

00662

L
28



Universidad Nacional Autónoma
de México

Facultad de Contaduría y Administración
División de Estudios de Posgrado e
Investigación

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA ATENCION MEDICA
Y DE HOSPITALES

"ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA PARA LA CIRUGIA
DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA
COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEXICO".

Tesis que para optar por el Grado de Maestro en
Administración de la Atención Médica y de
Hospitales presenta:

GUTIERREZ ALADRO FRANCISCO JOSE



México D. F.

Agosto de 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE DE LA TESIS.

1.- INTRODUCCION.

- 1.1.- Definición.
- 1.2.- Historia.
- 1.3.- Características.
- 1.4.- Frecuencia y estado actual.
- 1.5.- Variables asociadas.
- 1.6.- Tipos de unidades.
- 1.7.- La mercadotecnia y su aplicación en el campo del cuidado de la salud.
- 1.8.- La investigación de mercados en organizaciones de atención a la salud.
- 1.9.- Planeación estratégica y mercadotecnia.

2.- HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MEXICO.

3.- METODOLOGIA.

- 3.1.- Objetivo general.
- 3.2.- Definición de problemas.
- 3.3.- Hipótesis.
- 3.4.- Variables.
- 3.5.- Muestra y escenario.
- 3.6.- Instrumentos.
- 3.7.- Estandarización de instrumentos.
- 3.8.- Análisis estadístico.
- 3.9.- Alcances, limitaciones y hallazgos.

4.- RESULTADOS Y ANALISIS DEL ESTUDIO DE MERCADO.

- 4.1.- Cuestionarios.
- 4.2.- Grupos focales.
- 4.3.- Información secundaria.
- 4.4.- Comprobación de hipótesis.

5.- CONCLUSIONES.

5.1.- LA OFERTA DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

- 5.1.1.- Localización de la oferta.
- 5.1.2.- Estacionalidad.
- 5.1.3.- Desarrollo histórico.
- 5.1.4.- Línea de servicio.
- 5.1.5.- Capacidad instalada.
- 5.1.6.- Disponibilidad de recursos humanos especializados.
- 5.1.7.- Existencia de suministros adecuados.
- 5.1.8.- Perspectivas.

5.2.- LA DEMANDA DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

5.2.1.- Tamaño de la demanda.

5.2.2.- Características.

5.2.3.- Perspectivas.

6.- RECOMENDACIONES.

ESTRATEGIAS DE MERCADO PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA.

6.1.- ¿De dónde parte estas estrategias?

6.2.- Estrategias de producto.

6.3.- Estrategias de precio.

6.4.- Estrategias de distribución.

6.5.- Estrategias de promoción.

6.6.- Estrategias comentadas.

6.7.- Consideraciones finales.

7.- BIBLIOGRAFIA.

8.- ANEXOS.

1.- INTRODUCCION.

Pocos problemas de mercadotecnia en salud son factibles de tener soluciones rápidas. La mayoría requieren un entendimiento profundo del ambiente, el mercado y los objetivos de la organización.

Requieren además de un buen conocimiento de conceptos mercadotécnicos como posicionamiento, "mezcla mercadológica", manejo de canales, conducta del consumidor y presupuestos mercadológicos.

El mercadotecnista sabe como investigar y entender las necesidades de la otra parte, para diseñar un ofrecimiento valioso que llene esas necesidades, como comunicar para ofrecerlo en forma efectiva y presentarlo en el lugar y tiempo adecuado.

Si conocemos las características de la oferta, cuantificamos la demanda actual y estimamos la futura para la cirugía de corta estancia, daremos un paso decisivo en la búsqueda de alternativas más atractivas para los hospitales privados en su intercambio con médicos y pacientes.

Investigando el mercado actual y futuro de la cirugía de corta estancia en el D.F., sus principales grupos y las características de los consumidores, conoceremos la potencialidad del mismo, escogeremos los mejores grupos objetivo y la forma de adaptarnos a las características de los consumidores.

Al establecer y aplicar un programa de estrategias de mercado, aumentaremos el número de cirugías de corta estancia, es decir estaremos en la posibilidad de incrementar la productividad con los beneficios consiguientes.

Este potencial para la cirugía de corta estancia provoca que como en los otros sectores de servicio de la economía, los consumidores demandarán un incremento en la conveniencia y la mejoría de los servicios de salud. Conforme en la industria de la salud se intensifique la competencia, los proveedores de servicios de cirugía de corta estancia, deben tornarse más orientados hacia el mercado.

Todo esto nos enfrenta con varios problemas (5):

¿Cómo debe organizarse y operarse un programa de cirugía de corta estancia para ofrecer precios competitivos convenientes a cirujanos y pacientes?

¿Cómo debe determinarse la factibilidad financiera y el mercado potencial de los programas?

¿Qué análisis deben hacerse para desarrollar una estrategia competitiva para un programa de cirugía de corta estancia y llevarla a cabo en el mercado local?

¿Qué factores deben tomarse en cuenta para asegurarse que un programa de cirugía de corta estancia puede ser exitosamente implementado y operado?

De la resolución de estos cuestionamientos y otros más saldrán estrategias para enfrentar el futuro de esta industria.

Frenk ha dicho (9) que entre las alternativas de atención médica en el actual periodo de transición en la prestación de servicios de salud en el país, se encuentran con perspectivas muy favorables los programas de cirugía de corta estancia.

El tener información suficiente para la toma de decisiones enfocada a la reducción de costos en el cuidado de la salud, convierte en prioritaria cualquier investigación al respecto; con la investigación de mercados y el desarrollo de estrategias en el área, se

puede obtener una gran cantidad de esa información. Además puede sentar las bases para la aplicación no solo de la investigación de mercados, sino de todas las herramientas de la mercadotecnia, en el terreno de las organizaciones de la salud en México.

1.1.- DEFINICION.

El término *cirugía de corta estancia*, también llamado cirugía de un día, cirugía del mismo día o cirugía ambulatoria se ha utilizado al parecer en una forma en que su definición es fácilmente entendida, sin embargo ninguna de ellas da una correcta explicación del tema, quizá el de cirugía del mismo día sea el más correcto, pero al ser traducido al español del inglés " same-day surgery ", pierde su significado completo y se presta a confusiones.

He preferido utilizar en este trabajo el de cirugía de corta estancia por su mejor aceptación fonética aunque el término " corta estancia " sea subjetivo en razón del tiempo.

Este significa toda cirugía realizada en el hospital o en un lugar independiente en que el paciente es dado de alta el mismo día.

Hay autores como Davis (14), que la han dividido en mayor y menor, abarcando en la última a la que se realiza bajo anestesia local con inmediata alta del paciente, y prácticamente la separa de la otra.

Si bien esto es cierto, ya que excluye por ejemplo toda aquella que se realiza en el mismo consultorio médico, o las suturas de heridas traumáticas, etc. para bien de este trabajo, esto no es práctico ya que la mayoría de la estadística internacional y nacional excluye por sí a estos procedimientos.

Para otros autores (20), el término de cirugía de corta estancia puede aplicarse a todas las siguientes designaciones:

Cirugía externa: Los procedimientos menores efectuados en el consultorio médico, o en la sala de urgencias del hospital, pueden ser clasificados como cirugía externa. Estos procedimientos no requieren un período ordinario de recuperación. Este término es usado como sinónimo de cirugía ambulatoria entre otros, para describir procedimientos de diferente complejidad y requerimientos.

Cirugía ambulatoria: Este término se refiere a todos los procedimientos no complicados que tradicionalmente se han efectuado con el paciente internado, pero que puede ser efectuado con igual eficiencia y seguridad sin necesidad de la admisión. Por lo tanto esta definición, cae entre la cirugía externa y la de los pacientes internados de corta estancia. Esta cirugía ambulatoria es entonces dividida en mayor y menor. La cirugía mayor incluye la efectuada en pacientes bajo cualquier tipo de anestesia, en la cual el período de recuperación u observación del paciente es aconsejado o necesario. La cirugía menor ambulatoria es la efectuada con anestesia local con inmediata alta del paciente.

Cirugía de pacientes internos: La cirugía mayor que requiere de los servicios hospitalarios de soporte y cuidado hospitalario postoperatorio, es realizada con el paciente interno en el hospital. Esta clasificación incluye procedimientos más complejos así como también pacientes con condición médica inestable, o aquellos que requieren complejos diagnósticos pre-operatorios o preparativos.

Estas designaciones no son mutuamente excluyentes, porque muchos tipos de cirugía se traslapan entre dos clasificaciones. Algunos procedimientos son apropiados tanto como externos como ambulatorios, dependiendo del paciente y otros factores. Un ejemplo es un paciente que requiere una extracción dental. Si el paciente es un adulto sano, este procedimiento puede hacerse en el consultorio del dentista. Si el paciente tiene una enfermedad subyacente que aumenta su riesgo de base, es más apropiado realizar el procedimiento en una unidad de cirugía ambulatoria donde están disponibles mejores cuidados anestésicos y de enfermería.

Existe asimismo un traslape entre las designaciones ambulatoria y del paciente interno. Hay algunos procedimientos quirúrgicos para los cuales si el paciente se interna, esto es muy caro, y la cirugía ambulatoria no provee los cuidados postoperatorios convenientes necesarios. La cirugía del mismo día cae en esta categoría. Los pacientes reciben pruebas pre-operatorias y preparación como externos, son admitidos el día de su operación, y tratados postoperatoriamente como pacientes internos. Esto elimina la necesidad de admisión pre-operatoria al hospital.

Esta gran cantidad de términos y definiciones no son prácticas para los propósitos de esta tesis, por lo que al referirnos a los procedimientos en estudio, estos abarcan a la cirugía de corta estancia que en términos comunes es "aquella que para su ejecución no requiere la admisión hospitalaria de un paciente", y de donde excluiremos los procedimientos de oficina o consultorio, las suturas y las endoscopias; sin descartar que estas juegan como variables no controlables a la recolección de datos, análisis y conclusiones, ya que no sabemos la frecuencia y características de muchos de estos procedimientos que quizá debieron practicarse sobre una base de corta estancia hospitalaria.

Asimismo, el quitar la endoscopia digestiva de la información, puede sesgar los resultados, pensando en la cantidad de cirugía innecesaria que evitan estos procedimientos.

Sin embargo el considerar así a la cirugía de corta estancia, considero fué suficiente para determinar los objetivos planeados y obtener conclusiones válidas.

1.2.-HISTORIA.

En los primeros años de este siglo, un médico escocés, James Nichol, efectuó mas de siete mil procedimientos quirúrgicos fuera del hospital (21). El Doctor Earle Shouldice, en su práctica privada en la Universidad de Toronto en los años treinta, observó la carencia de efectos negativos de la actividad postoperatoria consecutiva a reparaciones de hernia o apendicectomía en pacientes y animales de laboratorio. En 1945 estableció su propio hospital de reparaciones de hernia abdominal externos. Los pacientes deambulaban postoperatoriamente, con una estancia de tres o cuatro días teniendo la responsabilidad por su propio cuidado no quirúrgico durante ese periodo.

Esta cirugía no tuvo gran impacto, al menos en los Estados Unidos, hasta fines de los sesentas, cuando un programa gubernamental de ayuda en el pago de las cuentas de los pacientes pobres o ancianos, hizo escasear las camas de hospital, lo cual hizo que casos seleccionados de cirugías pequeñas tuvieran la alternativa de irse a su casa el día de la operación.

Otros libros hablan de los pioneros de la cirugía ambulatoria remontándose a principios de los sesentas, en el Butterworth Hospital en Grand Rapids Michigan, seguido al año siguiente por la apertura de una unidad de cirugía de corta estancia en la Universidad de California.

Pero sin duda alguna, el detonante que estimuló el desarrollo de la era moderna de cirugía de corta estancia, fué la apertura del Surgicenter en Phoenix, Arizona a principios de 1970. Antes de este, se desarrolló en Providence, Rhode Island por el Dr. Charles Hill, una unidad independiente de cirugía ambulatoria, pero fracasó debido a la falta de interés y a los ingresos monetarios.

Entonces fueron los doctores Wallace Reed y John Ford, quienes establecieron el primer centro independiente para cirugía de corta estancia, el " Phoenix Surgicenter ". Inicialmente, las compañías de seguros se rehusaron a pagar. Sin embargo, con la persistencia de los médicos, y bajo la directiva médica de un anestesiólogo, el centro se convirtió en el modelo de centro independiente de cirugía de corta estancia. Durante su primer año de operación, el centro manejó mas de 5700 procedimientos en dos instalaciones en Phoenix. Desde es día, han surgido mas de 1000 centros de cirugía de corta estancia.

El éxito del Surgicenter de Arizona, se debió a que los hospitales locales, los cirujanos, las agencias de planeación y las mayores aseguradoras, se vieron envueltas en el en forma temprana y sustantiva.(37).

En 1974, se publicó (31) un contundente artículo sobre la reducción de costos con la cirugía de corta estancia en el Mount Sinai Medical Center de Milwaukee.

Los factores que han hecho factible el progreso de este tipo de procedimientos son entre otros:

a.- Las mejoras tecnológicas en las técnicas quirúrgicas.

Endoscopia, angioplastia y rayo laser, aunados a la reciente cirugía laparoscópica, le han dado seguridad a los procedimientos y factibilidad a la idea de irse a casa el mismo día.

La cirugía estereotáctica y la artroscopia han hecho su parte en neurocirugía y

ortopedia para reducir el tamaño de las heridas y acelerar el alta.

La mejoría en las herramientas de diagnóstico, han permitido una localización anatómica mas precisa de los problemas, reduciendo la exploración quirúrgica de los tejidos.

b.- La mejoría de los agentes y técnicas anestésicas.

Los nuevos descubrimientos de la anestesia también han jugado un rol importante en la expansión de la cirugía ambulatoria.

Muchos de estos nuevos agentes son muy útiles en procedimientos cortos, permitiendo a los pacientes el retorno del estado inconsciente mas rápido que los agentes tradicionales, facilitando su alta mas pronto.

c.- Las mejoras en los cuidados postoperatorios.

Los cambios en el manejo clínico postoperatorio también han facilitado el desarrollo de la cirugía de corta estancia. El control del dolor era una razón mayor para la hospitalización postoperatoria en el pasado. Ahora nuevos agentes analgésicos y anestésicos controlan efectivamente el dolor como para irse a casa.

1.3.- CARACTERISTICAS.

Los altos costos de la atención médica, obligan a considerar nuevas alternativas que reduzcan la cantidad de dinero gastado, y mantengan la calidad de los servicios de salud.

Desde 1972 en el artículo clásico de Davis y Detmer (1), se menciona que los cirujanos pueden influir en la reducción de los costos hospitalarios realizando muchas de las operaciones en forma ambulatoria, en lugar de hacer la tradicional admisión al hospital. Ellos estimaban que del 20 al 40 % de las operaciones que en esas fechas se practicaban en hospitales generales podrían ser manejadas con el paciente como externo.

El Estudio de Servicios Quirúrgicos para Estados Unidos, conocido por las siglas en Ingles SOSSUS, publica entre sus recomendaciones para el control del costo de la atención médica el uso de clínicas de cirugía ambulatoria entre otras opciones (2).

Por su parte Gertman (3) afirma que en la industria privada, después de décadas de indiferencia a las alzas de los costos en el sector del cuidado de la salud, se está comenzando a escrutinizar seriamente las expansiones continuas de gastos en el sector. En los setentas, la atención quirúrgica fué objeto de escrutinio sistemático por parte de los investigadores de políticas en salud, cuestionando la calidad y eficiencia de la atención quirúrgica en los E.U.A.

Davis en 1987 (4) menciona que de las 20 millones de cirugías realizadas cada año en E.U.A., 40 a 45% pueden efectuarse sin hospitalizar al paciente. Y afirma que aun cuando no han llegado todavía a esos porcentajes, rápidamente, se están acercando a ellos.

La experiencia reportada en el Massachusetts General Hospital en Boston por Bartlett y colaboradores (11), refiere el beneficio que la cirugía ambulatoria provee, no solo de una reducción del 75% en el costo comparado con una admisión de dos días al hospital en promedio, sino la ventaja de la reducción en los tiempos de espera para cirugía cuando hay demasiada carga de operaciones, además implica una menor tensión emocional para paciente y médicos, más rápida rotación de casos y en general un beneficio para paciente y cirujano, sin comprometer la calidad del cuidado. Una ventaja intangible es la atmosfera muy personal y relajada que puede existir en una pequeña unidad con pacientes generalmente sanos que vienen en compañía de un familiar o amigo.

Por su parte Davis (14) , desglosa las ventajas y desventajas de la cirugía de corta estancia y las resume estupendamente, aquí se mencionan:

- 1.- El estilo de vida del paciente es cambiado en forma mínima, evitando las rutinas, reglas y restricciones de los hospitales.
- 2.- Se reduce la ansiedad del paciente motivada por la operación.
- 3.- Los costos se reducen.

- 4.- Existe menor riesgo de infecciones nosocomiales.
- 5.- Se reduce la incapacidad con un retorno mas pronto al trabajo.
- 6.- El médico tiene el control del paciente.

También habla de las desventajas:

- 1.- El paciente puede no apegarse a las instrucciones post-operatorias.
- 2.- El paciente puede no tener asistencia competente en casa.
- 3.- El paciente puede no tener transportación hacia y desde la unidad.
- 4.- El paciente puede creer que no hay un soporte de resucitación y tratamiento accesible.

Bogetz (17) respecto a la cirugía de corta estancia destaca su caracter de ideal, siempre y cuando haya una adecuada preparación psicológica, la presencia de los padres en el caso de pacientes pediátricos, siempre que sea posible, y el uso apropiado de premedicación.

Los centros de cirugía externa, permiten un mínimo disturbio en la vida del niño y provee de una oportunidad para el paciente y la familia de tener una experiencia positiva en el cuidado de la salud, mientras reciben la atención quirúrgica requerida.

Estas ventajas y desventajas varían según el tipo de unidades que veremos mas adelante.

Respecto a la reducción de costos, podemos citar lo mencionado por Kambouris(15) quien cita el interes adoptado por el gobierno norteamericano y los seguros privados en este tópico, y reporta un estudio en donde si todas las operaciones de hernia se hicieran bajo anestesia local en corta estancia, se ahorrarían 400 millones de dolares al año sin deterioro de la calidad de la atención. Y esto podría ser aun mayor si todo se hiciera en "surgicenters".

Otro reporte de Lahti, que calcula en 5 billones de dolares neto el ahorro si los procedimientos quirúrgicos que se pueden hacer en corta estancia, calculados en 25%, se hicieran en centros independientes. Y esto actualmente sería mayor, si consideramos que este estudio fué realizado en 1981.

Para el Real Colegio de Cirujanos Británico, el uso de la cirugía de corta estancia está cada vez mas extendido (22). Consideran que esto es un medio efectivo de reducir las listas de espera, y una manera de mantener en forma aceptable los estándares del cuidado quirúrgico sin inconveniencia para los pacientes. En la planeación de los años noventa, las autoridades regionales de salud, han de tener en cuenta que este tipo de procedimientos aumentará considerablemente.

El mas impactante estudio relativo a los costos y la cirugía de corta estancia es el de Lafayee (38) en 1989 en el Hospital Norwalk en Connecticut, USA, del cual transcribo el resumen:

" El propósito de este estudio fué cuantificar los ahorros obtenidos de cambiar casos quirúrgicos de internos a externos. Hubo un incremento en el número total de operaciones, de 7952 en 1973 a 10250 en 1987. El porcentaje de procedimientos ambulatorios demostró un incremento continuo de 17.9% a 56.3%. La experiencia acumulada en esta institución durante 15 años, excede ahora los 43000 casos, sin mortalidad. El estudio examinó detalladamente los cargos de hospital, no los costos, por dos meses, los cuales fueron anualizados. Los ahorros promedio calculados por caso fueron de 2000 dolares y 3.07 días-paciente. Los ahorros estimados para el año 1987 fueron 11.5 millones de dolares y 17726 días-paciente. Basados en esta experiencia, la operación de una unidad ambulatoria de cirugía es recomendada como ahorradora de dinero y segura, además de un método eficiente de realizar muchos procedimientos quirúrgicos ".

A la par de la calidad, el control de los costos de la atención médica ha sido un factor determinante en la dirección del cuidado de la salud en los E.U. La cirugía de corta estancia ha seguido en paralelo el crecimiento del control de costos.

Las mediciones de los resultados, incluyendo las mediciones psicológicas y sociales, la satisfacción y educación del paciente y la conducta respecto a la salud, son alentadoras.

1.4.- FRECUENCIA Y ESTADO ACTUAL.

En términos reales, en 1980, en los Estados Unidos, 16.7% de todos los procedimientos quirúrgicos se realizaron en pacientes externos. Para 1985 este porcentaje aumentó al 34.5% (5) y para el futuro las expectativas son de un mayor porcentaje.

En Columbia Británica, la cirugía de sujetos ambulatorios, aumentó de 7.4% de las operaciones en 1968 a 24.5% en 1976, y se ha informado de aumentos semejantes en hospitales de Estados Unidos.

La reunión nacional número 14 de la Federación Norteamericana de Cirugía Ambulatoria, realizada en Washington en 1988 (28), reportó un crecimiento en el número de cirugías de corta estancia en E.U., de 30523 procedimientos en 1984 a 121491 en 1986.

La frecuencia de cirugía varía mucho y hay diferencias reportadas internacionales, nacionales y regionales. Estas diferencias en la cifra de cirugía se han atribuido a diversos factores que incluyen frecuencia parcial y total de las enfermedades, diversas modalidades de tratamiento e indicaciones, disponibilidad de recursos (personal quirúrgico, camas hospitalarias, porcentaje del producto nacional bruto gastado en la asistencia de la salud, etc.), métodos de organización, pago de servicios médicos y preferencias y demandas de los consumidores.

La F.A.S.A. en 1991 (12), muestra su combinación encontrada de cirugía de corta estancia por especialidades:

- 30.7% - ginecología
- 18.7% - otorrinolaringología
- 11.2% - ortopedia
- 8.8% - cirugía plástica
- 5.4% - urología
- 5.3% - cirugía dental
- 1.6% - oftalmología
- 1.0% - neurología

Esta misma institución reporta los diez primeros procedimientos de cirugía ambulatoria en E.U.A. en 1980 que constituyen el 70% del total:

- 1.- Dilatación y curetaje
- 2.- Miringotomía
- 3.- Ligadura tubaria
- 4.- Procedimientos ortopédicos
- 5.- Procedimientos dentales
- 6.- Exclision de lesión en piel
- 7.- Laparoscopia diagnóstica
- 8.- Tonsilectomía y adenoidectomía
- 9.- Cistoscopia
- 10.- Artroscopia

Algunos procedimientos han ido con el tiempo aumentando en su relación externos-Internos, como es el caso de la artroscopia que de no realizarse ninguna en pacientes ambulatorios en 1974, su porcentaje llegó a 16% en 1984 en el Mount Sinai School of Medicine (18); esto según los autores provocado por mejores técnicas quirúrgicas y por un aumento en la preferencia de la cirugía de corta estancia por parte de las compañías de seguros.

En el Massachusetts General Hospital, una remodelación de su unidad de cirugía para adaptarla a las necesidades de la cirugía de corta estancia, les permitió lograr cerca del 30% de las operaciones sobre la base de cirugía de corta estancia.

Respecto a esto podemos decir que el 20% del total corresponde a procedimientos de endoscopia, lo cual se tiene que tener mucho cuidado, pues no todos los hospitales los registran como cirugía.

Los porcentajes desglosados fueron:

21% - Cirugía plástica:

20% - Endoscopia:

14% - Cirugía General:

11% - Ortopedia:

10% - Ginecología:

8% - Pediatría:

8% - Urología:

7% - Cirugía oral:

2% - Neurocirugía:

Sóloamente unos pocos pacientes requirieron admisión al hospital (1%), no hubo muertes, y complicaciones sóloamente en 1 de cada 400 casos sin ser graves.

En Inglaterra, el porcentaje estimado en 1983 fué del 24% con una tendencia clara ascendente.

De acuerdo a un grupo de investigación de mercados de Chicago, para 1988 existían 1028 centros independientes de cirugía de corta estancia, y predice que para 1990 serían 2155 centros, con un número mayor a 2.8 millones de procedimientos sin contar los del consultorio médico o los hospitalarios con base ambulatoria (32).

En México la Subsecretaría de los Servicios de Salud (6), reportó en el Informe Nacional de Intervenciones Quirúrgicas de 1990, un total de 1,358,048 operaciones en todo el país en el primer semestre del año, de las cuales 241,075, o sea el 17.8% fueron en pacientes externos.

De las 44,982 cirugías realizadas en los principales hospitales privados del Distrito Federal en ese lapso, 6,739 (15%) fueron operaciones con estancia corta.

Es claro que en nuestro país no se disponen de datos específicos confiables y reportados, sobre frecuencia de cirugía de corta estancia por especialidad, por procedimientos o alguna otra variable de interés para este estudio.

1.5.- VARIABLES ASOCIADAS.

El aumento de la cirugía en pacientes ambulatorios es otra manifestación de los cambios en los estilos terapéuticos quirúrgicos.

De todos los factores identificados como relacionados con distintas cifras, las preferencias de los consumidores son las menos conocidas.

Un estudio en E.U.A. advirtió efecto positivo del ingreso sobre la cirugía, pero el efecto disminuyó entre 1963 y 1970.

Bunker et al, investigaron la conducta de facultativos y sus familias como consumidores de servicios quirúrgicos en California. Las cifras de intervenciones quirúrgicas para facultativos y sus cónyuges fueron iguales o mayores que para otros grupos en la mayor parte de las operaciones estudiadas. Si el facultativo y su familia pueden considerarse consumidores informados o conocedores, las demandas potenciales para cirugía en E.U. bien pudieran ser mayores de lo que el uso actual sugiere, particularmente entre personas con ingresos altos.

Otro lado de las demandas de los consumidores es el movimiento para que participen más en la toma de decisiones terapéuticas. Los grupos feministas, por ejemplo, ponen en duda la necesidad de cirugía, particularmente mamaria y uterina, y la de algunos procedimientos (venas varicosas, colecistectomía) que tienen frecuencia mayor para mujeres que varones.

Sin embargo, hasta la fecha no hay datos que permitan un análisis cuantitativo adecuado del efecto de los consumidores. La decisión de operar, con excepción de la cirugía anticonceptiva parece ser tomada principalmente por el cirujano, aunque las prerrogativas quirúrgicas se están poniendo cada vez más en duda.(10).

Lo que sí queda claro (13) es que mientras más y más hospitales en el mundo listan las operaciones que se pueden hacer en cirugía de corta estancia, el énfasis es en los principales criterios de selección que son: la salud general del paciente, y las circunstancias sociales, lo cual varía de área en área. Es bastante inconveniente por ejemplo, reparar la hernia de un bronquítico crónico y luego mandarlo a casa en una noche de invierno, en un barrio pobre, con el baño afuera de la casa.

Estas consideraciones deben tomarse muy en cuenta cuando se mide la demanda en países subdesarrollados.

Para Burns (5), la industria de la cirugía ambulatoria en los E.U. en términos del ciclo de crecimiento industrial se está moviendo de la etapa II, innovación y crecimiento, a la etapa III, consolidación y utilidades.

Considera que esta evolución, es consecuencia de los rápidos y continuos avances en anestesia, microcirugía y laser, de los cambios en los beneficios de las aseguradoras y de la continua innovación en el diseño e implementación por parte de los proveedores del servicio en áreas tales como servicios de transporte, visitas domiciliarias post-operatorias, mejoras en los criterios de selección de pacientes, entre otras.

Los factores clínicos que influyen la demanda de cirugía de corta estancia son (20):

- a.- la edad del paciente
- b.- el estado físico y mental
- c.- el riesgo anestésico
- d.- la actitud hacia la cirugía de corta estancia

e.- la situación social y familiar

Según el Real Colegio de Cirujanos Británico(22), el desarrollo de programas de cirugía de corta estancia en su país, depende en gran parte de los intereses particulares de los cirujanos.

1.6.- TIPOS DE UNIDADES.

La cirugía de corta estancia se puede realizar en cuatro tipos de unidades distintas (4):

1.- La unidad integrada al hospital consiste en un área designada dentro del hospital dentro de la cual los pacientes son admitidos y desde donde son dados de alta. La evaluación pre-operatoria, la preparación y la recuperación son proveídas en el mismo lugar. Las salas de operaciones y los cuartos de recuperación son utilizados tanto para pacientes internos como para pacientes externos.

2.- La unidad autónoma del hospital es una unidad totalmente autosuficiente que provee cuidado pre-operatorio, intra-operatorio, de recuperación y postoperatorio. Este tipo de unidad está localizado dentro de los confines del hospital o en un área anexa pero su operación es totalmente independiente de las demás porciones del hospital.

3.- La unidad satélite de cirugía ambulatoria es una unidad autónoma, patrocinada y operada por el hospital, pero localizada fuera de los terrenos del mismo.

4.- La unidad independiente es una unidad autónoma que no es parte administrativa ni geográfica de otra institución de salud.

Cada una de estas unidades tiene sus ventajas y sus desventajas.

En la unidad integrada al hospital, no es necesario un gran desembolso en infraestructura ni los programas implican gran riesgo, pero los pacientes de cirugía externa se sienten perdidos entre los pacientes que van a internarse, pueden tener retrasos causados por las urgencias, y como comparten recursos, los pacientes pagan cargos mas altos.

En la unidad autónoma del hospital, los pacientes no pagan los altos cargos que implican las instalaciones para pacientes internos, al no compartirlas, y se ve favorecida por el soporte para complicaciones del hospital entero. Proveen mayor satisfacción de los pacientes, médicos y personal, porque están diseñadas para las necesidades únicas de la cirugía de corta estancia.

Las unidades satélite pueden extender el cuidado quirúrgico sirviendo a alguna comunidad adicional.

Las unidades independientes son la alternativa menos costosa para el paciente por no compartir los excesivos costos hospitalarios.

Es impresionante el crecimiento reciente en las unidades independientes en E.U.A., que han demostrado una gran aceptación de pacientes y médicos.

En 1986 se reportaban 273 "freestanding" centros quirúrgicos en Estados Unidos, con 560,000 procedimientos por año.

Para 1988 se contaban ya 500 centros de este tipo (15). Aunque otro autor (28) menciona la existencia de 851 centros en 1987.

Entre las ventajas de este tipo de unidades están:

1.- Todas las áreas están planeadas y operadas para proveer un cuidado adecuado pero no excesivo.

2.- Esta unidad tiene instalaciones seguras, adecuadas y competentes para el nivel requerido.

3.- Todas las áreas están cercanas y eso ahorra costos de transportación de pacientes.

4.- Los médicos, pacientes y el personal trabajan muy satisfechos, reciben la atención completa del staff, el cual trabaja sin distraerse con otras responsabilidades.

5.- Operacionalmente hay alta eficiencia.

6.- El acceso es mas fácil y mas conveniente.

7.- Los centros independientes es el método menos costoso y mas fácil de desarrollar para las comunidades que tienen un mercado adecuado para la cirugía de corta estancia y que carecen de instalaciones adecuadas para cirugía.

En México, con la excepción de dos o tres centros privados de oftalmología y cirugía plástica, que no llenan los requisitos de estos centros, toda la cirugía de corta estancia privada se realiza en los demás tipos de unidades.

El sector público, tiene algo similar, especialmente el I.M.S.S. (16), y el I.S.S.S.T.E., que sería lo mas cercano a una unidad independiente en nuestro país.

A pesar de los números, el mercado de cirugía de corta estancia en los hospitales privados mexicanos de alta complejidad está poco estudiado, y el supuesto de la rentabilidad y utilidad de este tipo de procedimientos está cimentado sobre bases muy empíricas.

Burns en 1987 (5), recomienda para la planeación de servicios de cirugía de corta estancia como negocio, una evaluación financiera y de mercado para los programas de este tipo; respecto a la segunda evaluación, sugiere la definición del mercado y la investigación y análisis del mismo.

1.7.- LA MERCADOTECNIA Y SU APLICACION EN EL CAMPO DEL CUIDADO DE LA SALUD.

La mercadotecnia es el manejo efectivo por una organización, de sus relaciones de intercambio con sus diversos mercados y públicos.

Las organizaciones de atención a la salud, tienen numerosos públicos: pacientes, médicos, reguladores, seguros, empleados, etc., que buscan la forma en que se organiza el cuidado a la salud, se proporciona y se paga por el.

La transposición del sistema conceptual mercadológico utilizado durante décadas en los negocios, presenta grandes retos para la creatividad en el campo de la salud.

Los miembros directivos de las organizaciones de atención a la salud que usan técnicas de mercadotecnia diariamente en sus trabajos, no pueden determinar como sería aplicada en un establecimiento de atención médica.

La mercadotecnia es una actividad central en las organizaciones modernas.

Para sobrevivir y tener éxito, las organizaciones deben conocer su mercado, atraer recursos suficientes, convertir estos recursos en productos, servicios e ideas apropiados, y distribuirlos efectivamente a varios públicos consumidores.

La organización moderna depende principalmente del ofrecimiento e intercambio de valores con diferentes partes para buscar su cooperación, es decir se apoyan en mecanismos de intercambio para lograr sus objetivos.

El intercambio es el concepto central de la mercadotecnia, a través de el, varias unidades sociales, individuos, grupos pequeños, organizaciones, naciones enteras, obtienen los servicios que necesitan. Ofreciendo algo atractivo o necesario, adquieren lo que ellos necesitan a cambio.

Ambas partes acuerdan intercambios voluntarios después de los cuales se ven mejor ellos mismos.

LA MERCADOTECNIA ES EL ANALISIS, PLANEACION, IMPLEMENTACION Y CONTROL DE PROGRAMAS FORMULADOS CUIDADOSAMENTE DISEÑADOS PARA ATRAER INTERCAMBIOS VOLUNTARIOS CON SUS MERCADOS OBJETIVO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS ORGANIZACIONALES.

Depende en forma importante del diseño de lo que la organización ofrece en los términos de las necesidades y deseos de los " mercados objetivo "; y en el uso efectivo de la asignación de precios, comunicación y distribución para informar, motivar y servir a los mercados (marketing mix).

La mezcla de mercado es encontrar la combinación mas adecuada en cuanto a:

El producto o servicio a proporcionar.

El precio.

El lugar.

La promoción.

Es importante definir algunos conceptos que se utilizaron en los instrumentos y que resultan de importancia por su orden mercadológico y su impacto en los resultados: En sí las cuatro herramientas de la mezcla mercadológica mencionadas anteriormente, son herramientas de comunicación. Los mensajes son llevados hacia el mercado por las características y estilo del producto, su precio y los lugares y tiempos donde y cuando esta disponible. Pero las herramientas clasificadas como promocionales son las que deben fijar nuestra atención y con fines de análisis se pueden clasificar como:

Anuncios.- Cualquier forma pagada de presentación no personal y promoción de ideas, bienes o servicios por un patrocinador identificado.

Promoción de ventas.- Incentivos de corto-plazo para estimular las compras o ventas de un producto o servicio.

Ventas personales.- Presentación oral en una conversación con uno o mas posibles compradores con el propósito de tener ventas o construir intenciones de compra.

Publicidad.- Estimulación no personal para la demanda de un producto, servicio o negocio presentando noticias significativamente comerciales acerca del producto en un medio publicitario, u obteniendo una presentación de este en radio, televisión, que no es pagado por el patrocinador.

Otra herramienta investigada fueron los precios para los cuales tenemos distintas estrategias para determinarlos y esto se preguntó intencionalmente en los instrumentos:

Precios orientados a costos.- Se refiere a la determinación de precios en forma importante basado en la determinación de los costos reales, y determinando por lo general un punto de equilibrio.

Precios orientados a la demanda.- Esta estrategia se fija en las condiciones de la demanda mas que en los costos; se estima cuanto valor el comprador ve en el producto de acuerdo a la oferta y la demanda. Tiene que ver con el valor percibido de las cosas.

Precios orientados a la competencia.- Son basados en los cargos que hace la competencia, y puede ser menor, igual o mayor que la competencia, siendo estas tres distintas sub-estrategias.

Las organizaciones de negocios tienen múltiples objetivos, pero en ellos domina la búsqueda de utilidades.

En cuanto a los servicios de salud, hay que tener en cuenta algunas consideraciones: La mayoría de los hospitales producen servicios y no bienes; y las gentes de

mercadotecnia deben tener esto en mente cuando hacen planes y estrategias de mercado. Es mas la producción y el consumo de el servicio ocurre simultáneamente, por lo que el consumidor debería estar integrado en el proceso de producción.

La mayor parte del dinero gastado para el cuidado de la salud es pagado en E.U. por "terceros pagadores", y el mercado de seguros en México muestra día con día esta tendencia. Esto trae como consecuencia que el consumidor este poco sensibilizado con el proceso, a diferencia de otras industrias. Además esto condiciona que gran parte de la demanda de servicios de salud esté y vaya estar en función de la existencia de terceros pagadores.

Sin tener que compartir la responsabilidad de pagar por su atención médica, las gentes desearán atención de alto costo, probablemente mas atención de la que necesiten.

CRITICAS A LA MERCADOTECNIA EN ORGANIZACIONES DE SALUD:

Kotler menciona las mayores críticas de la gente hacia el uso de la mercadotecnia en las organizaciones de la salud y los mayores beneficios:

Críticas:

La mercadotecnia desperdicia dinero.

La mercadotecnia es intrusiva.

La mercadotecnia es manipuladora.

La mercadotecnia puede disminuir la calidad del cuidado de la salud.

La mercadotecnia puede causar que las organizaciones de la salud compitan.

La mercadotecnia puede crear una demanda innecesaria de cuidado por la salud.

Beneficios:

Aumenta la satisfacción de el mercado objetivo.

Aumenta la atracción de recursos mercadológicos.

Actualmente el uso de la misma en los E.U.A., es variable según la organización, algunos la aplican activamente (especialmente centros privados), otros por ejemplo las instituciones públicas, tienen poco interes en ella.

Si una organización en particular o un sector institucional adopta o no la mercadotecnia, depende de la profundidad de sus problemas de mercado, y de las cualidades de sus gentes hacia la misma, entre otras cosas.

Los administradores argumentan que los pacientes no escogen los hospitales y sus médicos, si.

Lo cierto es que en E.U.A. los hospitales están cambiando su mentalidad y cada vez piensan mas en la mercadotecnia como medio para mantenerse en el negocio. (19).

La mercadotecnia es en resumen indispensable, tanto que Kotler (8) ha dicho que debe considerarse una función administrativa en el cuidado de la salud.

McDevitt(40) adapta las fases de la adopción de la mercadotecnia en otros campos, a los hospitales, y magistralmente menciona las cuatro siguientes fases:

ETAPAS EN LA ADOPCION DE LA MERCADOTECNIA POR LOS HOSPITALES:

Etapa 1.- Mercadotecnia de adentro hacia afuera.

En esta etapa no hay conciencia de la necesidad de la mercadotecnia, las relaciones

con el ambiente externo se determinan únicamente por consideraciones internas.
No existe investigación de mercados.

Las decisiones relativas a la mercadotecnia son tomadas por el director o las personas de finanzas.

La mercadotecnia no tiene información para decisiones estratégicas y tácticas.

Etapa 2.- Mercadotecnia promocional.

Hay conciencia de la necesidad de la promoción; las relaciones públicas son usadas para promover el hospital en su entorno, en términos del propio hospital.

Se realizan estudios de imagen ocasionales, estudios del origen de los pacientes, y encuestas de satisfacción de pacientes.

Las decisiones a este respecto son tomadas por el encargado de relaciones públicas, el director o el encargado de finanzas del hospital.

Tampoco hay información para las decisiones estratégicas y tácticas, con la excepción posible de la promoción.

Etapa 3.- Mercadotecnia táctica integrada.

Conciencia limitada del potencial de la mercadotecnia, búsqueda limitada de la satisfacción del cliente a través de actividades de mezcla mercadológica por la limitación de recursos.

Sistemas de información de mercado limitados, estudios de intenciones de compra, encuestas a médicos, estudios de imagen, estudios del origen de los pacientes y encuestas de satisfacción a pacientes.

Las decisiones pueden estar ya en manos de un encargado o director de mercadotecnia o seguir en el director general o financiero.

Decisiones estratégicas mercadológicas sin información, pero decisiones tácticas informadas.

Etapa 4.- Mercadotecnia de afuera hacia adentro.

Total conciencia del potencial de la mercadotecnia, maximización de la satisfacción de los clientes a través de un esfuerzo completamente integrado táctico y estratégico de la mercadotecnia.

Sistemas de información mercadológica total, estudios de segmentación, estudios de conducta del comprador, encuestas a médicos, estudios de imagen, estudios de origen de los pacientes, estudios de satisfacción de los pacientes.

En estos hospitales ya existe un ejecutivo de alto nivel en mercadotecnia.

Las decisiones estratégicas y tácticas son guiadas por una información total.

1.8.- LA INVESTIGACION DE MERCADOS EN ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD.

La Investigación de mercados es el diseño sistemático, recolección, análisis y reporte de datos y hallazgos relevantes para una situación de mercado específica o algún problema que enfrenta una organización.

Existen numerosos tipos de estudios de investigación de mercados, pero los usados mas frecuentemente por las organizaciones son:

- Pronósticos a corto plazo.
- Pronósticos a largo plazo.
- Estudio de las tendencias de un mercado.
- Estudios de precios.
- Estudios de la efectividad de los anuncios.
- Estudios de competitividad de producto.
- Medición de los mercados potenciales.
- Estudios de la distribución del mercado.
- Determinación de las características de mercado.
- Análisis de ventas.

No es común en las organizaciones de salud tener gente dedicada exclusivamente a la investigación de mercados, sino las pocas que lo hacen utilizan firmas externas reconocidas.

El director de un hospital debe saber lo suficiente acerca de sus potencialidades y limitaciones para obtener la información a un costo razonable y su uso inteligente.

Una protección importante para el directivo es saber lo suficiente acerca de la investigación de mercados, para asistir en la planeación y en la interpretación de los resultados.

Es difícil aun en los Estados Unidos encontrar investigadores de mercado con experiencia amplia en el mercado de la salud.

Con este trabajo pretendo demostrar las posibilidades de su uso, conociendo con esto no solo al mercado de la cirugía de corta estancia, sino también la relevancia de tener en cuenta a la mercadotecnia en la salud.

El proceso de investigación de mercados sigue los siguientes pasos en resumen:

1.- Definición del problema y objetivos.

Los objetivos pueden ser el conocer mas acerca del mercado, encontrar ideas prácticas para incrementar la demanda de un producto o servicio, o medir el impacto de una herramienta mercadológica.

El problema debe definirse perfectamente, para asegurar que los resultados no se desvíen de lo verdaderamente buscado.

2.- Investigación exploratoria.

Se efectúa investigación preliminar para conocer mas acerca del mercado antes de que cualquier encuesta formal de investigación sea tomada en cuenta.

Para esto se utiliza la investigación, reunión y revisión de lo ya existente sobre el

tema, es decir la investigación de datos secundarios.

Se hace investigación observacional personal en distintas situaciones.

Se realizan entrevistas cualitativas para coleccionar y refinar las ideas sobre los factores que juegan un rol importante en una etapa preliminar de la investigación. Esta puede ser individual o de grupo.

3.- Investigación formal.

Después de la investigación exploratoria, y la definición del problema y objetivos, los investigadores deberán ejecutar un proceso mas formal que permita la medición de magnitudes o la comprobación o rechazo de hipótesis.

Aquí el investigador realizará instrumentos de investigación como encuestas de diversos tipos, que no consisten simplemente en la elaboración de algunas preguntas a un cierto grupo, sino que es todo un trabajo profesional.

Implica un muestreo adecuado, y un instrumento, el que sea, suficientemente probado para funcionar.

4.- Trabajo de campo.

Es la puesta en marcha de la investigación probada y revisada, implica una serie de problemas posibles como la ausencia de información, el rechazo a cooperar, las respuestas no claras, etc.

5.- Análisis de datos y reporte.

Es un sistema de técnicas avanzadas para el análisis de los datos y los problemas.

Este sistema es capaz de producir mayores hallazgos y conclusiones de las que se pueden obtener con el simple análisis comun de los resultados.

Este sistema utiliza ya sea un banco estadístico o un modelo de banco.

En el primero, los procedimientos permiten aprender mas acerca de las relaciones dentro de un conjunto de datos, y su validez estadística, le permiten a los tomadores de decisiones ir mas allá de las distribuciones de frecuencia y las desviaciones estandar, y permite responder a preguntas mas complejas sobre el tema en cuestión.

El modelo de banco por su parte, es una colección de modelos que ayuda a los mercadotecnicistas a tomar mejores decisiones.

En cada modelo se interrelacionan variables para ayudar a entender cosas como: el diseño de territorios de venta, planes de venta, selección de lugares de promoción, desarrollo de óptimos sistemas de anuncios, etc.

En el modelo de banco estadístico se utilizan:

- análisis de regresión
- análisis de correlación
- análisis factorial
- análisis discriminatorio
- análisis en grupo

En el modelo de banco:

- modelo de características del producto
- modelo de precios
- modelo de selección de sitio
- modelo de mezcla de " media "
- modelo de presupuesto de anuncios.

Los administradores de hospitales deben saber que la recolección de datos y el análisis de los mismos son pre-requisitos esenciales para la formulación e implementación de estrategias. Pocos hospitales formulan un presupuesto anual de operación sin analizar la experiencia del año anterior. De la misma manera debería hacerse en mercadotecnia.

Las estrategias normalmente surgen en respuesta a las crisis, mas que de una colección y análisis de información de mercado relevante.

1.9.-PLANEACION ESTRATEGICA Y MERCADOTECNIA.

Para Steiner (23), la planeación estratégica, es el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una compañía para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicas, para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias y así lograr los objetivos y propósitos básicos de la compañía; esta trata con el porvenir de las decisiones actuales, es un proceso que inicia con el establecimiento de metas organizacionales, define estrategias y políticas para lograr estas metas, y desarrolla planes detallados para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados; es una actitud, una forma de vida; requiere de dedicación para actuar con base en la observación del futuro y una determinación para planear constante y sistemáticamente como una parte integral de la dirección.

Sin embargo Buller y Timpson(24), hacen evidente en una publicación, que los planeadores en hospitales, no hacen uso amplio de la administración estratégica, y que un enfoque integrador puede sin embargo, permitirles operar mejor en el cada día mas turbulento ambiente, y que los estrategias de los hospitales pueden aprender mucho de los errores en otros sectores empresariales del sector corporativo.

El Impetu inicial de los hospitales por hacer algo de planeación estratégica, inició en Estados Unidos, en 1975 cuando la Administración de la Seguridad Social local, hizo obligatoria la planeación Institucional para participar en programas de subsidio a pacientes (Medicare).

Sin embargo esta se ha rezagado con respecto a otros sectores, y es necesario convertirlo en una filosofía. El concepto implica en forma importante la ejecución , es decir transformar las simples palabras en acciones. Esto quiere decir que los hospitales tendrán que reconocer que una formulación adecuada de estrategias en cualquier area, no lleva necesariamente a una implantación exitosa, y que esto requiere un enfoque mas integrador.

Un enfoque integrador que requiere una continua re-evaluación de las estrategias.

Desarrollar estrategias de mercado para hospitales sin la información total es como prescribir un tratamiento a un paciente sin el beneficio de un trabajo diagnóstico.(42).

Desde el punto de vista del mercado, es posible delinear las características que deberá tener la planeación estratégica aplicada a cualquier area.

Para esto es muy util el uso de las herramientas de la investigación de mercados en todas sus modalidades.

Definir cuáles serán nuestra fuerzas y debilidades, cuáles los objetivos, las metas y las estrategias. En este caso específicamente estrategias de mercado.

Entendemos a las estrategias de mercado, como la selección de los mercados objetivo, la elección de una posición competitiva y el desarrollo de una mezcla mercadotécnica efectiva para alcanzar y servir a los clientes.

Como organizaciones sensibles al mercado, los hospitales deben hacer todos los esfuerzos para servir y satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes y públicos, dentro de las restricciones de su presupuesto y su buena práctica clínica.

Para esto deben delinarse las siguientes características:

**MISION
INTERCAMBIO
PUBLICOS
IMAGEN
SATISFACCION**

1.- MISION.

Nos preguntaremos:

- ¿Cuál es la misión ?
- ¿ Para quiénes ?
- ¿ Qué es valioso para el cliente ?
- ¿Cuál es nuestro negocio ?

2.- INTERCAMBIO.

- ¿ Cómo obtenemos los recursos que necesitamos ?
- ¿Cuál es nuestro modelo de intercambio ?
- ¿ Cuáles son nuestras transacciones ?
- ¿ Cuáles serán nuestros intercambios futuros ?

3.- PUBLICOS.

- ¿ Cuáles son nuestros públicos ?
- ¿ Cuáles serán en el futuro ?
- internos
- intermediarios
- consumidores

4.- IMAGEN.

- ¿Qué tan familiarizados están los públicos con la cuestión ?
- ¿ Qué tan favorable o desfavorable es su opinión sobre la cuestión ?
- ¿ Cómo puede ser cambiada la imagen ?

5.- SATISFACCION.

- ¿ Cuáles son los objetivos de satisfacción del mercado ?
- ¿ Qué tanto se satisfacen las necesidades y deseos de nuestros mercados ?

Como organización adaptable los hospitales deberán monitorear e interpretar los importantes cambios ambientales y mostrar una disposición para revisar su misión, objetivos, estrategias, organización y sistemas para alinearse con sus responsabilidades.

Para esto se definen las siguientes características:

- ¿Cuál es el sistema que permita adaptarnos a los cambios constantes ?
- ¿Cuál es el estado actual de los factores de adaptación ?
- recursos
- inversión de capital

- regulaciones externas

- liderazgo

- tamaño de las organizaciones

¿Cuál es la estabilidad del ambiente ?

¿Cómo pueden responder las organizaciones a estos cambios ?

¿Existe alguna forma de aumentar el control sobre los recursos clave ?

- Integración vertical

- Integración horizontal

- diversificación

- alianzas

Como organizaciones emprendedoras con alta motivación y capacidad para identificar y explotar nuevas oportunidades y convertirlas en empresas exitosas los hospitales deberán definir las siguientes características:

¿Cuáles son las ideas con respecto al posible desarrollo ?

¿Cómo desarrollar y probar nuevas ideas ?

¿Cómo analizar su factibilidad ?

¿Cómo comercializar las ideas ya desarrolladas y factibles ?

2.- HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MEXICO.

Los hospitales en el mundo se han clasificado de una muy diversa manera, y ninguna clasificación es completa. Se han dividido por tamaño, tipo de propiedad, ubicación, tipo de afiliación, método de financiamiento, etc.

La Asociación Mexicana de Hospitales, ha dividido a los centros de atención médica según su complejidad tecnológica y organizacional en: alta, mediana y baja complejidad. Los de alta complejidad son los que en el Distrito Federal principalmente han desarrollado programas diversos de cirugía de corta estancia que son el objeto de estudio (7).

En 1992, la Asociación inició en el D.F. la aplicación de una cédula de captación de recursos para hospitales privados y otra con los criterios para clasificar un hospital como de alta, mediana o baja complejidad.

Próximamente la aplicará en los demás estados de la República Mexicana.

Esta cédula separa por mayoría de criterios cumplidos a los hospitales en baja, mediana y alta complejidad.

Los elementos que considera son los siguientes:

1.- RECURSOS MATERIALES.

- número de camas
- quirófanos
- salas de expulsión

2.- SERVICIOS MEDICOS.

- urgencias
- número de especialidades
- unidades especiales
- laboratorio por especialidades
- imagenología por especialidades

3.- RECURSOS HUMANOS.

- médicos generales
- médicos especialistas
- médicos sub-especialistas
- residencias médicas
- internado médico de pre-grado
- enfermeras tituladas
- auxiliares de enfermería
- nivel del personal de laboratorio
- nivel del personal de radiología

4.- SERVICIOS GENERALES.

- características de casa de máquinas
- central de equipos y esterilización
- servicios alimentarios
- procesamiento de datos e información

5.- ORGANIZACION

- estructura administrativa
- comités
- formalización con manuales

Sin ser completa y definitiva, es por lo menos una cédula que permitió separar a un cierto grado de hospitales en cuanto a complejidad, que aunque no pueda estar relacionado con la calidad, si son en la Ciudad de México, los mas representativos de la medicina privada actual.

Los que en la aplicación de la cédula por primera vez, reunieron las características de Hospitales de alta complejidad fueron:

Hospital A.B.C.(Ingles) i.a.p.
Hospital Angeles del Pedregal s.a. de c.v.
Beneficiencia Española i.a.p. (Sanatorio Español)
Nuevo Sanatorio Durango
Hospital Infantil Privado
Clínica Londres
Hospital Médica Sur
Hospital Metropolitano
Hospital de México
Hospital Mocel
Hospital Santa Fé s.a de c.v.

3.- METODOLOGIA

3.1.- OBJETIVO GENERAL.

Investigar el mercado actual y futuro de la cirugía de corta estancia en los hospitales privados de alta complejidad de la Cd. de México y, de acuerdo a los modelos recientes de planeación estratégica, seleccionar un número adecuado de estrategias aplicables a esta área.

3.2. - DEFINICION DE PROBLEMAS.

- ¿Cuál es la demanda de cirugía de corta estancia en estos hospitales ?
- ¿ Qué factores favorecen esa demanda relacionados con los hospitales, los médicos, los pacientes o el público en general ?
- ¿Cuál es la oferta de cirugía de corta estancia en estos hospitales ?
- ¿ Cuáles son las características de la misma ?
- ¿ Es favorable o negativo el mercado futuro de cirugía de corta estancia ?
- ¿ Qué estrategias deben aplicar los hospitales de acuerdo a la investigación de mercados para favorecer esta demanda ?
- ¿ Qué papel juega el consumidor en la toma de decisiones al respecto de la cirugía de corta estancia ?

3.3.- HIPOTESIS.

1.- La frecuencia de cirugía de corta estancia se ha incrementado durante los últimos 5 años en los hospitales privados de alta complejidad y su tendencia futura es hacia un mayor incremento.

2.- El aumento de la frecuencia de cirugía de corta estancia es influenciado por la actitud de los cirujanos y pacientes hacia la misma.

3.- La decisión de realizar una cirugía de corta estancia se modifica por la edad del cirujano. Es mas frecuente el uso de este tipo de cirugía por cirujanos jóvenes (menores de 45 años).

4.- La decisión de realizar una cirugía de corta estancia se modifica según el lugar en que el cirujano realizó sus estudios de posgrado. Es mas frecuente el uso de este tipo de cirugía en quienes realizaron su posgrado en el extranjero.

5.- La decisión de realizar una cirugía de corta estancia se modifica según las instalaciones del hospital donde el cirujano trabaja. Es mas frecuente el uso de este tipo de cirugía en cirujanos que laboran en hospitales con instalaciones mas adecuadas para la cirugía de corta estancia.

6.- Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en las especialidades de cirugía general, cirugía plástica, ginecología, oftalmología y otorrinolaringología.

7.- Los cirujanos con menos tiempo de terminada la especialidad tendrán en igualdad de circunstancias una proporción mayor de cirugías de corta estancia.

8.- Es mas frecuente el uso de cirugía corta estancia en pacientes jóvenes o adultos que en niños o ancianos.

9.- Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes con condiciones generales de salud estables.

10.- Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes con una actitud psicológica positiva hacia su enfermedad.

11.- Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes de escolaridad alta.

12.- Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes con familia de altos ingresos económicos.

13.- Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes que viven mas cerca del hospital.

14.- El paciente modifica la decisión de operarse o no en corta estancia según su actitud favorable o desfavorable hacia este tipo de procedimientos.

15.- El factor precio influye en la decisión de realizar o no cirugía de corta estancia.

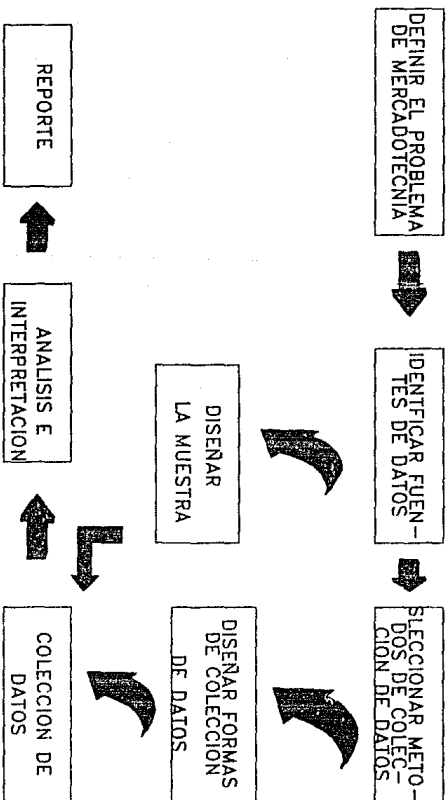
16.- La utilización de elementos promocionales en los hospitales de alta complejidad es muy reducida en el momento actual como medio de estimular la utilización de los servicios generales del hospital.

17.- Es muy escasa la utilización de elementos promocionales para estimular la frecuencia del uso de la cirugía de corta estancia en los hospitales privados de alta complejidad.

18.- La forma de establecer los precios en este tipo de hospitales no toma en cuenta los costos como factor primordial.

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD METODOLOGIA

En lo general se utilizó la presentada en el esquema siguiente, propio de la investigación de mercados:



3.4.- VARIABLES.

DEPENDIENTES.-

1.- Número de intervenciones quirúrgicas practicadas en corta estancia en los 5 años recientes.

Escala de medición: Nominal. Números absolutos.

2.- Incremento porcentual en el número de cirugías efectuadas en corta estancia.

Escala de medición: Nominal. Porcentajes absolutos de incremento o decremento por año.

3.- Frecuencia de uso de instrumentos mercadológicos en el área de cirugía de corta estancia.

Escala de medición: Ordinal.

0 - nulo

1 a 3 - bajo

4 a 6 - moderado

mas de 6 - alto

4.- Actitud de los pacientes hacia la cirugía de corta estancia.

Escala de medición: Ordinal.

1.- favorable

2.- desfavorable

3.- indiferente

5.- Actitud de los cirujanos hacia la cirugía de corta estancia.

Escala de medición: Ordinal

1.- favorable

2.- desfavorable

3.- indiferente

INDEPENDIENTES.-

HOSPITALES.

1.- ubicación del hospital.

2.- programa de cirugía de corta estancia.

3.- fecha de inicio.

4.- tipo de unidad.

5.- recursos de apoyo.

6.- servicios adicionales.

7.- lista de procedimientos.

8.- restricciones para el cirujano.

9.- requisitos para el paciente.

10.- anestesiólogos del hospital.

- 11.- cirujanos del hospital.
- 12.- comites de credenciales.
- 13.- requisitos para el cirujano.
- 14.- horario y dias de la semana para cirugía de corta estancia.
- 15.- requisitos de laboratorio.
- 16.- requisitos de patología.
- 17.- línea de programación.
- 18.- nivel de programados.
- 19.- asistencia al programador.
- 20.- datos de programación.
- 21.- herramientas promocionales generales.
- 22.- herramientas promocionales específicas.
- 23.- prioridades en promoción.
- 24.- estrategia de precios.

CIRUJANOS

- 1.- hospital.
- 2.- especialidad.
- 3.- edad.
- 4.- tiempo de término de la residencia de especialidad.
- 5.- lugar de residencia de especialidad.
- 6.- número de operaciones por año.
- 7.- porcentaje de cirugías en corta estancia.
- 8.- aspectos importantes en la cirugía de corta estancia.

PACIENTES

- 1.- edad.
- 2.- sexo.
- 3.- lugar de origen.
- 4.- tiempo de traslado al hospital.
- 5.- ocupación.
- 6.- nivel educativo.
- 7.- ingresos familiares mensuales.

3.5.- MUESTRA Y ESCENARIO.

Se tomó como base para la selección de instituciones hospitalarias, la clasificación que la Asociación Mexicana de Hospitales ha hecho, catalogándolos según su complejidad en tres grados:

- a).- alta complejidad.
- b).- mediana complejidad.
- c).- complejidad limitada.

Esto relacionado en cuanto al grado de desarrollo tecnológico, la estructura organizacional, su tamaño, y el número de especialidades médicas presentes.

Las unidades de alta complejidad son ideales para estudiar el " estado del arte " de la cirugía de corta estancia en nuestro país, ya que son entidades representativas de la medicina privada con la infraestructura necesaria para el otorgamiento de este servicio con normas de calidad aceptables. Además es más viable que por su también mayor complejidad organizacional, sean más accesibles para la obtención de datos más confiables.

En cuanto al grupo médico y la muestra de usuarios, fueron también los pertenecientes a los hospitales de alta complejidad los seleccionados para el estudio.

Aunque los usuarios son distintos según la organización, conservan un patrón socioeconómico aparentemente poco diferenciado.

POBLACIONES O UNIVERSOS.

Se tomaron tres diferentes tipos de poblaciones:

- 1.-Instituciones hospitalarias de alta complejidad del Distrito Federal.
- 2.-Médicos con especialidades quirúrgicas que tienen práctica privada en esos hospitales.
- 3.-Usuarios de los servicios de cirugía de corta estancia en dichas organizaciones.

MARCOS MUESTRALES.

- a).- Clasificación de hospitales según su complejidad.
(Asociación Mexicana de Hospitales 1990)
- b).- Listado de médicos que realizan cirugía en tres hospitales seleccionados del censo de hospitales de alta complejidad.
- c).- Registro de pacientes operados en cirugía de corta estancia en 1991 en los tres hospitales seleccionados en el marco anterior.
- d).- Población general que acudió a estos hospitales como paciente sometido a cirugía de corta estancia con cuando menos seis meses de anterioridad.

MÉTODOS DE MUESTREO.

- a).- En cuanto a los hospitales, en base a la clasificación se utilizó un método censal y se tomó a los once hospitales que en la clasificación de la Asociación Mexicana de

Hospitales se encuentran catalogados como de alta complejidad (ver capítulo 2).

b).- Para la selección del grupo de médicos y pacientes, se realizó un muestreo probabilístico por áreas geográficas mutuamente excluyentes de hospitales privados de alta complejidad, en forma aleatoria: NORTE, CENTRO Y SUR de la Cd. de México.

c).- Se seleccionaron dos grupos de médicos, con especialidades quirúrgicas distintas de los hospitales del grupo anterior, con reconocido prestigio y experiencia a juicio del director médico, administrativo o equivalente, para la formación de grupos focales de opinión de expertos.

d).- De estos hospitales se seleccionaron con un muestreo aleatorio estratificado por especialidades, a setenta y tres médicos quirúrgicos.

e).- En otro muestreo aleatorio simple, se tomaron doce pacientes de cada hospital de la muestra (trece en uno de ellos), que fueron sometidos a cirugía de corta estancia

f).- Al azar se escogieron once personas que alguna vez hace seis meses o más fueron sometidos a cirugía de corta estancia en alguno de estos hospitales para la integración de un grupo focal de consumidores.

El grupo focal es un método cualitativo de investigación de mercados cuyo énfasis es en los resultados de interacción grupal cuando un líder de discusión se focaliza en ciertos tópicos. Los grupos son de cinco a nueve personas o más, y se les estimula a que expresen sus observaciones de cada tópico y reaccionen ante las opiniones de los demás participantes. El moderador toma una actitud un poco menos activa que si estuviera haciendo una entrevista.

Este tipo de técnica disipa temores de participación debido al número de participantes y se pueden espontáneamente expresar mejor las ideas de todos.

Incluyen planeación de agenda, reclutamiento de participantes, moderación efectiva y análisis e interpretación de resultados. Esto último se captura en un reporte que incluya todo el rango de opiniones y observaciones, así como su interpretación e implicaciones para futuros estudios.

3.6.- INSTRUMENTOS.

VALIDEZ.-

Los hospitales estudiados pertenecen según la clasificación que tiene la Asociación Mexicana de Hospitales a los de alta complejidad por lo que hay homogeneidad en cuanto a su grado de diferenciación tecnológica. Hay pequeñas diferencias en cuanto al tipo de médicos que acuden a estas unidades que no son de validez significativa para los resultados pues un 60% de ellos acuden por lo menos a dos de estos hospitales y no hay un criterio específico para estar en alguno de ellos.

Se buscó la validez de juicio en el diseño de los instrumentos al presentarlos ante el panel de expertos médicos quienes revisaron el contenido de las preguntas y su concordancia con los elementos importantes de la cirugía de corta estancia.

Las diferencias en cuanto a los pacientes seleccionados están dadas fundamentalmente no por el precio de los servicios en los diversos hospitales el cual tiene un rango máximo de diferencia de 30% sino por la fuente de pago de los servicios, ya que en algunos de los hospitales la cuenta de los pacientes es cubierta en un 80% de los casos por terceros pagadores y en otros solo en el 50%. Sin embargo se tomó un número aleatorio igual de médicos y pacientes (igualación de atributos), para la aplicación de instrumentos con el fin de aumentar la validez.

Las conclusiones no podrán extrapolarse a todos los estratos y niveles socioeconómicos por el tipo de hospitales seleccionados y el precio de los servicios, teniendo entonces sesgos propios de la selección.

Los sesgos de autoselección idiótrópicos están dados por la voluntad de participación de los seleccionados a los grupos focales tanto de pacientes como de cirujanos. Sin embargo el seleccionar en este último caso a un panel de expertos para la consulta, se buscó reducir al mínimo estos sesgos.

En cuanto a la validez de contenido se confió en el juicio subjetivo en el proceso de construcción y formulación de los instrumentos de medición y en la validez muestral de la representatividad dentro del universo de la materia de interés.

Se tomó en cuenta la validez en cuanto a criterios externos ya que en la evaluación del instrumento se encontraron tendencias favorables hacia la cirugía de corta estancia de acuerdo a los recursos del hospital y la actitud del paciente hacia la misma, lo que coincide con la literatura revisada.

La validez de constructo está dada por la relación de los instrumentos de medición con los criterios mencionados en el marco teórico general determinando que estos están ligados a los conceptos y a las consideraciones teóricas.

En el proceso de obtención de la información se controlaron los siguientes factores que afectan la validez de los instrumentos:

- 1.- Maduración.- El proceso interno de los participantes que como resultado del tiempo pudo influir en el resultado, como puede ser la duración prolongada del panel o el cansancio posterior a la cirugía o el nivel de stress de los pacientes y familiares.
- 2.- Administración de cuestionarios.- El influjo que pudiera tener la aplicación del cuestionario en un médico que después sea elegible para la participación en el grupo focal, se buscó controlarlo evitando la participación en ambos instrumentos.

3.- Regresión estadística.- Operaría cuando se encontraron opiniones extremas o radicales respecto al proceso estudiado.

4.- Sesgos resultantes de una selección diferencial de participantes para los grupos de selección.

CONFIABILIDAD.-

El grado en que los instrumentos pueden ofrecer resultados consistentes dependerá de los errores variables como ambigüedad en las respuestas, falta de inclinación, instrucciones y dificultades técnicas. Es por eso que se procedió a la evaluación de instrumentos como se menciona mas adelante.

Para esto se aplicó uno de los instrumentos a cinco personas en diferentes tiempos encontrándose idénticas respuestas de actitud sin variación en el tiempo. Es decir con una correlación de 1.

EVALUACION DE INSTRUMENTOS.-

Los instrumentos de encuesta se evaluaron con pruebas piloto, aplicandose en 5 pacientes, 5 cirujanos y 1 institución, en cuanto los siguientes elementos:

- asegurar que las preguntas fueran claras y estuvieran en un orden sucesivo lógico.
- limitar la extensión del cuestionario.
- conocer el tiempo en que se realiza la entrevista.
- averiguar si las instrucciones dadas a los encuestados son precisas.
- descubrir cualquier problema que pueda presentarse al editar, codificar y tabular los cuestionarios.
- encontrar dificultades mecánicas.

INSTRUMENTOS DE CAPTACION DE INFORMACION:

Se utilizaron diversos, todos ellos con escalas verbales o numéricas y con respuestas de opinión en los grupos focales.

PRIMARIOS.-

1.- Aplicación de un cuestionario estructurado directo por entrevista personal, aprovechando la versatilidad de este instrumento, al director administrativo, jefe operativo o equivalente del área de cirugía, de los hospitales del censo considerados de alta complejidad.

2.- Realización de dos grupos focales de opinión de expertos, uno por cada hospital seleccionado de cada área geográfica, conformados por cuando menos seis médicos de prestigio en especialidades quirúrgicas de cada hospital, para desarrollar una guía de preguntas relacionadas al tema y evaluar cualitativamente sus actitudes ante el

tema.

3.- Aplicación de una cédula para entrevista y captación de datos sociodemográficos de pacientes.

4.- Realización de un panel de opinión de consumidores.

5.- Aplicación de un cuestionario de segmentación sociodemográfica y educativa a médicos de distintas especialidades quirúrgicas.

ESTOS CINCO INSTRUMENTOS SE MUESTRAN EN LOS ANEXOS 1, 2, 3, 4 y 5.

3.7.- OPERACIONALIZACION DE INSTRUMENTOS:

INSTITUCIONES:

1.- Ubicación del hospital.

- a.- norte
- b.- sur
- c.- centro

2.- Cirugía de corta estancia.

- a.- sí
- b.- no

3.- Fecha.

- a.- mas de 10 años
- b.- mas de 5 y menos de 20 años
- c.- menos de 5 años

4.- Tipo de unidad.

- a.- unidad integrada al hospital
- b.- unidad autónoma del hospital
- c.- unidad satélite del hospital
- d.- unidad independiente del hospital.

5.- Recursos de apoyo a la cirugía de corta estancia.

- a.- sí
- b.- no

(para cada uno de los elementos)

6.- Servicios adicionales.

- a.- sí
- b.- no

(para cada uno de los elementos)

7.-Lista de procedimientos.

- a.- sí
- b.- no

8.- Restricciones para el cirujano.

- a.-sí
- b.- no

9.- Requisitos para el paciente

- a.- sí
- b.- no

(para cada uno de los elementos)

10.- Lista de anestesiólogos

- a.- sí
- b.- no

11.- Selección por un comité de credenciales.

- a.- sí
- b.- no

12.- Exigencia del consejo de la especialidad de anestesia.

- a.- sí
- b.- no

13.- Requisitos obligatorios de anestesia.

- a.- sí
- b.- no

14.- Porcentajes de composición del personal de enfermería.

- a.- menos del 10%
- b.- del 11 al 50%
- c.- más del 50%

(para cada una de las categorías)

15.- Lista de cirujanos.

- a.- sí
- b.- no

16.- Selección por un comité de credenciales.

- a.- sí
- b.- no

17.- Exigencia del consejo de especialidad de cirugía.

- a.- sí
- b.- no

18.- Requisitos de laboratorio.

- a.- sí
- b.- no

19.- Envío obligatorio de muestras a patología.

- a.- sí
- b.- no

20.- Lista de tejidos excluidos.

- a.- sí
- b.- no

21.- Línea telefónica exclusiva de programación.

- a.- sí
- b.- no

22.- Nivel de quien ejecuta la programación de cirugía.

- a.- auxiliar de enfermería
- b.- enfermera general
- c.- jefa de servicio
- d.- médico
- e.- administrador

23.- Asistencia en caso de problemas por jefe de servicio.

- a.- sí
- b.- no

24.- Datos de programación.

- a.- sí
 - b.- no
- (para cada uno de los elementos)

25.- Herramientas promocionales generales.

- a.- sí
 - b.- no
- (para cada uno de los elementos)

26.- Herramientas promocionales específicas.

- a.- sí
- b.-no

27.- Estrategias de precios.

- a.- Orientada a costos
- b.- Orientada a demanda
- c.- Orientada a competencia

PACIENTES

1.- Edad.

- a.- menor de 12 años
- b.- entre 13 y 25 años
- c.- entre 26 y 45 años
- d.- entre 46 y 65 años

e.- mas de 65 años

2.- Sexo.

a.- masculino

b.- femenino

3.- Lugar de origen.

a.- D.F o área metropolitana

b.- Provincia

4.- Tiempo de traslado.

a.- menos de 20 minutos

b.- de 20 minutos a 1 hora

c.- mas de 1 hora

5.- Ocupación.

a.- profesionista independientes

b.- alta gerencia o dueño

c.- gerencia media

d.- ventas

e.- oficinista

f.- jubilado

g.- empleado federal

h.- desempleado

i.- estudiante

j.- ama de casa

k.- otro.

6.- Nivel educativo

a.- primaria o menos

b.- secundaria

c.- preparatoria o bachillerato

d.- licenciatura incompleta

e.- licenciatura completa

f.- posgrado

7.- Ingresos familiares mensuales

a.- menos de 1 millón de pesos

b.- de 1 a 3 millones de pesos

c.- de 3 a 5 millones de pesos

d.- de 5 a 8 millones de pesos

e.- mas de 8 millones de pesos

CIRUJANOS.

1.- Hospital

(Cada uno de los seleccionados)

2.- Especialidad

(Todas las quirúrgicas)

3.- Edad

a.- menor de 30 años

b.- de 30 a 40 años

c.- de 41 a 50 años

d.- de 51 a 60 años

e.- mayor de 60 años

4.- Tiempo de finalizada la residencia de especialidad.

a.- menos de 5 años

b.- entre 5 y 10 años

c.- entre 11 y 20 años

d.- mas de 20 años

5.- Estudios de especialidad.

a.- IMSS

b.- ISSSTE

c.- D.D.F.

d.- S.S.

e.- D.I.F.

f.- Privado mexicano

g.- Extranjero

h.- otro

6.- Porcentaje de cirugías realizadas en corta estancia.

a.- menos del 10%

b.- entre el 10 y 20%

c.- entre el 21 y el 30%

d.- entre el 31 y el 50%

e.- mas del 50%

7.- Aspectos en cuanto a la importancia de factores.

a.- muy importante

b.- importante

c.- poco importante

d.- no importante

(para cada uno de los factores)

8.- Operaciones realizadas en el último año.

a.- menos de 20

- b.- entre 20 y 50
- c.- entre 51 y 100
- d.- mas de 100

9.- Actitud ante la cirugía de corta estancia.

- a.- favorable
- b.- desfavorable

SECUNDARIOS:

La información de las intervenciones quirúrgicas efectuadas en los once hospitales en los tres años recientes, registradas en los libros dispuestos para ese fin, en las listas de operaciones efectuadas que se emiten en cada hospital, en los resúmenes estadísticos, o en su defecto, un muestreo válido de operaciones efectuadas, en el caso de información incompleta.

3.8.- ANALISIS ESTADISTICO.

Una vez captada toda la información para realizar el estudio se efectuó la valoración estadística.

Se utilizaron diversos métodos:

a).- METODOS DESCRIPTIVOS.

1.- Variables categóricas (nominal y ordinal):

- frecuencias, proporciones y porcentajes

Representados en:

- histogramas

- gráficas de pastel

2.- Variables numéricas:

- frecuencias acumuladas

- promedios

- desviación estándar

- rango

- percentiles

b).- METODOS INFERENCIALES.

3.- Para asociación de variables:

- variables categóricas con categóricas

tablas de contingencia

- variables categóricas con numéricas:

Tablas con clasificación categórica con promedios y desviaciones o error estándar.

Gráficas con promedios y desviaciones o error estándar en cada categoría.

- Variables numéricas con numéricas:

Recta de regresión.

4.- Variables nominales:

Prueba de chi cuadrada para variables numéricas.

5.- Análisis multivariado:

Se utilizó la regresión múltiple con el ToolPak Analysis de Excel 4.0 Microsoft para la asociación multivariada en el caso de los cirujanos y el porcentaje de cirugía de corta estancia.

El estudio sigue la línea tradicional de la investigación de mercados, no es de carácter experimental, por lo que las variables solo son medibles y no manipulables.

Se buscó la descripción en tablas y gráficas claras de los resultados de la aplicación de instrumentos para un conocimiento extenso de la oferta y la demanda de cirugía de corta estancia.

Por otra parte se asociaron variables que describían las características de la oferta para tratar de descubrir su grado de relación con la demanda obtenida en la medición de las variables dependientes.

En este caso se indicó la prueba de χ^2 cuando se quería investigar la asociación entre dos variables categóricas con una misma población.

Se distribuyeron las frecuencias de las variables elegidas en las hipótesis nulas y alternativas y se elaboraron tablas de contingencia con categorías mutuamente excluyentes. A partir de los valores de las tablas y bajo el supuesto de no asociación se evaluó la discrepancia con las tablas de χ^2 , lo cual me permitió orientar la asociación o no de variables características de la oferta de cirugía de corta estancia en los hospitales estudiados.

La pruebas de regresión buscaron con los valores estandarizados de las actitudes hacia la cirugía de corta estancia por parte de los cirujanos, relaciones de causa efecto entre la utilización de elementos mercadológicos en la oferta y el nivel medido de la demanda. Todo esto con el fin de hacer inferencias que guiaran el planteamiento de estrategias.

3.9.- ALCANCES, LIMITACIONES Y HALLAZGOS.

Se tuvieron limitaciones en cuanto a los recursos humanos y financieros, ya que de otra manera, el universo y la muestra pudieron ampliarse y se mayormente explorados. Los grupos focales resultan muy útiles, pero no son cuantitativos sino cualitativos, lo que le resta cierto peso a las conclusiones.

La relativa baja tasa de respuesta de las encuestas, o la ignorancia de los temas por parte de los ejecutivos de los hospitales, aumenta la posibilidad de un sesgo importante en los resultados.

Por lo mismo, los resultados presentados aquí, deben ser considerados exploratorios, y debe realizarse investigación futura para explorar el grado de generalización de estos resultados para una población mas grande de esta clase de hospitales.

Existe una gran resistencia, quizá por la falta de experiencia o la ignorancia de su trascendencia para atender con seriedad a los instrumentos de investigación de mercados.

Es tan impactante la falta de atención a la mercadotecnia, que para la gran mayoría de los ejecutivos entrevistados, la única promoción la realiza el médico y todo lo demas no lo utilizan o no se han dado cuenta de que existe, restando su importancia.

Otro hallazgo importante es encontrar respuestas rápidas, aun si entender el significado de las preguntas en su contexto. Esto genera una gran cantidad de respuestas por lo general positivas, que son falsas.

De esta manera la tabla de encuesta a instituciones, se presenta tal y como fué contestada, aunque fué necesario hacer uso de la observación directa y de las entrevistas fortuitas en los hospitales para enterarse de la realidad.

Por ejemplo, para un directivo, el decir que tienen programas de orientación a pacientes, es fácil contestar que sí, pero del sí a la realidad hay una gran distancia, y desde luego no existe nada organizado que se parezca a un programa de orientación a pacientes que se someten a cirugía de corta estancia.

Todos dicen tener listas de cirujanos y anestesiólogos, además certificados por consejo, pero casi ninguna encontré.

Los requisitos obligatorios de notas pre o postoperatorias, no se encuentran por escrito o no se demuestran al revisar los expedientes.

En pocas palabras, ninguno de los hospitales privados de alta complejidad de la Ciudad de México encuestados, tiene un programa real de cirugía de corta estancia.

Esto genera grandes limitaciones para la obtención de información importante en el campo.

Es increíble encontrar que los directivos no conocen el porcentaje de composición de sus equipos de enfermería.

Desde luego lo mas parecido a un departamento de mercadotecnia son oficinas de relaciones públicas, si es que existe.

La información recolectada sobre el porcentaje de cirugías de corta estancia que ellos efectuaron de manera verbal, no coincide con la información secundaria reportada por los hospitales, por lo que se hizo necesario para darle mayor relevancia a la información sobre los componentes de la oferta el utilizar la última pregunta del cuestionario para cirujanos y catalogar la respuesta como una actitud favorable o

desfavorable ante la cirugía de corta estancia, y lo mismo se hizo en el de consumidores, para mejorar la información relativa a la demanda.

4.- RESULTADOS Y ANALISIS DEL ESTUDIO DE MERCADO.

El análisis de los resultados se presenta parte en la comprobación de hipótesis y parte en el análisis de la oferta y la demanda.

INFORMACION PRIMARIA.

4.1.- CUESTIONARIOS.

La información descriptiva de los resultados de la aplicación de cuestionarios se presenta a continuación en las gráficas siguientes y en este orden:

- a.- Resultados de la Cédula de Captación de Información a Instituciones.
- b.- Resultado de la Encuesta a Cirujanos.
- c.- Resultado del Cuestionario a Pacientes.

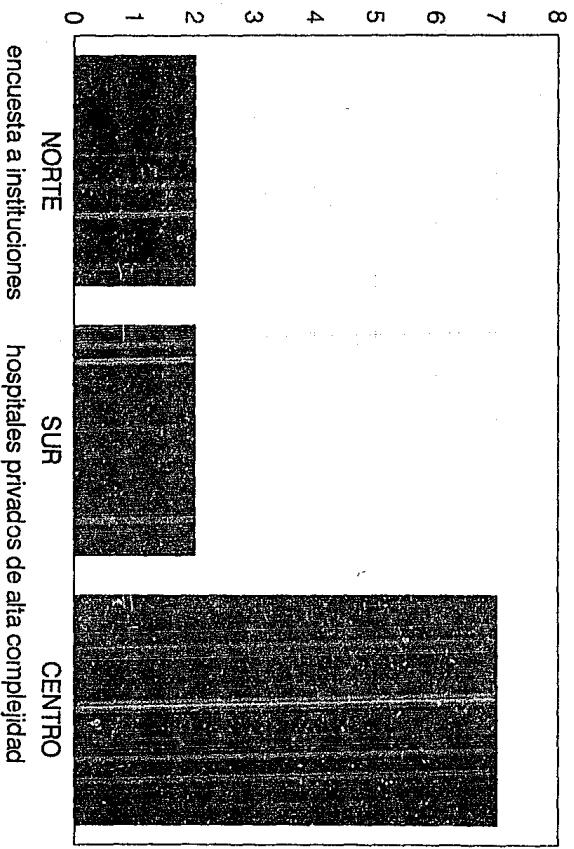
TABULADOR DE RESPUESTA DE CEDULA DE INSTITUCIONES

	A.B.C.	ANGE	ESPAN	DURA	INFANT	LON	MEDI	METRO	MEXIC	MOCEL	STA.FE
CORTA ESTANCIA	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
FECHA	1988	1990	1087		1985	1984	1992	1980	1991	1996	1985
UBICACION DEL HOSP.											
TIPO DE UNIDAD	B	B	B	B	B	B	C	B	A	B	
CIR.TOT.1990	7590	9018	11488	1636	4888	2608	0	9066	12764	8290	8472
CIR.CES.1990	835	1352	880.28	81	978	313	0	4804	3446	910	1355
CIR.TOT.1991	7077	9919	12967	1783	5474	2642	0	9881.94	14296	9025	9489
CIR.CES.1991	877	1587	1266	54	1204	341	0	4545	3431	812	1708
CIR.TOT.1992	8615	11506	14025	1979	5966	3155	2223	10969	15582	10017	10343
CIR.CES.1992	1033	1725	991	60	1492	378	111	4936	4874	901	1965
LABORATORIO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ELECTROCARD.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
C.E.Y.E	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ALMACEN	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PREOP.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
RECUP.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
LASER	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MICROCIRUGIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
LAPAROSCOPIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ING.BIOM.	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESTACIONAM.	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SERV.TRANSP.	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
VISITAS A DOMIC.	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ORIENT. A PACIEN.	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI
ACCOMODO NOCT.	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
RESTAURANTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
T.V.	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
CUBICULOS RECU.	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
VESTIDORES PAC.	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
LISTA PROCED.	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO
RESTRICCIONES	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ACOMPANANTES	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
CONSENT ESCRITO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
VALOR PRE-ANEST.	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI
DEPOSITO FINANC.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DIAGN.PRE-OP.	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
LISTA ANEST.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
COMITE ANESTESIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CONSEJO ANEST.	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI
NOTA PREOP ANES	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NOTA POSTOPER ANES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MONITOREO CARDIAC	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
PORC. ENFERM. AUX		0.2	0.2	0.1	N.D.	N.D.	0.3	0.2	0.15	0.66	0.5
PORC. ENFERM. GRAL		0.6	0.6	0.8	N.D.	N.D.	0.5	0.6	0.65	0.33	0.4
PORC. ENFERM. ESPEC		0.2	0.2	0.1	N.D.	N.D.	0	0.2	0	0	0.1
LISTA CIRUJ	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
COMITE CIRUJANOS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
CONSEJO CIRUJANOS	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI
A.B.C.	ANGE	ESPAN	DURA	INFANT	LON	MEDI	METRO	MEXIC	MOCEL	STA.FE	
HORARIO Y DIAS	L-S 7-18	ABIER	L-S 7-18	NO	L-D 7-12	L-S 7-20	ABIER	L-S 7-18	L-S-NO	L-SY 3-21	ABIER
LABORAT. PREVIO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MUESTRA PATOL.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
TEJIDOS EXCLUIDOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

TABULADOR DE RESPUESTA DE CEDULA DE INSTITUCIONES

LINEA TELEFONICA EX	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI
NIVEL DE PORGRAM.	ADM	ADM	JEF EN	ADM	ENF G	ADM	ADM	JEF EN	ADM	ADM	ADM
ASIST. DE JEFE	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NOMBRE PACIENTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EDAD	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TELEFONO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MEDICO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PROCED.QX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DURACION	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EQUIPO ESPECIAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DATOS DEL PROGRAM.	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
FECHA PROGRAM.	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
FOLLETOS	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO
PERIODICOS	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
RADIO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
REVISTAS	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
POSTERS	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO
TV	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
PANORAMICOS	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
CORREO DIRECTO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
PRESENT VERBALES	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
PRECIOS ESPECIALES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
STANDS EN EVENTOS	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
CATALOGO DE SERV.	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO
GYROS	NO	NO	NO	SECA	NO	CHIRCE	NO	NO	NO	NO	NO
FOLLETOS	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
PERIODICOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
RADIO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
REVISTAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
POSTERS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
PANORAMICOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CORREO DIRECTO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
PRESENT VERBALES	NO	NO	NO	NO	SI CHIRU	SI	NO	SI	SI	NO	NO
PRECIOS ESPECIALES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
STANDS EN EVENTOS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CATALOGO DE SERV.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTROS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
IMPORT ANUNCIOS		2	2	IGN	3	4	IGN	1		1	IGN
IMPORT PROMOCION		3	3	IGN	1	2	IGN	4	1	3	IGN
IMPORT VENTAS PERS		4	4	IGN	2	1	IGN	3		4	IGN
IMPORT PUBLIC		1	1	IGN	4	3	IGN	2		2	IGN
IMPORT ANUNCIOS		2	2	IGN	3	4	IGN	1		1	IGN
IMPORT PROMOCION		3	3	IGN	1	2	IGN	4	1	3	IGN
IMPORT VENTAS PERS		4	4	IGN	2	1	IGN	3		4	IGN
	A.B.C.	ANGE	ESPAR	DURA	INFANT	LON	MEDI	METRO	MEXIC	MOCEL	STA.FE
IMPORT PUBLIC	1	1	IGN	4	3	IGN	2		2	IGN	IGN
ORIENT.COSTOS	1	N.D.	IGN	1	1	IGN	1	1		1	1
ORIENT.A DEMANDA		N.D.	IGN			IGN					3
ORIENT.COMPET.	2	N.D.	IGN			IGN	2	2	1	2	2
ORIENT.COSTOS	1	N.D.		1	1	IGN	1	1		IGN	1
ORIENT.A DEMANDA		N.D.				IGN				IGN	IGN
ORIENT.COMPET.	2	N.D.				IGN	2	2	1	IGN	2

UBICACION DE LOS HOSPITALES POR REGIONES CIUDAD DE MEXICO

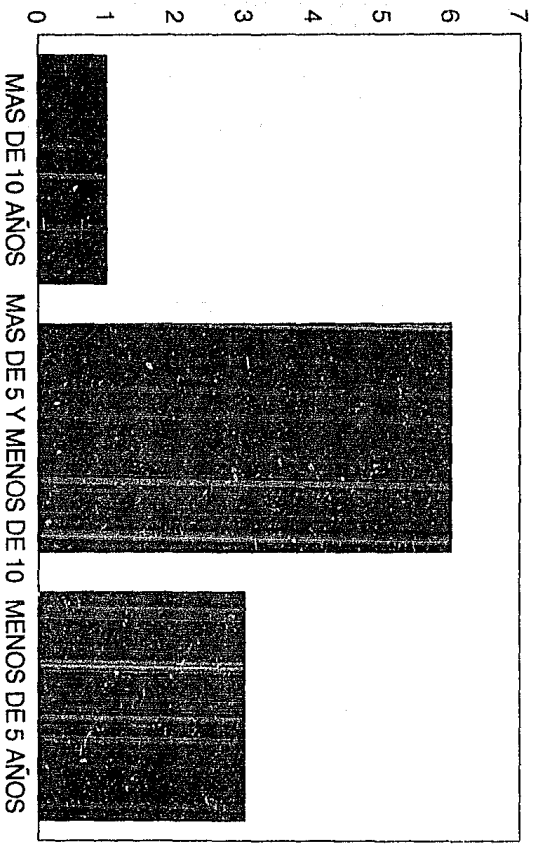


PROGRAMAS DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD



fuentes: encuesta a instituciones

TIEMPO DE INICIO DE LA C.C.E. HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD



fuentes: encuesta a instituciones

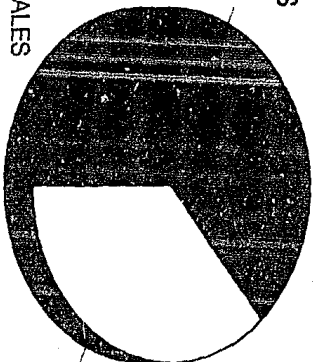
RECURSOS CLINICOS Y BASICOS

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

TODOS LOS SERVICIOS

63.6%

PORCENTAJE DE HOSPITALES

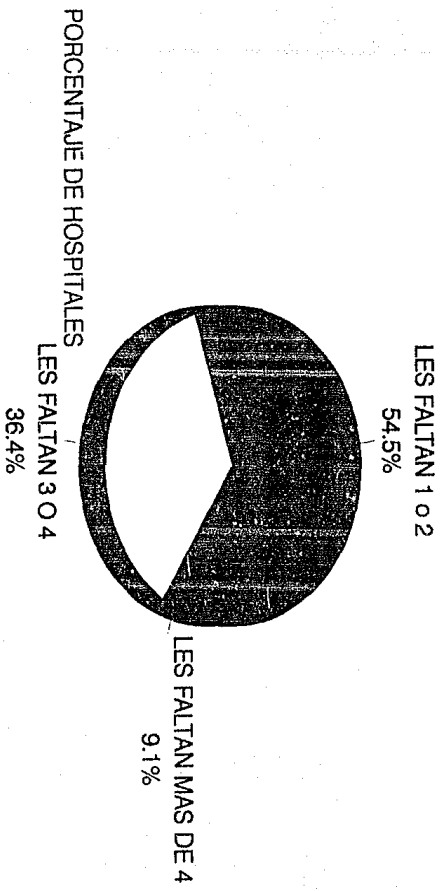


LES FALTA 1 SERVICIO

36.4%

LABORATORIO, ECG, CEYE, ALMACEN, PREOP, RECUR, LASER,
MICROC., LAPAROS, ING, BIOM.

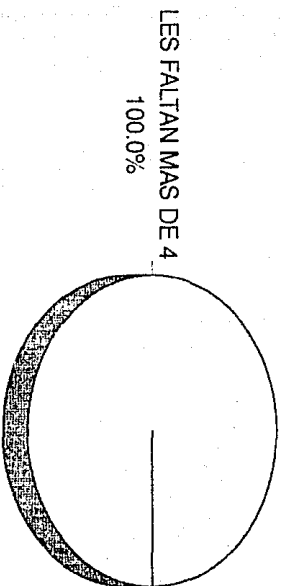
RECURSOS MERCADOLÓGICOS. RESPUESTAS AL CUESTIONARIO CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



ESTACIONAM., SERV. TRANSP., VISITAS A DOMIC., ORIENTA PAC., ACOMODO
NOCT., REST., TV., CUBICU., VESTID.

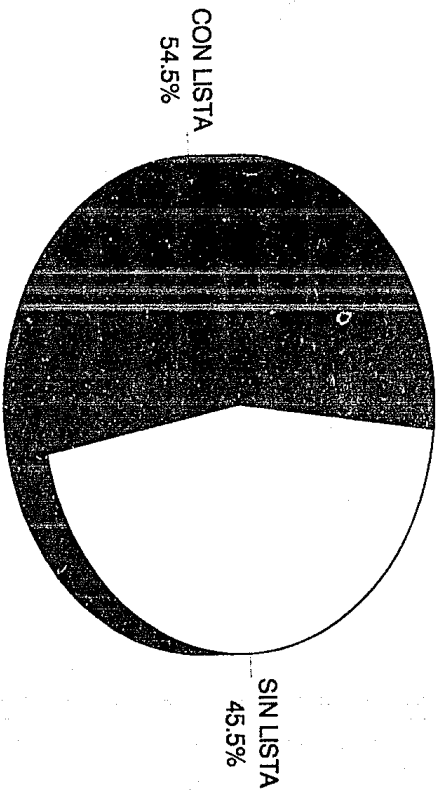
RECURSOS MERCADOLÓGICOS COMPROBADOS

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



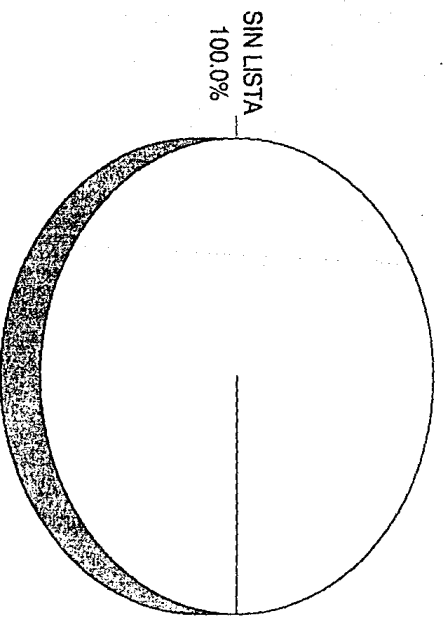
ESTACIONAM., SERV.TRANSP,VISITAS A DOMIC.,ORIENTA PAC.,ACOMODO
NOCT.,REST.TV,CUBICU,VESTID.

HOSPITALES CON LISTA DE PROCEDIMIENTOS CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

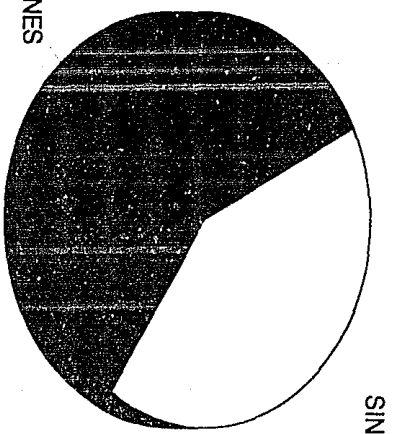
HOSPITALES CON LISTA DE PROCEDIMIENTOS VERIFICABLE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

RESTRICCIONES AL TIPO DE CIRUGIA

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



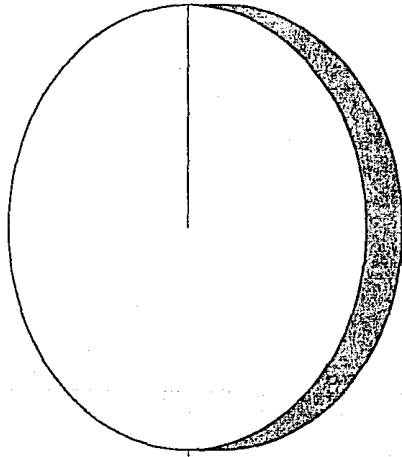
CON RESTRICCIONES
58.3%

SIN RESTRICCIONES
41.7%

HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

DEPOSITO FINANCIERO PREVIO

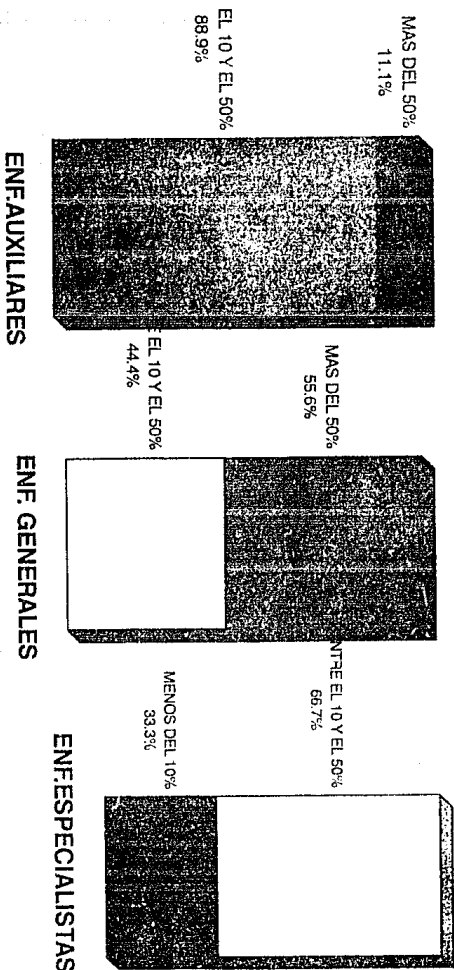
CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



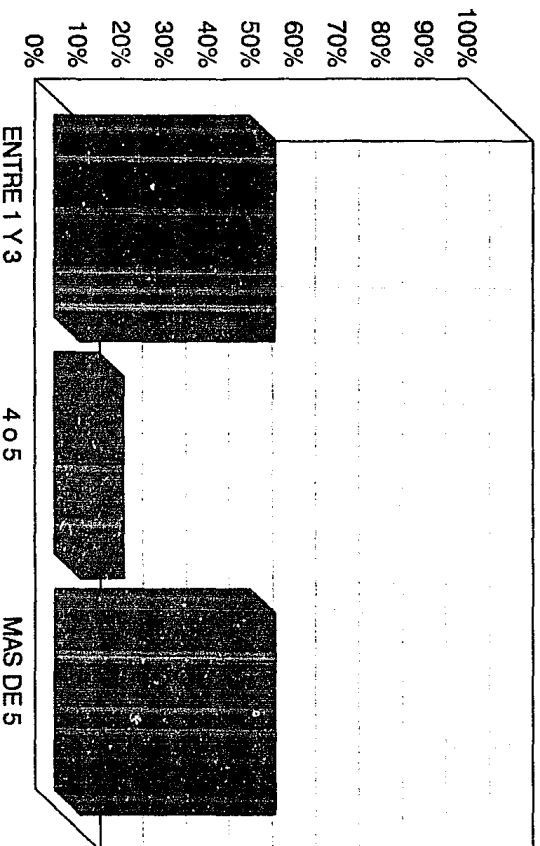
**CON DEPOSITO
100.0%**

HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

PORCENTAJE DE ENFERMERAS POR HOSPITAL PROMEDIO EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

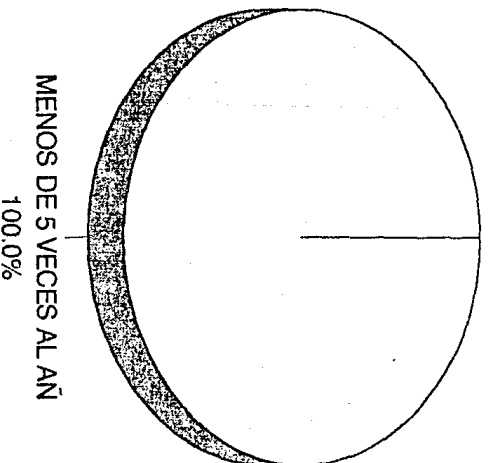


USO DE MEDIOS DE PROMOCION GENERAL HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

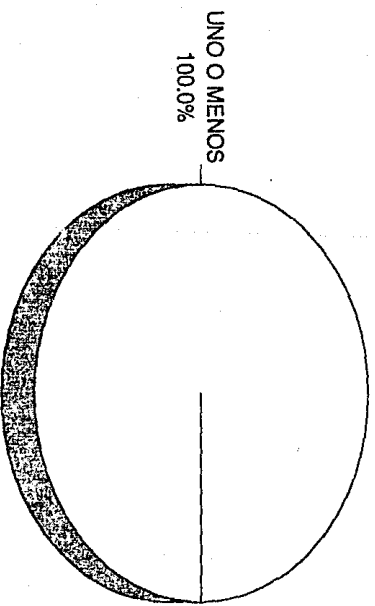


folletos, periódico, radio, revistas, posters, t.v., panorámico, correo directo, present: verbales, precios especiales, stands, catalogos, otros

HOSPITALES CON USO DE MAS DE 5 MEDIOS PROMOCIONALES GENERALES FRECUENCIA DE USO

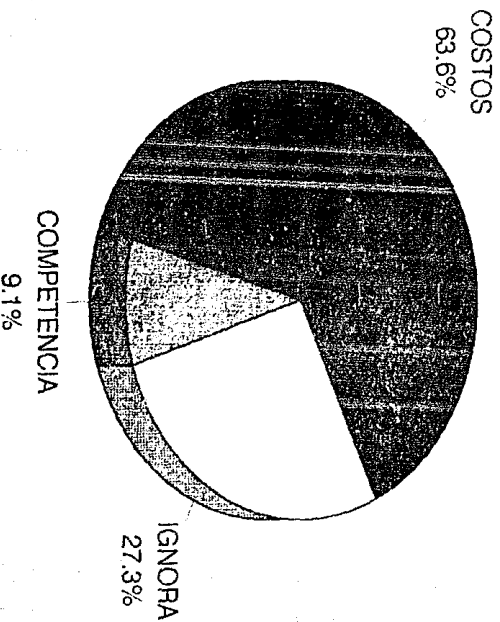


USO DE MEDIOS DE PROMOCION ESPECIFICA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

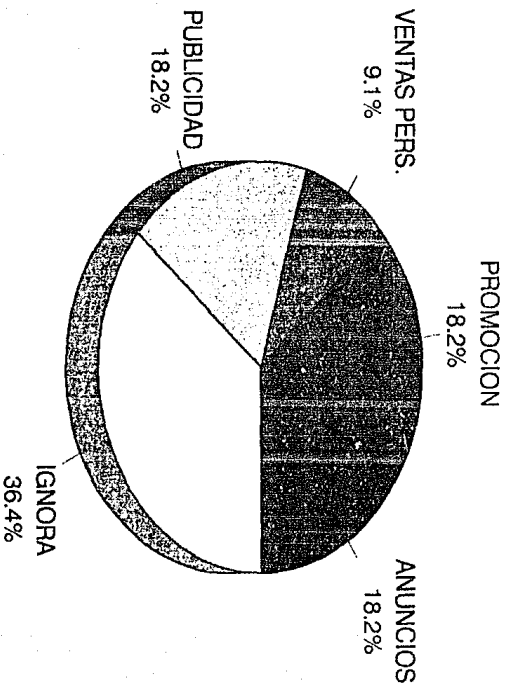


folletos, periódico, radio, revistas, posters, t.v. , panorámico, correo directo, present.verbales, precios especiales, stands, catalogos, otros

METODO PRINCIPAL DE DETERMINACION DE PRECIOS HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

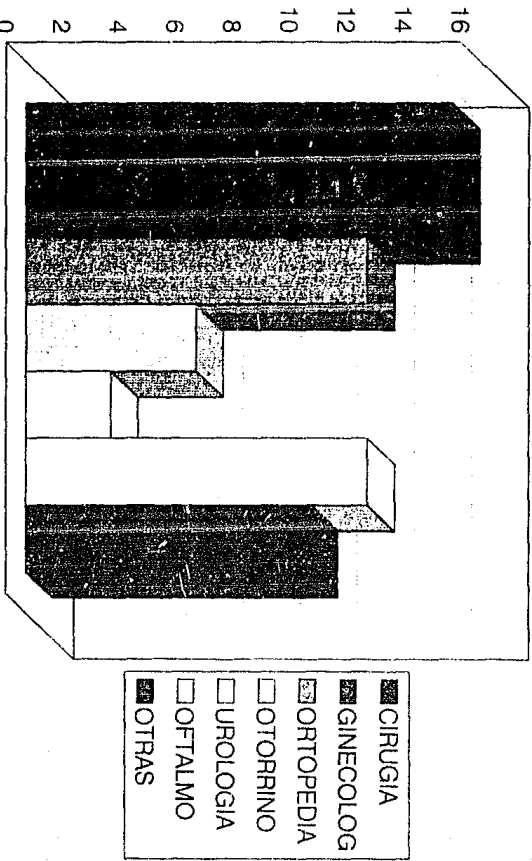


MEDIO MERCADOLÓGICO DE MAYOR IMPORTANCIA HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD



CIRUJANOS POR ESPECIALIDAD

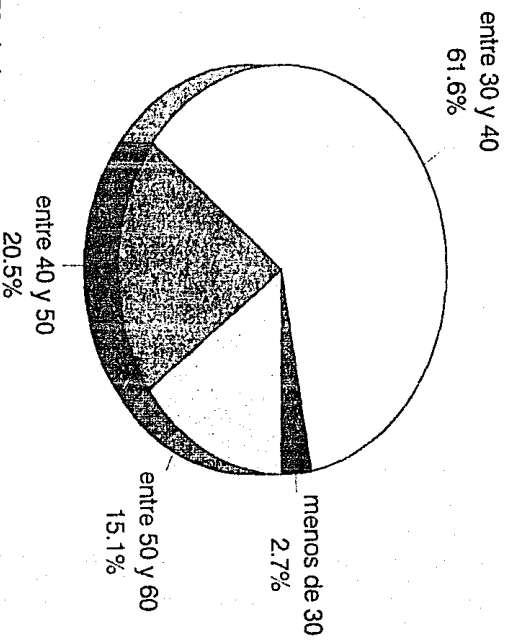
CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 73 cirujanos

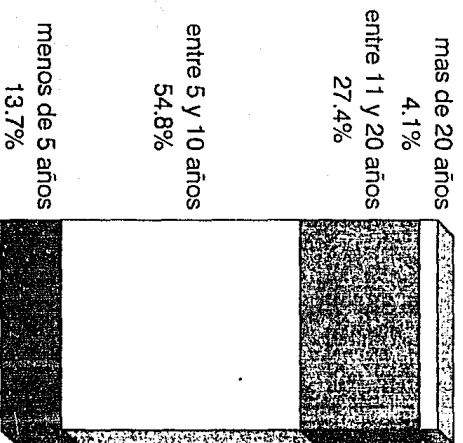
CIRUJANOS POR GRUPOS DE EDAD

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



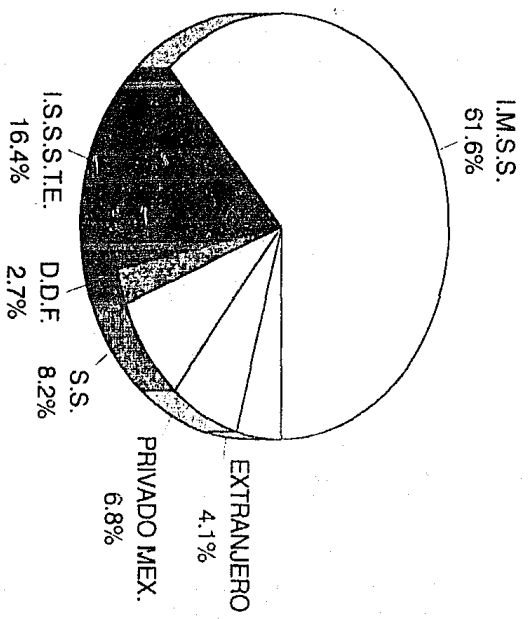
muestreo de 73 cirujanos

TIEMPO DE HABER FINALIZADO LA ESPECIALIDAD CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



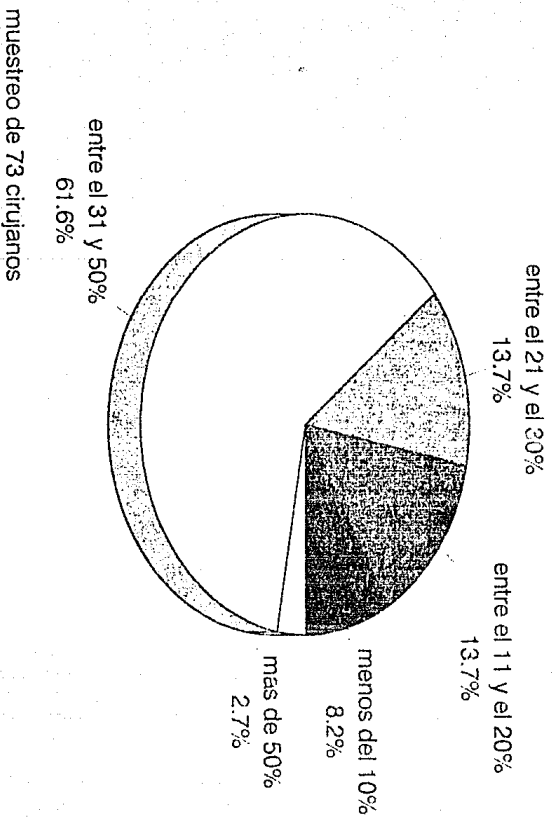
muestreo de 73 cirujanos

LUGAR DE ESTUDIOS DE LA ESPECIALIDAD CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

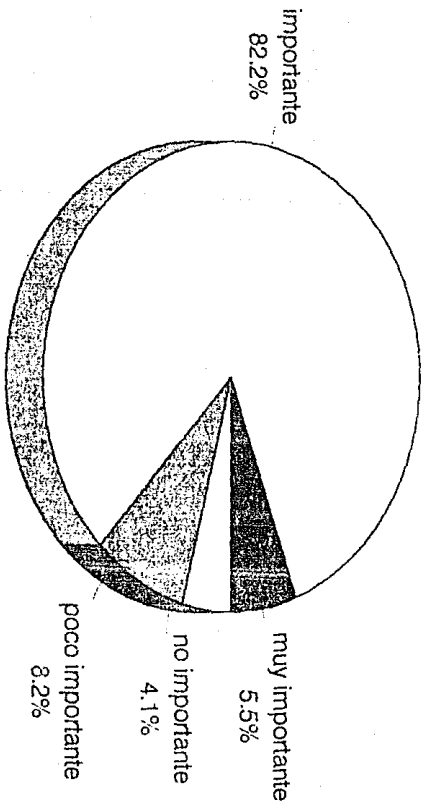


muestreo de 73 cirujanos

PORCENTAJE DE CIRUGIA REALIZADAS CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

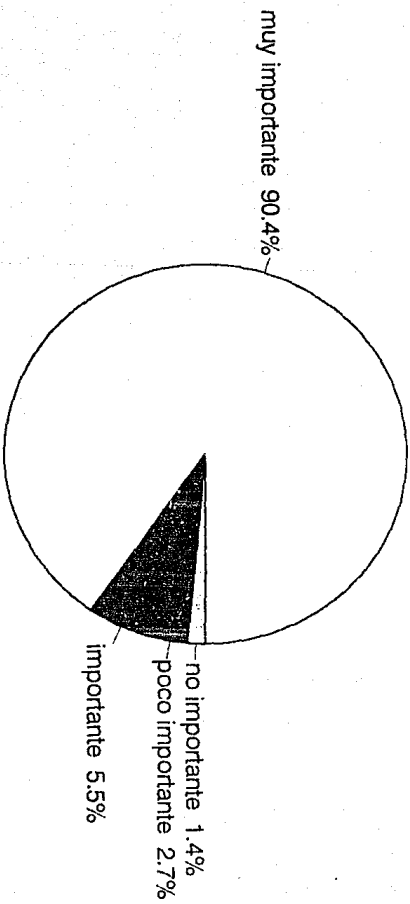


IMPORTANCIA DE LA EDAD DEL PACIENTE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 73 cirujanos

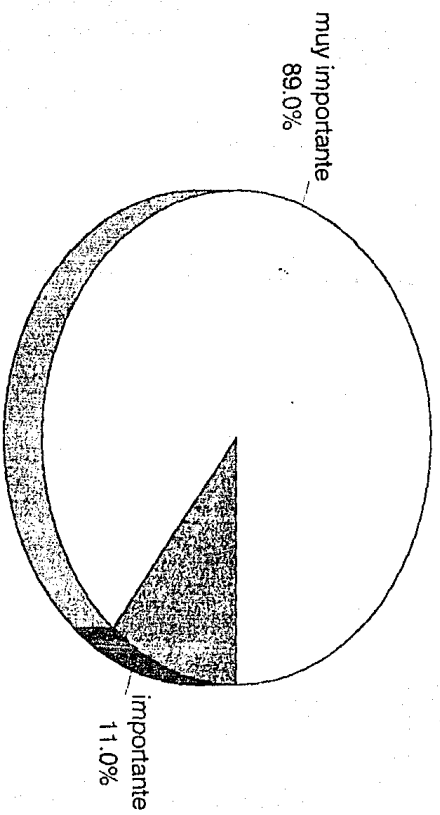
IMPORTANCIA DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 73 cirujanos

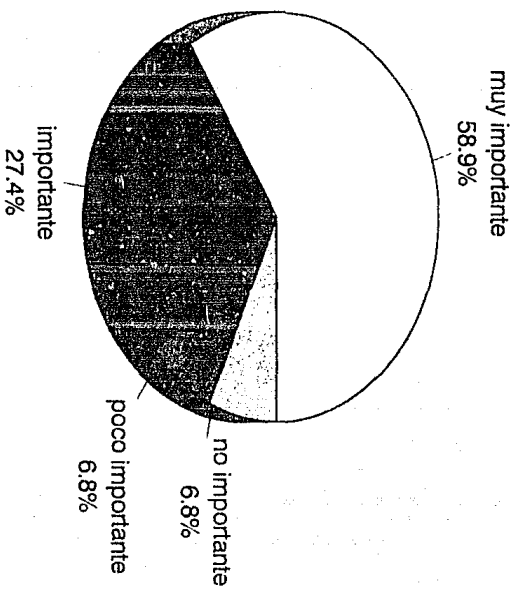
IMPORTANCIA DEL RIESGO ANESTESICO

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



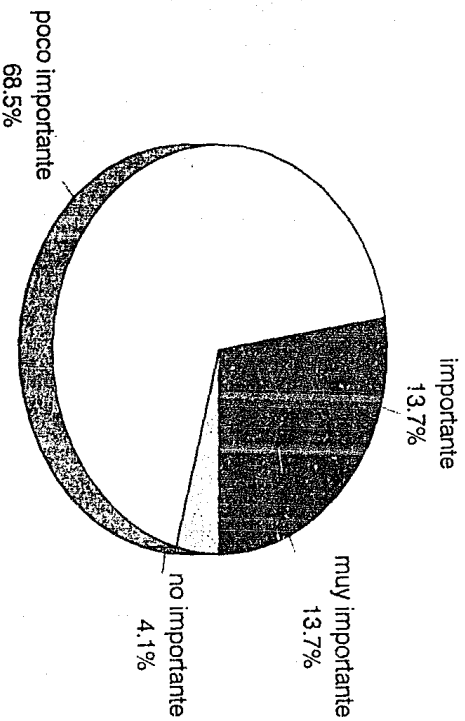
muestreo de 73 cirujanos

IMPORTANCIA DE LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL TIPO DE OPERACION CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



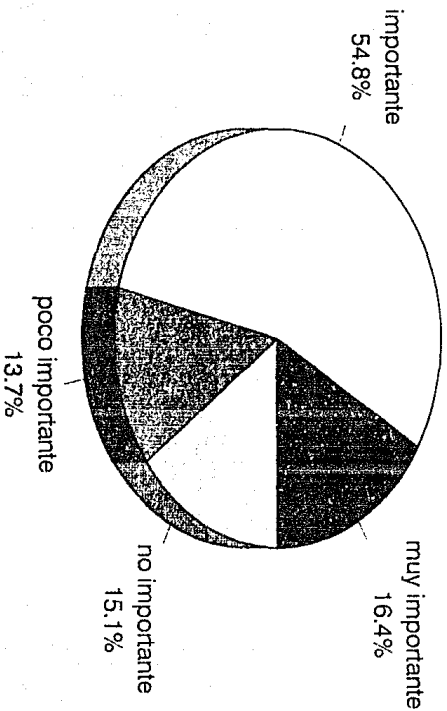
muestreo de 73 cirujanos

IMPORTANCIA DE LA SITUACION SOCIAL Y FAMILIAR DEL PACIENTE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



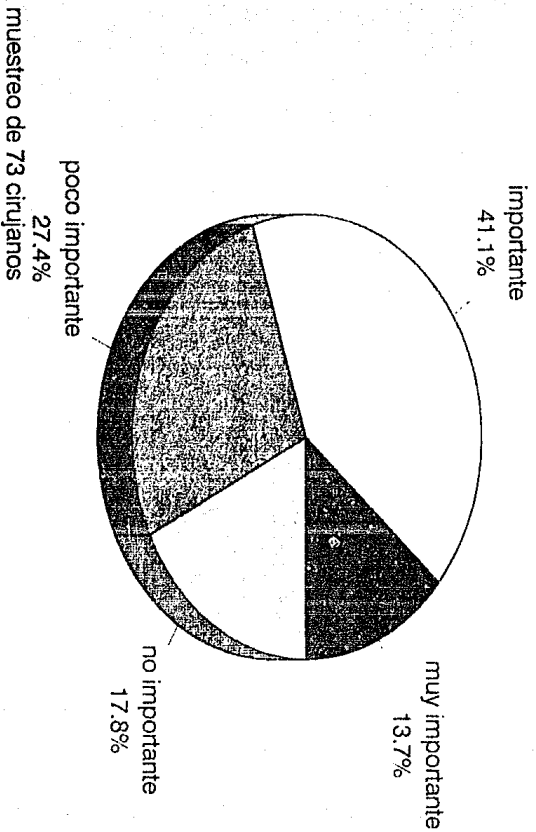
muestreo de 73 cirujanos

IMPORTANCIA DE LA HABILIDAD Y ENTRENAMIENTO DE LAS ENFERMERAS CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

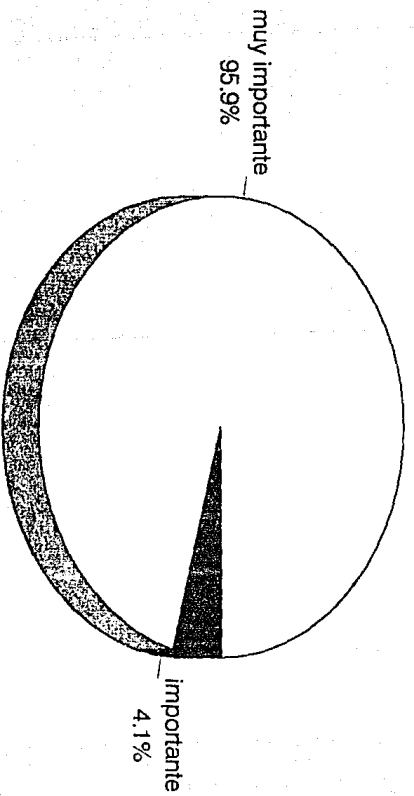


muestreo de 73 cirujanos

IMPORTANCIA DE LA ADMISION Y ALTA RAPIDAS CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

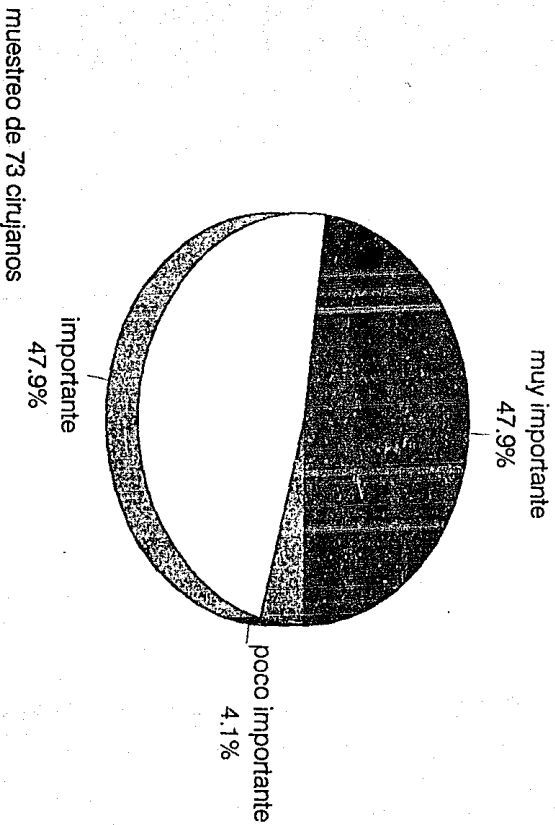


IMPORTANCIA DEL COSTO PARA EL PACIENTE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

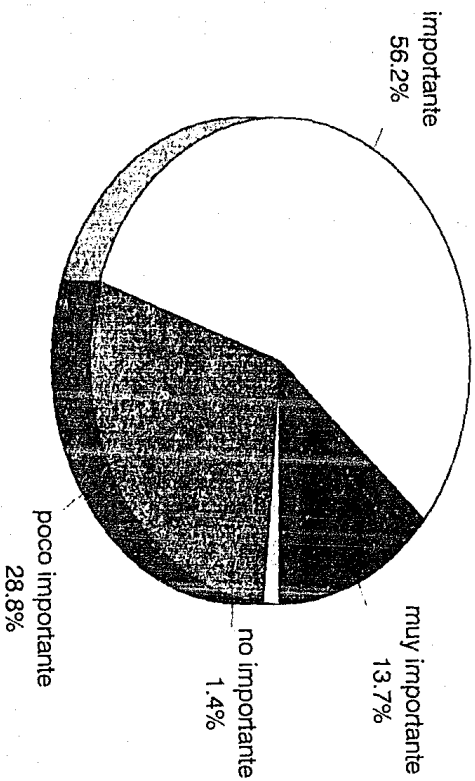


muestreo de 73 cirujanos

IMPORTANCIA POR LA REDUCCION DE INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

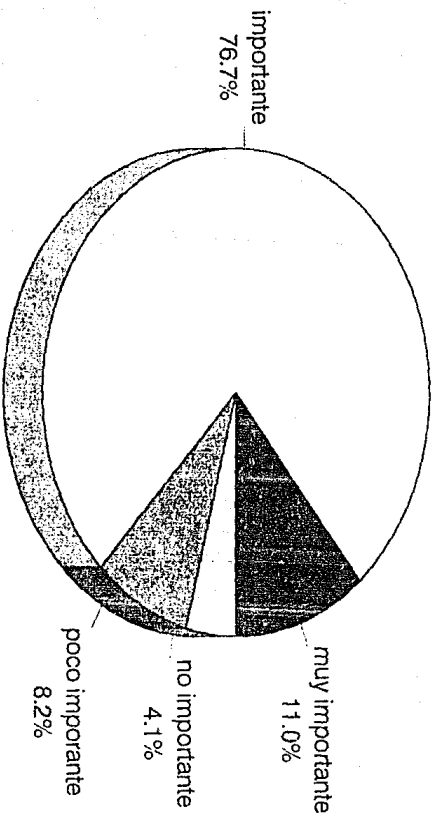


IMPORTANCIA POR LAS VENTAJAS PSICOLOGICAS PARA EL PACIENTE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 73 cirujanos

IMPORTANCIA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

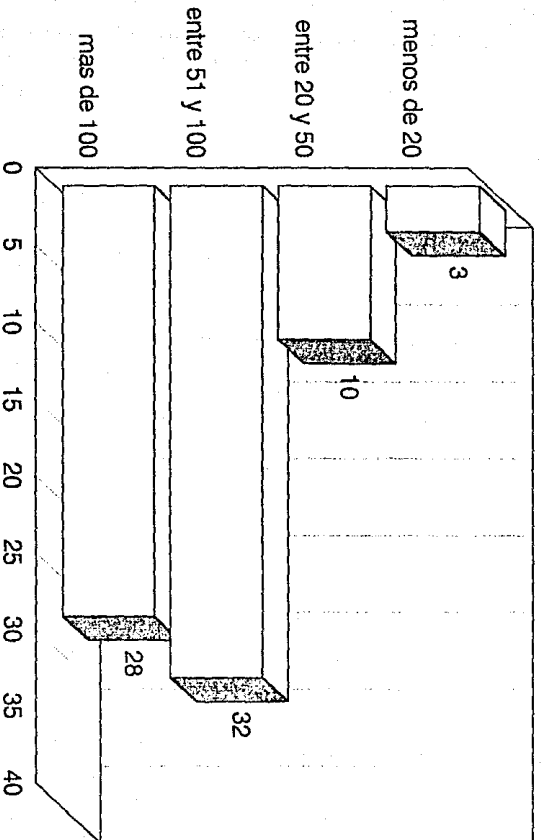


muestreo de 73 cirujanos

INTERVENCIONES REALIZADAS POR CIRUJANO EN EL AÑO

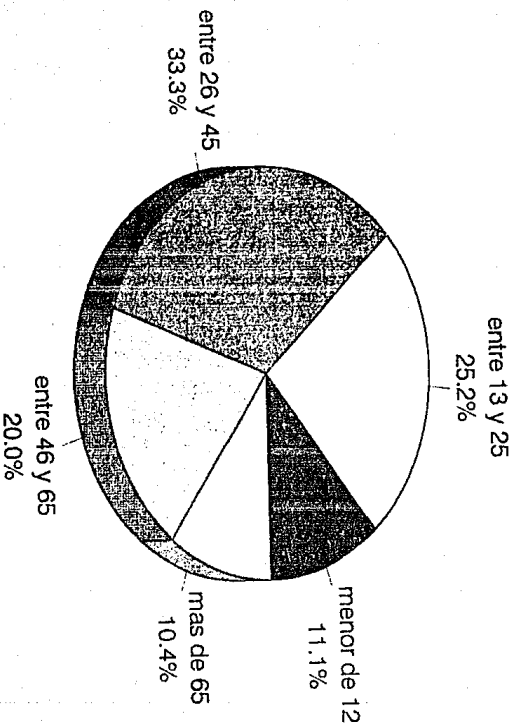
1992

TOTAL DE CIRUGIAS



muestreo de 73 cirujanos

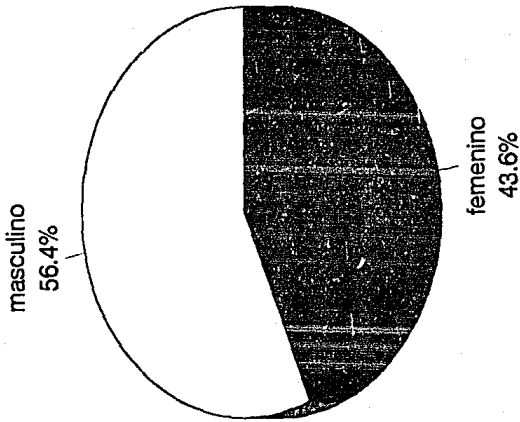
EDAD DE LOS PACIENTES CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 133 pacientes

SEXO DE LOS PACIENTES

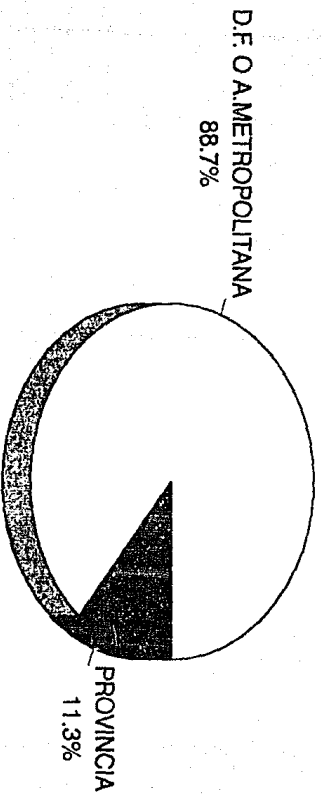
CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 133 pacientes

LUGAR DE ORIGEN

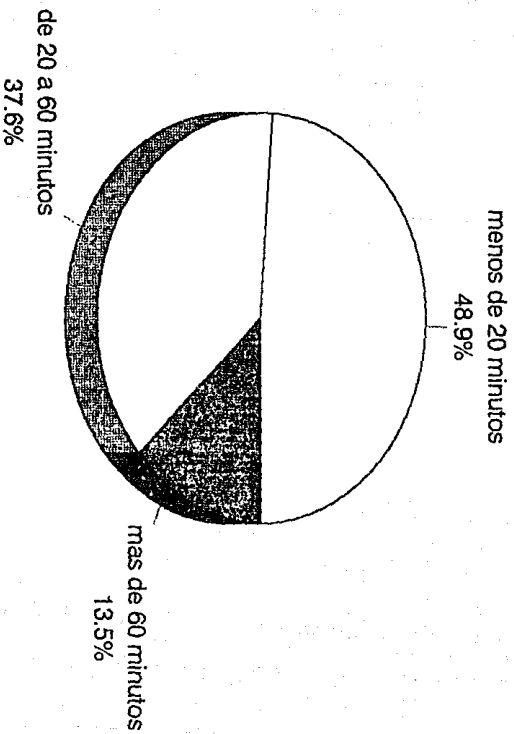
CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 133 pacientes

TIEMPO DE TRASLADO AL HOSPITAL

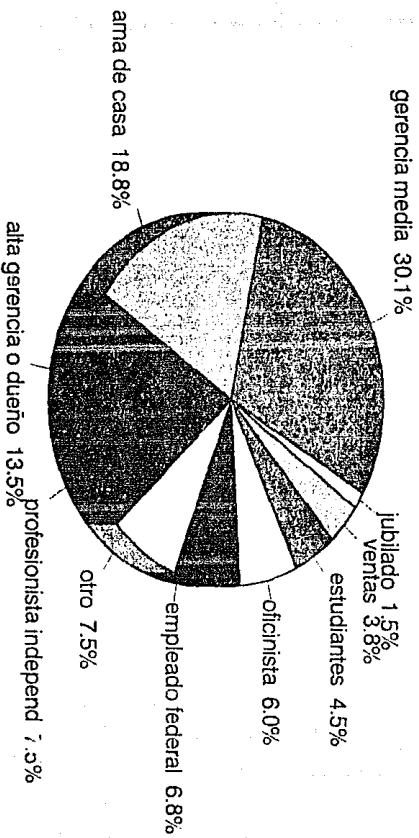
CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 133 pacientes

OCCUPACION DE LOS PACIENTES

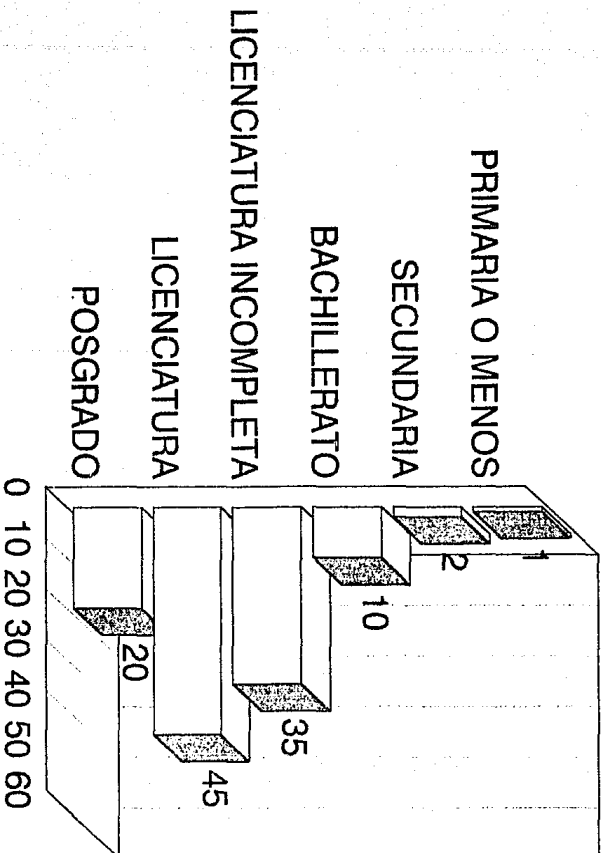
CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestro de 133 pacientes

NIVEL EDUCATIVO

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



muestreo de 113 pacientes, sin considerar menores de 15 años

4.2.- GRUPOS FOCALES.

Grupo focal de expertos

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES DE EXPERTOS

1.- 11 de enero de 1992, lugar, Hospital Angeles del Pedregal.
Camino a Sta. Teresa 1055. Col. Héroes de Padierna, México D.F., 17:00 hs.
Integrantes del grupo focal de expertos:

- 1.- Dr. Raul Picazo.- Hospital Metropolitano, Ortopedia y Traumatología.
- 2.- Dr. Aurelio Gutiérrez.- Hospital Angeles del Pedregal. Cirugía General.
- 3.- Dr. Leopoldo García.- Hospital A.B.C. Urología.
- 4.- Dr. Tomas Barrientos Fortes.- Hospital Angeles del Pedregal - Cirugía laparoscópica.
- 5.- Dr. Francisco de Urioste.- Nuevo Sanatorio Durango. Director Médico.
- 6.- Dr. Jorge Kobhe.- Director administrativo. Clínica Londres.
- 7.- Dr. Fernando Etulain.- Hospital Sta. Fé.- Anestesia.
- 8.- Dr. Francisco Gutiérrez Aladro.- Moderador.

2.- 20 de febrero de 1993, lugar Hospital Escandón, Gaviota # 27 . Col. Tacubaya.
México D.F. 18:00 hs.

Integrantes:

- 1.- Dr. Gonzalo Torres.- Hospital Angeles del Pedregal. Cirugía General.
- 2.- Dr. Salvador Medina.- Consejo Mexicano de Cirugía General.
- 3.- Dra. Margarita Martínez.- Oftalmología.
- 4.- Dr. Rubén Hernández.- Grupo Nacional Provincial, Seguros.
- 5.- Dr. Gaspar González.- Ortopedia.- Hospital Metropolitano.
- 6.- Dr. Guillermo Rea.- Cirugía General.- Hospital Santa Fé.
- 7.- Dr. Homero Luna.- Anestesiología.- Hospital Angeles del Pedregal.
- 8.- Dr. Francisco Gutiérrez Aladro.- Moderador.

Las agendas de trabajo incluyeron los siguiente:

- 1.- Presentación de integrantes.
- 2.- Objetivos del grupo.
- 3.- Validación de los demás instrumentos.
- 4.- Presentación de preguntas objetivo, con lluvia de ideas.
- 5.- Conclusiones.

Validación de Instrumentos.- Se presentaron los instrumentos de aplicación de la tesis y fueron validados por el panel de expertos como suficientes para cubrir los objetivos de la investigación. Esto en ambos paneles.

Análisis de las preguntas objetivo.

- 1.- Respecto al estado actual de la cirugía de corta estancia en el país, el consenso es

que es una verdadera alternativa para la atención quirúrgica de los pacientes, y que algunos hospitales han desarrollado facilidades para la realización de la misma, por lo que se hace ahora ya en mejores condiciones.

Es una realidad en la mayoría de los hospitales privados del país.

2.- En cuanto a su evolución en los últimos años, se piensa que se ha dado el paso de cambiar de la cirugía de corta estancia en instituciones públicas, a su desarrollo actual en instituciones privadas y que mientras en el pasado no existía la infraestructura necesaria en este sectores, ahora se está dando de forma muy importante.

Con el advenimiento de los nuevos anestésicos esto ha progresado muchísimo, siendo ahora de lo más común que el paciente prefiera irse a su casa, no solo por el menor costo de la operación, sino también por el estado de bienestar relativo en el que se encuentra.

3.- Su aceptación por médicos y pacientes se incrementa día con día, y aunque existe todavía alguna resistencia a la aceptación, de algunos médicos, por la inseguridad del trato en casa, se han convencido que con educación básica, un paciente puede llevar adelante el tipo de cuidados que se requieren en su hogar.

Quizá la aceptación de los pacientes sea mayor, ya que el ambiente de los hospitales es causante de ansiedad para ellos, y consideran favorablemente el hecho de poder irse a casa a recuperar, siempre y cuando exista una confianza plena en el médico y la seguridad de poder encontrarlo prontamente en caso de requerirlo.

4.- El desarrollo de la cirugía de corta estancia ha sido motivado por una serie de factores organizacionales y tecnológicos como infraestructura, áreas específicas para la misma, técnicas y medicaciones anestésicas, preparación de los cirujanos, falta de cupo en los hospitales, tecnología de mínima invasión quirúrgica y factores relacionados con la reducción en los trámites administrativos de los hospitales.

5.- Las desventajas de la cirugía de corta estancia están dadas, primeramente por la falta de cultura médica por parte de la población general, que genera malos cuidados en casa, la dificultad en el traslado rápido y oportuno de los pacientes con complicaciones en una ciudad con tráfico pesado la mayor parte del día, el riesgo de automedicación o mal seguimiento de las indicaciones dietéticas y la posibilidad de que algunas compañías de seguros no cubran la cuenta de este tipo de pacientes.

6.- Las especialidades de mayor futuro en el país para la cirugía de corta estancia son para los grupos focales:

la oftalmología, endoscopia digestiva, otorrinolaringología, ginecología, cirugía de pared abdominal, cirugía laparoscópica, cirugía plástica y ortopedia.

7.- Los factores que motivan a un paciente a tomar la decisión de operarse en cirugía de corta estancia son la confianza en su médico, la sencillez del procedimiento, y el considerar que puede acceder fácilmente a la atención de urgencias.

8.- El paciente que acepta ser operado con este tipo de procedimientos es con mayor frecuencia de clase social media alta o alta, con cierto grado de cultura médica y estabilidad emocional, que no siempre es investigada.

9.- El médico tiene una gran influencia en la posibilidad de que el paciente tome la decisión de operarse sobre esta base, aunque está limitado a las sensaciones del paciente que muchas veces está influido por comentarios externos o experiencias familiares pasadas.

10.- Las instalaciones mínimas que un hospital debe tener para el desarrollo de programas de cirugía de corta estancia, son los estándares mínimos de sala de operaciones, mas un área de recuperación que puede ser convencional y no necesariamente un área especial, aunque esto es deseable.

11.- Los establecimientos de corta estancia independientes, tan usuales en los Estados Unidos, son una realidad que debe crecer en México, ya que el paciente puede evitar los trámites que implica el llegar, admitirse y seguir las rutinas de un paciente hospitalizado, tanto los dueños de hospitales, como los pagadores indirectos deben impulsar el desarrollo de este tipo de centros.

Su viabilidad debe ser muy buena en la opinión de los grupos.

12.- El volumen de este tipo de cirugía en el medio privado en los próximos diez años debe crecer en forma muy importante, esto debido principalmente a los adelantos esperados en la cirugía de mínima invasión y a las mejoras técnicas analgésicas, al cuidado mejor en casa y la mejoría de la economía del país.

13.- El modelo extranjero de aplicar estos programas, ha tenido una influencia decisiva en el desarrollo en nuestro país, ya que es evidente que la importación de tecnología sigue marcando la pauta del desarrollo médico en nuestro país.

14.- El cuidado en casa será cada vez mas importante en la medicina moderna, y las camas de hospital serán ocupadas por otro tipo de pacientes con enfermedades nuevas como el sida, o de evolución distinta a la observada.

15.- El personal médico, de enfermería y auxiliar, así como los becarios médicos, no deben perder de vista, que aunque se trata de pacientes que van a ser sometidos a cirugías de baja peligrosidad, esto no implica que esten exentos de riesgo, y que por lo tanto deberán ser personas altamente motivadas para el rol operatorio, con buen entrenamiento, y conciencia de que deberán actuar con rapidez y eficiencia, con mentalidad de contención de costos.

16.- Las áreas de diseño para la cirugía de corta estancia tendrán mayor flexibilidad en cuanto a las restricciones habituales de sala de operaciones, y deberán redefinirse, por la importante participación que la familia tiene en la recuperación y vuelta a casa de los pacientes.

Grupo focal de consumidores .-

RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL DE CONSUMIDORES.

1.- 24 de febrero de 1993, lugar Augusto Rodin 22-5. Col. Napoles. -
México D.F. 19:00 hs.

Integrantes:

Grupo de 11 personas anónimas.

Moderador: Dr. Francisco Gutiérrez Aladro.

Las agendas de trabajo incluyeron lo siguiente:

- 1.- Presentación de integrantes.
- 2.- Objetivos del grupo.
- 3.- Presentación de preguntas objetivo, con lluvia de ideas.
- 4.- Conclusiones.

Se buscó conocer las percepciones de los pacientes para medir los resultados del efecto de la cirugía de corta estancia en ellos.

ANALISIS.

1.- Para la mayoría el término inicial de cirugía de corta estancia o cirugía ambulatoria resulta ambivalente o desconocido, pero una pequeña definición de términos es suficiente para aclarar y todos comprenden que no solo han sido sometidos a este tipo de cirugía, sino recuerdan numerosos casos de familiares y amigos.

Su percepción inicial es que son procedimientos favorables para el paciente y menos costosos.

2.- No se conoce el número de cirugías en porcentaje que se realizan en corta estancia, la mayoría menciona cantidades sin razonamiento.

3.- Los temores que despierta en los usuarios es como se mencionó, la posibilidad de una complicación en casa, y la dificultad para localizar ayuda pronta.

4.- No es para ellos factor de decisión el hecho de que la cirugía se realice y cueste menos, es más importante para ellos la opinión del médico y la influencia familiar.

5.- Consideran a la casa un lugar más cómodo para recuperarse, pero a su vez más riesgoso.

6.- Todos consideran que debería ser tomada en cuenta su opinión respecto a la forma en que debe realizarse la operación.

7.- Sin embargo es más importante en el peso de la decisión, el cirujano.

8.- Todos los participantes llegaron a un consenso, de que si la cirugía es carente de los riesgos importantes, y pudieran tener acceso a una atención rápida, les parece que la cirugía de corta estancia es una opción favorable para el futuro de los hospitales.

COMENTARIOS ADICIONALES.

En un principio, todos los participantes consideran muy satisfactoria su experiencia en la cirugía con excelente trato y con solo diferencias en cuanto a los hospitales que los trataron. Pero una vez que se ahondó en los temas ya específicos del panel, se notaron las diferencias significativas.

Los pacientes que no se mostraron a favor de la cirugía de corta estancia consideran que su atención puede estar comprometida si la admisión no se realiza o si se van pronto a casa.

Hay un gran temor de que alguna complicación surja en casa y no tengan el tiempo suficiente para solucionarlo ni los recursos necesarios.

Se comprueba que los pacientes disminuirían mucho su resistencia hacia este tipo de operaciones, si el médico explicará correctamente lo que va a realizarse, lo cual raramente se lleva a cabo.

De esta manera algunos pacientes que recibieron una explicación mas amplia del o los procedimientos manifiestan mayor satisfacción.

En el soporte emocional descansa gran parte de lo que los pacientes consideran como un resultado con calidad, y las relaciones interpersonales con el médico o la enfermera son factor importante en sus percepciones finales.

Asimismo ven con buenos ojos las ventajas de la reducción de costos por el uso de la cirugía de corta estancia.

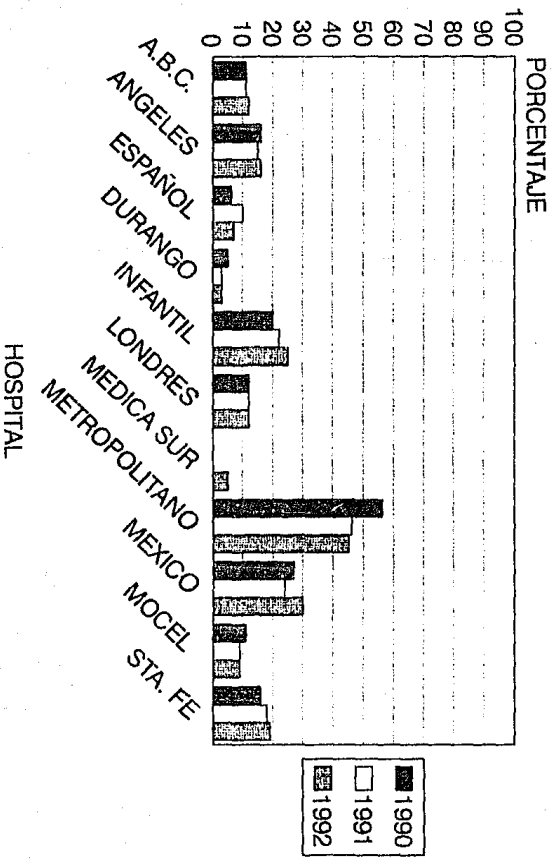
4.3.- INFORMACION SECUNDARIA.

Con grandes limitaciones técnicas y una gran carencia, se rescató la información secundaria posible de los hospitales estudiados y que se muestra en las gráficas siguientes.

Ráramente la dirección pudo proporcionar la información requerida, y fué necesario llegar hasta los registros directos de sala de operaciones para obtener los números. La observación directa hace confiables los datos.

HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD

PORCENTAJE ANUAL DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA



4.4.- COMPROBACION DE HIPOTESIS.

1.-"La frecuencia de cirugía de corta estancia se ha incrementado durante los últimos años en los hospitales privados de alta complejidad y su tendencia futura es hacia un mayor incremento".

Esta hipótesis está rechazada con la observación de la estadística descriptiva presentada por la información secundaria, en donde ninguno de los hospitales estudiados tiene una tendencia clara de incremento en el porcentaje de cirugía de corta estancia en los tres años recientes, contrario a lo presentado por la literatura revisada.

2.-"El aumento de la frecuencia de cirugía de corta estancia es influenciado por la actitud de los cirujanos y pacientes hacia la misma".

No hay elementos que permitan comprobar o rechazar esta hipótesis ya que aunque una serie de cirujanos estudiada y cuyos resultados se reportan mas adelante, tiene influencia significativa de acuerdo a ciertas variables significativas sociodemográficas, pero los hospitales estudiados no muestran aumento en la frecuencia de cirugía de corta estancia en los tres años recientes que permita estudiar las posibles causas de este.

3.-"La decisión de realizar cirugía de corta estancia se modifica por la edad del cirujano. Es mas frecuente el uso de este tipo de cirugía en cirujanos jóvenes".

Hipótesis Nula.- "No están relacionados la actitud del cirujano hacia la cirugía de corta estancia con la edad de los cirujanos".

La tabla de contingencia número 2, muestra una actitud favorable de los cirujanos mas jóvenes para la cirugía de corta estancia, con rangos que disminuyen conforme la edad del cirujano va en aumento. Así tenemos que mientras 85% de los cirujanos menores de 40 años de edad están a favor de la cirugía de corta estancia, 80% de los que se encuentran entre 40 y 50 años de edad lo están, contra sólo el 55% de los mayores de 50 años.

Las diferencias de acuerdo a la prueba chi cuadrada mostró diferencias significativas p menor a 0.05, rechazandose la hipótesis nula.

De esta manera si existe una relación significativa entre la edad del cirujano y la decisión de realizar cirugía de corta estancia.

4.-"La decisión de realizar una cirugía de corta estancia se modifica según el lugar en que el cirujano realizó sus estudios de posgrado. Es mas frecuente el uso de este tipo de cirugía en quienes realizaron sus estudios de posgrado en el extranjero.

Hipótesis nula: "No están relacionados el lugar de la especialidad con la actitud del cirujano hacia la cirugía de corta estancia".

La tabla de contingencia 3 muestra porcentajes de actitudes favorables mayores del 70% para la cirugía de corta estancia en los egresados tanto del I.M.S.S., del D.D.F., S.S., Privados y del extranjero, este último del 100%, y sólo menores del 70% a los egresados del I.S.S.S.T.E. (67%), lo cual iría de acuerdo con la hipótesis; sin embargo la hipótesis de nulidad fué sometida a la prueba de chi cuadrada, encontrando una x

calculada menor a chi cuadrada habiendo una discrepancia significativa entre valores observados y esperados y no teniendo entonces diferencias estadísticas significativas como para rechazar la hipótesis nula (p mayor a 0.05). Por lo que no se pudo por tanto comprobar esta hipótesis.

5.-"La decisión de realizar una cirugía de corta estancia se modifica según las instalaciones del hospital donde el cirujano trabaja. Es más frecuente el uso de este tipo de cirugía en cirujanos que laboran en hospitales con instalaciones más adecuadas para la cirugía de corta estancia."

Aunque los cirujanos que cuentan con más elementos para realizar correctamente este tipo de cirugía están más a favor de la cirugía de corta estancia, y existe el dato de que el hospital que efectivamente más ha desarrollado el concepto de cirugía de corta estancia, es el de mayor porcentaje, no hay diferencias significativas en cuanto a las instalaciones estudiadas, que permitan un análisis de los datos.

6.-"Es más frecuente el uso de cirugía de corta estancia en las especialidades de cirugía general, cirugía plástica, ginecología, oftalmología y otorrinolaringología."

Aunque la gráfica de cirujanos por especialidad que muestra la proporción de cirujanos seleccionados por especialidad, marca a cirujanos, ginecólogos, ortopedistas, otorrinos, urólogos y oftalmólogos; esto no es estadísticamente significativo y para esta hipótesis la muestra se queda pequeña.

La esperanza para este dato era la información secundaria de los hospitales censados, pero ante la carencia de la misma no se pudieron definir las especialidades que utilizan en estos hospitales la cirugía de corta estancia con más frecuencia. Sin embargo para este caso la información bibliográfica recolectada es abrumadora y efectivamente dió origen a la hipótesis planteada, por lo que su aprobación no puede estar muy lejana.

7.-"Los cirujanos con menor tiempo de terminada la especialidad tendrán en igualdad de circunstancias una proporción mayor de cirugías de corta estancia".

En esta hipótesis, y debido a la gran diferencia entre el porcentaje de cirugías de corta estancia reportadas por los propios cirujanos y los porcentajes reportados por la información secundaria, aunque no se midieron por cirujano; decidí utilizar igualmente su actitud favorable o desfavorable hacia la cirugía de corta estancia y el número años de egresado de la especialidad.

Por lo tanto la Hipótesis Nula queda:

"No esta asociada la actitud del cirujano hacia la cirugía de corta estancia, con el número de años transcurridos desde que egresó de la especialidad".

La tabla de contingencia número 1, muestra con un nivel de significancia p menor de .05, que rechazó la hipótesis de nulidad según la prueba de chi cuadrada, que en los cirujanos que tienen menos de 5 años de haber terminado la especialidad hay una actitud favorable hacia la cirugía de corta estancia en el 100% de los cirujanos de la muestra. Este mismo valor porcentual disminuye conforme se agranda el tiempo de haber egresado de la especialidad, es decir 93% de actitudes favorables para los que tienen entre 5 y 10 años de egresados y solo del 48% para los que tienen más de 10 años de haber terminado la especialidad.

Esto trasciende de tal manera que probablemente los programas de enseñanza de residencias médicas de posgrado, o las tendencias actuales de la cirugía estén influenciando en forma determinante la mentalidad de los cirujanos egresados.

8.-"Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes jóvenes o adultos que en niños o ancianos".

Al igual que en la hipótesis número 6, no fué posible recolectar la información segmentada de parte de los hospitales, y con un gran esfuerzo y poca calidad se obtuvo la de cirugías de corta estancia totales.

La muestra de pacientes aunque aleatoria y representativa es pequeña para validar la hipótesis. Sabemos que el 82% de los cirujanos considera que la edad del paciente es muy importante en la decisión de operar o no en cirugía de corta estancia, y 5.5% que es muy importante; mientras que nuestra muestra de pacientes arrojó su mayor porcentaje en 33% para las edades entre 26 y 45 años, pero con diferencias menores para los demas grupos de edad: 25.2% para los ubicados entre 13 y 25, 11.1% los menores de 12, 20% entre 46 y 65 años y 10.4% los mayores de 65.

9.-"Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes con condiciones generales de salud estables".

De las preguntas de actitudes de cirujanos y los factores asociados, las cuales tenían una escala que catalogaba los factores desde "Muy importantes" hasta "Poco importantes", la que ocupó el segundo lugar en porcentaje de respuestas de "Muy importante", con 90.4% fué la que preguntó acerca de la importancia de las condiciones generales del paciente, solo superada por la importancia por el costo.

10.-"Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes con una actitud psicológica positiva hacia su enfermedad".

Aunque el 71% de los pacientes interrogados y que alguna vez fueron sometidos a corta estancia tiene una actitud favorable hacia la cirugía de corta estancia, esto no es exactamente lo que pretende la hipótesis. Para esto el grupo focal de consumidores mostró que la estabilidad emocional, la identificación con el médico, la confianza, la seguridad en casa, la seguridad de encontrar ayuda pronta y el estado de salud; los cuales de alguna manera estarán siempre relacionados a una actitud psicológica positiva hacia la enfermedad y el tratamiento, e influenciarán de alguna manera la decisión de operarse en esas condiciones de paciente externo.

De la misma manera, el 13.7% de los cirujanos considera las ventajas psicológicas de este tipo de cirugía para el paciente como muy importantes, 56.2% como importantes, y solo 30.2% poco o no importante, lo que de alguna manera apoya la comprobación de esta hipótesis.

11.-"Es mas frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes de escolaridad alta".

Hipótesis nula: "No se relacionan la actitud de los pacientes hacia la cirugía de corta estancia y el nivel escolar alcanzado"

En este caso y como lo demuestra la tabla número 5, y con diferencias

estadísticamente significativas, también hay relación entre el grado escolar alcanzado por el paciente y su actitud favorable o desfavorable hacia la misma.

El 80% de los que tienen licenciatura completa o más muestran una actitud favorable, contra el 60% de los que tienen licenciatura incompleta o menos

12.-"Es más frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes con familia de altos ingresos económicos".

Hipótesis nula.- "No existe relación entre la actitud favorable o desfavorable de un paciente hacia la cirugía de corta estancia y el nivel económico familiar".

La tabla 4 de contingencia demuestra que el 100% de los pacientes con ingresos familiares mayores a N\$5,000.00, mensuales mostró una actitud favorable hacia la cirugía de corta estancia, porcentaje que desciende conforme descienden los ingresos promedio mensuales.

Las diferencias fueron estadísticamente significativas con p menor a .05.

El porcentaje es de 75% de actitudes favorables para los que se encuentran entre 3001 y 5000 nuevos pesos mensuales, y solo del 55% para los de menos de N\$3,000.00.

De esta manera en forma directamente proporcional se encuentran relacionados los ingresos con la actitud hacia la cirugía de corta estancia.

13.-"Es más frecuente el uso de cirugía de corta estancia en pacientes que viven más cerca del hospital".

Hipótesis nula: "No están relacionados la distancia al hospital con la actitud favorable o desfavorable hacia la cirugía de corta estancia".

No hubo elementos suficientes para el rechazo de la hipótesis previa.

14.-"El paciente modifica la decisión de operarse o no en corta estancia según su actitud favorable o desfavorable hacia este tipo de procedimientos".

El análisis posterior a la aplicación de instrumentos de esta hipótesis la relaciona estrechamente con la hipótesis número 10, por lo que su comprobación está dada únicamente por las conclusiones del panel de opinión de consumidores.

15.-"El factor precio influye en la decisión de realizar o no cirugía de corta estancia".

Casi el 96% de la muestra representativa de cirujanos ($n=73$), considera muy importante el costo para el paciente como un medio que favorece la cirugía de corta estancia, y el otro 4% lo considera importante. Esto ocupa la tasa más alta de respuestas "muy importante" de todos los factores interrogados como relacionados con los procedimientos.

16.-"La utilización de elementos promocionales en los hospitales de alta complejidad es muy reducida en el momento actual como medio de estimular la utilización de los servicios generales del hospital"

17.-"Es muy escasa la utilización de elementos promocionales para estimular la frecuencia del uso de la cirugía de corta estancia en los hospitales privados de alta complejidad".

Estas dos hipótesis fueron fácilmente comprobadas, ya que como se mencionó anteriormente, es inclusive desconocida la terminología mercadológica para los directivos de estos hospitales, y los que la manejan, prácticamente reconocen a los anuncios como la única forma de promoción.

Desde luego para la cirugía de corta estancia, sencillamente la promoción es nula en todos los hospitales, siendo muy escasa la sensibilización hacia las necesidades de promoción de su utilización.

Los resultados de las gráficas previas muestran: para las respuestas del cuestionario tasas variables en donde a 54.5% de los hospitales solo les faltan 1 o 2 de los elementos mercadológicos interrogados, a 36.4% 3 o 4 y a 9:1% mas de 4; pero la ya mencionada y necesaria comprobación visual encontró al definir estrictamente los elementos, una carencia de mas de 4 servicios relacionados a los aspectos del mercado en el 100% de los hospitales estudiados.

El uso de medios de promoción general fué afirmativo para mas de 5 medios en el 45% de los hospitales y de 1 a 3 en también el 45% con 10% para 4 o 5 medios, pero de estos, en todos los hospitales se contestó a la pregunta adicional negativamente en cuanto al uso mas de 5 veces por años de estos medios, lo cual es una frecuencia bastante pobre.

Para el uso de medios de promoción específica de cirugía de corta estancia, esta prácticamente no existe ya que el 100% de los hospitales ha hecho uso de algun medio o casi siempre ninguno como se aprecia en la gráfica correspondiente.

Para el uso de medios mercadológicos y la opinión de los ejecutivos tanto en forma general como específicamente la cirugía de corta estancia, el porcentaje mas alto es la ignorancia, con un 36.4%, y de lo seleccionado, ocupan el mismo porcentaje los anuncios, la publicidad y la promoción en si con 18.2%, dejando atras a las ventas personales (9.1%).

18.-"La forma de establecer los precios es este tipo de hospitales no toma en cuenta los costos como factor primordial".

Esta hipótesis fué rechazada como lo muestra la gráfica correspondiente, ya que 63.6% de las encuestas a Instituciones consideran como el método principal para la determinación de los precios a los costos, contra 9.1% considera a la competencia y un determinante y muy trascendente 27.3% que ignora estos métodos.

En este rubro el estudio es exploratorio, ya que de la misma manera como se comparó en los elementos mercadológicos, pudiera explorarse mas profundamente los métodos de determinación de precios y obtener conclusiones muy diferentes.

19.-"El puesto desempeñado y la actividad laboral o estudiantil están relacionadas con la actitud favorable o desfavorable hacia la cirugía de corta estancia".

Hipótesis nula: "No hay relación entre la actividad laboral o la actividad principal del paciente y su actitud hacia la cirugía de corta estancia".

Nuevamente la hipótesis de nulidad fué rechazada por la prueba de chi cuadrada, con una p menor de .05 y por lo tanto con diferencias estadísticamente significativas.

En este caso los resultados, mostrados en la tabla de contingencia número 6, enseñan porcentajes mas altos de actitudes favorables en los puestos altos como son gerencia

media (90%), y alta gerencia o dueño (78%) así como en las amas de casa (76%) y en los jubilados (100%); quizá relacionados al mayor nivel cultural y de educación médica de estas poblaciones, contra los porcentajes más bajos de favorabilidad para los profesionistas independientes (70%), oficinistas (50%), estudiantes que incluye niños (67%) por lo que tiene el sesgo de la educación de los padres, ventas (60%) y otros (50%).

El único porcentaje inverso con una tasa de 89% de actitudes desfavorables, fue el de empleados federales, lo cual llama la atención y podría resultar interesante para pensar ya sea en un nivel cultural y de educación médica más deficiente, o la influencia negativa de las instituciones de salud públicas a las que se encuentran afiliados.

Análisis Multivariado para la explicación de asociación de variables.

Se utilizó como herramienta de análisis multivariado, a la **regresión múltiple**, la cual trata de acoplar una línea a través de una serie de observaciones, usando el método de los mínimos cuadrados.

En este caso se buscó analizar como una variable dependiente, en este caso el porcentaje de cirugías de corta estancia que los cirujanos muestreados estimaron como el realizado actualmente por ellos en respuesta a la pregunta referente a ese concepto del cuestionario aplicado a los cirujanos, es afectada por los valores conjuntos de dos variables independientes, en este caso la edad del cirujano y el tiempo de haber concluido la especialidad.

Los resultados pueden usarse para predecir el porcentaje de cirugía de corta estancia estimado, de acuerdo a la edad y tiempo de egreso de la especialidad de un cirujano no muestreado.

El nivel de confianza utilizado fue de 95% p menor a .005, y los resultados generados con el paquete "Analysis ToolPak add-in macro de Excel 4.0 de Microsoft, desarrollado por GreyMatter International, Inc. toma como constante 0 y se presentan con una tabla resumen de regresión, incluyendo los residuales, una tabla de residuales estandarizada y una gráfica de cada variable independiente contra el residual, además una gráfica para los valores predictivos contra los valores observados, por último una gráfica en donde se presenta la probabilidad normal, acompañada de una tabla de resultados distribuidos.

Si analizamos los resultados anteriores, las variables x tratan de ser explicativas de los valores y , se aplican los resultados al conjunto de valores x observados.

Con el mismo paquete tenemos estadística descriptiva de cada variable con los parámetros estimados y que se encuentran inmediatamente por debajo del registro de datos.

De acuerdo al valor múltiple de R , este nos indica qué proporción de la variación total en los valores de y observados es explicada por la regresión de y sobre x_1 y x_2 .

Entonces el 56% de la variación total en los valores de porcentaje de cirugía de corta estancia, es explicada por el plano de regresión ajustado a la edad y al tiempo de egreso del cirujano de la especialidad.

Utilizando el análisis de varianza, se trató de probar la siguiente hipótesis nula:

Ho.- Ninguna de las dos variables independientes, tiene valor al explicar la variación en los valores de y .

De acuerdo a los grados de libertad y por tablas con una p menor a .005, y de acuerdo al valor de F , esto permite rechazar la hipótesis nula, dejando con mas posibilidad de la aceptación de la asociación de estas dos variables, pero mas que nada dando pruebas de la bondad del plano de ajuste.

TABLA DE CONTINGENCIA 1

ACTITUD DEL CIRUJANO HACIA LA C.C.E. CONTRA AÑOS DE EGRESADO DE LA ESPECIALIDAD

	FAVORABLE	DESFAVORABLE	TOTAL
menos de 5 años	10 = 100%	0 = 0%	10
entre 5 y 10 años	37 = 93%	3 = 7%	40
mas de 11 años	11 = 48%	12 = 52%	23
TOTAL	58 = 79%	15 = 21%	73 = 100%

N=73

TABLA DE CONTINGENCIA 2

ACTITUD DEL CIRUJANO HACIA LA C.C.E. CONTRA LA EDAD DEL MISMO

	FAVORABLE	DESFAVORABLE	TOTAL
MENOS DE 40	40 = 85%	7 = 15 %	47
ENTRE 40 Y 50	12 = 80%	3 = 20%	15
MAS DE 50	6 = 55%	5 = 45 %	11
TOTAL	58 = 79%	15 = 21%	73 = 100%

N = 73

TABLA DE CONTINGENCIA 3

ACTITUD DEL CIRUJANO HACIA LA C.C.E. CONTRA
LUGAR DE LA ESPECIALIDAD

	FAVORABLE	DESFAVORABLE	TOTAL
I.M.S.S.	37 = 82%	8 = 18 %	45
I.S.S.TE.	8 = 67%	4 = 33 %	12
D.D.F. O S.S.	6 = 75%	2 = 25%	8
PRIVADO	4 = 80%	1 = 20 %	5
EXTRANJERO	3 = 100%	0 = 0 %	3
TOTAL	58 = 79%	15 = 21 %	73 = 100%

TABLA DE CONTINGENCIA 4

ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA C.C.E. CONTRA INGRESOS FAMILIARES MENSUALES

	FAVORABLE	DESFAVORABLE	TOTAL
MENOS DE 3000 N\$	31 = 55%	25 = 45 %	56
3001 A 5000 N\$	39 = 75%	13 = 25 %	52
5001 O MAS N\$	25 = 100%	0 = 0 %	25
TOTAL	95 = 71%	38 = 29%	133 = 100%

TABLA DE CONTINGENCIA 5

ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA C.C.E. CONTRA NIVEL ESCOLAR

	FAVORABLE	DESFAVORABLE	TOTAL
SIN LICENCIATURA	35 = 60%	23 = 40%	58
LICENCIATURA O MAS	60 = 80%	15 = 20%	75
TOTAL	95 = 71%	38 = 29%	133 = 100%

TABLA DE CONTINGENCIA 6

ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA C.C.E. CONTRA PUESTO DESEMPEÑADO

	FAVORABLE	DESFAVORABLE	TOTAL
GERENCIA MEDIA	36 = 90%	4 = 10%	40
AMA DE CASA	19 = 76%	6 = 24%	25
ALTA GER, O DUENO	14 = 78%	4 = 22%	18
PROF. INDEP.	7 = 70%	3 = 30%	10
EMP. FEDERAL	1 = 11%	8 = 89%	9
OFICINISTA	4 = 50%	4 = 50%	8
ESTUDIANTE	4 = 67%	2 = 23%	6
VENTAS	3 = 60%	2 = 40%	5
JUBILADO	2 = 100%	0 = 0%	2
OTRO	5 = 50%	5 = 50%	10
TOTAL	95 = 71%	38 = 29%	133 = 100%

N = 133

EDAD	AÑOS DE EGRES	PORCENTAJE
27	1	55
28	1	55
31	7	35
31	6	40
31	6	40
31	7	40
31	3	50
32	7	35
32	8	35
32	6	40
32	3	50
33	8	35
33	5	45
34	8	40
34	6	40
34	5	45
34	4	50
35	6	40
35	5	45
36	8	35
36	5	40
37	10	35
37	8	35
37	7	35
37	8	35
37	9	35
38	7	35
38	10	35
38	7	35
38	10	35
38	8	35
38	6	35
38	6	35
38	6	35
38	8	35
38	6	40
38	6	40
39	8	25
39	6	35
39	9	35
39	7	35
39	9	35
40	6	25
40	6	25
40	8	25
40	10	25
40	8	35
40	8	35
40	6	35
40	9	35
41	11	25
42	12	25
42	11	25
43	11	25
44	12	20
44	18	25
45	11	15
45	11	20

MULTIVAR.XLS

45	11	20
46	15	15
46	15	15
47	15	15
49	12	15
49	12	15
52	16	15
53	17	5
54	18	5
55	25	5
56	17	5
56	22	5
57	21	0
58	18	0
60	16	5

EDAD	AÑOS DE EGREDO		PORCENTAJE		
Mean	40.12328767	Mean	9.342465753	Mean	29.932
Standard	0.878663283	Standard Error	0.562737919	Standard Error	1.5408
Median	38	Median	8	Median	35
Mode	38	Mode	6	Mode	35
Standard	7.507302381	Standard Devia	4.808034878	Standard Deviation	13.163
Variance	56.35955904	Variance	23.11718939	Variance	173.26
Kurtosis	0.368307382	Kurtosis	1.178646678	Kurtosis	-0.183
Skewness	0.893915889	Skewness	1.118277258	Skewness	-0.591
Range	33	Range	24	Range	55
Minimum	27	Minimum	1	Minimum	0
Maximum	60	Maximum	25	Maximum	55
Sum	2929	Sum	682	Sum	2185
Count	73	Count	73	Count	73

Regression Statistics	
Multiplo R	0.564712006
R Square	0.318899849
Adjusted R Square	0.29522218
Standard Error	10.93932924
Observations	73

Analysis of Variance					
	df	Sum of Squares	Mean Square	F	Significance F
Regression	2	3978.163915	1989.081957	16.622	1.23985E-06
Residual	71	8496.493619	119.6689242		
Total	73	12474.65753			

Regression Statistics	Coefficients	Standard Error	t Statistic	P-value	Lower 95%	Upper 95%
Intercept	0	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
EDAD	1.747059832	0.100092796	17.4544014	9E-28	1.547480368	1.94664
AÑOS DE EGRESO	-4.428973362	0.389324863	-11.37603528	8E-18	-5.205265473	-3.6527

Observation	Predicted Y	Residuals	Std Residuals
1	42.74184211	12.25835789	1.12057874

Percentile	CENTAJE
0.684931507	0

MULTIVAR.XLS

2	44.48870194	10.51129806	0.960872265	2.054794521	0
3	23.15604126	11.84395874	1.082695152	3.424657534	5
4	27.58501462	12.41498538	1.134894572	4.794520548	5
5	27.58501462	12.41498538	1.134894572	6.164383562	5
6	23.15604126	16.84395874	1.539761567	7.534246575	5
7	40.87193471	9.128065288	0.834426416	8.904109589	5
8	24.90310109	10.09689891	0.922990677	10.2739726	5
9	20.47412773	14.52587227	1.327857673	11.64383562	15
10	29.33207446	10.66792554	0.975190097	13.01369863	15
11	42.61899454	7.381005456	0.674721941	14.38356164	15
12	22.22118756	12.77881244	1.168153198	15.75342466	15
13	35.50810765	9.491892348	0.867685042	17.12328767	15
14	23.9682474	16.0317526	1.465515138	18.49315068	15
15	32.82619412	7.173805879	0.655781147	19.8630137	15
16	37.25516748	7.744832516	0.707980567	21.23287671	20
17	41.68414085	8.315859154	0.760179986	22.60273973	20
18	34.57325395	5.426746046	0.496076672	23.97260274	20
19	39.00222732	5.997772684	0.548276092	25.34246575	25
20	27.46236706	7.537632939	0.889039773	26.71232877	25
21	40.74928715	-0.749287148	-0.068494798	28.08219178	25
22	20.35148017	14.64851983	1.339069289	29.45205479	25
23	29.20942689	5.790573107	0.529335298	30.82191781	25
24	33.63840026	1.361659974	0.124468303	32.19178082	25
25	29.20942689	5.790573107	0.529335298	33.56164384	25
26	24.76045353	10.21954647	0.934202294	34.93150685	25
27	35.38546009	-0.385460088	-0.035236172	36.30136986	25
28	22.09854	12.90146	1.179364814	37.67123288	25
29	35.38546009	-0.385460088	-0.035236172	39.04109589	35
30	22.09854	12.90146	1.179364814	40.4109589	35
31	30.95648673	4.043513274	0.369630823	41.78082192	35
32	39.81443345	-4.81443345	-0.440103160	43.15068493	35
33	39.81443345	-4.81443345	-0.440103168	44.52054795	35
34	39.81443345	-4.81443345	-0.440103168	45.89041096	35
35	30.95648673	4.043513274	0.369630823	47.26027397	35
36	39.81443345	0.18556655	0.016963248	48.63013699	35
37	39.81443345	0.18556655	0.016963248	50	35
38	32.70354656	-7.703546558	-0.704206482	51.36986301	35
39	41.56149328	-6.561493283	-0.599807643	52.73972603	35
40	28.2745732	6.725426805	0.614793344	54.10958904	35
41	37.13251992	-2.13251992	-0.194940647	55.47945205	35
42	28.2745732	6.725426805	0.614793344	56.84931507	35
43	43.30855311	-18.30855311	-1.673644948	58.21917808	35
44	43.30855311	-18.30855311	-1.673644948	59.5890411	35
45	34.45060639	-9.45060639	-0.863910957	60.95890411	35
46	25.59285967	-0.592859665	-0.054176966	62.32876712	35
47	34.45060639	0.54939361	0.050221874	63.69863014	35
48	43.30855311	-8.308553115	-0.759512117	65.06849315	35
49	43.30855311	-8.308553115	-0.759512117	66.43835816	35
50	30.02163303	4.978366972	0.455088869	67.80821918	35
51	22.91074614	2.089253865	0.190985555	69.17808219	35
52	20.2288326	4.771167395	0.436148075	70.54794521	35
53	24.65780597	0.342194033	0.03128108	71.91780822	35
54	26.4048658	-1.4048658	-0.128423395	73.28767123	35
55	23.72295277	-3.722952269	-0.34032729	74.65753425	35
56	-2.850887905	27.85088791	2.545941099	76.02739726	40
57	29.89898546	-14.89898546	-1.361965175	77.39726027	40
58	29.89898546	-9.898985464	-0.904898876	78.76712329	40
59	29.89898546	-9.898985464	-0.904898876	80.13698663	40
60	13.93015185	1.069848153	0.097798332	81.50684932	40

MULTIVAR.XLS

61	13.93015185	1.069848153	0.097798332
62	15.67721168	-0.677211679	-0.061906143
63	32.45825143	-17.45825143	-1.595916079
64	32.45825143	-17.45825143	-1.595916079
65	19.98353748	-4.983537478	-0.455561522
66	17.30162395	-12.30162395	-1.124531832
67	14.61971042	-9.619710417	-0.879369311
68	-14.63604329	19.63604329	1.794995183
69	22.54280344	-17.54280344	-1.603645256
70	0.397936632	4.602063368	0.420689721
71	6.573969827	-6.573969827	-0.600948164
72	21.60794975	-21.60794975	-1.975253626
73	33.96001614	-28.96001614	-2.647330152

82.87671233	40
84.24657534	40
85.61643836	40
86.98630137	40
88.35616438	40
89.7260274	45
91.09589041	45
92.46575342	45
93.83561644	50
95.20547945	50
96.57534247	50
97.94520548	55
99.31506849	55

EDAD Residual Plot

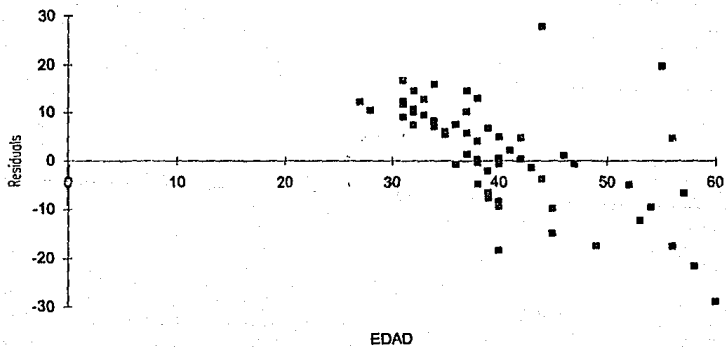


CHART2.X' 9

AÑOS DE EGRESO Residual Plot

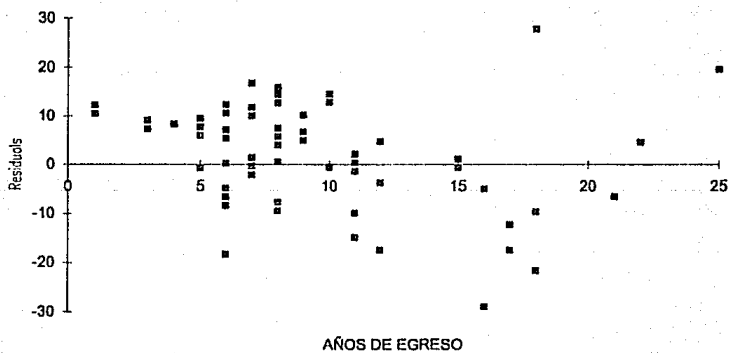
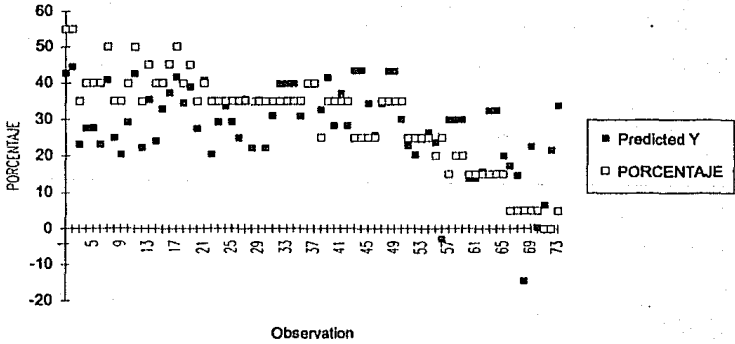
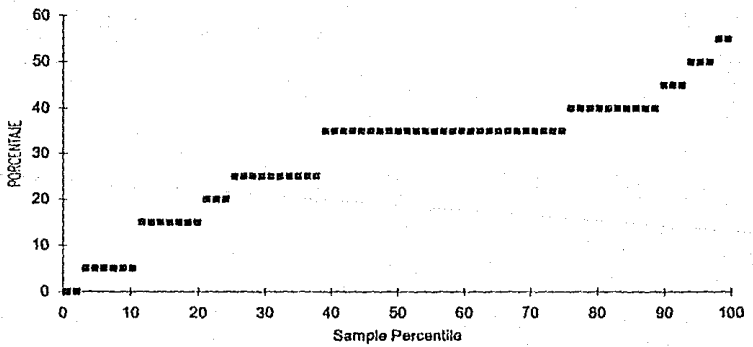


CHART3.XLC

Line Fit Plot



Normal Probability Plot



5.- CONCLUSIONES

5.1.- LA OFERTA DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

5.1.1.- Localización de la oferta.

El estudio demostró que la oferta de cirugía de corta estancia en hospitales privados de alta complejidad de la Ciudad de México, se encuentra limitada a instalaciones tipo 1, con uno solo de los hospitales (Metropolitano) que ha desarrollado una unidad tipo 2. Los demás hospitales ofrecen cirugía de corta estancia de acuerdo a las preferencias de cirujanos y pacientes, y a factores asociados, pero sin desarrollar un concepto específico de cirugía de corta estancia, y mucho menos incluyendo elementos de carácter mercadológico.

5.1.2.- Estacionalidad de la oferta.

Un gran número de las actitudes estudiadas, hace presentar a la cirugía de corta estancia en estos hospitales, como en fase de crecimiento, que predispuesta por modelos extranjeros y adelantos médicos, no encuentra eco en los ejecutivos de hospitales o en los fondos de financiamiento privado para el desarrollo de unidades apropiadas.

5.1.3.- Desarrollo histórico.

En gran parte predispuesto por las preferencias y deseos de médicos y usuarios, se ha limitado a esperar el crecimiento de la planta física adecuada.

El Hospital Metropolitano, a principios de los años 80, crea la unidad tipo 2, y presenta una nueva alternativa que inicia el aprovechamiento de las ventajas de la cirugía de corta estancia, pero que no es seguido por la competencia.

Hospitales altamente dependientes de terceros pagadores, como el Sanatorio Durango o el Hospital Mocel no han desarrollado esta tendencia, quizá debido a la falta de interés o ignorancia de sus financiadores principales.

Los hospitales de mayor complejidad tecnológica como el A.B.C. o el Angeles, crearon estructuras parciales para la corta estancia, que desconectados del concepto mercadológico, no logran el impacto deseado posterior en la demanda,

5.1.4.- Línea de servicio.

Está muy bien estructurada de acuerdo al modelo extranjero, sin embargo no ha seguido esa línea en nuestro país.

El producto es un servicio, que puede ser a menor precio y que las ventajas, prácticamente y únicamente clínicas lo han hecho atractivo.

Sin embargo los elementos del conocimiento real de las necesidades y deseos de usuarios y proveedores de servicio, no solo ha faltado investigarlo, sino ni siquiera copiarlo para probar sus ventajas.

5.1.5.- Capacidad instalada.

Si tomamos en cuenta que en el momento actual en los 11 hospitales estudiados, existen 82 salas de operaciones, podemos decir que la capacidad instalada para la cirugía de corta estancia es exactamente de 82 salas de operaciones, y solo 4 de ellas son específicas para corta estancia.

No existen unidades especiales para la cirugía de corta estancia con los elementos requeridos y la única tipo 2, parece favorecer una actitud positiva de los usuarios hacia sus ventajas, a pesar de su escaso desarrollo integral.

5.1.6.- Disponibilidad de recursos humanos especializados.

No existe algo académicamente generado, y únicamente la experiencia en el manejo de estos pacientes, ha hecho que se tenga cierta ventaja competitiva de algunos hospitales con respecto a otros.

Sin embargo estos recursos, médicos o paramédicos no tienen una estructura organizacional que permita ofertarlos en forma adecuada.

5.1.7.- Existencia de suministros adecuados.

El mercado de productos médicos sean fijos o consumibles es muy amplio en la actualidad, y la cercanía con los E.U. ha facilitado la importación reciente de una gran variedad de alternativas, por lo que la oferta de cirugía de corta estancia, prácticamente tiene toda la disponibilidad necesaria.

5.1.8.-Perspectivas.

La competencia entre los médicos con especialidades quirúrgicas se incrementará, debido al crecimiento de la oferta de los mismos. Pero el crecimiento de la demanda de cirugía de corta estancia, los forzarán a crear enfoques innovadores para el cuidado de sus pacientes, que hagan su práctica más atractiva.

La mejora en la cultura general médica con respecto a la cirugía de corta estancia, es decir, un consumidor mejor informado, buscará a cirujanos mejores preparados en la oferta de este tipo de servicios.

De existir centros independientes de cirugía de corta estancia en el futuro en México, más y más gente tenderá a preferir estas instalaciones por los beneficios ya comentados.

Las nuevas alternativas de pago de servicios de salud privados en México, especialmente las de pre-pago, también forzarán el incremento en la utilización de la cirugía de corta estancia.

Los cirujanos tendrán un incentivo para proveer cuidado con calidad al menor precio posible.

Los grandes hospitales, ganarán una influencia substancial en sus consumidores médicos y pacientes, si otorgan los servicios adecuados de cirugía de corta estancia, teniendo con esto modelos económicos mucho más favorables para el otorgamiento de la atención.

5.2.- LA DEMANDA DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD.

5.2.1.- Tamaño de la demanda.

De interés fundamental en este punto es el considerar las tendencias internacionales que movidas por los avances tecnológicos y farmacológicos tienden a aumentar la demanda de médicos y pacientes por la cirugía de corta estancia.

En nuestra población no encontramos tendencias favorables de crecimiento de la demanda, quizá motivadas por la falta de desarrollo de lo que significa tener un programa de cirugía de corta estancia.

Los grupos focales mostraron actitudes globales favorables, comprobadas luego hasta el 82% entre los cirujanos, y el grupo focal de consumidores una aceptación razonable de este tipo de procedimientos.

De esta manera la demanda potencial es muy amplia, la demanda probable la limita solamente las actitudes que los usuarios puedan tener ante la oferta adecuada, pero la demanda real está muy limitada en su mayor parte por no contar con instalaciones adecuadas ni con un concepto desarrollado de esta cirugía.

5.2.2.- Características de la demanda.

De acuerdo a los resultados del estudio, el paciente que tiene preferencia por la cirugía de corta estancia en este tipo de hospitales, mejora su actitud hacia la misma de acuerdo a su mayor nivel de ingresos económicos, asimismo mejora su actitud mientras mayor nivel de estudios alcanzado y tienen mayor preferencia aquellos con mejor posición en el trabajo, encontrando actitudes desfavorables en los empleados federales.

Por lo que corresponde a los cirujanos, los que son más jóvenes y con menos años de egreso de las especialidades tienen mayor inclinación hacia la cirugía de corta estancia.

5.2.3.- Perspectivas.

El interés general del público, y la demanda por servicios de cirugía de corta estancia, crecerá conforme el público y las profesiones de la salud, aumenten su confianza en que no hay riesgo agregado para los pacientes y si importantes beneficios adicionales. Los pacientes aprenderán que es más conveniente, más confortable y más barato, el ser tratados como pacientes ambulatorios, después de las operaciones de rutina.

Los terceros pagadores en el sector privado de la medicina mexicana, estimularán y harán obligatorias muchas de las prácticas de cirugía de corta estancia al comprobar los menores costos. Lo mismo hará el gobierno con sus hospitales.

Las gentes recibirán amplia información acerca de los beneficios de la cirugía de corta estancia, y la cultura general incidirá en la resistencia a aceptarla como una alternativa más adecuada en el cuidado postquirúrgico.

De la misma manera, las gentes harán conciencia de la necesidad de mejorar la infraestructura y las prácticas de higiene de vivienda, para la mejor atención de los enfermos.

6.- RECOMENDACIONES: ESTRATEGIAS DE MERCADO PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA.

6.1.-¿DE DONDE PARTEN ESTAS ESTRATEGIAS?

- a.-AREA DINAMICA DEL MERCADO.
- b.-ESTAR CERCA DEL CONSUMIDOR.
- c.-INNOVACION DEL PRODUCTO O SERVICIO.
- d.-ESTRATEGIAS PARA VENTAJAS COMPETITIVAS.
- e.-COMPETENCIA EN LOS MERCADOS GLOBALES.

a.- Area dinámica de la cirugía de corta estancia.

Dinámica del mercado.- El mercado de la cirugía de corta estancia está empezando a cambiar y actuar rápidamente nos dará la ventaja de la oportunidad, de evitar las debilidades.

Los primeros en aprovechar este viraje hacia el paciente externo serán los beneficiados.

CAMBIO EN LAS FORMAS DE FINANCIAR LA SALUD.

Son tan importantes, que el sector público de la salud no alcanzará a cubrir el creciente mercado de atención médica, y que no solo las preferencias de los consumidores nos están orillando al desarrollo de nuevas alternativas, sino el mismo cambio demográfico.

UN MERCADO INTERNACIONAL.

El Tratado de Libre Comercio y la apertura mundial hacen de México un mercado atractivo para programas médicos, incluidos los de corta estancia que modifican desde luego el estado mercadológico futuro.

BASES DE LA OPORTUNIDAD.

Las estrategias exitosas están basadas en:

- 1.-Estudio y entendimiento de las tendencias de los consumidores, proveedores, de la demografía y la tecnología en el área de cirugía de corta estancia.
- 2.-Establecimiento de modelos y prácticas organizacionales más adaptables y flexibles.
- 3.-Establecimiento de una visión que forme la dirección para las distintas organizaciones interesadas en el área.
- 4.-Estimular la unidad estratégica entre la organización y envolviendo a clientes y proveedores.

b.- Estar cerca del consumidor.

- 1- Hacer de la satisfacción de pacientes y médicos la prioridad número uno.
- 2- Mejorar el conocimiento y las comunicaciones de los clientes.
- 3- Implementar una filosofía orientada al cliente.

FACTORES PARA IMPACTAR LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA.

A.-El movimiento del servicio, desde que se genere la necesidad de la intervención quirúrgica, hasta su realización, que por lo regular va a incluir a una gran cadena de proveedoras, fabricantes, intermediarios, empleados generales, enfermeras, etc. debe funcionar como una unidad integrada y coordinadora enfocada en la satisfacción del cliente.

Todos los miembros del equipo de salud deben entender y responder a las necesidades de los usuarios y a sus deseos.

B.-El resultado y efectividad de la cirugía de corta estancia, tienen influencias importantes en la satisfacción de los pacientes.

La coordinación con comités clínicos de calidad serán base para la calidad de los resultados de los programas.

C.-Debe buscarse la imagen de marca, de programa exitoso, identificados por un símbolo nombre o relacionado.

D.-Los usuarios médicos y terceros pagadores deben comprender que el valor del servicio otorgado va de acuerdo con un precio adecuado.

E.-Es necesario desarrollar programas en la gente que sirva en estos centros este capacitada para atender a los clientes.

F.-Las empresas que se dediquen a estos programas de cirugía de corta estancia deben guiarse en forma muy importante por el análisis de la competencia que surja, para conocer de que manera mejorar el servicio y competir favorablemente.

Las estrategias deben basarse en uno o varios grupos para responder a las diferencias propias de los distintos segmentos del mercado.

No será lo mismo desde luego, los programas de cirugía de corta estancia en Mérida que en México D.F; es por eso que cada organización deberá:

A.-Guiarse por las normas generales.

B.-Identificar necesidades y deseos para decidir cuales satisfacer.

C.-Determinar como va a satisfacerlo.

D.-Reunir los recursos organizacionales y enfocarlos a satisfacer las necesidades y deseos de los pacientes a través de estrategias específicas.

c.- Innovación del servicio de cirugía de corta estancia.

Esto será extremadamente importante y para esto será crítico el tener en los lugares de servicios centros de Información, números LADA 800, estudios de satisfacción, sistemas computarizados etc.

De esta manera, abandonar el obsoleto modelo de internar a todos los pacientes quirúrgicos y hacer todo para satisfacer con un servicio innovador, a los clientes.

Todo lo nuevo en cirugía deberá tener como componente básico, la calidad.

d.- Desarrollo de estrategias para ventajas competitivas.

Los ejecutivos de salud deberán desarrollar la habilidad para decidir donde competir, cuando competir y cómo competir. Estas decisiones requerirán conocer las tendencias del mercado, la competencia y las ventajas competitivas de la organización.

Las estrategias deben conocer y perseguirse y no tener miedo a los cambios estructurales.

Los equipos de trabajo multifuncionales serán básicos.

Las relaciones interorganizacionales de salud serán también fundamentales para el futuro.

e.- Competencia en mercados globales.

México enfrentará competencia internacional en servicios de salud privados en un futuro cercano, esto puede verse como debilidad, temor o peligro, pero quienes lo vean como fortaleza, oportunidad y audacia, tendrán la mente abierta a enfrentar esto con mejores estrategias.

La existencia de estrategias de mercadotecnia debe incorporarse a los programas de cirugía de corta estancia pero individualizarse.

De esta manera cada hospital o empresa deberá primero que nada definir la naturaleza y límites de su negocio y proveer los lineamientos para el manejo de su corporación, esto es establecer su MISIÓN, la cual es propia de cada organización y es la parte inicial de la planeación.

Asimismo hacer un análisis situacional propio, sus ventajas y desventajas, objetivos y metas, etc.

Una vez con esto ver la mejor forma de combinar sus recursos e integrarlos en estrategias para enfrentar el mercado de la cirugía de corta estancia.

Este trabajo trata entonces con las estrategias generales de mercado en hospitales privados de alta complejidad en la Cd. de México y no son guía específica para tal o cual compañía de servicios de salud:

- 1- El producto en sí.
- 2- El precio
- 3- Su distribución
- 4- La promoción

6.2.- ESTRATEGIAS DE PRODUCTO.

Como todo servicio de salud, la cirugía de corta estancia, tiene como características:

- A).- Intangibilidad
- B).- Inseparabilidad
- C).- Variabilidad
- D).- Duración limitada

Cada una de estas le da características propias que deben ser ejecutadas para lograr los intercambios deseados con los mercados objetivo.

A) Intangibilidad.

La intangibilidad debe superarse, y para esto deben tomarse decisiones de producto que muestren con anticipación los beneficios que la cirugía de corta estancia, tiene en los pacientes.

El médico comentara los casos con sus pacientes lo mismo debe hacer el personal paramédico.

Sin embargo la superación de la intangibilidad estará dada principalmente por el diseño de instalaciones propias para cirugía de corta estancia.

Las diseñadas exclusivamente para cirugía de corta estancia con una atmósfera general propia, exterior e interior adecuada y relajante, con facilidades y comodidades para pacientes y familiares.

Acceso directo a fuentes de información y ambiente especial de "trato rápido".

De la misma forma deben enfatizarse los beneficios de la cirugía mas que sus características en cuanto al dolor postoperatorio o la incapacidad del paciente.

Debe darse tangibilidad, remarcando el nombre propio de "cirugía de corta estancia" lo cual creará una conciencia de lo que es y de sus beneficios.

Por último la promoción agresiva de los servicios lo dará la tangibilidad buscada por los consumidores.

B) Inseparabilidad.

El hecho de que el proveedor y el servicio se encuentren juntos en la atención médica, recalca la importancia de enfatizar la relación médico-paciente como fundamental para el éxito de los programas de cirugía de corta estancia. De la misma manera los proveedores adicionales deben otorgar servicios con alta calidad y apego a las preferencias de los consumidores para aumentar la satisfacción de los mismos.

C) Variabilidad

La gran variabilidad que se pueden encontrar en la atención médica debe ser enfrentada por los ofertores de cirugía de corta estancia haciendo un esfuerzo para mantener una calidad consistente y un monitoreo de esa consistencia para controlar dicha variabilidad.

D) Duración limitada.

En este sentido debe aprovecharse al máximo la imposibilidad de almacenar servicios de cirugía de corta estancia, por lo que el eficientar los horarios, el manejar las horas picos y los sistemas de reservación tanto para médicos como pacientes son en una forma medidas útiles para superar lo que puede ser una debilidad.

También en compartir servicios y equipos con hospitales y relacionados así como el uso doble de las instalaciones darán éxito y eficiencia a los programas.

Características del servicio.

La cirugía de corta estancia en México debe empezar a proveerse en instalaciones propias dentro o fuera de un hospital o instalaciones y negocios independientes.

Donde además de aprovechar la reducción de costos, se les da la oportunidad de ofrecer a los pacientes y sus familiares una alternativa al ambiente usualmente complejo y de ansiedad que genera un hospital.

El manejo pre y postoperatorio se conducirá en forma menos estresante y con mayor prontitud.

Enfocados en el producto se seleccionan y diferencian los segmentos de la demanda

deseados y se diseña la infraestructura para llenar las necesidades de pacientes y proveedores de servicios.

El desarrollo de estos centros incluirá fundamentalmente:

- 1 Poca inversión de capital.
- 2 Pocos trámites de admisión y alta.
- 3 Pacientes seleccionados.
- 4 Programa de cirugías eficiente.
- 5 Flexibilidad administrativa.

Como medios estudiados de preferencia de pacientes y cirujanos:

- a) Instalaciones agradables y ambiente relajado.
- b) Estacionamiento accesible.
- c) Prontitud y cordialidad en la atención.
- d) Individualización del servicio.
- e) Instalaciones adicionales: restaurantes o cafeterías, máquinas de autoservicio, tiendas, etc.
- f) Trato de clientes a los cirujanos.
- g) Diversidad en medios de pago.
- h) Comunicaciones múltiples y accesibles.

La base del éxito será la gente que participe en el otorgamiento del servicio.

Debe controlarse toda la gente que participa en el otorgamiento del servicio.

Deben estar bien capacitados y otorgar un servicio uniforme y amistoso, demostrando una total competencia técnica de acuerdo a sus funciones respectivas.

Nuevas ideas, basadas en las preferencias de usuarios y proveedores de los servicios deben desarrollarse para complementar el servicio o producto "cirugía de corta estancia".

En la mezcla de productos deben combinarse o tenerse accesibles servicios complementarios de atención médica más compleja en sus diversas formas.

El producto de corta estancia, y los productos y servicios auxiliares serán todos los demás que no deberán ser descuidados.

El estilo de los programas deberá ser muy propio de cada organización y con características propias que lo identifiquen con su proveedor.

La gente tiene que saber de las características de la cirugía de corta estancia y de sus beneficios. Debe enfatizarse también la calidad que en forma directa estimulará en forma variable en el tiempo, el aumento de la demanda de este tipo de servicio en organizaciones especiales.

La evaluación monitoria y mejora continua de la calidad en la cirugía de corta estancia es indispensable para su éxito.

Los paquetes de "cirugía" deben ser exactamente paquetes.

El consumidor médico o paciente debe entender que no solo viene a operarse, sino que en un paquete se opera y se cuida enteramente de su problema, además es contactado para futuras referencias y tratado con cortesía y eficiencia técnica.

Las llamadas telefónicas postoperatorias, la información escrita sobre el cuidado, la atención a los familiares, a su medio de transporte y el facilitamiento de la accesibilidad

del producto son los elementos de dicho paquete.

La gente querrá ver marcas, marcas de centros donde encontrará cirugía de corta estancia con calidad y buen precio. Identificará la marca X con confianza y salud. Debe buscarse sin descuido una marca adecuada para estos servicios.

Lo que "aumenta" al producto, también será muy importante, ya que la gente lo valora. Las cortesías con los médicos las facilidades y servicios financieros diversos, los anuncios, los consejos, etc. son todos elementos adicionales que los públicos quieren ver.

En México en los hospitales privados de alta complejidad no se ha introducido este producto.

Deberá en tanto pasar por un ciclo normal de vida de productos con introducción, crecimiento, maduración y quizá declinación.

De seguirse patrones mercadotécnicos se puede guiar a una curva de vida normal que se alargue por muchos años:

1.-La fase introductora debe primero que nada, poner disponible la cirugía de corta estancia, pero en su forma de producto ya descrito y que es requerido por las preferencias de los consumidores. Para evitar que la introducción sea lenta, deben superarse los problemas técnicos y promocionar intensamente para contrarrestar el posible rechazo inicial de médicos y pacientes.

En un principio, la introducción será costosa por el costo de construcción y por la promoción la cual debe ser agresiva y no condicionada al costo.

2.-La fase de crecimiento en la cual, conforme se satisfaga el mercado, surgirá la competencia y los que quieran sobrevivir deberán mejorar la calidad de su producto y agregar nuevas características y modelos.

Deberán buscarse nuevos segmentos de mercado para accederlos.

3 La etapa de madurez, en la cual actualmente se encuentra la cirugía de corta estancia en Estados Unidos.

El aumento de la competencia dejará una industria consistente para los competidores mejores ubicados en el contexto del mercado.

La declinación vendrá de no identificarse las debilidades del producto.

Que gran error por ejemplo aquellos que en este año por ejemplo han adquirido equipo costoso para cirugía abierta de vesícula biliar desconociendo su declinación y futura desaparición con el surgimiento de la cirugía laparoscópica.

Como organización sensible, en el siempre cambiante mundo de la medicina los hospitales deberán cambiar rápidamente ante las innovaciones constantes.

El impresionante cambio de la cirugía necesita de liderazgo orientado mercadológico orientado específicamente hacia la cirugía de corta estancia.

En cuanto al producto, localización conveniente, equipo moderno, eficiencia administrativa y excelencia en enfermería y anestesia aunados a una atención estricta del servicio al cliente son al producto ideal actual.

6.3.- ESTRATEGIAS DE PRECIO.

Este t3pico tan discutido en el 1rea de la salud plantea interrogantes interesantes para la cirug1a de corta estancia en cuanto a:

- 1.- Objetivos del precio.
- 2.- Decisiones de precio.
- 3.- Situaciones especiales.
- 4.- Camblos futuros.

1- Objetivos de precio .

En el caso de los hospitales privados de alta complejidad, estos variar1n de acuerdo a si son lucrativos o no lucrativos.

En cuanto a los primeros, la maximizaci3n de la utilidad ser1 lo fundamental, mientras que los no lucrativos la obtenci3n de un sobrante en utilidades ser1 necesaria para el crecimiento y buen funcionamiento de los hospitales.

Sin embargo los lucrativos deber1n contrarrestar esa tendencia actual de los hospitales mexicanos de esta clase, en donde hay una percepci3n de cobros exagerados por el servicio prestado.

Mejor que esto, un cobro justo por el paquete ofrecido a los pacientes es lo indicado.

En el caso de la cirug1a de corta estancia lo que recomiendo es ofrecer cuando menos el ahorro con respecto al internamiento del paciente.

La tarifa base por uso de las instalaciones quir1rgicas que es lo ,mas publicitado debe mantenerse lo mas estable posible y hacer las modificaciones en los cargos de f1rmacos y consumibles los cuales tienen incremento constante y desregulado.

En los no lucrativos pueden estimularse los fondos externos, promocionando las ventajas de este tipo de procedimientos.

2- Decisiones de precio.

Si es basada en costos esta se adaptaría por su sencillez y necesidad de pocos ajustes, los usuarios sienten justo un porcentaje por arriba, y no se arriesgan en la variabilidad de la demanda.

En el basado en la demanda veremos sus condiciones para determinar los precios.

Los precios reflejan el valor percibido por los usuarios. Esta percepci3n puede ser estimulada aument1ndose su valor.

Puede usarse esta estrategia, porque en la fase introductoria que empez1r1amos, la percepci3n de calidad y ventajas de la cirug1a de corta estancia da la oportunidad de poner un precio favorable para la consecuci3n de los objetivos de los hospitales.

La simple discriminaci3n per se de estos procedimientos en relaci3n a la cirug1a en pacientes hospitalizados, da ventajas relativas para la asignaci3n de precios por esta estrategia.

Cuando se orienten los precios a la competencia en su fase de crecimiento los mejores librados ser1n los centros mejores organizados en toda su contexto.

3- Situaciones especiales.

Las situaciones especiales en el cuidado de la salud y especialmente en este

momento en nuestro país están dados fundamentalmente por dos cuestiones.

La primera relacionada con los "terceros pagadores", los cuales han mostrado un crecimiento constante en las primas de gastos médicos mayores y las perspectivas son de un mayor aumento futuro. Esto acarrea en pocas palabras más dinero para la medicina privada mexicana.

La sensibilización de las compañías de seguros y otros terceros pagadores hacia el ahorro de dinero con los procedimientos externos crea condiciones para el establecimiento de precios especiales en donde los mejores intercambios entre hospitales serán llaves de éxito. Políticas de descuentos, reservaciones, pronto pago, entre otras, serán decisiones de precio importantes para las organizaciones que proveen cirugía de corta estancia.

La otra cuestión es la de honorarios médicos ya que tan sensibilizado está el público al precio de los servicios de salud, como al incesante crecimiento de los costos del cuidado médico.

Por eso aquí también la orientación adecuada a los objetivos de cada médico será determinante.

En mi parecer la sensibilidad a los costos, los equipos multidisciplinarios de práctica privada y el cobro justo al servicio proporcionado serán más exitosos.

4- Cambios futuros.

Sensibilidad y adaptabilidad para un crecimiento futuro del mercado, para que el precio no sea factor importante para frenar dicho crecimiento, pero cargos suficientes y capacitación competitiva son las claves para programas exitosos de cirugía de corta estancia.

Asimismo estar alerta para fórmulas importadas nuevas de financiamiento de la salud con esquemas muy distintos de precios pero con estímulo seguro de la corta estancia en forma preferente.

6.4.- ESTRATEGIAS DE DISTRIBUCION.

Estas se limitan en cuestión de servicios de salud, prácticamente a cuestiones de accesibilidad.

Esta puede dividirse en :

1. Accesibilidad física.
2. Accesibilidad de tiempo.
3. Accesibilidad de información y promoción.

1- Accesibilidad física. En este caso los canales físicos deben darse como se menciono, con unidades independientes de cirugía de corta estancia ya sean integradas o no a hospitales.

Estas deben ofrecer todo el cuidado necesario quirúrgico disponible.

La ubicación es muy importante, y los inversionistas deberán buscar accesos viales rápidos, convenientes, seguros y visibles para sus instalaciones.

El diseño es muy importante, estimulándose instalaciones que favorezcan una buena

impresión de los consumidores y modifiquen su actitud y conducta favorablemente. Los nuevos sentimientos positivos; colores relajantes y ambiente relajante. El acceso exclusivo para los médicos es también muy importante.

2- Accesibilidad de tiempo.

Las instalaciones para cirugía de corta estancia deben ser muy eficientes en el uso del tiempo y aprovecharlo en su favor.

Los tiempos de espera para el registro y alta del paciente deben reducirse al mínimo. Reducir los tiempos entre las operaciones y los retrasos de los cirujanos es fundamental.

El horario debe ser lo más amplio posible, de manera que sin excederse en los costos por servicios personales, se ofrezca sobre todo en esta ciudad, opciones disponibles para aprovechar tiempos muertos de pacientes y cirujanos en otros hospitales sin cirugía externa; además que puedan superarse las dificultades de circulación limitada y tráfico excesivo.

3- Accesibilidad de información y promoción.

En este caso recomendamos estimular el intermediarismo tan importante que juega el médico como referente de paciente a los centros de cirugía externa.

Los intermediarios y también el acceso directo deben ser tomados en cuenta para la distribución suficiente, específica y completa de información y medios promocionales que estimulen el mercado de cirugía de corta estancia.

6.5.- ESTRATEGIAS DE PROMOCION.

Estas combinan anuncios, ventas personales, promoción de ventas y publicidad así como programas coordinados para comunicarse con los usuarios y otros involucrados en decisiones de compras o convenio de servicios.

ANUNCIOS.

Es necesario para todas las áreas de la salud que quieran estimular su demanda, desarrollar todos los medios posibles de anuncios en periódicos, revistas, televisión, radio, correo directo, anuncios panorámicos etc. de una manera cuidadosa y responsable.

Sin perder la ética de la salud, dejar fija en la mente, la posibilidad de acceder a nuestros servicios.

Los hospitales deberán hacerlo de manera cautelosa y en forma general. Después enfocarse claramente y en forma abierta hacia las ventanas de la cirugía de corta estancia.

VENTAS PERSONALES.

En este sentido, el intermediarismo del médico será fundamental para no perder de vista que él es sujeto de promoción por parte nuestra, y un médico bien sensibilizado a las ventajas de un programa efectivo de cirugía de corta estancia ejercerá sin problema las ventas personales en forma automática.

Aquí las ventas personales con las terceras pagadores también serán fundamentales.

PROMOCION DE VENTAS.

Todas las actividades de comunicación e incentivos para promover la cirugía de corta estancia serán bien utilizadas si están enfocadas en audiencias específicas.

Los paquetes, descuentos y horarios médicos exclusivos son un buen estímulo.

PUBLICIDAD.

La educación médica común y las relaciones públicas son el elemento fundamental.

Conferencias, congresos y seminarios médicos, paramédicos y no médicos para estimular la corta estancia, promoverán la demanda.

Las asociaciones y consejos como formas de intercambio y publicidad jugarán también un papel importante.

Esto deberá ser planeado y enfocado primaria o secundariamente a la publicidad.

Las estrategias promocionales deberán ser creativas y preferentemente manejadas por profesionales con experiencia en salud o campos relacionados.

Los departamentos de promoción de los laboratorios farmacéuticos pueden aportar muchas experiencias positivas y negativas al mercado de hospitales y específicamente al de cirugía de corta estancia.

6.6.- ESTRATEGIAS COMENTADAS.

1.- Cambio de actitudes.-

Una primera etapa en el profundo cambio inherente para cambiar hacia la cirugía de corta estancia es un cambio de actitudes. Es importante moldear una opinión pública positiva hacia la cirugía de corta estancia.

Se debe lidiar honestamente con los temores de los pacientes y comunicarles que la seguridad y la calidad del cuidado no están relacionados con la duración de la estancia.

Las actitudes de los proveedores del servicio también deben ser alteradas. Las enfermeras por ejemplo, deben enfocarse en los efectos positivos a los pacientes, y transmitir la confianza de los nuevos sistemas de atención. Deben sentirse cómodas con el alta rápida de los pacientes y no percibir que esta práctica implica el abandono de los mismos.

2.- Programas de promoción en los hospitales dirigidos a pacientes y público en general que enfatizan que la cirugía de corta estancia:

- a.- Tiene mínimos cambios en el estilo de vida.
- b.- Provee una atención más individualizada.
- c.- Disminuye la ansiedad.
- d.- Ahorra dinero.
- e.- Disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales.
- f.- Permite un pronto retorno al trabajo.

3.- Educación médica y paramédica. Deben incorporarse los fundamentos de la cirugía de corta estancia como parte integral de los programas educacionales de médicos, enfermeras y proveedores de servicios de salud. Aprender habilidades específicas para este tipo de cirugía.

4.- Deben diseñarse programas efectivos de educación pre-operatoria de los pacientes, informando de todo lo relativo a la cirugía de corta estancia.

5.- Promoverse paquetes de precios atractivos con descuentos con respecto a los procedimientos en los pacientes que se admiten al hospital.

6.- Deben diseñarse programas que optimicen la preparación de las enfermeras que se dedicarán a labores muy distintas con el crecimiento de esta cirugía; especial énfasis debe ponerse en la preparación para el cuidado y vigilancia en casa de los pacientes.

7.- Los programas que inicien la enseñanza del paciente, la planeación del cuidado y la programación del alta desde la casa del paciente antes de su llegada al hospital, ahorrarán tiempo en la admisión de los pacientes, y mejorarán la calidad. Estos programas crearán una imagen positiva para el hospital, mejorando la percepción del público de las profesiones médicas, y aumentarán la satisfacción en el trabajo, mejorando la continuidad del cuidado.

Como ejemplo de esto pueden ser las llamadas telefónicas de preadmisión o postalta, las cuales facilitan el periodo de transición de los pacientes entre la casa-hospital-casa, dando las ventajas de:

- mejorar la percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado recibido.
- promover una imagen pública positiva de la organización.
- expandir las posibilidades de desarrollo del personal paramédico.
- identificar los problemas en forma más temprana.
- mejorar el cuidado directo de los pacientes.
- otorgar un mecanismo de evaluación final del cuidado recibido.

8.- Pueden crearse alternativas razonables para la corta estancia, que no son necesariamente del mismo día, y diseñarse también nuevas instalaciones menos costosas que un hospital, capaces de atender a un paciente cuyo límite de estancia puede ser poco mayor a 24 horas o menor de 72 hs, sin necesidad de una hospitalización compleja.

Esto unido a programas de cobertura simultánea por hoteles cercanos o nuevos tipos de instalaciones de acuerdo a los resultados de los estudios de mercado futuros.

9.- Es necesario identificar las líneas de producto claramente, la competencia y las fortalezas y debilidades. La industria de la cirugía de corta estancia deberá tomar más en cuenta a la mercadotecnia y mejorar la imagen de los hospitales que empiecen a tener cirugía de corta estancia.

10.- La cirugía de corta estancia hará más accesible el cuidado quirúrgico que se

pueda otorgar a las poblaciones que no tienen acceso a la atención médica, siempre y cuando se sigan los patrones de eficiencia para la reducción de costos.

11.- Es necesario que la búsqueda de la calidad, no solo en la cirugía de corta estancia sino en todo el cuidado de la salud, deje de depender solamente de las percepciones que el proveedor del servicio tiene, que son por lo general solo técnicas, y se ubiquen en las percepciones del cliente o usuario, quien involucra aspectos cognoscitivos, afectivos y otros, dando un panorama más amplio para plantear los estándares de calidad.

Para esto, la aplicación de encuestas de actitudes es algo fundamental en el conocimiento no solo de las características de la demanda en este caso de cirugía de corta estancia, sino para delinear programas con calidad en este tipo de cirugía.

12.- Deben iniciarse métodos para recopilar datos acerca de la satisfacción de los pacientes, que incluyan entrevistas con los mismos, encuestas aplicadas en la unidad quirúrgica, seguimiento telefónico y cuestionarios enviados a los pacientes o entregados en su alta, para ser recopilados después.

13.- Segmentar correctamente el mercado de cirugía de corta estancia para efficientar los recursos escasos, es una prioridad, los hospitales deberán practicar buena mercadotecnia para servir a pequeños segmentos, más que diseminarse y adelgazarse. Una buena segmentación también resulta en una buena diferenciación del servicio. El proveer servicios selectos a segmentos selectos del mercado es lo que diferencia a una organización.

14.- Deben seguirse desarrollando estrategias creativas de planeación en cirugía de corta estancia y en toda la administración hospitalaria; considerar los segmentos de pacientes, los segmentos de médicos y los competidores. Reconociendo las ventajas y desventajas únicas de cada etapa, los hospitales se beneficiarán de las experiencias de los demás en la industria del cuidado de la salud.

Estrategias adicionales.

- 1.- Más educación.
- 2.- Más seguros de gastos médicos.
- 3.- Menos justificación de honorarios.
- 4.- Más áreas independientes b o c.
- 5.- Clientes: médicos y pacientes.

6.7.-CONSIDERACIONES FINALES.

En términos de lo planteado en el inicio de la tesis, el desarrollo de una planeación estratégica para hospitales privados de alta complejidad en cuanto a cirugía de corta estancia recomendando debe considerar::

- 1.- La misión es crear unidades de cirugía de corta estancia independientes, sea

dentro o fuera de las instalaciones normales del hospital, enfocadas en las necesidades y deseos de médicos, pacientes y proveedores en general del servicio.

2.- Para esto ofrecer servicios de alta calidad, en un ambiente relajante, que no tenga las inconveniencias que pasan los pacientes internados, con servicios complementarios y enfoque de servicio pleno al cliente.

3.- Una gran serie de pacientes, médicos e intermediarios, están actualmente interesados en la cirugía de corta estancia y la tendencia será creciente, por lo que los interesados en competir, deberán desarrollar completamente el concepto de negocio para programas de cirugía de corta estancia de cualquier tipo.

En los hospitales estudiados, el concepto de negocio para su programa de cirugía de corta estancia no está implícito; no han articulado o escrito un concepto formal de negocio específico. Un primer paso en el proceso de planeación, es presentar este concepto; para lograrlo deben delinearse las características claves y los tipos de programas que lo distinguirán de sus competidores corrientes para permitirle a los responsables reunir suficiente información para lograr los objetivos financieros de retorno de la inversión.

Y conforme se intensifique la competencia en cirugía de corta estancia, los proveedores deben intentar cambiar las bases de dicha competencia, diferenciando sus programas de los competidores. Los proveedores pueden recoger información acerca de las preferencias de los cirujanos y pacientes a través de la investigación de mercados con técnicas tales como grupos focales y entrevistas por correo y telefónicas. Esta información puede ser usada para modificar el concepto de negocio para un programa de cirugía de corta estancia.

4.- Aunque los pacientes siguen enfocados en las preferencias y deseos de los cirujanos para elegir la forma de operarse, poco a poco van descubriendo que el lugar, el precio y la gente que participa influye en su decisión.

5.- Toda la mezcla mercadológica, gente, precio, producto, promoción y lugar tiene una influencia importantísima en los servicios de salud, y debe ser investigada y los resultados deben ser aplicados para aumentar la demanda de servicios.

6.- La medición de los objetivos de satisfacción de los usuarios debe ser rutinaria para entender mejor a nuestros públicos y mejorar sus percepciones para atraerlos a nuestros mercados.

7.- Las organizaciones de salud sensibles a los cambios externos, y adaptables a los mismos tendrán mayores probabilidades de éxito en un ambiente competitivo futuro mucho más intenso.

8.- La cirugía de corta estancia representa uno de estos cambios importantes en la medicina moderna; reconocerlo, adaptarse y cambiar es un requisito competitivo en las tendencias actuales de la medicina privada mexicana.

9.- Son necesarias nuevas inversiones de capital tanto en lo ya existente, como hospitales nuevos para satisfacer la demanda creciente.

10.- La integración horizontal con otras organizaciones del cuidado de la salud será fundamental para el éxito de programas como los de cirugía de corta estancia. El compartir recursos de todos tipos eficientará la economía de dichas instituciones.

11.- Los sistemas de información gerencial hospitalario deben incorporar elementos de conocimiento del mercado y considerar al área mercadológica como fundamental en las organizaciones de salud, que de no limitarse a la promoción de servicios, llevados por un mejor conocimiento de las necesidades y deseos de toda la gente que esta en contacto con la oferta de sus servicios, les dará posiciones competitivas ante la turbulencia del cambio en las tendencias del cuidado de la salud en nuestro país.

12.-La satisfacción de los consumidores es el enfoque de la mercadotecnia estratégica. La adaptación del concepto mercadológico provee de una base lógica para lograr dicho objetivo.

7.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-Davis, James.; Detmer, Don E.: " The ambulatory surgical unit ". Ann.Surg. June 1972 vol.175.No.6.
- 2.-S.O.S.S.U.S.: " The Study on Surgical Services for the United States ". Surg. Clin. of North America. Vol.62 No.4 Aug 1982.
- 3.-Gertman, Paul M.: " Surgery in an era of constrained resources " . Surg. Clin. of North America. Vol 62 No.4 Aug.1982.
- 4.-Davis, James E.: " The major ambulatory surgical center and How it is developed " . Surg.Clin.of North America. Vol 67. No.4 Aug 1987.
- 5.-Burns, Linda A.: " Business Planning for ambulatory surgical services ". Surg. Clin.of North America.Vol 67. No.4. Aug 1987.
- 6.-Secretaría de Salud.: " Informe Nacional de Intervenciones Quirúrgicas Enero-Junio 1990 ". Secretaría de Salud. México. Nov 1990.
- 7.-Asociación Mexicana de Hospitales.: " Clasificación de hospitales privados mexicanos ". Por publicarse A.M.H. México 1991.
- 8.-Kotler, Philip., Clarke, Roberta.: " Marketing for health care organizations ". Prentice Hall.1987 U.S.A.
- 9.-Frenk, Julio.: " El entorno hospitalario. La transición en la prestación de los servicios de salud " . Ponencia presentada en el VI Congreso Nacional de Hospitales. I.N.C. México. Ago. 1991.
- 10.-Vayde,Eugene.,Mindell,William. " ¿Qué significan las variaciones en la frecuencia quirúrgica ? " Clin.Quir.de Norteamérica. Vol.4/1982. Ed.Interamericana. Mexico.
- 11.-Bartlett, Marshall MD; et al.: " The role of surgery on ambulatory patients in one teaching hospital " Arch.Surg. Vol.114, March 1979 p.319-320.
- 12.- F.A.S.A. " Statistics reveal top 10 procedures " Same Day Surgery 5:47. 1981.
- 13.-Royal College of Surgeons of England " Day Case Surgery " Letter. The Lancet. Jan 11,1986 (8472).

14.-Davis, James M.D.: preface of " Major Ambulatory Surgery" Surg.Clin. of Northam.Aug.1987 p.671-692.

15.-Kambouris, Angeles M.D.: " Ambulatory Surgery. It's impact on general surgical practice " The american surgeon. Vol.152. July 1986 p.347-350.

16.-De Mucha,R.A.; Gómez Garza,R.: " Cirugía ambulatoria " Salud Pública de México, 28:271-277.

17.-Bogetz,M.S.: " Anesthesia for pediatric outpatient surgery ". Pediatrician 1989; 16 (1-2)p.45-55.

18.-Pruzansky, ME.; Remer,S; Freedman,B.: " The effect of arthroscopic surgery of the knee on hospital utilization ". Health Ser.Res. 1989;Dec.24 (5);p.685-692.

19.- Wall Street Journal. Sep.11 1979. p.34.

20.-Llewellyn, Jane.: " Short Stay Surgery ". AORN JOURNAL. MAY 1991; Vol. 53 No. 5.p.1179.

21.- Vaughan, Robert et. al. : " Ambulatory Surgery and the hospital ". Health Care Management Review. 1991; 16(3) p. 15.

22.- Haworth, E.A.; Balarajan, R.: " Day surgery: does it add to or replace inpatient surgery ? . British Medical Journal. Vol. 294. 10 Jan 1987. p.133.

23.- Steiner, George. " Planeación Estratégica ". Ed. CECSA , México 1983.

24.- Buller, P.; Timpson, L.: " The strategic management of hospitals: toward an integrative approach. " Health Care Management Review. Spring 1986. Aspen Publications. p.7.

25.- Icenhour, Mary. " Quality Interpersonal Care " AORN Journal. June 1988. Vol.47. No.6 p. 1414.

26.- Ballinger, W. et. al. : " Total quality management and continuous quality improvement: An introduction for surgeons ". Surgery.March 1993. p.250.

27.- Roth, R.; Gruendemann, B. : " Use of AORN Recommended Practices ". AORN Journal. May 1986, Vol. 43, No.5 p.991

28.- Editorial: " Ambulatory Surgery Conference. Highlights Gains, Problems Facing Industry. AORN Journal. Aug. 1988. Vol. 48. No.2

29.- Elbeck, M. : " An approach to client satisfaction measurements as an attribute of

health service quality ". Health Care Management Review, 1987, 12 (3) , p.47. Aspen Publishers. Inc.

30.- Cashman, S. et. al. : " Physician satisfaction in a major chain of investor-owned walk in centers ". Health Care Management Review. 1990, 15 (3), p.47. Aspen Publishers, Inc.

31.- Saltzstein, E. et. al.: " Ambulatory Surgical Unit ". Arch.Surg. vol. 108, Feb. 1974. p. 143.

32.- Editorial. : " Ambulatory surgery - The next decade ". AORN Journal, January 1990, Vol. 51 No. 1 p. 241.

33.- Knutzen, B. : " Ambulatory surgery - Marketing its services " . AORN Journal, November 1989, Vol. 50. No.5 p. 1077.

34.- Newhouse, R.; Potter, M. : " Cost Analysis " . AORN Journal. November 1990. Vol. 52, no. 5. p. 1020.

35.- Detmer, D.; Buchanan, D. : " Cirugía en pacientes ambulatorios ". Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 4. 1982. p. 691.

36.- Cloud, D.; Reed, W.; Ford, J. Linkner, L.; Trump, D.; Dorman, G.: " The Surgicenter: A Fresh Concept in Outpatient Pediatric Surgery ". Journal of Pediatric Surgery. Vol. 7, No. 2 April, 1972.

37.- Sounding Board: " Ambulatory surgery " . New England Journal of Medicine. Dec. 3, 1981. 305 (23). p. 1406.

38.- Laffaye, H. : " The impact of an ambulatory surgical service in a Community Hospital " Arch. Surg. Vol. 124, May. 1989. p.601.

39.- Stanwick, R. et. al. : " Day care versus inpatient pediatric surgery: a comparison of costs incurred by parents " . Canadian Medical A. Journal. Vol. 137. July 1, 1987. p.21.

40.- Mc.Devitt, P. : " Learning by doing: strategic marketing management in hospitals ". Health Care Management Review, 1987, 12 (1), p.23. Aspen Publications.

41.- Harrell, G.; Fors, M. : " Planning evolution in hospital management " . Health Care Management Review, 1987, 12 (1), p. 9. Aspen Publications.

42.- Clarke, R. ; Shyavitz, L. : " Health Care marketing: lots of talk, any action ? . Health Care Management Review, 1987, 12 (1), p.31. Aspen Publications.

43.- Roos, N. : " What is the potential for moving adult surgery to the ambulatory

setting? . Can.Med.A.Journal. Vol. 138, May 1, 1988. p.809.

44.- Evans, R. et. al. : " Surgical day care: measurements of the economic payoff ". Can. Med. A. Journal. Nov. 8, 1980, Vol.123. p.873.

45.- Gabbay, J.; Francis, L.: "How much day surgery ? Delphic predictions. British Medical Journal. Vol. 297. 12 Nov. 1988. p. 1249.

46.- Cravens, D.: "Strategic Management " 3er ed. Irwin Busto Ma. 1991.

47.- Urban, G; Star, S.: "Advanced Marketing Strategy: Phenomena, Analysis and Decisions". Prentice Hall. Englewood, N.Y. 1991.

48.- Arias Galicia, F. : " Introducción a la técnica de investigación en ciencias de la administración y del comportamiento". Ed. Trillas. 3 ed. Mex.1982.

49.- Daniel, Wayne.: " Bioestadística". Ed. Limusa-Noriega. 3 ed. Mex. 1989.

50.- Méndez, I.; et al.: " EL protocolo de investigación ". Ed. Trillas. Mex. 1988.

51.- Naciones Unidas.: " Manual de proyectos de desarrollo económico " . O.N.U. Mex. 1958.

52.- Pardinas, Felipe.: " Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales ". Siglo XXI Editores. 22 ed. Mex. 1980.

53.- Aaker, David; Day, George.: " Marketing Research ". John Wiley & Sons. U.S.A. 1986.

54.- Hernández Michel.: " Lecciones sobre metodología en ciencias sociales ". U.N.A.M. Mex.1985.

55.- Fischer, Laura; Navarro, Alma.: " Introducción a la investigación de mercados ". Mc.Graw Hill 2-ed. Mex.1987.

56.- Green, Paul; Tull, Donald.: " Investigaciones de mercadeo " . Prentice Hall Internacional. Madrid 1981.

57.- Nelson, James.: " The practice of Marketing Research ". Kent Publishing Company. U.S.A. 1982.

58.- Ruddick, Morris; Sherwood, Philip; Stew, Robert.: " The marketing research handbook ". Prentice Hall U.S.A. 1983.

59.- Naghi, Mohamed; " Metodología de la investigación en Administración, Contabilidad y Economía ". LIMUSA. MEXICO. 1984.

60.- Campbell, Donald; Stanley, Julian. " Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research ". Rand Mc.Nally College Publishing Company. Chicago 1974.

61.- Kinnear, T.; Taylor, J.:" Investigación de mercados ". Mc. Graw-Hill. Mexico 1991.

ANEXO 1

ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

CEDULA DE CAPTACION DE INFORMACION A DIRECTIVOS DE INSTITUCIONES

DATOS GENERALES

1.- NOMBRE DE LA INSTITUCION:

2.- DIRECCION Y TELEFONO:

3.- ¿ SE REALIZA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN EL HOSPITAL?

SI NO

4.- ¿ DESDE QUE FECHA ?

AÑO _____

5.- ¿ A QUE TIPO DE UNIDAD DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA
CORRESPONDE ?

- a.- INTEGRADA AL HOSPITAL CON INSTALACIONES PROPIAS _____
- b.- INTEGRADA AL HOSPITAL CON INSTALACIONES COMUNES _____
- c.- AUTONOMA DEL HOSPITAL _____
- d.- UNIDAD SATELITE _____
- e.- TOTALMENTE INDEPENDIENTE _____

DESENVOLVIMIENTO HISTORICO.

6.- OBTENER LOS SIGUIENTES DATOS ESTADISTICOS(ANEXARLOS):

- a.- NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN LOS 5
AÑOS RECIENTES.
- b.- DIVIDIDAS ENTRE PACIENTES INTERNOS Y EXTERNOS.
- c.- NUMERO TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR
ESPECIALIDAD EN LOS 5 AÑOS RECIENTES.
- d.- DIVIDIDAS POR ESPECIALIDAD EN PACIENTES INTERNOS Y
EXTERNOS.

e.- CIRUGIAS EXTERNAS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

ESTRUCTURA.

7.- ¿ CON CUALES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS Y RECURSOS DE APOYO CUENTA EL HOSPITAL PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA?

- a.- LABORATORIO _____
- b.- IMAGENOLOGIA _____
- c.- ELECTROCARDIOGRAFIA _____
- d.- CENTRAL DE EQUIPOS _____
- e.- ALMACEN DE CARGABLES _____
- f.- PREOPERATORIO _____
- g.- RECUPERACION _____
- h.- LASER _____
- i.- MICROCIROGIA _____
- j.- LAPAROSCOPIA _____
- k.- INGENIERIA BIOMEDICA _____

8.- ¿ CON CUALES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS ADICIONALES CUENTA EL HOSPITAL ?

- a.- ESTACIONAMIENTO PROPIO _____
- b.- SERVICIOS DE TRANSPORTACION _____
- c.- VISITAS A DOMICILIO _____
- d.- PROGRAMA DE ORIENTACION A PACIENTES _____
- e.- ACOMODO NOCTURNO A PACIENTES _____
- f.- RESTAURANTE _____
- g.- T.V. _____
- h.- CUBICULOS INDIVIDUALES DE RECUPERA. _____
- i.- VESTIDORES _____

CRITERIOS QUIRURGICOS

9.- ¿ EXISTE ALGUNA LISTA DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PERMITIDOS PARA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ?

SI NO

10.- ¿ HAY RESTRICCIONES PARA EL CIRUJANO EN CUANTO AL TIPO DE CIRUGIA A EFECTUAR EN CORTA ESTANCIA ?

SI NO

11.- ¿ SON OBLIGATORIOS PARA EL HOSPITAL ALGUNO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS ?

- a).- PERSONAS ACOMPAÑANDO AL PACIENTE _____
- b).- CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL PACIENTE _____
- c).- VALORACION PREANESTESICA _____

- d).- DEPOSITO FINANCIERO PREVIO _____
e).- DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO _____

ANESTESIA

12.- ¿ EXISTE ALGUNA LISTA DE ANESTESIOLOGOS DEL HOSPITAL ?

SI NO

13.- ¿ ESTAN LOS ANESTESIOLOGOS REGULADOS Y SELECCIONADOS POR UN COMITE DE CREDENCIALES ?

SI NO

14.- ¿ EXIGE ESTE COMITE EL CONSEJO DE ESPECIALIDAD PARA LA ACEPTACION DE ANESTESIOLOGOS ?

SI NO

15.- ¿ CUALES DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS SON OBLIGATORIOS PARA EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL ?

- a.- NOTA PREOPERATORIA ANESTESICA _____
b.- NOTA POSTOPERATORIA ANESTESICA _____
c.- MONITOREO CARDIACO TRANSOPERATORIO _____

16.- ¿ CUALES SON LOS PORCENTAJES DE COMPOSICION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ADSCRITO A CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA?

AUXILIARES DE ENFERMERIA _____ %
ENFERMERAS GENERALES _____ %
ESPECIALISTAS QUIRURGICAS _____ %

CIRUGIA

17.- ¿ EXISTE ALGUNA LISTA DE CIRUJANOS DEL HOSPITAL ?

SI NO

18.- ¿ SON LOS CIRUJANOS REGULADOS Y SELECCIONADOS POR UN COMITE DE CREDENCIALES ?

SI NO

19.- ¿ EXIGE ESE COMITE EL CONSEJO DE ESPECIALIDAD RESPECTIVO ?

SI NO

20.- ¿ CUAL ES EL HORARIO Y QUE DIAS DE LA SEMANA ESTAN DISPONIBLES PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ?

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LABORATORIO Y PATOLOGIA

21.- ¿ ES OBLIGATORIA LA PRESENTACION DE EXAMENES DE LABORATORIO PRE-OPERATORIOS ?

SI NO

22.- ¿ ES ENVIADA TODA MUESTRA DE TEJIDOS OBTENIDA AL LABORATORIO DE PATOLOGIA ?

SI NO

23.- ¿ EXISTE ALGUNA LISTA DE TEJIDOS EXCLUIDOS DE EXAMEN PATOLOGICO ?

SI NO

PROGRAMACION

24.- ¿ EXISTE UNA LINEA TELEFONICA EXCLUSIVA PARA LA PROGRAMACION DE PACIENTES ?

SI NO INTERNA DIRECTA

25.- ¿ CUAL ES EL NIVEL DE QUIEN EJECUTA LA PROGRAMACION DE CIRUGIAS ?

- a.- AUXILIAR DE ENFERMERIA _____
- b.- ENFERMERA GENERAL _____
- c.- JEFA DE SERVICIO _____
- d.- MEDICO _____
- e.- ADMINISTRATIVO _____
- f.- OTRO _____

26.- ¿ EXISTE ASISTENCIA EN CASO DE PROBLEMAS CON LA PROGRAMACION POR PARTE DE JEFA DE SERVICIO O MEDICO ?

SI NO

27.- ¿ QUE DATOS DE LOS SIGUIENTES SE OBTIENEN EN LA PROGRAMACION DE CIRUGIAS ?

- a.- NOMBRE DEL PACIENTE _____
- b.- EDAD _____
- c.- NUMERO TELEFONICO _____
- d.- MEDICO _____
- e.- PROCEDIMIENTO QUIRURGICO _____
- f.- ESTIMACION DE LA DURACION _____
- g.- EQUIPO ESPECIAL _____
- h.- DATOS DEL PROGRAMADOR _____
- i.- FECHA DE LA PROGRAMACION _____

PROMOCION

28.- ¿CUALES DE LAS SIGUIENTES HERRAMIENTAS PROMOCIONALES HA UTILIZADO EL HOSPITAL EN GENERAL EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

- a.- FOLLETOS _____
 - ANUNCIOS EN: _____
 - b.- PERIODICOS _____
 - c.- RADIO _____
 - d.- REVISTAS _____
 - e.- POSTERS _____
 - f.- PANORAMICOS _____

 - g.- CORREO DIRECTO _____
 - h.- PRESENTACIONES VERBALES _____
 - i.- PRECIOS ESPECIALES _____
 - j.- STANDS EN CONGRESOS O EVENTOS _____
 - k.- CATALOGO DE SERVICIOS _____
 - l.- OTROS _____
- _____
- _____
- _____

29.- ¿CUALES DE LAS SIGUIENTES HERRAMIENTAS PROMOCIONALES HA UTILIZADO EL HOSPITAL EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS REFERENCIALMENTE A LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ?

- a.- FOLLETOS _____
 - ANUNCIOS EN: _____
 - b.- PERIODICOS _____
 - c.- RADIO _____
 - d.- REVISTAS _____
 - e.- POSTERS _____
 - f.- PANORAMICOS _____

 - g.- CORREO DIRECTO _____
 - h.- PRESENTACIONES VERBALES _____
 - i.- PRECIOS ESPECIALES _____
 - j.- STANDS EN CONGRESOS O EVENTOS _____
 - k.- CATALOGO DE SERVICIOS _____
 - l.- OTROS _____
- _____
- _____
- _____

30.- ¿CUAL ES PARA USTED EL ORDEN DE IMPORTANCIA (1 AL 4)

SEGUN LA PRIORIDAD PARA EL USO DE HERRAMIENTAS PROMOCIONALES EN HOSPITALES ?

- a.- ANUNCIOS _____
- b.- PROMOCION DE VENTAS _____
- c.- VENTAS PERSONALES _____
- d.- PUBLICIDAD _____

31.- ¿ CUAL ES EL ORDEN ESPECIFICAMENTE PARA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ?

- a.- ANUNCIOS _____
- b.- PROMOCION DE VENTAS _____
- c.- VENTAS PERSONALES _____
- d.- PUBLICIDAD _____

32.- ¿ CUAL ES SU ESTRATEGIA GENERAL DE PRECIOS EN EL HOSPITAL?

- a.- ORIENTADA A COSTOS _____
- b.- ORIENTADA A LA DEMANDA _____
- c.- ORIENTADA A LA COMPETENCIA _____

33.- ¿ CUAL ES SU ESTRATEGIA DE PRECIOS EN RELACION A CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ?

- a.- ORIENTADA A COSTOS _____
- b.- ORIENTADA A LA DEMANDA _____
- c.- ORIENTADA A LA COMPETENCIA _____

ANEXO 2

CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA

CUESTIONARIO A PACIENTES

INSTRUCCIONES: GRACIAS POR SU COOPERACION, PUEDE ESTAR SEGURO DE QUE SUS RESPUESTAS PERMANECERAN CONFIDENCIALES. SOLO ESTAMOS INTERESADOS EN LAS TENDENCIAS TOTALES DEL GRUPO ELEGIDO.

NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTA FORMA.

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, FAVOR DE CONTESTAR POR EL. POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA COLOCANDO UNA X EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

1.- ¿ A CUAL DE LAS SIGUIENTES CATEGORIAS DE EDAD PERTENECE?

- a.- MENOR DE 12 AÑOS _____
- b.- ENTRE 13 Y 25 AÑOS _____
- c.- ENTRE 26 Y 45 AÑOS _____
- d.- ENTRE 46 Y 65 AÑOS _____
- e.- MAYOR DE 65 AÑOS _____

2.- ¿ CUAL ES SU SEXO ?

- a.- MASCULINO _____
- b.- FEMENINO _____

3.- ¿ USTED PROVIENE DE ?

- a.- D.F. O AREA METROPOLITANA _____
- b.- PROVINCIA _____

4.- ¿ CUAL ES EL TIEMPO APROXIMADO QUE TARDARIA USTED EN TRASLADARSE EN AUTOMOVIL, SIN CONGESTIONAMIENTOS VIALES, DESDE SU CASA A NUESTRO HOSPITAL ?

- a.- MENOS DE 20 MINUTOS _____
- b.- DE 20 MINUTOS A 1 HORA _____
- c.- MAS DE 1 HORA _____

LAS ULTIMAS TRES PREGUNTAS DEBEN CONTESTARSE DESDE LA PERSPECTIVA DEL JEFE DE FAMILIA EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR DE 18 AÑOS.

5.- ¿ SU OCUPACION ES ?

- a.- PROFESIONITA INDEPENDIENTE _____
- b.- ALTA GERENCIA O DUEÑO _____

- c.- GERENCIA MEDIA _____
- d.- VENTAS _____
- e.- OFICINISTA _____
- f.- JUBILADO _____
- g.- EMPLEADO FEDERAL _____
- h.- DESEMPLEADO _____
- i.- ESTUDIANTE _____
- j.- AMA DE CASA _____
- k.- OTRO _____

6.- ¿ CUAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MAS ALTO QUE USTED ALCANZO?

- a.- PRIMARIA O MENOS _____
- b.- SECUNDARIA _____
- c.- PREPARATORIA O BACHILLERATO _____
- d.- LICENCIATURA INCOMPLETA _____
- e.- LICENCIATURA COMPLETA _____
- f.- POSGRADO _____

7.- ¿ CUAL DE LAS SIGUIENTES CATEGORIAS SE APROXIMA MAS A SUS INGRESOS FAMILIARES MENSUALES ?

- a.- MENOS DE 1 MILLON DE PESOS _____
- b.- DE 1 A 3 MILLONES DE PESOS _____
- c.- DE 3 A 5 MILLONES DE PESOS _____
- d.- DE 5 A 8 MILLONES DE PESOS _____
- e.- MAS DE 8 MILLONES DE PESOS _____

MUCHAS GRACIAS POR SUS RESPUESTAS QUE HACEN POSIBLE ESTE ESTUDIO, CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL QUE DESEE HACER SERA APRECIADO. PORFAVOR SIENTASE LIBRE DE USAR EL ESPACIO SIGUIENTE PARA ANOTARLO:

ANEXO 3

ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

ENCUESTA DE ACTITUDES A CIRUJANOS

INSTRUCCIONES.-

GRACIAS POR SU COOPERACION. PUEDE ESTAR SEGURO QUE SUS RESPUESTAS PERMANECERAN CONFIDENCIALES. SOLO ESTAMOS INTERESADOS EN LAS TENDENCIAS TOTALES DEL GRUPO ELEGIDO.

NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTA FORMA.

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA COLOCANDO UNA X EN EL ESPACIO APROPIADO CUANDO ASI SE REQUIERA.

1.- HOSPITAL _____

2.- ESPECIALIDAD _____

3.- ¿ A CUAL DE LAS SIGUIENTES CATEGORIAS DE EDAD PERTENECE?

- a.- MENOR DE 30 AÑOS _____
- b.- DE 30 A 40 AÑOS _____
- c.- DE 41 A 50 AÑOS _____
- d.- DE 51 A 60 AÑOS _____
- e.- MAYOR DE 60 AÑOS _____

4.- ¿ HACE CUANTO TIEMPO QUE TERMINO SU RESIDENCIA DE ESPECIALIDAD ?

- a.- MENOS DE 5 AÑOS _____
- b.- ENTRE 5 Y 10 AÑOS _____
- c.- ENTRE 11 Y 20 AÑOS _____
- d.- MAS DE 20 AÑOS _____

5.- ¿ EN DONDE REALIZO SUS ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD ?

- a.- I.M.S.S. _____
- b.- I.S.S.S.T.E. _____
- c.- D.D.F. _____
- d.- SECRETARIA DE SALUD _____
- e.- D.I.F. _____
- f.- PRIVADO _____

- g.- EXTRANJERO _____
h.- OTRO _____

6.- ¿ QUE PORCENTAJE CALCULA USTED DE SUS CIRUGIAS QUE SE REALIZAN EN CORTA ESTANCIA ?

- a.- MENOS DEL 10 % _____
b.- ENTRE 10 Y 20 % _____
c.- ENTRE EL 21 Y EL 30 % _____
d.- ENTRE EL 31 Y EL 50 % _____
e.- MAS DEL 50% _____

7.- CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS EN RELACION A LA IMPORTANCIA QUE CADA UNO TIENE PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA:

UTILIZE LA SIGUIENTE ESCALA:

- a.- MUY IMPORTANTE
b.- IMPORTANTE
c.- POCO IMPORTANTE
d.- NO IMPORTANTE

- LA EDAD DEL PACIENTE _____
- LAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE _____
- EL RIESGO ANESTESICO _____
- LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA LA OPERACION Y SU
POSIBLE EGRESO EL MISMO DIA _____
- LA SITUACION SOCIAL Y FAMILIAR DEL PACIENTE _____
- HABILIDAD Y ENTRENAMIENTO DE LAS ENFERMERAS _____
- ADMISION Y ALTA RAPIDAS _____
- COSTO PARA EL PACIENTE _____
- REDUCCION DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS _____
- VENTAJAS PSICOLOGICAS PARA EL PACIENTE _____
- RELACION MEDICO- PACIENTE _____

8.- ¿ CUANTAS OPERACIONES EN TOTAL ENTRE INTERNOS Y EXTERNOS PRACTICO USTED EL AÑO PASADO ?

- a.- MENOS DE 20
b.- ENTRE 20 Y 50
c.- ENTRE 51 Y 100
d.- MAS DE 100

9.- ¿ CUAL ES SU OPINION SOBRE EL FUTURO DE LA CIRUGIA DE CORTA

ESTANCIA EN LOS HOSPITALES PRIVADOS MEXICANOS ?

MUCHAS GRACIAS

ANEXO 4

ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

GUIA PARA LA CONDUCCION DEL GRUPO FOCAL DE EXPERTOS MEDICOS Y ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

METODOLOGIA.-

- 1.- PLANEACION DE LA AGENDA.
- 2.- RECLUTAMIENTO.
- 3.- MODERACION:
 - ESTABLECER RAPPORT
 - FLEXIBILIDAD
- 4.- CONTROL DEL GRUPO.
- 5.- ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

PREGUNTAS OBJETIVO

- 1.- ¿ CUAL ES SU OPINION ACERCA DEL ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN EL PAIS ?
- 2.- ¿ COMO HA VENIDO EVOLUCIONANDO EN LOS ULTIMOS AÑOS ESPECIALMENTE EN EL MEDIO PRIVADO ?
- 3.- ¿ COMO SE HA MODIFICADO SU ACEPTACION POR MEDICOS Y PACIENTES ?
- 4.- ¿ QUE FACTORES HAN MOTIVADO EL DESARROLLO DE LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ? TECNOLOGICOS Y ORGANIZACIONALES.
- 5.- ¿ CUALES SON LAS DESVENTAJAS DE LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN EL PAIS ?
- 6.- ¿ QUE ESPECIALIDADES SON LAS DE MAS FUTURO EN LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN EL PAIS ?
- 7.- ¿ QUE FACTORES MOTIVAN A UN PACIENTE A TOMAR LA DECISION DE OPERARSE E IRSE A SU CASA EL MISMO DIA ?
- 8.- ¿ QUE CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES EN GENERAL TIENE EL PACIENTE QUE ACEPTA OPERARSE EN CORTA ESTANCIA ?
- 9.- ¿ EN QUE PORCENTAJE INFLUYE EL MEDICO Y EN CUAL EL PACIENTE EN LA DECISION SOBRE ESTE TIPO DE OPERACIONES ?
- 10.- ¿ QUE INSTALACIONES MINIMAS DEBE TENER UN HOSPITAL PARA QUE SE REALICE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ?
- 11.- ¿ CUAL ES SU OPINION DE LOS " SURGICENTERS " EN U.S.A., Y CUAL SERIA SU VIABILIDAD EN NUESTRO PAIS ?
- 12.- ¿ EN QUE MEDIDA CRECERA EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS EL VOLUMEN DE ESTE TIPO DE OPERACIONES ?
- 13.- ¿ EN QUE MEDIDA HA INFLUIDO EL MODELO EXTRANJERO EN LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA ?
- 14.- ¿ ESTAMOS VOLVIENDO EN CIERTA MANERA A UNA SOCIEDAD SIN CAMAS DE HOSPITAL ?

ANEXO 5

ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA PARA LA CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA EN HOSPITALES PRIVADOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

GUIA PARA LA CONDUCCION DEL GRUPO FOCAL DE CONSUMIDORES.

METODOLOGIA.-

- 1.- Planeación de la agenda.
- 2.- Reclutamiento.
- 3.- Moderación:
 - establecer rapport
 - flexibilidad
- 4.- Control del grupo.
- 5.- Análisis e interpretación de resultados.

PREGUNTAS OBJETIVO:

- 1.- ¿ Qué es lo que ustedes conocen de la cirugía de corta estancia o ambulatoria ?
- 2.- ¿ Sabe usted que porcentaje de las cirugías se realizan sobre esa base ?
- 3.- ¿ Le inquieta la posibilidad de que podría ser operado en esta forma ?
- 4.- ¿Qué temores despierta en usted esto?
- 5.-¿ Sería un factor de decisión el hecho de que esta cirugía le costaría menos ?
- 6.- ¿ Le agradaría ser atendido en casa después de ser operado en lugar del hospital ?
- 7.- ¿ Siente usted que tiene derecho a participar en la decisión de la forma en que es operado?
- 8.- Si tuviera que ser operado en forma electiva, y pudiera elegir si se queda en el hospital o se va a su casa el mismo día, sin mayor riesgo con uno u otro procedimiento, sino solo ventajas y desventajas leves :
 - ¿ Le gustaría tomar esta decisión o la dejaría a su cirujano ?
 - ¿ De tomaría usted que decisión tomaría ?
 - ¿ Qué opina entonces de la cirugía de corta estancia ?