

× IR búsqueda avanzada			
×		×	
×		×	
Lunes 1 Enero 2007. Volumen 21 - Número 01 p. 60 - 65			
Originales breves			
El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública			
Joan Villalbí^a Joan Guix^a Conrad Casas^a Carme Borrell^a Júlia Duran^a Lucía Artazcoz^a Esteve Camprubí^a Meritxell Cusí^a Pau Rodríguez-Montuquín^a Josep M Armengol^a Guy Jiménez^a			
^a<i>Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España; Proman Consulting.</i>			
Objetivos: El Cuadro de Mando Integral (CMI, o <i>Balanced Scorecard</i>) es un instrumento para la planificación estratégica de las empresas. Adoptamos su uso en una organización de salud pública para alinear la práctica cotidiana de la dirección con los objetivos más estratégicos.			
Métodos: Nuestro equipo directivo requirió de discusiones con apoyo externo para clarificar los conceptos subyacentes en el CMI, adaptarlos a una organización sanitaria pública distinta del medio empresarial para el que se diseñó inicialmente y adoptarlo como instrumento de dirección. Esto llevó a la construcción de un CMI por el Comité de Dirección en el año 2002, a la posterior evaluación y a su reformulación periódica. Además, se han formulado CMI de segundo nivel para diversas direcciones y servicios de la organización.			
La adopción del CMI por el equipo directivo comportó un esfuerzo previo de clarificación sobre quiénes son los accionistas y los clientes de una organización pública como la nuestra. También llevó a realizar un análisis de la actividad realizada y de su producción, así como un modelo de procesos. Aunque es difícil atribuir determinados cambios a una causa concreta, creemos que diversas mejoras de gestión introducidas se pueden relacionar, al menos parcialmente, con su uso.			
Conclusión: El uso sistemático del CMI ha permitido cohesionar mejor el equipo de dirección y el conjunto de la organización, e impregnar la gestión cotidiana con los objetivos más estratégicos. La organización ha integrado mejor los elementos relacionados con sus clientes, ha iniciado acciones para mejorar los procesos internos transversales más complejos, y ha desarrollado de manera más sistemática y general los elementos orientados al crecimiento y desarrollo de sus cuadros y de todo el personal. Al mismo tiempo, los directivos han pasado a tener más presentes las necesidades de las administraciones titulares de la agencia que conforman sus órganos de gobierno.			
Palabras clave: Cuadro de Mando Integral. Gestión. Evaluación.			

Resumen

Descargar PDF

Guardar en área personal

Buscar en medline artículos de:

[Joan Villalbí](#)
[Joan Guix](#)
[Conrad Casas](#)
[Carme Borrell](#)
[Júlia Duran](#)
[Lucía Artazcoz](#)
[Esteve Camprubí](#)
[Meritxell Cusí](#)
[Pau Rodríguez-Montuquín](#)
[Josep M Armengol](#)
[Guy Jiménez](#)

Buscar:

IR

☒ en Gaceta Sanitaria
☐ en Vol. 21, Núm. 01
☐ [Búsqueda avanzada](#)

The Balanced Scorecard as a management tool in a public health organization

Objective: The Balanced Scorecard is a tool for strategic planning in business. We present our experience after introducing this instrument in a public health agency to align daily management practice with strategic objectives.

Methods: Our management team required deep discussions with external support to clarify the concepts behind the Balanced Scorecard, adapt them to a public organization in the health field distinct from the business sector in which the Balanced Scorecard was designed, and adopt this instrument as a management tool. This process led to definition of the Balanced Scorecard by our Management Committee in 2002, the subsequent evaluation of the degree to which its objectives had been reached, and its periodic redefinition. In addition, second-level Balanced Scorecards were defined for different divisions and services within the agency.

The adoption of the Balanced Scorecard by the management team required prior effort to clarify who are the stockholders and who are the clients of a public health organization. The agency's activity and production were also analyzed and a key processes model was defined. Although it is hard to attribute specific changes to a single cause, we believe several improvements in management can be ascribed, at least in part, to the use of the Balanced Scorecard.

Conclusion: The systematic use of the Balanced Scorecard produced greater cohesion in the management team and the entire organization and brought the strategic objectives closer to daily management operations. The organization is more attentive to its clients, has taken steps to improve its most complex cross-sectional processes, and has developed further actions for the development and growth of its officers and its entire personnel. At the same time, its management team is more in tune with the needs of the agency's administrative bodies that compose its governing board.

Keywords: Balanced Scorecard. Management. Evaluation.

Gac Sanit 2007; 21: 60 - 65

Introducción

El Cuadro de Mando Integral (CMI, o *Balanced Scorecard*), desarrollado por Kaplan y Norton¹, es un instrumento útil para la planificación estratégica de las empresas. Pretende evitar que los objetivos de la dirección se centren sólo en el corto plazo y los rendimientos actuales para introducir una perspectiva más integral que incluye a los accionistas, los clientes, los procesos clave y el crecimiento y el desarrollo de la organización.

Se ha intentado su uso en el sector público, y hay también intentos de aplicación al sector sanitario, en general en Estados Unidos y en entornos hospitalarios, pero también en servicios sanitarios de otro tipo, incluido el Servicio Nacional de Salud británico y alguna tentativa en nuestro entorno²⁻⁴. Presentamos nuestra experiencia en el marco de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), una organización consorciada del ayuntamiento y el gobierno autónomo que integra todos los servicios de salud pública dirigidos a la ciudad, actuando como ventanilla única de la administración en este campo. El Comité de Dirección adoptó el CMI como instrumento para alinear la práctica cotidiana de la dirección con los objetivos más estratégicos desde el año 2001. Dicha adopción se produjo en un contexto que obligaba a desarrollar una acción más estratégica y a

largo plazo por el equipo de dirección de forma colectiva, además de la gestión cotidiana.

Métodos

El equipo directivo requirió intensas discusiones y debates internos con el apoyo de un consultor externo para clarificar los conceptos subyacentes en el CMI, adaptarlos a una organización sanitaria pública distinta del medio empresarial para el que se diseñó inicialmente y adoptarlo como instrumento de dirección. Esto llevó a la construcción de un CMI por el Comité de Dirección para el año 2002. El CMI se compone de 4 cuadrantes, en cada uno de los cuales se expresan alrededor de 5 objetivos de gestión para el período en curso. A cada objetivo le corresponden indicadores y criterios para valorar si éste se alcanza. Los cuadrantes corresponden a los 4 ámbitos principales para el éxito de la empresa: accionistas, clientes, procesos clave y desarrollo. En nuestro caso, la formulación concreta de objetivos, indicadores y metas no responde a criterios académicos, sino al sentir del equipo de dirección. Es posible que los objetivos no estén siempre formulados en infinitivo, y que los indicadores y metas planteados se puedan medir sólo de forma cualitativa; son, en cualquier caso, los que se acordaron en el contexto de un equipo de trabajo orientado a mejorar el desempeño de sus responsabilidades. Tras la construcción del CMI se plantea la evaluación del grado en que se han alcanzado los objetivos planteados, así como la reformulación periódica de los objetivos y metas en cada cuadrante. Asimismo, se ha ido avanzando en la formulación de CMI de segundo nivel en diversas direcciones y servicios de la organización, hasta que desde 2004 todas las direcciones disponen de uno específico y congruente con el general.

Accionistas y clientes en el sector público

La adopción del CMI por el equipo directivo comportó un importante esfuerzo previo de clarificación sobre quiénes son los accionistas y quiénes los clientes de una organización pública como la nuestra. Podemos valorar que son los ciudadanos los propietarios de una organización pública, y también son los ciudadanos sus clientes en tanto que beneficiarios finales de su actividad. Sin embargo, esta visión genérica no aporta elementos a la gestión, por lo que nos parece oportuno formular otras consideraciones, mirando más allá del sector público. En una empresa los gestores han de crear valor para todos los accionistas de forma genérica, pero éstos se incardinan en su consejo de administración. Éste es el que decide los recursos asignados a los gestores, y el que controla la bondad de su gestión. En el caso de la administración local, los electores eligen al consistorio, y de éste surge el equipo de gobierno, que posteriormente designa a los responsables de las diversas organizaciones ejecutivas. En el caso de los gobiernos autonómicos, los electores eligen al parlamento que elige al presidente; éste conforma su gobierno, del que surgen los responsables de las diversas organizaciones ejecutivas. Al ser nosotros un organismo autónomo consorciado de la Administración, nuestros órganos de gobierno están conformados por una Junta designada por el gobierno municipal (la Alcaldía designa 4 miembros) y el gobierno autonómico (el Departamento de Salud designa 3 miembros). La presidencia y la vicepresidencia son también designadas, respectivamente, por ambos gobiernos. La presencia de un representante de los trabajadores en la Junta de gobierno completa este esquema.

Por tanto, nuestros accionistas son realmente los ciudadanos, pero en términos operativos y de gestión hemos de pensar en sus representantes. Para nosotros éstos se incardinan en nuestra Junta de gobierno. En ella están presentes los representantes de las Administraciones públicas

propietarias de nuestra organización, que son quienes deciden qué recursos nos asignan y qué fines nos plantean. Tener esto claro nos lleva a preguntarnos cuáles son los objetivos que la dirección se plantea respecto a nuestros accionistas, pues éstos son los que han de conformar este cuadrante del CMI. En nuestro caso, emergen aspectos relativos a la gestión económica y presupuestaria (generar autofinanciación, cierre presupuestario equilibrado), pero también relativos a anticiparse a los problemas de salud pública, innovar en nuestra actividad y mantener el consenso político e institucional. En la tabla 1 se recogen los objetivos definidos para este cuadrante en el año 2004.



La reflexión acerca de nuestros clientes requirió un proceso interno intenso, que ha sido presentado en otro trabajo⁵. En buena medida, nuestros clientes son gestores y directivos de otras organizaciones públicas, así como algunos grupos de profesionales. Además, el sector alimentario tiene un peso importante. Las personas individuales que solicitan y obtienen nuestros servicios (tanto si pagan directamente por ellos o no) comprenden sólo una parte relativamente modesta de nuestra actividad. La mayor parte de quienes se benefician de nuestra producción ni siquiera saben de nuestra existencia. En la tabla 2 se recogen los objetivos definidos respecto a los clientes en 2004. El esfuerzo de mejora en relación con los clientes ha llevado a valorar mucho más sus preferencias y expectativas, conduciendo a la organización hacia el desarrollo de una política de calidad sustentada en el modelo del European Forum for Quality Management (EFQM), que está transformando nuestra forma de trabajar⁶.



Otras dimensiones clave

El CMI también nos llevó a realizar un análisis de la actividad efectuada y de su producción, así como un modelo de procesos. Entendemos los procesos como el eje en torno al que se articula nuestra actividad, y los agrupamos entre los relacionados con la planificación, los relacionados con la satisfacción de las necesidades de nuestros clientes (como eje de nuestra actividad productiva), y los procesos internos que sirven de apoyo a los demás⁷. El organigrama expresa una visión de la actividad de una organización, que es la que la mayoría de sus componentes asumen como principal, y que la divide en dependencias; el análisis de los procesos ofrece una visión alternativa. Una visión que contribuye a poner de manifiesto la secuencia de actividades interrelacionadas entre diversas dependencias y que resalta el interés superior de optimizar la obtención de resultados para la organización sobre otras consideraciones. En la figura 1 se recoge el modelo de procesos de la organización, en la que éstos se agrupan en 3 bloques: uno más centrado en la planificación y evaluación, otro en la producción de servicios (el más importante cuantitativamente por el volumen de procesos que contiene) y el tercero en los procesos internos.

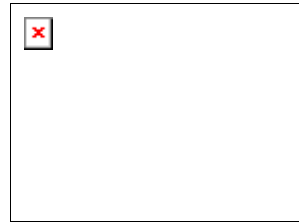


Figura 1. Mapa de procesos de la Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004.

Finalmente, examinar los aspectos relativos al aprendizaje y el crecimiento de la organización permite considerar como un aspecto central la política de recursos humanos, de formación del personal y de desarrollo de nuevas líneas de trabajo o de innovaciones. Estos aspectos con frecuencia son sólo implícitos en la Administración pública y sanitaria, o se perciben con un escaso margen de maniobra de los mandos. Sin embargo, son cruciales para el futuro de una organización. En la tabla 3 se presentan los objetivos definidos para este cuadrante en 2004.



Impacto del uso del Cuadro de Mando Integral

En nuestro caso, el uso del CMI se ha insertado en un proceso de desarrollo del equipo directivo, que ha incrementado su cohesión y ha comportado cambios importantes respecto a la situación previa, en que la dinámica era más fragmentada y muy determinada por la competencia de los recursos. Entre otros cambios, se pueden relacionar con el uso del CMI la definición de la misión explícita de la organización; la aprobación de una política de calidad y del plan que la desarrolla; la formulación de un plan de comunicación que resalte la definición de canales de comunicación interna; la definición de un manual de imagen corporativa; el desarrollo de acciones de formación y cohesión dirigidas a los cuadros y mandos; la explicitación del catálogo de servicios; la confección de una cartera de clientes y la realización de acciones para conocer mejor sus opiniones y preferencias, así como para personalizar la presentación de la oferta de servicios para los clientes más importantes; la confección del modelo de procesos, y su uso para profundizar en algunos procesos clave desde una perspectiva de mejora.

Discusión

El uso del CMI en una organización sanitaria pública en nuestro medio nos parece pues factible y útil. En realidad, la penetración de éste instrumento en nuestro ámbito es perceptible: un examen de la presencia en PubMed⁸ del término *Balanced Scorecard* reveló 94 referencias con este término hasta finales de 2005, habiendo pasado de 1,67 referencias al año en el período inicial de 1992-1998 a 12,33 en el período 2003-2005. Téngase en cuenta que el artículo que creó el concepto es de 1992⁹, y la publicación en inglés del libro que lo desarrolla surgió en 1996. Buena parte de estas referencias corresponden a descripciones del concepto en lenguas distintas de la inglesa, o a propuestas de aplicación a un sector concreto (servicios de urgencias hospitalarios, centros psiquiátricos...), con pocas experiencias empíricas desarrolladas; no encontramos referencias españolas al CMI en PubMed (aunque las haya en publicaciones profesionales no recogidas en esta base de datos^{3,4}). En relación con

otros antecedentes de uso del CMI en el sector sanitario, nuestra experiencia es algo distinta. Por un lado, nos hemos remontado a las fuentes del modelo, sin limitar la perspectiva de los accionistas únicamente a la financiera^{2,3}. Nos parece que en una empresa que cotiza en bolsa ésta es efectivamente la dimensión de mayor interés para el accionista, pero los propietarios de una organización sanitaria pública esperan de ella algo más que la ausencia de déficit presupuestario o la generación de ingresos: su existencia responde a una misión y a unos valores, y su desempeño debe concordar con ellos (por supuesto, condicionado por los recursos que se le asignan y el marco normativo). Otros autores han abordado esta cuestión mediante el maridaje del modelo EFQM de gestión de calidad con el CMI⁴, pero nos parece que el mismo CMI en su concepción original incluye estos elementos, al no limitar la perspectiva de los accionistas a la financiera. Por otra parte, tras 3 años de uso continuado, hemos adquirido cierta experiencia y nuestra aportación va más allá de la enunciación de intenciones: creemos poder atribuirle una considerable influencia en algunos cambios en nuestra organización.

¿Cuáles son estos cambios? El principal es probablemente su contribución a mejorar la cohesión del equipo de dirección y el conjunto de la organización, impregnando la gestión cotidiana con los objetivos más estratégicos. Éste es precisamente el valor principal que sus creadores atribuyen a esta técnica: conseguir que la estrategia definida para la organización impregne el trabajo cotidiano de todos, y que no sea un discurso retórico¹. Nuestra organización ha integrado mejor los elementos relacionados con sus clientes, ha iniciado acciones para mejorar los procesos internos transversales más complejos, y ha desarrollado de manera más sistemática y general los elementos orientados al crecimiento y el desarrollo de sus cuadros y de todo el personal. Al mismo tiempo, los directivos han pasado a tener más presentes las necesidades de las Administraciones titulares de la agencia que conforman sus órganos de gobierno. Finalmente, lo que para nosotros ha sido «la prueba del 9» de la mejor cohesión de la organización es que la reciente captación de buena parte del equipo directivo por la Administración autonómica no ha producido desequilibrios y nuestra actividad se ha mantenido de forma satisfactoria, lo que atribuimos al enfoque estratégico logrado.

Correspondencia:

Dr. Joan R. Villalbí.
 Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.
 España.
 Correo electrónico: jrvillal@aspb.es

Recibido: 12 de diciembre de 2005.

Aceptado: 20 de julio de 2006.

Referencias Bibliográficas:

1. Kaplan K, Norton D. El cuadro de mando integral. Barcelona: Gestió 2000; 1997.
2. Radnor Z, Lovell B. Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. Int J Health Care Quality Assurance. 2003;16:99-108.
3. Prats-Villalonga M. Cuadro de mando integral: objetivos y perspectivas en atención primaria. Parc Taulí y EAP Can Rull. Cuadernos de Gestión. 2003;9:182-91.
4. Oteo-Ochoa LA, Pérez-Torrijos G, Silva-Sánchez D. Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. Gestión Hospitalaria. 2002;13:9-25.
5. Duran J, Villalbí JR. Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. Gac Sanit. 2004;18:479-82. [[Medline](#)] [[Artículo](#)]
6. Modelo EFQM de excelencia aplicado a la administración pública, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid [citado 16 Ago 2005]. Disponible en: <http://www.igsap.map.es/calidad/calidad.htm>
7. Costa JM. Gestió de la qualitat en un món de serveis. Barcelona: Gestió 2000; 1998.

8. PubMed, US National Library of Medicine [citado 2 Mar 2006]. Washington; 2006. Disponible en: <http://www.pubmed.gov>
9. Kaplan K, Norton D. The balanced scorecard: measures that drive performance. Harv Bus Rev. 1992;70:71-9. [[Medline](#)]

--