

Modelo de análisis comparativo (benchmarking) entre hospitales privados de características similares: Análisis operativo para la toma de decisiones

Benchmarking Model in Private Hospitals with similar characteristics operational analysis for decision making

Dr. Luis Miguel Vidal-Pineda¹

Resumen

Las personas que necesitan atención médica intrahospitalaria deben hacer una elección inteligente del hospital en el que recibirán su servicio, para lo cual se requiere de información sobre los niveles de calidad y eficiencia de cada institución; sin embargo, existen muy pocos estudios que muestren dichos resultados de forma individual y comparados entre hospitales de características similares, con el fin de tomar la mejor decisión. El factor que debería regir la elección de un hospital por parte de los pacientes es el grado de seguridad de que recibirán, la mayor calidad técnica médica, con la mayor satisfacción, a un costo razonable y de manera consistente; actualmente, por la falta de la información mencionada, la gran mayoría de las personas seleccionan la Institución de Salud en la que recibirán su tratamiento, con base en las características de la planta física, las comodidades ofertadas, el estatus social y su imagen en el mercado.

El presente estudio desarrolla un análisis, para conocer si los hospitales con la más alta calidad y mejor control de costos, otorgan la mejor accesibilidad, son los más seleccionados y por tanto, reciben el mayor volumen de pacientes para su atención médica. Asimismo, la aportación del presente artículo, es la creación de un modelo que puede ser aplicado a personas, departamentos, servicios u organizaciones, donde se establece de forma esquemática a través de cuatro cuadrantes, la posición de los servicios evaluados de acuerdo a sus resultados. Los cuadrantes definen si las organizaciones evaluadas son estratégicas, desarrollables, latentes o ineficientes. ¿En qué cuadrante se encuentra Usted o su Institución?

La posición en los cuadrantes se define a través la evaluación de los indicadores de cada variable. Una vez obtenida

la información y plasmada en las matrices de análisis, su diseño permite establecer cuatro tipos de planes de mejora continua; el primero, puede desarrollar una estrategia para mejorar los resultados de los indicadores de forma general; el segundo, puede definir acciones para mejorar los indicadores de forma individual por hospital; el tercero, establece líneas de acción para mejorar la variable de costo/ calidad, para el grupo de hospitales que lo requieren y el cuarto, define las estrategias para incrementar los resultados para la variable de acceso/volumen, en el grupo de hospitales definidos por el estudio.

Finalmente, cabe destacar que el estudio permitió establecer una plataforma de comunicación y negociación, entre quienes otorgan protección financiera y quienes proveen los servicios de salud. *Rev. CONAMED.2009; 14(3):19-25.*

Summary

People who require medical attention ought to make a thoughtful choice about the hospital they'll receive service in. To make this election possible, it's necessary to have the required information on each institution's quality and efficiency levels. However there are few investigations which include results, either with an individual or a comparative analysis between hospitals with similar characteristics, in order for the patient to make the best decision. The most important thing patients should take into consideration while selecting a hospital is the warranty it offers that they'll receive the best medical quality, the greatest satisfaction at a fair price in a coherent way. Nowadays, because of this lack of information, most patients select the health institution where they'll receive their treatments based on physical characteristics such as offered facilities, social status and the image they have in the market (market image).

¹ Director de Calidad y Eficiencia, Consejo de Salubridad General.

The present document develops an analysis to know if the hospitals with the highest quality and the best cost control offer the best availability, are the most selected ones and, therefore, receive more patients due to their medical attention. This article also proposes the creation of a new model-that can be applied to people, departments, services or organizations-which establishes a schematic structure of all the according to results-evaluated services status, through a framework of four quadrants. These quadrants define if the evaluated organizations are strategic, developable, latent or inefficient. Which quadrant are you or your institution located in?

The institution position in the quadrants is defined by each variable indicators evaluation. Once this information is obtained and expressed in the analysis formats, its design makes the establishment of four types of continuous improvement plans possible. The first one can develop a strategy to improve the results of the indicators in general; the second one can define actions to improve the indicators individually in each hospital. The third one sets action lines to improve the variable cost/quality for the group of hospitals that require it. The fourth one defines the strategies to increase the results for the variable of access/volume in the hospitals defined for the research group.

Finally, it should be emphasized that this research made the communication and negotiation platform - between the ones who provide financial protection and those who provide health services- possible.

Fecha de Recibido: 4 de junio de 2009.

Aceptado para publicación: 29 de julio de 2009.

Introducción

Los servicios de salud requieren de análisis comparativos, que permitan conocer su desempeño dentro del Sistema de Salud, en el que sirven a una población en relación a otros de tecnología similar, con el fin de tener información de referencia de sus competidores o sus pares, para poder establecer un programa de mejora continua, que les permita crecer y rentabilizar la atención que proporcionan; asimismo, les permite conocer los servicios existentes, las carencias y aciertos dentro del sistema, con el fin de complementarse para otorgar los servicios que la población requiere.

Por otra parte, este tipo de análisis deja en claro cuales son las debilidades y fortalezas de un sistema, de una estrategia de salud en su conjunto y de cada uno de los hospitales participantes; lo más importante es que permite establecer un programa de mejora continua, para cada estrategia y para cada hospital en lo particular, permite también establecer grupos estratégicos de trabajo, al segmentar a los hospitales participantes, agrupándolos de acuerdo a los resultados de su desempeño. Se debe insistir que el modelo que aquí se

presenta para hospitales, puede aplicarse para cualquier servicio, departamento y actividad en salud.

Hasta el momento actual no existen antecedentes de estudios comparativos similares en hospitales privados en México y en buena parte de Latinoamérica, que permitan tomar decisiones al sistema de salud privado, a los hospitales, a los pacientes y a los financiadores de los servicios. Todo esfuerzo que contiene como objetivo fundamental la mejora en la atención a la salud de las personas debe considerar, al menos, los conceptos de calidad, seguridad, costo, accesibilidad, disponibilidad, cobertura y protección financiera, conceptos que son evaluados y desarrollados principalmente por los proveedores de los servicios médicos; sin embargo, también debe incluirse a los financiadores y a las empresas administradoras de dichos servicios, para que el esquema pueda funcionar y esté completo; cabe destacar que se requiere de la voluntad de los principales actores involucrados, mencionados anteriormente: los servicios de salud, los financiadores y los administradores, para analizar y desarrollar el presente modelo, que tiene como uno de sus propósitos establecer una plataforma de comunicación para el sano desarrollo de todas las partes, en beneficio de los pacientes.

La plataforma de comunicación que contempla este modelo en beneficio de los pacientes/clientes, pretende establecer una interacción sana, informada, basada en resultados y evidencias; también desea establecer nuevos modelos de atención, nuevas propuestas y proyectos, que mejoren la dinámica entre todos los actores, para establecer una misma visión en el servicio y financiamiento de la salud.

La meta es ofrecer servicios de salud de calidad que otorguen los mayores beneficios a los pacientes, con los menores riesgos, para lograr seguridad en la atención y en el financiamiento de la salud con, costos razonables, cuyos resultados impactarán directamente en la rentabilidad y en los niveles de servicio, en beneficio de los pacientes/clientes actuales y en las posibilidades de desarrollo de nuevos mercados.

Justificación

El modelo de análisis comparativo (Benchmarking) entre Hospitales Privados en México, que tengan una infraestructura y tecnología similar, nace como una necesidad para poder tomar decisiones con respecto al financiamiento del gasto en salud, que se genera desde el Sector Asegurador y que impacta en el costo de las primas del seguro; por ello, en los últimos años se ha desarrollado el presente modelo, con el fin de orientar las decisiones de financiamiento de la salud y presentar un esquema de desarrollo de proveedores, que impacte en la salud de los mexicanos que se atienden en dichos hospitales; asimismo, los resultados que arroja el presente estudio, son de utilidad para la mejora continua de los propios servicios de atención a la salud.

Cabe destacar que el modelo que se presenta tiene aplicación en cualquier nivel de atención, en cualquier departamento o servicio de atención médica y en cualquier actividad del quehacer profesional dedicado a la salud.

Para lograr el crecimiento, la cobertura y los niveles de rentabilidad de los servicios de salud, es indispensable que conozcan muy bien la posición que ocupan dentro del sistema al que pertenecen. Si el modelo se aplica solamente a un departamento, área o servicio, también sería importante conocer su posición con respecto a otros servicios de características e infraestructura similar en el país, esto es especialmente importante cuando se requiere contar con referencias calificadas similares y que sean las mejores en su tipo, para tener un comparativo (benchmarking) que ayude al desarrollo de estrategias, para mejorar su posicionamiento, su imagen, su rentabilidad y sobre todo, el servicio otorgado a sus pacientes/clientes.

La globalización exige que se desarrollen análisis comparativos, no solamente al interior de un país o una ciudad, sino de forma internacional con el fin de contar con referencias de infraestructura y tecnología similar para desarrollar los servicios hacia una atención de clase mundial.

Existen las certificaciones y acreditaciones internacionales de muy alto nivel; sin embargo, no necesariamente incluyen dentro de sus indicadores todos aquellos que evalúan el trabajo conjunto y la interacción cotidiana y que permitan la comunicación, análisis y negociación entre los proveedores de los servicios hospitalarios y los proveedores de los esquemas de financiamiento. Se consideró conveniente desarrollar un modelo de análisis comparativo como una plataforma de comunicación entre financiadores y prestadores de servicios, además de servir como información relevante para mejorar el servicio, lograr el crecimiento y alcanzar los niveles de rentabilidad requeridos en ambos sectores; dicho modelo fue creado para la acción y la toma de decisiones cotidiana.

Hipótesis

Los Hospitales con la más alta calidad y mejor control de costos otorgan la mejor accesibilidad y reciben el mayor volumen de pacientes para su atención médica.

Premisas

Todos los servicios de salud deben contar y proporcionar información básica con el fin de que los pacientes y quienes financian la atención hospitalaria puedan tomar una decisión informada para que dichos pacientes elijan el hospital donde recibirán su atención; sin embargo, existen preguntas que no han tenido respuesta en los últimos años y que el presente modelo debe responder y comprobar si la hipótesis es correcta, por tanto, lo deseable es contar con una respuesta a: ¿Qué hospital proporciona los mejores resultados?, ¿Cuál es el que tiene el mejor control de costos?, ¿Quién de ellos

garantiza sus procesos de servicio?, ¿Quién de ellos garantiza la calidad técnica a los usuarios?, ¿Existe un sistema de información que los respalde?

Como las anteriores existen múltiples preguntas que se desean responder en función de los precios, la facturación, los posibles errores en los cobros, si existen paquetes que otorguen tranquilidad financiera a los usuarios, procedimientos de corta estancia o promedio de estancia en el hospital para anticipar los gastos y si existen algunos mecanismos que revisen los resultados de calidad de la institución.

Algunas de las dudas más recurrentes en los pacientes de servicios privados es su costo y principalmente, si el paciente pagará de su bolsillo la atención que será recibida. Los terceros pagadores desean saber las variaciones del costo de la atención para poder definir un precio para la prima del seguro, ya que actualmente no es posible hacer predecible el gasto por cada atención hospitalaria pero, si se cuentan con elementos de calidad y costos por parte de los hospitales, la decisión podrá ser mejor y con resultados predecibles.

Las preguntas a todas las interrogantes, las debe graficar un modelo que integre las respuestas, que permitan conocer el nivel de desarrollo de los hospitales y su posición en relación al resto de los participantes. El presente estudio está enfocado a la metodología, no al desempeño de un hospital en particular; es por ello, que los hospitales participantes se presentan sin nombre y representados con un número y cualquiera de ellos podría ser alguno de los miles registrados en la República Mexicana.

Material y métodos

Los niveles de rentabilidad y crecimiento de los hospitales privados y del Sector Asegurador, deben alcanzar los niveles de calidad y costos deseables, que beneficien a ambos sectores y a los mexicanos que demandan una atención médica y una cobertura financiera de calidad a costos razonables, es por ello, que se creó una plataforma de comunicación, donde se analizan de forma conjunta algunos resultados que indican una tendencia y que apoyan en ambos casos a la toma de decisiones, para la mejora continua de la atención médica y de su financiamiento.

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal con información obtenida de los últimos tres años calendario para todos los indicadores. El grupo en estudio seleccionado para su análisis comparativo fue de 10 hospitales privados de tercer nivel, que contaran con infraestructura similar, que atendieran los procedimientos seleccionados, entre 50 y 120 camas, con el mismo nivel de tecnología y que el mercado socioeconómico al que están enfocados fuera el mismo. Cabe destacar que entre ellos son competidores.

Para poner en práctica los indicadores del presente modelo, fue necesario establecer condiciones de evaluación exactamente iguales para todos, con el fin de lograr

una comparación equilibrada y estabilizada; para ello, la población en estudio fueron personas a las que se les practicó cirugía y contó con una muestra de 90 pacientes para cada uno de los 5 procedimientos quirúrgicos seleccionados, para su análisis en cada uno de los hospitales participantes y que tuvieran el mismo rango de edad (15-30 años), sin complicaciones y sin co-morbilidades, para evitar que alguno de los hospitales argumentara que recibía a los pacientes más complejos con esos procedimientos y justificar sus resultados en calidad y costos. Cualquier paciente que no contara con los criterios anteriores fue excluido de la muestra, misma que fue de 90 personas por ser el universo total atendido en el periodo estudiado. Los procedimientos fueron seleccionados por ser los cinco más frecuentes y son: adenoamigdalectomía, hernioplastía inguinal, hysterectomía, colecistectomía y apendicectomía.

Debido a que se trata de un modelo para la acción y la toma de decisiones inmediata, las respuestas a cada indicador para los procedimientos seleccionados fueron binarias –sí o no-, es decir, cuenta el hospital con el indicador o no cuenta con él. En algunos casos el indicador se encontró muy desarrollado y consolidado y en otros se encontró en etapa incipiente, para diferenciarlos se colocó un signo + a los consolidados, un signo – a los incipientes y sin signo a aquellos que se encontraron en marcha aún sin signos de consolidación. Existen indicadores que sólo presentan guiones (-) ya que no se encuentra disponible la respuesta o por confidencialidad no fueron anotados en las respuestas. Para los indicadores que muestran costo medio y promedio de estancia, solo se obtuvo la media estadística y con el fin de poder graficarlo, se aplicó desviación estándar para conocer su distribución y si existían "outliers", mismos que no se presentaron.

Para lograr lo anterior, se debían seleccionar las variables y los indicadores que mostraran el análisis comparativo entre los hospitales, en su interacción con los aseguradores y la existencia de estrategias o actividades, que son motivo de negociación y revisión entre ambos sectores¹.

Las variables dependiente e independiente son: acceso/volumen y calidad/control de costos (Figura 1); para cada una se definieron indicadores que permitieron mostrar las directrices que serían la base de la comunicación/relación entre hospitales y financiadores.

Los indicadores definidos para cada variable fueron:

Variable Independiente: Calidad/Control de costos. Es el grado de seguridad de que los pacientes recibirán, en los hospitales seleccionados, calidad técnica con la mayor satisfacción a un costo razonable.

Indicadores:

1. Catálogo de precios (que exista una lista de precios sobre insumos y servicios).
2. Facturación predecible (que no existan errores en la facturación).

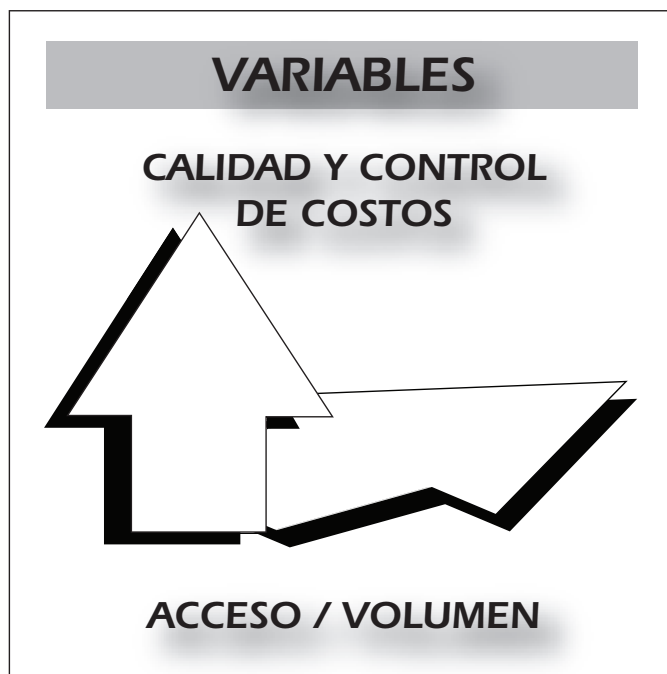


Figura 1. Variables dependiente e independiente: acceso/volumen y calidad/control de costos.

3. Descuento en la factura (que exista un incentivo económico para quien paga).
4. Facturación promedio (costo promedio por paciente en la atención hospitalaria de los principales procedimientos).
5. Sistema de información (que exista un área que pueda informar sobre el desempeño en la atención de algún paciente y sus costos).
6. Días de estancia hospitalaria. (promedio de estancia de los días de hospitalización para los diagnósticos seleccionados para el estudio).
7. Paquetes hospitalarios (que existan paquetes de servicios y sus costos, que permitan el prepago de la atención y que aseguren el costo al egreso).
8. Corta estancia (que existan servicios ambulatorios para los procedimientos, que permitan su atención por este mecanismo, que no requieran hospitalización y puedan regresar a casa a recuperarse).
9. Readmisiones (hospitales que presentan reingresos de pacientes, que requieren de una reintervención del procedimiento original por el que fueron atendidos).
10. Comités de infecciones, morbilidad, mortalidad y mejora continua (que existan los mecanismos que aseguran la mejora en la calidad y la seguridad de la atención a los usuarios de los hospitales participantes).

II. Variable dependiente: Acceso/volumen. Son los atributos por los cuales los pacientes seleccionan el hospital en el que desean ser atendidos.

Indicadores:

1. Red de médicos (que exista suficiencia de médicos y especialidades que atiendan a los pacientes/clientes que son ingresados y que además tengan convenio con los aseguradores).
2. "Staff" de Urgencias (suficiencia de médicos y especialidades que atienden en el servicio de urgencias).
3. Convenio/contrato de servicios (que el hospital cuente con un convenio con los aseguradores que permita la accesibilidad a los pacientes/clientes).
4. Pago directo (que exista un convenio entre hospital-asegurador que permita otorgar un servicio a los pacientes/clientes, donde la aseguradora pague directamente al hospital, evitando el pago de bolsillo o financiamiento temporal por parte de los pacientes).
5. Imagen (que existan instalaciones y comodidades en el hospital que proveen de confort a los pacientes).
6. Sin depósito (que no sea necesario que el paciente entregue un depósito monetario en la caja del hospital para ser ingresado).
7. Ubicación geográfica (que el hospital se encuentre cercano al domicilio de los pacientes/clientes).
8. Nivel socioeconómico (mercado al que van dirigidos alto-medio-bajo).
9. Limitación de acceso a planes (que no existan restricciones a los pacientes por el tipo de póliza de cobertura financiera con el que cuentan).
10. Volumen (cantidad de pacientes que seleccionan al hospital como su preferencia para ser atendidos).

Para la recopilación de datos se revisaron las facturas y sus características de consumo para todos los pacientes, revisión de notas médicas y visitas a cada hospital, se entrevistaron a los pacientes sobre la selección del hospital y se revisaron las estadísticas y minutas de comités conjuntamente con los responsables en cada hospital.

Para asegurar los resultados de los 20 indicadores cada hospital presentó evidencia escrita en cada caso y además fueron aprobadas dichas evidencias y sus respuestas, tanto por los proveedores (hospitales) como por los financiadores (aseguradoras).

Las reuniones de revisión se llevaron a cabo con los Directores Generales de los Hospitales participantes y responsables de área, con el fin de que los resultados permitieran establecer un programa de mejora con el apoyo de la alta dirección ².

Resultados

Resultados A: Cada indicador de calidad/control de costos fue evaluado para cada uno de los 10 hospitales participantes (Figura 2). Existe una columna que dice U.S.A. que solo pretende ejemplificar la necesidad de hacer comparaciones internacionales para lograr competitividad debido a la globalización.

INDICADORES COSTO / CALIDAD											
Hospitales Variables	U.S.A.	H7	H5	H3	H10	H9	H4	H6	H8	H2	H1
Catálogo de Precios (Indicadores)	SI	NO	SI+	SI	SI	SI	NO	NO	SI-	SI	NO
Facturación Predecible (C. C.)	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI-	SI-	SI	NO
Descuento	30%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Facturación Promedio	—	62	60	67	43	85	73	58	48	61	100
Sistema de Información	SI	NO	SI-	SI-	NO	SI	NO	SI-	SI-	SI	NO
Días Estancia ^a	1.5	2.4	2.5	2.5	2.8	2.9	2.9	2.9	3	3.4	3.9
Paquetes	DRGs	SI-	SI+	SI++	SI-	SI-	SI-	NO	SI-	SI-	SI-
Corta Estancia	75%	SI-	SI	SI-	SI-	NO	SI	NO	SI-	SI	SI
Readmisiones	—	—	—	—	—	—	SI	—	—	—	SI
Comité de infecciones	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comité de Morbilidad	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO
Comité de Mortalidad	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Comité de Mejora Continua	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO

Figura 2. Indicadores costo/calidad.

Resultados B: Cada indicador de acceso/volumen fue evaluado para cada uno de los 10 hospitales participantes (Figura 3).

INDICADORES ACCESO / VOLUMEN											
Hospitales Variables	H7	H5	H3	H10	H9	H4	H6	H8	H2	H1	
Red de Médicos	SI-	SI	SI	NO	SI-	SI-	SI-	SI-	NO	SI+	
Staff de Urgencias	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
Convenio Contratos Servicios	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	
Pago Directo	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	
Imagen	SI-	SI-/+	SI	SI++	SI-	SI-	SI-/+	SI	SI++	SI++	
Sin Depósito	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	
Ubicación Geográfica	Centro	Centro	Sur	Centro	Centro	Norte	Centro	Norte	Centro-Nte.	Sur	
Nivel Socio-económico	A/M/B	A/M/B	A/M/B	A/M/B	A/M/B	A/M/B	A/M/B	A/M/B	A/M/B	A/M/B	
Limitación de acceso planes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Volumen	Bajo	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Medio	Alto	

Figura 3. Indicadores acceso/volumen.

Los resultados que se observan para los indicadores de calidad/control de costos y acceso/volumen, muestran información relevante para la toma de decisiones y para comprobar si la hipótesis se cumple. Las respuestas en las Figuras 2 y 3 pueden leerse de forma vertical o de forma horizontal; mientras que de forma vertical muestran el desempeño de un hospital, de forma horizontal muestran el desempeño de un indicador, que para fines prácticos y operativos, dichos indicadores son las acciones que aseguradoras y hospitales necesitan desarrollar de acuerdo a sus convenios, para que sus pacientes/clientes reciban la mejor atención a costos razonables, con el fin de mejorar el costo de la prima del seguro y los servicios que los hospitales proveen.

Al observar los indicadores de costo medio, los resultados están expresados en porcentaje para los 5 procedimientos seleccionados, es decir, mientras que el hospital con el costo medio más alto para dichos procedimientos está expresado porcentualmente con 100 (100%) el resto también está expresado porcentualmente y comparado con el hospital que tiene el valor del 100%, es decir, si algún hospital tiene un valor de 48 eso indica que el costo promedio para los 5 procedimientos es del 48% (prácticamente la mitad), en relación al hospital con el mayor costo promedio expresado con el 100%. Los promedios de estancia mayores se relacionan con un costo promedio más elevado, como se puede observar en el hospital número 1 (H1) que tiene el promedio de estancia más elevado, el costo más elevado y es el hospital que cuenta con el mayor número de respuestas negativas.

De acuerdo a la hipótesis se esperaría que al tratarse del hospital más costoso en el análisis comparativo y con el mayor número de respuestas negativas a los indicadores de la variable calidad/control de costos, fuera quien recibe al menor número de personas y tiene acceso limitado; sin embargo, en el momento de revisar los resultados de los indicadores de su variable de acceso/volumen, es quien tiene la mayor cantidad de respuestas positivas lo que, muy contrario a la hipótesis, indica que facilita el acceso y atiende a la mayor cantidad de pacientes/clientes dentro del grupo de hospitales del estudio. Existen hospitales como el H5 que sí comprueban la hipótesis, teniendo un volumen alto de pacientes y contando con los resultados en términos de calidad/control de costos más altos del grupo.

Por lo anterior, la decisión es establecer un plan de desarrollo, que logre que la hipótesis se cumpla en todos los casos, para facilitar el acceso y la atención de los pacientes, en hospitales de excelencia en la atención médica.

Además del análisis vertical y horizontal de los resultados de los indicadores de ambas variables, para lograr establecer planes de trabajo con los hospitales, se realizó un resumen ejecutivo para los 10 hospitales en 2 grupos: el número I es el grupo de hospitales con el nivel de calidad/control de costos más alto dentro del grupo en estudio, mientras que el número II presenta los niveles medios y bajos en sus resultados (Figura 4). Se estableció la división exclusivamente en dos grupos, con el fin de establecer un Plan de Desarrollo basado en las dos variables, es decir, el primer grupo deberá desarrollar la variable acceso/volumen, debido a que tiene fortalecida la de calidad/control de costos, mientras que el segundo grupo primero deberá desarrollar y fortalecer la variable calidad/control de costos para que, eventualmente, desarrolle la segunda variable referente al volumen de pacientes. El H1 con el nivel más bajo de calidad/control de costos deberá unirse al primer grupo para fortalecer dicho nivel ³.

SERVICIOS HOSPITALARIOS											
Concepto	I					II					
	U.S.A.	H5	H2	H3	H8	H10	H7	H6	H4	H9	H1
Calidad y Control de Costos	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo
Facturación Promedio	—	60	61	67	48	43	62	58	73	85	100
Días Estancia	1.5	2.5	3.4	2.5	3	2.8	2.4	2.9	2.9	2.9	3.9

Figura 4. Servicios hospitalarios.

Los resultados del estudio indican que existen cuatro tipos de hospitales, uno en cada cuadrante, presentando características diferentes entre ellos, aún cuando tienen en común su propio cuadrante que los define, es decir, los hospitales solo pueden ser: Estratégicos, Desarrollables, Latentes e Ineficientes. Los resultados definen el plan de desarrollo para cada hospital en lo particular; pero, es importante mencionar que existen Planes de Desarrollo por grupo de hospitales y también la metodología permite desarrollar un plan para cada estrategia de calidad/control de costos y de acceso/volumen ⁴.

Para graficar los hospitales y relacionarlos con la hipótesis se diseñó una gráfica en 4 cuadrantes (Figura 5) y cada uno de los cuadrantes tiene un calificativo en relación a la hipótesis:

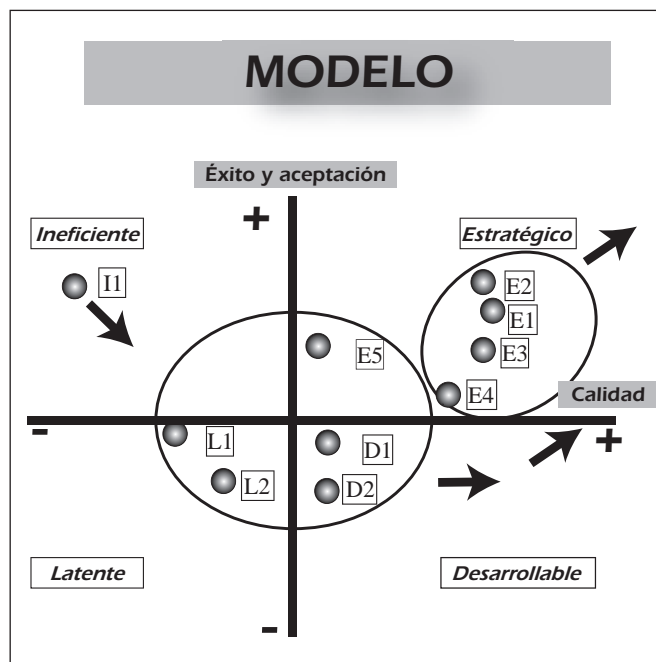


Figura 5. Cuadrantes de calidad y control de costos.

Cuadrante Estratégico. Es el que grafica a los hospitales con la mayor calidad/control de costos y el mayor acceso/volumen, lo que quiere decir que es el cuadrante que comprueba la hipótesis: “Los Hospitales con la más alta calidad y mejor control de costos otorgan la mejor accesibilidad y reciben el mayor volumen de pacientes para su atención médica”.

Cuadrante Desarrollable. Hospitales con niveles altos de calidad/control de costos y que deben ser desarrollados para que faciliten el acceso a los usuarios y atiendan un mayor volumen de pacientes/clientes.

Cuadrante Latente. Es el que los hospitales no se han desarrollado en ninguna de las dos variables y requieren de su atención en los dos ámbitos.

Cuadrante Ineficiente. Es el que contiene a los hospitales que atienden a un volumen alto de pacientes/clientes se les facilita el acceso; sin embargo, sus niveles de calidad/control de costos son los más bajos del grupo.

Los Planes de desarrollo se enfocan en 4 ámbitos:

1. De forma particular a cada hospital de acuerdo a sus resultados.
2. Desarrollar los indicadores de las dos variables que son las acciones que se requieren para lograr la hipótesis.
3. Desarrollar el Grupo I de hospitales en su variable acceso/volumen.
4. Desarrollar el Grupo II de hospitales en su variable calidad/control de costos.

Discusión

Es indispensable diseñar indicadores de forma conjunta cuando dos Sectores desean ser beneficiados, creando una sola plataforma de comunicación, evaluación y análisis para la toma de decisiones, para la negociación y para acordar sobre los planes de desarrollo conjuntos; de lo anterior emanarán los apoyos que ambas partes se deben proporcionar para lograr el objetivo (hospitales y aseguradoras).

Todo estudio comparativo que permite conocer el posicionamiento de una institución, de un departamento, o de un área específica provee de información para conocer el nivel de competitividad que tiene la organización incluida en el estudio; así también, siempre es útil saber el lugar que se ocupa en relación a la competencia o entre pares, con el fin de lograr la competitividad deseada según el tipo de negocio.

El modelo de análisis comparativo evidencia que se requieren de hospitales eficientes que satisfagan las necesidades de salud, con un esquema claro de control de costos, que de cumplirse, deben ser incentivados con un mayor volumen de pacientes por parte de las aseguradoras y facilitando el acceso a los individuos, para que los seleccionen como su mejor opción.

Este Benchmarking permite un análisis objetivo de los hospitales, creando un mismo idioma con las aseguradoras y estableciendo una misma plataforma de comunicación.

Este esquema le proporciona una nueva visión a los financiadores de la salud, al pasar de un esquema exclusivo de protección financiera a un esquema de protección de la salud, pasando de ser pagadores pasivos a promotores activos de la calidad y la seguridad de los pacientes y evolucionando de planes de pago a planes de desarrollo conjunto.

Todos los hospitales participantes mostraron su gran interés en conocer quienes son sus competidores más cercanos y desean que este ejercicio se repita, para conocer su posición en el mercado de la salud privada. Para ser un servicio de clase mundial necesitamos conocer el benchmarking que nos posiciona y nos indica las acciones que se deben seguir para ser el mejor en su ramo.

Todos los individuos y organizaciones tenemos un benchmarking que nos catapulta a desarrollar los niveles más altos de calidad y es indispensable, que siempre conozcamos a quien o quienes hacen mejor su trabajo en el mundo o en nuestro país.

Esta metodología puede ser aplicada a un grupo de individuos, a cualquier tipo de servicios, a auxiliares de diagnóstico y tratamiento, enfermería o cualquier personal o área dentro o fuera del sector salud. El éxito de los individuos y las instituciones depende de cada uno; sin embargo, siempre puede existir alguien mejor que nos puede enseñar y mostrar nuevas herramientas, nuevos procedimientos, nuevos paradigmas que pueden traer mejores resultados y hacer más eficiente el trabajo cotidiano.

Bibliografía

1. Doran T. Fullwood C., Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M; "Pay-for-Performance Programs in family Practices in the United Kingdom"; *New England Journal of Medicine*; 2006, 355 : 375-384.
2. Stephen P. Robbins; "Comportamiento organizacional"; Pearson Prentice Hall; Décima Edición; 2004.
3. James A. F. Stoner, R. Edward Freeman, Daniel R. Gilbert; "Administración"; Pearson Educación; traducido del Inglés de la obra *management*; Sexta Edición; 1996.
4. Franklin Covey; "Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva"; Editorial Paidós Mexicana, S.A.; 1ª. Edición en la colección Paidós Plural, 1997, Reimpresión 2000.

Agradecimientos

A mi familia por su apoyo incondicional y permanente. Al Act. Fabian Casaubon y al Dr. Enrique Ruelas, por sus aportaciones y su guía.