

Enfoque: Gestión sanitaria (IV)

El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias

Josep Bisbe^{a,*} y Joan Barrubés^b

^a ESADE Business School, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

^b Antares Consulting, Barcelona, España

Historia del artículo:

On-line el 20 de agosto de 2012

Palabras clave:

Gestión

Estrategia

Medición de resultados

Cuadro de Mando Integral

Keywords:

Management

Strategy

Performance measurement

Balanced Scorecard

RESUMEN

El Cuadro de Mando Integral se ha propuesto en la literatura y se ha utilizado ampliamente en la práctica de gestión como un instrumento útil para ayudar a la implementación efectiva de la estrategia de una organización. Este artículo examina algunas de las contribuciones, los dilemas y las limitaciones más relevantes del Cuadro de Mando Integral en el contexto específico de las organizaciones sanitarias. En primer lugar, se describe la evolución del Cuadro de Mando Integral desde un sistema de medición multidimensional de resultados a un sistema de descripción de la estrategia que incorpora un mapa de secuencias causa-efecto, y se analiza su aplicabilidad al sector sanitario. También se evalúan diversos aspectos que son objeto de debate en la adopción del Cuadro de Mando Integral en el sector sanitario. Para ello, distinguimos entre aspectos relativos al diseño del Cuadro de Mando Integral y aspectos relativos a su uso. Las reflexiones aportadas indican que el Cuadro de Mando Integral tiene potencial para contribuir a una mejor implementación de la estrategia a partir de la medición y el seguimiento de resultados también en las organizaciones sanitarias, pero que su adopción efectiva requiere adaptar el instrumento genérico a las realidades específicas del sector.

© 2012 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations

ABSTRACT

Both prior literature and reported managerial practices have claimed that the Balanced Scorecard is a management tool that can help organizations to effectively implement strategies. In this article, we examine some of the contributions, dilemmas, and limitations of Balanced Scorecards in health care organizations. First, we describe the evolution of Balanced Scorecards from multidimensional performance measurement systems to causal representations of formulated strategies, and analyze the applicability of Balanced Scorecards in health care settings. Next, we discuss several issues under debate regarding Balanced Scorecard adoption in health care organizations. We distinguish between issues related to the design of Balanced Scorecards and those related to the use of these tools. We conclude that the Balanced Scorecard has the potential to contribute to the implementation of strategies through the strategically-oriented performance measurement systems embedded within it. However, effective adoption requires the adaptation of the generic instrument to the specific realities of health care organizations.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

© 2012 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Abreviaturas

CMI: Cuadro de Mando Integral

INTRODUCCIÓN

En un estudio reciente, Bohmer¹ identifica cuatro hábitos que distinguen a las organizaciones sanitarias más exitosas y que

obtienen mejores resultados: *a)* la planificación de objetivos y sus medios para alcanzarlos; *b)* el diseño de la organización, sus políticas y las infraestructuras físicas y tecnológicas; *c)* la medición y el seguimiento de resultados, y *d)* la revisión continua de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica disponible. Admitiendo la relevancia de todos y cada uno de estos hábitos, en este artículo nos proponemos abordar diversos aspectos relativos al tercero de estos puntos, la medición de resultados en las organizaciones sanitarias.

Nuestro punto de partida es que una adecuada formulación de la estrategia (planificación de objetivos), así como sus consiguientes implementación y evaluación (medición y seguimiento de resultados), es un factor crítico para el éxito durable de cualquier organización. A partir de esta premisa, el propósito de este artículo

* Autor para correspondencia: ESADE Business School, Universitat Ramon Llull, Avda. Pedralbes 60-62, 08034 Barcelona, España.

Correo electrónico: josep.bisbe@esade.edu (J. Bisbe).

es revisar las aportaciones de un instrumento de gestión particular, el Cuadro de Mando Integral (CMI) (en inglés, *Balanced Scorecard*) a la mejora de la gestión estratégica y, dentro de esta y en particular, mejores implementación y evaluación de la estrategia. Más específicamente, nos proponemos revisar las contribuciones, los dilemas y las limitaciones que aparecen alrededor de la adopción del CMI en las organizaciones sanitarias.

En la primera sección, introducimos la medición y el seguimiento de resultados como un aspecto clave en la gestión estratégica de las organizaciones sanitarias e identificamos el CMI como un instrumento potencialmente útil y frecuentemente utilizado con este propósito. Seguidamente, describimos las características básicas y la evolución del CMI y analizamos algunos de los aspectos que considerar al plantearse la adopción del CMI como instrumento de gestión en las organizaciones sanitarias. Para organizar la discusión, hemos distinguido entre aspectos relativos al diseño del CMI y aspectos relativos a su uso.

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESULTADOS COMO ASPECTO CLAVE EN LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

El interés por la gestión estratégica en los hospitales y organizaciones sanitarias no es reciente. Ya en los años ochenta, con la modernización del sistema sanitario, muchas organizaciones sanitarias empezaron a adoptar procesos formales de formulación de la estrategia. Este proceso alcanzó su máxima generalización a finales de los años noventa, cuando el antiguo Instituto Nacional de la Salud, bajo la dirección de Alberto Núñez Feijoo, realizó un plan estratégico corporativo y luego invitó a todos los hospitales públicos que lo conforman a realizar su propio plan estratégico. Este proceso es análogo al que se produjo en otros países, por ejemplo Francia, donde desde 1991 todo hospital público tiene la obligación legal de presentar un plan estratégico (*Projet d'établissement*) con un horizonte a 5 años².

Aunque la formulación de estrategias que se deriva de los ejercicios de planificación estratégica es uno de los factores clave en las organizaciones sanitarias con resultados superiores, este en sí mismo no es, por supuesto, un elemento suficiente para el éxito. De hecho, diversos estudios señalan que la mayor parte de las estrategias que fracasan no fallan por estar mal formuladas o planificadas, sino por estar mal implementadas³⁻⁵. En otras palabras, si está justificado que las organizaciones dediquen recursos y talento a una cuidadosa planificación estratégica, tan o más importante es que las organizaciones dediquen atención a asegurar que su ejecución y su implementación se llevan a cabo de manera adecuada. En este sentido, y al menos en organizaciones a partir de un tamaño y una complejidad mínimas, los sistemas formales de medición y seguimiento de resultados son fundamentales para guiar y poner a prueba dicha implementación⁶. De ahí que la medición y el seguimiento de resultados aparezca como uno de los cuatro hábitos o factores clave anteriormente citados.

A mediados de los años noventa, el CMI empezó a popularizarse como un instrumento de gestión con el potencial para abordar la medición y el seguimiento de resultados a partir de un enfoque novedoso y para contribuir efectivamente a una mejor implementación de la estrategia. Inicialmente desarrollado en entornos distintos que el sector sanitario, el CMI se extendió a este sector ya a partir de finales de los noventa^{7,8}. Más allá de las abundantes experiencias en centros individuales concretos, una de las experiencias internacionales pioneras en la utilización del CMI a gran escala es la que lideró la *Ontario Hospital Association* (Canadá). La *Ontario Hospital Association*, junto con el Ministerio Sanidad y Cuidados de Larga Duración, decidió adoptar el CMI como herramienta de evaluación del desempeño de los 89 hospitales

de la región. La primera edición de los CMI de los hospitales de Ontario se desarrolló en 1998⁹. Este primer informe presentaba indicadores de desempeño estructurados en cuatro áreas: a) gestión clínica y *outcomes*; b) percepción de los pacientes sobre el hospital; c) desempeño financiero, y d) integración de sistemas y cambio. En las primeras dos ediciones, la información se generaba sobre todo el hospital. A partir de 2001, los CMI empezaron a desarrollarse también para los servicios (urgencias, cuidados críticos, enfermería).

En los últimos años, también en el sector sanitario español se ha ido avanzando en la incorporación de sistemas de medición y desempeño dentro de la gestión estratégica. Actualmente, todos los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas han desarrollado sistemas de medición del desempeño basados en indicadores de costes, actividad y calidad¹⁰. Algunas de ellas han utilizado explícitamente el modelo del CMI con esta finalidad. En este sentido, cabe destacar dos experiencias relevantes, aunque no las únicas. En primer lugar, el Plan Estratégico de *Osakidetza* 2003-2007 fijaba como objetivo que todas las organizaciones de servicios de *Osakidetza* contaran con un plan estratégico y un CMI al final de ese periodo. Por su parte, la *Agència Valenciana de Salut*, constituida jurídicamente en 2005, presentó su primer plan estratégico en enero de 2006¹¹. Se incidía en diversos puntos: la participación de los profesionales en su elaboración, la adopción del CMI y el mapa estratégico como instrumentos para orientar el plan estratégico a la implantación y el seguimiento del desempeño, y la alineación entre la *Agència Valenciana de Salut* y los departamentos de salud mediante un proceso de derivación del plan estratégico a cada uno de los 22 departamentos de salud.

CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Diversos estudios efectuados en Europa y Norteamérica señalan que entre el 30 y el 60% de las organizaciones de tamaño mediano y grande han revisado de manera significativa sus sistemas de medición de resultados en estos últimos 10 años^{12,13}. Uno de los modelos más extendidos entre esta nueva generación de sistemas de medición de la actuación es el CMI. A título de ejemplo, un informe reciente de la consultora Bain¹⁴ indicaba que, sobre una muestra total de más de 1.200 grandes empresas, el 44% utiliza sistemas de medición del resultado tipo CMI o modelos similares.

Efectivamente, el propósito del CMI, tal como se propuso inicialmente, era abordar problemas relativos a la medición del desempeño de las organizaciones (fig. 1). Tal como resaltan los autores que desarrollaron el CMI, Kaplan y Norton, los sistemas tradicionales de medición de resultados presentes en una gran mayoría de las organizaciones habían venido haciendo hincapié, de forma exclusiva o casi exclusiva, en indicadores de tipo financiero. En los sectores concretos (como el sanitario) en que ya se utilizaban ampliamente indicadores de tipo no financiero a efectos de gestión operativa (o clínica), se producía una indeseable dicotomía entre la visión económica de los equipos gerenciales y la visión clínica de los profesionales, sin que los sistemas de medición contribuyeran efectivamente a integrarlas o tender puentes entre ambas visiones. Los problemas derivados de este tipo de sistemas tradicionales de medición de resultados son múltiples, aunque, a efectos de simplificación, se puede agruparlos en dos bloques. Por un lado, ya sea por el énfasis excesivo en indicadores financieros o por la falta de integración de los indicadores financieros con indicadores de otro tipo, los equipos directivos cuentan con poco apoyo de los sistemas de medición para guiar sus decisiones con una visión multidimensional e integrada. Los indicadores financieros son, por definición, indicadores rezagados que capturan el impacto de las decisiones tomadas, pero no las causas de fondo ni los inductores de esas consecuencias financieras ni, por lo tanto, las

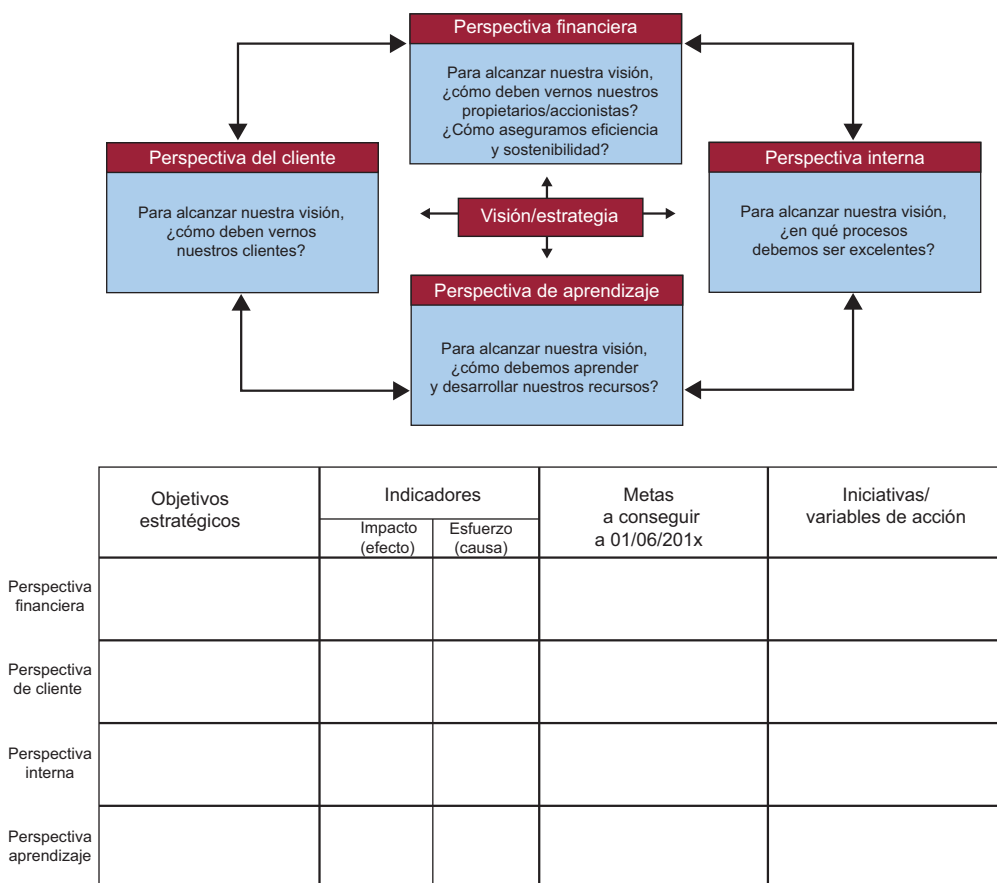


Figura 1. La formulación inicial del Cuadro de Mando Integral.

palancas que utilizar para orientarlos en la dirección deseada. Aun más, la ausencia de una integración efectiva entre indicadores de tipo financiero e indicadores de otro tipo proporciona señales equívocas respecto a la persistencia del éxito a largo plazo.

Por otro lado, los resultados financieros en exclusiva y una enumeración desestructurada de indicadores de diverso tipo no son suficientes para dar indicaciones efectivas al equipo directivo sobre hasta qué punto se está ejecutando adecuadamente la estrategia ni para orientar las acciones que tomar para efectivamente implementar dicha estrategia.

Por todo ello, las primeras generaciones del CMI se propusieron abrir nuevas vías a los sistemas de medición por medio de una combinación estructurada de métricas financieras y métricas no financieras con implicaciones estratégicas. Expresado en su forma más simple, un CMI se propone: a) identificar las distintas perspectivas clave que se necesitan para proporcionar una visión poliédrica del desempeño de una organización; b) identificar objetivos estratégicos para cada una de estas perspectivas, y c) a continuación (y sólo después de haber establecido previamente los objetivos estratégicos), seleccionar indicadores y metas para cada uno de estos objetivos (fig. 1).

Ciertamente, antes del CMI existían ya antecedentes de otros instrumentos de gestión que pretendían combinar indicadores financieros y no financieros (p. ej., *tableaux-de-bord* o cuadros de mando, etc.). En este sentido, podría argumentarse que las primeras generaciones del CMI no aportaban en sí mismas una novedad revolucionaria. No obstante, hay que reconocer que, pese a sus intenciones iniciales, la mayoría de esos antecedentes no habían conseguido sus propósitos: en la práctica, habían acabado inclinándose a favor de incluir indicadores relativos a una única dimensión. En los cuadros de mando tradicionales de muchas organizaciones, la tendencia fue en la línea de concentrarse en

indicadores exclusivamente financieros. En el caso del sector sanitario, los cuadros de mando tradicionales tendieron más bien a concentrarse en indicadores de actividad. Por otra parte, el despliegue de esquemas del tipo Dirección por Objetivos se tradujo en una atención en indicadores más operativos que estratégicos. En cualquier caso, ninguna de estas vías aportaba una verdadera combinación estructurada de métricas financieras y no financieras con implicaciones estratégicas.

¿Por qué el CMI evitó caer en la misma trampa? En primer lugar, porque el CMI parte de una reflexión explícita sobre cuáles son las distintas perspectivas que se necesitan para proporcionar una visión poliédrica de los resultados de la organización. En su formulación inicial, el CMI propone establecer objetivos e indicadores para cuatro perspectivas: a) financiera; b) clientes o usuarios; c) procesos internos, y d) aprendizaje y desarrollo de recursos. No obstante, el instrumento es flexible tanto en el número de perspectivas que se consideran como en las perspectivas concretas que se incorporan para representar determinada realidad organizativa. Una segunda razón por la que el CMI no cayó en los errores en que habían incurrido propuestas anteriores es acaso más obvia, pero no por ello menos efectiva: al proponer una pauta o plantilla que destaca gráficamente la presencia de las múltiples perspectivas (fig. 1), es menos probable que los directivos que diseñan o utilizan dicho instrumento limiten su elección a indicadores de una única dimensión.

En definitiva, la primera generación de CMI supuso una estructura para medir los resultados de manera multidimensional sobre la base de la integración de indicadores financieros y no financieros, y destacó las ventajas de esta propuesta frente a las baterías de indicadores exclusivamente financieros, de actividad o muy operativos o frente a las meras enumeraciones de indicadores sin estructura alguna.

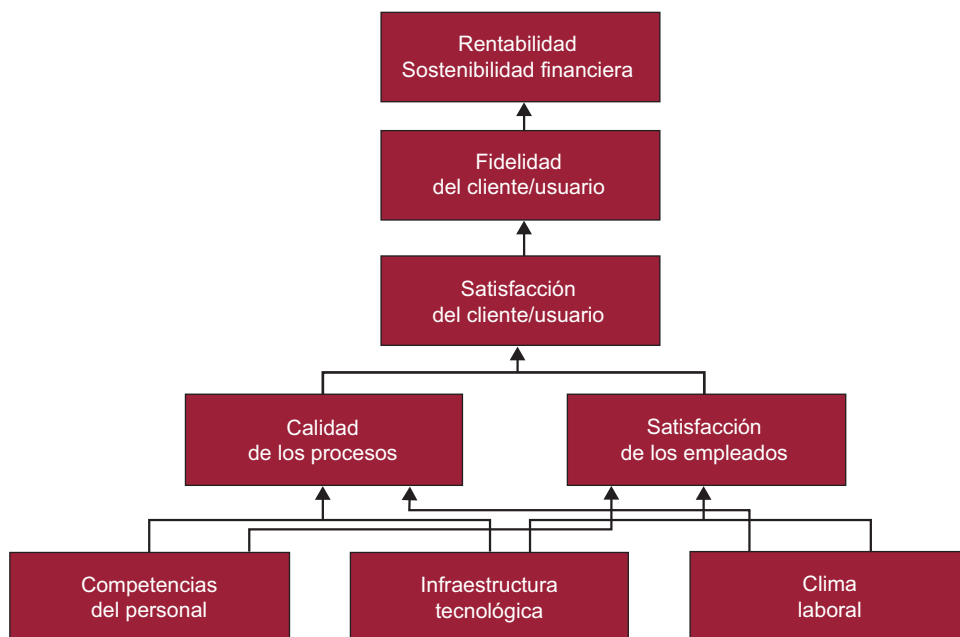


Figura 2. Ejemplo básico de mapa estratégico.

A medida que desarrollaron sus propuestas, Kaplan y Norton se dieron cuenta de que, pese a mejorar cualitativamente los sistemas de medición de resultados, las primeras generaciones de CMI no acababan de garantizar que los indicadores elegidos fueran realmente los inductores del éxito de una organización ni que las estrategias acabaran implementándose. En este sentido, hicieron evolucionar su modelo en la línea de proponer que, a la hora de construir un CMI, el punto de partida no fuera ni la selección de objetivos ni la selección de nuevas métricas (por supuesto, tampoco la mera clasificación de las métricas ya existentes en una serie de perspectivas). Por el contrario, según proponen Kaplan y Norton para la segunda generación de CMI, el punto de partida debe consistir en una descripción «narrada» de la estrategia, expresada en términos muy concretos. Así, Kaplan y Norton apuntan que el esquema de clasificación de los objetivos estratégicos en forma de perspectivas (p. ej., financiera, de clientes, de procesos, de aprendizaje) debería ayudar a identificar las relaciones causales entre objetivos y, en definitiva, permitir la representación gráfica eficaz de la estrategia. Por este motivo, los mapas estratégicos se convierten en una pieza básica de la segunda generación de CMI (fig. 2). Un mapa estratégico es una representación gráfica, muy visual, que describe de manera lógica la estrategia de una organización y cómo se llevará a cabo mediante una serie de relaciones causa-efecto entre objetivos y relaciona, por ejemplo, el desarrollo de los recursos (personas, tecnologías, sistemas de información, etc.) con la calidad de los procesos internos o la intensidad de la innovación con el portafolio de productos o servicios, y así hasta vincular los distintos objetivos con los resultados finales o los efectos buscados. Los mapas estratégicos son, pues, la base sobre la que se construyen los CMI de segunda generación (aunque, lógicamente, la concreción de indicadores conlleva a menudo la revisión posterior del mapa estratégico). Dicho de otro modo, los CMI de segunda generación tienen como misión aportar los indicadores pertinentes para medir los objetivos descritos en el mapa estratégico. Los indicadores se escogen únicamente a partir de la definición previa de los objetivos estratégicos por conseguir tal como se han derivado del mapa estratégico.

En definitiva, en las primeras versiones del CMI primaba la idea de medición multidimensional de la actuación empresarial, mientras que después, con la introducción de los mapas

estratégicos, el enfoque evolucionó en la segunda generación de CMI hacia la descripción o narración de la estrategia.

DISEÑO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

El uso del CMI en las organizaciones sanitarias ha ido generalizándose en la última década. El primer artículo de Kaplan y Norton sobre el CMI se publicó en 1992¹⁵, y el primer artículo específico sobre el CMI en el sector sanitario data de 1994¹⁶. No obstante, como ya se ha apuntado, no es hasta finales de los noventa e inicios de nuestro siglo cuando empieza a generalizarse claramente en el sector sanitario. En España, aparecen en 2002 los primeros artículos publicados sobre la implantación del CMI en el sector sanitario¹⁷. En un estudio reciente¹⁸ sobre el grado de uso del CMI en los hospitales públicos en España, basado en una encuesta sobre 218 hospitales, se ha constatado que el grado de utilización es pequeño. De acuerdo con dicho estudio, el 28% de los hospitales encuestados no utilizan el CMI, y en el 52% de ellos su grado de utilización aún es escaso. Según ese trabajo, los directivos más jóvenes y con menos antigüedad son más propensos a utilizar el CMI, y para ellos su uso se relaciona positivamente con la implantación de estrategias centradas tanto en el control de gasto sanitario como en una mayor flexibilidad en la gestión.

Junto al reconocimiento de la progresiva difusión del CMI en el sector en estos últimos años, es de resaltar que, en su traslación al ámbito de la gestión sanitaria, las experiencias reales de aplicaciones del CMI han mostrado la necesidad de adaptar el instrumento genérico a las realidades del sector y las realidades particulares de cada organización. Afortunadamente, el CMI es un instrumento suficientemente flexible que permite acomodar variaciones para ajustarse a cada realidad estratégica. No obstante, y más allá de los inevitables aspectos específicos que aparecen al poner en marcha cualquier proyecto concreto de CMI, queremos subrayar en este artículo algunos desafíos o dilemas que con frecuencia aparecen al plantearse implantar un CMI en una organización sanitaria. Distinguimos aquí entre los aspectos relativos al diseño del CMI y los relativos al uso del CMI una vez diseñado.

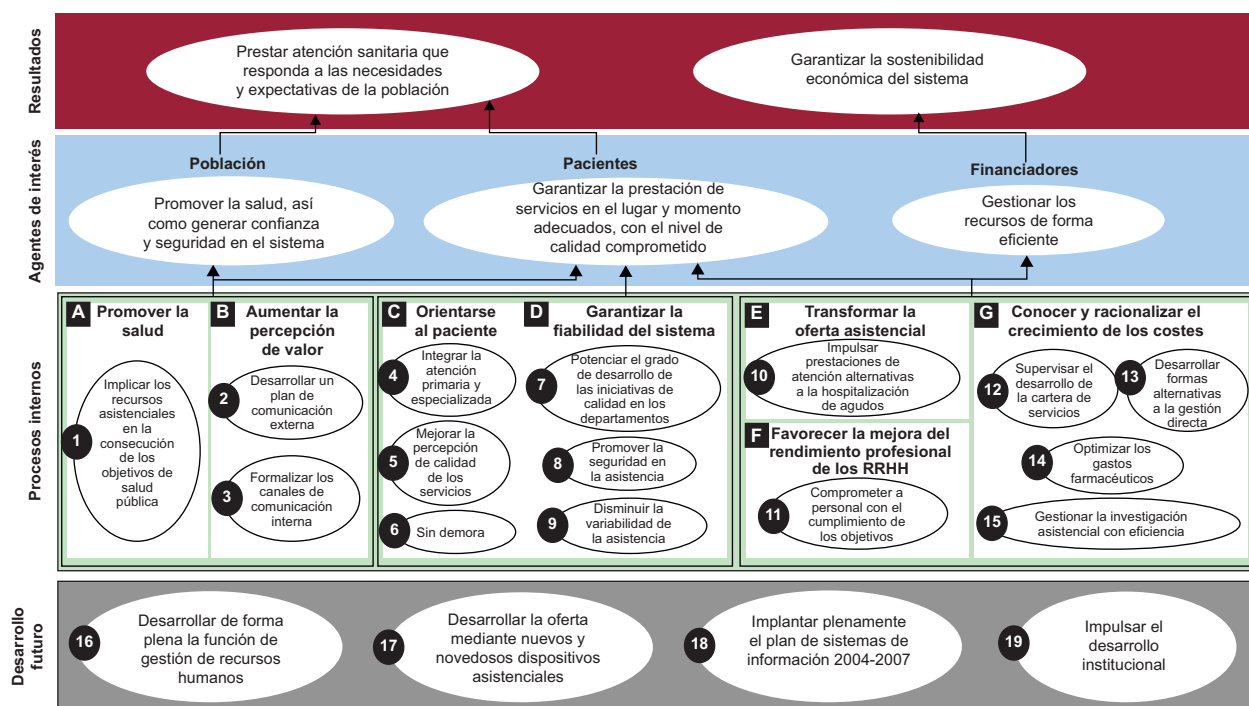


Figura 3. Ejemplo de un mapa estratégico con la perspectiva financiera modificada por resultados y la perspectiva de clientes, por agentes de interés. RRHH: recursos humanos.

¿Qué perspectivas considerar?

En el estudio antes citado sobre la adopción del CMI en el sector sanitario español, se constata que, aunque en la mayoría de las experiencias se citan las cuatro perspectivas clásicas del CMI, la mayoría de los directivos «echan en falta una mayor adecuación de esta herramienta de gestión a las especificidades propias del entorno hospitalario»¹⁸. En el caso de las organizaciones que han tenido en cuenta estas especificidades al diseñar su CMI, a menudo se han adoptado variaciones para adaptar el tratamiento de la perspectiva financiera clásica a la idiosincrasia de las organizaciones sanitarias públicas o sin ánimo de lucro.

Una variación frecuentemente utilizada de este enfoque consiste en ampliar el perímetro de la perspectiva financiera, que pasa de estar restringida a «resultados económicos-financieros» a comprender «resultados de la organización» en un sentido más amplio, de forma que en ella se puedan incluir dos subáreas: por una parte, los resultados económicos y, por otra, los resultados en mejora de la salud de la población. También en algunos casos se ha ampliado la perspectiva de cliente hacia otros *stakeholders* o agentes de interés, debido a la pertenencia del hospital a una red pública de servicios (fig. 3).

Otras adaptaciones han ido en la línea de incluir nuevas perspectivas^{19,20}. Así, algunas organizaciones han incorporado una quinta perspectiva relativa a *clinical outcomes*. En otras experiencias, se ha sustituido alguna de las cuatro perspectivas de la formulación inicial del CMI (caso del *hospital report* de la *Ontario Hospital Association* antes citado, donde la perspectiva gestión clínica y *outcomes* sustituyó a la perspectiva de procesos).

¿Cuadro de Mando Integral con o sin mapa estratégico?

Hemos mencionado ya que en la primera generación de CMI hay equilibrio entre perspectivas, y en este sentido su planteamiento recuerda, en cierta forma, a un enfoque de satisfacción de *stakeholders* (fig. 1). Ninguna perspectiva predomina sobre las demás, y es del equilibrio entre todas ellas de lo que resulta un

retrato poliédrico que posibilita la toma de decisiones, así como la medición y el seguimiento de la creación de valor a largo plazo. Es interesante observar que el enfoque equilibrado de satisfacción de distintas perspectivas que caracterizaba la primera generación de CMI da paso, en la segunda generación, a un enfoque que establece una jerarquía entre perspectivas, tal como queda representado en el mapa estratégico: algunas perspectivas son un medio para conseguir el éxito en otra(s) perspectiva(s) que representa(n) la finalidad última de la empresa (figs. 2 y 3).

Cada organización concreta debe valorar cuál de estos dos enfoques se adecúa mejor a su realidad. Es importante tener presente que el hecho de que el modelo CMI haya evolucionado en la dirección de incorporar mapas estratégicos no significa necesariamente que toda organización que adopta un CMI tenga que adoptar un CMI de segunda generación con mapa estratégico incorporado. Ciertamente, hay fuertes argumentos a favor de dicha incorporación. Algunas organizaciones interpretan que la jerarquía que aportan los modelos de segunda generación las ayuda a representar su modelo de actividad de una manera más efectiva, a razonar la elección de indicadores y objetivos y a ponderar más fácilmente las implicaciones de las decisiones y acciones a lo largo del mapa. No obstante, puede que otras organizaciones se sientan más cómodas con un formato que no establezca jerarquías y, por lo tanto, prefieran trabajar con modelos de primera generación (fig. 1). Ello es especialmente probable en los casos en que las relaciones causa-efecto entre objetivos no son simples ni unidireccionales (es decir, siempre en un mismo sentido: de perspectivas-medio a perspectivas-finalidad), sino cíclicas y multidireccionales, y comportan conflictos y compromisos, así como en aquellos en que no hay una perspectiva o *stakeholder* que sea prioritario frente a los demás.

¿Cómo ordenar las perspectivas?

Suponiendo que sí se incorpora un mapa causal al CMI, ¿cuál es el «orden» adecuado para organizar las perspectivas? En la

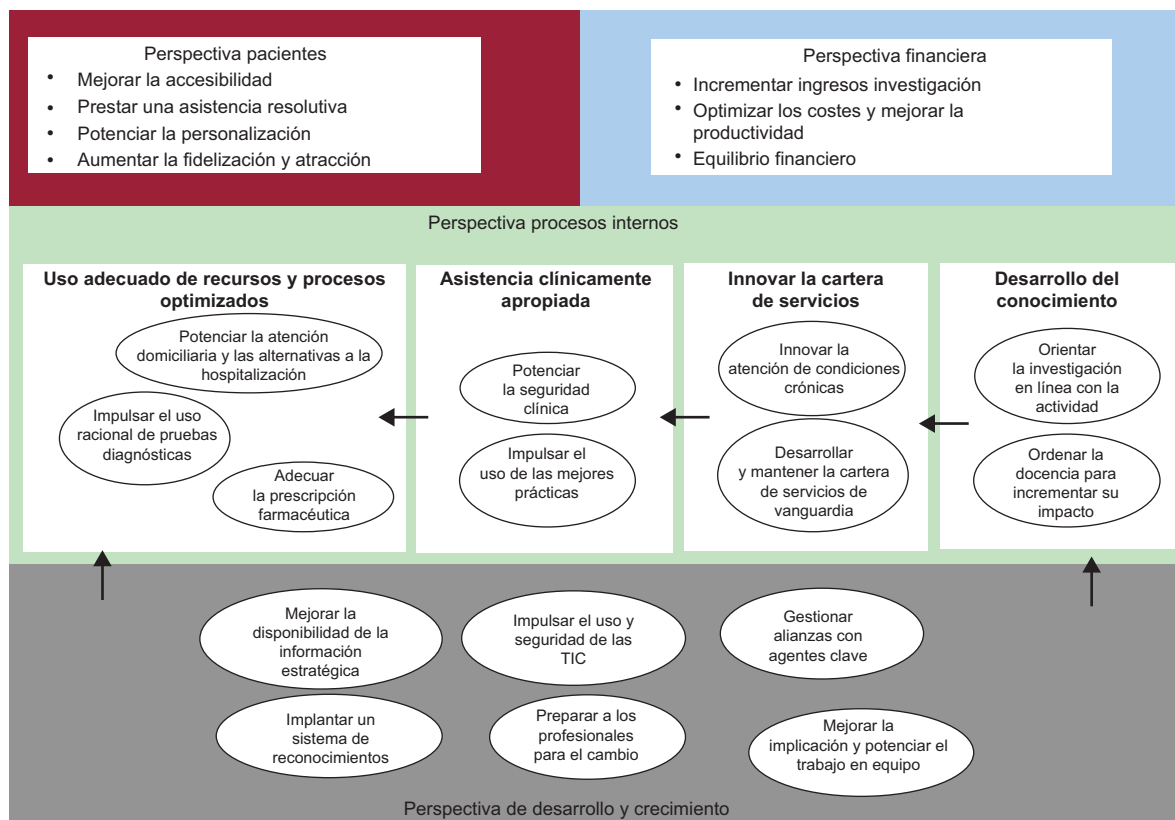


Figura 4. Ejemplo de mapa estratégico con las perspectiva financiera y clientes al mismo nivel. TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

formulación inicial, la ordenación habitual es (de abajo arriba) aprendizaje y crecimiento; procesos internos; clientes y, finalmente, resultados financieros (fig. 2), lo que, por lo tanto, indica que las cadenas causa-efecto van predominantemente en ese sentido. En las primeras experiencias de adopción del CMI en organizaciones sanitarias, frecuentemente se dio por buena esta secuencia. Sin embargo, en las organizaciones sanitarias, y especialmente en el sector público, se ha ido extendiendo cierta razonable resistencia a situar la perspectiva financiera en la cúspide del mapa estratégico. Que una perspectiva esté situada en la cúspide de un mapa estratégico significa, en definitiva, que los objetivos vinculados a esa perspectiva son la finalidad última de la organización (y los objetivos vinculados a otras perspectivas, sólo un medio para ello). Por eso, en algunas versiones recientes de mapa estratégico, se sitúa la perspectiva clientes y la perspectiva financiera al mismo nivel en la cúspide del mapa estratégico, en el mismo plan de importancia (fig. 4). Alternativamente, algunas organizaciones han optado por incluir una quinta perspectiva referida a la misión y el propósito de la organización, que queda situada por encima de la perspectiva financiera, con el fin de explicitar así que los resultados financieros contribuyen a alcanzar la razón de ser final de la organización.

Otros modelos de mapa estratégico en hospitales públicos proponen situar la perspectiva financiera en la base del mapa estratégico. La idea subyacente es que los recursos económicos financieros permiten invertir en capacidades y crecimiento (atraer talento, realizar investigación e innovación, formar a profesionales, inversión, etc.), lo que redundará en mejores procesos internos y, finalmente, mejores resultados para los clientes. En este sentido, el caso de la *Saint Mary's Duluth Clinic* en Minnesota es interesante. Fue una de las instituciones sanitarias pioneras en utilizar el CMI, pues lo adoptó ya en 1999. Desde entonces, cada año ha ido actualizado su CMI, y en 2006 decidió situar la perspectiva financiera en la base del mapa estratégico, como se muestra en la figura 5.

Cada mapa estratégico y cada CMI son únicos, y ambos reflejan la idiosincrasia y el enfoque estratégico particular de cada organización. Es imposible, pues, proponer un formato de mapa estratégico, una secuencia causa-efecto o un CMI con validez general. Así, al plantearse la adopción de un CMI, los equipos directivos no deben buscar en dicho instrumento una respuesta predeterminada, sino más bien un esquema que ayude a representar de manera explícita un mapa mental compartido por el equipo directivo sobre cuál es el modelo de negocio o de actividad de su organización específica.

USO DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Además de los aspectos señalados relativos al diseño del CMI para que se adecúe a su realidad específica, las organizaciones sanitarias se enfrentan a otros dilemas y desafíos relacionados con el uso del instrumento.

¿Por dónde empezar?

La formulación de la estrategia de la organización debe ser impulsada por la alta dirección²¹ y dicha estrategia debería ser declinada de forma coherente por cada nivel de organización: de la estrategia corporativa (el conjunto de la organización) a la estrategia de las unidades (servicios o unidades de gestión clínica), tal y como se señala en el artículo sobre planificación estratégica de esta serie²². Puesto que uno de los propósitos del CMI es ayudar a la implementación de la estrategia, no sorprende que en general se considere que el punto de partida lógico para desarrollar un CMI en una organización sea precisamente el nivel de la alta dirección. Si la alta dirección es la que fija la estrategia, ahí sería donde debe

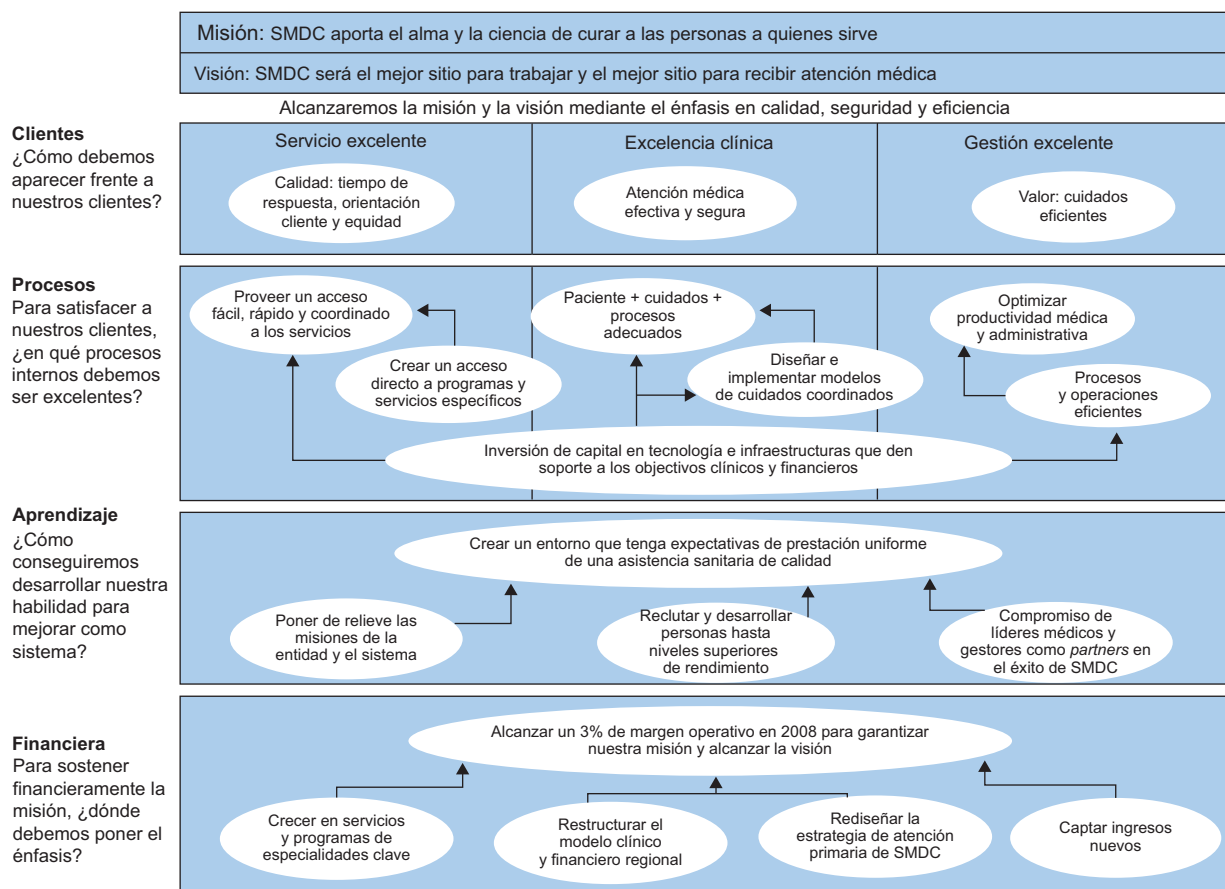


Figura 5. Cuadro de Mando Integral de la Saint Mary's Duluth Clinic. SMDC: Saint Mary's Duluth Clinic.

empezar a desplegarse el CMI. De acuerdo con la lógica del CMI, a partir de ahí y en un proceso de cascada ulterior, los objetivos estratégicos al más alto nivel va declinandose hacia los objetivos estratégicos de las subunidades o servicios de nivel inmediatamente inferior, y así sucesivamente. En consecuencia, los mapas estratégicos y los CMI se trasladan desde la alta dirección hacia los mapas estratégicos y los CMI de los niveles que reportan a la alta dirección, de forma que se garantice la alineación entre todos esos mapas y entre todos esos CMI. A medida que los mapas estratégicos y los CMI contribuyen a mejorar la alineación entre unidades, dichas herramientas dejan de ser meros instrumentos para medir desempeño o para describir la estrategia y se convierten en factores clave de ayuda a la implementación de la estrategia en las subunidades o servicios.

La cuestión aquí es hasta qué punto es razonable esperar que esta secuencia jerárquica de desarrollo de los CMI de arriba abajo sea aplicable de universalmente. ¿Puedo desarrollar el CMI del servicio de cardiología si no conozco el CMI del hospital? (lo cual a menudo va asociado a una pregunta previa: ¿cómo formular e implementar la estrategia del servicio de cardiología si no conozco la estrategia del hospital?). En algunas circunstancias, este cuello de botella se puede resolver con mejor comunicación. En el supuesto de que sí exista un CMI o una estrategia para el hospital no conocida por el responsable del servicio, es fundamental que se le informe del contenido de ese CMI (o esa estrategia) para poder proseguir con el proceso de cascada del CMI de arriba abajo. ¿Pero y si no hay un CMI para el hospital? ¿Y si no hay una estrategia formulada para el hospital? En ese caso, ¿puede tener sentido empezar el proyecto de desarrollo de CMI en una organización en el nivel de servicio? O más en general, ¿puede tener sentido empezar el proyecto de

desarrollo de CMI en el nivel de las subunidades en vez de la alta dirección?

En este sentido, nuestra postura es recomendar el inicio del CMI al nivel más alto de la organización donde haya una estrategia definida y explícitamente formulada, y a partir de ahí ir derivando en cascada los CMI de los niveles inferiores en la estructura organizativa. Ello significa que, si en los niveles superiores se careciera de una estrategia explícitamente formulada y en cambio sí se dispusiera de ella en un nivel inferior, podría tener sentido iniciar la adopción del CMI en ese nivel inferior. Un caso distinto se produce cuando el nivel superior dispone de una estrategia explícitamente formulada pero no expresa ninguna voluntad de implantar un CMI. En ese contexto, y en la medida en que la estrategia del nivel inferior se haya formulado en línea con la del nivel superior, también puede ser razonable tomar la iniciativa de adoptar el CMI en el nivel inferior. Una variación de esta situación se da cuando la alta dirección propone a alguna subunidad que actúe como centro piloto para evaluar la experiencia de adopción del CMI, aprender de ella y, en su caso, extenderla después al resto de la organización. En cualquier caso, es importante que la alta dirección sea conocedora de las iniciativas de adopción de CMI que se estén llevando a cabo en los niveles inferiores, para evitar que algunas subunidades pudieran acabar siendo muy efectivas implementando unas estrategias de subunidad que en realidad no estuvieran en línea con la estrategia general.

¿Con qué finalidades usar el Cuadro de Mando Integral?

Al igual que ocurre con cualquier otro sistema de medición de resultados, un CMI se puede usar para múltiples finalidades.

Tabla

Ejemplos de indicadores de la perspectiva de clientes

Área de objetivos	Ejemplos de indicadores
Seguridad del paciente	Infección nosocomial
	Bacteriemia relacionada con catéter central en UCI
	Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgico
Resultados en salud	Número de eventos adversos notificados
	Tasa de mortalidad ajustada por riesgo (IAM, etc.)
	Porcentaje de pacientes con IAM y angiografía coronaria
	Porcentaje de pacientes con control de la presión arterial
Accesibilidad	Tasa de mortalidad por causa cardiovascular
	Tiempo medio de primera consulta
	Tiempo de citación para pruebas complementarias
	Demora media en días de la lista de espera quirúrgica
	Intervalo diagnóstico-terapéutico

IAM: infarto agudo de miocardio; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Algunas de ellas persiguen facilitar la toma de decisiones a los directivos, ya sea individualmente o como equipo. Funciones como planificar, centrar la atención directiva, detectar señales de alarma u oportunidades, dar seguimiento a la toma de acciones correctoras, etc., encajarían dentro de este primer grupo. Un segundo grupo de finalidades tiene que ver con la voluntad de asegurar la congruencia de objetivos entre niveles directivos. Dentro de este grupo, encontramos aspectos como la rendición de cuentas, la evaluación o los sistemas de incentivos.

A menudo, tanto en la literatura como en las aplicaciones reales, se plantea que, en presencia de un CMI, este se debe utilizar para perseguir ambas finalidades simultáneamente. En primera instancia, parece lógico que si un CMI se utiliza para planificar y para facilitar la toma de decisiones, su uso se extienda hasta la fijación de metas y que la evaluación y la compensación de los directivos se determinen según el grado en que los directivos responsables hayan conseguido dichas metas.

No obstante, esta premisa no debería ser aceptada automáticamente. Aunque la utilización del CMI a efectos de congruencia de objetivos de los directivos (incluidas evaluación y compensación) puede tener un impacto positivo en la motivación de los directivos para alcanzar mejores resultados, es importante tener en cuenta que, si además de utilizar al CMI para facilitar la toma de decisiones se utiliza también como base para la evaluación y la compensación, se puede estar dando pie a la aparición de comportamientos oportunistas o a que se fijen metas excesivamente ambiciosas, voluntaristas o, por el contrario, fácilmente alcanzables y, por lo tanto, sesgadas a la baja o al alza según la información privada de alguna de las partes. De ser así, al incorporar estas situaciones deliberadamente sesgadas por una o varias de las partes como metas que se va a tener en cuenta para la evaluación y la fijación de objetivos, la primera finalidad del sistema de medición (esto es, facilitar la toma de decisiones a partir de un escenario realista) podría quedar menoscabada. A la hora de implantar un CMI, toda organización debe valorar la relevancia de estas consideraciones en su contexto particular. En cualquier caso, es importante tener presente que, aunque un CMI puede utilizarse tanto para facilitar la toma de decisiones como para tener una base para evaluar y fijar incentivos, se debe distinguir entre ambas finalidades, y no es estrictamente necesario que se activen las dos simultáneamente.

¿Qué indicadores considerar?

Puesto que la medición del desempeño es una finalidad consustancial al CMI, es fundamental usar los indicadores apropiados. Para ello, el CMI debe ser especialmente sensible a dos cuestiones: pertinencia y disponibilidad de los indicadores.

La pertinencia de un indicador tiene que ver con distintas cuestiones: ¿es sensible y específico para medir el desempeño?, ¿qué entendemos por desempeño en cualquiera de las perspectivas utilizadas?, ¿existe una visión común y compartida entre clínicos y gestores sobre cuáles son los indicadores más relevantes? A menudo existen visiones distintas y/o contrapuestas sobre la noción de desempeño entre clínicos y gestores. Estas distintas visiones se manifiestan especialmente en los indicadores de la perspectiva financiera y la perspectiva de los clientes. En este sentido, probablemente deberían perder protagonismo algunos indicadores estrictamente financieros (tasa de endeudamiento, tasa de cobertura de la deuda, etc.) y, por el contrario, deberían ganar protagonismo los indicadores médico-económicos basados en la explotación del conjunto mínimo básico de datos: estancia media ajustada por complejidad de casos, coste por caso ajustado por complejidad, gasto farmacéutico, etc., así como los indicadores de coste-efectividad.

Asimismo, en la perspectiva de clientes es recomendable valorar la pertinencia de indicadores más allá de los relativos a satisfacción y orientación a cliente, a fin de incorporar indicadores de resultados en salud, calidad, seguridad del paciente y accesibilidad. La **tabla** presenta algunos ejemplos de indicadores de la perspectiva de clientes.

CONCLUSIONES

Buena parte de las estrategias que fracasan en las organizaciones, incluidas las sanitarias, no fracasan por estar mal formuladas, sino por estar mal implementadas. Puesto que la implementación de la estrategia es un factor crítico para el éxito perdurable de cualquier organización, el estudio de la aplicabilidad de instrumentos concretos de gestión que puedan ayudar en este sentido es de gran interés.

En este artículo, se han revisado algunas de las contribuciones, los dilemas y las limitaciones más relevantes de un instrumento de gestión particular, el CMI, a efectos de implementar y evaluar mejor la estrategia en las organizaciones sanitarias. En su formulación inicial, el CMI fue concebido como un instrumento de medición multidimensional, construido sobre la base de la integración de indicadores financieros y no financieros. Esta propuesta presentaba ventajas sobre las baterías de indicadores exclusivamente financieros, de actividad o muy operativos o frente a las meras enumeraciones de indicadores sin estructura alguna que solían ser objeto de los cuadros de mando tradicionales. Posteriormente, el CMI evolucionó para incorporar un mapa estratégico, es decir, un mapa mental compartido sobre cuál es la secuencia causa-efecto que representa el modelo de actividad de la organización.

Al plantearse la adopción del CMI como instrumento de gestión en las organizaciones sanitarias, es imprescindible tener en cuenta las especificidades del sector. En este sentido, en este artículo se distingue entre los aspectos relativos al diseño del CMI y los relativos a su uso. Respecto al diseño, se aportan elementos para abordar tres dilemas clave: a) qué perspectivas considerar; b) cuáles son las implicaciones de incorporar un mapa estratégico, y c) cómo ordenar las perspectivas en una secuencia causa-efecto. Finalmente se propone una serie de reflexiones relativas al uso del CMI en las organizaciones sanitarias: en qué nivel organizativo iniciar la adopción del CMI, la distinción entre el uso del CMI para

facilitar la toma de decisiones y para establecer incentivos, y qué indicadores utilizar.

En su traslación al ámbito de la gestión sanitaria, tanto los desarrollos teóricos como las experiencias reales de aplicaciones del CMI han mostrado la necesidad de adaptar el instrumento genérico a las realidades del sector y las realidades particulares de cada organización. Afortunadamente, con esta necesidad de adaptación en mente, el CMI se revela como un instrumento suficientemente flexible que permite acomodar variaciones para ajustarse a cada realidad estratégica. De esta forma, el CMI puede contribuir efectivamente a una mejor implementación de la estrategia a partir de la medición y el seguimiento de resultados también en las organizaciones sanitarias.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohmer RMJ. The four habits of high-value health care organizations. *N Engl J Med*. 2011;365:2045–7.
2. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
3. Charan R, Colvin G. Why CEO's fail. *Fortune*. 1999;12:30–7.
4. Hrebiniak LG. Making strategy work: Leading effective execution and change. Nueva Jersey: Wharton School Publishing; 2005. p. 1–29.
5. Sterling J. Translating strategy into effective implementation. *Strategy & Leadership*. 2003;31:27–34.
6. Chenhall RH. Theorizing contingencies in management control systems research. En: Chapman CS, Hopwood AG, Shields MD, editores. *Handbook of management accounting research*, Vol. 1. Amsterdam: Elsevier; 2007. p. 163–206.
7. Chow CW, Ganulin D, Teknika O, Haddad K, Williamson J. The Balanced Scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *J Healthc Manag*. 1998;43:263–80.
8. Pink GH, McKillop I, Schraa EG, Preyra C, Montgomery C, Baker GR. Creating a balanced scorecard for hospital systems. *J Health Care Finance*. 2001;27:1–20.
9. The hospital report 1998: a system-wide review of Ontario's hospitals. Toronto: Ontario Hospital Association; 1998.
10. Martín JJ, Puerto M. La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias. *Presupuesto y Gasto Público*. 2007;49:139–61.
11. Cervera M. La Agencia Valenciana de Salud. *Rev Adm Sanit*. 2006;4:33–54.
12. Neely A. *Business performance measurement*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
13. Micheli P, Manzoni JF. Strategic performance measurement systems: benefits, limitations and paradoxes. *Long Range Planning*. 2010;43:465–76.
14. Bain & Company. *Management Tools 2011*. Disponible en: http://www.bain.com/Images/Bain_Management_Tools_2011.pdf
15. Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard—measures that drive performance. *Harv Bus Rev*. 1992;69:71–9.
16. Griffith JR. Reengineering healthcare: management systems for survivors. *Hosp Health Serv Adm*. 1994;39:451–70.
17. González Sánchez MB, López-Valeiras Sampedro E, Gómez Conde J. El cuadro de mando integral en el sector sanitario español: una revisión analítica de la literatura. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*. 2011;9:17.
18. Naranjo D. El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gac Sanit*. 2010;24:220–4.
19. Zelman WZ, Pink GH, Matthias CB. Use of the balanced scorecard in health care. *J Health Care Finance*. 2003;29:1–16.
20. Santiago JM. Use of the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatr Serv*. 1999;50:1571–6.
21. Kotter JP. What leaders really do. *Harv Bus Rev*. 1990;68:103–11.
22. Rodríguez Perera FDP, Peiró M. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:749–54.