. En la figura 6 se aprecia la utilización que hacía el Hospital de Zumarraga del logotipo con la Z del hospital como soporte para la comunicación del grado de consecución de los objetivos estratégicos mediante indicadores sintéticos, coloreando las divisiones de la "Z Estratégica" según el resultado anual de cada uno de ellos⁵.

OBJETIVO HOSPITAL	INDICADOR	GRADO CUMPLIMIENTO		
Satisfacción del Sistema Sanitario	Cumplimiento del resto de indicadores	7/7	6/7	5/7
Satisfacción de las Necesidades de Salud y Expectativas de Servicio	Índice satisfacción Cliente *	=> 95 (70+25)	=> 90 (65+25)	< 90 (60+30)
	% Realización Contrato Programa **	=> 100	< 100	< 98
Equilibrio Financiero	% Desviación sobre presupuesto	< 1%	> 1%	> 2%
	Beneficio cuenta resultados	0 %	- 1%	- 2%
Mejora Global del Sistema Sanitario	Índice de satisfacción global***	85	> 80	< 80
Satisfacción Integración de las Personas	Índice de satisfacción del personal	> 65 %	< 65 %	< 60%
Gestión de la Mejora Continua	Puntuación EFQMevaluación externa	> 600	<600	=< 500



Figura 6: Cuadro de Mando Estratégico y Z Estratégica Hospital de Zumarraga

⁵ Memoria EFQM Hospital de Zumarraga 2005. Premio Europeo a la calidad de la gestión. Osakidetza. Octubre 2005

La periodicidad de la difusión debe estar previamente establecida y respetarse los plazos, siendo el criterio general aquel periodo en el que se puedan tomar decisiones relevantes. En líneas generales, el CM estratégico debería tener una actualización trimestral/semestral/anual, y los CM operativos como mínimo mensual, aunque puede haber información de seguimiento que deba estar actualizada y ser distribuida diariamente.

En un desarrollo óptimo del sistema de información, toda la información debería estar accesible en tiempo real para todos los niveles de la organización, y realizarse una difusión proactiva a los profesionales con responsabilidad directa en cada objetivo o proceso.

4.- SEGUIMIENTO Y CONTROL DE GESTIÓN

El objetivo central de los cuadros de mando es el de dar soporte al control de gestión. Es decir, al seguimiento y análisis de resultados para verificar la consistencia de las hipótesis utilizadas, el cumplimiento de planes, y la efectividad de los procesos, identificando y poniendo en marcha las medidas correctoras o de mejora necesarias en caso de desviación sobre las metas planteadas.

Para ello debe establecerse una sistemática de actuación, definiendo claramente la periodicidad del análisis, el espacio y tiempo a utilizar, la delimitación clara de las responsabilidades y el nivel de autonomía para la toma de decisiones, la metodología a seguir y la comunicación de las decisiones.

Independientemente de la estructura y sistema de gestión utilizados, el análisis de los resultados requiere tiempo y una actitud autocrítica que permita profundizar en las causas, a menudo multifactoriales, de la obtención de resultados, tanto positivos como negativos. Es demasiado frecuente entre los responsables pasar rápidamente por los resultados positivos sin analizar si realmente se están obteniendo debido a los objetivos, planes y desempeños desarrollados, cuando a veces la relación causa-efecto puede ser dudosa. Y también es demasiado frecuente, ante resultados negativos, la rápida identificación de

un solo servicio, proceso, profesional o causa como responsable, sin analizar en profundidad otras posibles explicaciones que hayan podido contribuir al resultado. En este sentido son útiles herramientas como el análisis causa-raíz, los cinco porqués, análisis multivariante, la utilización de expertos externos, grupos focales y, especialmente, el análisis sistemático por parte de los profesionales implicados en la obtención del resultado. Todo ello debe contribuir a la mejora del conocimiento de la organización y de los procesos mediante el aprendizaje compartido, identificando cambios e innovaciones que den lugar a la puesta en marcha de acciones que mejoren de forma continua los resultados de la organización.

La periodicidad del análisis dependerá de la importancia crítica del objetivo y del nivel de responsabilidad. Además de cuando se detecten problemas específicos, por parte de la dirección es conveniente la revisión de los resultados estratégicos trimestralmente, así como el seguimiento de los resultados de los principales procesos claves y/o críticos con sus responsables. Los objetivos operativos deben tener periodos de revisión más cortos y como mínimo mensuales. En todo caso, las revisiones y análisis de resultados de los responsables con sus equipos y profesionales debe ser una actividad sistemática y formal, disponiendo de calendarios anuales, convocatorias y actas, y destacando en ellas la orientación hacia la acción, la toma de decisiones y la incorporación de mejoras en la gestión.

En la figura 7 se incorpora un esquema del seguimiento del sistema de gestión mediante el apoyo de los cuadros de mando.

Tan importante como la disponibilidad de resultados es el establecimiento de una sistemática para el seguimiento, control y mejora de los mismos por parte de todos los niveles de responsabilidad.

Tan importante como la disponibilidad de resultados es el establecimiento de una sistemática para el seguimiento, control y mejora de los mismos por parte de todos los niveles de responsabilidad.

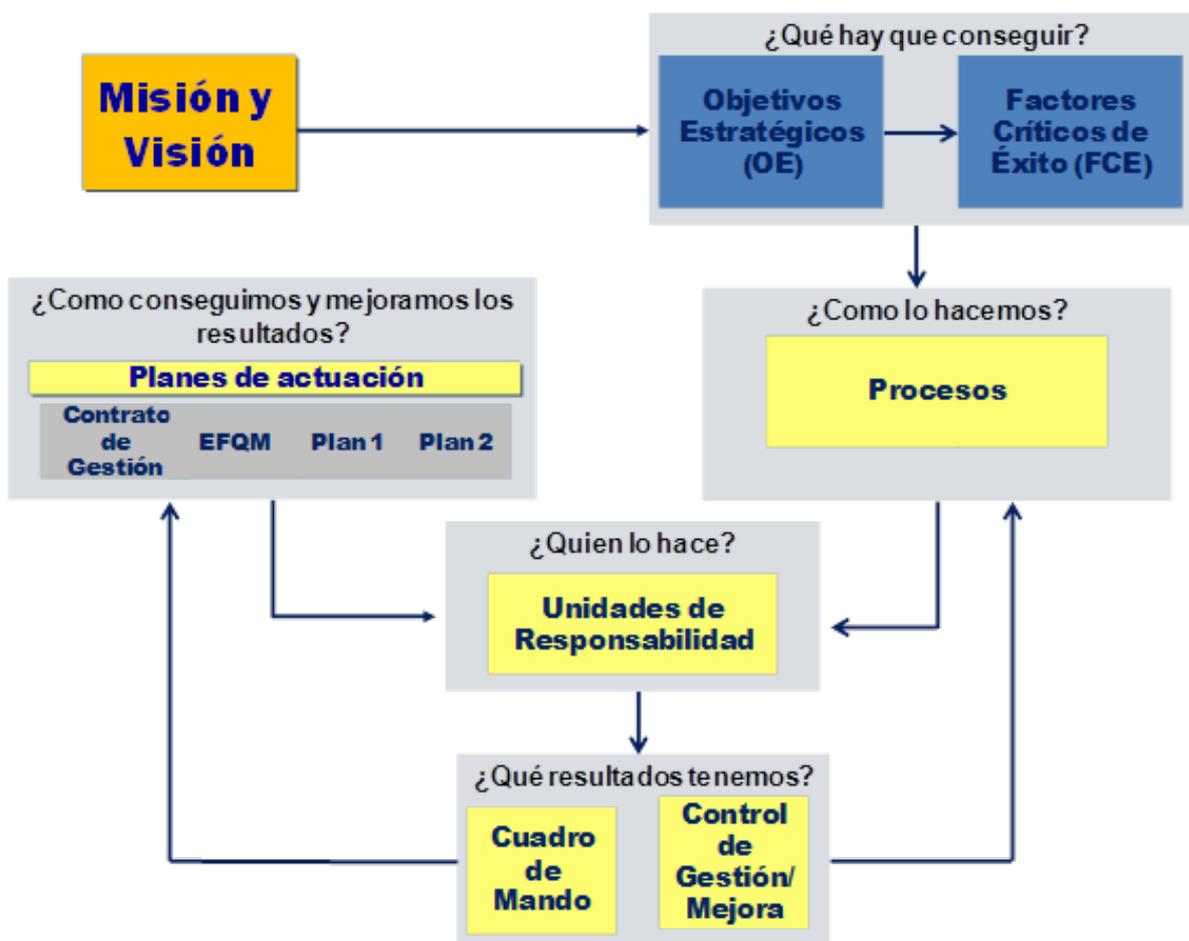


Figura 7: Esquema de gestión mediante seguimiento de Cuadro de Mando

5. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO DE MANDO

Aunque la mayoría de las dimensiones y segmentos de información contenidos en los cuadros de mando es estable a lo largo del tiempo, se deben delimitar los periodos de revisión sobre la vigencia de los mismos. Es conveniente una rápida revisión anual de todo el sistema, valorando la utilidad y efectividad de las fuentes utilizadas, el contenido, los soportes, canales de distribución, receptores y frecuencia, e incorporando las actualizaciones y/o áreas de mejora factibles sugeridas por los receptores de la información (entrevistas, sugerencias, encuestas...). Por supuesto, la actualización de los CM estratégicos debe acompañar a las actualizaciones anuales del plan estratégico y a los nuevos planes que se establezcan, así como a la incorporación de nuevos objetivos institucionales.

6.-CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

A veces existe cierta confusión con el término cuadro de mando integral, creyendo que es un cuadro de mando exhaustivo que contiene íntegramente toda la información de la organización. En realidad el *Balanced Scorecard* es la metodología explicada en los apartados anteriores con el objetivo central de transformar los sistemas de indicadores históricos, que solo permiten analizar lo que ya ha ocurrido, en un sistema que dé soporte a la gestión estratégica y potencie el aprendizaje y la mejora continua en la organización.

El CMI establece cuatro perspectivas relacionadas entre sí y necesarias para realizar la estrategia y alcanzar la visión de la organización (figura 8).

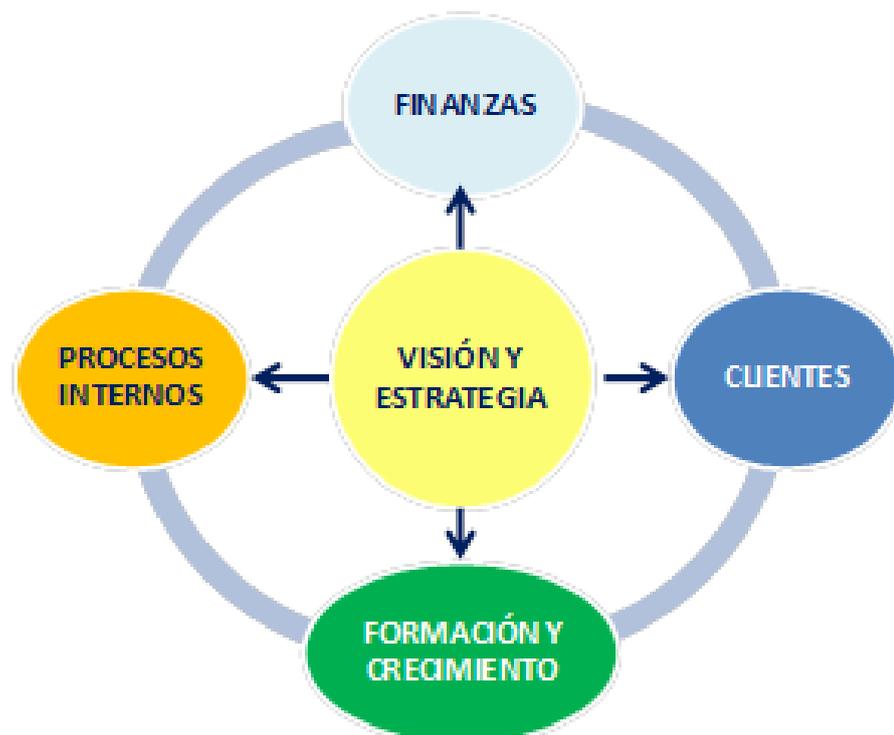


Figura 8: Perspectivas del CMI

- Perspectiva Financiera: Obtener unos excelentes rendimientos sobre el capital aportado a la empresa. En el caso de las organizaciones sanitarias públicas esta perspectiva se convierte en suficiencia financiera y

sostenibilidad aportando el mayor beneficio en salud y bienestar social a la población.

- Perspectiva de Cliente: Qué percepción tienen que tener nuestros clientes de los servicios ofertados para alcanzar la Visión.
- Perspectiva de Procesos internos: En qué procesos debemos ser excelentes para satisfacer a nuestros clientes y al sistema sanitario.
- Perspectiva de Formación y Crecimiento: Cómo mantenemos y mejoramos el conocimiento para la asegurar la capacidad de cambio y mejora en la organización. Es el inductor de las otras tres perspectivas y depende de la gestión en personas, sistemas de información y procedimientos.

El ciclo deductivo para llevar a cabo la estrategia es que debemos trabajar intensamente la perspectiva de la formación y el crecimiento para poder realizar procesos excelentes que satisfagan todo lo posible a los clientes, y en última instancia se obtengan unos resultados financieros y sociales acordes con los objetivos de los propietarios y sostenibles en el tiempo.

La obtención de indicadores debe abordar todas las perspectivas y facilitar las hipótesis de trabajo causa-efecto. Uno de los valores añadidos de esta sistemática es que hace un especial énfasis en la importancia de elaborar indicadores desde la perspectiva de la formación y el crecimiento, que suponen mayor dificultad para su obtención que los indicadores clásicos de las otras tres perspectivas, pero incorpora una capacidad predictiva de mayor potencial.

Un desarrollo más avanzado de esta metodología incorpora la realización de Mapas Estratégicos como herramienta de difusión y comunicación de la estrategia de la organización y su seguimiento. En estos mapas se visualizan de una forma lógica los objetivos y FCE de la organización y las relaciones entre ellos. En la figura 9 se incorpora un ejemplo del mapa estratégico de un hospital, en el que se pueden ver las perspectivas utilizadas, los FCE de éxito para su

consecución y las prioridades de los mismos mediante un código de colores.

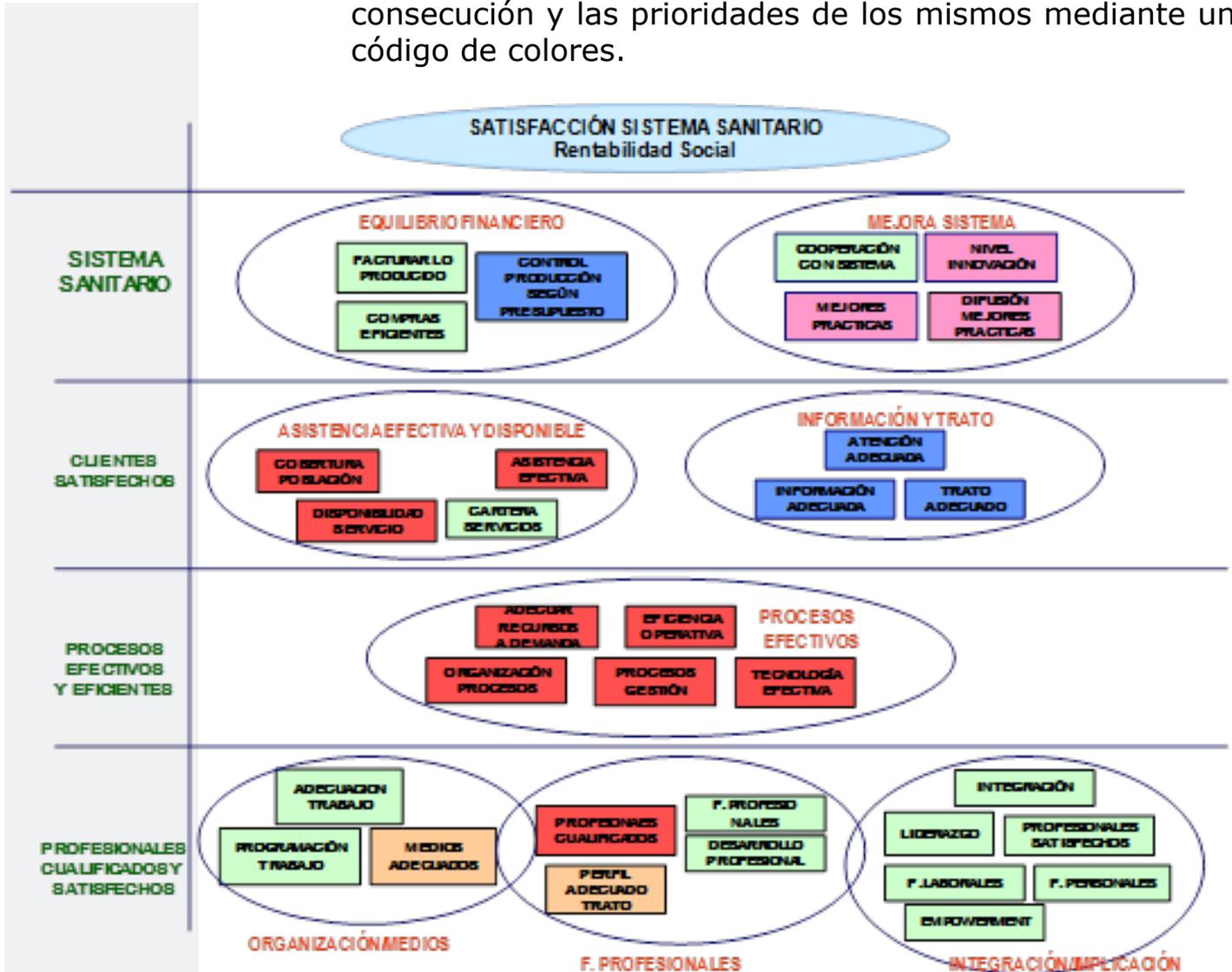


Figura 9: Mapa Estratégico de un hospital

El CMI establece cuatro perspectivas de medición: Económico-financiera, clientes, procesos y formación y crecimiento

El CMI establece cuatro perspectivas de medición: Económico-financiera, clientes, procesos y formación y crecimiento

7.- CUADRO DE MANDO Y MODELO EFQM

El Modelo EFQM, ampliamente utilizado por las organizaciones de referencia para articular y mejorar de forma continua su gestión y resultados, propone que hay que gestionar una serie de áreas (criterios agente) para alcanzar resultados relevantes (criterios resultado), mejorándolos de forma continua mediante el análisis, el aprendizaje y la innovación.

En aquellas organizaciones que utilizan el Modelo EFQM, aunque no es prescriptivo, el CMI y la sistemática desarrollada en este capítulo son perfectamente compatibles para estructurar la gestión de la estrategia, los procesos y sus resultados.

Además, en su versión 2010 plantea una serie de premisas para valorar los resultados totalmente coherentes con esta sistemática:

- Sólo se puede confirmar o alcanzar un rendimiento excelente si se alcanzan niveles adecuados de eficacia (la gestión realizada marca una diferencia) y eficiencia (indicadores de rendimiento que muestran cuánto se está haciendo).
- Cada uno de sus cuatro criterios de resultado se dividen en:
 - o Resultados directos: Resultados de percepción de clientes, personas y sociedad (6a, 7a, 8a), y resultados estratégicos clave (9a).
 - o Resultados indirectos o de rendimiento: Resultados de rendimiento de clientes, personas y sociedad (6b, 7b, 8b) e indicadores clave de rendimiento (9b).
- La valoración de los resultados se realiza mediante dos perspectivas complementarias:

a) **Relevancia y usabilidad:**

- **Ámbito y Relevancia: El ámbito de aplicación de los resultados debe tener en cuenta que aborden las necesidades y expectativas de los grupos de interés relevantes y que sea coherente con la estrategia y sus políticas de apoyo. Los Resultados Clave están identificados y priorizados. Las relaciones entre los resultados relevantes se entienden.**
- Integridad: Los resultados son oportunos, fiables y precisos. La organización tiene claro el momento preciso y adecuado para obtener un resultado concreto. También, hasta qué punto se aprecia la consistencia, la integridad o la calidad de los datos o las fuentes de información (fiabilidad) que permiten disponer de un resultado. Y por último, si la precisión de la información utilizada y la que sería necesaria para un resultado concreto son proporcionales o no.

- Segmentación: Los resultados se han segmentado de forma adecuada.

b) **Rendimiento:**

- Tendencias: se debe valorar hasta qué punto la evolución de los resultados es positiva y/o si el buen rendimiento es sostenido en al menos 3 años.
- Objetivos (metas): Se han establecido para los resultados clave. Son adecuados y se alcanzan. Las organizaciones deben esforzarse en aquello que resulta prioritario desde el punto de vista de la estrategia y de la mejora,
- Comparaciones: Se establecen comparaciones adecuadas para los resultados clave con organizaciones de referencia.
- Causas: Se comprende la relación entre los resultados alcanzados y sus agentes facilitadores y hay confianza en que el rendimiento siga siendo positivo en el futuro.

Como en todos los proyectos de elaboración de un cuadro de mando, la reflexión común sobre los aspectos relevantes de la organización, su priorización, las posibles relaciones causa-efecto y la concreción sobre las metas en cada uno de sus objetivos, constituyen el núcleo que aporta el mayor valor añadido para posibilitar el adecuado seguimiento y la base para el control y mejora más eficiente para la organización.

El seguimiento de los resultados según el esquema del Modelo no necesita un sistema de información diferenciado, pudiéndose identificar los indicadores necesarios en la ficha de cada indicador o volcando los resultados obtenidos y gestionados en una simple hoja de cálculo en el momento de la evaluación.

En el cuadro 6 se refleja la relación entre las dimensiones utilizadas en el CMI y los criterios de resultado del Modelo, incorporando ejemplos de posibles contenidos en cada uno de ellos.

CRITERIOS DEL MODELO EFQM	RESULTADO EQUIVALENTE EN CMI	EJEMPLO DE CONTENIDO
6a RESULTADOS PERCEPCIÓN CLIENTES	Estrategia de cliente	Satisfacción de cliente (encuesta)
6b INDICADORES RENDIMIENTO CLIENTES	Procesos relacionados con el cliente	Quejas, reclamaciones, demoras
7a RESULTADOS PERCEPCIÓN PERSONAS	Estrategia de personas	Satisfacción de personas (encuesta)
7b INDICADORES RENDIMIENTO PERSONAS	Procesos relacionados con personas	Formación, salud laboral, comunicac
8a RESULTADOS PERCEPCIÓN SOCIEDAD	Estrategia de sociedad	Satisfacción de sociedad (encuesta)
8b INDICADORES RENDIMIENTO SOCIEDAD	Procesos relacionados con el impacto en la sociedad	Medioambiental, docencia, factori
9a RESULTADOS ESTRATÉGICOS CLAVE	Financieros y asistenciales estratégicos	Resultados económicos y de salud

Cuadro 6: Relación entre las dimensiones del CMI y los resultados del Modelo EFQM.

El sistema de medición y análisis de los criterios de resultado del Modelo EFQM es totalmente compatible y complementaria a la utilización del Cuadro de Mando Integral

Referencias bibliográficas

1. Kaplan RS, Norton DP. *Measuring the strategic readiness of intangible assets. Harvard Business Review. 2004; 82:52-63.*
2. Cronin JJ, Taylor SA (1992). *Measuring service quality: a re-examination and extension. J. Mar., 56(3): 55-67.*
3. Norreklit H. *The balance on the balanced scorecard: a critical analysis of some of its assumptions. Management Accounting Research. 2000; 11:65-88.*
4. Kompou S., Greatbanks R.W., School of Management. *Performance measurement systems in the pragmatic business world: balanced scorecard vs. EFQM excellence model. Manchester: UMIST; 2003.*
5. Barrows E, Bush P. *Strategic maps in the public sector. Balanced Scorecard Collaborative. NetConference, marzo de 2004.*
6. Aibar C. *Modelos de indicadores para la gestión pública: el cuadro de mando integral. Auditoría Pública. 2003; 30:14-23.*
7. Villalba J, Guix J, Casas C, Borrell C, Durán J, Artacoiz L, et al. *El cuadro de mando integral como instrumento de dirección de una organización de salud pública. Gac Sanit. 2007; 21:60-5.*
8. Oteo LA, Pérez G, Silva D. *Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. Gestión Hospitalaria. 2002; 13:9-25.*
9. *Memoria EFQM Hospital de Zumarraga 2005. Premio Europeo a la calidad de la gestión. Osakidetza. Octubre 2005.*