Ginecológicos

y Obstétricos

2.1

# Análisis interno y competitivo del entorno

Miguel F. Cambas Santos



# **CONTENIDOS**

# Objetivos de aprendizaje Introducción

#### Análisis interno

- Partamos de una premisa: trabajamos y somos parte de una organización
- Coherencia con la misión, visión y valores

#### Dimensión interna

- Fase 1
- Modelo de datos: estadística de actividad
- Pero necesita saber más...

#### Análisis estructura

#### Fase 2

- Cómo lo hacen los demás. Nuestra competencia
- Benchmarking. Análisis y ámbito

# Análisis completo a través de los grupos relacionados por el diagnóstico (GDR)

- Análisis de complejidad y de la casuística
- Análisis de la actividad a través de los GDR y la información que nos facilitan. Cómo hacerlo

Matriz de impacto. Aplicación de los resultados a un análisis DAFO

Conclusiones

Bibliografía



# **OBJETIVOS DE APRENDIZAJE**

Formamos parte de una organización dedicada a la prestación de servicios sanitarios, y somos parte de un todo interrelacionado tanto con la propia organización como de todo un sistema con gestión pública y privada, que atiende a todas las personas a lo largo de toda su vida.

Nuestro objetivo es gestionar un servicio de Ginecología y Obstetricia, en ese entorno de compleja relación dentro de la organización interna (hospital) y externa (área de salud) y el entorno competitivo exterior (nacional, hospitales similares). Objetivos:

- · Saber qué hacemos. Qué actividad realizamos.
- · Cómo lo hacemos.
- Lo estamos haciendo bien o debemos mejorar.
- Cómo lo hacen los demás.
- Cómo fijar criterios de mejora continua.





Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

# INTRODUCCIÓN

Si nos acaban de nombrar jefe de sección o de servicio de un hospital, o planeamos poner en marcha una clínica o una consulta, nos enfrentamos a un atractivo reto.

En este módulo iremos avanzando en el análisis que debemos realizar, dirigido a conocer de forma pormenorizada la estructura de nuestro servicio.

Como hemos visto en módulos anteriores, hemos definido la misión, visión y valores nuestra organización y/o servicio, y hemos realizado un análisis concienzudo para determinar nuestro plan estratégico.

También hemos hecho un estudio del entorno, de la competencia y realizado un análisis DAFO para establecer nuestro posicionamiento en el mercado.

Ahora vamos a profundizar en la realidad de nuestro servicio, a conocerlo en toda su dimensión, saber qué hacemos y cómo lo hacemos, realizando un análisis exhaustivo para determinar si nuestra estructura, cargas de trabajo, recursos humanos y dotación técnica y tecnológica son las adecuadas, y si los circuitos de funcionamiento internos y externos, en relación con el resto del hospital, son adecuados.

Asimismo, realizaremos un benchmarking o análisis comparado con otros servicios, que nos ofrecerá una imagen de como lo hacen los demás y tendremos una visión completa de nuestra actividad.

Con ello sabremos cómo lo hacemos y a continuación podremos realizar, nuevamente, un análisis DAFO, que nos indique dónde debemos o podemos mejorar.

# **ANÁLISIS INTERNO**

# Partamos de una premisa: trabajamos y somos parte de una organización

Es frecuente que, cuando se habla de los aspectos de planificación, gestión u organización, se considere que son temas que afectan, casi con exclusividad, a los directivos de las instituciones sanitarias y a los políticos que desde los órganos de gobierno de las Administraciones tienen que tomar decisiones que afectan la orientación y destino de las instituciones sanitarias, o a los Consejos de Administración en el caso de la actividad sanitaria privada. Sin embargo, debemos ser conscientes de que cada vez que realizamos un acto clínico para llegar al diagnóstico de nuestras pacientes (solicitud de pruebas diagnósticas o prescripción de un tratamiento), estamos participando de las decisiones de dirección de las instituciones, y sobre todo, de los hospitales, contribuyendo, en mayor o menor medida, en la dirección estratégica del centro donde prestamos servicio.



#### **RECUERDE**

Si forma parte de una organización, es un miembro activo de ésta, cuyas decisiones diarias tienen repercusiones directas en el desarrollo de la propia organización.

Si todo el sistema está organizado, se optimizan los recursos disponibles, obteniendo resultados sanitarios, eficaces y eficientes. En este caso, debemos ser conscientes, también, que formamos parte de un todo, donde el resto de los servicios del hospital son parte esencial de nuestra actividad, con una interrelación y dependencia continuas.

Como los temas de organización de Hospitalización, Urgencias, Quirófanos, Consultas Externas y Servicios Centrales, se estudian en otros módulos, aquí solo señalaremos la necesidad de la perfecta coordinación con estas áreas.

#### Coherencia con la misión, visión y valores

En capítulos anteriores hemos hablado de los conceptos de misión, visión y valores, y la pregunta que debemos respondernos aquí es: ¿Los tenemos claros e interiorizados en el servicio y asumidos por toda la organización?

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

En ocasiones, se da por sobreentendido, y tenemos la impresión de que no hace falta definir estos conceptos. Sin embargo, hacer explícitos todos los matices que componen nuestra razón de ser, es un ejercicio saludable, y casi irrenunciable.

Por tanto, conocer el posicionamiento colectivo del servicio y de la organización, hacia estos conceptos, facilitará el análisis interno, la detección de problemas, minimizando la resistencia al cambio, los cuellos de botella y mejorando el clima laboral.



Si conocemos los problemas estaremos en condiciones de resolverlos.

# **DIMENSIÓN INTERNA**

Como nuestro objetivo es conocer como lo hacemos, el análisis debe consistir, en primer lugar, realizar una visión introspectiva dirigida a conocer nuestra estructura.

Saber cómo es y cómo será nuestro mercado o nuestra área de salud, como son nuestros pacientes. la actividad que realizamos en cada una de las diferentes áreas del servicio, y si disponemos de los recursos humanos, técnicos, suficientes para cumplir nuestros objetivos.

Iremos avanzando por etapas:

#### Fase 1



Hay que conocer el área de salud y el perfil de nuestros clientes/pacientes.

En la fase 1, nuestro análisis es conocer, en profundidad, como es el mercado o área de salud, el perfil de la pirámide poblacional, la tasa de natalidad y las frecuentaciones en las diferentes áreas de nuestro servicio, hospitalización, quirúrgica, consultas externas y pruebas. Así como, conocer si está en concordancia con los datos nacionales el *case mix* del hospital.

El conjunto de datos nos dará una visión muy ajustada de la demanda, qué tipo de actividad tendremos que realizar, y nos orientará claramente en el análisis de los recursos que disponemos, si estos responden adecuadamente a las necesidades de nuestra población y, de forma inequívoca, si son los suficientes y necesarios para hacer frente a la **misión**, **visión** y **valores**, a los que nos hemos referido.



#### Ejercicio práctico:

El Dr. García es nombrado jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital, próximo a Madrid, con una población asistencial del área de 260.000 habitantes.

Con el objetivo de hacer un análisis completo del servicio, lo primero que hace es acudir a los datos estadísticos para conocer la pirámide de la población de su área de salud, que le facilitará la estructura de género, conocer el perfil etario de las mujeres y analizar la previsión de evolución en los próximos años, así como su distribución geográfica en el área de salud (Fig. 2.1-1). Asimismo, analiza los datos de emigración en la provincia, lo que le facilita un perfil demográfico sobre las diferentes procedencias, culturas, religiones, que introducen variables en las necesidades asistenciales.

Como de todo ello ya hemos hablado y trabajado en capítulos anteriores, no lo repetiremos aquí. A continuación, el Dr. García analiza qué necesidades asistenciales tiene el área de salud (o su mercado) y la dotación de medios y recursos del servicio que necesita para hacerlo.

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

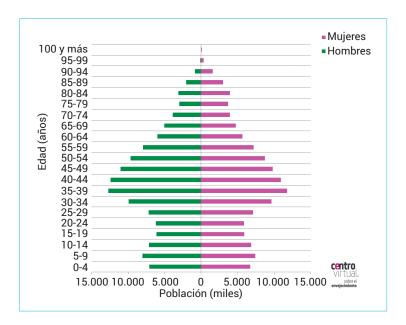


Figura 2.1-1. Pirámide población provincia de Guadalajara. Adaptado de: Ine.es [Internet]. INEbase / Estadísticas territoriales. [Consultado septiembre 2019] y CVirtual.org [Internet]. Observatorio / Demografía / Guadalajara. [Consultado septiembre 019].

Dispone de varias formas para conocer esta información, la estadística del servicio y también el modelo parametrizado que le indicará que actividad es la esperada para un servicio de sus características.

En primer lugar, acude al modelo parametrizado, con el que ya hemos trabajado en capítulos anteriores y habiendo buscado los datos de frecuentación de las diferentes áreas del servicio, ingresos, actividad quirúrgica, tasa de natalidad o consultas, observa las necesidades previstas para la población asistencial.

Con el modelo parametrizado también analiza la estimación de personal necesario, médicos, así como espacios de consultas, pruebas, nº de camas y dotación técnica necesaria (Fig. 2.1-2). El Dr. García ya dispone de una primera aproximación de las previsiones de actividad del Servicio y de las necesidades, pero necesita saber más.

Solicita los datos estadísticos de actividad del servicio, % ocupación, % quirúrgico, listas de espera..., que le facilita Admisión, y el case mix, y analiza los datos estadísticos de la actividad del servicio, la previsión de los objetivos fijados y las desviaciones.



Este análisis le permite conocer qué se hace y cómo se hace, y analizar si los recursos de que dispone son los adecuados y compararlo con las estimaciones del modelo parametrizado.

Dispone de la información sobre:

- Numero de camas.
- Tiempos quirúrgicos.
- Unidad de parto.
- Salas de consultas.
- Equipamiento tecnológico.
- Recursos humanos.
- Lista de espera.

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

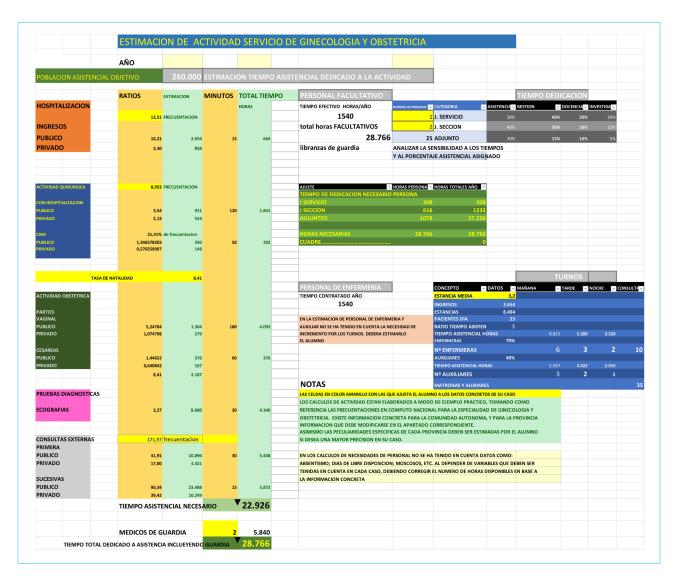


Figura 2.1-2. Modelo parametrizado ajustado a población asistencial de 260.000 habitantes.

#### Modelo de datos: estadística de actividad

A continuación, exponemos un modelo de recogida de datos estadísticos de la actividad de un servicio de Ginecología y Obstetricia que hace referencia a los principales parámetros de interés, imprescindible para poder dirigir y gestionar un servicio.

Estadística de actividad obstétrica (Tabla 2.1-1) y actividad ginecológica (Tabla 2.1-2)

Como se puede observar tenemos los datos a los que antes hacíamos referencia y disponibles para poder trabajar en nuestro objetivo, pues disponer de toda esta información le facilita al Dr. García un análisis claro de los recursos que tiene, si son suficientes para atender la demanda asistencial de la población asistida, así como saber cómo lo están haciendo.

El porcentaje de ocupación de las camas, del uso de quirófano, la estancia media, el número de consultas externas y pruebas, así como otros dos datos muy relevantes, como son el índice de complejidad y la lista de espera, le dan una visión completa de la actividad desarrollada por el servicio.

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

Tabla 2.1-1. Mo	delo estadístico de ac	tividad en Obstetricia		Objetie	D i i /
			Año 2019	Objetivo	Desviación
	Camas funcionantes		15		
	Total ingresos	I	1.608		
		Programados	180		
		Urgentes	1.424		
		Intrahospitalarios	4		
	Total altas		1.603		
lla anitalina si én		Ordinarias	1.586		
Hospitalización		Traslados	10		
		Voluntarias	7		
		Fallecimientos	0		
	Total estancias		4.314		
		Estancia media	2,68		
	Índice de ocupación (%)		76,65		
		Índice de rotación	8,68		
	Total consultas externas		9.552		
		Consultas primeras	1.964		
Consultas		Sucesivas/Primeras	3,86		
externas		Espera media LE	0,00		
	Nº Total solicitadas de A	tención Primaria	1.757		
	Solicitadas de A. Primaria en %		81,15		
Pruebas	Ecografías		8.046		
complementarias	Histeroscopias		511		
	Nº total de partos		1.399		
	Nº de partos vaginales		1.125		
Paritorio	Nº de cesáreas		274		
	Cesáreas/Total partos		19,59		

Tabla 2.1-2. Modelo estadístico de actividad en Ginecología						
			Año 2019	Objetivo	Desviación	
	Camas funcionantes		8			
	Total ingresos		524			
Hospitalización		Programados	236			
		Urgentes	278			
		Intrahospitalarios	10			

(Continúa)

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

			Año 2019	Objetivo	Desviación
	Total altas		523		
		Ordinarias	521		
		Traslados	1		
		Voluntarias	0		
Hospitalización		Fallecimientos	1		
	Total estancias		1.509		
		Estancia media	2,88		
	Índice de ocupación (%)		54,73		
		Índice de rotación	5,78		
	Total consultas externas	5	24,701		
Consultas		Consultas primeras	8,903		
externas		Sucesivas/Primeras	1,77		
		Nº Total solicitadas desde A. Primaria	7.650		
	Total quirófanos general		155,57		
		Rendimiento quirófano general (%)	82,61		
		Rendimiento total quirófano	82,61		
	Total IQ con hospitalizad	ión	724		
		Programadas (se incluye TOC)	248		
		Ordinarias	248		
		Extraordinarias	0		
		Urgentes (se incluye TOC)	476		
Actividad quirúrgica	Total IQ ambulantes		253		
	quii di gica	Programadas (se incluye TOC)	202		
		СМА	202		
		Ordinarias	202		
		Extraordinarias	0		
		Urgentes (se incluye TOC)	51		
	Estancia preoperatoria.	programados en LE	0,77		
	IQ/Q programado-funcio	nante/día hábil	2,89		
		IQ/Q programado- funcionante Gral./día hábil	2,89		

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

#### Pero necesita saber más...

Necesita más información para hacer un adecuado dimensionamiento de un servicio de Ginecología y Obstetricia, pues estos datos son el pasado y necesita proyectarse hacia el futuro en un entorno que se refleja con una pirámide de población que envejece rápidamente.

Por todo ello, hay que prever cuestiones como las siguientes:

- Cambios en los gustos o en las modas que repercutan en el nivel de consumo de recursos sanitarios.
- Cambios en el nivel de ingresos.
- Cambios en la conciencia por la salud.
- Cambios en la forma en que nos comunicamos o nos relacionamos.
- Cambios en el nivel poblacional, tanto en natalidad, como en mortalidad o esperanza de vida.
- Rasgos religiosos de interés.
- · Cambios en la regulación política.

Sin olvidar los principales aspectos como los factores geográficos, demográficos y culturales, vistos en el capítulo inicial correspondiente al análisis del entorno:

- 1. La evolución de la población, su estructura y la información referente a morbilidad informan sobre tendencias interesantes para analizar cuáles son los servicios hospitalarios que la población puede necesitar. Actualmente resultan determinantes el progresivo envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades degenerativas y la aparición de nuevas patologías. Todo ello exige a los hospitales adaptar su cartera de servicios a la población a la que va a servir.
- 2. Cuando la cultura es homogénea la influencia viene determinada por los patrones de consumo, los cuales deben ser sometidos a análisis. Sin embargo, el intercambio cultural al que están sometidas, sobre todo las ciudades, aunque también en mayor o menor medida el ámbito rural, nos obliga a analizar el perfil migratorio de nuestro entorno. ¿Qué comunidad predomina?, ¿Cuáles son sus costumbres?, ¿Su religión modifica el patrón de consumo de recursos?

Por otra parte, en el hospital, no sólo se realiza una labor asistencial, sino también de formación universitaria, pregrado y posgrado, así como una labor investigadora. Al definir la misión, hemos tenido que decidir en qué grado se reflejan, también, los aspectos relacionados con las necesidades de desarrollo de los profesionales que integran la organización, y la asignación del tiempo de la actividad, tanto asistencial como docente e investigadora.

También es necesario considerar los intereses de los organismos o particulares que pudieran financiar el centro (en el caso de gestión privada) o que aportaron capital para creación de la infraestructura y, que en buena lógica, buscan el retorno de la inversión realizada, en forma de beneficios.

Por todo ello, los denominados grupos de interés se componen de los diferentes colectivos o grupos que, con sus diferentes intereses, a veces incluso, contrapuestos entre sí, tiene relación con nuestra organización y pueden determinar los objetivos futuros.



Un ejemplo de definición de grupos de interés:

- 1. Usuarios de la sanidad pública o usuarios de la sanidad privada, organizados en asociaciones o individualmente.
- 2. Organismos directivos hospitalarios: gerencia, dirección médica, responsables asistenciales, etc.
- 3. Consejería de Sanidad, Consorcio Sanitario, grupo de inversores, etc.

Estas variables condicionaran nuestra actividad en el futuro, a medio plazo y debemos estar preparados para ello, por tanto, debemos realizar:

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

# **ANÁLISIS ESTRUCTURA**

Análisis de la estructura. Espacios físicos y distribución arquitectónica del hospital, clínica o del servicio dónde prestamos nuestra atención a los clientes. En el caso de que dicha atención incluya un área de hospitalización, hay que analizar también el marco hotelero en que atendemos a nuestros pacientes, no exento de una gran influencia en la actualidad. Como ejemplo, la hospitalización en habitación individual es uno de los factores más valorados por las usuarias del área materno-infantil, lo que conlleva un mayor grado de intimidad en su estancia hospitalaria y que produce un mayor o menor nivel de aceptación e integración con el servicio por los pacientes y sus familiares y generan imagen del Centro.



#### Ejercicio práctico:

- 1. Somos una policlínica que consta de cuatro espacios de consulta con dos gabinetes para pruebas. Una sala de espera y un espacio de recepción de pacientes.
- 2. Somos una Clínica que consta de un área de hospitalización con 30 camas, distribuidas en habitaciones individuales, living y baño privado. Nuestra área de policlínica la componen 10 consultorios y 4 gabinetes de pruebas. El área quirúrgica consta de un paritorio, 3 quirófanos y una unidad de reanimación postquirúrgica con 4 puestos. También disponemos de un servicio de urgencias de 24 horas.

¿Disponemos de los espacios s para realizar las consultas y las pruebas necesarias?

Del análisis estadístico obtenemos la información necesaria para conocer la respuesta, tanto de lo que hemos hecho como de lo que prevemos realizar.

- Cartera de servicios. Cuál es exactamente la atención que estamos ofreciendo, es decir, cuál es nuestra oferta de servicio. ¿Se ajusta a las necesidades actuales y las previsiones futuras? ¿Se ajusta a lo establecido en el RD 1020/2006 sobre cartera de servicios?
  - No se trata de imaginar qué nos gustaría ofrecer, sino cuál es con exactitud nuestra cartera real de oferta y también nuestra capacidad. La mejor alternativa para abordar el estudio de las patologías que estamos tratando y los procedimientos terapéuticos que el servicio está aplicando, es un análisis del case mix o casuística del hospital o del servicio clínico. Esta afirmación es aplicable en la mayoría de los centros, tanto públicos como privados, en el caso del ámbito de hospitalización y en algunas áreas ambulatorias como la quirúrgica, ya que se encuentra regulada la obtención de información clínica a través del Real decreto 69/2015. Aunque su desarrollo en el ámbito ambulatorio todavía no está completamente extendido (consultas externas y urgencias).
- Tecnología. Corresponde al equipamiento tecnológico puesto al servicio de la atención de los usuarios. La disponibilidad de una determinada técnica determina, en un grado importante, la cartera de servicios que el hospital o servicio puede ofrecer a sus clientes y también determina el posible cumplimiento de objetivos de actividad asistencial, lista de espera reducida, etc.
- Equipo. Corresponde a las características de las personas que componen la organización, tanto por formación como por su capacidad profesional. Incluye todas las categorías profesionales, ya que las organizaciones complejas como los hospitales, son muy interdependientes de las relaciones entre estamentos. Un equipo médico de élite, al cual no acompañen unos profesionales de enfermería, auxiliares y celadores cualificados y diligentes, no culmina completamente su labor asistencial.
- Proyección exterior. Se trata de analizar cómo nos presentamos a nuestros clientes y a los competidores. Es el complemento al análisis de «mercado» que hemos visto en el entorno específico. En su conjunto se trata de ajustar la imagen real que la población tiene de nuestra institución.

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

- **Financiación**. Corresponde a la estructura económica que soporta a nuestra organización. ¿Disponemos de los recursos necesarios para hacer lo que tenemos que hacer?
- **Cultura organizativa**. Se trata de analizar los valores compartidos por el conjunto de las personas que componen la organización y el clima laboral en el que se desarrolla su función.
- Finalmente, el análisis de la gestión del servicio tiene como objetivo exponer la estructura organizativa y los métodos empleados en producir nuestros servicios. Con este análisis se pretende conocer el sistema de información que soporta el hospital, tanto la información relativa a la gestión clínica como la referente al análisis del coste por proceso.

El análisis de la gestión interna nos dará información fiable sobre el nivel alcanzado en los aspectos de eficacia, eficiencia y calidad de los servicios prestados.

El cuadro de mandos se revela como un magnífico instrumento para indicarnos los niveles de resultados y posibles desviaciones sobre los objetivos fijados.

Con la información disponible de la estadística sabemos **cómo lo hacemos** y con las previsiones de nuestros análisis conocemos qué tenemos que hacer, pero siempre las preguntas deben surgir:



¿Lo hacemos bien? ¿Podemos mejorar? ¿En qué tenemos que mejorar? Estas deben ser nuestras preguntas metódicas.

Pero claro, ya sabemos lo que hacemos y cómo lo hacemos, pero necesitamos saber más, para poder comparar.

#### FASE 2

# Como lo hacen los demás. Nuestra competencia

El *benchmarking*, es decir, el análisis comparado con otros servicios de Ginecología y Obstetricia nos permitirá saber cómo lo estamos haciendo en relación con los demás.

Estos datos nos facilitaran la información necesaria para saber cómo estamos respecto a la media y como con nuestros iguales, es decir, conocer nuestro nivel de eficiencia comparándonos con servicios de características similares, en tamaño, población asistencial, case mix, etc.



Por lo tanto, esta fase la vamos a dividir en tres subfases:

- Realizar el análisis con la media del sector, a nivel nacional.
- Realizar el análisis con aquellos servicios similares al nuestro, públicos y privados.
- Nuestra competencia.

Por competidores entendemos a los hospitales o clínicas que ofrecen a los usuarios los mismos servicios que nuestra organización. Son los hospitales proveedores de servicios a aquellos potenciales usuarios que no utilizan los nuestros. En este punto, es importante analizar las razones que influyen en determinar sus preferencias. Estos factores nos informarán acerca de algunas de las amenazas que acechan en nuestra cuota de «mercado».

Conocer su misión, la oferta y características de los servicios de nuestros competidores es clave para iniciar el estudio de los hospitales o clínicas que compiten con nosotros

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

Debemos ser capaces de elaborar, con nuestros medios, su análisis interno siguiendo los mismos parámetros que veremos a continuación y que aplicaríamos en el análisis de nuestra organización.

Para ello buscaremos las memorias anuales de nuestros competidores, que nos darán una correcta medida de su actividad y ejecución.

Asimismo, el análisis de la información relativa a servicios en hospitales similares al nuestro nos ofrecerá una dimensión adecuada para el *benchmarking*, lo que nos permitirá una comparación correcta y determinará los ajustes que debemos introducir en nuestros procedimientos para alcanzar mayores niveles de eficiencia y eficacia.



# **RECUERDE**

El mayor conocimiento de nuestros competidores permitirá conocer sus tendencias estratégicas y, por tanto, los puntos que están en proceso de mejora y nos pueden generar amenazas de futuro.

# Benchmarking. Análisis y ámbito

Comenzamos nuestro análisis comparado o benchmarking, analizando indicadores que nos facilita la comparación entre como lo hacemos y como lo están haciendo los demás, las preguntas metódicas que debemos tener siempre presentes para mejorar.

Avanzaremos en el estudio partiendo de datos estadísticos globales, para luego centrar más nuestro análisis comparándonos con hospitales de similar categoría, tamaño perfil de población, etc., que nos ofrecerá una imagen más fiel.

Terminaremos afinando más aún el estudio, buscando datos más homogéneos, a través del GDR, que nos permitirá disponer de una información muy completa y nos indicará donde podemos mejorar.

#### Ámbito nacional



# Ejercicio práctico:

Continuando con nuestro ejemplo, el Dr. García acude a la página del Ministerio de Sanidad y observa que en el Sector Público, los datos de estancia media en Ginecología y Obstetricia, así como el porcentaje de ocupación fue (Tablas 2.1-3 a 2.1-9).

El Dr. García puede entonces comenzar a realizar un análisis comparado de la actividad del servicio, en relación con la media nacional o por la comunidad autónoma donde desarrollamos nuestra actividad.



¿Cómo es nuestra estancia media con relación al conjunto de servicios del país?

¿Hacemos más consultas o menos que los demás?

¿Nuestra tasa de cesáreas está en un nivel medio con el resto?

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

# Tabla 2.1-3. Indicadores de actividad por áreas asistenciales en hospitales públicos según dependencia. Hospitales de agudos. Año 2016

	Camas en funcionamiento	Estancias causadas	Altas finales	Estancia media	Índice de ocupación	Índice de rotación
Ginecología y Obstetricia	7.152	1.476.864	498.137	2,96	56,57 %	69,65
Fuente: Ministerio de Sanidad.						

Tabla 2.1-4. Indicadores asistenciales hospitales privados. Ámbito nacional						
	Camas en funcionamiento	Estancias causadas	Altas finales	Estancia media	Índice de ocupación	Índice de rotación
Ginecología y Obstetricia	1.989	385.782	161.044	2,40	53,14 %	80,97
Fuente: Ministerio de Sanidad.						

Tabla 2.1-5. Actividad obstétrica según dependencia. Indicador tasa cesáreas. Ámbito nacional. Año 2016

	Públicos-SNS	Privados	TOTAL
Tasa de cesáreas	21,61 %	37,34 %	24,82 %
Fuente: Ministerio de Sanidad			

Tabla 2.1-6. Indicador actividad consultas externas. Ámbito nacional. Año 2016								
	Hospital			Centro de especialidades				
	Primeras consultas	Consultas totales	Porcentaje de primeras consultas sobre totales	Frecuentación por 1000 hab	Primeras consultas	Consultas totales	Porcentaje de primeras consultas sobre totales	Frecuentación por 1000 hab
Ginecología y Obstetricia	2.070.762	6.298.473	32,88 %	135,60	642.745	1.622.375	39,62 %	34,93
Fuente: Ministerio de Sanidad.								

Tabla 2.1-7. Tasa cesáreas. Ámbito nacional					
Público	Privado	Total			
22,23 %	36,20 %	24,52 %			
Fuente: Ministerio de Sanidad.					

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

Tabla 2.1-8. Evolución nacional de estancia media en Obs- tetricia y Ginecología							
		Estancia media					
	Públicos	Públicos Privados Tota					
2010	3,22	2,72	3,08				
2011	3,15	2,69	3,02				
2012	3,12	2,63	2,98				
2013	3,05	2,62	2,93				
2014	3,01	2,55	2,88				
2015	3,02	2,52	2,88				
2016	2,98	2,43	2,83				
2017	3	2,45	2,84				
Fuente: Mir	Fuente: Ministerio Sanidad.						

Tabla 2.1-9. Datos estadísticos por comunidades autónomas año 2017						
2017	Estanci	a media	Porcentaje o	le ocupación	Índice de rotación	
2017	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Andalucía	3,1	2,66	49,91	48,47	58,81	81,86
Aragón	2,95	2,77	42,1	77,59	52,02	79
Asturias	3,09	3,09	47,55	42,29	56,22	64,31
Illes Balears	2,88	2,73	54,34	61,53	68,87	95,78
Canarias	3,04	2,48	47,47	73,89	56,92	131,28
Cantabria	3,18	2,64	67,19	55,62	77,08	81,18
Castilla y León	3,06	2,8	44,98	19,67	53,65	28,66
Castilla-La mancha	2,89	1,99	54,32	33,5	68,64	62,24
Cataluña	2,89	2,79	68,45	62,23	86,58	82,8
Comunidad Valenciana	3,02	2,77	56,56	45,79	68,28	69,58
Extremadura	3,34	2,56	45,23	36,86	49,44	57,8
Galicia	3,36	3,08	51,56	37,48	55,95	59,25
Madrid	2,92	2,51	66,61	58,64	83,32	93,53
Región de Murcia	3,26	3,12	52,21	40,7	58,49	56,1
C. Foral de Navarra	3,11	4,64	50,91	46,76	59,72	46,22
País Vasco	2,28	3	55,54	48,62	88,91	69,39
La Rioja	3,52	2,12	68,54	56,44	70,98	74,67
Ceuta y Melilla	2,63	2,72	62,26	54,06	86,27	80,49
Total	3	2,84	54,1	54,09	65,77	80,49
Fuente: Portal Estadístico de	el Ministerio de Sa	nidad.				

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

#### Hospitales similares características

Pero para que se ajuste mejor su análisis debe acudir a provincias con población asistencial similar y por ello decide investigar la actividad de los hospitales de **La Rioja, Orense, Guadalajara Huesca y Cuenca**, con poblaciones de entre 315.000 y 197.000, y busca la información estadística de en las memorias de los servicios de Ginecología y Obstetricia. Vemos un ejemplo de un hospital de similares características (Tabla 2.1-10 a 2.1-13):

Tabla 2.1-10. Estadística consultas externas. Hospital de similares características Indic suc/ Sucesivas Servicio **Primeras Totales** pri Ginecología 21.246 42.290 70.536 2,32 2.559 8.790 Obstetricia 6231 2,43

Tabla 2.1-11. Estadística de intervencio- nes en Ginecología. Hospital de similares características					
Programadas con hospitalización	616				
Urgentes con hospitalización	441				
Ambulatoria	514				
Ambulatoria urgente	75				

Tabla 2.1-12. Porcentaje de presión de actividad en urgencias. Hospital de similares características				
Ginecología	43,01 %			
Obstetricia	98,05 %			

Tabla 2.1-13. Estadística de partos. Hospital de similares características						
Vaginales	1.578					
Cesáreas	453					
% Cesáreas	28,70 %					



Informaciones recogidas de la memoria del hospital.

Los mismos datos recogeríamos de los otros hospitales. Esta información nos permite hacer un análisis comparado más cercano a nuestra realidad, al realizarle con servicios de similares características al nuestro, pues las desviaciones con ellos, si nos ofrece una respuesta más concreta a nuestras preguntas (ver vídeo tutorial sobre cuadro de datos *benchmarking*).

# **ANÁLISIS COMPLETO A TRAVÉS DE LOS GDR**

Pero nuestro análisis no sería completo, porque nos falta aún conocer otro elemento que distorsiona el simple estudio estadístico:



El nivel de complejidad. ¿Nuestro case mix es similar a los otros?

Aun cuando los hospitales atienden a pacientes con características similares y los datos antes analizados nos facilitan ya una adecuada información para comparar, **es necesario avanzar más**.

Por ello, para elaborar un análisis completo utilizamos la estadística del Ministerio de Sanidad, para ver el nivel de complejidad, a través del estudio más pormenorizado con los GDR, nuestro estudio sería completo, pues **homegenizamos** los datos comparados.

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

# Análisis de complejidad y de la casuística

¿Qué son los GDR?

El sistema GDR (Grupos Relacionados de Diagnósticos) permite agrupar a los pacientes con características y necesidades de recursos similares.

Se nutre de la información de la historia clínica del paciente, a través de la información codificada con el CMBD y se configuraron, inicialmente con el objetivo de determinar los costes en los que se incurriría por el Servicio Sanitario de Estados Unidos, extendiéndose, por su aplicabilidad al resto de los sistemas sanitarios.



La agrupación del GDR se diseñó en la confianza de que los casos que pertenecen a una misma categoría tuvieran una estancia hospitalaria y unos costes similares y por tanto se puede utilizar para el estudio de los *case mix* de los hospitales y el análisis comparado entre ellos, porque nos da una imagen homogénea de la complejidad atendida en los hospitales. De esta forma, si el GDR de nuestro hospital tiene una estancia media X, podemos compararla con el mismo GDR en otros hospitales o en el ámbito nacional.

De su análisis podremos obtener una comparación más adecuada, pues estaremos comparando los mismos procesos, la misma o similar complejidad de las patologías.

# Análisis de la actividad a través de los GDR y la información que nos facilitan. Cómo hacerlo.

Veamos un ejemplo extraído del vídeo tutorial de análisis de ratios relativos (Fig. 2.1-3):

SERVICIO DEL HOSPITAL					DATOS N	NACIONA	LES		ANALISIS COMPARATIVO HOSPITAL				
CDD Davids de	ALTAG		ESTANCIA MEDIA			FCTANCIA	ESTANCIA MEDIA ESTANDA		ESTANCIA S DEL SERVICIO CON		ESTANCIAS NACIONALE S CON MEDIA		
GDR. Patologia	ALTAS	ESTANCIAS	HOSPITAL		ALTAS	ESTANCIAS	К		MEDIA		HOSPITAL		
A	250	2.000	8.00		6.000	49.200	8,2		2.050		48.000		
В	500	5.900	11,80		55.000	621.500	11,3		5.650		649.000		
c	100		3,50		120.000		3,41		341		420.000		
D	50	150			12.000	32.160	2,68		134		36.000		
E	400	2.000	5,00		60.000	312.000	5,2		2.080		300.000		
F	200		1,10		25.000	27.500	1,1		220		27.500		
TOTAL	1.500	10.620	7,08		278.000	1.451.560	5,22		10.475		1.968.240		
								ESTANCIA MEDIA SERVICIO CON LAS MEDIAS ESTÁNDAR	6,98	ESTANCIA MEDIA AJUSTADA	7,08		
			EMh				EMs		EMAF		EMAc		
			7,08				5,22		6,98		7,08		
NDICE DE COMPLEJIDA				Un 34% más complejo			r % de altas en	los GRDs con ma	yor EM) GRD m	ás complejo indi	ca, mas peso ; mas	empleo de recurs	
NDICE DE ESTANCIA ME	DIA AJUSTADA	(IEMA)=EMH/EMAF	1,01	Un 1% menos eficient	e que el estáni	dar							
DIFERENCIA EN TRE LA E		A DEL HOSPITAL											
LA LITANCIA MIEDIA E	JIANUAR	Parte debida a func	ionamiento= E	MH-EMAF		0,10							
		Parte debida a casu				1,76							
						1,86							
DIFERENCIA ENTRE LA E	STANCIA MEDI	A DEL HOSPITAL Y LA	MEDIA NACIO	NAL		0,10							
DIFERENCIA EN EL NUM	ERO DE ESTAN	CIAS EN HOSPITAL Y	LAS QUE SE HA	BRIA									
	S NACIONALES												

Figura 2.1-3. Análisis de cálculo de complejidad de la actividad que realizamos y benchmarking a través de los GDR.

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

En nuestro ejemplo hemos indicado los GDR con las letras de A a F, señalando un número de altas y estancias que generan una estancia media por GDR y calculamos la estancia media del servicio = EMH.

En el caso de datos nacionales, los mismos GDR han causado una estancia media en ámbito nacional, lo que nos da la estancia media estándar por GDR y la estancia media estándar total = EMs.

En la siguiente columna hacemos un primer análisis que consiste en conocer cuántas estancias habrían causado en nuestro servicio los pacientes con las medias estancias. Se obtiene el dato multiplicando las altas del servicio por la estancia media estándar por GDR y total = EMAF.

Trabajar con estos datos nos permitirá disponer de una valiosa información que nos orientará en el diseño de nuestro DAFO y los objetivos.

Podemos entonces saber: la actividad de nuestro servicio, ¿es más o menos compleja que la del conjunto nacional? El índice de complejidad se obtiene comparando la estancia media que habríamos tenido con nuestra actividad y la media estándar nacional y ésta, es decir, EMAF/EMs.

Como se puede ver, el resultado es 1,34 y supone que nuestra actividad es un 34 % más compleja y puede entonces justificar algunas diferencias.



Pero el análisis GDR por GDR nos informara con total concreción, si esta mayor complejidad se produce en todos los casos o en alguno tenemos desviaciones que debamos estudiar sus causas y corregirlas.

¿Somos más o menos eficientes que el resto del sistema sanitario?

También el estudio de los datos a través de los GDR nos facilita la respuesta.

El índice de estancia media ajustada se obtiene comparando la estancia media del servicio = EMh y la EMAF, es decir, viendo la diferencia entre la estancia media que hemos tenido en los datos por los GDR y los que hubiéramos tenido con la estancia media estándar. EMh/EMAF

En nuestro ejemplo es de 1,01, es decir, somos un 1 % menos eficiente de forma global. Nuestro análisis debe concretarse en cada uno de los GDR, pues nos informará de en qué caso debemos realizar correcciones para mejorar, si son posibles.

Otros dos ratios nos concretan más aún dónde debemos mirar:

- 1. Saber cuál es la causa de las desviaciones, si el funcionamiento o la casuística.
- 2. Se obtiene obteniendo la diferencia entre la estancia media del hospital y la estancia media estándar.

Parte debida al funcionamiento: EMh - EMAF

En nuestro ejemplo 7,08 - 6,98 = 0,1 días Parte debida a la casuística: EMAF - EMs En el ejemplo 6,98 - 5,22 = 1,86 días



Si estas operaciones las realizamos en cada GDR dispondremos de una valiosa información para orientar nuestra estrategia de gestión.

# MATRIZ DE IMPACTO. APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS A UN ANÁLISIS DE LAS **DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES (DAFO)**

Una vez analizados los aspectos anteriormente descritos se establecen las conclusiones. Aquellas derivadas del análisis externo se denominan amenazas, si nos son adversas, u oportunidades, si son favorables y, como ya vimos en capítulos anteriores las conclusiones del análisis lo trasladaremos a un DAFO en el que expresaremos los puntos fuertes o puntos débiles, en función de su capacidad de ser elementos de competencia.

#### Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

Con los datos obtenidos con el análisis *benchmarking* debemos buscar la respuesta a cada una de las siguientes preguntas:

- 1. ¿Cómo se puede destacar cada fortaleza?
- 2. ¿Cómo se puede disfrutar cada oportunidad?
- 3. ¿Cómo se puede defender cada debilidad?
- 4. ¿Cómo se puede detener cada amenaza?



El DAFO permite entender rápidamente los principales problemas de un proyecto así como sus potencialidades. Una vez realizado el análisis, es necesario definir una **estrategia** que lleve a potenciar las fortalezas, superar las debilidades, controlar las amenazas y beneficiarse de las oportunidades.

Podemos actuar sobre nuestra situación interna, pero difícilmente podremos influir en nuestro entorno modificando las amenazas (quizá sí capearlas) y las oportunidades (aprovechar las olas).

Cualquiera que sea el resultado de la matriz de impacto, el programa de objetivos deberá perseguir las siguientes metas básicas:

- Corregir los puntos débiles.
- Mantener los puntos fuertes.
- Afrontar las amenazas.
- Explorar las oportunidades.

Una situación de éxito en la matriz de impacto nos indicará la conveniencia de un programa de objetivos muy defensivo, conservador y con pocos cambios que pudieran hacer que el servicio perdiera su buena posición. En cambio, en una situación de vulnerable será aconsejable tomar el riesgo de introducir los cambios necesarios para mejorar el posicionamiento. La situación de ilusión aconseja probablemente unas fuertes inversiones que corrijan sus puntos débiles y lleven al servicio a una situación de éxito. Cuando la conclusión es el desgaste, exige un plan de acción muy ponderado en el riesgo y muy defensivo para mantener sus fortalezas y evitar convertirse en vulnerable.



# Continuando con el ejercicio práctico:

El Dr. García, con toda la información recogida, inicia un análisis DAFO, y compara los datos de la estadística de su servicio (Tablas 2.1-1 y 2.1-2), con los correspondientes al ámbito nacional (tablas 2.1-3 a 2.1-9), a los hospitales similares (Tablas 2.1-10 a 2.1-13) y ajusta los ratios con los GDRs y llega a las siguientes conclusiones:

#### Fortalezas:

- Estancia media muy inferior a la media nacional.
- % Ocupación superior a la media nacional, con posiblidad de aumentar hasta el 85 %.
- % Rotación superior a la media.
- % de cesáreas inferior a la media.
- Consultas externas: Índice sucesivas/Primeras inferior.
- Excelente comunicación y relación con Atención Primaria.

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

#### Debilidades (se sugieren para construir el ejemplo):

- Tiempo quirúrgico sin posibilidad de crecimiento (cuello de botella)
- Falta de médicos para ampliación de consultas
- Falta de espacio para nuevas consultas
- Necesidad de inversión en tecnología y equipamiento

## **Oportunidades**: (se sugieren para construir el ejemplo):

- Aprendizaje de nuevas técnicas quirúrgicas ambulatorias
- Ampliación del tiempo de uso de CMA

#### Amenazas (se sugieren para construir el ejemplo):

- Falta de dotación presupuestaria para inversión en tecnología
- Jubilación de profesionales sin sustitución

El Dr. García ha confeccionado este análisis DAFO inicial que le permite conocer su posición en el entorno, interno y externo, y puede definir los objetivos a conseguir en su plan de ajuste del servicio cuya jefatura acaba de asumir (Tabla 2.1-15).

Ha podido observar que puede incrementar el número de pacientes atendidos en hospitalización, creciendo en porcentaje de ocupación, pero los tiempos quirúrgicos no pueden ser ampliados, por lo que decide explorar si hay posibilidad de una mejora en el circuito del área quirúrgica.

Al mismo tiempo, analiza la posibilidad de incrementar la CMA, tanto en el tiempo de uso, como aplicarlo en intervenciones que ahora se realizan con hospitalización y que se están haciendo de forma ambulatoria, con técnicas que deberán aprender.

Sin embargo, es consciente de que un incremento tanto en la actividad quirúrgica como en el número de pacientes en planta, aumentando el porcentaje de ocupación, supone un ascenso en consultas y en pruebas, donde, a pesar de la eficiencia y la eficacia desarrollada en el servicio, tiene dificultades de expansión, por lo que decide analizar el circuito de consultas, para explorar posibilidades de mejora.

Asimismo, los datos relativos al estudio comparado de los diferentes GDR que se atienden en el hospital, le ha revelado la información que necesitaba para introducir algunas modificaciones en los procedimientos y en los circuitos de funcionamiento en aquellos casos, GDR, en los que ha detectado desviaciones relevantes y que son corregibles mediante los adecuados ajustes.

Tabla 2.1-15. Modelo DAFO						
<ul> <li>Estancia media muy inferior a la media nacional</li> <li>% ocupación superior a la media nacional, con posibilidad de aumentar hasta el 85 %</li> <li>% rotación superior a la media</li> <li>% de cesáreas inferior a la media</li> <li>Consultas externas: índice sucesivas/primeras = inferior</li> <li>Excelente comunicación y relación con Atención Primaria</li> </ul>	<ul> <li>Uso de nuevas técnicas quirúrgicas ambulatorias</li> <li>Ampliación del tiempo de uso de CMA</li> <li>Optimización circuito quirúrgico</li> <li>Optimización circuito consultas Incremento porcentaje ocupación</li> </ul>					
<ul> <li>Falta dotación presupuestaria para inversión tecnología</li> <li>Jubilación de profesionales sin sustitución</li> </ul>	<ul> <li>Tiempo quirúrgico sin posibilidad de crecimiento (cuello de botella)</li> <li>Falta de médicos para ampliación de consultas</li> <li>Falta de espacio para nuevas consultas</li> <li>Necesidad de inversión en tecnología y equipamiento</li> </ul>					

Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno



#### **CONCLUSIONES**

- El análisis interno y externo, de la información recogida, del *benchmarking* realizado, nos ofrecerá una imagen clara de nuestra posición comparada con todos los parámetros necesarios para disponer de una medición adecuada y poder determinar los puntos de mejora.
- El modelo parametrizado nos facilitara una estimación de la actividad que tendremos que realizar, y el *case mix* del hospital, nos indicará las necesidades técnicas y de recursos más específicos.
- El análisis de los recursos que disponemos y los necesarios, según las previsiones, nos indicarán la suficiencia o la carencia que tenemos.
- El análisis de la población asistencial, o del mercado al que pretendemos atender, nos determinará la estrategia de futuro, así como de las necesidades para poder realizarlo.
- El estudio de nuestra estadística, así como el análisis a través de los GDR de *benchmarking*, nos facilita los casos de mejora necesaria, para introducir los cambios en los procesos de gestión que faciliten alcanzar un nivel de eficiencia y de eficacia óptimos.
- El conjunto de información nos permitirá generar escenarios, como podemos ver en los casos, que junto con los resultados del DAFO, optimice el diseño estratégico para alcanzar los objetivos que nos marquemos.
- En muchas ocasiones, el análisis interno nos indica disfunciones organizativas, fácilmente superables, de ahí el esfuerzo colectivo de asumir que es parte de una organización.
- El adecuado diseño de los circuitos y los procedimientos de funcionamiento en el servicio, como veremos más adelante, en urgencias, consultas, quirófanos, o con otros servicios, mejoran la eficacia y los resultados, sin olvidar nuestra relación con Atención Primaria, que nos remite a los pacientes y afecta a la mayor o menor presión de urgencias.
- El esfuerzo puede ser económico, compra de tecnología, o a veces es enfocar, al o a los profesionales adecuados, hacia el aprendizaje de nuevas técnicas, para lo que se pueden establecer proyectos de aprendizaje para introducir las novedades en nuestro servicio y con ello ampliar y mejorar nuestra eficiencia.



#### **BIBLIOGRAFÍA**

Asenjo MA, Bohigas L, Trilla A, et al. Gestión diaria del hospital. 2ª edición. Ed. Masson SA. Barcelona 2001. Asenjo MA. Las Claves de la Gestión Hospitalaria. 2ª edición. Ed. Gestión 2000, SS, Barcelona 2002.

Boe.es [Internet]. Real Decreto 69/2015, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. [Consultado septiembre 2019]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-1235.

Casas M. Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Ed Masson SA. Barcelona 1991.

Consejería de Sanidad Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria Subdirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Análisis de la gestión de riesgos y oportunidades. Norma UNE en ISO 9001:2015. Junio 2017. [Internet]. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017986.pdf.

Del Llano J, Ortún V, Martín JM, et al. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Ed. Masson SA. Barcelona 2000. CVirtual.org [Internet]. Observatorio / Demografía / Guadalajara. [Consultado septiembre 2019]. Disponible en: http://www.cvirtual.org/observatorio/demografia/guadalajara

Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Consumo [Internet]. Estadística de GRDs 2017. Grupos de hospitales por numero camas, y clúster de nivel. [Consultado septiembre 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadísticas/cmbd.htm

#### Tema 1: Análisis interno y competitivo del entorno

- Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Consumo [Internet]. GRDs Obstetricia. Peso y costes. [Consultado septiembre 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadísticas/docs/CMBD/INFORME\_COSTES\_PROCESOS\_OBSTETRICOS\_HOSPITALES\_SNS\_2017.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Consumo [Internet]. Observatorio Nacional de Salud: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017-2003. [Consultado septiembre 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadísticas/sisInfSanSNS/tablasEstadísticas/InfAnSNS.htm
- Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias. 2ª edición. Masson SA. Barcelona 1989.
- Temes JL, Díaz JL. Manual de gestión hospitalaria. Ed. Mcgraw-Hill. Interamericana. Madrid 1997.