

LA APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

David Ruiz Muñoz.

Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

RESUMEN

El Cuadro de Mando Integral (CMI) es un instrumento de gestión, que facilita la comunicación y la puesta en funcionamiento de la estrategia organizacional, es decir, es un marco que contiene un conjunto de indicadores seleccionados que ayudan a la organización a ejecutar sus factores claves para éxito, los cuales son definidos al generar la visión estratégica de la compañía. Los gobiernos están sujetos a grandes exigencias por parte de la sociedad, la cual demanda una asistencia sanitaria de calidad, y con un rápido acceso a la misma. Los responsables de los centros sanitarios deben controlar el gasto sanitario y llevarlo a unos niveles que puedan ser financiados por los presupuestos del Estado y por los propios contribuyentes.

Teniendo en cuenta las particularidades del sector sanitario, la elaboración de un CMI para este tipo de organizaciones, tendrá que adaptarse a las mismas, para lograr que la utilización de dicha herramienta sea exitosa, ya que en caso contrario, estaría destinada a un escaso uso, y por tanto a su desaparición. Objetivo: Definir el Cuadro de Mando Integral (CMI), analizar sus orígenes en el ámbito sanitario, estudiar la corriente europea en el desarrollo y aplicación del CMI sanitario, finalizando con las limitaciones que ofrece esta herramienta.

PALABRAS CLAVE: Cuadro de Mando Integral; Hospital; Gestión; Evaluación de la actividad; Estudio de caso; Industria sanitaria; Diseño de sistemas de gestión.

ABSTRACT

The Balanced Scorecard (BSC) is a tool, which allow to manage the activity and to measure the information generated by itself, providing the executives with a set of instruments of management and evaluation. The governments are subject to a great demand on the part of the society, who demands high quality sanitary assistance with rapid access to treatment people. The people in charge of the sanitary centers must control the sanitary cost and keep it at a few level that can be financed by the budgets of the state and by the taxpayers.

Bearing in mind these peculiarities of the sanitary sector, the making of a CMI for this type of organization, it will have to adapt itself to the sanitary sector, to make sure the use of the above mentioned tool is successful, since in the opposite case, the CMI would not be used regularly and would disappear. Target: To define Balanced Scorecard (CMI), to analyse his origins in the sanitary ambience, to study the European current or perspective, across the specific study of one case, finishing with the limitations that this tool offers.

KEY WORDS: Balanced Scorecard; Hospital; Management; Performance evaluation; Case studies; Health care industry; Management systems design.

INTRODUCCIÓN

La limitación de la asignación de los recursos financieros asignados a la asistencia sanitaria en los países occidentales, unido a las restricciones monetarias y al aumento de la exigencia de mayor calidad por parte de los ciudadanos han ejercido presión en las autoridades sanitarias, gestores de hospitales y profesionales para usar los recursos sanitarios de forma más eficiente. Los encargados de los servicios médicos deben centrarse en los mecanismos que permitan una mejora de las operaciones y la reducción de los costes que permitan mantener el nivel de servicios demandado por la población. Dentro de esta orientación estratégica se necesita incorporar nuevas técnicas de control de gestión que permitan reducir o controlar los costes sanitarios y mejorar la calidad del servicio en los hospitales (Forgione Dana A, 1997).

Esto ha llevado a desarrollar en las organizaciones del sector sanitario, técnicas de gestión ampliamente usadas en empresas del sector industrial, como la Gestión de Calidad Total (TQM) (Baker, 1998; Baker, 1999), las estrategias de asignación de costes (Gumbus Andra et al. 2003) o el Cuadro de Mando Integral (CMI) (Miguel Martínez Ramos, 2004).

Hoy día los gestores reconocen la necesidad de medir de forma sistemática los avances y mejoras realizados por sus organizaciones, pero es sin embargo menos frecuente el reconocimiento de la necesidad de ponderar el resultado de la estrategia que se desarrolla como algo fundamental (Inamdar S Noorein et al. 2000).

Kaplan y Norton propusieron un modelo, el denominado Cuadro de Mando Integral (CMI), a través del cual se definen y evalúan los objetivos estratégicos en un conjunto coherente de medidas operativas que evitan la suboptimización, haciendo énfasis en lo esencial para el posicionamiento competitivo de la empresa (Kaplan and Norton, 1992; Kaplan and Norton, 1996a).

Nuestro artículo se desarrollará atendiendo a la siguiente estructura:

- Definición de Cuadro de Mando Integral.
- Aplicación del CMI a la gestión hospitalaria. Antecedentes y orígenes.
- La elaboración del CMI bajo la corriente o perspectiva europea.
- Estudio de la experiencia de la Corporación Parc Taulí
- Motivos para el fracaso en la implementación y uso del CMI
- Conclusión.

¿QUÉ ES UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL?

El CMI es un instrumento de gestión que ayuda a comunicar y a poner en funcionamiento la estrategia de una organización, es decir, es un marco que contiene un sistema de medidas financieras y no financieras, seleccionadas para ayudar a la organización a poner sus factores claves de éxito en ejecución, los cuales se definen en la visión estratégica de la compañía (Kaplan and Norton, 1996c).

El primer CMI fue introducido por David Kaplan y Robert Norton (Kaplan and Norton, 1992), tras la realización de un estudio sobre doce empresas. Estos autores afirmaban que las medidas o los indicadores financieros no eran suficientes para conocer el estado o funcionamiento de una compañía.

Para complementar el énfasis tradicional en el corto plazo implícito en el ámbito financiero (Kaplan and Norton, 1992), Kaplan y Norton introdujeron tres categorías adicionales que resaltaban aspectos no financieros. Éstas son: la satisfacción de cliente, el proceso interno del negocio, y el aprendizaje y crecimiento. Estos autores pensaron en estas tres categorías adicionales, como medidores del funcionamiento presente y futuro de la compañía, mientras que la perspectiva financiera representa la última perspectiva.

El CMI mide la actuación de la organización desde cuatro perspectivas equilibradas:

a) La financiera

Vincula los objetivos de cada unidad de negocio con la estrategia de la empresa. Sirve de enfoque para todos los objetivos e indicadores de las demás perspectivas.

b) Los clientes

Identifica los segmentos de cliente y mercado donde se va a competir. Mide las propuestas de valor que se orientan a los clientes y mercados, evaluando las necesidades de los clientes, como su satisfacción, lealtad, adquisición y rentabilidad con el fin de alinear los productos y servicios con sus preferencias y traduce la estrategia y visión en objetivos sobre clientes y segmentos, siendo éstos los que definen los procesos de marketing, operaciones, logística, productos y servicios.

c) Los procesos internos

Define la cadena de valor de los procesos necesarios para entregar a los clientes soluciones a sus necesidades (innovación, operación, servicio post-venta). Los objetivos e indicadores de esta perspectiva se derivan de estrategias explícitas para satisfacer las expectativas de los clientes.

d) El aprendizaje y el crecimiento

Se obtienen los inductores necesarios para lograr resultados en las anteriores perspectivas. La actuación del personal, se refuerza con agentes motivadores que estimulen sus intereses hacia la empresa. Se miden las capacidades de los empleados, las capacidades de los sistemas de información, y el clima organizacional para medir la motivación y las iniciativas del personal.

El CMI no es una plantilla o modelo estándar que se pueda aplicar a todos los negocios en general o aún a nivel industrial. Las diferentes situaciones del mercado, las estrategias del producto y los ambientes competitivos requieren aplicaciones diferentes. Cada unidad de negocio debe adaptar su CMI a los requisitos particulares de su misión, estrategia, tecnología y cultura. Un factor clave para el éxito de esta herramienta es su transparencia y manejabilidad; a partir 15 ó 20 indicadores o medidores, un observador deben poder determinar el funcionamiento de la unidad de negocio (Kaplan and Norton, 1993).

El CMI fomenta que las medidas financieras y no financieras deben ser una parte del sistema de información para los empleados en todos los niveles de la organización, traduciendo la misión y la estrategia de la unidad de negocio a objetivos y a medidas tangibles. El CMI utiliza los indicadores y medidas para comunicar e informar a los empleados sobre la trayectoria actual y futura de la organización (Kaplan and Norton, 1996b).

Una ventaja importante de esta herramienta, es el énfasis que pone en unir las medidas de funcionamiento a la estrategia de la unidad de negocio (Kaplan and Norton, 1996a).

Sin embargo, el uso de excesivos controles puede conducir también a la resistencia u oposición de los empleados. Las medidas de funcionamiento deben ser completas, medibles y controlables. Si uno de estos criterios no se cumple, los medidores no se vincularán a las operaciones diarias de los empleados (Inamdar S. Noorein et al. 2000).

Las compañías no son receptivas al cambio, ya que a los empleados no les agrada ser controlados ni evaluados; asimismo, el CMI requiere que los responsables de las distintas áreas que

son receptoras de gran parte de la información, distribuyan la misma a los niveles más bajos de la organización (Schatz Willie, 2000).

Los sistemas de medición de una organización afectan con gran incidencia al comportamiento del personal propio y de los clientes. Si las empresas tienen como objetivo su supervivencia y la mejora continua, deben utilizar sistemas de medición y de gestión, derivados de sus estrategias y capacidades.

Según Kaplan y Norton las utilidades de un CMI son las siguientes:

- Clarificar y poner al día la estrategia
- Comunicar la estrategia dentro de la compañía
- Alinear las metas individuales con la estrategia
- Vincular los objetivos a los presupuestos a largo plazo
- Conducir las revisiones del funcionamiento orientadas a mejorar la estrategia

EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL APLICADO A LA GESTIÓN SANITARIA. ANTECEDENTES Y ORÍGENES.

Un centro sanitario se puede asemejar a una empresa oferente de servicios, con la particularidad de que su producto o servicio es ofrecido en el mismo instante en el que es generado (Pastor Tejedor, 2004). Dicho producto, el "producto sanitario", es el resultado de los siguientes procesos:

- a) El proceso clínico, que consiste en aplicar los conocimientos médicos al cuidado de los pacientes, pudiéndose resumir en: diagnóstico y tratamiento.
- b) El proceso funcional, cuyo objetivo es proporcionar y generar productos y actividades intermedias que puedan ser utilizados en el proceso clínico.
- c) El proceso logístico, que pretende proporcionar servicios para acomodar al usuario y facilitar la infraestructura para la aplicación de los procesos clínicos y funcionales.

Teniendo en cuenta estas particularidades, la elaboración de un CMI para este tipo de organizaciones, tendrá que adaptarse a las mismas, para lograr que la utilización de dicha herramienta sea exitosa, ya que en caso contrario, estaría abocada a su escaso uso, y por tanto a su desaparición.

Los primeros antecedentes bibliográficos de una aplicación sanitaria del CMI, pertenecen a Dana Forgione (Forgione Dana A, 1997) centrándose los mismos principalmente en el control financiero y en diversos indicadores y medidores de calidad asistencial. Forgione, detectó en un workshop organizado por "European Institute for Advanced Studies in Management", el consenso existente en dos aspectos fundamentales:

- a) Las amplias diferencias nacionales sobre el concepto de bienestar público, y la importancia de la salud dentro del mismo, debido a su relevancia presupuestaria, influyendo todo ello en las diferentes formas de financiación o pago de los servicios sanitarios
- b) La importancia o relevancia de la información financiera, para lograr una asignación eficiente de los recursos.

El resultado del workshop, fue un reclamo para el uso del CMI en el ámbito financiero y en el de la gestión de la calidad, en su dimensión interna o de empresa y externa o de usuarios o pacientes.

Forgione ya advirtió sobre la importancia del flujo de la información generada por la actividad financiera y por la atención sanitaria ofrecida a los pacientes, para lograr unos servicios sanitarios de mayor calidad y una gestión económica más eficiente.

Desde la publicación de dicho artículo, han sido numerosos los autores que han estudiado el CMI, en múltiples revistas del sector sanitario y de la literatura propia de la gestión y organización empresarial (Curtright Jonathan W et al. 2000; Pink George H, 2001; Curtright Jonathan W et al. 2000).

Desde un punto de vista práctico, uno de los primeros antecedentes bibliográficos en la elaboración y el uso del CMI en el ámbito sanitario lo podemos ubicar en Canadá en el año 1997 (Pink George H, 2001). El objetivo de este artículo fue describir el proceso de elaboración de un CMI para un sistema hospitalario, centrándose en el desarrollo o creación de indicadores y medidas financieras. La elaboración de un CMI para 89 organizaciones hospitalarias, constituyó el proyecto más ambicioso del momento y bastante más complejo que la creación de un CMI para un único hospital, que era lo que hasta el momento se recogía en la literatura publicada en ese instante.

Los hospitales de la provincia de Ontario, fueron seleccionados para participar en un proyecto consistente en desarrollar un sistema de información, adaptado al modelo de CMI propuesto por Kaplan y Norton (Kaplan and Norton, 1992) (Kaplan and Norton, 1996a) que englobara a toda la actividad desarrollada por el centro sanitario, y que permitiera la circulación pública de la información. En noviembre de 1998, se publica y distribuye a los hospitales y al público en general, un artículo (Baker, 1998), con información relativa a la actividad de los 89 hospitales.

Un año más tarde, y en la misma revista, se hace pública por primera vez información relativa a los niveles de ejecución de los diferentes hospitales que participaron en el proyecto (Baker, 1999).

Un aspecto importante a destacar en la aplicación sanitaria de los CMI, es que une a la perspectiva financiera tradicional en el resto de organizaciones, y a la cual se le ha dado una importancia menor en los hospitales públicos, otras perspectivas como la satisfacción de los pacientes, y en las que los indicadores de calidad asistencial aumentan su importancia frente a los anteriormente mencionados.

La aplicación y utilización de un CMI en una institución sanitaria aporta una visión mucho más amplia, que los instrumentos tradicionales empleados para controlar y evaluar la actividad desarrollada (Miguel Martínez Ramos, 2004)

La perspectiva europea del CMI

Los gobiernos europeos están sujetos a una gran exigencia por parte de la sociedad, que demanda una asistencia sanitaria de calidad, y con un rápido acceso a la misma. Los responsables de los centros sanitarios deben controlar el gasto sanitario y llevarlo a unos niveles que puedan ser financiados por los presupuestos del Estado y por los propios contribuyentes.

Partiendo de una perspectiva crítica, se puede afirmar que la tecnología empleada por los centros sanitarios españoles es bastante mejorable, ya que los gastos informáticos suponen una pequeña proporción con respecto al presupuesto total del Ministerio de Sanidad y Consumo, con lo cual es realmente difícil encontrar verdaderos sistemas de información en las instituciones sanitarias. Para elaborar e implantar un buen sistema de información, es determinante que los centros sanitarios, posean:

- Sistemas de apoyo a la toma de decisiones.
- Sistemas de gestión de informes clínicos.
- Tecnologías de red interna (Intranet) y externa (Internet)
- Sistemas de gestión integral de la actividad.

En el ámbito geográfico europeo, y más específicamente en España, se observa la influencia de los modelos de excelencia, como el European Foundation for Quality Management (EFQM) (Dale B G, 2002), modelo europeo de calidad, de amplia implantación en organismos públicos y privados, en la generación del CMI.

El CMI no es un sustituto del EFQM, sino un complemento, ya que satisfacen necesidades diferentes; el EFQM, es básicamente un método de ayuda para la mejora continua o global de la organización, pero no es una herramienta de gestión o mejora de los apartados que contienen sus criterios (Pastor Tejedor, 2004).

En el sector sanitario, el interés por la nueva cultura de la calidad ha sido propiciado en primer lugar, por el compromiso de mejorar el valor del servicio asistencial al usuario y en segundo lugar, por razones de regeneración organizativa e incremento de la eficiencia interna (resultados coste-efectivos, creación de redes de aprendizaje y gestión del conocimiento operacional, competencias distintivas a través de comunidades estratégicas de trabajo...) (Mira J.J., 1998). La planificación y mejora de la calidad en las organizaciones sanitarias, tanto en Europa, como en el resto del mundo desarrollado, se ha convertido en uno de los objetivos principales de la gestión sanitaria para así promover y garantizar la excelencia en los procesos de la cadena de valor asistencial (Ovretveit John, 2000).

El Modelo de Excelencia de la EFQM está inmerso en la filosofía de la TQM y comparte con ella sus fundamentos: orientación hacia el cliente, mejora continua e innovación, relaciones de asociación con los proveedores, liderazgo y coherencia en los objetivos estratégicos, desarrollo y vinculación de las personas y evaluación de los resultados (European Foundation for Quality Management, 1995; European Foundation for Quality Management, 1999).

Cuando las organizaciones se deciden por un enfoque de cambio orientado al desarrollo de un proyecto de TQM, de rediseño de procesos o de formación de sus empleados, se precisa de un instrumento que aporte una visión integrada de los objetivos estratégicos. En este contexto de innovación organizativa, el CMI como sistema de información estratégico, refleja los esfuerzos y resultados de la organización, ayudando desde un lenguaje común a definir, comunicar y evaluar los objetivos y prioridades, tanto a los directivos como a los empleados.

Desde esta filosofía de gestión innovadora, el presente trabajo propone como objetivo general, identificar y consensuar un conjunto de indicadores clave de la calidad a nivel hospitalario, para medir el resultado de los objetivos estratégicos según la orientación y criterios de la EFQM, y con el propósito de fortalecer los mecanismos de autoevaluación y los instrumentos de decisión operacional para la planificación y gestión estratégica, apoyando el diseño y desarrollo en un CMI específico para el sector sanitario (Oteo Ochoa L A, 2002).

LA EXPERIENCIA DEL CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DEL CONSORCIO SANITARIO DEL PARC TAULÍ

La Corporació Parc Taulí está constituida por seis centros, tres de los cuales tienen gestión descentralizada: Hospital de Sabadell, Albada Centro Sociosanitario, Salud Mental Parc Taulí y los tres restantes poseen personalidad jurídica propia UDIAT Centro Diagnóstico, S.A., Sabadell Gent Gran, Centro de Servicios, S.A. y Atención Primaria Parc Taulí, S.A.

La población del área sanitaria de referencia para el año 2003 era de 401.230 habitantes (Datos del padrón de población de 2003. Fuente: Web del Instituto Nacional de Estadística), que estaban atendidas por una plantilla total de 2405 empleados.

El Centro Quirúrgico Ambulatorio (CQA), es un centro de actividad del Hospital de Sabadell, cuya misión se manifiesta en los siguientes puntos:

- Dar una asistencia especializada, integral, personalizada y de calidad de forma programada y/o urgente, a las personas en situación de enfermedad aguda o agudización de enfermedad crónica.
- Considerar los aspectos relacionados con la prevención, el control, la rehabilitación y la reintegración del paciente bajo los principios de priorización basados en la prevalencia, la severidad y la complejidad de sus problemas de salud.
- Fomentar el uso más pertinente de los dispositivos existentes mediante la cooperación con otros agentes del sistema sanitario

A continuación se exponen una serie de datos, sobre la actividad asistencial del Hospital de Sabadell:

Figura 1
ACTIVIDAD ASISTENCIAL MEDIA DIARIA

<i>Actividad asistencial media diaria</i>	2001	2002	2003
Altas	84	85	90
Consultas Externas	1.096	1.206	1.234
Exploraciones a los Gabinetes de Atención Especializada	266	255	244
Sesiones Hospitales de Día	68	80	93
Urgencias ¹	505	512	516
Intervenciones quirúrgicas	97	108	115
- Intervenciones de cirugía mayor	72	81	86
- Intervenciones de cirugía convencional	45	52	54
- Intervenciones de cirugía mayor ambulatoria ²	27	29	32
- Intervenciones de cirugía menor ²	25	27	29
Partos	6,5	6,5	7

¹ incluye las urgencias de Salud Mental

² incluye las intervenciones realizadas en UDIAT CD

Figura 2
ACTIVIDAD ASISTENCIAL ANUAL

<i>Hospital de Sabadell</i>	2001	2002	2003
ALTAS			
Altas de hospitalización de agudos	23.018	23.116	23.719
Estancia media		7,25	7,25
Altas cirugía mayor ambulatoria	5.956	6.292	6.717
Subtotal altas agudos	28.974	29.408	30.436
Altas media estancia	1.595	1.734	1.696
Estancia media	17,20	19,20	17,33
Total altas	30.569	31.142	32.132

Figura 2
ACTIVIDAD ASISTENCIAL ANUAL (Cont.)

<i>Hospital de Sabadell</i>	2001	2002	2003
CONSULTAS EXTERNAS			
Primeras visitas	70.825	77.814	76.097
Visitas sucesivas	170.370	187.595	195.467
Total visitas	241.195	265.409	271.564
Sucesivas / primeras	2,41	2,44	2,57
Exploraciones gabinetes de atención especializada	58.549	56.187	53.695
Sesiones Hospitalares de Día	15.018	17.685	20.526
URGENCIAS			
Pacientes atendidos en Urgencias	184.481	186.915	188.351
Traslados a otros centros desde Urgencias (por falta de cama)		1.275	1.229
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
Intervenciones de cirugía mayor	15.733	17.711	18.865
Cirugía convencional	9.756	11.383	11.767
Cirugía mayor ambulatoria ²	5.977	6.328	7.098
Intervenciones de cirugía menor ²	5.582	6.087	6.476
Total intervenciones quirúrgicas	21.315	23.798	25.341
PARTOS			
Partos	2.383	2.370	2.638

¹ Incluye las urgencias de Salud Mental

² Incluye las intervenciones realizadas en UDIAT CD

Para el CQA, el motivo inicial para elaborar un CMI, se encuentra en un intento por lograr un modelo que le ayude a prestar un servicio de calidad (Conti Tito, 2002).

A continuación procederemos a analizar el proceso de elaboración e implementación del CMI del Centro Quirúrgico Ambulatorio (CQA), el cual optó por el modelo propuesto por Kaplan y Norton (Kaplan and Norton, 1992), en el que distinguen 4 dimensiones o perspectivas y en el que se puede observar la influencia del modelo de calidad europeo anteriormente mencionado (EQFM).

La primera tarea que se desarrolló fue generar una visión compartida sobre el CMI, por el equipo creado para dicho fin. Este equipo estaba constituido por cuatro grupos diferenciados:

- a) La Corporación: representada por la Dirección General, la Dirección Económico Financiera, la Fundación Parc Taulí, la Unidad de facturación, la Unidad de atención al cliente y la Unidad de hostelería.
- b) El Hospital de Sabadell: representado por la Dirección Ejecutiva, el responsable de proyecto y la Directora de Enfermería.

- c) El CQA: representado por el Director del Proyecto (médico cirujano), una supervisora de enfermería y un responsable de anestesiología.
- d) Empresa consultora: que presentaba a un equipo de consultores.

El centro diferenció 5 fases, en una primera etapa de la implementación de su CMI:

1ª) Establecimiento de la misión del CQA

El centro define su misión como: “la prestación de una asistencia quirúrgica especializada o para procedimientos invasivos, que por su singularidad y especificidad pueda ser realizada por equipos interprofesionales competentes en este ámbito, de forma autónoma, programada y sin ingreso, con la finalidad de incrementar la calidad, la efectividad y la capacidad resolutive, y aportando eficiencia social y económica sostenible”

2ª) Diseño de la visión estratégica del CQA y fijación de los objetivos estratégicos.

En esta fase se intenta dar respuesta a las siguientes preguntas:

- a) ¿Qué actividad se va a realizar?
Su actividad consiste en prestar un servicio de quirófano sin ingresos, es decir se iba a dedicar a la cirugía menor ambulatoria (cma).
- b) ¿A quién va destinada?
El CQA presta sus servicios a personas y a entidades con las que establezca convenios de colaboración y/o cooperación.
- c) ¿Cómo va a desarrollar su actividad?
A través de la prestación de un servicio integral y personalizado, de respuesta rápida y a un precio cerrado y atractivo.

A partir del análisis de estas preguntas, el centro pretende extraer sus ventajas competitivas.

3ª) Establecimiento de las competencias críticas y determinación de su correlación con los objetivos estratégicos.

El CQA definió las habilidades que le permitían conseguir cada uno de sus objetivos estratégicos

Sus principales habilidades eran:

- La competencia profesional
- Adecuación estructural
- Adaptabilidad
- Comunicación / Accesibilidad
- Productividad

4ª) Determinación de los procesos de negocio claves e identificación de los factores críticos para el éxito.

Podemos definir el proceso de negocio como un conjunto estructurado y medible de trabajos relacionados entre sí, que se desarrollan en una organización, con el objetivo de conseguir un resultado concreto para un cliente o mercado específico. Para el CQA los procesos de negocios claves eran:

- Selección del cliente:

Por la propia definición de la cirugía sin ingreso, los procedimientos susceptibles de tratamiento se encuentran entre aquellos de baja o mediana complejidad, con una duración por tratamiento individual que no supere los 90 minutos, en pacientes en condiciones de salud adecuadas y con un adecuado entorno sociofamiliar que le permita el alta inmediata.

- Provisión del servicio hasta el alta:

El CQA posee el siguiente circuito de provisión del enfermo: llegada del enfermo a la hora convenida, permanencia en la sala de espera donde se identifica al paciente y se confirman sus datos; a continuación se traslada al vestuario de pacientes, en el cual se le dota de su correspondiente bata de quirófano, pasando seguidamente a la sala de adaptación, en la cual se revisa la historia clínica y los datos informatizados, para llegar a la consulta de preparación quirúrgica, desde la cual se transfiere al paciente a la sala de preoperatorio y de aquí al quirófano. Una vez concluida la actividad quirúrgica, se procede a la elaboración del informe de la operación, se dan las órdenes médicas postoperatorias y se informatizan los datos, para pasar posteriormente al paciente a la sala de control médico, donde se controlan posibles hemorragias, dolores, se controla la ingestión de alimentos y por último se informatizan nuevamente los datos y resultados generados. Si la evolución es favorable, se procede al alta del paciente, a través del servicio de admisión clínica del CQA y el paciente retorna a su domicilio. Si por el contrario, la evolución del paciente no es la deseada o es más compleja, se procederá al ingreso hospitalario del enfermo.

- Gestión de relaciones con las aseguradoras:

El Consorcio Hospitalario Parc Taulí, de Sabadell (CHPT), emprendió un proceso de transformación cuyo objetivo era potenciar sus actuales recursos, especialmente en las áreas de cirugía, urgencias y diagnóstico por la imagen. Mediante esta estrategia, se logra diversificar la facturación, focalizada en gran medida con el Servicio Catalán de la Salud (SCS) y captar nuevos clientes a través de conciertos con entidades no públicas.

5ª) Generación de indicadores y elaboración del CMI

Conlleva la identificación de los factores críticos de éxito en los procesos claves de negocio y la generación de indicadores (sistemas de medición de las interrelaciones) para las cuatro perspectivas (clientes, desarrollo e innovación, procesos internos y recursos) que se emplea en el desarrollo del CMI, al seguir el modelo propuesto por Kaplan y Norton.

El CQA procedió a vincular los objetivos fijados para cada una de sus perspectivas con unos medidores o indicadores:

a) Perspectiva de innovación y aprendizaje

Para esta dimensión el CQA se fija tres objetivos: Utilización de tecnología avanzada, alta competencia profesional y eficiencia social, asociando los mismos a tres medidores: Presencia del CQA en los medios de comunicación, número de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) por quirófano y día, indicador de eficiencia social en relación al Hospital de Sabadell.

b) Perspectiva financiera o de recursos

Se fijan dos objetivos: El primero es el de supervivencia, que se asocian a los medidores de rentabilidad, flujo de caja y fondo de maniobra y el segundo que es la adecuación estructural que se relaciona con el ratio de nuevas adquisiciones por volumen de cash flow.

c) Perspectiva de procesos internos

Para esta perspectiva se determinan cinco objetivos, que se asocian con otros tantos medidores:

- 1º) *Productividad*: Se corresponde con los indicadores de número de intervenciones suspendidas, y el ratio de objetivos de actividad sobre actividad realizada.
- 2º) *Seguridad*: Se relaciona con el número de ingresos en el hospital de Sabadell, y un índice o indicador de complicaciones.
- 3º) *Respuesta rápida*: En relación con el ratio de objetivos de actividad sobre actividad realizada.
- 4º) *Proceso de selección de clientes sin errores*: En relación con el número de intervenciones suspendidas.
- 5º) *Excelencia en la provisión del servicio*: Sus medidores asociados son el índice de complicaciones y el ratio de objetivos de actividad sobre actividad realizada.

d) Perspectiva de clientes:

Los objetivos de experiencia en calidad, servicio integral y personalizado, adaptabilidad, accesibilidad y comodidad, se asocian al índice de satisfacción del cliente.

El objetivo de ofrecer un precio cerrado y atractivo se vincula a la desviación del precio sobre la media del mercado y por último el objetivo de conseguir una gestión eficaz con las aseguradoras se relaciona con el porcentaje de clientes que no son de la aseguradora del Servicio Catalán de Salud.

En una segunda etapa de implementación del CMI se pueden diferenciar siete fases:

- 1ª) Establecer metas.
- 2ª) Comunicar indicadores
- 3ª) Identificar procesos y desarrollos
- 4ª) Exponer las mejores practicas y niveles de excelencia
- 5ª) Restablecer metas
- 6ª) Desarrollar programas de mejora
- 7ª) Información y perspectiva histórica
- 8ª) Dinámica de reportes

En nuestro análisis nos centraremos, únicamente en la primera fase, de establecimiento de metas, para los objetivos y medidores, previamente determinados, para lo cual emplearemos los cuadros que se editan a continuación:

Perspectiva de Innovación y Aprendizaje

Figura 3
CUADRANTE DE INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE DEL CMI.

Objetivos	Medidores	Metas
Tecnología avanzada	Presencia del CQA en medios de comunicación	4 en medios especializados o ponencias en congresos.
		12 noticias internas (año) (1)
		5,2 intervenciones diarias por día y quirófano activo (2)
		85% si se mantiene la complejidad actual.

Notas: (1) Inserciones a los diferentes medios internos de comunicación: Día a día, WEB, Intranet...

(2) Se considera más operativo este indicador, máximo cuando está al servicio del objetivo de competencia profesional

Perspectiva Financiera

Figura 4
CUADRANTE ACTIVIDAD FINANCIERA DEL CMI.

Objetivos	Medidores	Metas
Supervivencia	Rentabilidad	Facturación mínima anual Mínimo 16% sobre facturación
	Flujo de caja	Positivo (incorporadas inversiones)
	Fondo de maniobra	Que financian las existencias
Adecuación estructural	Ratio nuevas adquisiciones/cash flow	Máximo 25% para el ejercicio

Perspectiva de Procesos Internos

Figura 5
CUADRANTE PROCESOS INTERNOS DEL CMI.

Objetivos	Medidores	Metas
Productividad	Nº intervenciones suspendidas	3% sobre el total
Seguridad		
Respuesta rápida	Ingresos en hospitales	máximo 2,2%
Selección del cliente	% objetivos sobre actividad real	0% de desviación
Excelencia provisión del servicio	Indice de complicaciones	Complicaciones protocolizadas sobre 4 procesos elegidos por muestreo

Perspectiva de Clientes

Figura 6
CUADRANTE PERSPECTIVA DE LOS CLIENTES DEL CMI.

Objetivos	Medidores	Metas
Experiencia en calidad	Índice de satisfacción del cliente	90% encuesta general
Servicio integral y personalizado		0,1% quejas
Adaptabilidad		CMA: mismo precio concierto año 98 ⁽¹⁾
Accesibilidad		
Comodidad		
Precio cerrado y atractivo	Desviación sobre la media del mercado	cma: misma tarifa nivel B SCS ⁽²⁾
Gestión eficaz con aseguradoras	% clientes ajenos al SCS	Mínimo del 1% sobre facturación CQA ⁽²⁾

(1) CMA : Cirugía Mayor Ambulatoria SCS: Servicio Catalán de Salud

(2) CQA = Centro Quirúrgico Ambulatorio

CAUSAS PARA EL FRACASO DEL CMI

Podemos afirmar que el 70% de las implementaciones y ejecuciones de CMI en organizaciones, no resultan exitosas (Neely Andy and Bourne Mike, 2000) debido a la ausencia y deficiencias de los sistemas de medición, al poseer éstos un diseño pobre y de difícil ejecución.

Debido a la anterior razón es normal que las empresas tengan un especial interés en la obtención de medidores adecuados, ya que de ello depende gran parte del éxito de la puesta en práctica de un CMI (Bourne M, 2003).

En muchos casos se produce un éxito aparente en el uso del CMI, es decir, se produce una mejora en la veracidad de la información generada, en la determinación de responsabilidades y en la eficacia y eficiencia de las operaciones, pero esta mejora no es percibida por los pacientes, según se reflejan en determinadas encuestas de satisfacción y calidad percibida tras la implantación de ésta herramienta (Nathan Kevin and Pelfrey Sandra, 2004).

Otro motivo que en numerosas ocasiones provoca el fracaso en la aplicación del CMI, es la resistencia al cambio organizacional (Bourne M, 2003), ya que en su ejecución global se generan numerosos cambios parciales y el CMI no aporta una extensa guía que facilite los cambios operacionales.

Asimismo otro de los problemas del CMI es la posibilidad de ocultar consciente o inconsciente los resultados, lo que daría lugar a una divulgación incompleta de los datos (Eiler B, 2002)

CONCLUSIONES

Para la elaboración e implementación del CMI, según lo analizado anteriormente, es fundamental, antes de emprender el proceso, favorecer una visión conjunta del objetivo perseguido con esta herramienta, entre todos los representantes de la organización sanitaria implicados en su elaboración y utilización y el posible agente externo, que preste soporte en su constitución.

Como ya se ha señalado, uno de los factores claves para el éxito del CMI, es la elección, mantenimiento y actualización de unos indicadores o medidores adecuados, y la fijación de unos niveles o metas idóneos. Un sistema muy apropiado para la fijación y actualización óptima de las

metas de los indicadores del CMI, es la realización de un proceso de benchmarking continuo, lo cual permitiría la mejora continua de esta herramienta; la vinculación del CMI y los procesos de benchmarking sanitario, como instrumento de mejora continua, presentan una nueva línea de investigación, poco analizada hasta el momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baker, G.: "A System –Wide". Hospital Report. 1998.
- Baker, G.: "A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals". Hospital Report. 1999.
- Bourne, M.: "Why some performance measurement initiatives fail: Lessons from the change management literature". International Journal of Business Performance Management 2003; 5 (2,3): 245.
- Conti, T.: "Human and social implications of excellence models: Are they really accepted by the business community?". Managing Service Quality 2002; 12 (3): 151.
- Curtright, J.W; Stolp-Smith, S.C; Edell, E.S.: "Strategic performance management: Development of a performance measurement system at the Mayo Clinic". Journal of Healthcare Management 2000; 45 (1): 58.
- Dale, B.G.: "European quality challenges for the new millennium". Measuring Business Excellence 2002; 6 (4): 28.
- Eiler, B; Cucuzza, T.: "Crisis in management accounting". Journal of Cost Management 2002 (July/August): 29-32.
- European Foundation for Quality Management: "Directrices para el sector público: Salud". 1995.
- European Foundation for Quality Management: "Modelo EFQM de Excelencia". 1999.
- Florentin, H.E; Omachonu, V.K.: "Machine Centre Productivity Measurement Under Conditions of Discrete Production". International Journal of Technology Management 1991; 6 (1, 2): 131.
- Forgione, D.A.: "Health care financial and quality measures: International call for a "balanced scorecard" approach". Journal of Health Care Finance 1997; 24 (1): 55.
- Inamdar, S.N; Kaplan, R.S; Helfrich Jones M.L; Menitoff, R.: "The balanced scorecard: A strategic management system for multi-sector collaboration and strategy implementation". Quality Management in Health Care 2000; 8 (4): 21.
- Kaplan, R.S; Norton, D.P.: "The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance". Harvard Business Review 1992; 70 (1): 71.
- Kaplan, R.S; Norton, D.P.: "Putting the balanced scorecard to work". Harvard Business Review 1993; 71 (5): 134.
- Kaplan, R.S; Norton, D.P.: "Using the balanced scorecard as a strategic management system". Harvard Business Review 1996; 74 (1): 75.
- Kaplan, R.S; Norton, D.P.: "Strategic learning & the balanced scorecard". Strategy & Leadership 1996; 24 (5): 18.
- Kaplan, R.S; Norton, D.P.: "Knowing the score". Financial Executive 1996; 12 (6): 30.
- Martínez, M.: "Interaction between management accounting and supply chain management". Supply Chain Management 2004; 9 (2): 134.
- Mira, J.J.: "La aplicación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total al sector sanitario: Ventajas y limitaciones". Revista de Calidad Asistencial 13. 1998: 92-7.
- Nathan, K; Pelfrey, S.: "Strong medicine for failing hospitals: a balanced scorecard approach. Cost Management" 2004; 18 (1): 24.
- Neely, A; Bourne, M.: "Why measurement initiatives fail?". Quality Focus 2000; 4 (4): 3.
- Omachonu, V.K; Nanda, R.: "Model-Based Hospital Productivity Information Management". Computers & Industrial Engineering 1991; 20 (3): 323.
- Oteo Ochoa, L.A.: "Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia". Gestión hospitalaria 13. 2002: 9-25.
- Ovretveit, J.: "Total quality management in European healthcare". International Journal of Health Care Quality Assurance 2000; 13 (2): 74.
- Pastor Tejedor, A.C.: "Diseño del cuadro de mando integral para un hospital público desarrollado en

base a los modelo de excelencia”. Productions and Operations Management Society 2004.
Pink, G.H.: “Creating a balanced scorecard for a hospital system”. Journal of Health Care Finance 2001; 27 (3): 1.
Puig-Junoy, J.: “Technical inefficiency and public capital in U.S. states: A stochastic frontier approach”. Journal of Regional Science 2001; 41 (1): 75.
Schatz, W.: “The balancing act.”. AFP Exchange 2000; 20 (3): 40.
Teisberg, E.O; Porter, M.E; Brown, G.B., et al.: “Finding a lasting cure for U.S. health care. Comment/reply”. Harvard Business Review 1994; 72 (5): 45.



David Ruiz Muñoz

Profesor Asociado de la Universidad Pablo de Olavide. Tiene diversas publicaciones, entre las cuales pueden citarse: “Nuevas tendencias en la logística sanitaria”, “Técnicas de gestión empresarial aplicadas a organizaciones sociales”, “La gestión de los recursos humanos en una empresa competitiva”, “Manual de Estadística”, “La aplicación del Benchmarking al proceso de compras: Un estudio en hospitales”. Desarrolla actualmente dos líneas de investigación: a) Diseño y uso de los sistemas de rendimiento y control de gestión estratégicos y b) Gestión y optimización de la cadena de aprovisionamiento.