

Cuadros de mando: breve historia de su "desempeño"

Elvira Muslera-Canclini, Paloma Fernández-Muñoz y Carmen Natal

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Correspondencia: Elvira Muslera-Canclini.
Servicio de Salud del Principado de Asturias.
Plaza del Carbayón, 1 y 2. 33001 Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: elvira.muslera@sespa.princast.es

Resumen

Tanto las organizaciones públicas como las privadas deben evaluar en qué medida se han cumplido los objetivos o compromisos adquiridos; valorar hasta qué punto se consolida la estrategia a largo plazo, y basar las decisiones en datos objetivos, que permitan establecer comparaciones para saber cómo está una organización respecto de otra, son las posibilidades que nos brindan los cuadros de mando. Por tanto, encontrar el método más adecuado de medida constituye gran parte de las preocupaciones de los responsables de las organizaciones.

Este artículo describe el devenir que, en los últimos años, han tenido algunos modelos de sistemas de información que se han aplicado en el sector público, con particular énfasis en el desarrollo que éstos han tenido en el ámbito sanitario.

Desde el mundo empresarial, el modelo de cuadro de mando integral (CMI) de Kaplan y Norton ha tenido un gran impacto en los últimos años y se ha sido importado al sector sanitario.

Se comentan algunas de las condiciones –la necesidad de establecer relaciones causales– y dificultades –las relaciones de causalidad pueden ser múltiples y recíprocas– para la aplicación del CMI en el sector sanitario.

El otro modelo que se presenta es el del desempeño. Se popularizó en los Estados Unidos durante la década de los noventa, y posteriormente se extendió a Europa, con el propósito de que la transparencia en la información que recibían los usuarios redundase en una mayor competencia y en mejoras en la calidad de la atención de los centros sanitarios.

En el ámbito sanitario se cuenta con otra experiencia, los sistemas de información integrados, que facilitan la elaboración de cuadros de mando de todas las áreas relevantes de los servicios sanitarios y, a su vez, permiten integrar datos de base poblacional.

Se discute al final en qué medida los modelos de cuadros de mando presentados permiten a las organizaciones hacer comparaciones en 3 direcciones. Una que señale el grado de cumplimiento de las metas y objetivos que la propia organización se ha marcado para un espacio temporal determinado. Otra que determine las distancias que la separan de las organizaciones de su entorno, ya que medir el desempeño significa estimar el esfuerzo requerido para la consecución del efecto y éste, como resultado final, puede estar a una distancia significativa de otras organizaciones similares. Y una tercera que contemple ciertos aspectos cualitativos, como podrían ser la percepción que las personas usuarias y la ciudadanía en general tienen del servicio de salud y cómo responde a sus demandas, no sólo de servicios.

Palabras clave: Sistemas de información para la gestión. Toma de decisiones.

Abstract

Both public and private organizations should evaluate the extent to which aims and commitments have been met, assess the strengthening of long-term strategies and base decisions on objective data, which would allow comparisons among organizations. Continuous research is taking place to find the most appropriate methodology for these purposes.

The present article describes the development of information system models that have been applied in the public sector over the last few years, with special emphasis on the development of these models in the healthcare system.

Within the business sector, Kaplan and Norton's Balance Scorecard has had great impact in the last few years and has been imported to the health sector.

We describe some of the conditions (the necessity of establishing causal relationships, and the difficulties –these causal relationships could be multiple and reciprocal) required for the application of the Balance Scorecard in the health sector.

The other model presented in this article is performance measurement. This model became popular in the United States in the 1990s and was subsequently introduced to Europe. The purpose of performance measurement is to provide information to users, contributing to competence inside the system and to improving healthcare quality.

Within the healthcare sector there is another model, integrated information systems, which facilitates the planning of executive information systems in all the important fields of healthcare services and also allows integration of population data.

Finally, this article discusses the extent to which the various information systems allow organizations to make comparisons in three directions. One comparison determines the extent to which aims and objectives have been met in a particular time frame. Another determines the distance between the organization and its environment, because evaluating performance means estimating the effort required to reach a goal. However, this outcome could be far removed from other similar organizations. The third comparison takes account of certain qualitative aspects such as users' and the general public's perceptions of the health service and how it not only provides services but also responds to their demands.

Key words: Management information systems. Organizational decision-making.

Introducción

Evaluar en qué medida se han cumplido los objetivos o compromisos adquiridos; valorar hasta qué punto se consolidó la estrategia a largo plazo, y basar las decisiones en datos objetivos, que permitan establecer comparaciones para saber cómo está una organización respecto de otra, son las posibilidades que nos brindan los cuadros de mando. Por lo tanto, encontrar el método más adecuado de medida es una de las preocupaciones de los responsables de las organizaciones.

Entre las distintas alternativas de medida se destacan 2 que han tenido mayor impacto en el ámbito de los servicios de salud. Por una parte, las iniciativas encaminadas a medir el desempeño y, por otra, el modelo de cuadro de mando integral (CMI) desarrollado por Kaplan y Norton en 1992.

El desempeño, según define el Diccionario de la Real Academia Española, es la realización de las funciones y acciones que corresponden a un empleo, ocupación o profesión. Según esta definición, medir el desempeño es una tarea de constante comparación entre lo que debería ser y lo que está siendo. Dicho en otras palabras, el desempeño necesita de un calificativo, "la tarea se ha desempeñado correctamente, brillantemente, pobremente...".

El CMI o balance *scorecard*, en cambio, que se diseñó como una herramienta para la gestión estratégica, se ha relacionado, en numerosas ocasiones, en el nivel operativo, con las herramientas informáticas que lo sustentan, y resulta difícil la distinción entre la herramienta informática y el concepto y desarrollo del CMI propiamente dicho. Este último es mucho más complejo y requiere de un gran trabajo previo en el ámbito estratégico.

Se trata, entonces, de evaluar los esfuerzos que realizan las organizaciones para alcanzar metas preestablecidas, para ello la organización trazará los caminos por los que se moverá y las señales, en ese mapa de rutas, podrían darlas los cuadros de mando.

Teniendo en cuenta estos pensamientos, el artículo presenta una descripción y breve análisis de los conceptos de CMI, de los datos para la evaluación del desempeño y una discusión sobre algunas de las dificultades y posibilidades de su aplicación en los sistemas sanitarios.

La evolución del cuadro de mando en el mundo empresarial

Siempre predominó en la empresa la idea de que los resultados de una organización sólo se medían en términos de beneficios; es decir, como la capacidad que tenía la empresa de generar beneficios económicos y de lograr buenos rendimientos de las inversiones realizadas. Para medir estos resultados bastaba con la utilización de indicadores financieros.

Desde hace pocos años, las empresas se plantean que deben estar preparadas para el futuro, pero no solamente en el sentido de contar con departamentos de I+D, sino también desde la visión de ganar valor a largo plazo. Para esto no son suficientes los indicadores financieros, sino que hay que pensar en invertir en formación, cultivar las relaciones

con los clientes y crear bases de datos que permitan el análisis¹.

Como consecuencia de estos nuevos cometidos, se promueve otra forma de entender el modelo de negocio, de forma que la estrategia de largo plazo se incorpore y se comuniqué a todos los ámbitos de la organización. En este marco surge, como soporte informativo de esta estrategia, el CMI o balance *scorecard*, cuya autoría corresponde a Robert Kaplan y David Norton en 1992².

El CMI requiere que la empresa se visualice, en todas sus dimensiones, como un sistema de relaciones en permanente contacto con sus clientes y proveedores en un mercado dinámico.

Así, el CMI incorpora 3 perspectivas adicionales a la financiera: la del cliente, la del proceso interno y la del aprendizaje y desarrollo. Pero estas perspectivas no son independientes entre sí, sino que están encadenadas mediante un sistema de relaciones de causa y efecto entre las metas propuestas y las acciones para conseguirlas. Ahora bien, para poder alcanzar las metas es necesario definir unos factores críticos de éxito (usando la terminología de Kaplan), es decir, aquellos elementos que más influyen en la consecución del resultado y que dependen de la actuación de la organización.

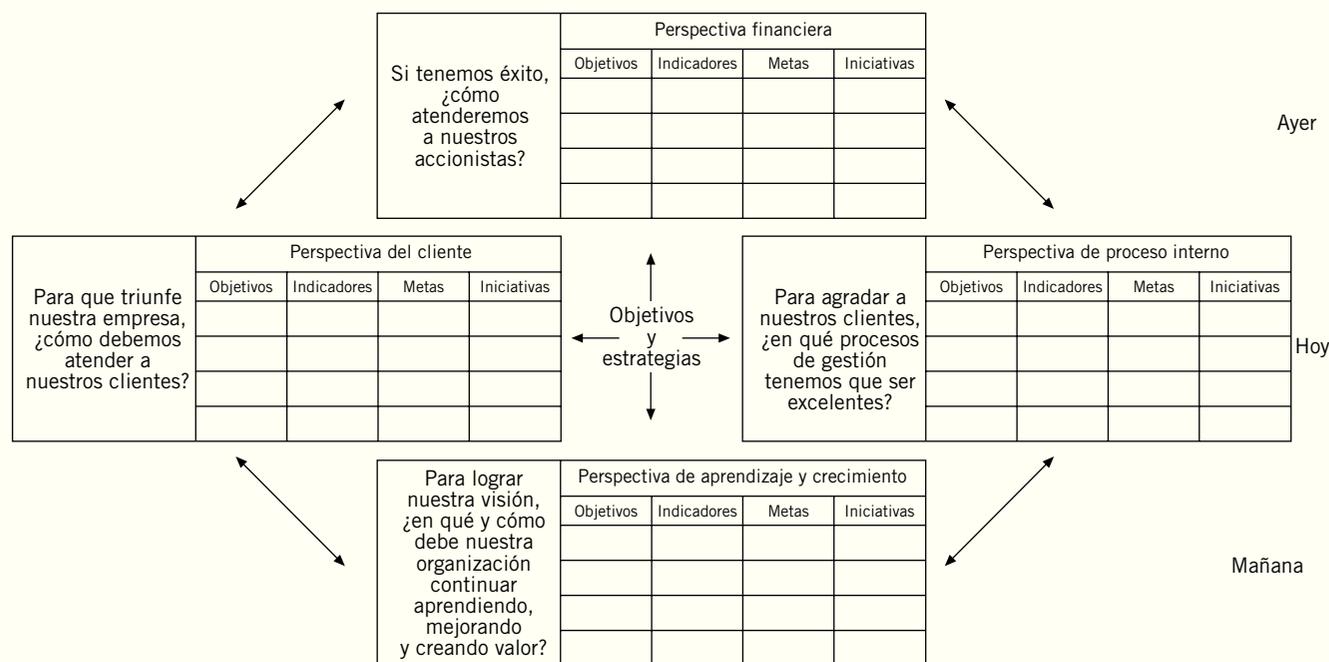
La interdependencia de cada una de estas perspectivas se materializa en las preguntas que los propios autores han utilizado para su enunciación (fig. 1). Para analizar la perspectiva financiera se pregunta: si tenemos éxito, ¿cómo atenderemos a nuestros accionistas?; para la perspectiva del cliente: para que triunfe nuestra empresa, ¿cómo debemos atender a nuestros clientes?; para la perspectiva de procesos internos: ¿en qué procesos de gestión debemos ser excelentes?; y, por último, en la perspectiva de aprendizaje y desarrollo la pregunta sería: para lograr nuestra visión, ¿en qué y cómo debe nuestra organización continuamente aprender, mejorar y desarrollarse?³.

Este encadenamiento no podría producirse si no se establecen las relaciones causa-efecto entre logros y actuaciones. Pero también es necesario disponer de un sistema de indicadores o elementos de medición ligados al cumplimiento de los factores críticos para cada una de las perspectivas mencionadas.

Kaplan y Norton utilizan una metáfora que resulta ejemplarizadora: "El CMI se asemeja a un simulador de vuelos y no a un tablero de mandos. Al igual que en el simulador de vuelo, el CMI ha de incorporar el complicado conjunto de las relaciones causa-efecto entre las variables críticas, incluyendo los adelantos, los retrasos y los bucles de *feedback*"².

Otra característica importante es que el CMI es una herramienta pensada para entornos estables, con gerencias maduras que desean poner en práctica un modelo de negocio en total consonancia con la estrategia diseñada por los directivos. Y destacar, por último, que la lógica del CMI está dominada por la noción de equilibrio entre las distintas perspectivas, por lo que no es conveniente dar preponderancia a ninguna de ellas sobre las otras; este equilibrio debe promover la supervivencia y la rentabilidad a largo plazo.

Figura 1. Las perspectivas del cuadro de mando integral y sus interrelaciones.



Tomado de *Cómo utilizar el cuadro de mandos integral para implantar y gestionar su estrategia*. Gestión 2000, Barcelona, 2001.

El concepto de cuadro de mando en el sector público

Algunas características del sector público dificultan el traslado, sin adaptación, de los conceptos mencionados con anterioridad. En primer lugar, la supervivencia del sector público no se cuestiona, ya que ésta le viene dada por las numerosas externalidades que tienen los servicios que prestan a los ciudadanos y la necesidad que tienen las sociedades, aunque en diferente grado, de ser equitativas. La seguridad ciudadana, los juicios "justos", la educación infantil y juvenil, las actividades de la salud pública, entre otros, son servicios que los ciudadanos demandan al Estado.

Pero la supervivencia no debe confundirse con la sostenibilidad del sistema público y, menos aún, considerar que a éste no se le exija ser eficiente. Sin lugar a dudas, el sistema público está obligado a alcanzar los mejores resultados con los recursos dados, ya que los costes de la ineficiencia son una carga para toda la sociedad.

Estas razones, muy escuetamente mencionadas, conducen a pensar que los objetivos estratégicos a largo plazo en un organismo público deben ser más complejos que en los organismos privados, ya que deberán incorporar un cierto equilibrio o tensión entre eficiencia y equidad, concepto que no requiere mayor atención en el sector privado.

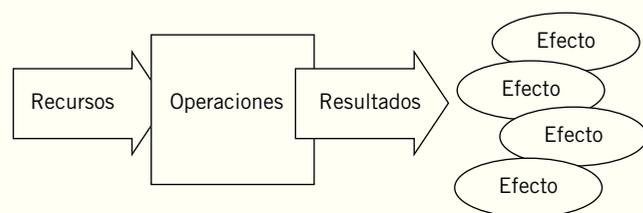
Por otra parte, la función de producción establece cuantitativamente la relación entre el resultado de un proceso y

los factores que han intervenido en éste. Su principal propósito es el de mostrar las posibilidades de sustitución entre factores para conseguir un resultado determinado. Y alcanza dimensiones de altísima complejidad en el sector público⁴.

Esto puede encontrarse al enunciar la función de producción de los servicios sanitarios. Se acepta que los sistemas sanitarios deben producir salud, pero la modelización de sus funciones de producción de salud es compleja ya que las relaciones de causalidad son múltiples y recíprocas. Por ejemplo, renta, educación y atención sanitaria son 3 variables explicativas del estado de salud, pero, a su vez, estas mismas variables vienen facilitadas por una mejor salud: una salud débil lleva a un absentismo mayor, a una menor escolarización y a una mayor atención sanitaria⁵.

Dentro de este marco de referencia, la aplicación del CMI en el sector público requiere de una base de datos de alta calidad, de un gran esfuerzo de reflexión para el establecimiento de las relaciones causales y un análisis mediante técnicas de simulación (p. ej., para la verificación de las relaciones enunciadas).

La utilización de los modelos *input-output* (fig. 2) puede ser de ayuda porque no sólo miden los resultados alcanzados (p. ej., mejora en la cobertura de la población, aumento en el número de estudiantes que finalizan satisfactoriamente sus estudios), sino también los efectos, los cambios, que estos resultados producen en el entorno: la disminución de la mortali-

Figura 2. Modelo *input-output*.

dad por diabetes y la mejora en los conocimientos, habilidades y aptitudes de las personas que acceden al primer trabajo.

También hay que tener en cuenta si el enfoque racional de fines y medios que propone el CMI, se utiliza en la toma de decisiones políticas, ya que en la práctica, a menudo las decisiones políticas a corto plazo responden, entre otras razones, a presiones de determinados grupos electorales. Aunque esto sea una limitación para trasladar el modelo, se observa que se intenta esta aproximación de una forma cada vez más racional.

Otras alternativas desarrolladas en el sector sanitario

En el sector sanitario, esta idea integral de la empresa en que se monitorizan los efectos de la estrategia de largo plazo, respondiendo a un modelo *input-output*, se corresponde con las medidas del desempeño (*performance*).

El desempeño, en su definición más extendida, trata de identificar qué es "lo que va bien" para alcanzar los objetivos propuestos para el sistema sanitario, y a su vez, valorar la competencia funcional de profesionales y organizaciones⁶.

También se entiende por desempeño la descripción del efecto de una intervención sanitaria en un grupo específico de pacientes; las mejoras en los resultados causadas por modificaciones en el tratamiento o en el proceso de cuidados entre 2 momentos en el tiempo y la valoración de la calidad de los cuidados dispensados por las diferentes organizaciones y planes de salud⁷. Como puede observarse, el concepto es muy amplio ya que caben desde las típicas medidas de resultado hasta las valoraciones más subjetivas de calidad.

Pero, sin lugar a dudas, la mayor profundización en el concepto de desempeño es la que autores como Murray, Frenk y Evans han hecho para la Organización Mundial de la Salud (OMS). En ella se explica que el desempeño no es sólo la comprobación del nivel de cumplimiento de los objetivos y metas previamente establecidos, sino que lo que debe valorarse como medida del desempeño es el grado de esfuerzo realizado para alcanzar dichas metas⁸. De esta forma, el desempeño se convierte en una medida relativa, que evalúa como se desenvuelve la organización para alcanzar los objetivos, teniendo en cuenta la situación de partida. A la luz de esta definición, es posible que un sistema sanitario tenga me-

Tabla 1. Objetivos intrínsecos de cualquier sistema sanitario

Objetivos del sistema sanitario			
	Nivel	Distribución	
Salud	x	x	Eficiencia
Sensibilidad	x	x	asignativa
Aceptabilidad	x	x	
Accesibilidad	x	x	
Aportaciones financieras		x	
	Calidad	Equidad	

Adaptada de Murray C, et al⁹.

yor desempeño que otro, aun cuando sus resultados absolutos en salud sean peores, ya que lo que se mide es el grado de esfuerzo que se está imponiendo para el cambio y la mejora que ha producido.

Los mismos autores han propuesto que el desempeño en los sistemas sanitarios deben analizarse y evaluarse atendiendo a los criterios expuestos en la tabla 1.

Las dimensiones del análisis se corresponden con los objetivos de salud, sensibilidad (accesibilidad y aceptabilidad) y financiación. El nivel, o grado que se alcance en cada una de estas dimensiones, informará de la calidad del sistema y la distribución de este nivel en los diferentes estratos (sociodemográficos, geográficos, sanitarios) del grado de equidad del sistema. La relación entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados para ello informa de la eficiencia asignable del sistema⁹. Esta eficiencia económica o asignable es la producción, al menor coste social, de los bienes y servicios que más valora la sociedad, y su distribución de una forma socialmente óptima.

Este enfoque obliga, sin lugar a dudas, a considerar un horizonte temporal de largo alcance para que las mejoras y esfuerzos puedan ser evaluables.

Convendría, en este punto, hacer una distinción entre las circunstancias que dieron origen y contribuyeron al desarrollo de la evaluación del desempeño en los Estados Unidos y lo que ha sucedido en algunos países europeos.

En los Estados Unidos, la idea de medir el desempeño de las distintas organizaciones, que se dedican a la provisión de servicios sanitarios, surge como una preocupación de ellas mismas para ayudar a los ciudadanos (compradores/beneficiarios de los planes de salud) y a las empresas (que compran seguros médicos para sus empleados) a tomar decisiones respecto a qué planes de salud están "desempeñándose" mejor¹⁰⁻¹².

En definitiva, se trata de dar información a los usuarios para disminuir el efecto de la asimetría de la información entre oferentes y demandantes de servicios sanitarios, y fomentar una mayor competencia en el mercado.

Durante la década de los noventa van surgiendo los diferentes indicadores del desempeño. Los informes o reportes de

actividad, rápidamente se convirtieron en una información indispensable para la gestión y la planificación sanitarias, ya que utilizaban un conjunto encadenado de indicadores estandarizados que respondían a las diferentes dimensiones del desempeño: el acceso a los servicios, la calidad técnica de los servicios, la calidad de los servicios administrativos, la satisfacción de los usuarios, la eficiencia y el precio de los servicios. Esta información, que debían conocer los directivos, pasó a formar parte de los cuadros de mando.

Pero son 2 los proyectos que se convirtieron en emblemáticos: el cuadro de mandos llamado HEDIS (Health Plan Employer Data and Information), que elabora el National Committee for Quality Assurance (NCQA)¹³, y el HCUP QIs (Healthcare Cost and Utilization Project Quality Indicators)¹⁴ de la agencia gubernamental Agency for Healthcare Research and Quality.

La situación en los países europeos se presenta diferente; la idea de publicar los datos del desempeño de los hospitales se justifica en que en un sistema fundamentalmente de financiación pública y amplia provisión, también pública, sean los mismos proveedores los que, al verse en un *ranking*, se sientan incentivados a competir y, a su vez, favorecer la libre elección de centro o profesional de las personas usuarias.

Por ejemplo, en Suecia, que cuenta con un sistema de financiación muy estructurado y jerarquizado, con control de la trayectoria del paciente, en la década de los noventa se publicó la información de desempeño de los hospitales suecos, pensando que la presión de las personas usuarias podía mejorar la eficiencia del sistema.

La experiencia no fue buena, las interpretaciones que se hicieron, en muchos casos, resultaron contradictorias, principalmente en relación con los ajustes por riesgo. Por esta razón, se decidió hacer más restringido el uso de esta información y mejorarla¹⁵.

En el Reino Unido, el National Health Service hizo una gran presión para la difusión de los datos del desempeño¹⁶. Ésta generó críticas importantes; la mayor parte de ellas relacionadas con las diferencias sociodemográfica y educativas de las poblaciones asistidas que generaban a su vez diferencias en la comorbilidad¹⁷.

También se levantaron múltiples críticas al informe de la OMS del año 2000, *WHO Health Systems: Improving Performance*, entre otras porque medía la efectividad del sector sanitario a través de las tasas de mortalidad y morbilidad de los países, ignorando que éstas dependen primordialmente de factores sociales, políticos y económicos además (y más) que de la asistencia sanitaria^{18,19}.

Pero lo que parece claro es que la información del desempeño está destinada a los usuarios de los servicios sanitarios, para ayudarles en la toma de decisiones respecto a la elección de sus proveedores y para favorecer la competencia. Para ello, la información que se proporciona a los usuarios ha de ser clara y no presentar problemas de interpretación, de forma que no se confundan los resultados en salud con los datos del desempeño.

Los resultados en salud se corresponden, habitualmente, con la medición o estimación de los efectos adversos. Para ello, se usan indicadores como la mortalidad, la incapaci-

dad, las admisiones hospitalarias, las infecciones intrahospitalarias, etc. Éstos son datos que aportan información relevante sobre la magnitud del problema de salud a que nos enfrentamos y dependen de numerosas variables. El desempeño, como ya se expresó con anterioridad, debe estimar la capacidad de las organizaciones y sus profesionales para mejorar esos resultados. Es decir, que los indicadores de desempeño deben diseñarse de manera tal que sólo relacionen dichos resultados con aquellos factores que puedan ser controlados por las personas u organizaciones¹⁷.

Existen otras alternativas, especialmente diseñadas para el sector sanitario, como son los sistemas de información integrados que permiten contar con cuadros de mandos de todas las áreas importantes de los servicios sanitarios, e integrar también datos de base poblacional (tabla 2).

Los sistemas de información integrados no son la sumatoria de los datos locales o regionales o los resultados de los *benchmarks*, son estructuras matriciales complejas que se construyen a partir de los datos primarios que provienen de diversas fuentes –administrativas, de afiliación, clínicas y de investigación– y que se analizan en distintos planos de interés: usuarios, proveedores, planificadores de salud, políticos y trabajadores. Para cada una de estas intersecciones se utilizan criterios de desempeño, previamente consensuados, como pueden ser la accesibilidad, los costes y la calidad. En Países Bajos cuentan con algunas experiencias de este tipo²⁰.

Los datos administrativos recogen las interacciones entre usuarios y proveedores. Los de afiliación corresponden a los datos de las personas beneficiarias del sistema. La información clínica se refiere a los datos clínicos sobre las intervenciones diagnósticas o terapéuticas que se realizan a los pacientes. Los de estudios e investigación corresponden a los datos recogidos como información de rutina o para estudios especiales referentes a los estados de salud, los riesgos, los comportamientos habituales, la satisfacción de los usuarios, etc. Y entre otros datos, se encuentran los de estructura, dotaciones, planes de salud existentes.

En la tabla 3 se expone un ejemplo de las preguntas que se pueden responder con la combinación de los datos²¹. Por ejemplo, una pregunta sobre la calidad de una actuación

Tabla 2. Dimensiones del desempeño en los sistemas de información integrados

Tipo de datos	Dimensiones del desempeño		
	Acceso	Costes	Calidad
Administrativos			
Afiliación			
Clínicos			
Estudios e investigación			
Otros datos			

Adaptada de McGlynn E, et al²¹.

Tabla 3. Posibles preguntas para los sistemas de información integrados.

Fuente de datos	Preguntas	Dimensiones del desempeño
Administrativos	¿Cuántos <i>bypass</i> se pagaron el año pasado?	Acceso
Administrativos + afiliación	¿Hay diferencia en la edad entre varones y mujeres en los que se practica el <i>bypass</i> ?	Acceso
Administrativos + afiliación + clínicos	¿Qué proporción de <i>bypass</i> fueron de indicación clínica apropiada?	Calidad
Administrativos + afiliación + clínicos	¿Cuál es la tasa de mortalidad ajustada por riesgo del <i>bypass</i> en los diferentes hospitales?	Calidad
Administrativos + afiliación + clínicos	¿Cuál es el precio ajustado por riesgo del <i>bypass</i> en los diferentes hospitales?	Eficiencia
Administrativos + afiliación + clínicos + investigación	¿Retornan los pacientes a su vida normal en tiempos diferentes, según el hospital en que se haya hecho la cirugía?	Eficiencia

Adaptación de McGlynn E, et al²¹.

clínica podría ser: ¿qué proporción de *bypass* fue de indicación clínica adecuada? Para responder es necesario utilizar una combinación de datos administrativos, de filiación y clínicos.

Discusión

Disponer de medidas o indicadores objetivos permite a las organizaciones hacer comparaciones en 3 direcciones. Una que señale el grado de cumplimiento de las metas y objetivos que la propia organización se ha marcado para un espacio temporal determinado. Otra que determine las distancias que la separan de las organizaciones de su entorno; ya que como se ha señalado con anterioridad, medir el desempeño significa estimar el esfuerzo requerido para la consecución del efecto y éste, como resultado final, puede estar a una distancia significativa de otras organizaciones similares. Y una tercera que contemple ciertos aspectos cualitativos, como podrían ser la percepción que las personas usuarias y la ciudadanía en general tienen del servicio de salud y cómo responder a sus demandas, no sólo de servicios.

En cuanto al primero de los aspectos señalados, es muy importante hacer hincapié en que los objetivos a alcanzar deben ser establecidos por la propia organización, y su consecución debe ser sustancialmente atribuible al sistema sanitario y no a otros determinantes de la salud. Sin embargo, esta expresión, que resulta un tanto obvia, no es gratuita, las organizaciones sanitarias en los últimos años han pretendido sólo traducir las medidas estándar a sus casos particulares y esto, por definición del desempeño, no es lo correcto. No pueden ser los mismos objetivos cuando los puntos de partida son diferentes.

Las comparaciones con las organizaciones del entorno, en un sistema sanitario de financiación y provisión mayoritariamente pública, se utilizan como formas de estímulo de la competencia, aunque las críticas que suscitan son importan-

tes, como se ha mencionado anteriormente, sobre todo por las dificultades que aparecen cuando se desea ajustar por los diferentes riesgos de la población potencialmente atendida²².

La idea de publicar estos resultados puede contribuir a la transparencia del sistema, pero debe procurarse un detallado análisis de las comparaciones, de forma que no se produzcan interpretaciones contradictorias. En este artículo, se ha expresado reiteradamente la importancia de considerar las circunstancias de partida y el entorno, por lo tanto será necesario explicar estas condiciones al hacer público cualquier listado de indicadores que coloque en un *ranking* a las organizaciones sanitarias.

Con respecto a los indicadores utilizados, no puede ignorarse la amplia discusión existente respecto a la utilidad de las medidas de resultado frente a las de proceso, y la de los estándares históricos frente a los de mejor práctica. Por esto, es necesario establecer *a priori* el enfoque que se desea realizar y poner de manifiesto el método de evaluación del sistema de indicadores²³.

De igual forma, es preciso encontrar un equilibrio entre el número de objetivos y la complejidad de las medidas que se utilizarán para evaluar el desempeño y, sin lugar a dudas, éste puede ser diferente en cada organización.

Lo expresado hasta aquí sugiere que la idea en auge de que los cuadros de mando, que con pocos y sintéticos indicadores, puedan ofrecer una amplia y acertada visión de los servicios sanitarios, es cuanto menos un poco aventurada y requiere de gran cautela a la hora de planificar su puesta en marcha.

Bibliografía

1. Olve N, Roy J, Wetter M. Implantando y gestionando el cuadro de mandos integral (*performance drivers*). Barcelona: Gestión 2000, 2002.

2. Kaplan R, Norton D. The balance scorecard. Measures that drive performance. Boston: Harvard Business Review, 1992; p. 71-9.
3. Ballvé A. Cuadro de Mando. Organizando información para crear valor. Barcelona: Gestión 2000, 2002.
4. Shephard RW. Theory of cost and production functions. Princeton: Princeton University Press, 1970.
5. Ortún V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: EUGE La Llar del Llibre, 1992.
6. Smith P. Editor's Preface. En: Smith P, editor. Measuring up. Improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002; p. 7-9.
7. Eddy D. Performance measurement: problems and solutions. Health Affairs 1998;17:7-26.
8. Evans D. The evolution of WHO's approach to health system performance assessment. En: Smith P, editor. Measuring up. Improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002; p. 197-207.
9. Murray C, Frenk JA. WHO Framework for health system performance assessment. Bulletin of the World Health Organization, 2000;78:717-31.
10. Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. JAMA 2000;283:1866-74.
11. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. BMJ 1998;317:1354-60.
12. Jencks S. Clinical performance measurement – a hard sell. JAMA 2000;283:2015-6.
13. NCQA's State of managed care. Quality Report. National Committee for Quality Assurance. Washington, 2000.
14. Johantgen M, Elixhauser A, Bali JK, Goldfarb M, Harris DR. Quality indicators using hospital discharge data: state and national applications. Journal of the Joint Commission on Quality Improvement 1998;21:88-101.
15. Ghadi V, Naiditch M. L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins [document de travail]. Série études n.º 13. DREES Minister de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.
16. Smee C. Improving value for money in the United Kingdom National Health Service: performance measurement and improvement in a centralised system. En: Smith P, editor. Measuring up. Improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002; p. 57-76.
17. Giufrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between indicators and health outcomes. BMJ 1999;319:94-8.
18. Navarro V. Crítica a la sabiduría convencional. El informe OMS "WHO Health Systems: improving performance" y su relevancia en España. Gac Sanit 2001;15:461-6.
19. Fernández-Díaz JM. El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. Gac Sanit 2001;15:453-60.
20. Klazinga N, Delnoij D, Kulu-Glasgow I. Can a tulip become a rose? The Dutch route of guided self-regulation towards a community-based integrated health care system. En: Smith P, editor. Measuring up. Improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD, 2002; p. 117-32.
21. McGlynn E, Damberg E, Brook R. Health information systems. Design issues and analytic applications. Santa Mónica: RAND Health, 1998.
22. Meneu R. Top be or not Top be. Rev Cal Asistencial 2001;16: 83-5.
23. Peiró S, Casas M. Comparación de la actividad y resultados de los hospitales en España y perspectivas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Informe SESPAS 2002: invertir para la salud prioridades en salud pública. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002; p. 510-29.