

## Qué es un cuadro de mando y su aplicación en la lista de espera quirúrgica

**María Elvira Santos Pérez\***.

*\*LES. Servicio de Admisión y Documentación clínica. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

**Correspondencia:** María Elvira Santos y Pérez. esantosp@saludcastillayleon.es

### RESUMEN

**Introducción y objetivos:** Un cuadro de mandos es una herramienta para realizar estudio/s de ciertas variables que nos interesen, las más relevantes y han de ser cuantificadas. Sirve para monitorizar la actividad de una empresa, facilitando la toma de decisiones. Aunque es un instrumento que se emplea principalmente en el ámbito empresarial, el Sistema de Salud es una empresa sanitaria y este tipo de material es muy útil para los estudios en el ámbito de la gestión de la misma.

La información que figure en los cuadros de mandos ha de ser imprescindible y de tipo piramidal, recalcando las informaciones más significativas y se debe presentar de una forma sencilla y sinóptica.

El objetivo de este artículo es dar a conocer un determinado cuadro de mando a la comunidad sanitaria.

**Material y métodos:** Empleando el sistema Excell, y los parámetros de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) se ha elaborado una propuesta de cuadro de mando para registrar esta actividad en nuestro centro sanitario.

**Resultados:** Se ha obtenido un “tableau de bord” dónde figuran de forma clara, concisa y significativa las variables que deben ser estudiadas con respecto a la LEQ en nuestro hospital, sin hacer mención a ningún dato real de pacientes atendidos.

**Conclusiones:** Nuestro cuadro de mando puede ser similar a los que se empleen en otros centros sanitarios, pero lo hemos ajustado a nuestras propias necesidades y exclusivamente en relación a la información que ha de registrarse en cuanto a la LEQ.

### PALABRAS CLAVE

Cuadro de mandos. Cuadro de mando integral. Lista de Espera Quirúrgica. Sistema Salud Castilla y León.

### REVISIÓN

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Un cuadro de mando es una herramienta de gestión que monitoriza los parámetros de una determinada vertiente o de toda la actividad de una empresa. Recoge un conjunto de indicadores que proporciona en tiempo real una visión global de un área de responsabilidad, permitiendo de este modo a la dirección la toma de decisiones adelantándose en la toma de soluciones, actuando prontamente ante las incidencias y detectar tendencias.

El concepto de Cuadro de mando Integral - CMI- se presentó por Robert Kaplan y David Norton en 1992 en la revista Harvard Business Review. Estos autores plantearon el CMI como un sistema administrativo que “va más allá de la perspectiva financiera con la que los gerentes acostumbran a evaluar la marcha de una empresa”. Según Kaplan y Norton gestionar una empresa no se basa solamente en los indicadores financieros tradicionales, sino que hay que tener en cuenta otro tipo de activos intangibles como son las relaciones con los clientes, las habilidades, la motivación de los empleados etc. como fuente importante de la ventaja competitiva [1]. Hemos de tener en cuenta que, este tipo de terminología y estudios pertenecen al ámbito empresarial y que el Complejo Asistencial de Zamora es una “estructura empresarial” y/o está incluido dentro de una empresa sanitaria más amplia que es el SACYL, cuyos activos son de, por y para la Salud de las personas, pero su gestión obedece al tipo de estudios a los que nos estamos refiriendo, sus intereses no son económicos en sí mismos pero la Salud de las personas incide en la Economía de los países.

“A medida que las organizaciones pasan de un establecimiento jerárquico de relaciones a redes más horizontales, se depende de personas sobre las que no se ejerce más que un poder formal. Las responsabilidades se hacen compartidas, y los equipos y los directivos se necesitan mutuamente: se debe

tomar decisiones conjuntamente. El papel de gestor de personas es clave como forma de compromiso. La evaluación sobre los logros que se van realizando, las deficiencias que se van detectando y las situaciones actuales que comprometen futuros resultados no pueden reducirse a una evaluación anual. La comunicación continuada y el intercambio de opiniones y de propuestas de acción sobre lo que está pasando sirven para añadir responsabilidad mutua. En la llamada gestión del desempeño tienen que existir acuerdos previos, evaluación periódica y diálogo” [2].

En un cuadro de mando se debe constatar claramente cuáles son las variables más relevantes y éstas han de ser cuantificadas; se han de poder realizar comparaciones entre lo conseguido y lo previsto para obtener las desviaciones producidas y de estos datos sacar conclusiones para ofertar soluciones.

“La información facilitada debe ser significativa, clara, precisa, oportuna, completa, porque su sentido es el seguimiento de los planes de acción, no diseñar la estrategia. Los objetivos y los planes de acción necesitan una herramienta útil, no una ideal” [2].

El objetivo de este artículo obedece a que, considero se debe de dar a conocer algunos aspectos del trabajo que realizan los S<sup>o</sup> de Admisión de nuestros hospitales al resto de facultativos porque su función es desconocida para una mayoría y desde luego, no está incluida en los estudios de Medicina.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El cuadro de mandos, en realidad, es una herramienta para poder realizar un estudio determinado de unas variables que nos interesen. Hay que elaborarlo para cada actividad.

La parte más importante de una empresa son sus clientes, del mismo modo, a nivel sanitario son los pacientes o usuarios. Y en este aspecto es importante la satisfacción de los mismos con nuestro sistema de Salud, con la atención recibida, con las posibles mejoras, con la rapidez en la atención de sus necesidades (o patologías) ...

Cuando se elabora un cuadro de mandos, o “tableau de bord” en el argot francés, se pueden entremezclar varios criterios, algunos de los más interesantes son: la valoración del tiempo, los niveles y las áreas, unidades, o departamentos de responsabilidad. Basándonos en estos principios, la información que figure en los cuadros de mandos ha de ser imprescindible y se debe presentar de una forma sencilla y sinóptica o resumida. Su estructuración ha de ser de tipo piramidal,

recalcando con mayor énfasis las informaciones más significativas.

El Sistema Nacional de Salud definió, en 2003, la lista de espera quirúrgica como el conjunto de Registros de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada. Se excluyen de la misma los usuarios con prescripción urgente de un procedimiento tanto quirúrgico de tipo diagnóstico como terapéutico, los trasplantes de órganos y los usuarios cuya intervención quirúrgica se programe durante su estancia hospitalaria. [3, 4].

“La existencia de listas de espera se debe a la discordancia existente entre la oferta y la demanda. Existe la llamada demora técnica, aquella que se produce cuando los tiempos de espera se corresponden con los necesarios para la planificación del trabajo, la organización de los recursos y la actividad en los quirófanos hospitalarios. No es sinónimo de mala gestión.” [4].

Hemos realizado un cuadro de mandos que pudiera ser empleado en nuestro complejo asistencial (CAZA) de acuerdo a una serie de parámetros y variables que apreciamos en el día a día, para ello utilizamos el programa Excell; dónde se detallan las variables a estudiar y se correlaciona temporalmente, (de enero a diciembre del año en curso).

A continuación, mencionaremos o definiremos una serie de datos que son imprescindibles para la elaboración del mismo. Nos referimos a:

1.- PRIORIZACIÓN Y TIEMPOS DE ESPERA: Los usuarios se identifican según prioridades: a.- Prioridad 1: El tratamiento quirúrgico programable no admite una demora superior a 30 días b.- Prioridad 2: La situación permite una demora relativa, la intervención ha de realizarse en menos de 90 días. c.- Prioridad 3: La patología permite demorar el tratamiento más de 90 días desde la inclusión en lista de espera [4].

2.- TIPO DE ESPERA: **1.- Pacientes en espera estructural (EE):** Aquellos cuya espera es atribuible a la organización o recursos disponibles. **2.- Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo (RC):** Aquellos que pendientes de una intervención quirúrgica, la espera es motivada por la libre elección del ciudadano. **3.- Pacientes transitoriamente no programables (TNP):** Aquellos cuya programación no es posible porque en un momento determinado se origina alguno de los siguientes motivos: 3a.- por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención (AM) 3b.-por solicitud de aplazamiento de la intervención por motivos personales y/ o laborales (AV). En ambos casos, la fecha de entrada en

LEQ no se modifica y el paciente conserva su antigüedad. **4.- Pacientes en espera no estructural:** Los que cuya espera no es atribuible a motivos de organización y/o a los recursos disponibles. Son los pacientes RC (rechazado la propuesta en un centro alternativo) y los TNP (transitoriamente no programables). [4].

Por el Decreto 68/2008 de 4 de septiembre, en Castilla y León, se creó el registro de pacientes en lista de espera (LE) de Atención especializada, regulándose las garantías de espera máxima en intervención quirúrgicas para esta comunidad [5].

### RESULTADOS

Lo que se ha elaborado es una propuesta de cuadro de mando, no se hace referencia a la lista de espera quirúrgica de nuestro centro asistencial, ni en el año en curso ni en anteriores. Es un modelo de "propuesta" (Tablas 1, 2, 3 y 4).

### DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El "tableau de bord" realizado es similar al que se emplea en otros centros asistenciales de nuestra comunidad. Hemos intentado ejecutarlo de forma concisa, completa, clara incluso, "visual", precisa y que se adecúa a nuestras necesidades (significativa), tomando como referencia el publicado en el artículo de Martínez-Pillado y cols., "Hacia el cuadro de mando integral por el cuadro de mando posible" [2], si bien, en nuestro caso sólo nos referimos a la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kaplan RS, Norton DP. *Cómo utilizar el Cuadro de Mando Integral para implantar y gestionar su estrategia*. 2ª ed. Barcelona: Gestión 2000; 2009.
- 2.- Martínez- Pillado M, Manuel Seco J, Suárez A, González-Sanjuán R, Vázquez C. *Hacia el cuadro de mando integral por el cuadro de mando posible*. Rev Cali. Asist. 2006; 21(1): 13-9
- 3.- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº134, (5 de junio de 2003)
- 4.- Santos y Pérez ME, Calvo Castelani C, Martín Pastor M, Medel Escalas S, Sánchez Calvo MP, Vaquero Campano J. *Estudio de la lista de espera quirúrgica (LEQ) en la última semana de agosto de 2023 en el Complejo Asistencial de Zamora*. Nuevo Hosp. 2024; XX (1): 13-20.
- 5.- Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de Atención Especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León nº 175/2008, (10 de septiembre de 2008)

**TABLAS Y FIGURAS**

LISTA ESPERA QUIRURGICA-	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>PACIENTES EN ESPERA ESTRUCTURAL (EE)</b>												
Prioridad 1												
Prioridad 2												
Prioridad 3												
<b>PACIENTES EN ESPERA NO ESTRUCTURAL</b>												
<b>PACIENTES EN ESPERA TRAS RECHAZO (RC)</b>												
<b>PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES (TNP)</b>												
a.- Por motivos clínicos (AM)												
b.- Por solicitud personal (AV)												
<b>TIEMPO MEDIO DE ESPERA ( en días)</b>												
Tiempo medio de espera pacientes espera estructural												
Tiempo medio espera pacientes rechazo centro alternativo												
<b>PACIENTES POR TRAMO DE ESPERA</b>												
<b>EN ESPERA ESTRUCTURAL (E2)</b>												
a.- <b>Prioridad 1</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181- 365 días												
>365 días												
b.- <b>Prioridad 2</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181- 365 días												
>365 días												
c.- <b>Prioridad 3</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181- 365 días												
>365 días												
<b>EN ESPERA TRAS RECHAZO (RC)</b>												
a.- <b>Prioridad 1</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181- 365 días												
>365 días												
b.- <b>Prioridad 2</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181- 365 días												
>365 días												
c.- <b>Prioridad 3</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181- 365 días												
>365 días												
<b>NÚMERO DE ENTRADAS EN EL REGISTRO</b>												
Nº en Bruto												
Tasa por mil habitantes												
<b>NÚMERO DE SALIDAS DEL REGISTRO (# pacientes intervenidos)</b>												
<b>ÍNDICE ENTRADAS/ SALIDAS (&gt;1 la lista aumenta)</b>												
<b>NÚMERO TOTAL DE SALIDAS (por cualquier motivo)</b>												
<b>DEMORA DE PACIENTES ACTIVOS</b>												
<b>ESPERA MEDIA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS</b>												
<b>DEMORA MEDIA PROSPECTIVA</b>												
<b>MOTIVOS DE SALIDA LEQ</b>												
por intervención												
por intervención con medios propios												
sin intervención												
por derivación a centro público												
por concertación con centro privado												
total por derivación ( centro publico + privado)												
<b>POBLACIÓN DE REFERENCIA</b>												

TABLA 1. Cuadro de mandos. Lista de Espera Quirúrgica. Completo  
 Elaborado por la Dra. M<sup>a</sup> Elvira Santos y Pérez

LISTA ESPERA QUIRÚRGICA.-	En.	Feb.	Mar.	Ab.	May.	Jun.	Jul.	Ag.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
<b>PACIENTES EN ESPERA ESTRUCTURAL (EE)</b>												
Prioridad 1												
Prioridad 2												
Prioridad 3												
<b>PACIENTES EN ESPERA NO ESTRUCTURAL</b>												
<b>PACIENTES EN ESPERA TRAS RECHAZO (RC)</b>												
<b>PACIENTES TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLES (TNP)</b>												
a.- Por motivos clínicos (AM)												
B.- Por solicitud personal (AV)												
<b>TIEMPO MEDIO DE ESPERA ( en días)</b>												
Tiempo medio de espera pacientes espera estructural												
Tiempo medio espera pacientes rechazo centro alternativo												

TABLA 2: Cuadro de mandos. Lista de Espera Quirúrgica. 1ª parte  
 Elaborado por la Dra. Mª Elvira Santos y Pérez

<b>PACIENTES POR TRAMO DE ESPERA</b>												
<b>EN ESPERA ESTRUCTURAL (EE)</b>												
<b>a.- Prioridad 1</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181-365 días												
>365 días												
<b>b.- Prioridad 2</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181-365 días												
>365 días												
<b>c.- Prioridad 3</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181-365 días												
>365 días												
<b>EN ESPERA TRAS RECHAZO (RC)</b>												
<b>a.- Prioridad 1</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181-365 días												
>365 días												
<b>b.- Prioridad 2</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181-365 días												
>365 días												
<b>c.- Prioridad 3</b>												
0- 90 días												
91- 180 días												
181-365 días												
>365 días												

TABLA 3: Cuadro de mandos. Lista Espera quirúrgica. 2ª parte  
 Elaborado Dra. Mª Elvira Santos y Pérez

<b>NÚMERO DE ENTRADAS EN EL REGISTRO</b>		número de casos durante el periodo de estudio
Nº en Bruto		
Tasa por mil habitantes		
<b>NÚMERO DE SALIDAS DEL REGISTRO (nº patient.intervenidos)</b>		pacientes dados de baja por intervención quirúrgica en el periodo
ÍNDICE ENTRADAS/ SALIDAS (>1 la lista aumenta)		relación nº entradas y nº salidas durante el periodo
<b>NÚMERO TOTAL DE SALIDAS( por cualquier motivo)</b>		todos los casos contemplados en el MS
<b>DEMORA DE PACIENTES ACTIVOS</b>		nº días transcurridos entre fecha entrada LEQ y último día mes menos el tiempo de aplazamiento
<b>ESPERA MEDIA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS</b>		Sumatorio ( fecha de salida - fecha entrada)/salidas registro por intervención
<b>DEMORA MEDIA PROSPECTIVA</b>		nº total pacientes pendientes/ promedio diario salidas totales en últimos doce meses
<b>MOTIVOS DE SALIDA LEQ</b>		
por intervención		
por intervención con medios propios		
sin intervención		
por derivación a centro público		
por concertación con centro privado		
total por derivacion ( centro publico + privado)		
<b>POBLACIÓN DE REFERENCIA</b>		

TABLA 4: Cuadro de mandos. Lista Espera quirúrgica. 3ª parte  
 Elaborado Dra. Mª Elvira Santos y Pérez