

## BENCHMARKING EN HOSPITALES PÚBLICOS A PARTIR DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR LA CONTABILIDAD DE COSTES

*(Benchmarking in Public Hospitals under Cost Accounting Information)*

Beatriz García Cornejo  
Profesora Titular de la Universidad de Oviedo

### RESUMEN

*El Benchmarking (BM) es una de las técnicas más empleadas para poner en práctica algunas de las líneas maestras de la Nueva Gestión Pública. En concreto, dentro del sector sanitario destaca la experiencia de BM en hospitales en el Reino Unido, la cual sirve como referencia para el presente estudio.*

*El objetivo fundamental de este trabajo consiste en evaluar empíricamente la utilidad del BM basado en información sobre costes para la mejora de la gestión en los hospitales públicos españoles a partir de una encuesta dirigida a los profesionales implicados en su gestión económica. Los resultados sugieren que los gestores sanitarios consideran el BM basado en costes una herramienta útil a pesar de las limitaciones inherentes a los procesos de comparación. Sin embargo, opinan que deben cumplirse algunos requisitos para garantizar la fiabilidad de las comparaciones y para aprovechar el potencial de la técnica en la gestión.*

*Palabras clave: benchmarking, Contabilidad de Costes, hospitales públicos, sistemas sanitarios públicos.*

### ABSTRACT

*Benchmarking (BM) is one of the most used tools for implementing some features of the New Public Management. In particular, within the health care sector, the experience in UK hospitals is an outstanding example, which is used as a reference in this study.*

*The main objective of this paper is to test empirically the usefulness of BM for the improvement of management in Spanish public hospitals, based upon information obtained from surveyed people involved in their financial management. The results suggest that health care managers regard cost BM as a useful tool in spite of the inherent limitations to the comparison processes. Nevertheless, according to the aforesaid professionals, there are some requirements that must be met to guarantee the reliability of the comparisons and to make the most of the potential of the managerial technique.*

*Key words: benchmarking, Cost Accounting, public hospitals, public health systems.*

## 1. INTRODUCCIÓN

En España, el gasto sanitario público en 2002 fue de 37.964 millones de euros<sup>1</sup> y se estima que podría crecer, en términos reales, un 35 % hasta el año 2013, alcanzando el 6% del PIB. Las principales causas de este crecimiento seguirán siendo, probablemente, el aumento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) y los factores demográficos (Puig-Junoy *et al.*, 2004, p. 118).

La conclusión del traspaso de competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas (CCAA) en enero de 2002 reabrió el debate sobre la financiación y el control del gasto sanitario. Las CCAA, enfrentadas a los tradicionales problemas de la gestión sanitaria, y con dificultades para adoptar medidas recaudatorias que pueden tener un elevado coste electoral, reclaman mayores recursos al Estado y piden que se renegocie el sistema de financiación sanitaria autonómica.

En la segunda Conferencia de Presidentes Autonómicos, celebrada en septiembre de 2005, el Gobierno español se comprometió a aportar más recursos a la sanidad y anunció la necesidad de adoptar una serie de medidas con los objetivos de racionalizar el gasto y mejorar la eficiencia. Estas medidas aparecen recogidas en el informe elaborado por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario<sup>2</sup> y la mayoría de ellas ya se están desarrollando en todas las CCAA, aunque con diferencias en su intensidad o en su concreción práctica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005b). Entre las propuestas figuran: centralizar las compras de productos sanitarios en cada ámbito territorial, asegurar el uso racional de los medicamentos, fomentar un uso más racional de todos los servicios sanitarios, reducir las tasas de variabilidad en la práctica clínica a través de la definición de procesos<sup>3</sup>, establecer incentivos para los profesionales sanitarios que les empujen a un incremento de la calidad asistencial y a corresponsabilizarse con el gasto, potenciar la evaluación de las tecnologías médicas y reforzar la atención primaria.

Otra de las medidas propuestas consiste en que el Ministerio de Sanidad y Consumo, bajo las directrices del Consejo Interterritorial de Salud –órgano de representación de las CCAA– desarrolle el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SI-SNS), ya establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS<sup>4</sup>. La principal finalidad del SI-SNS será responder a las necesidades de sus usuarios, es decir, las autoridades sanitarias, los gestores y profesionales de la sanidad y los ciudadanos, por lo que deberá incorporar datos sobre la población (a través de la tarjeta sanitaria), las necesidades y la demanda, la actividad y los resultados, y sobre la utilización de los recursos y los costes. El suministro de información tiene previsto hacerse a través de un banco de datos, estadísticas, indicadores, informes técnicos y publicaciones periódicas de distinta índole (Alfaro, 2006).

Esta iniciativa trata de resolver la histórica ausencia de sistemas de información eficaces y comunes en el SNS, un problema que se ha agudizado después de las transferencias sanitarias, y tiene como objetivos básicos incrementar la transparencia y la rendición de cuentas del SNS, así como ofrecer datos comparativos que permitan identificar ineficiencias y áreas de mejora en todos sus ámbitos. En concreto, la información relativa a los hospitales tendrá un protagonismo especial, habida cuenta de que los costes hospitalarios constituyen el principal componente del gasto sanitario público.

En realidad, estos costes eran publicados en los últimos años por el INSALUD para los hospitales de las CCAA que aún no habían recibido las competencias sanitarias antes de 2002, el denominado INSALUD-Gestión Directa o INSALUD-GD (INSALUD, 1999, 2000, 2001a). Además, algunas de las CCAA que ya gestionaban su sanidad antes de 2002, como Valencia y Andalucía, han creado sistemas de información propios que permiten realizar comparaciones de costes entre sus hospitales y que, en el caso andaluz, están a disposición del público en Internet (SAS, 2004). Por otra parte, es importante señalar que la publicación de costes hospitalarios es una práctica habitual desde hace años en otros países con sistemas de salud públicos, como el Reino Unido, Francia, Australia o Italia, o mayoritariamente privados, como Estados Unidos. Los objetivos de estas publicaciones son la rendición de cuentas, la obtención de datos para fijar los precios de compra de los servicios<sup>5</sup> y el impulso del benchmarking (BM) utilizando los valores medios como referente (Magnus y Smith, 2000; Northcott y Llewellyn, 2002, 2003; AIHW, 2004; Barretta, 2005; ATIH, 2006).

El BM es una técnica de gran utilidad para implementar algunas de las líneas maestras de la denominada Nueva Gestión Pública (Montesinos, 1999; Navarro y Ortiz, 2003) —rótulo bajo el que se recoge la adopción de técnicas empresariales e instrumentos contables en la gestión de los servicios públicos (Van Helden, 2005)— la cual tiene una influencia creciente en el ámbito sanitario internacional (Kurunmäki *et al.*, 2003, p. 113).

En concreto, la experiencia en BM a partir de la información sobre costes hospitalarios en el *National Health Service* británico (NHS) resulta reveladora y merece ser estudiada por otros países que pretendan llevar a cabo procesos de BM. Aunque existen otros ejemplos de iniciativas de este tipo, como es el caso del *Osservatorio Costi* de la región Toscana en Italia (Barretta, 2005), la experiencia británica se ha elegido como referencia para este trabajo por varias razones: 1) el modelo sanitario público británico se ha tomado en diversas ocasiones como referente cuando en España se han tratado de abordar reformas organizativas o de gestión (v. Calzado, 2005); 2) la aplicación e importancia del BM está aumentando en el sector público británico en general (Wolfram Cox *et al.*, 1997; Bowerman *et al.*, 2001; Jones, 2002) situando al Reino Unido a la cabeza de los países europeos en el empleo del BM dentro del sector sanitario (Northcott y Llewellyn, 2005, p. 420); 3) en la actualidad todos los hospitales públicos británicos están incluidos en un proceso de BM obligatorio impulsado por el Gobierno y que culmina con la publicación anual de un ranking de los hospitales en función de sus costes; 4) ha transcurrido el tiempo suficiente para que aparezcan publicaciones acerca de las ventajas e inconvenientes asociados al empleo de la técnica (Jones, 2002; Northcott y Llewellyn, 2002, 2003; Guven-Uslu, 2005; Llewellyn y Northcott, 2005), las cuales sirven como punto de apoyo para plantear nuevas investigaciones acerca de la utilidad del BM para la gestión sanitaria.

El principal objetivo de este trabajo es evaluar empíricamente el potencial del BM en costes hospitalarios en el SNS español utilizando como referencia la experiencia británica. Para ello se ha realizado un estudio empírico, materializado en una encuesta, mediante el cual se pretende conocer las actitudes de los profesionales implicados en la gestión económica de los hospitales públicos hacia la técnica del BM basado en costes.

El resto del trabajo se estructura como sigue. En el siguiente apartado se aborda el concepto de BM situándolo en el contexto de la Nueva Gestión Pública. El apartado 3 se centra en el BM hospitalario haciendo especial referencia a las experiencias británica y española. La metodología empleada en el trabajo y la discusión de los resultados se presentan en los apartados 4 y 5 respectivamente. Finalmente el apartado 6 recoge las conclusiones del estudio, sus limitaciones y sus implicaciones para futuras investigaciones.

## 2. EL BENCHMARKING EN EL CONTEXTO DE LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA

En la literatura sobre gestión pueden encontrarse distintas definiciones de BM en las que se repiten las mismas ideas de mejora continua, medición respecto a un estándar y rigor (Wolfram Cox *et al.*, 1997, p. 287). De forma concisa, el BM consiste en proponerse metas empleando normas externas y objetivas y aprendiendo de los otros (Boxwell, 1995, p. 15), o dicho de otra forma, BM es encontrar e implementar las mejores prácticas (Camp, 1998, p. 10).

El proceso de BM consta de varios pasos (Spendolini, 1992): 1) en primer lugar, la organización decide en qué actividades o procesos se va a hacer BM; 2) a continuación se crea un equipo de BM; 3) en el tercer paso se seleccionan los indicadores y los colaboradores (o el estándar) más adecuados para realizar la comparación; 4) en el cuarto paso es preciso analizar los procesos existentes en la organización, identificar la “brecha” que surge al comparar el rendimiento de la propia organización con el de aquella que se considera “la mejor” según los datos disponibles, y establecer los objetivos a alcanzar (adoptar nuevas prácticas, objetivos de coste, etc.) así como el cronograma de ejecución; 5) finalmente, la organización emprende las acciones necesarias para lograr los objetivos.

Uno de los requisitos necesarios para implantar el BM en una organización y mejorar sus resultados consiste en contar con datos cuantificables que puedan compararse (Boxwell, 1995, p. 77 y ss.), por lo que en el caso de utilizar indicadores financieros será necesario garantizar la uniformidad de los criterios de cálculo en las distintas organizaciones. Además, con independencia de que se trate de una entidad pública o privada, para aplicar la técnica con éxito será decisivo contar con el compromiso del personal para hacerlo bien, por lo que la organización debe desarrollar una “cultura de BM” (Boxwell, 1995, p. 47) y superar la indecisión y resistencia internas a la implantación de nuevos enfoques o procesos. Lograr el apoyo de la alta gerencia y de los cuadros medios también es un paso clave en la implementación del BM (Elnathan *et al.*, 1996, p. 40, Escobar *et al.*, 2004).

Aunque la mayor parte de la literatura sobre BM se ha centrado en su aplicación en compañías del sector privado, diversos estudios muestran cómo el BM comienza a ser una herramienta de gestión cada vez más utilizada en las organizaciones públicas (Dorsch y Yasin, 1998; Kouzmin *et al.*, 1999). Este creciente interés hacia las técnicas de gestión empleadas en el sector privado se debe a la transformación experimentada en las dos últimas décadas por el sector público, caracterizada por el paso de una “cultura administrativa y de aplicación de reglas” a una “cultura de gestión y rendimientos” (Pitarelli y Monnier, 2000), centrada sobre la

medición y los resultados y en la que la contabilidad desempeña un papel esencial al convertirse en el medio adecuado para realizar las mediciones (Lapsley, 1999, p. 201).

El origen de esta transformación se encuentra en una serie de reformas emprendidas en el Reino Unido y algunos Gobiernos municipales americanos, seguidas posteriormente por los Gobiernos de Nueva Zelanda y Australia y finalmente incorporadas en las agendas de la mayoría de los países de la OCDE (Gruening, 2001, p. 2). Los académicos han identificado las características comunes de esas reformas agrupándolas bajo la etiqueta de Nueva Gestión Pública (Hood, 1995).

En este contexto, el BM se considera una técnica adecuada para implementar algunos de los principios de la Nueva Gestión Pública tales como la medición del rendimiento, la transparencia de los resultados y la responsabilidad sobre la gestión, por lo que se está convirtiendo en un instrumento fundamental para la modernización del sector público (Bowerman *et al.*, 1997, 2001; Helgason, 1997; Cowper y Samuels, 2001; Dahlberg y Isaksson, 2001; Löffler, 2001; Hugging, 2003; Folz, 2004; Llewellyn y Northcott, 2005; Van Helden y Tillema, 2005).

La introducción del BM en el sector público se ha llevado a cabo principalmente mediante dos estrategias:

- BM impuesto externamente o centralizadamente por un Ministerio o agencia dependiente de la Administración Central (Bowerman *et al.*, 2001; Llewellyn y Northcott, 2003; Van Helden y Tillema, 2005).
- BM voluntario o utilizado internamente: las organizaciones individuales realizan sus propios proyectos de BM y tratan de encontrar colaboradores apropiados para desarrollar el proceso, aunque normalmente reciben el apoyo de la Administración Central (Bullivant, 1996).

Aunque el BM impuesto externamente presenta ventajas, como son la participación de un gran número de organizaciones o la estandarización de métodos, también ha mostrado algunas limitaciones, como por ejemplo la falta de identificación con el proyecto, o incluso resistencia hacia el mismo, por parte de la organización (Helgason, 1997). Además, existe el riesgo de que los resultados sólo sean utilizados con el objetivo de controlar el rendimiento por parte de la Administración. En tal caso, el BM se convierte en un requisito obligatorio y se utiliza como una herramienta defensiva más que como un instrumento de mejora: el objetivo consiste en demostrar que la organización lo está haciendo bien –o que al menos no lo está haciendo mal– y no necesariamente en mejorar (Bowerman y Stephens, 1997; Bowerman *et al.*, 2001).

Por otra parte, un análisis de las prácticas de BM en el sector público de los países de la OCDE permite distinguir entre (Klages, 2001):

- BM de procesos o estudio detallado y comparación de los procesos que transforman *inputs* en *outputs* dentro de un grupo de organizaciones. Su objetivo es comprender las razones de las variaciones en el rendimiento e incorporar las mejores prácticas (Cowper y Samuels, 2001).
- BM de resultados o comparación, mediante indicadores de rendimiento, de los resultados de varias organizaciones que proporcionan un servicio similar. En el sector público esta técnica permite juzgar la eficacia en el empleo de recursos de los prove-

edores locales en comparación con proveedores similares y supone un incentivo para mejorar la eficiencia. El BM se convierte en un "test" de competitividad (Bowerman *et al.*, 2001, p. 323).

Hasta el momento el enfoque que ha predominado en la práctica ha sido el BM orientado a resultados, centrado en conocer la situación que ocupa una organización en un ranking elaborado en función de determinados indicadores de rendimiento (Holloway, 1999; Bowerman *et al.*, 2001; Northcott y Llewellyn, 2005). Sin embargo, este tipo de BM sólo permitirá mejorar los resultados si la organización, a partir de su posición relativa, realiza un BM de procesos (Holloway *et al.*, 1999). Al mismo tiempo, el BM de resultados es necesario para identificar los procesos que deben ser mejorados.

### 3. BENCHMARKING EN EL SECTOR HOSPITALARIO A PARTIR DE INDICADORES. LAS EXPERIENCIAS EN EL REINO UNIDO Y EN ESPAÑA

Dentro del sector sanitario la publicación de indicadores hospitalarios tiene una larga tradición (Van Peurseem *et al.*, 1995). En la actualidad, la creación de sistemas de indicadores, inspirados en el Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton (1992) y publicados en Internet, está experimentando un gran desarrollo, tal y como demuestran algunas experiencias extranjeras (Pink *et al.*, 2001, Department of Health, 2002; AIHW, 2004) y nacionales (SAS, 2004).

Como ya se comentó en la Introducción, un indicador financiero habitual, como es el coste medio de los servicios hospitalarios<sup>6</sup>, ha recibido especial atención dando lugar a publicaciones específicas en distintos países. Este es el caso del *Medicare Cost Report* (MCR) americano, que ofrece datos sobre costes de los hospitales de Estados Unidos (Magnus y Smith, 2000); el *National Reference Costing Exercise* (NRCE) iniciado en el Reino Unido, que obliga a todos los hospitales de agudos del NHS a informar anualmente sobre sus costes (Northcott y Llewellyn, 2002); la *Échelle Nationale de Coûts* de Francia, una base de datos nacional de los costes de distintas patologías obtenida a partir de la información suministrada por una muestra de hospitales<sup>7</sup> públicos y privados (ATIH, 2006); o los informes publicados por el *Osservatorio Costi* de la región Toscana en Italia, en los cuales se muestran distintos indicadores de eficiencia de sus 16 hospitales públicos, obtenidos a partir de sus datos de costes (Barretta, 2005).

Uno de los principales objetivos de estas publicaciones consiste en impulsar procesos de BM en los hospitales utilizando los valores medios como *benchmark*.

Ahora bien, existen una serie de limitaciones asociadas al empleo de indicadores que deben considerarse cuando se hacen comparaciones entre distintas organizaciones. Aunque la mayoría de estos problemas son comunes en distintos ámbitos del sector público, para el caso concreto de los hospitales cabe destacar los siguientes (Birch y Maynard, 1986):

- Existencia de factores relacionados con la demanda que distorsionan el indicador y que pueden ser temporales, como epidemias o desastres, o permanentes, por ejemplo la tipología de pacientes del área de influencia del centro (este podría ser el caso de un

área con predominio de ancianos). Esto puede traducirse en indicadores atípicos, como una estancia media elevada, que no significan necesariamente una mala actuación por parte del hospital.

- Existencia de factores de oferta atípicos, relacionados con la localización del centro. Sirva de ejemplo un hospital situado en un área con deficiencias crónicas de determinados servicios sanitarios que son compensadas con estancias hospitalarias más largas.
- Los indicadores de tipo financiero pueden verse afectados por variables que distorsionen el análisis por comparación. Así, el mayor coste por estancia de un hospital concreto podría deberse al conjunto de casos tratados (más graves o complejos); a la existencia de programas de residencia en el centro (que suponen un output adicional, la enseñanza), a unos precios anormalmente altos de los factores o al sistema de costes utilizado para elaborar los datos.
- Cuando se efectúan comparaciones mediante indicadores, no puede establecerse de forma objetiva cuáles son los hospitales ineficientes. Esto es debido a que los hospitales cuyos indicadores se alejan de la media, por exceso o defecto dependiendo del indicador analizado, se consideran potencialmente ineficientes. Sin embargo, es difícil determinar cuál es su grado de ineficiencia o si la media es eficiente, pues puede darse el caso, por ejemplo, de que todos los hospitales que incurren en el coste medio por día de hospitalización sean ineficientes (Sherman, 1984, p. 924).

Para tratar de solucionar algunos de los problemas mencionados se han sugerido distintas medidas, como por ejemplo: creación de grupos de hospitales utilizando la técnica de análisis multivariante Cluster, para garantizar que las comparaciones se realizan entre hospitales con influencias exógenas similares (Sherman, 1984, p. 926); empleo de indicadores que tienen en cuenta la complejidad de los casos tratados, para eliminar el efecto que puede tener la diferencia de casuística (Casas y Guasch, 1991); utilización de factores correctores del indicador para neutralizar el efecto derivado de las diferencias geográficas en los precios de los factores (Department of Health, 2000); y estandarización del método de cálculo de costes utilizado por los hospitales (Department of Health, 2000).

Las limitaciones señaladas no impiden que los indicadores puedan aportar información relevante para la mejora de la eficiencia, siempre y cuando se observen una serie de requisitos en su elaboración (Audit Comisión, 2000). Los indicadores nacionales medios pueden ser utilizados como patrón o *benchmark* para evaluar la actuación de unidades similares entre sí y, aunque este patrón no tiene por qué ser el idealmente deseable, aporta una primera aproximación a la eficiencia e impulsa el cambio de comportamiento en los casos más desviados (Yates, 1983; Casas y Guasch, 1991; Van Peurseem *et al.*, 1995).

### **3.1. Benchmarking en el Reino Unido**

En diciembre de 1997, el Gobierno laborista británico anunció la desaparición del mercado interno sanitario<sup>8</sup> y la introducción de una nueva iniciativa para impulsar el BM en hospitales: el *National Reference Costing Exercise* (NRCE) (Jones, 2002). El NRCE obliga a todos los hospitales de agudos del NHS a informar anualmente sobre sus costes sanitarios, calcula-

dos según una metodología homogénea (NHS, 2003) y clasificados en *Health Resource Groups* (HRG's), que constituyen una adaptación de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico o GRD's<sup>9</sup> a la práctica clínica británica.

A partir de los costes de referencia, el NHS publica tres tipos de informes considerados útiles para el BM y el control de costes: la lista nacional de costes de referencia, el índice nacional de costes de referencia (*National Reference Cost index* o NRCI) y los costes por HRG para cada hospital. El NRCI constituye un ranking de los hospitales del NHS en función de sus costes, en el cual el valor del índice para cada centro, se calcula comparando el coste real de su casuística con el coste de la misma obtenido a partir de los costes nacionales medios<sup>10</sup>. Con la creación del índice se pretendía, por una parte, mejorar la información de los compradores de servicios sanitarios<sup>11</sup> y, por otra, ayudar a los hospitales a controlar sus costes. Para lograr esto último se requiere que cada hospital averigüe las razones de sus diferencias, dialogando con centros comparables, y que la gerencia y los médicos trabajen juntos para identificar las mejores prácticas y reducir las ineficiencias (Department of Health, 1998).

Transcurridos varios años tras la implantación del *National Reference Costing Exercise*, los compradores y los gestores del NHS consideran que tanto el NRCI como los datos comparativos de costes son instrumentos útiles para lograr los objetivos que se pretendían (Northcott y Llewellyn, 2003, p. 64). A pesar de ello, se han encontrado dificultades en su aplicación (Jones, 2002; Northcott y Llewellyn, 2003):

- 1) No se ha definido un *benchmark* o estándar aceptable, por lo que el objetivo se convierte en alcanzar el valor medio del índice con posibles pérdidas de eficiencia. Tampoco se explicita la forma de alcanzar el coste medio: conocer la posición en el ranking no permite por sí solo mejorar el rendimiento si no se sabe cómo los mejores hospitales logran esos resultados.
- 2) Existen dificultades para encontrar instituciones comparables entre sí: es fácil que los hospitales se definan a sí mismos como excepcionales (por tener una casuística más compleja, una localización geográfica determinada, etc.) y que, por tanto, no consideren adecuadas las comparaciones con el resto de centros.
- 3) El nivel de normalización en Contabilidad de Costes no es suficiente como para asegurar que las variaciones de costes reflejan realmente distintos niveles de eficiencia y no diferentes métodos de asignación de costes.

Por lo tanto, la experiencia británica muestra que, hasta el momento, el BM presenta ventajas y limitaciones.

### 3.2. Benchmarking en España

En España, sólo es posible hablar de comparaciones entre costes hospitalarios de distintas CCAA hasta el año 2002, momento en que concluyen las transferencias sanitarias. Hasta esa fecha, y desde principios de los años noventa, el INSALUD había impulsado la normalización de la Contabilidad Analítica<sup>12</sup> en los hospitales de su red, primero a través del proyecto Signo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990) y, a partir de 1998, mediante el proyecto

Gestión Clínico Financiera o Geclif (INSALUD, 2001b). Con este último se pretendía no sólo la normalización e integración de la información clínico-financiera hospitalaria, sino también la adaptación de dicha información al cálculo del coste por proceso de forma que pudieran obtenerse costes por actividad asistencial (GRD, consultas externas, urgencias, exploración radiológica, etc.) e indicadores de eficiencia para la comparación entre hospitales.

Las primeras publicaciones con datos comparativos sobre costes hospitalarios<sup>13</sup> del INSALUD-GD obtenidos con el Geclif aparecen en 1999 y aunque en ellas se indicaba que la información suministrada permitía a los hospitales comparar sus resultados con otros centros similares y tomar las medidas oportunas para mejorar el control de sus costes (INSALUD, 1999, p. 21), el BM no se estableció de forma explícita y reglada como en el NHS. Además, como se comentó más arriba, los costes publicados únicamente se referían a los hospitales de la red INSALUD-GD, es decir, los de las CCAA que hasta enero de 2002 no habían obtenido la autonomía en la gestión sanitaria.

Por otra parte, desde el año 1997 y dentro del proyecto "Análisis y desarrollo de los sistemas de clasificación de pacientes, grupos relacionados por el diagnóstico, en el SNS" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998) se vienen realizando estimaciones del coste medio del producto hospitalario (GRD) para el conjunto del estado. En este caso la información se obtiene a partir de datos suministrados tanto por hospitales pertenecientes a CCAA con gestión sanitaria transferida como por centros del antiguo INSALUD-GD. Puesto que la mayoría de CCAA que recibieron las transferencias sanitarias antes de 2002 vienen utilizando de forma oficial y reglada distintos sistemas de costes en sus centros hospitalarios (Monge, 2003; Calzado, 2005) fue necesario definir una metodología homologable de cálculo de costes a efectos de realizar las estimaciones. Los resultados obtenidos siguen publicándose actualmente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), aunque sólo se muestran los costes unitarios de los 25 procesos más caros y de los 25 con menor consumo de recursos. Dichos costes representan únicamente el coste medio obtenido en la muestra de centros que intervienen en el proyecto<sup>14</sup> y no aparecen resultados de hospitales individuales ni de grupos de hospitales comparables entre sí.

Cabe señalar, por último, que algunas CCAA como Valencia y Andalucía han emprendido sus propios proyectos de BM, creando sistemas de información autonómicos que permiten realizar comparaciones de costes entre sus hospitales y que, por ejemplo, en el caso andaluz, pueden consultarse en Internet (SAS, 2004). Asimismo, en Cataluña es posible realizar comparaciones entre grupos homogéneos de hospitales a partir de la información disponible sobre los mismos en la Central de Balances de CatSalut (Cots, 2004).

Considerando lo expuesto en este apartado, se puede afirmar que los profesionales implicados en la gestión económica de los hospitales públicos españoles acumulan la suficiente experiencia en la elaboración y empleo de la información sobre costes como para que sus opiniones permitan valorar la utilidad que tendría el BM y conocer las principales limitaciones de su aplicación. Los problemas que ha revelado la utilización del NRCI británico podrían encontrarse si se llevase a cabo una iniciativa de este tipo en el caso español, por lo que resulta adecuado analizar el punto de vista de estos profesionales a la luz de la experiencia británica.

#### 4. UNA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA SOBRE LA UTILIDAD Y APLICABILIDAD DEL BENCHMARKING EN HOSPITALES PÚBLICOS

El objetivo de este trabajo es conocer el potencial del BM para la gestión de los hospitales públicos españoles. El estudio se basa en las respuestas obtenidas de una encuesta electrónica dirigida a los profesionales implicados en su gestión económica.

Los destinatarios de la encuesta fueron, por una parte, los gerentes y los directores con responsabilidad en la gestión financiera y contable<sup>15</sup>, los cuales son miembros del equipo de gobierno del hospital, y por otra, el personal directamente implicado en el cálculo de los costes. Con ello se trataba de superar la limitación que supone contar con las observaciones de un solo miembro de cada hospital, ya que un único individuo normalmente no refleja las opiniones de una organización entera (Van der Stede *et al.*, 2005, p. 666). Asimismo, se trató de conseguir la participación en el estudio de un tercer grupo de encuestados, los coordinadores de la Contabilidad Analítica en los Servicios Regionales de Salud (SRS), dado el interés que podía tener su punto de vista para esta investigación.

Para identificar al conjunto de expertos “objetivo” de cada centro hospitalario se utilizó la información recogida en el Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005c). Según los datos actualizados a 31-12-2004, el sector hospitalario español estaba formado por 779 hospitales, 301 de ellos públicos y 478 privados. Dentro de los hospitales públicos el CNH distingue entre los pertenecientes al SNS, gestionados por los SRS y por el Instituto de Gestión Sanitaria<sup>16</sup> (INGESA), y “otros hospitales públicos”, gestionados por otras entidades públicas.

Dados los objetivos de este estudio, se seleccionaron únicamente los hospitales públicos pertenecientes al SNS al tratarse de los centros que se vieron obligados a implantar una Contabilidad Analítica, bien a través de los proyectos a escala nacional coordinados por el INSALUD para todos los hospitales de su red (este es el caso de los hospitales de las CCAA que recibieron las transferencias en 2002), bien mediante los proyectos emprendidos por los SRS (caso de los hospitales de la mayoría de CCAA con competencias sanitarias asumidas antes de 2002). El número total de hospitales públicos pertenecientes al SNS asciende a 207.

Para realizar la encuesta era imprescindible contar con el correo electrónico de los entrevistados por lo que en octubre de 2004 se hizo una búsqueda a través de las páginas Web de los hospitales de los nombres y direcciones de su director gerente, de los profesionales responsables del control de la gestión financiera y contable y del personal encargado de elaborar la información sobre costes. Puesto que no todos los hospitales disponían de página Web o en ella no figuraban los datos buscados, también se solicitó la información a los SRS de las CCAA. Asimismo, a través de los SRS se trató de conseguir la participación en el estudio de los coordinadores de la Contabilidad Analítica.

Se obtuvieron los datos requeridos de 61 hospitales, lo que supone el 29% de los hospitales públicos del SNS. Sólo en el caso de 2 CCAA se consiguió la información a través de los SRS. Finalmente se contó con las direcciones de correo electrónico de 174 profesionales, lo que supone una media de cerca de 3 direcciones por hospital. Además, los coordinadores de Contabilidad Analítica de 4 CCAA se mostraron dispuestos a participar en el estudio.

La encuesta, enviada en noviembre de 2004, se realizó a través de Internet solicitando la colaboración de los encuestados mediante un correo electrónico en el que se describían los objetivos del estudio y se incluía un enlace de acceso al cuestionario. A cada encuesta se le asignó una clave de identificación única para asegurar que era registrada sólo una vez. Además, con el fin de aumentar la tasa de respuesta, se ofreció a los participantes la posibilidad de recibir un informe con los resultados obtenidos del estudio, y se hizo un segundo envío de recuerdo a los encuestados que tardaban en responder.

La construcción del cuestionario se basó en la literatura previa de BM, en la documentación sobre costes hospitalarios procedente del INSALUD y en dos trabajos específicos sobre el BM en el NHS británico (Jones, 2002; Northcott y Llewellyn, 2003). Un experto en la elaboración de encuestas electrónicas revisó el diseño del cuestionario para que pudiera ser contestado fácil y rápidamente. Por otra parte, para garantizar que las preguntas se entendían correctamente, se realizó un pretest del cuestionario con un director de gestión, con el responsable de la Contabilidad Analítica en un hospital y con un coordinador de Contabilidad Analítica en el SRS de una CCAA.

Dado el carácter exploratorio de esta investigación las preguntas se centraron en:

- Uno de los principales requisitos para implantar el BM, como es la disposición por parte del personal a implicarse en el proceso: ¿están los gestores sanitarios dispuestos a implicarse en el BM?, ¿creen que es difícil conseguir la colaboración de los médicos en un proceso de BM?
- Percepción que, a partir de su experiencia, tienen los encuestados sobre las limitaciones de la técnica: ¿la media es un buen *benchmark*?; ¿es posible encontrar hospitales con los que compararse?; según su experiencia ¿qué influencia tiene en las comparaciones el empleo de distintos sistemas de costes?

De acuerdo con lo anterior, el cuestionario se estructuró de la siguiente forma:

- Cinco preguntas de actitud en las que se pedía al interlocutor que valorase su grado de acuerdo con una afirmación (Preguntas 1 a 5). El objetivo de estas preguntas era conocer la actitud de los profesionales hacia el BM y la percepción que tienen sobre las limitaciones que se le atribuyen a esta técnica.
- Dos preguntas abiertas: en una se pedía al entrevistado que comentase su experiencia en la elaboración de datos sobre costes (Pregunta 6), en la otra se le interrogaba sobre cómo lograr que las comparaciones de costes fuesen más fiables y útiles (Pregunta 7). Las respuestas a las preguntas abiertas permiten comprender mejor los resultados obtenidos a partir de las preguntas de actitud.

## **5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A finales de diciembre de 2004 se habían recibido 48 cuestionarios, 4 de ellos correspondientes a los coordinadores de la Contabilidad Analítica en los SRS y el resto a los profesionales de 37 hospitales, puesto que de 5 centros se obtuvo más de un cuestionario. Todos los

centros de los que se consiguieron respuestas son hospitales generales<sup>17</sup>, excepto uno, que es psiquiátrico. Como se puede observar en la Tabla 1 se trata de hospitales de distinto tamaño y complejidad<sup>18</sup>. El posible sesgo derivado de la localización geográfica se ha minimizado al contar con respuestas de 13 CCAA.

La Tabla 1 muestra el resumen de respuestas obtenidas de acuerdo con el criterio de clasificación de los encuestados, según su perfil profesional: el primer grupo, denominado "Directivo", está formado por los entrevistados que ocupan un cargo de dirección dentro del hospital (director gerente, director de gestión o director económico-financiero); el segundo grupo, llamado "Personal implicado en la gestión contable", integra a los profesionales encargados de elaborar la información sobre costes, 10 de los cuales ocupan una jefatura (jefes de Control de Gestión o jefes de Contabilidad) de la cual depende directamente el cálculo de costes; el tercer grupo lo forman los coordinadores de Contabilidad Analítica de los SRS.

**Tabla 1**  
**Resumen de respuestas**

Hospitales	N	%	Profesionales encuestados	N	%
Hospitales encuestados	61		Cuestionarios enviados	174	
Hospitales que respondieron	37	61	Cuestionarios recibidos válidos	48	28
Tamaño de los Hospitales:			Perfil de los profesionales:		
- Menos de 200 camas	8	22	- Directivo	19	40
- Entre 200 y 500 camas	10	27	- Personal implicado en la gestión contable	25	52
- Entre 500 y 1.000 camas	9	24	- Coordinador de Contabilidad Analítica en SRS	4	8
- Más de 1.000 camas	10	27			

A continuación se analizan los resultados obtenidos en función de la revisión de la bibliografía efectuada y utilizando como apoyo las respuestas obtenidas en las preguntas abiertas. Primero se evalúa la disposición de gestores y médicos a implicarse en el proceso de BM y a continuación se muestran sus opiniones acerca de las limitaciones que presenta la técnica.

### 5.1. Disposición del personal a implicarse en el benchmarking

**Tabla 2**  
**Disposición de los gestores a implicarse en el BM**

**Pregunta 1.** La publicación del coste nacional medio por GRD nos llevaría a estudiar aquellos GRD's para los que nuestro coste estuviera por encima de la media de nuestro grupo<sup>19</sup>.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Número	1	2	0	33	12	48
%	2,08	4,17	0	68,75	25	100
% acumulado	6,25		0	93,75		

Si se publicara el coste nacional medio por GRD, el 93,75% de los encuestados emprenderían estudios de aquellos GRD's cuyo coste estuviera por encima de la media (Tabla 2). Al igual que se ha encontrado en otros estudios (Jones, 2002; Guven-Uslu, 2005) los gestores hospitalarios muestran una actitud positiva hacia el BM, una técnica que consideran adecuada para llevar a la práctica las ideas predominantes en el sector sanitario como son el aumento de la calidad, la mejora de la eficiencia o la difusión de las mejores prácticas.

Ahora bien, la información publicada debe cumplir una serie de requisitos, tal y como se desprende de los comentarios realizados en las preguntas abiertas del cuestionario. Dentro de estos requisitos figuran la implantación de una metodología de cálculo de costes común a todos los hospitales y la selección de una serie de indicadores elegidos por consenso entre todas las CCAA. Este tipo de medidas no están exentas de problemas. Como señala el director de gestión de un hospital universitario:

“Entiendo que es de vital importancia la posibilidad de comparación de costes (o de cualquier otro tipo de indicadores) a nivel de SNS, dada su actual desagregación en 17 SRS. Sin esta posibilidad de comparación, enmarcada en un proceso de mejora continua, el Sistema en su conjunto sufrirá un grave deterioro en un elemento tan básico como su Sistema de Información. Para ello deberán vencerse obstáculos políticos que dificultan esta necesidad de homologación.”

**Tabla 3**  
**Dificultad de conseguir la colaboración de los médicos**

**Pregunta 2.** Para analizar y corregir las causas de las diferencias de nuestros costes respecto a la media es imprescindible contar con la colaboración de los médicos y esto es difícil de conseguir.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Número	3	16	5	18	6	48
%	6,25	33,33	10,42	37,5	12,5	100
% acumulado	39,58		10,42	50		

Para que un proceso de BM tenga éxito en un hospital es imprescindible contar con la colaboración de los médicos, ya que son ellos los que generan la demanda mediante la relación de agencia<sup>20</sup> que mantienen con los pacientes. Aunque tradicionalmente la implicación del personal sanitario en la gestión de costes ha sido, en el mejor de los casos, discreta, también es cierto que, en los últimos años, bastantes profesionales se han acercado a la gestión ante la evidencia de que sus posibilidades de desarrollo profesional están en buena medida ligadas a su capacidad de complementar clínica y gestión (Temes, 2002, pp. 47-49).

Para conocer la opinión de los encuestados sobre esta cuestión, se les interrogó acerca de la percepción que tenían sobre la disposición de los médicos a colaborar. Aunque el 50% de los encuestados manifiesta que es difícil conseguir la colaboración de los médicos en estudios de costes, el 40% piensa que no existe tal dificultad y el 10% se muestra indeciso (Tabla 3). Al analizar las preguntas abiertas también se aprecian opiniones opuestas entre los encuestados.

No se detectó ninguna relación entre el sentido de la respuesta y el tamaño del centro, ni entre el sentido de la respuesta y el cargo desempeñado por el entrevistado en el hospital.

Al margen de las percepciones que puedan tener los gestores acerca de la actitud de los médicos ante la información sobre costes, en lo que sí están de acuerdo es en la necesidad de implicar al personal sanitario en la gestión, no sólo para mejorar la calidad de la información<sup>21</sup>, sino también para aprovechar el potencial que ésta puede tener en la gestión. La opinión de un encuestado es representativa de esta idea:

“El coste empieza y acaba con el servicio clínico. No hay análisis sin personal sanitario. Al igual que el desarrollo de medidas de corrección de desviaciones o asignación de recursos han de dirigirlas desde las áreas asistenciales, no desde las áreas económicas.”

## 5.2. Opinión sobre las limitaciones del *benchmarking*

**Tabla 4**  
**La media no es un buen estándar**

**Pregunta 3.** Las comparaciones de costes no me parecen útiles porque la media no es un buen estándar.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Número	6	29	4	8	1	48
%	12,5	60,42	8,33	16,67	2,08	100
% acumulado	72,92		8,33	18,75		

Como ya se comentó, uno de los principales problemas en el empleo de indicadores como el coste medio es que la comparación se hace con la media, la cual no es necesariamente un valor objetivo de buen rendimiento (Sherman, 1984, p. 924). A pesar de esta limitación, la mayoría de los encuestados siguen considerando útiles las comparaciones respecto a la media (Tabla 4).

Esto puede explicarse porque en el sector hospitalario hay dos formas prácticas de determinar la “norma”: fijar valores ideales, o utilizar valores promedio (Casas y Guasch, 1991, p. 188). El primer enfoque exige un laborioso proceso de estandarización de las actividades realizadas en cada proceso (GRD) y requiere la estrecha colaboración de todos los profesionales implicados en el mismo, por lo que normalmente involucra a un pequeño número de hospitales y exige el apoyo de una consultora externa. Los intentos realizados en España para calcular costes ideales son escasos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001), de ahí que lo más habitual haya sido utilizar como “norma” los valores promedio del conjuntos hospitalarios amplios, que aunque no tiene porqué coincidir con el patrón idealmente deseable siguen teniendo utilidad, ya que permiten tomar posiciones respecto al comportamiento y la casuística promedio, dando información de la eficiencia con que ésta es tratada respecto al patrón medio de su entorno e induciendo así potencialmente el cambio de comportamiento en los casos más desviados (Casas y Guasch, 1991, p. 188).

Abundando en la idea de la utilidad de las comparaciones, algunos de los encuestados de la Comunidad valenciana y andaluza comentan cómo sus CCAA han creado sus propios sistemas de comparación. Por ejemplo: “Con el sistema SIE, en la Comunidad Valenciana se está consiguiendo obtener unos índices comparativos de costes por grupo de hospitales que, aunque no son aplicables a los GRD, sí nos dan una visión bastante aproximada de dónde nos encontramos y cuáles son las especialidades donde los costes son especialmente elevados comparados con el grupo.”

**Tabla 5**  
**Dificultad de encontrar hospitales comparables entre sí**

Pregunta 4. Las comparaciones de costes no me parecen útiles porque nuestro hospital es un caso “excepcional”, difícilmente comparable con otros (por nuestra situación geográfica, la complejidad de nuestra casuística, etc.).

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Número	11	33	1	3	0	48
%	22,92	68,75	2,08	6,25	0	100
% acumulado	91,67		2,08	6,25		

Por otra parte, un requisito imprescindible en la aplicación del BM es que la comparación se haga entre centros que tengan características similares en términos de tamaño y en complejidad de la casuística atendida. Ahora bien, ya se indicó que existen factores exógenos que pueden dificultar las comparaciones. De hecho, el carácter “excepcional” del centro debido a alguno de estos factores es un argumento habitual cuando se trata de justificar un coste superior a la media (Jones, 2002) y es uno de los principales problemas encontrados por los gestores británicos a la hora de aplicar el BM (Northcott y Llewellyn, 2003). Sin embargo, casi todos los encuestados consideran que existen hospitales con los que puedan compararse (Tabla 5). A este respecto, cabe recordar que, como se señaló más arriba, la Coordinación Sanitaria del INSALUD había definido en 1993 cinco grupos de hospitales mediante un análisis cluster no jerárquico, de acuerdo a su tamaño y complejidad, mientras que algunas de las CCAA con competencias transferidas antes de 2002 también han creado sus propios grupos de comparación con criterios similares. Como uno de los entrevistados señala:

“Es verdad que la comparación de costes por GRD lleva implícito un cierto nivel de discrepancia según las características de cada centro. Pero nunca será suficiente como para que deje de ser útil. Observar la diferencia, analizarla y constatarla nos ayuda a minimizarla. En verdad somos menos diferentes de lo que nos creemos y alguna de nuestras diferencias son prescindibles.”

Dos de los profesionales que se mostraron en desacuerdo con la afirmación trabajan en un hospital psiquiátrico. Este resultado concuerda con los encontrados en otros estudios, en los que algunos hospitales consideraban difícil participar en procesos de BM al tratarse de centros dedicados a una especialidad (Northcott y Llewellyn, 2003).

Tabla 6

**Dificultad de las comparaciones debido a las diferencias en el cálculo de costes**

**Pregunta 5.** Las comparaciones de costes no me parecen fiables porque las diferencias pueden deberse simplemente a la forma de calcular los costes.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Número	0	14	10	21	3	48
%	0	29,17	20,83	43,75	6,25	100
% acumulado		29,17	20,83	50		

Otro problema asociado al empleo del coste medio en las comparaciones está en que las diferencias en costes pueden deberse, en gran medida, al método de cálculo de costes utilizado.

Como ya se comentó, en España coexisten diversos modelos de Contabilidad Analítica que a lo largo de la última década han pretendido normalizar el cálculo de costes, bien a escala nacional, caso del territorio INSALUD-GD, bien entre los hospitales de una Comunidad, caso de las CCAA que recibieron las transferencias antes de 2002. Por lo tanto, al plantear esta pregunta se pretendía conocer la percepción de los encuestados acerca del grado de homogeneidad alcanzado en el cálculo de costes entre los distintos centros que han adoptado el mismo sistema de costes.

Aunque el 50% de los encuestados piensa que el empleo en la práctica de distintos sistemas de costes resta fiabilidad a las comparaciones y que, por lo tanto, el nivel de normalización alcanzado no es suficiente, hay un 29% de los profesionales que no está de acuerdo con la afirmación<sup>22</sup> (Tabla 6). Por lo tanto, podría interpretarse que éstos últimos consideran que se ha producido una convergencia de los modelos de costes utilizados en la práctica (por la estandarización del modelo, por avances en la tecnología de la información, etc.), sin embargo esta explicación no concuerda con las opiniones manifestadas en las preguntas abiertas. Su respuesta parece basarse más bien en la existencia de otros factores que afectan más a la fiabilidad de las comparaciones entre hospitales que el propio sistema de cálculo de costes tales como: errores y diferencias en las prácticas de codificación clínica, variaciones en la práctica clínica que “induce” los costes o diferencias en la estancia media de pacientes similares.

De hecho, hay un punto en el que coinciden la mayoría de los encuestados. Cuando se les hace la pregunta abierta sobre cómo conseguir que las comparaciones de costes sean más fiables y útiles, la mayoría de ellos responde de forma explícita que debería consensuarse una metodología de cálculo a escala nacional, lo que sugiere que, a pesar de los esfuerzos de normalización realizados hasta el momento, aún se debe seguir avanzando en este terreno para garantizar el rigor de las comparaciones.

Esta opinión coincide con los hallazgos de otros estudios extranjeros, los cuales muestran que las diferencias en las prácticas de costes es uno de los principales problemas que dificulta la aplicación del BM en hospitales (Magnus y Smith, 2000; Jones, 2002; Northcott y Llewellyn, 2003; Barretta, 2005; Guven-Uslu, 2005).

También hay que destacar que muchos de los encuestados inciden en la idea de simplificar el modelo de cálculo de costes, sugiriendo el empleo de un sistema de costes directos.

Asimismo, algunos de ellos proponen llevar a cabo un control por excepción, seleccionando por consenso un número limitado de GRD's para los que se establezca la comparación. Estas ideas están en línea con las sugeridas por los gestores económicos de los hospitales británicos (Northcott y Llewellyn, 2003) y son resumidas por uno de los entrevistados:

“Cabe la posibilidad de elegir una serie de GRD's por consenso y comparar costes de esos GRD's en concreto, homogeneizando su cálculo (escandallo de costes); o incluso utilizando sólo los costes directos y olvidándonos de los costes de estructura que se podrían analizar por separado.”

## **6. CONCLUSIONES**

Los resultados de este estudio indican que los profesionales implicados en la gestión económica de los hospitales públicos españoles están dispuestos a involucrarse en procesos de BM basado en costes y que consideran el BM una herramienta de gestión útil a pesar de las limitaciones inherentes a los procesos de comparación.

Entienden que la comparación entre hospitales es un elemento fundamental para avanzar en el conocimiento del funcionamiento hospitalario y opinan que el empleo de valores promedio, aunque no constituya la mejor “norma” posible, sí aproxima un patrón ideal de comportamiento y una referencia imprescindible para emprender cualquier proceso de mejora. Además, un problema que suele encontrarse al aplicar el BM, como es el de encontrar organizaciones comparables, no es percibido como tal por los encuestados que, basándose en su experiencia, consideran que sí existen instituciones similares a la suya, en términos de tamaño y complejidad de la casuística, con las que pueden efectuar comparaciones válidas.

Ahora bien, también opinan que existen varias limitaciones para poder llevar a la práctica el BM. Por una parte, creen que el nivel de normalización alcanzado en Contabilidad Analítica a partir de los distintos proyectos emprendidos a escala nacional o autonómica no es suficiente para garantizar la fiabilidad de las comparaciones. Más aún, consideran que debería establecerse una metodología de cálculo de costes común para todos los hospitales españoles que permitiese realizar las comparaciones a escala nacional. Además, dado el gran volumen de datos manejado en un hospital y las dificultades que se han encontrado en la práctica para la elaboración de la información, se han sugerido varias posibilidades para mejorar la calidad de la información empleada en el BM:

- Simplificar el modelo de cálculo de costes utilizando un sistema de costes directos, lo que evitaría los problemas asociados con la asignación de costes.
- Seleccionar sólo un grupo de GRD's para hacer las comparaciones.

Otros aspectos que se han subrayado como esenciales para aumentar la calidad de la información y garantizar el rigor de las comparaciones son la mejora en la práctica de la codificación clínica y el desarrollo de los sistemas de información de los centros.

Por otra parte, también reconocen que utilizar datos comparativos para identificar las áreas de ineficiencia es informativo, pero poco útil si no se hace nada para mejorar el rendi-

miento. Para ello es imprescindible contar con la participación de los médicos, puesto que ellos constituyen el eslabón fundamental para lograr el verdadero objetivo del BM: conseguir el aprendizaje organizativo que resulta de intercambiar ideas con benchmarkers sobre los procesos y su mejora<sup>23</sup> (Bowerman y Stephens, 1997). Los resultados de la investigación muestran opiniones divergentes sobre la disposición de los médicos a colaborar en la gestión de los costes. Esta percepción ambivalente coincide con los resultados de algunos trabajos recientes en los que se evalúa el impacto que tiene la información contable sobre las decisiones tomadas por los médicos y sobre su “conciencia de costes”. Mientras algunos estudios revelan que la información contable apenas tiene efectos sobre el comportamiento de los médicos (Jacobs *et al.*, 2004), otros trabajos muestran que tiene una influencia significativa siempre y cuando los médicos estén integrados en la gestión mediante la delegación de autoridad formal (Abernethy y Vagnoni, 2004).

Un último problema señalado por los encuestados acerca de la implantación práctica del BM tiene que ver con que la posibilidad de comparar el conjunto de hospitales del estado queda actualmente en manos de los 17 Servicios Regionales de Salud.

Esta investigación, como cualquier estudio empírico basado en una encuesta, tiene limitaciones. La primera de ellas se refiere a la selección de la muestra y a su tamaño. Al carecer de una base de datos de la población objetivo, fue necesario trabajar con lo que se denomina una “muestra de conveniencia” que coincide con el total de profesionales encuestados (es decir, aquellos a cuya dirección se tuvo acceso) y que, por razones prácticas, es la forma de proceder en la mayoría de los estudios de Contabilidad de Gestión basados en encuestas (Van der Stede *et al.*, 2005, p. 667). Aún así, el sesgo que pueden tener los resultados obtenidos se ha tratado de minimizar incluyendo en el estudio a profesionales de los hospitales de todas las CCAA españolas, y pertenecientes a todas las categorías de hospitales establecidas según el criterio de tamaño y complejidad.

Una segunda limitación tiene que ver con la tasa de respuesta. Aunque el porcentaje de encuestas recibidas fue del 28%, esto se debió a que se envió más de un cuestionario a cada hospital, tratando así de superar el inconveniente que plantea el obtener observaciones de un solo miembro de cada organización. Tomando en consideración únicamente el número de hospitales participantes, y no el de individuos, el porcentaje de respuesta alcanzó un 61%, cifra situada por encima de la tasa de respuesta media en este tipo de estudios en Contabilidad de Gestión (Van der Stede *et al.*, 2005, p. 671). No obstante, el número de centros que respondió representa el 18% de la población de hospitales públicos españoles, por lo que cabe plantearse si los resultados son generalizables. A este respecto debe indicarse que las respuestas corresponden a hospitales localizados en 13 CCAA y que se ha obtenido un número similar de respuestas para centros de distinto tamaño y complejidad. Por lo tanto, aunque no se pretende extrapolar las conclusiones obtenidas a la totalidad de los hospitales españoles, es poco probable que la opinión de los encuestados respecto al BM en costes no sea representativa. Lógicamente, la realización de nuevas investigaciones con objetivos similares a esta, pero que combinasen el uso de cuestionarios, entrevistas y estudios de casos sería la mejor forma de confirmar la validez de los resultados alcanzados (Modell, 2005).

Finalmente, hay que señalar que los resultados del estudio reflejan únicamente las opiniones de los profesionales implicados en la gestión económica de los hospitales acerca de la utilidad del BM así como sobre las cuestiones que deben resolverse antes de que el mismo pueda ponerse en práctica. El punto de vista del personal médico y otros agentes del SNS sería igual de relevante para determinar la utilidad del BM. De hecho, estudios previos han destacado, al igual que en este trabajo, el decisivo papel que desempeñan los médicos en el uso de la información financiera para la gestión operativa (Jones, 1999; Comerford y Abernethy, 1999) así como la capacidad que tienen los clínicos para resistirse a modas de gestión y control que ellos perciben como poco útiles para sus necesidades y funciones dentro del hospital (Doolin, 1999; Lapsley, 2001). Por lo tanto, es necesario ampliar la investigación para evaluar las percepciones de los clínicos acerca del empleo del BM.

## NOTAS

- 1 Es necesario señalar que no se ha podido contar con información más actualizada, ya que los últimos datos disponibles sobre el gasto sanitario público en España, publicados en agosto de 2005, se refieren al año 2002 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005a).
- 2 Grupo de expertos al que el Gobierno encargó el análisis del gasto sanitario con el objetivo de preparar la segunda Conferencia de Presidentes. El grupo, dirigido por el Interventor General del Estado, incluye representantes del Ministerio de Economía de Hacienda, del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las 17 CCAA (la mayoría de las Consejerías de Hacienda) y se prevé que continúe sus trabajos con carácter permanente realizando informes periódicos para el Consejo Interterritorial del SNS y para el Consejo de Política Fiscal y Financiera.
- 3 La definición y estandarización de procesos se consigue a partir de la elaboración y utilización de guías de práctica clínica (basadas en la evidencia) comunes para todo el SNS, que promuevan la eficiencia y la efectividad y permitan una reducción progresiva de las elevadas tasas de variabilidad que se registran en la práctica clínica.
- 4 Ley 16-2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 5 Cuando existe separación entre compradores y proveedores de servicios sanitarios, resulta imprescindible contar con información sobre costes para establecer los precios de compra de dichos servicios. Por ejemplo, la introducción del mercado interno sanitario en el Reino Unido en 1991, supuso la separación entre compradores y proveedores obligando a elaborar contratos para la prestación de los servicios; los precios de estos contratos se basaban en el coste completo de la prestación realizada (Ellwood, 1996). Por su parte, en el caso español, los resultados de costes son utilizados por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en la elaboración de tarifas para pago a terceros y a centros concertados. En Estados Unidos los datos de costes también son utilizados por el Gobierno para realizar el reembolso de gastos a los hospitales por el tratamiento de los pacientes pertenecientes al programa Medicare, un servicio de asistencia sanitaria pública para la tercera edad.
- 6 Costes por patologías.
- 7 La participación en el estudio nacional de costes es voluntaria y el tamaño de la muestra, aunque ha variado de un año a otro desde la creación de la base de datos, se sitúa en torno a 40 hospitales.
- 8 La introducción del mercado interno sanitario en el NHS en 1991, supuso la separación entre compradores y proveedores de servicios sanitarios, obligando a elaborar contratos para la prestación de dichos servicios.

- 9 Los GRD's, desarrollados en EEUU para fijar los precios de los servicios sanitarios, son una clasificación de los episodios de hospitalización en grupos isoconsumo de recursos, basada en atributos clínicos y en la edad y sexo del paciente. De esta forma se obtienen 828 GRD's (versión GRD-AP 18), mutuamente excluyentes, consistentes desde el punto de vista clínico y con patrones similares de consumo de inputs, es decir, con costes y duración de estancia similares. La asignación de un paciente a un GRD exige la codificación de los diagnósticos y procedimientos que se le han efectuado. Cada GRD tiene un peso relativo que representa el coste previsible de este tipo de pacientes respecto al coste medio de todos los pacientes de hospitalización de agudos. El coste medio (coste total dividido por número total de pacientes) tiene valor de 1. Un peso de valor 1 equivale, por tanto, al coste medio del paciente hospitalizado en un determinado centro hospitalario. Por ejemplo, en el año 2003 los pacientes atendidos en los hospitales de agudos del SNS español se agrupan en 653 grupos, oscilando los pesos relativos de dichos GRD entre 0,03 (637. "Neonato, *exitus* primer día, no nacido en el centro") y 20,04 ("609. Neonato, con bajo peso"). Es decir, el conjunto de procesos más sencillo tiene un coste 670 veces menor que el más complejo. El coste medio del paciente "tipo" es de algo más de 3.100 euros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).
- 10 Así, un hospital cuyos costes iguallen a la media nacional para su casuística tendrá una puntuación de 100, uno cuyos costes estén un 25% por encima de la media puntuará 125 y uno con costes un 8% por debajo de la media puntuará 92.
- 11 Principalmente autoridades sanitarias y grupos de atención primaria.
- 12 Debe aclararse que en el sector sanitario español ha predominado el empleo del término Contabilidad Analítica en lugar del de Contabilidad de Costes, tal y como se puede comprobar en la publicaciones del INSALUD y del Ministerio de Sanidad y Consumo recogidas en la bibliografía de este trabajo. Con ambos términos se hace referencia a la elaboración de información analítica relativa a los costes de los servicios ofrecidos en los hospitales, es decir, a la Contabilidad de Costes como subconjunto fundamental de la Contabilidad de Gestión.
- 13 En el año 2001 los datos publicados incluían, principalmente, costes por unidad de complejidad hospitalaria para los distintos Servicios o departamentos de cada hospital (las unidades de complejidad hospitalaria coinciden con el concepto de producción equivalente de la Contabilidad de Costes y su cálculo se realiza aplicando los pesos GRD a las altas de cada Servicio hospitalario). Los hospitales aparecen clasificados en grupos comparables de acuerdo con su tamaño y complejidad.
- 14 En 1997 participaron en el proyecto 18 hospitales de distinto tamaño.
- 15 Estos profesionales reciben distintas denominaciones en la diferentes CCAA, si bien las más comunes son las de Director de Gestión o Director Económico-Administrativo.
- 16 Organismo creado con posterioridad a las transferencias sanitarias en 2002 cuya función consiste en gestionar las prestaciones sanitarias en las Comunidades de Ceuta y Melilla.
- 17 Se considera como hospital general, aquel destinado a la atención de pacientes afectos de patología variada y que atiende las áreas de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría.
- 18 El número de camas es una de las principales variables utilizadas para clasificar a los hospitales en grupos comparables. En general, un mayor número de camas corresponde a una mayor complejidad de los casos tratados en el centro. Según la clasificación ofrecida por el CNH, el 36% de los hospitales del SNS tiene menos de 200 camas, el 33% entre 200 y 500 y el 30% más de 500 camas.
- 19 La Coordinación Sanitaria del INSALUD había definido en 1993 cinco grupos de hospitales mediante un análisis cluster no jerárquico con variables de estructura, aunque la lista sufrió modificacio-

nes marginales con posterioridad. El número de orden atiende al tamaño y complejidad creciente, desde los hospitales comarcales (grupo 1) hasta los grandes complejos hospitalarios (grupo 4) quedando el grupo 5, residual, para determinados Centros Monográficos. Algunas de las CCAA con competencias transferidas antes de 2002 también han creado sus propios grupos de comparación con criterios similares.

- 20 En el campo de la Economía de la Salud la teoría de la agencia se ha utilizado tradicionalmente para describir el comportamiento de los agentes implicados los cuidados sanitarios al permitir integrar las dimensiones de asimetría de la información y de incertidumbre en cuanto a la calidad de los productos. En concreto, el médico aparece como el agente del paciente y del financiador; este último, responsable del interés colectivo (Ortún, 1990).
- 21 A través del cumplimiento del registro y codificación de la actividad y suministrando los datos necesarios para elaborar la información sobre costes.
- 22 No se encontró ninguna relación entre el sentido de la respuesta y el tamaño del hospital. Tampoco se detectó ninguna relación entre la respuesta y el perfil profesional del encuestado, ni entre la respuesta y la Comunidad Autónoma a la que pertenecía el entrevistado.
- 23 A este respecto cabe señalar que el Instituto de Información Sanitaria, la institución encargada de elaborar el SI-SNS, considera como uno de sus objetivos el suministro de información relevante para que los profesionales mejoren sus conocimientos y aptitudes tales como: guías clínicas, evaluaciones de medicamentos, productos sanitarios y tecnologías; análisis de buenas prácticas (Alfaro, 2006).

## **BIBLIOGRAFÍA**

ABERNETHY, M.A. y VAGNONI, E. (2004): "Power, organization design and managerial behaviour", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 29, p. 207-225.

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH) (2006): *Etude nationale de coût - Programme de medicalisation des systèmes d'information - SSR*, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, disponible en <http://www.atih.sante.fr>.

ALFARO LATORRE, M. (2006): "El sistema de información del Sistema Nacional de Salud", *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. 4, p. 55-66.

AUDIT COMMISSION (2000): "On target, the practice of performance indicators", Management Paper, Audit Commission, disponible en <http://www.audit-commission.gov.uk>.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (AIHW) (2004): *National report on health sector performance indicators 2003*, National Health Performance Committee, disponible en <http://www.aihw.gov.au>.

BARRETTA, A. (2005): "The difficulties presented by cost comparison for health care trusts. An empirical análisis", *Public Management Review*, Vol. 7, p. 589-613.

ESCOBAR PÉREZ, B.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.M. y LOBO GALLARDO, A. (2004): "Mejora continua y benchmarking interno aplicados a la gestión de costes: experiencia en un grupo multinacional", *Revista de Contabilidad*, Vol. 7, p. 137-166.

BIRCH, S. y MAYNARD, A. (1986): "Performance indicators and performance assessment in the UK National Health Service: implications for management and planning", *International Journal of Health Planning and Management*, Vol.1, p. 143-156.

BOWERMAN, M. y STEPHENS, A. (1997): "Benchmarking for best value in local authorities", *Management Accounting*, Vol. 75, p. 76-77.

- BOWERMAN, M.; BALL, A. y FRANCIS, G. (2001): "Benchmarking as a tool for the modernisation of local government", *Financial Accountability & Management*, Vol. 17, p. 321-329.
- BOXWELL, R.J. (1995): *Benchmarking para competir con ventaja*, McGrawHill, Madrid.
- BULLIVANT, J.R.N. (1996): "Benchmarking in the UK National Health Service", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 9, p. 9-14.
- CALZADO CEJAS, Y. (2005): *Sistemas de salud: una adaptación del modelo de contingencia de Luder al sector sanitario*, Thomson-Civitas, Navarra.
- CAMP, R.C. (1998): "Best practice benchmarking (the path to excellence)", *CMA Magazine*, Vol. 72, p. 10-14.
- CASAS, M. y GUASCH, E. (1991): "GRD e información para la gestión", en CASAS, M. (1991): *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)*, Masson y SG Editores, Barcelona.
- COMERFORD, S.E. y ABERNETHY, M. (1999): "Budgeting and the management of role conflict in hospitals", *Behavioral Research in Accounting*, Vol. 11, p. 93-110.
- COTS, F. (2004): "La sostenibilidad del sistema hospitalario en Cataluña: El balance de una década", *Gaceta Sanitaria*, Vol.18, p. 64-67.
- COWPER, J. y SAMUELS, M. (2001): "Performance benchmarking in the public sector: the United Kingdom experience", Organisation for Economic Cooperation and Development - Public Management Service (OECD-PUMA), disponible en <http://www.oecd.org>.
- DAHLBERG, L. y ISAKSSON, C. (2001): "The implementation of benchmarking from a Swedish perspective", Organisation for Economic Cooperation and Development - Public Management Service (OECD-PUMA), disponible en <http://www.oecd.org>.
- DEPARTMENT OF HEALTH (1998): *The new NHS 1998 reference costs*, NHS Executive, Leeds, Noviembre.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2000): *Reference costs 2000*, NHS Executive, Leeds, Noviembre.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2002): *NHS performance ratings*, disponible en [http://www.doh.gov.uk/performance\\_ratings/index.html](http://www.doh.gov.uk/performance_ratings/index.html).
- DOOLIN, B. (1999): "Casemix management in a New Zealand hospital: rationalisation and resistance", *Financial Accountability and Management*, Vol. 15, p. 397-417.
- DORSCH, J.J. y YASIN, M.M. (1998): "A framework for benchmarking in the public sector. Literature review and directions for future research", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 11, p. 91-115.
- ELNATHAN, D.; LIN, T.W. y YOUNG, S.M. (1996): "Benchmarking and management accounting: a framework for research", *Journal of Management Accounting Research*, Vol. 8, p. 37-54.
- ELLWOOD, S. (1996): "The development of cost accounting methods in pricing healthcare", en BOURN, M. y SUTCLIFFE, CH. (1996): *Management accounting in healthcare*, p. 9-27, The Chartered Institute of Managements Accountants (CIMA), Londres.
- FOLZ, D.H. (2004): "Service quality and benchmarking the performance of municipal services", *Public Administration Review*, Vol. 64, p. 209-220.
- GRUENING, G. (2001): "Origin and theoretical basis of New Public Management", *International Public Management Journal*, Vol. 4, p. 1-25.
- GUVEN-USLU, P. (2005): "Benchmarking in health services", *Benchmarking. An International Journal*, Vol. 12, p. 293-309.
- HELGASON, S. (1997): "International benchmarking. Experiences from OECD countries", Conference Organised by the Danish Ministry of Finance: International Benchmarking, 20-21 February 1997, Copenhagen, disponible en <http://www.oecd.org>.

HOOD, C. (1995): "The 'new public management' in the 1980's": variations on a theme", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, p. 93-109.

HOLLOWAY, J.; FRANCIS, G. y HINTON, M. (1999): "A vehicle for change? A case study of performance improvement in the 'new' public sector", *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 12, p. 351-365.

HUGGINGS, R. (2003): "Creating a UK competitiveness index: regional and local benchmarking", *Regional Studies*, Vol. 37, p. 89-96.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (1999): *Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Coordinación Administrativa, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (2000): *Análisis de los costes por proceso en los hospitales del INSALUD*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Coordinación Administrativa, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (2001a): *Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. GECLIF 2000*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Atención Especializada, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (2001b): *GECLIF Gestión Clínico-Financiera y coste por proceso*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Coordinación Administrativa, Madrid.

JACOBS, K.; MARCON, G. y WITT, D. (2004): "Cost and performance information for doctors: an international comparison", *Management Accounting Research*, Vol. 15, p. 337-354.

JONES, C.S. (1999): "Developing financial accountability in British acute hospitals", *Financial Accountability and Management*, Vol. 15, p. 1-20.

JONES, C.S. (2002): "The attitudes of British National Health Service managers and clinicians towards the introduction of benchmarking", *Financial Accountability and Management*, Vol. 18, p. 163-188.

KAPLAN R.S. y NORTON, D.P. (1992): "The balanced scorecard - measures that drive performance", *Harvard Business Review*, Vol. 71, p. 134-147.

KLAGES, H. (2001): "Commentary. Performance benchmarking in the public sector: the United Kingdom experience", Organisation for Economic Cooperation and Development - Public Management Service (OECD-PUMA), disponible en: <http://www.oecd.org>.

KOUZMIN, A.; LÖFLER, E.; KLAGES, H. y KORAK-KAKABADSE, N. (1999): "Benchmarking and performance measurement in public sectors. Towards learning for agency effectiveness", *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 12, p. 121-144.

KURUNMÄKI, L.; LAPSLEY, I. y MELIA, K. (2003): "Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care", *Management Accounting Research*, Vol. 14, p. 112-139.

LAPSLEY, I. (1999): "Accounting and the New Public Management. Instruments of substantive efficiency or a rationalising modernity?", *Financial Accountability and Management*, Vol. 3, p. 201-207.

LAPSLEY, I. (2001): "The accounting - clinical interface - implementing budgets for hospital doctors", *Abacus*, Vol. 37, p. 79-109.

LÖFFLER, E. (2001): "Quality awards as a public sector benchmarking concept in OECD member countries: some guidelines for quality awards organizers", *Public Administration and Development*, Vol. 21, p. 27-40.

LLEWELLYN, S. y NORTHCOTT, D. (2005): "The average hospital", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 30, p. 555-583.

- MAGNUS, S.A. y SMITH, D.G. (2000): "Better Medicare cost report data are needed to help hospitals benchmark costs and performance", *Healthcare Management Review*, Vol. 25, p. 65-76.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990): *Gestión analítica: hacia la Contabilidad Analítica en los hospitales*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1998): *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001): *Guías integradas asistenciales. Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD*, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa, Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005a): *Estadística de gasto sanitario público 1988- 2002 Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión*", Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, Secretaría General de Sanidad, disponible en <http://www.msc.es>.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005b): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*, disponible en <http://www.msc.es>.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005c): *Catálogo Nacional de Hospitales*, disponible en <http://www.msc.es>.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006): *Consumo de recursos según complejidad de los pacientes atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud año 2003*, Secretaría General de Sanidad, Agencia de Calidad del SNS, Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- MODELL, S. (2005): "Triangulation between case study and survey methods in management accounting research: an assesment of validity implications", *Management Accounting Research*, Vol. 16, p. 231-254.
- MONGE LOZANO, P. (2003): "Estudio comparativo de los diferentes sistemas o modelos de costes implantados en los hospitales públicos españoles", *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, Vol. I, p. 13-42.
- MONTESINOS JULVE, V. (1999): "Nuevos ámbitos de la fiscalización de las entidades públicas", VI Encuentros Técnicos de los Órganos de Control Externo, Toledo.
- NAVARRO GALERA, A. y ORTIZ RODRÍGUEZ, D. (2003): "Propuesta metodológica para la aplicación del benchmarking a través de indicadores: una investigación empírica en administraciones locales", *Revista de Contabilidad*, Vol. 6, p. 109-138.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) (2003): *NHS costing manual*, disponible en <http://www.doh.gov.uk>.
- NORTHCOTT, D. y LLEWELLYN, S. (2002): "Challenges in costing health care services. Recent evidence from the UK", *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15, p. 188-203.
- NORTHCOTT, D. y LLEWELLYN, S. (2003): "The 'ladder of succes' in healthcare: the UK National Reference Costing Index", *Management Accounting Research*, Vol. 14, p. 51-66.
- NORTHCOTT, D. y LLEWELLYN, S. (2005): "Benchmarking in UK health: a gap between policy and practice?", *Benchmarking. An International Journal*, Vol. 12, p. 419-435.
- ORTÚN, V. (1990): "Incorporación de los criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas", *Información Comercial Española*, Mayo-Junio, p. 117-129.
- PINK, G.H.; MCKILOP, I.; SCHRAA, E.G.; PREYRA, C.; MONTGOMERY, C. y BAKER G.R. (2001): "Creating a balanced scorecard for a hospital system", *Journal of Health Care Finace*, Vol. 27, p. 1-20.

PITARELLI, E. y MONNIER, E. (2000): "Benchmarking: the missing link between evaluation and management", 4th European Evaluation Society Biennial Conference: Taking evaluation to the people, 12 October 2000, Lausanne, disponible en [www.europeanevaluation.org](http://www.europeanevaluation.org).

PUIG-JUNOY, J.; LÓPEZ-CASASNOVAS, G. y ORTÚN RUBIO, V. (2004): *¿Más recursos para la salud?*, Masson, Barcelona.

SPENDOLINI, M.J. (1992): *The benchmarking book*, American Management Association, New York.

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS) -ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA (2004): *Información al ciudadano sobre actividad y calidad de los hospitales. Documento general*, Sistema Sanitario Público Andaluz, disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>.

SHERMAN, H.D. (1984): "Hospital efficiency measurement and evaluation, empirical test of a new technique", *Medical Care*, Vol. 22, p. 922-938.

TEMES MONTES, J.L. (2002): "Gestión clínica", en TEMES MONTES, J.L. (2002): *Gestión Hospitalaria*, McGraw Hill, Madrid.

VAN DER STEDE, W.A.; YOUNG, S.M. y CHEN, C.X. (2005): "Assessing the quality of evidence in empirical management accounting research: the case of survey studies", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 30, p. 655-684.

VAN HELDEN, G.J. (2005): "Modernisation in the public sector", *Financial Accountability and Management*, Vol. 21, p. 9-11.

VAN HELDEN, G.J. y TILLEMA, S. (2005): "In search of a benchmarking theory for the public sector", *Financial Accountability and Management*, Vol. 3, p. 337-361.

VAN PEURSEM, K.A.; PRATT, M.J. y LAWRENCE, S.R. (1995): "Health management performance. A review of measures and indicators", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 8, p. 34-70.

WOLFRAM COX, J.R.; MANN, L. y SAMSON, D. (1997): "Benchmarking as a mixed metaphor: disentangling assumptions of competition and collaboration", *Journal of Management Studies*, Vol. 34, p. 285-314.

YATES, J. (1983): "When will the players get involved?", *Health Social Services Journal*, Vol. 15, p. 1.111-1.112.

## ANEXO

### DISEÑO DEL CUESTIONARIO

#### APLICACIÓN DEL BENCHMARKING

De forma concisa, el *benchmarking* consiste en proponerse metas empleando normas externas y objetivas y aprendiendo de los otros. Esta idea puede aplicarse en los hospitales comparando el coste medio por GRD (Grupos relacionados con el Diagnóstico) de cada centro con el coste medio por GRD del grupo al que pertenece el hospital.

**Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre las comparaciones de costes entre hospitales:**

1. La publicación del coste nacional medio por GRD nos llevaría a estudiar aquellos GRD's para los que nuestro coste estuviera por encima de la media de nuestro grupo

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

2. Es muy difícil conseguir la colaboración del personal médico a la hora de analizar y corregir las causas de las diferencias de nuestros costes respecto a la media.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

3. Las comparaciones de costes no me parecen útiles porque en realidad no existe un estándar con el que compararse, ya que la media no tiene porqué ser lo mejor.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

4. Las comparaciones de costes no me parecen útiles porque nuestro hospital es un caso excepcional, difícilmente comparable con otros (debido a nuestra situación geográfica, a la complejidad de nuestra casuística etc.).

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

5. Las comparaciones de costes no me parecen fiables porque las diferencias en costes por GRD pueden deberse simplemente a la forma de calcular los costes (modelo de Contabilidad Analítica utilizado).

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

6. Si lo desea anote aquí algún comentario sobre su experiencia en la elaboración de datos sobre costes en el hospital.

--

7. Según su experiencia ¿cómo se podría conseguir que las comparaciones de costes fuesen más fiables y útiles?

--