

Hacia el cuadro de mando integral por el cuadro de mando posible

Modesto Martínez-Pillado^a, José Manuel Seco^b, Alfonso Suárez^c, Rosario González-Sanjuán^d y Carmen Vázquez^e

^aComplejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

^bControl de Gestión. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

^cServicio de Admisión. Complejo Hospitalario de León. León. España.

^dHospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

^eObra Hospitalaria Nuestra Señora de la Regla. León. España.

Correspondencia: M. Martínez-Pillado.

Coordinador de Calidad. Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Rúa Loureiro Crespo, 1. 36001 Pontevedra. España.

Correo electrónico: modefi@arrakis.es

Resumen

Objetivo: Elaborar una herramienta que permita el seguimiento de los objetivos pactados entre los servicios y la gerencia en un hospital de titularidad pública de 355 camas.

Material y método: Mediante un grupo de mejora, se elaboró un cuadro de mando que incluye indicadores para las líneas asistenciales pactadas (hospitalización, consultas externas, actividad quirúrgica, calidad y farmacia). Se difundió entre todos los miembros del servicio, los jefes de servicio, los responsables de objetivos asistenciales y los demás profesionales.

Resultados: Se señala la herramienta creada, así como los indicadores utilizados para cada una de las líneas asistenciales. Se establecen referencias entre el propio servicio y el conjunto de los servicios quirúrgicos o clínicos, mediante gráficos y seguimientos mensuales de objetivos, a la vez que se valora ponderadamente cada objetivo y se puede conocer además la evaluación del servicio respecto a sus objetivos.

Conclusiones: El cuadro de mando elaborado está en línea con los objetivos del centro hospitalario, ofrece una referencia clara y sencilla para situar al propio servicio y permite descubrir mejoras.

Palabras clave: Sistemas de información para la gestión. Calidad de datos. Gestión clínica.

Introducción

Existen muchos tópicos en relación con la información que se maneja en los hospitales. Es lugar común opinar que son organizaciones complejas que poseen gran cantidad de información, pero de escasa utilización práctica. Otro lugar común es que la necesidad de información de los facultativos para sus decisiones es distinta de la que los directivos requieren. Sin embargo, para todos los implicados en el proceso asistencial el análisis es una obligación, no una opción: es condición necesaria. Hay que separar opiniones de hechos; sin hechos no es posible tomar decisiones, pegarse fuerte a la realidad, la realidad de verdad, no la inventada. Hay que medirse de frente con la realidad porque es muy elocuente; obliga a analizarla con rigor porque los hechos no hablan, están callados, no dicen nada a nadie, si nadie los quiere escuchar.

Abstract

Objective: To establish a tool to follow up the objectives agreed on between hospital services and the hospital management staff in a public hospital with 355 beds.

Material and method: A multidisciplinary working group was created to establish a draft of indicators for each line of activity (hospitalization, quality, pharmacy, surgery, ambulatory services). The information sheet was given to all the members of the service, heads of service, the staff responsible for healthcare objectives, and other members of staff.

Results: The tool created, as well as the indicators used to follow up the distinct objectives, are presented. Comparisons within and among all the medical and surgical services were established using graphs and monthly follow-up of objectives. Each objective was evaluated in detail and the extent to which each service met its objectives was determined.

Conclusions: The information sheet is a tool to evaluate which objectives have been reached. It provides a clear reference for each service and is useful for quality improvement.

Key words: Management information system. Data quality. Clinical management.

De ahí que se necesita una herramienta válida, visual, sencilla en su manejo, que permita compartir un lenguaje (realidad) común, a la vez que sirva para detectar desviaciones y plantear oportunidades de mejora.

No existen muchos ejemplos¹⁻⁶ donde se comparta esa herramienta porque habitualmente queda confinada al manejo interno de las organizaciones. Nuestro objetivo es diseñar una herramienta útil para la gestión del control a la vez que sirva de soporte al seguimiento de los pactos de objetivos entre los servicios y la gerencia del centro hospitalario.

Material y método

El trabajo se realizó en el hospital El Bierzo de Ponferrada (León), de titularidad pública (Servicio Regional de Salud

de Castilla y León, SACYL), con 1.100 trabajadores, 189 facultativos y una población de referencia de 149.568 habitantes. Se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales de las siguientes unidades o servicios: Control de Gestión, Dirección Médica, Neumología, Urología, Otorrinolaringología e Informática. El cronograma seguido fue el siguiente:

1. El grupo de mejora evaluó el cuadro de mandos (CM) existente en el centro (1) y valoró otros CM de centros hospitalarios de similar complejidad. El grupo pretendía, entre otras características, que la herramienta fuera válida, visualmente atractiva y actualizable. Las fuentes de información que se utilizaron fueron los aplicativos del centro (entorno HP versión 2.0 de consultas externas, hospitalización, actividad quirúrgica, urgencias y listas de esperas) y el conjunto mínimo básico de datos (CMBD); la información relativa a las líneas de calidad y farmacia eran remitidas por las unidades respectivas.

2. Se presentó el CM a los grupos de responsables de objetivos; cada servicio, según su cartera de servicios, tenía un interlocutor en cada una de las líneas de actividad (consultas externas, hospitalización, actividad quirúrgica, calidad, farmacia, etc.).

3. Tras sus aportaciones, se elaboró un CM que se remitió a los servicios que habían participado en su elaboración, con el fin de recoger cualquier sugerencia o innovación adicional.

4. Por último, se remitió a todos los facultativos del centro.

Resultados

Se definieron los indicadores por cada una de las líneas asistenciales establecidas (figs. 1-3). En la línea asistencial de consultas externas, se definieron, entre otros, los siguientes indicadores:

1. El número de primeras y sucesivas consultas externas, según el lugar de realización y el origen (centro hospitalario o periférico, atención primaria y atención especializada y tipo de financiación: ordinaria o extraordinaria).

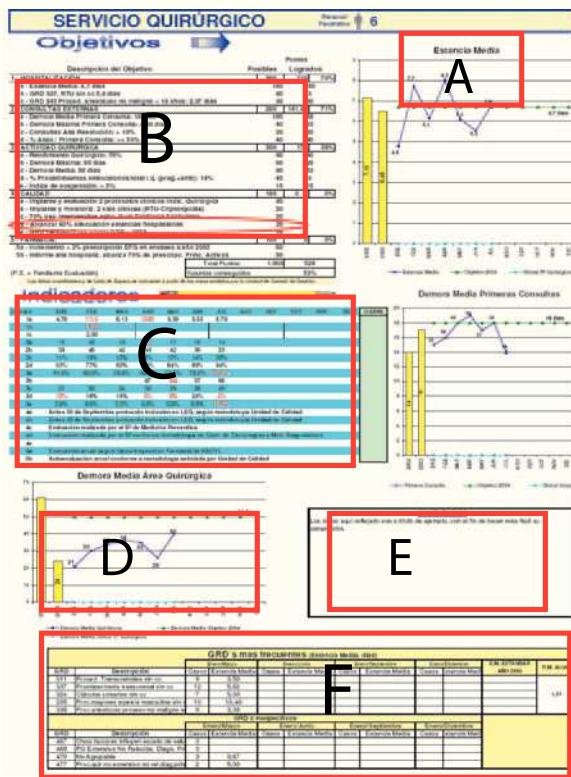
2. El porcentaje de consultas de alta resolución (CAR) respecto al total de primeras consultas. Las CAR se definieron como las primeras consultas externas que se declaran como alta.

3. El porcentaje de altas respecto a las primeras consultas realizadas. Un porcentaje superior a 1 equivale a que se están produciendo más altas que primeras consultas. Este dato, junto con el porcentaje de CAR, da una aproximación al flujo de actividad en consultas externas. Así, un porcentaje de 1,5 en altas sobre primeras consultas externas con un 50% de CAR nos indica que, de 10 primeras consultas realizadas, se está dando de alta a 15 pacientes, de los que 5 son CAR y las otras 10 altas corresponden a consultas sucesivas.

4. El porcentaje de pacientes que no acuden a primera consulta sobre el total de pacientes citados.

⁽¹⁾ Si desea obtener una copia de este CM, se deberá solicitar por correo electrónico a la siguiente dirección: martinez.pillado@sergas.es

Figura 1. Cuadro de mandos por secciones. A: personal; B: porcentaje de cumplimiento de objetivos; C: seguimiento de cada uno de los objetivos; D: gráficos; E: comentarios; F: GRD específicos e inespecíficos.



5. El porcentaje de consultas externas procedentes de atención primaria (AP). Es importante distinguir el porcentaje de consultas externas realizadas procedentes de AP o atención especializada (que obedece a una configuración de agendas) del que estima las solicitudes cursadas desde AP. Tiene repercusiones para la organización del servicio por cuanto, si la orientación es dar prioridad a los propios clientes internos (típicamente a pacientes en listas de espera quirúrgica), el porcentaje de realización de primeras consultas procedentes de AP será menor (y su demora, probablemente, también mayor).

6. La demora media (expresada en días desde la fecha de entrada en el registro hasta el día de corte).

7. El total de pacientes en espera estructural, con referencia al número de pacientes con más de 60 días en espera.

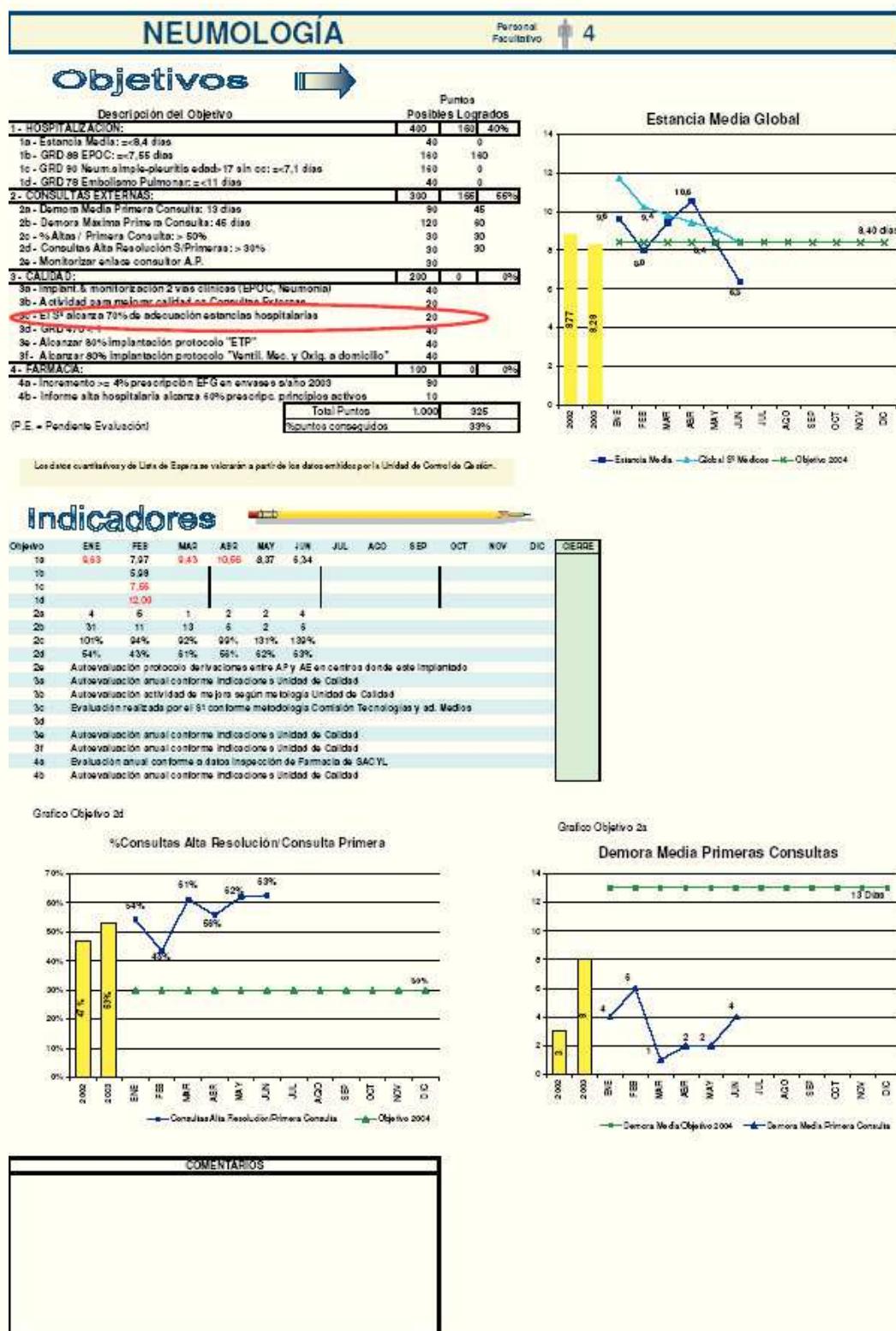
En la línea asistencial de hospitalización:

1. El porcentaje de ingresos urgentes y programados.
2. La presión de urgencias: el porcentaje de ingresos urgentes sobre total de ingresos.
3. La estancia media expresada en días.

Figura 2. Anverso del cuadro de mandos para el seguimiento de los objetivos. Los datos expuestos son a modo de ejemplo y no se corresponden con la realidad.

	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ANO 2.004	AÑO 2.003	DIFER. %
CONSULTAS EXTERNAS															
PRIMERAS CONSULTAS A.P. HOSPITAL	540	556	622	530	597	592	594	601	532	547	577	526	6.814	4.955	37,5%
PRIMERAS CONSULTAS A.P. PERIFERICAS	38	38	35	27	41	40	43	38	40	50	40	33	463	575	-19,5%
INTERCONSULTAS HOSPITAL	142	150	169	141	153	154	139	144	155	152	145	133	1.777	2.193	-19,0%
INTERCONSULTAS PERIFERICAS	2	9	6	8	3	9	7	4	5	7	4	3	67		
TOTAL PRIMERAS CONSULTAS	722	753	832	706	794	795	783	787	732	756	766	695	9.121	9.446	-3,4%
CONSULTAS ALTA RESOLUCIÓN	253	232	275	209	263	288	271	272	263	307	270	261	3.164	2.435	29,9%
AUTOCONCERTACIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONSULTAS SUCESIVAS HOSPITAL	893	986	1.134	1.001	1.126	1.204	965	850	990	1.172	1.172	968	12.461	10.616	17,4%
CONSULTAS SUCESIVAS PERIFERICAS	36	36	26	33	44	23	30	25	33	43	29	22	380	745	-49,0%
TOTAL CONSULTAS SUCESIVAS	929	1.022	1.160	1.034	1.170	1.227	995	875	1.023	1.215	1.201	990	12.841	13.386	-4,1%
ÍNDICE SUCESIVAS/PRIMERAS	1,29	1,36	1,39	1,46	1,47	1,54	1,27	1,11	1,40	1,61	1,57	1,42	1,41	1,42	
% ALTAS/PRIMERAS CONSULTAS	94%	90%	97%	93%	106%	108%	90%	82%	99%	125%	105%	100%	99%	81%	
IND. CONSULTAS REALIZADAS DE A.P.	80,06	78,88	78,97	78,90	80,35	79,50	81,35	81,19	78,14	78,97	80,55	80,43	79,78	70,64	
PACIENTES NO ACUDEN 1 ^{er} CONSULTA	95	106	75	101	99	142	144	139	112	100	100	87	1.300	1.451	-10,4%
CONSULTAS SOLICITADAS POR AP	715	709	773	665	704	628	573	593	729	684	772	566	8.111	8.021	1,1%
DÍAS CONSULTA - LOCAL 1	20	20	22	19	21	22	22	22	20	20	21	19			
DÍAS CONSULTA - LOCAL 2	20	20	22	19	21	21	22	22	20	20	21	19			
DEMORA MÁXIMA	97	81	92	83	88	93	47	73	56	53	51	56	56	93	-39,8%
DEMORA MEDIA	34	28	26	29	31	28	25	21	18	19	20	25	25	44	-43,2%
TOTAL PACIENTES EN ESPERA	1.207	1.235	1.314	1.336	1.328	1.208	1.059	927	985	994	1.075	1.026	1.026	1.134	-9,5%
PACIENTES > 60 DÍAS LISTA ESPERA	422	303	326	385	225	52	4	1	0	0	0	3	3	536	-99,4%
A. EXPLORACIONES ESPECIALES															
RETIRADA MATERIAL OSTEOSINTESIS	0	24	25	18	27								94	106	-11,3%
INFILTRACIONES													0	0	
HOSPITALIZACIÓN															
INGRESOS PROGRAMADOS	50	67	89	50	84	93	24	33	23	84	82	57	736	661	11,3%
INGRESOS URGENTES	54	55	55	63	63	59	65	56	59	67	64	59	719	688	4,5%
TRASLADOS INTERNOS	3	3	2	5	3	5	2	1	1	4	3	1	33	34	-2,9%
TOTAL INGRESOS	107	125	146	118	150	157	91	90	83	155	149	117	1.488	1.383	7,6%
ALTAS EXTERNAS	100	118	142	124	140	157	113	83	79	141	142	140	1.479	1.361	8,7%
ALTAS INTERNAS	1	2	1	5	1	2	1	2	0	3	1	3	22	16	37,5%
TOTAL ALTAS	101	120	143	129	141	159	114	85	79	144	143	143	1.501	1.377	9,0%
PRESIÓN URGENCIAS	50,47	44,00	37,67	53,39	42,00	37,58	71,43	62,22	71,08	43,23	42,95	50,43	48,32	49,75	-2,9%
ESTANCIA MEDIA	11,87	12,41	9,60	10,66	9,98	8,49	12,63	10,33	12,02	8,77	9,76	10,06	10,34	11,02	-6,2%
ÍNDICE DE OCUPACIÓN (Camas ocupadas)	40,97	53,48	45,23	41,93	48,29	44,43	37,06	30,00	33,27	43,87	48,47	37,97	42,02	41,64	0,9%
QUIRÓFANO															
I. PROGRAMADAS CON HOSPITALIZACIÓN	78	98	123	81	112	121	59	52	59	116	124	91	1.114	1.052	5,9%
I. PROGRAMADAS AMBULATORIAS	42	89	94	42	49	47	13	5	139	50	46	43	659	611	7,9%
TOTAL INTERVENCIONES PROGRAMADAS	120	187	217	123	161	168	72	57	198	166	170	134	1.773	1.663	6,6%
INTERVENCIONES URGENTES:															
II. URGENTES CON HOSPITALIZACIÓN	13	8	12	9	12	10	12	9	9	18	13	10	135	149	-9,4%
II. URGENTES AMBULATORIAS	6	3	5	5	11	5	7	8	7	5	4	10	76	74	2,7%
TOTAL INTERVENCIONES URGENTES	19	11	17	14	23	15	19	17	16	23	17	20	211	223	-5,4%
TIPOS INTERVENCIÓN															
TOTAL INTERV. CON HOSPITALIZACIÓN	91	106	135	90	124	131	71	61	68	134	137	101	1.249	1.201	4,0%
TOTAL INTERVENCIONES AMBULATORIAS	48	92	99	47	60	52	20	13	146	55	50	53	735	685	7,3%
TOTAL INTERVENCIONES	139	198	234	137	184	183	91	74	214	189	187	154	1.984	1.886	5,2%
INTERVENCIONES C.M.A.	22	63	58	30	36	32	2	0	118	27	25	32	445	204	118,1%
INTERV. PROGRAMADAS TARDE:															
INTERVENCIONES CON HOSPITALIZACIÓN	0	3	9	8	18	27	0	0	0	8	21	7	101	70	44,3%
INTERVENCIONES AMBULATORIAS	0	48	53	18	16	7	0	0	0	8	16	0	166	131	26,7%
TOTAL INTERVENCIONES TARDE	0	51	62	26	34	34	0	0	0	16	37	7	267	201	32,8%
SALAS ESPECIALES CTAS. EXTERNAS															
INTERVENCIONES LOCAL CONSULTA	0	24	25	18	27	0	0	0	0	0	0	0	94	147	-36,1%
TOTAL PROCED. QUIRURG. AMBULANTES	42	113	119	60	76	47	131	5	139	50	46	43	753	758	-0,7%
ÍNDICES:															
Nº QUIRÓFANOS MES/MAÑANA	38	42	48	35	42	50	29	26	41	43	45	39	40	37	6,9%
Nº QUIRÓFANOS MES/TARDE	0	7	10	5	8	11	0	0	4	9	3	5	4	4	35,7%
% de Cirugía ambul. Realizada en quirófano	35,0%	47,6%	43,3%	34,1%	30,4%	28,0%	18,1%	8,8%	70,2%	30,1%	27,1%	32,1%	37,2%	36,7%	1,2%
Nº INTERVENCIONES SUSPENDIDAS	8	4	6	3	7	8	3	4	18	7	6	12	86	106	-18,9%
% INTERVENCIONES SUSPENDIDAS	6,3%	2,1%	2,7%	2,4%	4,2%	4,5%	4,0%	6,6%	8,3%	4,0%	3,4%	8,2%	4,6%	6,0%	-22,8%
DEMORA MEDIA	59	67	67	74	74	75	94	69	82	80	83	88	88	80	10,0%
DEMORA MÁXIMA	180	180	180	179	180	180	211	236	266	268	246	164			
RENDIMIENTO QUIRÚRGICO	58,6%	68,4%	66,5%	64,1%	71,1%	74,1%	76,5%	65,0%	65,9%	73,8%	68,5%	66,8%	68,3%	65,4%	4,4%
ESTANCIA PREOPERATORIA MEDIA	2,70	1,80	1,50	2,20	1,70	1,60	3,50	2,90	1,60	1,70	2,50	1,70	2,12	2,46	-13,9%
DEMORA QUIRÚRGICA MES DE DICIEMBRE:								Total L.E.Q.	≥ 6 Meses	Demora media	Espera media	Ind. acum. entr/Sal.		% Sal. interv. quir.	
								772	0	88	93	0,99		64,61%	

Figura 3. Reverso del cuadro de mandos. Los datos expuestos son a modo de ejemplo.



4. El índice de ocupación: número de estancias/días del mes.

5. Los trasladados internos entre servicios y, consecuentemente, las altas internas y externas.

En la línea de actividad quirúrgica:

1. El total de intervenciones programadas y urgentes, divididas en intervenciones con hospitalización y ambulatorias.

2. El total de intervenciones en cirugía mayor ambulatoria y realizadas por autoconcertación.

3. El número de sesiones quirúrgicas, mañana y tarde.

4. Las demoras media y máxima, expresadas en días desde la fecha de entrada en el registro hasta el día de corte.

5. El porcentaje de rendimiento quirúrgico: tiempo utilización/tiempo programado por sesión quirúrgica (7 h).

6. La lista de espera quirúrgica: número total de pacientes, y clasificado por los 5 procedimientos más frecuentes; índice de entradas-salidas (equivalente al porcentaje de altas en consultas externas).

7. El porcentaje de suspensión quirúrgica programada.

8. La estancia media preoperatoria.

En la línea asistencial de calidad los objetivos pactados, entre otros, se incluían los siguientes:

1. Seguimiento de proyectos de gestión específicos (en consultas externas, atención psicogeriatrica, planificación al alta de pacientes con fractura de cadera, líneas asistenciales entre servicios por procesos definidos, p. ej.: enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca entre medicina interna, urgencias, hospitalización a domicilio, cardiología y neumología; cáncer de mama entre ginecología, cirugía general y oncología; selección de consultas externas en un centro de atención primaria; gestión del proceso de cáncer de pulmón entre AP, neumología y radiología), así como autoevaluaciones del plan de información o según el modelo European Foundation Quality Management (EFQM) y alcanzar estándares marcados por sociedades internacionales de calidad.

2. Seguimiento de las indicaciones en pruebas diagnósticas o terapéuticas, según sean de aplicación al servicio. Entre otras, ecocardiograma, ecografías abdominales, endoscopia digestiva, resonancia magnética, Doppler de troncos supraaórticos, marcapasos provisional frente a definitivo y troponina.

3. Autoevaluación elaboración por escrito de las indicaciones quirúrgicas en los 2 procesos más frecuentes, según sea de aplicación.

4. Alcanzar la cifra pactada en el seguimiento de la correlación entre la anatomía patológica y los diagnósticos clínicos.

5. Alcanzar la cifra pactada de cumplimiento del informe de alta en consultas externas para AP según criterios predefinidos.

6. Alcanzar el porcentaje indicado de cumplimiento en los protocolos o guías asistenciales que sean de aplicación al servicio, validadas por la Comisión Central de Garantía de Calidad.

7. Implantación y seguimiento o evaluación de las vías clínicas pactadas, según sean de aplicación.

8. El total de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) inespecíficos debe de disminuir, en el valor pactado, respecto al porcentaje del año anterior.

9. Alcanzar el porcentaje marcado en la valoración de la adecuación de la hospitalización.

En la línea asistencial de farmacia:

1. Incrementar la prescripción, en al menos el porcentaje pactado, de las especialidades farmacéuticas genéricas.

2. Entre los 25 medicamentos prescritos con más frecuencia no se incluirán los fármacos que no aporten novedad terapéutica (según valoración de la Agencia Española del Medicamento).

3. El informe de alta hospitalaria incluye, en el porcentaje marcado, prescripción por principios activos.

El seguimiento de los objetivos pactados se realiza mensualmente de forma habitual (salvo determinados objetivos que tienen pactado un seguimiento trimestral o anual), con gráficos que comparan la situación del propio servicio con los últimos 2 años, así como la evolución del propio servicio respecto a otros homologables del propio centro. De una forma muy visual, se recogen los siguientes apartados:

– En el apartado A, se señala el número de los facultativos de los servicios, con prorratos proporcionales al incremento de plantilla si se diera tal circunstancia.

– En el apartado B, se señala el porcentaje de cumplimiento de objetivos desde el inicio del año hasta el momento del corte. Existe una valoración por cada uno de los objetivos y un agregado por cada línea asistencial.

– En el apartado C, en cada uno de los objetivos pactados, se señala el grado de cumplimiento mes a mes, con códigos de colores, en función del cumplimiento del objetivo.

– En el apartado D, se muestran gráficos de tendencias de los objetivos asistenciales con mayor peso porcentual respecto al total de objetivos, con una comparación respecto al propio servicio y al resto de la actividad del propio centro.

– En el apartado E (comentarios), desde la Dirección Médica se señalan los cambios, positivos o no, con posible impacto en la consecución de los objetivos.

– En el apartado F constan los GRD, divididos en específicos o inespecíficos, con indicación de número de casos por los 5 GRD principales y su estancia media.

Discusión

A medida que las organizaciones pasan de un establecimiento jerárquico de relaciones a redes más horizontales, se depende de personas sobre las que no se ejerce más que un poder formal. Las responsabilidades se hacen compartidas, y los equipos y los directivos se necesitan mutuamente: se debe tomar decisiones conjuntamente. El papel de gestor de personas es clave como forma de compromiso. La evaluación sobre los logros que se van realizando, las deficiencias que se van detectando y las situaciones actuales que comprometen

futuros resultados no pueden reducirse a una evaluación anual. La comunicación continuada y el intercambio de opiniones y de propuestas de acción sobre lo que está pasando sirven para añadir responsabilidad mutua. En la llamada gestión del desempeño tienen que existir acuerdos previos, evaluación periódica y diálogo. No se necesita alguien externo que realice la evaluación; nadie es buen profesional si no se sabe evaluar, en primer lugar, a sí mismo y luego a otros iguales, en el mismo entorno; es imposible dirigir sin saber evaluar. Es necesario que quienes necesitan saber den ejemplo de cómo se hace y asuman un papel activo sobre qué necesitan saber, con qué periodicidad, con qué relación con la actividad asistencial y para qué. De ahí la utilidad de una herramienta como la mostrada, que sirve como punto de encuentro para la evaluación. La información facilitada debe ser significativa, clara, precisa, oportuna, completa, porque su sentido es el seguimiento de los planes de acción, no diseñar la estrategia. Los objetivos y los planes de acción necesitan una herramienta útil, no una ideal⁶. Mediante la difusión de la información y la participación en el diseño del CM, respondemos a la estrategia de promover la implicación y trasladar la gestión allí donde sucede lo importante. Otro aspecto es si las variables consideradas como relevantes lo son, efectivamente, para la misión del centro. Por ejemplo, la organización considera como relevante alcanzar determinados niveles de demora, valorando la accesibilidad como una dimensión importante de la calidad, pero no es menos cierto que la valoración de la efectividad mediante, por ejemplo, la adecuación de las intervenciones quirúrgicas permitiría poner en el foco de la organización la idea central: de nada vale lo que no es efectivo, independientemente de la demora. La seguridad es otra dimensión de primer orden y, sin embargo, no aparece reconocida como una línea específica. De ahí que no hay que olvidar que el CM está al servicio de la estrategia diseñada, no para (re)plantearla. Por ejemplo, si la gestión por procesos fuera una estrategia, tendría que existir un sistema de información previo⁷. De esta forma, el CM integral⁸ debería ser la evolución natural del proyecto si la estrategia también lo hace, buscando que la gestión⁹ clínica se transforme en clínica con gestión.

La labor previa de negociación de los objetivos fortalece la gestión y da sentido a esta herramienta. Para que un sistema de incentivación pueda tener algún futuro, necesita que todos sepan de forma clara cuáles son los objetivos y que sean medibles, alcanzables, importantes, retadores, concretos. No se trata de control de gestión, sino de la gestión del control, al igual que en la calidad y su gestión se trata de trasladar la información (la evaluación) allí donde sucede lo importante. Insistir en que lo importante es el problema y que hay que ser exquisito con las personas; mucha atención, por ello, a la necesaria autoestima de las personas (no mezclar resultados y competencias), que no se desacreditan por un mal resultado. Las evaluaciones tienen que servir también para descubrir nuevas exigencias y tendencias que habrá que afrontar. Contra lo que pueda parecer, nos gusta que nos evalúen, contrastar nuestro trabajo, pero con mucho cuidado en las formas, aunque se sea contundente en el fondo.

Los indicadores seleccionados son comunes a otros cuadros de mando⁴, aunque adolecen de aspectos como el seguimiento de los sucesos adversos⁶, indicadores más exhaustivos sobre prescripción farmacéutica y otros indicadores² con enorme sentido clínico (mortalidad potencialmente evitable, reintegros, etc.). No obstante, son de destacar las propuestas en el área de calidad tales como las líneas asistenciales conjuntas entre los servicios, la gestión de la utilización (valoración de la adecuación), la gestión de procesos con AP (criba de las interconsultas con el médico de AP, consultas de criba para sospechas diagnósticas de cáncer), algunas de las cuales se mencionan por vez primera entre acuerdos pactados con los servicios y las gerencias de los centros hospitalarios. No obstante, otros⁴ CM utilizaron metodologías más robustas y complejas o tienen¹⁰ como base para su diseño modelos como EFQM, aunque también el grupo de trabajo multidisciplinario se ha utilizado^{1,5} para la elaboración de CM.

Este CM tiene limitaciones fáciles de descubrir: no se facilita información económica (se necesita un mejor sistema de información en el centro). Hay muchos más datos disponibles en el centro que no se utilizan: demora de pacientes según prioridad, otros sistemas de información también disponibles (anatomía patológica, pruebas externas...). También, los objetivos corresponden a una parte del servicio porque no incluyen, entre otros, objetivos de enfermería (hay que volver a insistir en la necesidad de la estrategia previa que considere prioritaria una negociación conjunta). Un apartado que valoró el grupo fue el de quejas y reclamaciones como se ha utilizado en otros³ CM, pero se necesita un refinamiento del análisis. Otra limitación clave es que no hay referencias más que la propia organización (sorprende que, con las posibilidades tecnológicas, no exista una valoración *on-line* con hospitales homologables que daría potencia a la herramienta y robustez a las valoraciones). Así, utilizar como comparación el propio servicio y no la mejor práctica, utilizar indicadores de proceso en lugar de resultados, vuelve a invocar la necesidad de unos objetivos previos de la organización que respondan a su misión de ser el mejor de su entorno (no es posible responder a esa misión si no existen comparaciones¹¹ homologables).

Sin embargo, este trabajo muestra como fortaleza su elaboración e implantación, que supuso un cambio del flujo de información, al difundirse entre toda la organización y no quedar confinada⁵ a los responsables de mandos intermedios. Además, la evaluación numérica, en porcentaje de cumplimiento de objetivos, que se señala en el CM, permite descubrir oportunidades de mejora; de esta forma, las reuniones periódicas de evaluación de la situación entre los jefes de servicio, responsables de objetivos y la dirección médica utilizan como base este CM. Con carácter previo se solicita un informe que evalúe la situación de cada uno de los objetivos, las propuestas de mejora, los medios, el tiempo y los responsables de la implantación de las mejoras para lograr el objetivo.

No es una herramienta ideal; es un primer paso, clave para futuras modificaciones en la necesaria retroalimentación que reciben los implicados para trasladar la gestión allí donde sucede lo importante para cambiar el control de gestión por la gestión del control. Deberíamos, por ello, evaluar si es de utilidad para los facultativos, los canales para la modifica-

ción de indicadores y, en suma, hacer todavía más útil nuestro CM.

Agradecimientos

Agradecemos a Ángel García Sayas, del servicio de documentación clínica y control de gestión, su soporte técnico y de formato al documento.

Bibliografía

1. Servent RM. Diseño e implementación de un cuadro de mando en un Servicio de Cirugía de un Hospital Comarcal. *Todo Hosp.* 2004;205:168-75.
2. Sainz A, Martínez JR, García F, et al. Elaboración de un cuadro de mandos para la gestión clínica en un hospital. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19:5-10.
3. Montserrat D, Martínez JR, Alonso M, et al. Implementación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17:93-8.
4. Astier MP, De Val I, Gost J, et al. Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos. *Rev Admin Sanit.* 2004;2:485-507.
5. Ortiz J, Martínez JR, Alonso M, et al. Cuadro de mando para la gestión clínica en un servicio de medicina nuclear. *Rev Calidad Asistencial.* 2005;20:239-45.
6. Muslera E, Fernández P, Natal C. Cuadros de mando: breve historia de su "desempeño". *Rev Calidad Asistencial.* 2004; 19:38-44.
7. Carrascosa I, García MA, Romera P, et al. Desarrollo de un sistema de información de procesos asistenciales (SIPA) para la gestión compartida entre niveles de procesos. En: *Agenda de Calidad Sanitaria de Andalucía Premios 2003.* Sevilla: Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2004. p. 33-44.
8. Kaplan R, Norton D. *El cuadro de mando integral.* Barcelona: Gestión 2000; 1997.
9. Peiró S. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta.* Barcelona: Masson; 2005. p. 10-35.
10. Oteo Ochoa LA, Pérez G, Silva D. Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores EFQM de excelencia. *Gest Hosp.* 2002;13:9-25.
11. Peiró S, Casas M. Comparación de la actividad y resultados de los hospitales en España y perspectivas. En: Cabasés JM, Vilalba JR, Aíbar C, editores. *Informe SESPAS 2002: invertir para la salud, prioridades en salud pública.* Madrid: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002. p. 510-29.