



IX Jornadas Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

Murcia 5, 6 y 7 de noviembre de 2008

Comunicaciones

<i>Continuidad asistencial</i>	7
<i>Gestión económica</i>	15

Patronato de la Fundación Signo

Presidenta: Elena Miravalles González. Secretario General: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Ignacio Ayerdi Salazar, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Carlos Fernández Rodríguez, Alfredo García Iglesias, Eduardo García Prieto, Carmen Hernando de Larramendi Martínez, Jesús Hernández Díaz, Félix Mata Fuentes, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Luis Rodríguez Padial, Ana Rubio de Pablo, Yolanda Rueda Falcón, Pere Soley i Bach.

Comité de redacción

Directora: Cristina Leube Jiménez. Director monográfico: Ángel J. Pérez Gómez. Fernando Abellán-García Sánchez, Antonio Arbelo López de Letona, Javier Barreiro González, Francisco Cárceles Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, Miguel García Rubio, J. Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Juan José Muñoz González, Francisco Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Teresa Requena Caturla, Francisco de Paula Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

Colaboradores

Delegados autonómicos: Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Gloria Herias Corral (Asturias), Félix Mata Fuentes (Balears), José Manuel Baltar Trabazo (Canarias), Francisco Cárceles Guardia (Cantabria), Eduardo García Prieto (Castilla y León), Jesús Hernández Díaz y Luis Rodríguez Padial (Castilla-La Mancha), Pere Soley i Bach (Cataluña), Eduard Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco e Isabel Tovar García (Extremadura), Mercedes Carreras Viñas (La Rioja), Jesús Caramés Bouzán y Pedro Molina Coll (Galicia), Antonio Alemany López, Javier Elviro Peña y Juan José Muñoz González (Madrid), Ginés Madrid García (Murcia), Fernando Astorqui Zabala (País Vasco).

©Fundación Signo

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo. C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc A, 4.º E, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.com
e-mail: fundacionsigno@telefonica.net

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

SopORTE válido: 312-R-CM

Periodicidad trimestral

Bases de datos: Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

Tarifa 2009

Suscripción individual (1 ejemplar): 45 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 200 €

Precio por ejemplar: 12 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

La revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* es una revista abierta a todas las opiniones, pero no necesariamente se identifica con las de sus colaboradores.

Índice

Comunicaciones **IX Jornadas de Gestión y Evaluación**

Continuidad asistencial	7
Gestión económica	15

Contents

Communications **IX Jornadas de Gestión y Evaluación**

Continuity care	7
Economic management	15

Comunicaciones: Continuidad asistencial

- 1. Rutas asistenciales como entrada y salida de los procesos clave en la Gerencia de Área de Puertollano**
Agustín Cañizares Ruiz, Álvaro Santos Gómez, Juan Sanz Cortés,
Luis Fernando García Fernández
Gerencia de Área de Puertollano
- 2. Utilización de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC durante el desarrollo de un programa de planificación del alta hospitalaria en pacientes con EPOC**
Javier Iniesta Sánchez, Tania Royo Morales, Ángeles Sáez Soto, M.^a Carmen Pérez García, Juan José Rodríguez Mondéjar, Eva Abad Corpa
Dirección General de Calidad Asistencial

Rutas asistenciales como entrada y salida de los procesos clave en la Gerencia de Área de Puertollano

Cañizares Ruiz A, Santos Gómez Á, Sanz Cortés J, García Fernández LF
Gerencia de Área de Puertollano

Introducción

La gestión integral de los centros y establecimientos sanitarios del área de salud reclama la puesta en marcha de medidas organizativas que, superando el modelo tradicional de división entre los niveles de atención primaria y atención especializada, contribuyan a la mejora de la calidad asistencial.

El modelo propuesto no queda limitado a una mera suma de estructuras preexistentes para la atención primaria y especializada, sino que pretende avanzar en la consecución de un sistema de gestión integral por procesos que implica todos los órganos y servicios periféricos del área de salud, incluyendo las estructuras administrativas.

Material y métodos

Elaboración por un experto en el tema del borrador, que es sometido a consenso por parte de uno o dos profesionales de hospital y atención primaria. La ruta debe contar con las siguientes características:

1. ¿Qué se interconsulta? ¿Por qué y para qué se consulta?
2. ¿Qué deberá aportar el paciente?: pruebas...
3. ¿En cuánto tiempo deberá estar interconsultado?

4. ¿Cuántas revisiones deberá hacer en AE?

5. Invitan a contestar el aspecto interconsultado, no al proceso global.

6. Marcan perfectamente los tiempos.

Devuelven al enfermo a su entorno natural, la AP (donde se deben resolver el 80% de los procesos).

Posteriormente las rutas son validadas por la Comisión Médico-Quirúrgica, se aportan los cuidados de enfermería por la Comisión de Cuidados, se optimizan los aspectos de gestión del usuario por la Comisión de Gestión y son aprobadas por la Comisión Central de Calidad. Una vez cumplidos estos trámites se publican en la Intranet y la Web.

Resultados

Hasta el momento se hallan disponibles 8 rutas asistenciales:

1. Tiroides.
2. Próstata.
3. Anemia microcítica.
4. Gonartrosis.
5. Lumbalgia.

6. Polimialgia reumática.
7. Tumores malignos.
8. Enfermedad reflujo gastroesofágico.

Conclusiones

Las rutas resultan un instrumento útil para la integración de los niveles asistenciales, ayudan al despliegue de la gestión por procesos y al trabajo en equipo de los profesionales.

Utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC durante el desarrollo de un programa de planificación del alta hospitalaria en pacientes con EPOC

Iniesta Sánchez J, Royo Morales T, Sáez Soto Á, Pérez García MC, Rodríguez Mondéjar JJ, Abad Corpa E

Dirección General de Calidad Asistencial

Introducción

El aumento de la esperanza de vida supone una mayor prevalencia de los procesos crónicos y una mayor demanda de servicios por parte de estos, por lo que desde el punto de vista de gestión de recursos se tiende a disminuir la estancia de estos pacientes en las unidades hospitalarias, reintegrándolos a la comunidad con problemas de salud sin resolver, que precisan de la continuidad de cuidados por parte de los servicios de atención primaria.

Todo ello motiva la necesidad de establecer una planificación del alta de enfermería hospitalaria y su transmisión a la enfermera comunitaria de referencia, que coordine la continuidad de dichos cuidados y recursos necesarios durante los días inmediatos al alta. Por lo que nos marcamos como objetivo la planificación de una intervención de enfermería orientada al alta hospitalaria del paciente con EPOC utilizando taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Material y métodos

Búsqueda de artículos de investigación, sobre planificación e intervenciones de enfermería orientadas al alta del paciente con EPOC. Se buscaron publicaciones realizadas entre 1999 y 2007 que fueran a texto completo, de libre acceso y con resumen disponible. Aceptándose los que estuvieran en inglés o castellano.

Se utilizaron diferentes bases de datos y buscadores: Cochrane, Medline, Bandolieri, Lilacs, Cuiden, Cuidatge Usando las palabras clave "alta enfermería EPOC", "intervenciones alta enfermería", "actividades alta enfermería", "planes de cuidados enfermería". Se utilizó la bibliografía existente sobre metodología enfermera NANDA, NIC, NOC.

Se valoraron las guías clínicas y protocolos ya establecidos. Se visitó un hospital en el que estaba implantada la figura de la enfermera de enlace que realizaba la planificación del alta y gestión de casos. A las enfermeras encargadas de desarrollar la intervención, se les formó sobre fisiopatología de EPOC, educación para la salud, lectura crítica y gestión de casos por la enfermera de enlace.

Resultados

El diagnóstico de mayor prevalencia que respalda nuestra planificación es "Manejo inefectivo del régimen terapéutico": 1. Definido como "Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de la salud". 2. Relacionado con: "Déficit de conocimientos". 3. Manifestado por: expresar dificultad con la regulación o integración de una o más prescripciones para el tratamiento de la enfermedad o sus efectos o para la prevención de complicaciones.

El NOC establecido: "Conocimiento del régimen terapéutico" (1813).

- Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV).
- Clase: conocimiento sobre salud (S).
- Escala (s): ninguno hasta extenso (i).
- Destinatario de los cuidados: el paciente y cuidador principal.
- Fuente de datos: paciente, familia (la información será facilitada principalmente por el paciente y/o por la familia) e historia clínica.

Se seleccionaron los siguientes indicadores para su evaluación:

- 181310 Descripción proceso de enfermedad.
- 181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico.
- 181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.
- 181303 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia.
- 181305 Descripción de la dieta prescrita.
- 181306 Descripción de la medicación prescrita.
- 181307 Descripción de la actividad prescrita.
- 181316 Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad.

Los NIC que conforman el plan de cuidados son:

- (5602) Enseñanza: proceso de la enfermedad. Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
- (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos. Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos. (Oxígeno; nebulizaciones; inhaladores).
- (5614) Enseñanza: dieta prescrita. Preparación de un paciente para seguir adecuadamente una dieta prescrita.
- (5612) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.
- (5618) Enseñanza procedimiento: preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.
- (7400) Guías del sistema sanitario: facilitar al paciente la localización y facilitación adecuada de los servicios sanitarios.
- (7110) Fomentar implicación familiar. Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Conclusiones

En lo que respecta a la búsqueda bibliográfica e información referente a la planificación del alta, paciente con EPOC, y metodología enfermera, la mayor parte de los datos, fuentes, artículos y textos encontrados son en lengua inglesa. La planificación de una intervención de enfermería orientada al alta hospitalaria y reintegro del pacien-

te a su medio, supone una novedad en nuestro ámbito laboral, al enlazar el nivel hospitalario con el de atención comunitaria, y por el uso de metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC).

Esto constituye un reto y una dificultad añadida debido a la falta de implantación y familiaridad de esta metodología entre los profesionales de enfermería. La normalización nos permitirá la uniformidad de criterios en la planificación de la intervención dotándonos de un respaldo teórico. Así como, facilitán-

donos los elementos necesarios para la priorización de las intervenciones sobre el paciente en base a sus necesidades, a la vez que nos aporta potenciales instrumentos para las futuras investigaciones sobre evaluación de la efectividad de las intervenciones realizadas.

Fragmento del proyecto "Evaluación de la efectividad de la planificación del alta hospitalaria y seguimiento en atención de pacientes con EPOC" financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (PI06/90655).

Comunicaciones: Gestión económica

- 1. Implantación de un procedimiento de solicitud de producto nuevo**
Eva M.^a Santos Florez, M.^a Soledad Parrado Cuesta
Complejo Asistencial de León
- 2. Automatización de procesos en la tramitación contable de facturas a partir de un registro digitalizado**
Juan Carlos Dueñas Puebla, Fernando Domingo Gonzalo Fernández,
Juan Ignacio Noreña Valcárcel
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- 3. Reducción de estancias hospitalarias mediante el proceso de control de demora en pruebas de pacientes de unidades de hospitalización**
Andrés Conesa Hernández, Ángel Luis García González, María Rosa Salinas Escolar,
Francisco Javier Conesa Pallares, Gustavo Schmidt Fernández, José Antonio Martínez Montoya, Ramón Cardos Fernández, Carlos Francisco Bonet Conesa,
E. Montalbán Romero Socorro
Hospital Universitario Santa María Rosell
- 4. Elaboración del sistema de cuentas de salud de la Comunidad Autónoma de Canarias a partir del sistema de información cantonera, años 2005-07**
Juan Luis Olmedo Guerrero, Juan Andrés Hernández Díaz
Servicio Canario de la Salud
- 5. Mejoras en la gestión de atención a proveedores mediante su automatización vía e-mail**
M. Fernanda Gutiérrez Ardoy, Alfredo Garvi Jiménez, Justo A. Cubillana López,
Rosalía Piqueras Panadero
Hospital de Albacete
- 6. Implantación de un sistema integral de monitorización de la adecuación de consumos: resultados tras dos años de experiencia**
M.^a Antonia Muñoz Mella, Alfonso Pimentel Alonso, Fernando Groba Pérez
Hospital Povisa
- 7. Revisión de planteamientos de externalización: análisis de un caso**
Antonio Blanco Gómez, Santos González García, María Hoyos Vázquez,
Justo Alberto Cubillana López
Hospital de Albacete
- 8. Presupuesto operativo por unidad de gasto en la gestión de personal**
María José Ferrer de Couto de los Ríos, Manuel Miguel Martínez Jiménez, Esteban Manuel Valverde Alcalá, Juan Ramón Cuesta Escosca, Manuel Correa Martínez
Hospital de Valme

9. **Gestión eficiente de la energía en un centro hospitalario: uso de energía solar y biomasa**
Álvaro Fernández González, Rafael Senen Pérez Rodríguez,
Tácito Virgilio Suárez González, Antonio Roibás Valdés, Florentino Fernández Orviz
Hospital del Oriente de Asturias
10. **Cash flow generado para el pago de inversiones en el ámbito hospitalario**
Álvaro Fernández González, Tácito Virgilio Suárez González,
Antonio Roibás Valdés, Florentino Fernández Orviz
Hospital del Oriente de Asturias
11. **Gestión de cobros a clientes privados: la experiencia de un hospital comarcal**
Álvaro Fernández González, Tácito Virgilio Suárez González,
Antonio Roibás Valdés, Florentino Fernández Orviz
Hospital del Oriente de Asturias
12. **La descentralización sanitaria a debate. Análisis a partir del modelo retributivo de los servicios de salud**
José Javier Aranda Lorca, Manuel Alcaraz Quiñonero, José Antonio Visedo López,
Pablo Viguera Paredes
Hospital Virgen de la Arrixaca
13. **Optimización del sistema de facturación en *Saint John of God Catholic Hospital* de Mabesseneh, Sierra Leone**
Marta Millet Elizalde, Marta San Román Muñoz, Natalia Pérez Neira,
Mary Sawyer, Sia Kakamoy, Peter Dawoh, Fernando Aguilo Martínez
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona
14. **El desafío de adaptar la estructura de costes a las organizaciones innovadoras. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid**
Raquel Ruiz Valiente, Eloisa Álvarez Giménez, Blanca Reneses Prieto,
Juan José López-Ibor Aliño
Hospital Clínico San Carlos
15. **Análisis de eficiencia del dispositivo de salud mental, unidad de media estancia (UME)**
Vicente Monteagudo Cárcel, Antonio Blanco Gómez, Carlos Monteagudo Pérez
Hospital de Albacete
16. **Experiencia de un hospital después de la integración en un proyecto de recursos compartidos**
Lluís María Maduell Folch, David Boleda Obiols, Elisabet Romero Álvarez,
M.ª Teresa Salvador Saigi
Instituto Catalán de la Salud
17. **Impacto presupuestario del tratamiento ambulatorio del AIT**
José Luis Navarro Espigares, Elisa Hernández Torres, María Antonia Padial Ortiz
Hospital Virgen de las Nieves

- 18. Análisis del gasto hospitalario con perspectiva de género**
José Luis Navarro Espigares, Elisa Hernández Torres, Carmen López López
Hospital Virgen de las Nieves
- 19. Importancia de la correcta codificación y su repercusión en la financiación hospitalaria**
Juan Emilio Uran García, Iván David Rodríguez Blanco, M.^a Dolores Sánchez Sánchez, Carmen Martínez Abellán, Tomás Murcia Alemán, José Antonio Visedo López, Manuel Alcaraz Quiñonero
Hospital Virgen de la Arrixaca
- 20. Repercusión de cambios normativos en materia de personal sobre la estructura del coste de suplencias en el Área 1 de atención primaria**
María Luisa Tello García, Mercedes Almazán del Pozo, Ana María Rodríguez de Lucas, Ana Sánchez-Crespo Urbina, Pedro Martín-Maestro Polo, Juan Carlos Ortiz Fuentes
Servicio Madrileño de Salud
- 21. Diversificación, estructura y métodos de los procesos en el departamento de contabilidad**
M.^a Luisa Tornero Molina, Ginés Guzmán Jara, Agustín Cascales Gómez, Carmen Martínez Abellán, José Antonio Visedo López, José Alcaraz Quiñonero
Hospital Virgen de la Arrixaca
- 22. La importancia de realizar un análisis coste-beneficio ante la decisión de externalizar un servicio hospitalario: el caso del servicio integral de lavandería del Complejo Hospitalario de Albacete**
María Oyos Vázquez, Justo Alberto Cubillana López, Santos González García, Antonio Blanco Gómez
Hospital de Albacete
- 23. Eficiencia e incentivos. Una aproximación mediante el análisis envolvente de datos**
Juan José Muñoz González, Eduardo González Fidalgo
Servicio Madrileño de Salud
- 24. Variabilidad de costes de episodios entre equipos de atención primaria**
Tomas Hernández de las Heras
Servicio Madrileño de Salud
- 25. Impacto del modelo de continuidad asistencial del SAS sobre costes de personal de la Unidad de Hemodinámica del Hospital Universitario Virgen del Rocío**
Manuel González Suárez, Alicia del Río Castillejo, Ángel Sánchez González
Hospital Virgen del Rocío
- 26. Acuerdos e incrementos retributivos posteriores a las transferencias del INSALUD. Análisis de la situación en un hospital público del Servicio Murciano de Salud**
María Ángeles Gamarra Olmedo, Josefa Cerezo González, Caridad Pacheco Martínez, Francisca López Martínez
Hospital Virgen de la Arrixaca

- 27. Sistemas de gestión de costes: de los presupuestos a la descomposición vectorial del grupo relacionado de diagnóstico**
Juan Gregorio González Pérez, Olga Martín Hernández, Isabel Aldecoa Hernández,
Juan Carlos Dueñas Puebla, Helidoro Blas Gutiérrez
Servicio Cántabro de Salud
- 28. Innovación para la disminución de los días de demora media en la tramitación de facturas: reducción de costes por pago de intereses**
Isabel Almagro Bello, Andrés Rabadán Asensio, Amaya Fortis Serra,
José Antonio Davín Jaén, M.^a Ángeles Prieto Reyes
Hospital de Puerto Real
- 29. Acción social: estudio comparativo 2000-2007. Cobertura, beneficiarios y coste económico en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia**
Manuela Blasco Galve, Broceño Almendros Alfonso, Rosa María Marín Meseguer,
Elena Sánchez Martínez, José Ruiz Nicolás
Hospital Virgen de la Arrixaca
- 30. Un modelo de referencia para la gestión integral del mantenimiento**
Adolfo Crespo Márquez, Mónica López Campos, Antonio Tomás Borja
Escuela de Ingenieros. Universidad de Sevilla
- 31. Impacto del Hospital Universitario Reina Sofía en la economía cordobesa**
María Josefa Tierno Alonso
Hospital Reina Sofía

Implantación de un procedimiento de solicitud de producto nuevo

Santos Florez EM, Parrado Cuesta MS
Complejo Asistencial de León

Introducción

Uno de los requisitos fundamentales de los sistemas de gestión de calidad es que las organizaciones tengan adecuadamente definidos y documentados sus procesos al objeto, entre otras cosas, de conocer no solo los Inputs y los Outputs del mismo, sino también los clientes, con sus especificaciones, parámetros de calidad y su costo. Paralelamente, cada proceso debe tener asignado un responsable de proceso.

Es necesario que la gestión por procesos se encuentre integrada y sirva como elemento de coordinación e integración entre las áreas administrativas y de asistencia sanitaria. Por ello, es fundamental el entrenamiento de las personas para el trabajo en equipo y el cumplimiento de los compromisos, tanto funcionales como organizacionales, en la gestión por procesos.

En este sentido, se hace necesario que las áreas de gestión económico-financieras de los centros dispongan de un mapa estratégico de procesos que, en el conjunto del hospital, estará integrado en el CMI organizacional.

La construcción de procesos gira en torno a la estrategia de la organización y la provee de un sistema de medida, otro de gestión estratégica y una herramienta de comunicación.

Material y métodos

La construcción del mapa de procesos de la Dirección Económico-Financiera implica identificar los procesos a construir, definir los servicios y/o productos e identificar a los clientes y sus necesidades, aplicando criterios de calidad y dentro del marco de la metodología EFQM.

Evidentemente, los procesos identificados son varios, si bien nosotros optamos por trabajar en uno de los procesos que resultaban más problemáticos en la gestión hospitalaria: la solicitud de producto nuevo (SPN).

Conscientes de que su implantación no dejaba de ser dificultosa por cuanto suponía un cambio en la cultura organizacional, tanto a nivel asistencial como en el área de gestión propiamente dicha, utilizamos los métodos que veremos a continuación.

Métodos

Herramientas de gestión:

1. Participación: de la Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Gestión y Dirección Gerencia, así como del personal de la Unidad de Compras que directamente participaría en la implementación del proceso.
2. Información: a las diferentes unidades asistenciales susceptibles de

utilizar el procedimiento a implantar.

3. Divulgación: darle la máxima difusión al procedimiento, de manera que en todo momento sea accesible por sus posibles usuarios.
4. Evaluación: se regula la periodicidad de revisión del proceso y se construyen indicadores que nos permiten evaluar y medir los resultados.

Ciclo PDCA de mejora continua:

1. Planificar: en esta fase, y una vez identificado el proceso a mejorar, recopilamos los datos necesarios sobre el mismo, analizándolos e interpretándolos al objeto de establecer objetivos de mejora.
2. Hacer: se elaboró un diagrama de Gantt para establecer el cronograma de las acciones realizadas, todas ellas adecuadamente documentadas. Durante esta fase se construyó y definió el proceso propiamente dicho; se construyeron indicadores y se asignaron responsabilidades.
3. Verificar: transcurrido un tiempo tras la implantación del proceso, se recopilamos datos para evaluar si realmente se había conseguido el objetivo propuesto.
4. Actuar: a la luz de los resultados obtenidos en la fase anterior, se propusieron las correspondientes acciones de mejora.

Resultados

Se llevó a cabo la documentación del procedimiento, para lo que se utilizó el modelo aprobado por el CALE para procesos y procedimientos de calidad, y que sigue las directrices marcadas

por la Junta de Castilla y León en este sentido.

Al objeto de reducir la variabilidad en el proceso, una vez elaborado el procedimiento, y aprobado en la Comisión de Dirección, se informó a todos los servicios de su existencia y se facilitó el acceso al mismo a través de la Intranet del hospital, permitiendo su cumplimentación directa en el documento descargado, aunque no el almacenamiento de los datos introducidos.

En la documentación del procedimiento se incluyeron indicadores de calidad que posibilitaran la monitorización del proceso y la consecuente explotación de datos y establecimiento de áreas de mejora.

Se construyeron los siguientes indicadores, con los resultados que se indican a continuación para el período comprendido entre el 1 de enero y el 15 de mayo de 2008:

- Porcentaje de productos nuevos autorizados:
 - Numerador: total de solicitudes de productos nuevos autorizados x 100.
 - Denominador: total de solicitudes de productos nuevos.
 - Resultado: 50,72%.
- Porcentaje de solicitudes de producto nuevo ajustada a procedimiento:
 - Numerador: total solicitudes de producto nuevo en formato informático x 100.
 - Denominador: total de solicitudes de productos nuevos.
 - Resultado: 46%.

- Porcentaje de solicitudes de producto nuevo autorizada en 2.ª instancia:
 - Numerador: total solicitudes de producto nuevo autorizadas en 2.ª inst. x 100.
 - Denominador: total de solicitudes de productos nuevos.
 - Resultado: 5%.

El procedimiento nos permitió realizar una gráfica de distribución del número de solicitudes de producto nuevo generadas por cada servicio. Del total de 24 servicios que remitieron la SPN, son tres los que mayor número de solicitudes envían. Creímos conveniente, por tanto, realizar con estas unidades una estadística de variabilidad en cuanto a la cumplimentación del proceso se refiere. Los resultados fueron:

- Neurocirugía:
 - N.º SPN: 9.
 - % SPN ajustadas al procedimiento: 55,55% (el resto en formato manual: 44,45%).
 - % SPN autorizadas en 1.ª instancia: 56%.
 - % SPN autorizadas en 2.ª instancia: 11%.
 - % total SPN autorizadas: 67%.
 - Principal defecto de forma en la SPN:
 - No indica a qué producto sustituye: 20%.
 - No contiene suficiente información: 60%.
 - Insuficiente: 20%.

- Traumatología:
 - N.º SPN: 8.
 - % SPN ajustadas al procedimiento: 25% (el resto se distribuye entre informático y manual: 66% y formato antiguo: 13%).
 - % SPN autorizadas en 1.ª instancia: 29%.
 - % SPN autorizadas en 2.ª instancia: 14%.
 - % total SPN autorizadas: 43%.
 - Principal defecto de forma en la SPN:
 - Caso puntual: 50%.
 - Totalmente insuficiente: 50%.

- Hematología:
 - N.º SPN: 8.
 - % SPN ajustadas al procedimiento: 25% (el 75% restante, en formato informático manual).
 - % SPN autorizadas en 1.ª instancia: 50%.
 - % SPN autorizadas en 2.ª instancia: 0%.
 - % total SPN autorizadas: 50%.
 - Principal defecto de forma en la SPN:
 - Campos vacíos.

Comparando los resultados obtenidos para los tres servicios con mayor número de SPN, vemos que el servicio de neurocirugía es el que mejores resultados ofrece por cuanto se produce una relación directa entre el porcentaje de

solicitudes debidamente cumplimentadas (caso de neurocirugía con un 55,55%) con su aprobación en 1.ª instancia (56% también para neurocirugía) y con el % total de SPN autorizadas (67% para neurocirugía), lo que parece lógico por cuanto la cumplimentación de todos los datos requeridos en la solicitud facilita la pronta gestión de la misma y una adecuada resolución y, por otro lado, se reduce considerablemente el tiempo transcurrido entre la petición y la resolución, puesto que no se hace necesaria una segunda tramitación.

Conclusiones

La adecuada gestión de los recursos obliga a la sistematización de los procedimientos y al cumplimiento de los mismos. Si queremos realizar una adecuada gestión del gasto se hace necesario disponer de datos que nos ayuden a mejorar la gestión que estamos llevando a cabo. En este sentido, el procedimiento elaborado para la solicitud de producto nuevo pretendía, por un lado, sistematizar y homogeneizar la variabilidad existente en dicho proceso, permitiendo que todas las unidades realizaran la solicitud de manera homogénea y, por otro, nos permitía recoger datos totalmente necesarios para la adecuada gestión del gasto.

A través de los datos recogidos, observamos que sigue produciéndose gran variabilidad en la cumplimentación del proceso; de hecho, solo el 46% del total de SPN se ajustan al procedimiento establecido, por lo que resulta evidente que esta se configura como un

área de mejora para la evaluación del próximo semestre. Esperamos que este porcentaje se vaya incrementando paulatinamente hasta llegar al estándar del 100%.

Bibliografía

- AENOR. Gestión de la calidad. Madrid; 2007.
- AA. VV. Indicadores de gestión para las entidades públicas. AECA. Documento n.º 16. Madrid; enero de 2000.
- Guinart i Solá JM. Indicadores de gestión para las entidades públicas. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá; 2003.
- Junta de Castilla y León. Trabajando con los procesos: guía para la gestión por procesos. Valladolid; 2004.
- Junta de Castilla y León. La evaluación de la calidad. Adaptación del modelo EFQM de la administración de la Comunidad de Castilla y León. Valladolid; 2004.
- Rodríguez Martínez A. El análisis económico-financiero de las entidades no lucrativas. Indicadores de gestión. Acciones e investigaciones sociales, 20. 2005. pp. 91-112.
- Rotger i Estapé JJ, Canela Campos MA. Gestión de la calidad. Una visión práctica. Barcelona: Beta Editorial, S.A.: 1996.

Automatización de procesos en la tramitación contable de facturas a partir de un registro digitalizado

Dueñas Puebla JC, Gonzalo Fernández FD, Noreña Valcárcel JI

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Introducción

Lejos está en la mente de los autores del presente trabajo la exposición de exclusivos y originales objetivos logrados. Más bien, supone la necesidad que se nos plantea de hacer partícipes, de compartir con otros centros de características parecidas, las grandes posibilidades de mejora en la calidad de procesos que se nos han abierto y, sospechamos, se nos seguirán abriendo a partir de la puesta en funcionamiento en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de un sistema de captura automática de documentos de facturas y albaranes, mediante un módulo de digitalización de los mismos. Dichas posibilidades se dan, en principio, en el proceso de tramitación contable de facturas, desde su registro, conciliación/conformación, tramitación contable y posterior inclusión en el documento de propuesta de pago correspondiente.

Partiendo de resultados inmediatos propios de la puesta en marcha de la digitalización de documentos, en cuanto a la no utilización de importante cantidad de material en soporte papel, se nos muestra la posibilidad de mejora en la calidad de los procesos mediante la captura de datos de forma automática, que minimiza en gran medida los posibles errores que puedan aparecer por la acción humana. En principio, esta mejora se enmarca en la línea directa que une registro y propuesta de pago de las facturas, pero también empeza-

mos a observar las importantes posibilidades de mejora que se nos van abriendo en líneas colaterales al proceso antes mencionado, a partir de la captura de datos contables contenidos en las facturas, como, por ejemplo, la automatización en la captura de datos utilizables para el cálculo de costes en contabilidad analítica, facturación de terceros, etc.

Material y métodos

La solución está compuesta de los siguientes módulos:

1. Estación de registro de facturas: compuesta de un PC que se conecta en modo emulación de terminal al servidor central de gestión económica, soportado en un servidor central sobre una base de datos relacional *INFORMIX-On Line Dynamic Server*, gestionada por un aplicativo basado en lenguaje de cuarta generación 4GL y una etiquetadora de transferencia térmica.

Función: en este puesto se reciben y clasifican las facturas que llegan al hospital de los proveedores, y por cada factura se le asocian dos etiquetas: una etiqueta de código de barras que contiene los datos referentes al código de proveedor emisor de la factura, fecha de entrada y n.º de entrada; y otra etiqueta con los datos contables (toda esta información se puede extraer de la

base de datos del servidor central arriba referenciado a través del número de pedido del hospital que figura en la factura). Tras la confirmación e impresión de estas etiquetas los datos contenidos en ellas se almacenan en el sistema central de información contable del hospital, conformando lo que llamamos registro de entrada de facturas.

2. Módulo de digitalización: compuesto de dos puestos de digitalización con sus respectivos scanners, y *software* de escaneo y reconocimiento de imágenes (uno situado en el servicio de gestión económica para la digitalización de facturas, y otro en el almacén general para la digitalización de los albaranes de entrada), así como del *software* de gestión de las imágenes. Las imágenes de las facturas se digitalizan en blanco y negro, con formato TIFF grupo de compresión IV, y con una resolución de 300 DPI.

Función: de esta forma se realiza la transferencia de soporte papel a imagen digitalizada y, a su vez, captura y guarda de manera asociada a la imagen aquellos datos a utilizar en los módulos posteriores (proveedor, NIF, fecha factura, importe, etc.), a la espera de su validación.

3. Módulo de validación: compuesto de ocho puestos de validación (seis en el servicio de gestión económica, y dos en el almacén general).

Función: desde estos puestos se muestran los datos asociados a cada uno de los tipos documentales definidos, facturas y albaranes, y se valida la información extraída desde el módulo de digitalización, para una vez completada la validación de las mismas, arrancar automáticamente un módulo de transferencia,

que es el encargado de alimentar el sistema de información contable, almacenado sobre una base de datos *INFORMIX-On Line Dynamic Server*, almacenar la imagen digital de la factura o el albarán, alimentando el archivo digital de facturas y albaranes, e indexar la información asociada a las mismas en un gestor documental IBM Content Manager, soportado sobre una base de datos DB2 de IBM.

4. Módulo de control de calidad: permitirá gestionar aquellos documentos que durante su proceso de transferencia al gestor documental y/o al sistema de información contable del hospital generan algún tipo de error.
5. Módulo de gestión y consulta del archivo digital: permite la consulta y gestión desde una aplicación en entorno Web con protocolo "https" de las imágenes y datos asociados a las mismas.
6. Módulo de petición de conformidad de facturas a servicio responsable. Desde el entorno Web de gestión y consulta de facturas se envían las imágenes de las que necesitan de conformidad por parte de un servicio por correo electrónico (aplicación en JAVA), para que al abrir la imagen en miniatura adjuntada en el correo, se abra sobre un navegador una página "HTML" que visualiza la factura, y permite validarla para que se envíe al pago o, por el contrario, sea rechazada, motivando dicho rechazo en un cuadro de diálogo para tal fin.

Resultados

Los resultados los podríamos agrupar en dos grandes apartados por su naturaleza:

1. Mejoras directas e inherentes a todo proceso de digitalización de documentos, tanto de albaranes como facturas. Este grupo de mejoras se puede considerar cerrado, al haberse cumplido los objetivos primarios en la introducción de un proceso de digitalización.
 - Ahorro de volumen necesario para archivo de documentos, siempre deficitario en todos los edificios públicos. Hablamos de cantidades en torno a 45.000 copias de facturas/año y 100.000 albaranes, suponiendo un ahorro en volumen de aproximadamente 5,60 metros cúbicos.
 - Rapidez y seguridad en la consulta directa, vía gestor de documentos, de las facturas y albaranes desde el propio puesto de trabajo.
2. Mejoras derivadas de la captura digitalizada de datos que posibilitan áreas de mejora en procesos. Este no es un área cerrada ni mucho menos, pues a los resultados que a continuación apuntamos se añaden continuamente nuevas áreas de mejora posibles.
 - Nuevo diseño en el registro de facturas del centro, desechando el doble registro existente hasta ahora (general y contable, ambos manuales) por una estación única de registro, donde se "acuña" una etiqueta con código de barras que alimenta al sistema de los datos a incorporar de manera automática en los procesos siguientes.
 - Carga automática de datos en el registro contable de facturas, dentro del sistema contable del centro, en el proceso de digitalización del documento.
 - Vuelco automático del resto de datos contables incluidos desde la estación de registro, evitándose de nuevo su introducción manual, con gran rapidez y calidad en la consulta y comprobación en el correcto tratamiento de los datos.
 - Gran ahorro de tiempo necesario en la comprobación de recepción de material (con la posibilidad de visualización digital del albarán) y, sobre todo, en la conformidad por los servicios responsables de facturas por servicios recibidos, mediante comunicación en ambos sentidos por correo electrónico, incluyendo imagen del cargo a conformar.
 - Posibilidad de captura de conceptos económicos a utilizar por otras áreas del hospital, como la captura automática de facturas ya cargadas por previsión en la contabilidad analítica, posible identificación de facturas conteniendo conceptos facturables a terceros (implantes, pruebas diagnósticas y terapéuticas, etc.).

Conclusiones

La infinidad de posibilidades que nos brindan las nuevas tecnologías en sistemas de la información nos permiten realizar la reingeniería de antiguos procesos en el ámbito de la administración que se encuentran en la actualidad ya superados, ofreciendo a su vez respuestas más rápidas, seguras y eficaces, tanto a nuestros proveedores como a nuestros clientes, tanto internos como externos. A esto se añade una mayor economía en los tiempos y recursos empleados, con lo que nos acerca, un poquito más, a esa panacea perseguida por toda organización que se precie, como es la consecución.

Reducción de estancias hospitalarias mediante el proceso de control de demora en pruebas de pacientes de unidades de hospitalización

Conesa Hernández A, García González ÁL, Salinas Escolar MR, Conesa Pallares FJ, Schmidt Fernández G, Martínez Montoya JA, Cardos Fernández R, Bonet Conesa CF, Montalbán Romero Socorro E
Hospital Universitario Santa María Rosell

Introducción

Durante el año hay momentos de gran presión asistencial, esto conlleva una sobrecarga en los servicios centrales, sobre todo en los destinados a técnicas de imágenes.

Por otra parte, hay un porcentaje de pacientes que en ocasiones están pendientes de su alta, solo a falta de hacerles una técnica (prueba prealta), habiendo ya pasado el proceso agudo que motivo su ingreso en nuestro hospital.

Si añadimos a esto los periodos vacacionales, las agendas de pruebas de periodicidad semanal, nos encontramos un alto número de estancias innecesarias y un consumo de recursos importante.

Con el fin de tender a la eficiencia y al máximo aprovechamiento de nuestros recursos y así garantizar a nuestro usuario una atención más ágil, durante el año 2007 la Dirección del hospital puso en marcha el Proceso de Control de la Demora de Pruebas Complementarias incluido dentro del Plan de Agilización de Altas.

Se planteo la reingeniería del proceso, es decir la creación y diseño de un proceso de control y gestión de la realización de las pruebas de forma que consigamos el objetivo de responder tanto a las demandas de nuestros profesionales como de nuestros pacientes.

Objetivos

El Proceso de Control de la Demora de Pruebas Complementarias tiene como uno de sus principales objetivos el agilizar y facilitar el paso del usuario por nuestro hospital.

- Favorecer la dinámica del alta del paciente.
- Disminuir el número global de días de hospitalización.
- Aumentar el índice de rotación de camas.
- Mejora de rendimientos económicos del hospital.
- Captura de pruebas con demora mayor de cuatro días.
- Gestión interna/externa de la demora.
- Gestión prueba prealta.

Material y métodos

El estudio se inició tratando de identificar las causas que generan el aumento de las estancias evitables por demoras en la realización de pruebas.

Se identifican las causas previsibles usando un diagrama causa-efecto.

Para trabajo de campo se generó una matriz que sirviera para capturar aquellas pruebas que estaban pendientes en las unidades de hospitalización.

Posteriormente, se diseñó un diagrama para el seguimiento de las pruebas, estableciéndose tres tipos de pruebas en función de su relevancia: prueba prealta, influyente en el curso clínico, no influyente.

Esta labor se realizó coordinada entre la Dirección de Enfermería, Coordinación de Altas y Jefatura de Admisión.

En aquellas pruebas cuya realización excedía en más de cuatro días se procedió a su valoración y gestión para la realización en tiempo adecuado.

Hay algunos casos en que los servicios centrales de nuestro hospital no pueden asumir la realización de la prueba.

En estos casos, si la externalización de la misma no supone riesgo alguno para la salud del paciente y la prueba reúne todas las garantías de calidad, se ha procedido a la realización de las mismas en los centros concertados del hospital.

Indicadores:

- Pruebas con demora mayor de cuatro días.
- Pruebas prealta. Prueba que se gestiona y realiza en ese mismo día y supone, una vez hecha, el alta del paciente.
- Pruebas de gestión en 24 horas. Prueba prealta o importante en el diagnóstico y evolución del paciente que se gestiona para el día siguiente.
- Pruebas de gestión en 48 horas. Prueba prealta o importante en el

diagnóstico y evolución del paciente que se gestiona en 48 horas.

- Reducción días de estancia hospitalaria. Días de hospitalización que se evitan al paciente en base a la realización anticipada de la prueba.

Resultados

La importancia de este objetivo se comprende cuando se comprueba que la mayoría de las pruebas prealta suponen el alta en esa misma mañana y su no realización en el caso de los viernes supone la permanencia del enfermo todo un fin de semana en la unidad de hospitalización a expensas de su realización el lunes o martes siguiente.

La relación de captura de pruebas con demora de más de cuatro días va en estrecha relación con la ocupación de nuestro hospital, alcanzando también un pico en el periodo vacacional. La actividad de captura de pruebas con más de cuatro días de demora para pacientes hospitalizados ha sido un total de 608 pruebas complementarias.

- En 73 pacientes se hicieron pruebas prealta, siendo alta en ese mismo turno de mañana, dejando disponible su habitación para otro paciente.
- En 39 pacientes la técnica se les adelantó al día siguiente, lo cual fue importante en algunos casos para su diagnóstico o para su alta, este dato no está cuantificado.
- En 27 pacientes su demora se pudo reducir a 48 horas.
- En el resto de pacientes se buscó la agilización de sus pruebas.

De la gestión de todas estas pruebas se consiguió en total una reducción de

213 estancias hospitalarias, en su mayoría orientadas al alta del paciente.

La estancia/día en Unidad de Hospitalización Médica se estipula según la orden de 17 de mayo de 2007 de la Consejería de Sanidad de Precios Públicos a aplicar por el Servicio Murciano de Salud en 526 euros (Código A.1.3) y 636,92 euros en la Unidad de Hospitalización Quirúrgica (Código A.1.7).

En nuestra casuística la mayoría de las peticiones de pruebas, proceden de Unidades de Hospitalización Médicas. Hemos cogido este valor aunque sea solo un "valor de referencia".

La reducción de estancias hospitalarias mediante el proceso de control de demora en pruebas de pacientes de unidades de hospitalización ha supuesto un ahorro de 112.038 euros al hospital.

En cuanto a los recursos demandados por los facultativos, las técnicas de imágenes TAC (195) y RMN (220) destacan sobre las demás pruebas.

Conclusiones

Es preciso contar con herramientas de gestión que permitan la implantación de la estrategia y la gestión diaria de los centros.

Una política clara de orientación al cliente-paciente y un modelo de asistencia adecuado a las necesidades de

la población son dos aspectos fundamentales a tener en consideración. La atención sanitaria se ha de basar en principio de excelencia.

Para ello se ha de garantizar la continuidad de la atención entre los diferentes ámbitos de la misma. Los modelos asistenciales se han de diseñar pensando en estos principios, lo cual requiere realizar cambios en las estructuras tradicionales y, además, provocar un cambio cultural que permita asumir las nuevas competencias necesarias a todos los profesionales implicados.

Es preciso adaptar las infraestructuras e instalaciones (en especial RMN, TAC) a las necesidades, así como potenciar la incorporación de las nuevas tecnologías de información y comunicación entre los profesionales implicados.

El Proceso de Control de la Demora de Pruebas Complementarias se ha mostrado como una herramienta útil para agilizar y adecuar la asistencia que presta nuestro hospital al mismo tiempo que mejora la gestión de recursos tendiendo a nuestra excelencia.

Esta herramienta en estos momentos esta en fase de evaluación de resultados.

Como toda herramienta de gestión de cambio está sometida a un proceso de mejora continua con el desarrollo de acciones de ajuste y mejora sobre el proceso.

Elaboración del sistema de cuentas de salud de la Comunidad Autónoma de Canarias a partir del sistema de información cantonera, años 2005-07

Olmedo Guerrero JL, Hernández Díaz JA
Servicio Canario de la Salud

Introducción

En las VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios presentamos la comunicación titulada "Modelo teórico para la utilización del sistema de información cantonera del Servicio Canario de la Salud en la aplicación del sistema de cuentas de salud de la OCDE".

Como se indicó en aquella ocasión, esta nueva estadística llega a niveles de detalle que la contabilidad presupuestaria es incapaz de alcanzar.

Con la presente comunicación se pretende exponer la materialización de aquel modelo. No solo se aportan los datos de gasto sanitario del Servicio Canario de la Salud de acuerdo con la clasificación del sistema de cuentas de salud para los años 2005 a 2007, sino que se presenta un análisis comparado entre Canarias y España referido al año 2005.

Material y métodos

Como señalaba en la anterior comunicación, el sistema de cuentas de salud presenta una estructura tridimensional del gasto en salud aportando información en relación con las funciones de atención de salud (qué tipos de servicios se ofrecen y qué tipo de bienes se compran), proveedores de servicios sanitarios (qué agentes producen el gasto) y agentes financiadores.

Mediante el sistema de información cantonera se da respuesta a las dos primeras dimensiones, dado que la tercera se sitúa en el ámbito de la macrogestión (financiación sanitaria, fuentes de financiación y ente financiadora).

La obtención del SCS se basa en la información de costes suministrada por cantonera y referida tanto al ámbito de la asistencia especializada como al de la atención primaria, siendo el tratamiento de los datos diferente en uno y otro nivel asistencial.

Así, desde el punto de vista de los agentes que producen el gasto hemos diferenciado básicamente tres grandes proveedores: hospitales, centros de atención especializada y centros de atención primaria (incluyendo consultorios locales).

En el ámbito de la atención especializada (hospitales y centros de atención especializada) se procedió a la codificación anual de los grupos funcionales homogéneos (GFH's) finales y de los intermedios que se detallan más adelante conforme a la estructura del SCS hasta el tercer nivel de desagregación del referido sistema y añadiendo un cuarto nivel en algunos casos determinados. Al tratarse de una estadística "en construcción" y de acuerdo con los trabajos que se desarrollan conjuntamente con el Ministerio de Sanidad y Consumo, se han extraído de los GFH's finales los costes relativos a laboratorios clínicos, diagnóstico por imagen,

dispensación de medicamentos a pacientes y dispensación de productos sanitarios a pacientes, diferenciando los costes asociados a los pacientes ingresados de los costes asociados a la atención ambulatoria.

En el campo de la atención primaria de salud, primeramente se extrajeron de los GFH's finales de este nivel asistencial los costes relativos a laboratorios clínicos, diagnóstico por imagen, dispensación de medicamentos a pacientes y dispensación de productos sanitarios a pacientes, para posteriormente, y mediante consulta al Servicio de Primaria de la Dirección General de Programas Asistenciales, proceder a la asignación al resto de costes según GFH de los códigos del SCS hasta el tercer nivel de desagregación.

En este apartado, se hará referencia al proceso de automatización que se está desarrollando en la obtención de estos datos, que permitirá garantizar la homogeneidad de criterios en la elaboración de esta estadística a lo largo del tiempo.

La información de costes aporta la estructura porcentual que fue posteriormente aplicada al dato de gasto en el correspondiente nivel asistencial.

Por otra parte, con la finalidad de completar la totalidad de campos de esta estadística, los datos referidos a gastos de administración (Consejería y Servicio Canario de la Salud), transporte sanitario, ayudas para prótesis y aparatos terapéuticos, salud pública, y gastos en funciones relacionadas con la salud (formación de capital, investigación,

formación del personal sanitario, etc.). Se han obtenido directamente de la estadística de gasto sanitario público –cuenta satélite del gasto sanitario– (contabilidad presupuestaria).

Resultados

Se presentan, en primer lugar, los datos de gasto sanitario público de Canarias según la estructura del SCS referidos al periodo 2005-07.

En segundo lugar, se presenta un análisis comparado de estructuras del gasto sanitario público de Canarias y de España (facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo), referido al año 2005.

Conclusiones

El sistema de información cantonera ha sido clave en el proceso de elaboración del sistema de cuentas de salud en Canarias, confirmando las expectativas en él depositadas.

La elaboración de esta nueva estadística se configura como fundamental en el proceso ya iniciado por la propia OCDE de relacionar los datos de gasto conforme a la estructura del sistema de cuentas de salud con los datos sobre recursos, actividad y resultados en salud. Los procesos de *benchmarking* internacional e interregional deben tender cada vez más al análisis, tanto de lo que cuesta lo que se hace como de lo que se aporta en resultados sobre la salud de la población.

Mejoras en la gestión de atención a proveedores mediante su automatización vía e-mail

Gutiérrez Ardoy MF, Garvi Jiménez A, Cubillana López JA, Piqueras Panadero R
Hospital de Albacete

Introducción

El objetivo de este trabajo es buscar fórmulas de gestión ofrecidas a los proveedores cuando se dirigen al Departamento de Gestión Económica para realizar cualquier consulta. Se pretende facilitar a los mismos la consulta vía correo electrónico (e-mail), usando la misma tecnología en la respuesta. En definitiva, se trata de mejorar la calidad y agilidad de las respuestas ofrecidas a los proveedores frente a las consultas realizadas sobre estados de pagos, reclamaciones y/u otras consultas, descongestionando la carga de trabajo.

Material y métodos

- Programas informáticos de gestión económica (HP-HIS).
- Microsoft Outlook.
- Análisis de las necesidades para el diseño de la herramienta informática que permita el seguimiento de las peticiones de información.
- Programa propio diseñado e implementado de captura automática de información ROSE.
- Mailing a todos los posibles usuarios con información de la nueva forma de consulta y solicitando sus direcciones de correo y persona de contacto para alimentar la base de datos necesaria.

- Carga de los datos recibidos en el programa de gestión HP-HIS.

Resultados

- Eliminación de envío y archivo de cartas de comunicación de pagos a proveedores, sobre una media mensual de 600 documentos.
- Tiempo de respuesta de solicitud de documentación por parte de los proveedores, realizándose en el día; no monitorizado en los años anteriores.
- Minoración de tiempo en la reclamación de facturas de albaranes pendiente de conciliar, pasando de una semana a dos días.
- Minoración de tiempo en la resolución de incidencias de 16 días de media a 9.11, además de que el envío es a través de e-mail y no por correo ordinario.
- Ahorro en consumo de papel de impresora, al no enviar la documentación por fax o correo.

Conclusiones

Gracias a la incorporación de nuevas tecnologías como el correo electrónico (e-mail), se ha conseguido mejorar la gestión de atención a proveedores, incrementando la calidad de este servi-

cio, mejorando la imagen hacia el exterior, así como la optimización de los recursos humanos y materiales. Es un ejemplo más de aplicar la mejora continua en los departamentos de gestión

económica, donde la revisión de los procesos y la incorporación de pequeños avances ligados a las nuevas tecnologías nos proporcionan grandes beneficios.

Implantación de un sistema integral de monitorización de la adecuación de consumos: resultados tras dos años de experiencia

Muñoz Mella MA, Pimentel Alonso A, Groba Pérez F
Hospital Povisa

Introducción

Los sistemas tradicionales de gestión han buscado en todo momento la mejora de todos aquellos aspectos logísticos que garantizaran el abastecimiento de consumibles en la calidad, cantidad, momento y lugar requerido por los consumidores internos y externos del hospital. Todos los avances conseguidos se han traducido en ahorros de costes importantes y evidentes mejoras en la calidad del servicio prestado a los pacientes.

En el entorno actual ya no llega con hacer las cosas "bien", hay que hacerlas "bien con el menor consumo de recursos", es decir, no es suficiente con ser eficaces hay que ser eficientes.

La tendencia a seguir es la puesta en práctica de sistemas de gestión que faciliten la reducción de los costes sanitarios y la implantación de mecanismos que promulguen el uso racional de los mismos.

Hasta la fecha, la mayor parte de los proyectos de mejora en los flujos logísticos se han enfocado hacia la optimización del aprovisionamiento, el nivel de stock y su distribución hacia los focos de consumo dentro del hospital. En el Hospital Povisa hemos querido dar un paso más allá en busca de la excelencia y, además de haber conseguido en una primera fase notables mejoras en estos aspectos, hemos desarrollado e implementado un sistema

integral de monitorización de la adecuación de consumos, con elaboración de estándares específicos, que ha supuesto una notable reducción de costes.

Material y métodos

Primera fase: reingeniería de los flujos logísticos: Control del stock existente (niveles de fiabilidad de inventario en plantas en torno a un 95%).

- Nivel de stock ajustado a necesidades de consumo (incremento de rotación del inventario).
- Optimización del espacio.
- Mejora de la facilidad de localización de los artículos.
- Reducción de los costes de gestión.
- Reducción de roturas de stock y urgencias.
- Mejora de la gestión de caducidades y obsolescencias.

Segunda fase: establecimiento de un sistema integral de monitorización de la adecuación de consumos con estándares específicos.

Elementos:

- Establecimiento de un sistema de monitorización de indicadores de

consumo de fungible, en unidades por estancia y coste por estancia.

- Establecimiento de un sistema de información que, de manera sistemática, alimenta el sistema de toma de decisiones en dos niveles:
 - Nivel operativo.
 - Nivel estratégico.

El seguimiento mensual de los indicadores permite la identificación de desviaciones y la adopción inmediata de acciones de mejora. La eficacia de las medidas correctivas adoptadas es evidenciada en las siguientes mediciones.

Los indicadores diseñados permiten la medición del consumo en función de la actividad en las unidades de hospitalización. La obtención de datos relativos y no absolutos facilita el posterior análisis, ya que las fluctuaciones de actividad no desvirtúan el valor del ratio calculado.

La definición de objetivos claros y medibles permite el establecimiento de criterios de evaluación y pautas de mejora. Los objetivos se han establecido en base al análisis del histórico de consumo, determinando estándares de cumplimiento. En paralelo a la definición de estándares, se ha llevado a cabo un importante trabajo en la formalización de protocolos de actuación en las unidades de hospitalización. El seguimiento de los protocolos favorece la consecución de los estándares establecidos.

Una vez establecido el mapa de indicadores y la definición de los estándares para cada uno de ellos, el siguiente paso fue el diseño de una herramienta de explotación de los mismos. En Povisa se optó por la configuración de dos cuadros de mando, uno a nivel operativo y otro a nivel estratégico que ali-

mentan al sistema de toma de decisiones.

La potencia de la estructura integral diseñada permite la detección inmediata de desviaciones en el consumo. Si un análisis posterior de las mismas pone en marcha un plan de acciones correctoras, la eficacia de las medidas adoptadas es evidenciada en la siguiente medición. Los datos se explotan con una periodicidad mensual.

Resultados

- En febrero de 2008 se consiguen alcanzar los estándares de consumo de fungible para todas las áreas de hospitalización. Esto ha supuesto una reducción de consumo en torno al 15% en importe.
- Bloque quirúrgico:
 - Identificación del coste real por intervención para las intervenciones que suponen un 85% del coste total en fungible. Esto permite el establecimiento de estándares por intervención que facilitará el seguimiento de la adecuación de los consumos.
 - Identificación de artículos específicos por intervención:
 - Reducción del *stock* de los mismos.
 - Reposición en base a programación quirúrgica.
 - Reducción de artículos a pedir manualmente y automatización de la reposición de los mismos (reducción de cargos directos).
- Identificación en UCI de estándares de consumo por perfiles de paciente.

Conclusiones

El establecimiento de un sistema de monitorización con estándares de consumo para cada unidad de producción, asociado a la reingeniería de flujos lo-

gísticos y el seguimiento mensual de las posibles desviaciones, genera eficiencia tanto en términos de adecuación de consumo como en optimización de costes.

Muñoz Mella MA, y cols. Implantación de un sistema integral de monitorización de la adecuación de consumos: resultados tras dos años de experiencia

Revisión de planteamientos de externalización: análisis de un caso

Blanco Gómez A, González García S, Hoyos Vázquez M, Cubillana López JA
Hospital de Albacete

Introducción

La externalización de servicios, herramienta de gestión asentada en el ámbito privado y en gran medida en el público, exige en sus planteamientos y desarrollo cumplir una serie de estándares, sin los cuales los resultados se alejan de la bondad que se pregona sobre la aplicación de la misma. El presente trabajo se plantea como objetivo contrastar para un caso real (la emisión de una norma sobre fomento de estabilidad en el empleo y establecimiento de otras medidas de tipo social y medioambiental en la contratación de una comunidad autónoma) si los estándares citados se cumplen para la contratación de servicios en el ámbito público en un marco legal determinado.

Presentación del caso

El objetivo enunciado para este trabajo se concreta en el análisis de los contenidos de la Instrucción del Consejo de Gobierno de 1 de abril de 2008 sobre fomento de estabilidad en el empleo y establecimiento de otras medidas de tipo social y medioambiental en la contratación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y en el efecto que su aplicación puede tener en la externalización de uno de los servicios a la que es aplicable: la limpieza. En concreto, en relación con los parámetros con que este servicio se desenvuelve en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Material y métodos

Para contrastar la hipótesis planteada se resumen, en primer lugar, las ventajas teóricas de la externalización: mayor eficiencia y eficacia (reducción de costes, transformación de la estructura de costes) mayor flexibilidad, facilidad para introducir innovaciones, especialización, menores conflictos de personal directos, etc. En base a cada una de ellas se analizan los siguientes documentos:

- Norma legal citada.
- Convenio colectivo del centro.
- Pliegos de cláusulas aplicados en la contratación del servicio.

Además, se analiza la evolución en los últimos años de diversas cifras: salarios, plantillas, índices de absentismo y otros, tanto respecto al contrato específico como en las categorías de trabajadores equiparables en el ámbito público.

Resultados

Los análisis realizados arrojan los siguientes resultados:

- No se observa en el caso planteado una reducción de costes, sino todo lo contrario.
- Evolución de plantillas similar al ámbito público.

- Inexistencia de flexibilidad en la contratación, explicada básicamente por la subrogación obligada. Como consecuencia, consolidación de puesto de trabajo en el ámbito público sin cumplir los requisitos de idoneidad, equidad y transparencia.
- Niveles de absentismo similares.
- Pérdida en alguna medida de la cláusula de riesgo y ventura por parte del contratista.
- Dificultades de control por parte del organismo público de las variables que afectan a la prestación del servicio.

Conclusiones

Los resultados obtenidos nos permiten extraer las siguientes conclusiones:

1. La aplicación de cualquier herramienta de gestión exige su adaptación previa al ámbito a que se quiere aplicar.
2. En el caso estudiado la externalización genera más inconvenientes que ventajas.
3. En casos como el planteado y para servicios externalizados desde hace tiempo quizá la mejor medida de gestión sea una internalización de los mismos.

Presupuesto operativo por unidad de gasto en la gestión de personal

Ferrer de Couto de los Ríos MJ, Martínez Jiménez MM, Valverde Alcalá EM, Cuesta Escosca JR, Correa Martínez M
Hospital de Valme

Introducción

Con el objetivo de garantizar la convergencia presupuestaria y optimizar los procedimientos económicos administrativos, en el año 2004 surgió en el seno de la Dirección Económico-Administrativa la idea de crear un circuito telemático, que permitiese una gestión presupuestaria del capítulo I del centro por parte de la Subdirección de Personas y las direcciones y unidades de gestión existentes. La primera versión del programa fue puesta en marcha a comienzos del año 2005.

Desde finales del año 2007, y ante el gran desarrollo alcanzado por la aplicación, surge una segunda fase de desarrollo del proyecto, que, una vez analizada la repercusión y utilidades desplegadas por aquella, amplía su ámbito tanto en cuanto a las unidades de gasto existentes hasta el momento, como en lo concerniente a los conceptos presupuestarios inicialmente previstos por la misma.

Por ello se inicia un proceso de reingeniería de la aplicación a fin de adaptarla a los nuevos requerimientos.

Material y métodos

El elemento en base al cual gira el proyecto, es un modelo objetivo de asignación presupuestaria a las distintas unidades del centro que se materializa través de una aplicación creada

al efecto, ubicada en la intranet del hospital.

En una primera fase de desarrollo, el presupuesto para la contratación de personal temporal en cada una de las mencionadas unidades de gasto, se basó en un análisis retrospectivo de su histórico de gasto de los tres años inmediatamente anteriores.

La segunda fase supera el modelo anterior, acudiendo a un criterio objetivo de asignación presupuestaria, basado en datos cuantitativos de plantilla y de actividad planificada.

La grabación de una propuesta genera automáticamente un gasto sobre dicho presupuesto, calculado instantáneamente por la aplicación, multiplicando el número de días de duración de la contratación por un precio/día para cada categoría profesional.

En el caso de las sustituciones cuya fecha fin es inicialmente desconocida, el gasto mencionado se compromete hasta final del ejercicio presupuestario.

El usuario puede conocer en el mismo momento en el que elabora una propuesta, el coste que la misma va a suponer a su unidad, pues el mismo aparece indicado al pie de pantalla una vez introducidos los datos.

A fin de dar cumplimiento al objetivo de la convergencia presupuestaria, la aplicación se diseña de modo que no

permita evolucionar una propuesta de contratación cuando la unidad proponente haya agotado su presupuesto, cumpliendo así, con el importante objetivo del control presupuestario.

En todo momento la aplicación permite a todos los usuarios la consulta y explotación de los datos concernientes a su presupuesto inicial, su evolución durante el ejercicio y la posible desviación.

Resultados

Los objetivos que desde el inicio del proyecto estuvieron presentes en la idea y que se han materializado en su desarrollo, se pueden sintetizar conforme a la siguiente estructura:

- Garantizar el cumplimiento presupuestario.
- Corresponsabilizar a las distintas unidades de gasto en la contratación de personal y toma de decisiones presupuestarias en el marco conjunto del centro.

- Mejorar los circuitos de comunicación interna en el centro.
- Dejar constancia telemática de las peticiones, costes, evolución presupuestaria... que permita su trazabilidad, así como la explotación y posterior análisis económico.

Conclusiones

La implantación y desarrollo del proyecto ha generado en el centro la cultura de:

- Establecer un modelo convergente desde el punto de vista presupuestario.
- Ceder la toma de decisiones de contratación con el límite que establece el presupuesto.
- Corresponsabilizar a las distintas unidades gestoras.
- Ampliar la descentralización a mayor número de unidades.

Gestión eficiente de la energía en un centro hospitalario: uso de energía solar y biomasa

Fernández González Á, Pérez Rodríguez RS, Suárez González TV, Roibás Valdés A, Fernández Orviz F

Hospital del Oriente de Asturias

Introducción

El Hospital Comarcal del Oriente de Asturias ha llevado a cabo desde el año 2005 una política de adaptación de sus infraestructuras para llevar a cabo el proceso asistencial con la mayor eficiencia energética, es decir, con el mínimo gasto posible y utilizando en la medida de lo posible las energías respetuosas con el medio ambiente.

En este sentido se acudió a diversos expertos en esta materia, como la Fundación Asturiana de la Energía, para obtener asesoramiento y poder desarrollar el plan con las mayores garantías.

En la presente comunicación, en primer lugar se analizan las gestiones realizadas para concretar el plan de incorporación de energías alternativas, dejando para un segundo apartado el análisis de los consumos de gasoil (combustible mayoritario antes de la introducción de los nuevos sistemas energéticos), pudiendo observar su reducción paulatina. Por último, en el apartado de conclusiones se explican con mayor detalle los resultados obtenidos.

Material y métodos

Para ejecutar el plan establecido por la Dirección, se valoró la posibilidad de solicitar subvenciones para la ejecución

de los programas de la Consejería de Industria del Principado de Asturias para el fomento del uso de energías alternativas, así como las ayudas, tanto en subvenciones como en créditos oficiales, fomentados por el Instituto para la Diversificación y el Ahorro Energético (IDAE).

Una vez conocidos los importes estimados a subvencionar, así como el montante de los créditos que ayudasen a la ejecución de la inversión, se decidió ejecutar las obras:

- Año 2005: instalación de 225 m² de paneles solares térmicos para agua caliente sanitaria y apoyo a calefacción. Instaladas en el mes de enero.
- Año 2008: instalación de una caldera de biomasa de 465 kw de potencia, para sustituir el gasoil por biomasa, principalmente huesos de aceituna, pellets o residuos forestales. Situada en el área de Consultas Externas. Instaladas en el mes de enero.

Resultados

Los consumos a analizar incluyen un detalle de los últimos 5 años. Para poder comparar y observar mejor la evolución se han incluido los datos desde enero hasta mayo, ya que son los meses en que han estado funcionando tanto las placas solares, como la caldera de biomasa.

Tabla 1. Hospital

Mes	2004	2005	2006	2007	2008
Enero	18.100	20.039	20.375	19.984	16.608
Febrero	18.900	18.100	18.000	13.665	12.217
Marzo	18.750	16.300	11.782	14.211	9.881
Abril	13.050	9.483	10.271	8.468	6.097
Total	68.800	63.922	60.428	56.328	44.803

Tabla 2. CCEE

Mes	2004	2005	2006	2007	2008
Enero	5.026	6.750	7.430	6.301	4.162
Febrero	4.929	6.650	5.620	4.386	2.356
Marzo	4.349	5.380	4.300	3.529	2.158
Abril	3.022	3.022	1.929	3.106	1.141
Total	17.326	21.802	19.279	17.322	9.817

Tabla 3. Total

Mes	2004	2005	2006	2007	2008
Enero	23.126	26.789	27.805	26.285	20.770
Febrero	23.289	24.750	23.620	18.051	14.573
Marzo	23.099	21.680	16.082	17.740	12.039
Abril	16.072	12.505	12.200	11.574	7.238
Total	86.126	85.724	79.707	73.650	54.620

Una vez conocidos los consumos, se deben de comparar con la estimación del tiempo de amortización estimado para ambas inversiones, que se resume en las siguientes líneas:

– **Placas solares:** inversión total: 191.795 euros.

- Subvención Consejería de Industria del Principado de Asturias: 46.933 euros.
- Subvención Instituto de Diversificación y Ahorro Energético (IDAE): 48.600 euros.
- Crédito ICO-IDAE: 81.000 euros.
- Resto de dinero a aportar por el hospital: 15.262,06 euros.

- Tiempo estimado de retorno de la inversión: 6,7 años.

– **Biomasa:** inversión total: 185.000 euros.

- Subvención Consejería de Industria del Principado de Asturias: 68.977 euros.
- Crédito Instituto de Diversificación y Ahorro Energético (IDAE): 90.000 euros.
- Resto aportado por el hospital: 26.023 euros.
- Tiempo estimado de retorno de la inversión: 5,5 años.

Conclusiones

Tal como se puede observar en los resultados expuestos, la introducción de nuevas fuentes de energía ha supuesto un ahorro en el consumo, tanto por la reducción de litros de gasoil necesarios para las necesidades del centro, como por el consumo de combustibles más baratos y menos contaminantes como la biomasa.

Por otro lado, del estudio anterior, relativo al tiempo de retorno estimado de la inversión, debemos destacar que ante las subidas que están sufriendo los combustibles fósiles, los datos del estudio se verían mejorados, ya que la estimación se realizó a un precio del gasoil de 0,7 euros/litros, con lo que las subidas que se produzcan supondrán que el tiempo de retorno estimado sea menor.

Cash flow generado para el pago de inversiones en el ámbito hospitalario

Fernández González Á, Suárez González TV, Roibás Valdés A, Fernández Orviz F
Hospital del Oriente de Asturias

El concepto *cash flow* se traduce al español como flujo de caja y representa los fondos que se generan a lo largo del año en la actividad económica de una empresa, a través de la diferencia entre ingresos y gastos.

En el presente trabajo se intenta explicar la metodología empleada por el Hospital del Oriente de Asturias en la gestión de los fondos generados. En el apartado de resultados se puede observar el equilibrio alcanzado por la entidad y cómo se han usado los fondos generados en épocas de superávit para financiar las inversiones. En las conclusiones se define la política a seguir para procurar situaciones como la expuesta.

Material y métodos

Para llevar a cabo una política de búsqueda del máximo equilibrio entre el volumen de inversiones a realizar y los fondos generados, medidos en el ya mencionado *cash flow*, se debe procurar que, cuando el resultado económi-

co del hospital sea positivo, se adapte el coste económico de las inversiones al importe del beneficio.

En caso de que el volumen de inversiones necesario sea superior al resultado previsto, se debería acudir, siempre que sea posible, a financiar a largo plazo todas aquellas inversiones que sean susceptibles de realizarse a través de los distintos instrumentos financieros que existen en el mercado: *renting*, *leasing* o créditos. De esta forma se pretende que las cuotas pagadas por medio de estos instrumentos sean asumidas en los costes de explotación del ejercicio (gasto corriente), quedando el posible superávit para cubrir el resto de necesidades de inversión.

Resultados

Como resultado de la aplicación de la política mencionada en el apartado anterior, el Hospital del Oriente de Asturias ha realizado diversas operaciones de *leasing*, *renting* y créditos oficiales para financiar una parte importante de

Tabla 1.

Periodo	Aplicaciones	Orígenes	Incr./Reducc.	Circulante
2002	704.130	26.353,05	-350	624,21
2003	1.236.847,74	933.286,99	-303	560,75
2004	427.858,42	755.868,15	328	009,73
2005	630.341,50	984.602,30	354	260,80
2006	707.487,64	677.420,86	-30	066,78
Total	3.706.665,56	3.704.684,35	-1.981,21	-

las inversiones, principalmente las de carácter tecnológico.

El resto de inversiones se han ido adaptando en la medida de lo posible al superávit generado por la actividad económica, basado en la optimización de ingresos y en la minimización de los costes.

La siguiente tabla muestra un detalle de los últimos cierres contables en los que se puede apreciar la puesta en práctica de la política de optimización de los flujos económicos generados.

Conclusiones

Se han conseguido adaptar las cantidades invertidas a los recursos eco-

nómicos generados por la actividad económica del centro hospitalario, lo cual supone una situación de equilibrio absoluto y de un desarrollo del centro no basado en el endeudamiento.

La nueva situación planteada con la inclusión del Hospital del Oriente de Asturias como parte integrante de la Administración Pública a efectos del cómputo de la deuda, basado en las normas de estadística europea del SEC-95, y que establecen medidas para controlar el déficit de las administraciones, hacen que el mantenimiento de una política como la presentada, sea idónea para tener una situación de equilibrio, que permita prestar asistencia sanitaria, sin incurrir en excesivos déficits.

Gestión de cobros a clientes privados: la experiencia de un hospital comarcal

Fernández González Á, Suárez González TV, Roibás Valdés A, Fernández Orviz F
Hospital del Oriente de Asturias

Introducción

La facturación a entidades privadas en hospitales de uso público es un elemento de gran importancia a la hora de optimizar los ingresos económicos provenientes de la actividad asistencial.

Se debe destacar que no solo es importante la facturación propiamente dicha, sino que se debe de finalizar el proceso en su totalidad con el cobro de las cantidades facturadas. En este trabajo se describe la metodología y resultados del Hospital del Oriente de Asturias en la gestión de la facturación y el cobro a entidades privadas a las que se presta servicio.

Material y métodos

La presente comunicación se basa en la experiencia relativa a gestión de cobros en la Fundación del Hospital del Oriente de Asturias "Francisco Grande Covián", entidad sujeta al Plan General de Contabilidad para entidades sin fines lucrativos, de reciente aprobación en la Ley 16/2007 de reforma contable.

En la mencionada ley se establece el llamado "principio de prudencia" como uno de los más relevantes en materia contable. Según este principio, las pérdidas y riesgos previsibles deben registrarse, como reservas y provisiones, al tenerse conocimiento de los mismos, cualesquiera que sea su origen. Es decir, los impagados en el caso

de facturas emitidas y no cobradas deben contabilizarse como gasto, tan pronto como la demora en el cobro supere un límite, que en el caso de instituciones y empresas privadas es de más de un año.

Siguiendo esta obligatoriedad, el Hospital del Oriente de Asturias estableció varias medidas encaminadas a reducir los impagados:

- Contratar una persona cuya misión principal es la gestión de cobros.
- Información a los distintos estamentos del centro de la importancia del cobro del total de prestaciones.
- Protocolo de actuación en el área de admisiones para identificar de forma cierta el obligado al pago de pacientes atendidos, cuya cobertura no esté asegurada por la Seguridad Social (por ejemplo: accidentes de tráfico, seguros deportivos, atenciones particulares, etc.).
- Mecanismo de recordatorio permanente a los clientes que demoren sus pagos más allá de un tiempo prudencial.

Resultados

En el siguiente cuadro se puede observar la evolución durante los últimos cinco años de la facturación a entidades privadas distintas del Servicio de Salud

Tabla 1. Hospital

Tipo de cliente	2003	2004	2005	2006	2007
Mutuas	79.158,20	47.523,63	69.327,90	77.618,44	82.925,97
Aseguradoras	188.037,97	187.485,35	176.106,43	209.245,25	200.521,67
Particulares	40.678,45	19.887,74	20.475,49	24.720,34	26.830,64
Totales	307.874,62	254.896,72	256.909,82	311.584,03	310.305,28
% sobre facturación	2,27%	1,67%	1,52%	1,65%	1,54%

Tabla 2. CCEE

	2003	2004	2005	2006	2007
Provisión insolvencias tráfico	4.287,26	1.782,13	2.283,94	1.558,40	2.934,05
% provisión sobre facturación privada	1,39%	0,70%	0,86%	0,50%	0,95%

del Principado de Asturias que es el principal cliente (Tabla 1).

Una vez conocida la cifra de facturación expuesta en la tabla anterior y llevadas a cabo todas las gestiones relativas a la gestión de cobro por parte de personal del hospital, podemos observar en la siguiente tabla el importe pendiente de cobro, que es la cifra anual llevada a la cuenta "Provisión por insolvencias de tráfico" que indica el nivel de impagados de la facturación a entidades privadas (Tabla 2).

Conclusiones

Una vez observados los datos, se puede concluir que el nivel de cobros de las cantidades facturadas a entidades privadas es alto, ya que los porcentajes de impagados están por debajo del 1% de la facturación total de este tipo de clientes.

Destacamos que la importancia de llevar una gestión de cobros rigurosa es clave para poder asegurar vías alternativas de ingresos y evitar depender totalmente de las aportaciones del servicio de salud a través del convenio singular o de las consejerías por medio de subvenciones para financiar inversiones.

La descentralización sanitaria a debate. Análisis a partir del modelo retributivo de los servicios de salud

Aranda Lorca JJ, Alcaraz Quiñonero M, Visedo López JA, Viguera Paredes P

Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción

El proceso de descentralización de las competencias en materia de sanidad efectuado por parte del Estado en favor de las comunidades autónomas, se concretó definitivamente a partir de enero de 2002.

Por su parte, el día 18 de diciembre de 2003 entró en vigor la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE núm. 301, de 17-XII).

En lo que concierne al régimen retributivo, la norma básica representa una "carta blanca" dejada en manos de las consejerías de sanidad y servicios de salud autonómicos en orden a la determinación de las cuantías a asignar en los conceptos que conforman la denominada "retribución complementaria". Esto, enmarcado en las atribuciones conferidas en materia de negociación a la representación colectiva de los trabajadores, ha supuesto el pistoletazo de salida a una carrera de consecución de "logros" en materia salarial que, por el momento, no avista la meta.

Material y métodos

Se ha realizado, de un lado, un estudio retrospectivo de los acuerdos retributivos sectoriales que afectan al personal de los servicios de salud de las comunidades autónomas, a fin de concretar y analizar la desigualdad salarial existen-

te entre unos y otros; y de otro, se ha revisado la postura hecha pública en programas electorales y en foros de opinión por diversos sectores de presión –entre los que se encuentran partidos políticos y sindicatos–, al respecto de la vuelta a la centralización del sistema sanitario.

Resultados

En el análisis de la retribución complementaria del personal con destino en la administración sanitaria, se registran diferencias porcentuales superiores, en algunos casos y en algunos conceptos, al 50%, entre unas comunidades autónomas y otras. Sirva como ejemplo la diferencia entre el valor hora de la guardia médica vigente en Andalucía o Extremadura (18 euros), o el acordado recientemente en Murcia (27 euros).

De entre todos los colectivos profesionales, es en el de los facultativos en el que más se acentúan las diferencias salariales, debido al mayor peso porcentual en nómina de la retribución complementaria. Es por ello que, de entre las organizaciones sindicales, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), se ha referido a la existencia en España de "17 reinos de taifas", reclamando abiertamente la vuelta a la centralización. Otras entidades, como el Consejo General de la Enfermería, se han referido a la necesidad de "recentralizar" el sistema sanitario. De entre los partidos políticos,

programas electorales como el de Ciudadanos, o el de UPD, se manifiestan en el mismo sentido.

Conclusiones

La desigualdad retributiva existente y la diferencia salarial creciente entre unas comunidades autónomas y otras, junto con otros razonamientos de índole asistencial, empiezan a alentar voces –procedentes de diversos sectores– que cuestionan las presu-

ventajas de un sistema descentralizado, y demandan la vuelta al centralismo en la asunción de una competencia tan trascendente como es la sanidad.

Si bien no ha de ser esta la solución final, debido a imponderables de orden legal, la existencia de un debate abierto al respecto es buena en sí misma, y ha de llevar –probablemente– a un ejercicio de coordinación por parte del Estado en las políticas sanitarias en general, y retributivas en particular.

Optimización del sistema de facturación en Saint John of God Catholic Hospital de Mabesseneh, Sierra Leone

Millet Elizalde M, San Román Muñoz M, Pérez Neira N, Sawyer M, Kakamoy S, Dawoh P, Aguilo Martínez F
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Introducción

Sierra Leone es un país africano, con una población de 6 millones de habitantes, que actualmente ocupa el último lugar en el índice de desarrollo humano y tiene algunos de los peores indicadores sanitarios del mundo.

El Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) Barcelona inició en julio de 2005 un Programa de Hermanamiento con el *Saint John of God Catholic Hospital* (SJGCH) de Mabesseneh en Sierra Leona para ayudar a desarrollar el hospital después de la guerra. Ambos centros pertenecen a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, que lleva trabajando en el país africano 41 años. Dentro del programa de hermanamiento, una de las líneas de trabajo es la elaboración del plan de desarrollo del área administrativa y financiera del hospital, que se comenzó en julio del 2007.

Material y métodos

Análisis y diagnóstico de los tres principales procesos administrativos (facturación a clientes, facturación de proveedores y elaboración de los estados financieros) y análisis estadístico del periodo de facturación de octubre 2006 a julio 2007 con el objetivo de establecer una tarifa diaria de hospitalización.

Resultados

El análisis de los procesos administrativos reveló que el área de acción prioritaria era la facturación a clientes hospitalizados, debido a ser la principal fuente de ingresos del hospital y a la alta complejidad del proceso de elaboración de la factura.

El análisis de las facturas determinó:

- La existencia de cuatro grandes grupos de pacientes: pediátricos, médicos, quirúrgicos y obstétricos, con estancia media y tarifa diario notablemente diferente.
- La existencia de determinadas prestaciones elevaba considerablemente el coste de la hospitalización, por lo que debían quedar fuera de la tarifa diaria.
- Las pruebas diagnósticas realizadas al ingreso encarecían la tarifa media diaria, por lo que también debían considerarse aparte.

En base a esto se establecieron: tarifas diarias para cada grupo, un fee de admisión y tarifas de las prestaciones extras; haciéndolas públicas a todos los usuarios ajustándose a las recomendaciones del Gobierno.

La simplificación del proceso permitió:

- Capacitar a personal poco cualificado en la elaboración de esta tarea.

- No depender de recursos energéticos ni informáticos.
- Liberar de trabajos rutinarios al personal más cualificado.
- Reducir la demora en la elaboración de facturas de hospitalización.

Conclusiones

El sistema de facturación implantado ha demostrado ser útil y eficiente, pudiendo ser de gran utilidad en países de baja renta con gran escasez de recursos materiales y especialmente humanos.

El desafío de adaptar la estructura de costes a las organizaciones innovadoras. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Ruiz Valiente R, Álvarez Giménez E, Reneses Prieto B, López-Ibor Aliño JJ
Hospital Clínico San Carlos

Introducción

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (IPYSM), es el resultado de un proceso de cambio, iniciado en el año 2002, de un modelo de servicio tradicional de psiquiatría a un nuevo modelo de organización y gestión para un área sanitaria.

Está constituido por equipos multiprofesionales especializados (220 profesionales dependientes de 3 administraciones) y dispositivos de diferentes titularidades, pero integrados en red única y actuando de forma coordinada.

El instituto presta asistencia psiquiátrica y de salud mental, a la población del Área 7 de la Comunidad de Madrid y a otros ámbitos territoriales asignados. Ambulatoriamente, a los distritos de Centro, Chamberí y Latina (515.551 habitantes); y en régimen de hospitalización y atención urgente, a los distritos de Chamberí y Latina del Área 7 y Carabanchel del Área 11 (610.185 habitantes).

Además, desarrolla dos programas especiales para dar respuesta a toda la población de Madrid: "Atención a enfermos mentales sin hogar" y "Unidad de trauma psíquico".

En este contexto de cambio, en el que se incorporan nuevas herramientas de gestión, el IPYSM se plantea un análisis profundo de sus costes, partiendo de

la hipótesis de que la estructura de costes disponible no refleja la realidad del nuevo modelo organizativo.

Nuestro objetivo, es el análisis y la mejora de la estructura de costes para lograr un modelo dinámico e integrado que refleje la estructura funcional actual de la organización y nos permita conocer nuestros costes.

Material y métodos

El Hospital Clínico San Carlos históricamente, cuenta con un importante grado de desarrollo de su contabilidad analítica, iniciado en el año 1992 mediante el diseño de un "sistema integrado de gestión de recursos y evaluación de productos" (SIGREP), y continuado con los Proyectos Signo y de "Gestión Clínico-Financiera" (GECLIF), en 1994 y 1998 respectivamente.

Para el análisis de los costes del IPYSM, se parte de la estructura de costes de que dispone el hospital para su contabilidad analítica. El desarrollo metodológico se centra en tres líneas de trabajo:

1. Análisis de la estructura de costes del instituto.
2. Verificación de sus concordancias y dificultades asociadas al nuevo modelo organizativo.
3. Propuestas de mejora.

Resultados

Efectuado el análisis, según la metodología propuesta, se observa que el IPYSM dispone de 14 grupos funcionales homogéneos (GFH), de los cuales, solamente 8 están expresados en su estructura de costes. De los 6 restantes, se verifica que 4 de ellos no representan verdaderos centros de coste, uno no se relaciona con el organigrama funcional y otro permanece inactivo a pesar de corresponder a una unidad asistencial en plena actividad.

La estructura de costes en el momento del análisis se limita al ámbito del hospital y sus centros de especialidades, no incluyendo por tanto, otras unidades que conforman el instituto, por depender estas de administraciones diferentes, tanto en recursos humanos como en infraestructuras; debido al proceso de transferencias aún no concluido. Es por ello que no todas las áreas generadoras de coste están representadas en la estructura global.

Con el objeto de adecuar los costes al nuevo modelo, se proponen las siguientes medidas de mejora:

- Depuración de los 5 GFH no acordes con la estructura de costes.
- Activación de un GFH que sí corresponde a la estructura funcional del instituto.
- Creación de 8 centros de coste (GFH), ajustados a la nueva organización.

- Identificación y asignación real de recursos y actividad en cada uno de los centros de coste de la nueva estructura.

Conclusiones

Analizados individualmente los centros de coste asignados al instituto, e identificados aquellos que serían necesarios para completar la estructura real del mismo, se plantea un proceso de mejora continua para avanzar hacia una estructura de costes acorde con la realidad asistencial.

Un problema a resolver es la escasa disponibilidad de la información de los costes asociados a las unidades asistenciales integradas en el instituto pero dependientes de otras administraciones, y que podrían representar un volumen importante de los costes totales de la organización.

La estructura de costes, entendida como una herramienta básica, no es ni debe ser rígida y estática, sino que nuestro objetivo es lograr un modelo dinámico e integrado que refleje la estructura funcional y nos permita conocer nuestros costes reales.

Solamente así, podremos lograr el cambio cultural de incorporar el concepto de coste en la gestión de la clínica, y así implicar y comprometer en ello a los profesionales sanitarios.

Análisis de eficiencia del dispositivo de salud mental, unidad de media estancia (UME)

Monteagudo Cárcel V, Blanco Gómez, Monteagudo Pérez C

Hospital de Albacete

Introducción

El objetivo principal es realizar una evaluación de los costes que soporta la unidad de media estancia (UME), durante los dos últimos años en el contexto de los diferentes dispositivos que contempla el Plan de Salud Mental 2005-2010 de Castilla-La Mancha.

La UME, es un dispositivo sanitario dedicado a la salud mental adscrito al Servicio de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), que nace mediante el convenio de colaboración de la diputación provincial de Albacete y el Servicio de Salud de Castilla-la Mancha (SESCAM), con el objetivo de responder a las necesidades de pacientes que precisan de entornos estructurados residenciales, con abordajes de tipo rehabilitador y asistencial sanitario, con una estancia máxima de un año.

Estos dispositivos han sustituido a la unidades residenciales rehabilitadoras (URR) (centro que dependía de la diputación provincial de Albacete), que se caracterizan por internamientos de larga estancia.

La UME cuenta con un total de 60 camas, adscritas al CHUA, siendo el índice de ocupación del 50% en los dos últimos años.

Nuestro trabajo tiene como finalidad analizar la eficiencia del mismo y las posibles alternativas o propuestas de

mejora, a través de los diferentes dispositivos alternativos que contempla el Plan de Salud Mental 2005-2010 de Castilla-La Mancha.

Material y métodos

En primer término, a efectos de costes, tomamos como referencia el presupuesto asignado en los ejercicios económicos 2006 y 2007 por la Diputación Provincial de Albacete para el dispositivo sanitario objeto de estudio (UME).

En segundo término, a efectos de actividad, tomamos como referencia dos variables: uno, las estancias producidas en dicho centro a través de la información que proporciona el servicio de admisión del Hospital de Albacete en los mismos ejercicios; dos, el tiempo de permanencia de los pacientes en el mismo.

Y en tercer lugar, analizamos en términos de eficiencia el coste del dispositivo, estructurando el mismo, en términos de costes directos, intermedios y estructurales, que nos va a permitir conocer el porcentaje que representa cada uno de los costes.

Con estos datos, evaluamos el coste adicional que representa un paciente más en nuestro dispositivo, sabiendo que la capacidad máxima del centro es de 60 camas, cuando su índice de ocupación histórico ha estado entorno al

50%, así como el tiempo de permanencia establecido en el mismo.

Asimismo, nos permitirá analizar que alternativas pueden aplicarse a nuestro centro en virtud de los diferentes dispositivos que contempla el Plan de Salud Mental 2005-2010 de Castilla-La Mancha, como son centros de rehabilitación psicosocial y laboral (CRPSL), programas de integración laboral (centros de formación y empleo, centros especiales de empleo, empleo normalizado con apoyo), alternativas residenciales (viviendas supervisadas, minirresidencias, apoyo residencial externo) y mejorar la coordinación entre las mismas.

Por otro lado, diferentes instituciones públicas de Castilla-La Mancha –véase Diputación Provincial de Albacete, Delegación Provincial de Sanidad de Albacete, Delegación Provincial de Bienestar Social de Albacete, Ayuntamiento de Albacete–, han suscrito acuerdos con centros privados para atención a pacientes de salud mental, representando un coste adicional añadido a los dispositivos públicos, pudiéndose estudiar la posibilidad de establecer convenios con dichas instituciones lo que revertiría en unos ingresos adicionales para el centro y reduciría el coste por estancia y por añadidura la financiación necesaria para el mismo.

Resultados

Mediante una evaluación objetiva hemos calculado el coste que representa cada paciente en nuestra institución, en función de las estancias del centro, así como el coste adicional de un paciente más, hasta cubrir la totalidad de las plazas. Para el cálculo del personal necesario se ha tomado como referencia la orden de 09-10-2006 de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, que regula los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de atención a

la salud mental, donde establecen, entre otras cosas, el personal necesario en función del dispositivo sanitario; en nuestro caso, en función de la disponibilidad de camas y de la plantilla actual, la plantilla necesitaría aumentarse en un diplomado de enfermería y dos auxiliares de enfermería.

Estos datos nos permiten evaluar y valorar los costes de oportunidad de nuestro centro.

En un entorno social y demográfico cada vez más necesitado de dispositivos sanitarios dedicados a la salud mental y, por otro lado, con unos recursos económicos limitados, se hace necesario un uso óptimo de los recursos públicos y un esfuerzo por parte de todos para que los dispositivos sanitarios lleguen al mayor número de personas necesitadas de ellos.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestra UME, y bajo un criterio coste-eficiente, podemos estimar las siguientes conclusiones:

1. Es necesario un estudio de eficiencia de todos los dispositivos sanitarios dedicados a la salud mental en nuestra provincia, implicando a todos los estamentos públicos y técnicos para dar respuesta a una necesidad creciente de nuestra sociedad, como así lo avalan los diversos estudios relacionados con esta materia.
2. Es necesaria una coordinación de todos los dispositivos que contempla el Plan de Salud Mental 2005-2010 de Castilla-La Mancha.
3. La coordinación de dispositivos sanitarios y socio-sanitarios sería un aspecto importante en la eficiencia de los recursos económicos.

4. La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, contempla la inclusión de los pacientes de salud mental. Una valoración correcta de los mismos supondrá una asignación de dispositivos acordes a su grado de dependencia y una redistribución financiera en función de ese mismo grado, pues el primer nivel de dependencia corresponde garantizarlo y financiarlo la Administración general del Estado (y un segundo nivel, mediante convenios entre la Administración general del Estado y las comunidades autónomas).
5. El incremento de pacientes en nuestro centro como consecuencia de su propia disponibilidad es, desde un punto coste-eficiente, positivo.
6. De los diferentes dispositivos que contempla el Plan de Salud Mental 2005-2010 de Castilla-La Mancha, nuestra propuesta iría encaminada a la creación de una minirresidencia para 15-20 pacientes máximo, que sería la capacidad óptima de nuestro centro. El objetivo que perseguimos es que con la agilidad máxima, y en tanto en cuanto, no consigamos un dispositivo alternativo, nuestro centro sirva como minirresidencia para los pacientes, que bien han respondido a la terapia, o bien han superado el plazo máximo en el centro, pasando automáticamente a dicho dispositivo con recursos distintos a la UME, revirtiendo en un menor coste-estancia-paciente.
7. Otra propuesta alternativa que planteamos es la realización de convenios con diferentes instituciones públicas dedicadas a la ayuda y protección de este tipo de pacientes, lo que revertirá en recursos financieros para el centro y una menor financiación pública del mismo.

Experiencia de un hospital después de la integración en un proyecto de recursos compartidos

Maduell Folch LM, Boleda Obiols D, Romero Álvarez E, Salvador Saigi MT
Instituto Catalán de la Salud

Introducción

Somos un centro público, de actividad compleja, de tercer nivel, acreditados para la docencia, miembros de una empresa pública que gestiona ocho grandes hospitales y nueve ámbitos de atención primaria. Los procesos de contratación, compras, logística y gestión de pagos que se venía realizando de forma independiente en cada uno de los ámbitos, pasa a ejecutarse de forma centralizada, rentabilizando los recursos y sin menoscabo de la autonomía de decisión de los profesionales del centro.

Material y métodos

- Programa de modernización del Instituto Catalán de la Salud (ARGOS).
- Implantación de un programa informático común para la gestión de compras, contratación, logística, facturación y contabilidad.
- Unificación de los criterios de contabilidad analítica.
- Integración en sistema logístico y de distribución común a los centros asociados.

- Integración de nuestro catálogo de productos y servicios en el catálogo común de todo el grupo.

Resultados

- Homogeneización de técnicas y productos mediante la acumulación de necesidades.
- Mejora de medios técnicos y optimización de recursos humanos.
- Implantación de procedimientos comunes que refuerzan la identidad de grupo.

Conclusiones

- Compartir recursos nos hace más eficientes.
- Compartir recursos mejora nuestra tecnología.
- Compartir recursos no nos quita autonomía.
- Compartir recursos mejora el *know-how*.

Impacto presupuestario del tratamiento ambulatorio del AIT

Navarro Espigares JL, Hernández Torres E, Padial Ortiz MA

Hospital Virgen de las Nieves

Introducción

El manejo estándar del accidente isquémico transitorio (AIT) implica la hospitalización del paciente. No obstante, una creciente evidencia refuerza la alternativa de tratar a estos pacientes de forma ambulatoria, liberando una importante cantidad de recursos. El objetivo de este trabajo es la evaluación del impacto presupuestario de un protocolo de manejo ambulatorio de pacientes con AIT basado en el estudio neurosonológico (ENS) urgente frente al protocolo estándar basado en la hospitalización.

Material y métodos

Se trata de un análisis retrospectivo de los costes de dos tratamientos para los pacientes tratados con AIT atendidos en las urgencias neurológicas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada, España) entre enero de 2002 y julio de 2005.

Se han valorado los costes desde la perspectiva de hospital, incluyendo los costes directos de los tratamientos. El tratamiento ambulatorio incluye el coste medio de una urgencia, más el coste del estudio neurosonológico, algunas pruebas diagnósticas complementarias, y dos consultas ambulatorias.

Por otra parte, el tratamiento con hospitalización incluye el coste medio de una urgencia más el coste de las estan-

cias y las pruebas diagnósticas. Los costes de estructura se han incluido en ambos tratamientos. En el cálculo de costes de ambas alternativas se han manejado diferentes hipótesis y escenarios.

Resultados

Los costes unitarios del ambulatorio y con hospitalización fueron 428,08 euros y 2.297,87 euros, respectivamente.

Desde enero de 2002 a julio de 2005, 338 pacientes con AIT fueron atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Después de aplicar los criterios de exclusión y descontar los pacientes no localizados, el tamaño de la muestra quedó finalmente reducido a 247 pacientes, de los cuales 159 (60,45%) han sido asignados a tratamiento ambulatorio. La progresiva implantación de los tratamientos ambulatorios en el periodo de estudio ha evitado gastos por importe de 297.296 euros.

En un escenario hipotético en el que todos los pacientes hospitalizados se hubiesen sometido al tratamiento ambulatorio, los ahorros podrían ascender a 491.755 euros. En términos de costes de oportunidad, este ahorro podría financiar el tratamiento de 694 pacientes ambulatorios adicionales o 129 de pacientes tratados en régimen de hospitalización.

Conclusiones

El coste de la atención a los pacientes con AIT se explica en su mayor parte por la duración de la estancia de estos procedimientos.

La disponibilidad de equipos para la evaluación neurosonológica en las unidades de urgencias hospitalarias junto con la posibilidad de tratar al paciente en consultas externas en un corto espacio de tiempo harían posible un rápido diagnóstico y tratamiento de los pacientes que llegan a las urgencias con síntomas de AIT, evitando de este mo-

do un importante número de estancias, lo que implica un menor empleo de recursos y una reducción de los costes.

La equivalencia en términos de eficacia de los dos tratamientos, ambulatorio y de hospitalización, junto con los costes mucho menores en el tratamiento ambulatorio, respaldan la recomendación de la estrategia ambulatoria.

Esta recomendación a favor de la estrategia ambulatoria podría ser aceptada solo en un escenario en el que posteriormente consultas en un corto periodo de tiempo pueden ser garantizadas.

Análisis del gasto hospitalario con perspectiva de género

Navarro Espigares JL, Hernández Torres E, López López C
Hospital Virgen de las Nieves

Introducción

En 2007 la Consejería de Hacienda de la Junta de Andalucía lanzó una iniciativa denominada G+. La finalidad a la que se orienta este proyecto es avanzar en la definición de una metodología de trabajo que permita ir analizando, de forma progresiva y consistente, la sensibilidad al género de los programas presupuestarios y el impacto que produce, desde una perspectiva de género, la puesta en marcha de las actuaciones programadas.

Actualmente las políticas de promoción y protección de la salud reconocen la necesidad de adaptar la prestación de servicios a las características de cada sexo, lo que implica impulsar la aplicación de medidas que permitan la atención específica a las necesidades en materia de salud que, por razón de sexo, presenten las mujeres.

Este trabajo aborda el análisis en clave de género de la asignación de recursos realizada en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves como consecuencia de la prestación de servicios sanitarios hospitalarios.

Pretendemos evaluar el impacto de la política sanitaria desde la perspectiva de género. No se trata de identificar cuáles son las relaciones causales que justifican las desigualdades observadas, sino de avanzar en la determinación de la relevancia y sensibilidad al género de los programas de gasto sa-

nitario. El establecimiento de los objetivos a largo plazo deberá apoyarse en un conocimiento preciso de la realidad actual y de las desigualdades que se pretenden evitar.

En este trabajo se presenta un análisis en clave de género, de la asignación de recursos realizada en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) derivado de la prestación de servicios sanitarios hospitalarios. Los objetivos generales son:

- Conocer el destino final de los recursos sanitarios hospitalarios según el género de los receptores.
- Generar información relevante para la los presupuestos en clave de género.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Alcance:

- Funcional: Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
- Temporal: año 2006.

Variables: edad, sexo, procedencia geográfica, tipo de proceso, especialidad, n.º de días, coste económico.

Cálculo de costes: el cálculo se basa en la agrupación de los episodios en DRG

(*disease related groups*). Cada DRG tiene un peso relativo. El peso relativo de cada proceso se utilizará como ponderación del coste económico de cada episodio de hospitalización.

Fuentes: registros hospitalarios de pacientes atendidos (conjunto mínimo básico de datos, CMBD-H y CMBD-CMA).

Hipótesis de contraste: no existen diferencias estadísticamente significativas en el volumen de recursos asignado en la asistencia sanitaria por razón de sexo.

Muestra: se han incluido todos los episodios de hospitalización y cirugía mayor ambulatoria (CMA) generados durante el año 2006.

Tratamiento estadístico:

- Se presenta el coste de los procesos analizados por sexo y especialidad clínica.
- Se han calculado medias y desviaciones típicas para las variables numéricas y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas.
- Se ha comprobado si existen diferencias significativas en los valores promedio de las variables cuantitativas y en la distribución de las variables cualitativas según sexo mediante inferencia estadística, aplicando el test de la *t* de Student en el primer caso y el test de Chi-Cuadrado en el segundo.
- Para verificar la existencia de diferencias se ha realizado el mismo análisis, excluyendo aquellos servicios específicos de alguno de los sexos (ginecología, obstetricia, urología).
- Se ha tomado como valor significativo $p < 0,05$.

- Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows y la hoja de cálculo Excel.

Resultados

En el año 2006 se realizaron en el HUVN un total de 45.981 episodios (10.778 mediante CMA y 35.203 con ingreso hospitalario). El coste unitario por punto DGR de los episodios hospitalarios asciende a 2.872,26 euros; los episodios de CMA presentaron un coste medio de 1.295,60 euros. El coste medio de un episodio hospitalario es de 4.110,00 euros. Del total de los episodios realizados el 55,62% se realizaron a mujeres y 44,37% a hombres.

El análisis ajustado por sexo pone de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres de todas las variables analizadas, aunque no se dan en la misma dirección.

Los hombres tienen una edad media mayor que las mujeres, así como un coste medio y una estancia media mayores; sin embargo, se realizaron más episodios a mujeres que a hombres.

Los episodios ambulatorios y los episodios realizados por servicios médicos son más frecuentes en mujeres.

Los resultados obtenidos tras excluir los servicios específicos de algunos de los sexos confirman la existencia de diferencias entre sexos, aunque en algunas variables el sentido se invierte: la edad media de las mujeres es mayor que la de los hombres y se realizan más episodios en hombres, al contrario de lo que sucede al considerar el hospital en su conjunto.

La diferencia en costes medios entre hombres y mujeres se observa considerando el global de episodios realizados,

así como diferenciando por tipo de episodio, siendo mayor el coste de los episodios realizados a hombres que el de mujeres, tanto en episodios con ingreso como en episodios ambulatorios.

Conclusiones

En principio cabría señalar que el programa presupuestario de atención sanitaria en el ámbito hospitalario es un programa sensible y relevante desde la perspectiva de género, pues, a pesar de que los valores poblacionales para las mujeres son superiores a los de los hombres, estos últimos muestran una menor frecuentación en la utilización de los servicios sanitarios hospitalarios (44% sobre el total) y un mayor coste

medio unitario por episodio de hospitalización (4.866 euros para los hombres frente a 3.507 euros para las mujeres), lo que les lleva a concentrar el 53% de los recursos totales.

Sin embargo, en principio, se desconoce si tales diferencias son la consecuencia de una política sanitaria favorecedora del género masculino o, si por el contrario, dichas diferencias son el reflejo de desigualdades reales en las necesidades de atención sanitaria entre ambos colectivos. La solución a esta difícil pregunta y la estimación de las necesidades sanitarias en clave de género sobrepasa los objetivos planteados en nuestro análisis, no obstante, apunta una interesante línea de investigación para futuros trabajos.

Importancia de la correcta codificación y su repercusión en la financiación hospitalaria

Urán García JE, Rodríguez Blanco ID, Sánchez Sánchez MD, Martínez Abellán C, Murcia Alemán T, Visedo López JA, Alcaraz Quiñonero M

Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción

La Orden del 17 de mayo de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se crean los precios públicos a aplicar por el Servicio Murciano de Salud (SMS), por la prestación de servicios sanitarios y por el suministro de productos hemoderivados:

- Introduce la posibilidad de facturar por "procesos hospitalarios GRD".
- Esta norma crea la necesidad de que se establezca un importante vínculo entre los servicios de facturación a terceros y de codificación.
- El GRD no solo representa un proceso de hospitalización, con los nuevos precios públicos, sino que tiene también una carga añadida "valoración económica".
- Permite al SMS recuperar el gasto generado por pacientes en los que existe un tercer responsable del pago.

Material y métodos

El codificador deberá concebir métodos de trabajo, que proporcionen datos fiables y válidos, que puedan ser utilizados para resolver problemas en la práctica y la gestión.

- Nos centramos en el estudio de un caso por el que se cuestiona, eva-

lúa, "interpreta" y sintetiza la información y las fuentes de datos para facilitar la indización y la posterior asignación del código CIE-9-MC.

- Nos relacionamos de forma efectiva con el equipo pluridisciplinar del hospital.
- Establecemos circuitos de comunicación con las unidades de codificación de otros hospitales, persiguiendo el logro de metas comunes.

Resultados

La CIE-9-MC no es una clasificación perfecta, presenta algunos "vacíos", que impiden que, a determinados diagnósticos, a pesar de estar reconocidos internacionalmente, se les pueda asignar código.

En el caso estudiado vemos que de un GRD, inicial, 83, valorado en 1.898,39 euros, tras la investigación realizada, se llega al definitivo y más cercano a la realidad del proceso 136, valorado económicamente en 2.318,30 euros.

Conclusiones

Tras los resultados obtenidos podemos observar la necesidad de una buena gestión del GRD del hospital cuya consecuencia nos llevaría a una facturación más representativa del gasto real generado en el centro hospitalario.

Repercusión de cambios normativos en materia de personal sobre la estructura del coste de suplencias en el Área 1 de atención primaria

Tello García ML, Almazán del Pozo M, Rodríguez de Lucas AM, Sánchez-Crespo Urbina A, Martín-Maestro Polo P, Ortiz Fuentes JC
Servicio Madrileño de Salud

Introducción

Del presupuesto global asignado al Área 1 de atención primaria, el 36,52% se destina al capítulo I, gastos de personal, de este presupuesto; la única parte variable que permite realizar una gestión es el presupuesto destinado al pago de suplentes (12% del capítulo I). En aras de una mayor eficiencia la Dirección del Área descentraliza anualmente a todos los EE.AA. PP. la gestión de las ausencias de sus profesionales y el presupuesto para suplir las mismas. Este presupuesto se asigna en función de la plantilla, teniendo en cuenta las diferentes categorías profesionales y el número de días de ausencia por IT.

En el año 2006 y debido a la escasez de médicos de familia, la DG. de RR.HH. de la Consejería de Sanidad permitió a los profesionales doblar la jornada laboral para cubrir las ausencias de los compañeros, abonando el tiempo de doblaje a precio hora. En el mes de enero de 2007 la Consejería de Sanidad llegó a acuerdos en mesa sectorial sobre el pago de una cantidad fija a los facultativos de los EAP por asumir consultas en el mismo y en distintos turnos.

En este estudio pretendemos valorar en que medida el cambio normativo afecta a la gestión de las suplencias y al coste asociado a las mismas en el Área 1 de atención primaria.

Material y métodos

Se realiza un estudio observacional prospectivo de las bases de datos de personal desde el 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2007 y de la bases de datos de nóminas desde el 1 de enero de 2005 al 31 de enero de 2008, debido a que los costes de sustitución y doblajes del mes de diciembre se transfieren a la nómina del mes de enero del año siguiente.

Analizaremos en cada año el número de días contratados de suplencia de facultativos (médicos de familia, pediatras y odontólogos), personal sanitario no facultativo (enfermeras, fisioterapeutas y matronas) y personal no sanitario (auxiliares administrativos y celadores,) así como los costes asociados a dichas suplencias.

Con este estudio se pretende determinar si se ha producido un cambio en el modelo de gestión de suplencias que realizan de forma descentralizada los equipos del área y de atención primaria.

Resultados

En el año 2005, se suplieron 30.420 días de personal facultativo con un coste de 3.559.140 euros, 27.042 días de personal sanitario no facultativo con un coste de 2.001.108 euros y 19.664 días de personal no sanitario con un coste de 911.416 euros.

En el año 2006, se suplieron 32.708 días de personal facultativo con un coste de 4.185.643 euros 29.087 días de personal sanitario no facultativo con un coste de 2.260.060 euros y 20.722 días de personal no sanitario con un coste de 982.612 euros.

En el año 2007, se suplieron 27.472 días de personal facultativo, se doblaron 2.305 y se repartieron 8.698, lo que hace un total de 35.410 días de sustitución con un coste asociado de 4.779.980 euros, 32.564 días de personal sanitario no facultativo con un coste de 2.643.546 euros y 26.749 días de personal no sanitario con un coste de 1.262.285 euros.

A la vista de los datos podemos decir que entre los años 2005 y 2006 el incremento que se produjo en el número de días contratados de sustitución fue de un 7,5% para las categorías sanitarias y del 5,4% para las no sanitarias. El incremento global del coste asociado a las suplencias fue del 15%, siendo para los facultativos casi del 18%, para el personal sanitario no facultativo del 12% y para el personal no sanitario del 8%.

Entre los años 2006 y 2007 los incrementos globales que se produjeron fueron del 18,5% en días de sustitución y del 17% en el coste asociado a los mismos. Analizando las diferentes categorías el mayor incremento se produjo en el personal no sanitario, en torno al 28,5%, tanto en días suplidos como en coste. En las categorías sanitarias el incremento para el personal facultativo fue de un 18% en días de sustitución y del 14% en el coste asociado, y para el personal sanitario no facultativo el incremento fue de un 12% en días de sustitución y de un 17% en los costes asociados.

Analizando los datos del periodo 2005-2007, el incremento en días sustituidos ha sido para el personal facultativo el

26,5%, para enfermería el 20,5% y para el personal no sanitario el 38,5%. Asimismo, el incremento de coste asociado ha sido para el personal facultativo de un 34%, para enfermería un 32% y para el personal no sanitario un 38,5%.

Entre los años 2005 y 2007 se han producido los siguientes incrementos de plantilla: para el personal facultativo el 7,9%, para enfermería el 2,3% y para el personal no sanitario el 5,4%.

Conclusiones

El incremento que se ha producido en las plantillas de las diferentes categorías no justifica el incremento de días de suplencia y del coste asociado en el mismo periodo.

En el año 2007 todas las ausencias de facultativo tienen un coste, bien por suplencia, por doblaje de otro profesional o por reparto.

En el año 2007 el incremento del coste asociado a las suplencias de facultativo es inferior al resto de categorías debido a que los importes de los días reparados y doblados son inferiores al importe de los días de suplente.

Si bien el cambio normativo afectaba exclusivamente a los profesionales facultativos, podemos apreciar que se ha modificado la conducta en la gestión de las suplencias del resto de categorías profesionales. En el año 2007 el personal sanitario no facultativo ha incrementado el porcentaje de días sustituidos en relación con el año anterior para acercarse al porcentaje de sustitución de facultativos, y el de personal no sanitario incluso lo ha superado.

En el 2007, la categoría que más ha incrementado los porcentajes de sustitución ha sido la no sanitaria, es decir, los miembros de las unidades adminis-

trativas, siendo esta categoría la menos numerosa en el equipo y la más afectada en las tareas de reorganización de consultas por los repartos y doblajes de los facultativos de los equipos.

Según los datos del estudio se detecta que el cambio normativo sobre el pago

de las suplencias del personal facultativo ha afectado a todas las categorías profesionales de los EE.AA.PP. del área, afianzando la idea de equipo y modificando el modelo de gestión de suplencias que se realiza de forma descentralizada en todos los equipos del Área 1 de atención primaria.

Tello García ML, y cols. Repercusión de cambios normativos en materia de personal sobre la estructura del coste de suplencias...

Diversificación, estructura y métodos de los procesos en el departamento de contabilidad

Tornero Molina ML, Guzmán Jara G, Cascales Gómez A, Martínez Abellán C, Visedo López JA, Alcaraz Quiñonero J
Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción

El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca está inmerso en el marco estratégico derivado de las estrategias para el desarrollo sostenible de la sanidad en la región de Murcia 2005-2010, y por ello su modelo de contrato de gestión en 2008 reproduce el esquema de criterios del modelo EFQM.

El servicio de contabilidad en su voluntad de implicarse con este modelo, desarrolla su actividad por procesos, y ha plasmado la misma en un mapa de procesos EFQM.

Material y métodos

Al ser un mapa de procesos nuevo para este servicio, se ha tenido que estudiar como reflejar el desarrollo de nuestra actividad por procesos, en el esquema de criterios del modelo EFQM. Se ha querido poder plasmar todos los trabajos con:

- Manuales: se ha generado por cada programa un manual fotocopiado del proceso, con la explicación de la introducción de los datos.
- Anexos: para las entradas (facturas, solicitud servicios: contratación, almacenes, farmacia, trasplantes, nómina, etc.), se ha generado un protocolo de actuación, que refleja paso a paso, cómo se generan documentos, editan, comprueban, registran factu-

ras, etc., de todos los trabajos realizados, con el nombre de cada proceso. Estos anexos han demostrado que para algunos trabajos tenemos que cambiar de programas más de seis veces.

Por otro lado, uno de los procesos más importante de este servicio es la carga de trabajo del personal del mismo. Para su estudio e información, se generan una serie de listados que indican tanto cantidad de trabajo, como tiempo en su desarrollo.

- Listados: generamos diario, quincenal y mensual, una serie de listados, que no solo nos sirven para la rutina diaria, sino que podemos en cada momento tener información de los tiempos de demora desde registro de factura a validación, estado del presupuesto, documentos generados, saldos pendientes albarán, concursos, total facturas, pedidos y cargas de trabajo.

Resultados

1. Se ha modificado el programa devolución de facturas, anulando 4 programas.
2. En 2007 por traslado, este servicio pasó de 15 funcionarios a 13. Estudiamos la carga de trabajo y se ha conseguido, sin aumentar la plantilla, rebajar los tiempos de demora desde registro de factura a valida-

ción, $0,06 / 24 \text{ horas} = 1 \text{ hora } 44 \text{ minutos}$. Registrar facturas y obligaciones para la generación de documentos. 56.048 facturas y 3.606.

3. Comprobar y preparar para escaneo y custodia, los documentos generados. 51.200 documentos, 51.200 facturas. Tenemos un programa con el cual, en segundos, podemos tener el documento, tanto en pantalla, como impreso.
4. A proveedores la devolución de factura y la reclamación tanto de albarán como factura, se envía por e-mail.

Conclusiones

Este servicio con este mapa de procesos quiere representar los logros conseguidos en 2007:

- Ahorro en capítulo I.
- Minoración tiempos de demora.
- Repartir mejor las cargas de trabajo.
- Anular programas repetitivos.
- Modificar el archivo. Y algo importante, el buen hacer del personal de este servicio que, con más carga y cambios, ha conseguido tan buenos resultados.

La importancia de realizar un análisis coste-beneficio ante la decisión de externalizar un servicio hospitalario: el caso del servicio integral de lavandería del Complejo Hospitalario de Albacete

Oyos Vázquez M, Cubillana López JA, González García S, Blanco Gómez A
Hospital de Albacete

Introducción

La actual corriente externalizadora de los servicios generales hospitalarios nos lleva a analizar y revisar en profundidad tanto nuestros procesos como los costes asociados.

De esta forma, podremos contar con un sistema que permita comparar en un análisis de coste-beneficio las posibles opciones de externalizar o privatizar, no solo desde el punto de vista económico, sino también de la calidad de los resultados y de la satisfacción del usuario.

De esta manera, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, se ha realizado de forma minuciosa un análisis de coste-beneficio del Servicio Integral de Lavandería, contrastándolo con ofertas presentadas por empresas externas del sector, poniéndose de relieve la buena relación calidad-coste conseguida por el servicio propio del hospital.

Este hecho plantea la necesidad de realizar un análisis detallado que permita tomar decisiones bajo los criterios de eficiencia y efectividad, cuestionando la privatización como simple tendencia de gestión hospitalaria, y, por tanto, abandonando la creencia extendida de que "lo privado siempre es más eficiente que lo público".

Material y métodos

- Análisis de coste-beneficio, median-

te la aplicación del sistema de imputación de costes *Full Cost*.

- Análisis de calidad y satisfacción mediante la utilización de indicadores clave, metas y objetivos, integrados en un cuaderno de mando propio.
- Sistema de información de gestión de costes clínicos: GESCOT.
- Captura de las cifras de actividad a lo largo de las fases de producción: clasificación, lavado, planchado, costura, logística, transporte y distribución. Se asegura la correcta medición a través de la calibración de los diferentes dispositivos de medición y peso de las máquinas, así como a través de la realización de mecanismos de prueba y error.

Resultados

Los costes calculados por kilogramo de ropa o por unidad de prenda lavada en el Servicio Integral de Lavandería del Complejo Hospitalario de Albacete se sitúan en niveles asimilables a los precios más competitivos de mercado. Teniendo en cuenta las posibles economías de escala en base a los diferentes tipos de prenda, podemos concluir la mayor competitividad del servicio del hospital en dicha comparación.

Por otro lado, la calidad tanto real como percibida del Servicio de Lavan-

dería del Hospital, supera a la conseguida con empresas externas. Este hecho ha quedado de manifiesto en las diferentes pruebas piloto realizadas con este propósito.

Conclusiones

- Es necesario incorporar a nuestros sistemas de gestión mecanismos que permitan determinar *ad hoc* los costes de nuestros propios servicios, así como la calidad ofrecida, en aras a poder evaluar y tomar decisiones bajo criterios de utilidad, coste, eficacia y eficiencia.
- La decisión de externalizar un servicio supone un verdadero esfuerzo de medir o evaluar los costes y be-

neficios, tanto presentes como futuros. Asimismo, se deben valorar las externalidades derivadas de dicho proceso.

- Del análisis de coste-beneficio realizado del Servicio Integral de Lavandería, y de la comparación con ofertas presentadas por empresas externas, se desprende la buena relación calidad-coste conseguida por el servicio propio del hospital. No se justifica, por tanto, su externalización.
- El caso concreto del Servicio Integral de Lavandería del Complejo Hospitalario de Albacete constituye un claro ejemplo de eficiencia, que nos permite debatir las políticas externalizadoras.

Eficiencia e incentivos. Una aproximación mediante el análisis envolvente de datos

Muñoz González JJ, González Fidalgo E
Servicio Madrileño de Salud

Introducción

La incentivación económica se introdujo desde hace unos años en el ámbito de la gestión sanitaria pública para facilitar la consecución de los objetivos institucionales pactados en los denominados contratos programa. En función de los recursos y de la posición relativa respecto a cada objetivo, las unidades de gestión buscan maximizar el resultado global.

La búsqueda de la eficiencia es uno de los principales determinantes de la gestión, por lo que es de esperar que el diseño de cualquier sistema de incentivos reconozca la eficiencia. Las técnicas no paramétricas de frontera permiten identificar las unidades de gestión eficientes en entornos con *inputs* y *outputs* múltiples, por lo que han tenido amplia difusión en entornos sanitarios.

El objetivo de este trabajo fue el análisis de la eficiencia de las unidades de medicina de familia (MF) en un área de atención primaria mediante el análisis envolvente de datos (DEA) y su comparación con los resultados obtenidos en la evaluación según los criterios pactados para la incentivación.

Material y métodos

Se han analizado 28 unidades MF mediante DEA utilizando como variables de *input*: el número de MF, gasto en

farmacia, gasto en bienes corrientes, interconsultas, analíticas y radiología, y como *output* el número de pacientes distintos atendidos en el año 2005.

Este análisis proporciona información sobre la eficiencia global (EG) y sus dos componentes: la eficiencia técnica pura (ET) y la eficiencia de escala (EE).

Los criterios de evaluación de incentivos pactados con las organizaciones sindicales incluyen 14 indicadores que consideran criterios de actividad, calidad, docencia e investigación y resultados económicos. La asociación entre los índices de eficiencia y la puntuación de la evaluación de incentivos se exploró mediante el coeficiente de correlación y la *t* de *Student* para la comparación entre medias.

Resultados

Las cifras medias de EG, ET y EE observadas han sido 93,67%, 96,96% y 96,66%, respectivamente, y el número de unidades con eficiencia máxima desde la perspectiva de EG, ET y EE ha sido 13,19 y 13, respectivamente. De las unidades ineficientes por razón de escala, 9 unidades operan en zona de rendimientos crecientes y 6 lo hacen en el tramo de rendimientos decrecientes.

No se encontró correlación significativa entre la evaluación de incentivos y ninguno de los índices de eficiencia obtenidos mediante DEA. Aunque la pun-

tuación media (+DE) de la evaluación de incentivos en las unidades eficientes (66,64 + 15,93) fue superior a la de las unidades no eficientes (63,44 + 18,45), la diferencia no alcanza significación estadística. Esta falta de relación sugiere que los criterios pactados no incentivan a las unidades que maximizan la producción, dado un determinado consumo de recursos. Tal diferencia tiene un origen cualitativo y cuantitativo, ya que en la incentivación se consideran otros criterios no relacionados con la producción y, además, la ponderación

de los criterios de producción no es suficientemente alta como para condicionar la relación de los criterios pactados con los índices de eficiencia.

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren una alta eficiencia global de las unidades de MF de atención primaria estudiadas. Sin embargo, el sistema de incentivación pactado no reconoce a las unidades en función de su eficiencia productiva.

Variabilidad de costes de episodios entre equipos de atención primaria

Hernández de las Heras T
Servicio Madrileño de Salud

Introducción

La contabilidad analítica en los centros de atención primaria tiene sus orígenes en el año 1993, mediante la publicación e implantación del *Manual de imputación de costes de atención primaria* y la implantación de un sistema de codificación de los recursos humanos y materiales.

Una vez que todos los centros de costes (CC) tienen sus costes totales, la contabilidad analítica tiene que proporcionar una información que permita obtener el coste de la producción asistencial, a nivel de producto intermedio como a nivel de episodio clínico.

Los avances en los sistemas de información, como en la definición de la actividad y la implantación del sistema de información OMI-AP, nos proporciona una estructura tecnológica para ir avanzando en la medición del producto en atención primaria y dirigirlo hacia la gestión clínica de los procesos asistenciales.

Para el análisis de costes se considera necesario identificar la unidad de actividad de cada centro e indicadores de recursos que midan la eficiencia y calidad de la prestación ambulatoria. La visita tiene inconvenientes como unidad de medida de esta actividad, ya que da una visión puntual de la atención, sobredimensiona el tema de los frequentadores y no permite medir incidencia y prevalencia. Episodio es un

problema de salud verbalizado por el paciente caracterizado por un inicio, final y curso evolutivo con una serie de actuaciones sanitarias dirigidas a resolver dicho problema de salud. El episodio, aunque presenta algunos inconvenientes como son la dificultad de medir su inicio, curso y final, además de exigir rigor en el registro presenta unas evidentes ventajas entre las que destacan el proporcionar una visión longitudinal, permitir un análisis pormenorizado de morbilidad y la valoración de recursos y costes.

Material y métodos

Sobre este estado previo, el objeto de este trabajo, aparte de avanzar en la implantación del episodio como unidad de medida de la actividad asistencial en atención primaria, ha sido demostrar que el coste se ve afectado por el tipo de población atendida en cada equipo de atención primaria, así como por la variabilidad en la práctica asistencial. Para ello, se han elegido algunas variables que, siendo específicas de un determinado tipo de episodio, tengan una influencia en su coste.

En ocho centros del área, seleccionados por sus condiciones particulares (ruralidad, tipo de población, situación socioeconómica, inmigración) que pueden orientar a establecer conclusiones de interés, se han estudiado todos los episodios creados en OMI durante el año 2006.

En ellos se han medido:

- Número de visitas de cada episodio de las cuatro patologías seleccionadas.
- Tratamientos prescritos en el episodio "infección respiratoria aguda".
- Analíticas solicitadas en el episodio "anemia ferropénica".
- Radiografías solicitadas en el episodio "lumbalgia".
- Interconsultas solicitadas en el episodio "depresión".

Se ha utilizado el sistema OMI-AP, utilizando los siguientes ficheros Informix para la obtención de los episodios seleccionados, visitas, derivaciones a laboratorio, radiología y salud mental: iddage, iddcor, iddcor2, iddesp, iddilt, iddit91, iddmed, iddncu, iddome, iddpac, iddpco, iddvar, iddvpd, iddvesf, iddvte0, iddvt1, iddvt2, iddvtr.

Se ha utilizado en este estudio el precio medio de visita médico en el centro de salud en AP en el año 2005 y en el Área 1, que resulta ser 39,75 euros. Para los aspectos relacionados con el empleo e recursos de atención especializada (AE), se han utilizado los valores medios de coste medio de actividad en AE en el SERMAS en el año 2006, que son:

- Coste medio de cada determinación analítica: 2,37 euros. Para el episodio anemia ferropénica, se ha usado el hemograma que tiene una media de 13 determinaciones, con lo que el coste es de 30,81 euros.
- Coste medio de exploración radiológica: 46 euros.
- Coste medio de consulta de especialista (1.ª consulta): 105,11.

Anemia ferropénica: se han considerado las visitas realizadas a los centros de salud (CS) y que han originado este diagnóstico CIAP, disgregando aquellos casos en los que se ha solicitado analítica de aquellos en que no se ha solicitado.

Lumbalgia: se han incluido dos episodios de la CIAP: el L03 (signos y síntomas lumbares sin irradiación del dolor) y L86 (discopatía lumbar con síntomas de irradiación del dolor). En este caso se han considerado las visitas realizadas a los CS y que han originado estos diagnósticos CIAP, disgregando aquellos casos en los que se ha solicitado una exploración radiológica de aquellos en que no se ha solicitado.

Depresión: se han considerado las visitas realizadas a los CS y que han originado este diagnóstico CIAP, disgregando aquellos casos en los que se ha solicitado interconsulta con el especialista (salud, mental, psiquiatra, etc.) de aquellos en que no se ha solicitado.

Ira (resfriado): se han considerado las visitas realizadas a los CS y que han originado este diagnóstico CIAP además de realizar un estudio de cuántos episodios han sido tratados con antibióticos (no indicados en esta patología) y, de ellos, con qué tipo de fármaco, realizando posteriormente el cálculo del coste de cada episodio.

Resultados

El resultado de sumar el importe de visita más hemograma indica que el coste por episodio "anemia ferropénica" en cada uno de los EAPs considerados oscila entre los 116,89 y los 154,96 euros. (Los resultados se presentarán en tabla por EAP).

Sumados el importe de la visita más el coste de los episodios donde se ha

solicitado radiología, resulta un coste por episodio "lumbalgia" en cada uno de los EAPs considerados entre 92,16 euros y 142,21 euros. (Los resultados se presentarán en tabla por EAP).

Tras haber valorado el coste por cada visita médica en el centro de salud y el coste de los episodios donde se ha solicitado interconsulta, el coste por episodio "depresión" en cada uno de los EAPs considerados oscila entre los 105,65 euros y los 138,69 euros (los resultados se presentarán en tabla por EAP).

Por último, tras sumarse el coste por cada visita médica en el centro de salud y el coste de los episodios donde se ha prescrito antibiótico, el coste por episodio "IRA (resfriado)" en cada uno de los EAPs considerados oscila entre los 61,05 y 81,53 euros (los resultados se presentarán en tabla por EAP).

Conclusiones

A) Relación entre coste del episodio y variables como tipo de la pobla-

ción, lugar de residencia, nivel socioeconómico, etc.

B) Variabilidad de la práctica clínica.

C) Necesidad de avanzar en el estudio de los costes de estos y otros muchos episodios, teniendo en cuenta otras variables como incapacidad temporal, infraestructura, capítulo 1, etc.

Se abren otras muchas posibilidades de plantear hipótesis que expliquen exhaustivamente estas diferencias. La influencia que van a tener variables como profesión, empleo precario, medicalización de la sociedad, ausencia de cultura de autocuidados, etc., precisaría de estudios que, no por ser más complejos, dejan de ser apasionantes.

El futuro se plantea en la gestión clínica basada, entre otras cosas, en la contabilidad analítica con base en el coste por episodio, lo que permitirá realizar una asistencia más eficiente.

Impacto del modelo de continuidad asistencial del SAS sobre costes de personal de la Unidad de Hemodinámica del Hospital Universitario Virgen del Rocío

González Suárez M, del Río Castillejo A, Sánchez González Á
Hospital Virgen del Rocío

Introducción

La actividad de las unidades de hemodinámica representan costes cada vez más elevados, aupados por las evidencias clínicas que justifican reducciones de morbimortalidad. Asimismo, el pasado año se inició un nuevo modelo asistencial que ordena la atención en los hospitales del Servicio Andaluz de Salud en horario de tarde denominada continuidad asistencial. Pese a ello, ha sido necesario mantener programas de producción extraordinario para dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población de referencia de nuestro hospital. Por ello, conviven en una misma unidad de producción tres sistemas diferentes retributivos, actividad ordinaria, continuidad asistencial y actividad extraordinaria que determinan diferentes costes para una misma actividad asistencial. Los objetivos planteados son conocer el coste total de la unidad en el ejercicio evaluado, así como la repercusión de los costes de personal en las diferentes opciones organizativas que actualmente coinciden en nuestra organización.

Material y métodos

Se realiza un análisis de costes por naturaleza de abril de 2007 hasta marzo de 2008, en el que se ha considerado para las diferentes categorías profesionales los tres modelos retributivos posibles, según se trate de actividad ordinaria, extraordinaria (Orden Precios por

acto publicado BOJA) o continuidad asistencial (Acuerdo Mesa Sectorial Sanidad 2006). Se contabilizan los costes de prótesis y fungibles acumulados durante dicho periodo obtenidos del Sistema de Contabilidad Analítica de Hospitales y Distritos del Sistema Andaluz de Salud.

Los consumos de productos farmacéuticos, prótesis y material fungible, aunque tiene un gran peso económico en el coste unitario de cada proceso, se considera sin repercusión en este análisis por estar centrado en la comparación entre estos tres modelos. El incremento de producción observado, en este caso, no genera economías de escala al estar los precios de compra lo suficientemente ajustados al inicio del periodo.

Resultados

Los costes controlables de la unidad fueron 7.471.556 euros. El coste de personal fue de 961.952 euros, siendo generado por actividad ordinaria 600.288 euros, en continuidad asistencial 142.786 euros y 167.050 en actividad extraordinaria, siendo el restante atribuido a jornada complementaria. La distribución de actividad fue predominantemente ordinaria con 2.173 procedimientos, seguida de la continuidad asistencial con 787 y extraordinaria con 698 procedimientos. El coste medio de recursos humanos por procedimiento fue de 258,94 euros, en actividad ordi-

naria fue de 276,25 euros, en continuidad de 181,43 euros, que supone una reducción del 29,93% respecto al coste medio y del 34,32% referido a la actividad ordinaria, contribuyendo además a un descenso en el coste medio total por procedimiento.

Conclusiones

El elevado coste global de los procedimientos de hemodinámica nos obliga a

un análisis continuo de los mismos. Encontramos que la continuidad asistencial ha permitido un incremento de procedimientos, presentando este modelo una reducción de costes de personal referido tanto al coste medio como del originado en la actividad ordinaria, orientándonos como el modelo de futuro desarrollo de la producción de la unidad.

Acuerdos e incrementos retributivos posteriores a las transferencias del INSALUD. Análisis de la situación en un hospital público del Servicio Murciano de Salud

Gamarra Olmedo MÁ, Cerezo González J, Pacheco Martínez C, López Martínez F
Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción

El desarrollo de esta ponencia tratará de aclarar el efecto de los acuerdos y subidas retributivas de los trabajadores del Servicio Murciano de Salud a partir de las transferencias del INSALUD, efectivas a partir de 1 de enero de 2002.

Partiremos del estudio de cada uno de los acuerdos particulares suscritos en el ámbito de la atención especializada, y del análisis de la incidencia en la retribución de los distintos colectivos profesionales con adscripción al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, derivada de los acuerdos retributivos citados.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los acuerdos retributivos sectoriales que afectan al personal de atención especializada del Servicio Murciano de Salud, a fin de concretar y analizar el impacto del incremento porcentual experimentado en los sueldos de los profesionales de las distintas categorías de personal estatutario.

En el Servicio Murciano de Salud, se han suscrito aproximadamente veinte acuerdos salariales desde la transferencia sanitaria, que afectan al ámbito de la atención especializada, y que han consolidado incrementos en algunos de los conceptos retributivos de carácter complementario, muy por encima de la

subida porcentual tradicional del 2%; nos referimos, en particular, a los complementos específico, de productividad y de atención continuada (guardias médicas, turnicidad, festividad y nocturnidad, módulos de supervisión, etc.).

Resultados

El efecto en el sueldo mensual de los profesionales de atención especializada de la subida experimentada por los complementos específico y de productividad durante el periodo 2001-2008, ha supuesto incrementos de entre el 28,15% y el 54,48% en función del Grupo de Clasificación en el que se incluyen los mismos (tomando como referencia de cada grupo, la categoría básica).

Por su parte, algunos de los conceptos que forman parte de la denominada "atención continuada" han consolidado incrementos porcentuales, durante el mismo periodo de referencia, aún más significativos. Sirvan como ejemplo subidas de hasta un 133% o un 159% en el valor de las guardias médicas; de en torno a un 50% general en el importe del festivo; de entre un 50% y un 150% en el importe de la nocturnidad; o de entre un 33% y un 66% en la turnicidad.

Conclusiones

El proceso de descentralización de las competencias en materia de Sanidad

efectuado por parte del Estado en favor de las comunidades autónomas, junto con la entrada en vigor de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE núm. 301, de 17-XII), que, en lo que concierne al régimen retributivo, permite a las consejerías de sanidad y servicios de salud autonómicos la negociación en cada

territorio de las cuantías a asignar en los conceptos que conforman la denominada "retribución complementaria", ha supuesto el inicio de una carrera de reivindicación y de logros en materia salarial, paralela a la experimentada en los restantes servicios de salud autonómicos, que lejos de estabilizarse en los porcentajes previos a las transferencias, no permite adivinar su alcance.

Sistemas de gestión de costes: de los presupuestos a la descomposición vectorial del grupo relacionado de diagnóstico

González Pérez JG, Martín Hernández O, Aldecoa Hernández I, Dueñas Puebla JC, Blas Gutiérrez H
Servicio Cántabro de Salud

Introducción

La gestión profesional se cimienta en la toma de decisiones basada en datos objetivos y contrastados. En el marco del replanteamiento del sistema de financiación de la sanidad en España, objeto de la última conferencia de presidentes autonómicos, de la necesidad del control de gasto sanitario y de la creciente demanda de servicios por parte de la población es necesario el establecimiento de sistemas de gestión de coste y actividad.

El Servicio Cántabro de Salud (SCS) ha concentrado sus esfuerzos en el desarrollo de un sistema de gestión de costes (SGC), que nos permita disponer en todo momento de una información precisa y de alta calidad, combinando costes y actividad con el objetivo de obtener una herramienta útil de apoyo a la toma de decisiones, a la mejora de la eficiencia de la organización, al control presupuestario y a la financiación ligada a actividad.

Así, basándonos en la definición de medicina basada en la evidencia de David Sackett, se postula aplicar sus principios a la gestión y administración de empresas (gestión basada en la evidencia), con el "uso consciente, explícito y juicioso de la actual mejor evidencia en la toma de decisiones".

Esta línea de pensamiento en el entorno de la gestión, ha originado que tras las transferencias sanitarias a las CC.

AA. el vacío de información dejado por la desaparición del INSALUD haya sido cubierto por la implantación de sistemas de información en el marco del desarrollo de las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) y de la historia clínica electrónica (HCE).

Material y métodos

La Dirección Gerencia y la Subdirección de Gestión Económica decidieron aprobar y liderar la implantación del sistema de gestión de costes. Este sistema de gestión de costes se articula en torno al desarrollo de la contabilidad analítica implantada por el antiguo INSALUD.

Desde servicios centrales se han revisado y homologado las estructuras, criterios de imputación y líneas de actividad de los centros de atención especializada para el establecimiento de sistemas de *benchmarking* y cuadros de mando.

Durante los dos últimos trimestres del 2004, se recopila información del grado de desarrollo de la contabilidad analítica en los centros y en el 2005 se establecen reuniones periódicas con los subdirectores de gestión económica y responsables de los centros para el envío periódico de datos y la normalización de estructuras y criterios para finalmente en el 2006 pasar de un sistema de contabilidad analítica a un completo sistema de gestión de costes que permite la integración de la informa-

ción de los distintos centros y el análisis de tendencias.

El sistema de costes utilizado es el *full costing* o costes completos. Este sistema estudia los costes, diferenciando los de producción, ligados al proceso productivo, y los de estructura (ligados generalmente al proceso de administración). Así los centros obtienen el coste medio total de cada producto con el fin de medir la eficacia y la eficiencia comparando los costes con las tarifas del contrato de gestión.

El sistema de gestión de costes se asienta sobre tres subsistemas, que constituyen una estructura piramidal: el subsistema de imputación y gestión de costes de cada centro y en servicios centrales como elemento de consolidación y gestión centralizada, el subsistema de soporte a decisiones, y el subsistema de información a la dirección.

El subsistema de imputación y gestión de costes en los centros es el método de asignación de costes. La calidad de la información obtenida de los sistemas de imputación y gestión de costes dependerá de su grado de automatización, de su capacidad para obtener datos de aplicativos externos y de la flexibilidad que permitan a la hora de su parametrización. Ese subsistema constituye los cimientos del sistema de gestión de costes y actividad.

El sistema de soporte a las decisiones trata de definir y articular los mecanismos necesarios que permitan comparar datos de diferentes centros entre sí y con los objetivos de calidad y presupuestos de todo el conjunto, que permitan cruzar datos a diferentes niveles de consolidación, para analizar la información agregada, pero también descender para analizar datos "sospechosos", que permitan, en definitiva, basar las decisiones corporativas en información objetivamente cierta.

El último peldaño de la pirámide de obtención de información en fase de desarrollo es el sistema de información a la dirección. Es un conjunto limitado pero básico de indicadores que permiten un rápido análisis del estado de toda la organización desde el punto de vista económico.

Resultados

El cuadro de mando (CM) clínico-económico generado por el SGC, proporciona información de la situación de la organización en cada momento. Los contratos de gestión, eje vertebrador de la relación entre el SCS, y sus centros de atención especializada incorporan el análisis de las líneas de resultados de los 20 grupos relacionados de diagnóstico (GRD) de mayor casuística en cada centro y de las consultas primeras y consecutivas sobre la base de las tarifas obtenidas con el subsistema de gestión e imputación de costes.

Asimismo, se establece un sistema de *benchmarking*, definido como un método no frontera para la evaluación de la eficiencia sanitaria, que permite identificar la tendencia del coste de las líneas de productos de los centros, e identificar bolsas de ineficiencia. Asimismo, la variabilidad clínica inherente a las organizaciones sanitarias es medida a través del coste y composición vectorial de los GRDs, proporcionando información de relevancia a clínicos y gestores.

El SGC implantado en el SCS nos suministra información tanto a nivel macro económico (estadística del gasto sanitario público), mezo económico (explotación de la información agregada por centro) y micro económico (costes por GRD, descomposición vectorial del coste de cada GRD, coste de cada prueba, etc.) de la organización.

Conclusiones

Los directivos de los servicios de salud de las distintas autonomías requieren una serie de indicadores, que transmitan el estado del sistema en cada momento y analizar tendencias que les permitan tomar decisiones informadas para la consecución de los objetivos planteados en los planes de salud, pasando de una gestión operativa a una estratégica. Por ello, los SGCs se han convertido en un requisito fundamental para la gestión sanitaria.

El vacío de datos dejado por el cese en el desarrollo de los sistemas de información del antiguo INSALUD ha dado lugar al desarrollo por las distintas CC. AA. de sus propios sistemas.

La monitorización de indicadores establecidos y los cuadros de mando están liderando la evolución de los sistemas de salud de entes administrados a entes gestionados, donde la información adquiere un peso relevante.

Innovación para la disminución de los días de demora media en la tramitación de facturas: reducción de costes por pago de intereses

Almagro Bello I, Rabadán Asensio A, Fortis Serra A, Davín Jaén JA, Prieto Reyes MÁ
Hospital de Puerto Real

Introducción

Según la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, se incorpora el derecho interno de la Directiva 2000/35/CE, del Parlamento Europeo y se establece que todas las administraciones públicas están obligadas a devengar intereses de demora a sus proveedores (11,07% a partir de 60 días), a fin de no generarles perjuicios económicos, que en ocasiones han abocado a la quiebra a pequeñas empresas. La demora se genera no solo por falta de liquidez en un momento dado, sino también por la falta de agilidad en la gestión de las facturas.

El Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz) ha ideado una nueva ordenación de la gestión de facturas que nos permite acortar plazos, minimizar errores, y, por ende, disminuir intereses de demora de forma muy importante.

Para demostrarlo fehacientemente vamos a comparar los plazos en la tramitación de facturas, así como el número de facturas tramitadas por periodos, a partir de los datos obtenidos del servicio de contabilidad del Hospital Universitario de Puerto Real y su efecto en el pago por intereses de demora generados y la repercusión en el ahorro resultante de dicha disminución.

Coordinación y organización de distintos departamentos para la mejora de la calidad y reducción de plazos en la tramitación de facturas.

Material y métodos

- Análisis cuantitativo sobre la demora media en el periodo comprendido 2005-2008.
- Cálculo mensual de los intereses derivados de la demora media generada, a partir de los datos obtenidos de las facturas tramitadas en dicho periodo.
- Exposición de flujogramas donde se refleja la integración de diferentes departamentos en el circuito establecido para el trámite de las facturas, así como el trabajo en equipo en cada uno de ellos.

Resultados

Los resultados del estudio están en la actualidad, en 20 días de demora media, son provisionales, los definitivos se presentarán en la exposición de esta comunicación. Se espera llegar a lo siguiente:

- Disminución de los plazos en la tramitación de facturas.
- Disminución de los intereses de demora generados, con el consiguiente ahorro.

Conclusiones

Necesaria implicación de los departamentos participantes en el circuito de tramitación de facturas.

Acción social: estudio comparativo 2000-2007. Cobertura, beneficiarios y coste económico en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia

Blasco Galve M, Broceño Almendros A, Marín Meseguer RM, Sánchez Martínez E, Ruiz Nicolás J
Hospital Virgen de la Arrixaca

Introducción

Partiendo de la normativa vigente en acción social, para los distintos periodos objeto de este estudio, la presente ponencia recoge importantes cambios experimentados en el citado tema.

En el año 2000, la convocatoria estaba regida por la normativa del extinto INSALUD.

A partir de las transferencias sanitarias se aplican las bases reguladoras del Plan de Acción Social para el Personal Estatutario, el cual se establece previa negociación con los representantes sindicales. Dichas bases son recogidas en resoluciones de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud.

Teniendo en cuenta los cambios experimentados, hemos realizado un estudio comparativo antes y después de las transferencias sanitarias, que abarca desde el año 2000 hasta el año 2007, centrándonos en los siguientes aspectos:

- Cobertura de la acción social.
- Cuantía de cada una de las ayudas.
- Convocatorias.
- Número de solicitantes.
- Gestión de las solicitudes concedidas y cuantía de las mismas.

Material y métodos

Normativa de acción social del extinto INSALUD, y normativa generada por el Servicio Murciano de Salud publicada en el Boletín de la región de Murcia en sendas resoluciones de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud. Todas ellas responden al Plan de Acción Social para el Personal Estatutario, aprobado tras negociación con los representantes Sindicales.

Documentación generada en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, a partir de las correspondientes convocatorias.

Importe del gasto anual por ayuda y documentación auxiliar para realizar el estudio comparativo.

Recopilación, contraste, y análisis de los datos, realizada por cada miembro del grupo de trabajo, sirviéndonos de las herramientas de programas informáticos.

Resultados

A partir de las transferencias sanitarias, se ha ido experimentando una notable mejora en acción social, ampliando:

- El tipo de ayudas.
- La cuantía económica de las mismas.

- El personal al que van dirigidas.

Estas mejoras, han supuesto:

- Notable complejidad en la gestión de las ayudas.
- Un aumento del gasto de acción social, que responde al espíritu de la norma, y que en concreto para los años 2005-2007, aprueba un fondo del 1% de la masa salarial.

En la exposición de resultados, la ponencia recoge, entre otros datos, un aumento en el gasto de acción social, para el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, superior al 100% en el año 2007 y con referencia al año 2000.

Conclusiones

La notable mejora en la cobertura de las ayudas de acción social, ha requeri-

do una mayor dedicación y atención por parte de los recursos humanos del centro.

Los trabajadores han colaborado con extraordinario interés, estudiando las correspondientes resoluciones y proponiendo mejoras en la gestión de cada una de las etapas del proceso. Este hecho ha mejorado la formación, competencia y profesionalidad del grupo de trabajo.

En estas conclusiones se destaca la favorable acogida de los beneficiarios ante el aumento de las ayudas de acción social, que redundan en buen ambiente.

El aumento de gasto en acción social, si bien es considerable como expresa el estudio comparativo, está controlado por el plan de acción social.

Un modelo de referencia para la gestión integral del mantenimiento

Crespo Márquez A, López Campos M, Tomás Borja A

Escuela de Ingenieros. Universidad de Sevilla

Introducción

La norma europea EN 13306, 2002 define la gestión del mantenimiento como aquellas actividades de la gestión que determinan los objetivos del mantenimiento, las estrategias y las responsabilidades, y las realizan por medio de planificación del mantenimiento, control y supervisión del mantenimiento, y mejorando los métodos organizativos, incluyendo los aspectos económicos.

Desde hace aproximadamente tres décadas las compañías se percataron de que para gestionar adecuadamente el mantenimiento era necesario incluirlo en el esquema general de la organización y manejarlo en interacción con las demás funciones (Pintelon, 1992). El reto consiste entonces en integrar el mantenimiento dentro del sistema de gestión de la empresa.

A este respecto diferentes autores han propuesto modelos, marcos o sistemas que buscan gestionar el mantenimiento de la mejor manera. Utilizando las técnicas más avanzadas y proponiendo conceptos innovadores; cada modelo que ha sido propuesto tiene fortalezas y debilidades.

El presente artículo propone un modelo de gestión del mantenimiento basado en el sistema de gestión de la calidad propuesto por la norma ISO 9001:2000 y que nace de una investigación de las aportaciones de los modelos más sobresalientes de los últimos años.

Material y métodos

Para la realización de esta investigación se realizó una búsqueda del estado del arte de los modelos de gestión del mantenimiento, en diferentes bases de datos en línea accedidas a través de la Universidad de Sevilla, siendo estas: Abi/Inform Global – ProQuest, Blackwell Synergy, Business Source Premier – EBSCOhost, Compendex (Engineering Village) – Elsevier Engineering Information, Current Contents Connect – ISI, ISI Web of Knowledge – ISI, NTIS – Ovid (SilverPlatter), Scopus – Elsevier, Springer Link y Wiley InterScience.

A partir de esta exploración, realizada hasta el 18 de febrero del 2008, se seleccionaron un total de 20 modelos, los cuales fueron elegidos en virtud de que presentan un esquema global para la gestión del mantenimiento y provienen de publicaciones científicas.

Luego de realizar un análisis cronológico y comparativo de dichos modelos, se identificaron las innovaciones propuestas por cada uno y a partir de estas se diseñó un nuevo modelo de gestión, enmarcado en el esquema propuesto por la norma ISO 9001:2000.

Resultados

A partir del análisis de cada uno de los modelos anteriormente mencionados, es posible identificar una serie de conceptos que se repiten en algunos de ellos.

Con el fin de darles un orden, dichos conceptos fueron clasificados dentro de distintas categorías: planificación, procesos de soporte, ejecución del mantenimiento y control y mejora. Estas categorías han sido enmarcadas en el modelo propuesto por la norma ISO 9001:2000 para la gestión de la calidad con el propósito de conferir un sentido a la agrupación de los términos. De esta manera se tiene un modelo que incluye en sí mismo las herramientas a utilizar para dar cumplimiento a cada una de sus etapas.

El resultado es un modelo para la gestión del mantenimiento que pretende tomar lo mejor de las aportaciones estudiadas.

Este modelo inicia y termina con los requisitos y la satisfacción de las partes interesadas en la correcta gestión del mantenimiento. Aquí se toma el enfoque de "partes interesadas" que propone Soderholm (2007) y que además es conforme a lo planteado por la norma ISO 9004:2000 (AENOR 2000b).

El modelo además está diseñado para utilizarse efectivamente en todos los niveles de la organización. Nótese que la planificación implica a la alta dirección de la empresa. Los niveles medios son los que ejercen los procesos de soporte y controlan al nivel que ejecuta el mantenimiento y que genera datos para la mejora continua del sistema y la replanificación.

La forma en que el presente modelo está estructurado además hace posible la existencia de un vínculo entre la función de mantenimiento y las demás funciones organizacionales.

A continuación, se da una breve descripción de cada módulo que conforma el modelo:

La planificación

Este es el módulo equivalente al apartado 5 de la norma ISO 9001:2000 "Responsabilidad de la Dirección". En dicho apartado se especifican los requisitos y responsabilidades a cumplir por la alta dirección de un sistema de gestión del mantenimiento.

Los procesos de soporte

Este módulo es la etapa equivalente al apartado 6 de la norma ISO 9001:2000 "Gestión de los recursos". En este apartado se especifican las tareas a realizar para gestionar adecuadamente los recursos materiales, humanos y de infraestructura que requiere el adecuado funcionamiento y mejora de los procesos de mantenimiento, así como para aumentar la satisfacción del cliente.

La ejecución del mantenimiento

Este módulo es el equivalente al apartado 7 de la norma ISO 9001:2000 "Realización del producto". En este apartado se declaran las acciones necesarias para demostrar que la organización realiza el producto (la prestación del servicio de mantenimiento) con calidad suficiente.

Control y mejora del mantenimiento

Este módulo es el equivalente al apartado 8 de la norma ISO 9001:2000 "Medición, análisis y mejora". El objetivo general de este módulo consiste en realizar las acciones necesarias para demostrar la conformidad del producto (servicio de mantenimiento en este caso), si procede asegurar la conformidad del sistema de gestión de calidad, así como mejorar continuamente su eficacia en aumento a la satisfacción del cliente (o partes interesadas).

Conclusiones

Realizando una búsqueda en bases de datos electrónicas fue seleccionado un conjunto de modelos de dirección de mantenimiento. Estos modelos fueron estudiados y sus principales características e innovaciones fueron identificadas en un análisis cronológico.

A partir de la comparación de dichos modelos de gestión de mantenimiento con algunos elementos clave de la norma ISO 9001:2000 se distinguieron ciertas características deseables en un modelo de mantenimiento que funcionara en el marco de la gestión de la calidad. De esta manera se propuso un modelo nuevo que pretende tomar los mejores elementos, tanto de las propuestas previas, como de la misma norma ISO 9001:2000 y que posee entre otras, las siguientes características:

- Es cíclico, por lo que estimula la mejora continua.

- Distingue claramente la ejecución de las acciones estratégicas y de las acciones operativas, apareciendo vinculadas.
- Involucra a la alta dirección para planear, evaluar, decidir y gestionar los recursos que necesarios para la adecuada gestión del mantenimiento.
- Es flexible a la integración de nuevas tecnologías como el e-maintenance, la utilización de sistemas expertos, etc.
- Estandariza la evaluación, el control y la mejora de la eficacia y eficiencia del mantenimiento.
- Propicia la generación de documentos y registros como elementos de entrada para la toma de decisiones y evaluación del desempeño del sistema.

Impacto del Hospital Universitario Reina Sofía en la economía cordobesa

Tierno Alonso MJ

Hospital Universitario Reina Sofía

Introducción

La asistencia sanitaria es una actividad productiva y, por tanto, desde esta vertiente el sector sanitario, como cualquier otro sector, es también un sector económico que genera un conjunto de bienes y servicios (básicamente atención médica) y, a su vez, demanda productos y servicios de otros sectores.

Como todo sector, tiene un peso en el conjunto de la economía que se puede analizar a través de su participación en la actividad económica desde el punto de vista de la producción y de su interrelación sectorial.

La actividad sanitaria además de ser un pilar fundamental del estado de bienestar, contribuye a producir riqueza, dinamiza la economía y se posiciona como motor económico.

Bajo la anterior premisa, el planteamiento concreto es saber si el Hospital Universitario Reina Sofía, enclavado en Córdoba, contribuye al desarrollo de la economía cordobesa.

Bajo la hipótesis anterior los objetivos planteados son los siguientes:

- a) Objetivo general: determinar el impacto del hospital, que como generador de una actividad productiva, contribuye al desarrollo de la economía cordobesa.
- b) Objetivos secundarios:

- Cuantificar el peso del hospital desde una perspectiva comparada entre él y la localidad, midiéndolo a través de diversos indicadores que analizan las principales variables económicas.
- Estimar las relaciones que existen con el resto de los sectores económicos, evaluando el efecto que una variación de la demanda sanitaria tiene en el conjunto de la economía cordobesa.

Material y métodos

Diseño del estudio: observacional, descriptivo.

Se ha realizado el estudio a través de dos métodos, directo, a través de agregados macroeconómicos, a través de indicadores clasificados por naturaleza; e indirecto, con la utilización de la metodología de las tablas *input-output* que nos muestra la interdependencia que existe entre las diferentes actividades productivas de una economía.

El estudio de los indicadores de estimación directa, se ha realizado comparando los datos del Hospital Universitario Reina Sofía, con los correspondientes a Córdoba. Se han considerado precios corrientes en el caso de la comparación para un año concreto y para el caso de evoluciones interanuales se han utilizado precios constantes deflac-

tando los importes monetarios para pasarlos a euros del año 2000.

El segundo bloque de estudio, definido por las tablas *input-output*, se ha realizado para 2007 deflactando igualmente para pasar a euros constantes del año 2000 por ser este el año al que corresponden las tablas andaluzas publicadas, y su ámbito es provincial.

Se han estudiado variables poblacionales, de empleo (población activa, población ocupada, tasa de actividad, tasa de empleo, tasa de ocupación) variables económicas (valor añadido bruto, producto interior bruto, productividad aparente, renta media disponible bruta anual...) de demanda, sociales.

Además derivadas del modelo de demanda se ha calculado:

- Impacto directo. Recoge la demanda inicial del hospital, la cual es atendida por los diferentes sectores productivos. Para ello se ha clasificado la oferta de recursos del hospital, según la numeración de las ramas de actividad de las tablas *input-output* adaptadas de las de la clasificación nacional de actividades económicas.
- Impacto indirecto. Se debe a que los sectores receptores de la demanda directa necesitan, a su vez *inputs* y materias primas del resto de sectores lo que hará aumentar la producción de dichos sectores.
- Impacto inducido. Son los aumentos de producción derivados del incremento de la renta y consumo.

Resultados

El estudio de los indicadores de población, nos sitúan en la magnitud social que alcanza el hospital.

En siete años, su ritmo de crecimiento ha sido el doble al experimentado por la población de Córdoba.

Su contribución a los puestos de trabajo es mostrada por los indicadores de empleo:

- En 2006, el peso de la población ocupada en el hospital era del 4,15%, lo que representaba una aportación a la tasa de empleo de Córdoba del 1,06%.
- Por sectores de actividad, en el que queda incluido el hospital (actividades sanitarias y veterinarias y servicio social), ocupaba a un total del 9,47% de los cordobeses, por encima de los ocupados por el sector de la construcción y la educación. En relación a la perspectiva de género, mientras que el promedio de la población ocupada femenina en la capital era del 42,74% en el hospital era del 70,37%.

En cuanto a la aportación a la generación de renta, es decir, su aportación al valor añadido bruto de la capital (VAB), en 2005, el 1,46% del VAB total de toda Córdoba era generado por el hospital y en términos de PIB, el 1,31%.

- El VAB del hospital, se incluye en el sector servicios, el más importante de los cinco existentes, aportando este sector en 2005, el 67,3% de toda la renta generada en la ciudad, por debajo, se encuentran los sectores de industria, construcción, agricultura y energía.
- En términos de productividad, por cada puesto de trabajo, el hospital genera 23.923 euros de VAB, productividad que se ha ido incrementando anualmente desde 2001 hasta 2005, último año estudiado.

- En relación a otras instituciones de peso en Córdoba, el presupuesto de gasto del hospital en 2006, (considerando solo capítulo I y capítulo II de la contabilidad presupuestaria) fue un 59,62% mayor que el del ayuntamiento y un 67,59% más que el de la universidad.

Otros indicadores tradicionales utilizados en las estadísticas territoriales, son los que hacen referencia a la demanda de luz, agua y teléfono que cuantificados, vuelven a posicionar al hospital destacadamente.

- El consumo de luz en 2006, representó el 1,53% de toda Córdoba, y el 12,70% de su sector.
- El consumo de agua en 2007, fue del 1,66% de Córdoba y el 27,52% del grupo de igual tarifa.
- En cuanto a número de líneas telefónicas fijas, dispone del 2,56% de toda Córdoba.

Es evidente también su contribución social, aportando ocupación cualificada y formación especializada.

- El impacto total, lo muestran los vínculos entre el hospital y el resto de los sectores productivos, producido por los efectos directos, indirectos e inducidos que se dan como consecuencia de la demanda por parte del hospital de bienes y servicios.
- Los servicios empresariales cordobeses son el sector que recoge el mayor impacto directo de la demanda del hospital.

Los efectos indirectos, es decir, los asociados a sus proveedores, se concentran más en el sector de la construcción; en los efectos inducidos, originados por el consumo resultante de la mayor renta disponible de los asalaria-

dos de los proveedores del hospital, aparece en primer lugar el sector comercio.

- El aumento de la demanda del hospital no solo tiene efectos sobre sí mismo, sino que se extiende a toda la economía en su conjunto. El hospital tiene un efecto multiplicador de la producción de 2,59.
- Pero además, provoca otro efecto multiplicador, derivado del consumo como consecuencia del pago en sueldos y salarios de 2,57.

Lo anteriormente expuesto configura la fortaleza de este trabajo, en tanto que pone cifras y verifica algo que muchos cordobeses intuyen. Más allá de las publicaciones de las estadísticas oficiales del hospital, es la primera vez que se hace un estudio económico que ponga en relación el Hospital Reina Sofía con la ciudad de Córdoba.

Conclusiones

En relación al objetivo principal, los resultados de este estudio dejan constancia de que los efectos económicos que se derivan de la existencia del hospital en Córdoba, ratifican la contribución del mismo, al desarrollo y crecimiento de la economía cordobesa.

En relación a los objetivos secundarios, cuantificado el peso económico del hospital a través de las principales variables macroeconómicas y demuestra su capacidad de arrastre para inducir aumentos de producción en el resto de los sectores, se considera verificada la hipótesis principal de este estudio que relacionaba a la asociación existente entre la existencia del hospital y el crecimiento y desarrollo general de la economía del lugar en el que está enclavado.

Pues bien, con este trabajo, se ha dejado constancia de la importancia de considerar, a la hora de realizar el análisis de la ubicación de los mismos, no solo el necesario y justo cumplimiento del principio de equidad en la distribución, ordenación y acceso a los recur-

sos, sino los efectos económicos en incrementos de riqueza y fomento de empleo directo e indirecto que convierten a la institución sanitaria en un elemento cohesionador que ayuda a limar las desigualdades económicas interprovinciales.

Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

FUNDACIÓN SIGNO. Sor Ángela de la Cruz 24, esc A, 4.º-E. 28020-Madrid
Tfno.: 91 579 58 32. Móvil: 629 685 190
E-mail: fundacionsigno@telefonica.net

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica la cesión de derechos de reproducción a la Fundación Signo.

Tipos de artículo

- **Originales:** trabajos de Investigación relacionados con la gestión en el ámbito sanitario.
- **Puntos de encuentro:** reunión entre expertos en un tema con la finalidad de establecer conclusiones, líneas de actuación y “productos” que mejoren la gestión sanitaria.
- **Otras colaboraciones:** reseñas, trabajos de opinión o actualidad que, por el interés de su contenido, deban ser publicados.

Presentación y estructura de los artículos

- **Título:** título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).

- **Resumen y palabras clave:** máximo trescientas palabras. El número de palabras clave oscilará entre tres y cinco.
- **Abstract & key words:** en hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras clave al inglés, incluyendo el título del trabajo.
- **Citas bibliográficas:** las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- **Tablas:** deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.
- **Ilustraciones:** bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto. La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro, no pudiendo superar un total de siete.

El boletín de suscripción:

1. Permite recibir todas las revistas y suplementos de la revista que editemos durante el año 2008.
 2. Da acceso al **Club Signo** y a todas las actividades actuales y futuras de la Fundación.
- Puede suscribirse tanto personal como institucionalmente con la garantía de que todos los ingresos obtenidos se dedicarán al apoyo de proyectos y actividades que nos ayuden a mejorar la gestión sanitaria. Una vez más, gracias por su colaboración y confianza.

suscripción revista *gestión y evaluación de costes sanitarios club signo*

Nombre y apellidos/Nombre entidad:		DNI/CIF:	
Domicilio:		C.P.:	Población:
Provincia:	E-mail:	Telf.:	Fax:
Centro de trabajo:		Prof./Cargo:	

Sí, deseo recibir la revista y participar en la Fundación Signo (marcar con una cruz donde proceda).

Suscripción personal: 45 euros/año (1 ejemplar de cada revista y cada suplemento)	Suscripción institucional: 200 euros/año (Recibirá 5 suscripciones personales)	Precio por ejemplar: 12 euros
--	---	----------------------------------

FORMAS DE PAGO

- Transferencia:** N.º cuenta Fundación Signo: 0075 1352 15 060 0004061
- Domiciliación:** datos de banco para domiciliación anual:

Banco:				
Ciudad:				
Datos de c.c.	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Titular:		Ruego que, con cargo a mi cuenta, atienda los recibos presentados por la Fundación Signo.		
		Firma:		

- Tarjeta VISA o similares:**

Titular:		Teléfono de contacto:	
Fecha de caducidad:		Número de tarjeta:	
		<input type="checkbox"/>	
Autorizo a la Fundación Signo a cobrar la suscripción anual previa comunicación, salvo orden expresa en contrario.		Firma:	

No dude en contactar con nosotros en FUNDACIÓN SIGNO.

C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc A, 4.º E, 28020 Madrid.

Tel.: 91 579 58 32/629 685 190 • www.fundacionsigno.com • e-mail: fundacionsigno@telefonica.net

INDICACIONES GENERALES

- Pueden optar a los Premios Profesor Barea todas las Instituciones públicas o privadas relacionadas con el sector sanitario.
- Los Premios están destinados a proyectos inéditos, finalizados o en fase avanzada de desarrollo que supongan una mejora sustancial en la gestión y evaluación de costes sanitarios.
- Además de los premios económicos, los trabajos finalistas serán publicados por la Fundación Signo.
- El plazo para la presentación de los trabajos finaliza el 31 de diciembre de 2008.
- La entrega de los Premios en todas sus modalidades se realizará en abril de 2009.
- En caso de cualquier duda contacte por favor con nosotros en www.fundacionsigno.com o en secretaria@fundacionsigno.com.

MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN

1. Los Centros Sanitarios como Empresas de Servicios: Gestión Global
 - Cada Entidad podrá presentar únicamente un proyecto
 - El premio está dotado con 6.000 euros.
2. Proyectos multientidad
 - Cada Proyecto debe venir presentado por más de dos entidades
 - El premio está dotado con 6.000 euros.
3. Gestión de un Área de conocimiento
 - No existe límite en el número de trabajos
 - El premio está valorado en 3.000 euros.
4. Investigación, desarrollo y nuevas tecnologías
 - No existe límite en el número de trabajos.
 - El premio está valorado en 3.000 euros.

JURADO

- D^a Margarita Alfonso Jaén
- D^a Ángeles Amador Millán
- D. Josep Maria Capdevila i Miravert
- D. José Ignacio Echániz Salgado
- D. Alfredo García Iglesias
- D. Fernando Lamata Cotanda
- D^a. Elena Miravalles González
- D. Javier Moreno Barber
- D. Gregorio Peces Barba Martínez
- D. José Manuel Romay Beccaría
- D. Juan Manuel Reol Tejada
- D. José María Segovia de Arana
- D. Jerónimo Saavedra Acevedo
- D. Xavier Trias i Vidal de Llobatera
- D. Juan Velarde Fuertes

Asesoras Técnicas

- D^a Carmen Pérez Mateos
- D^a Isabel Prieto Yerro



PARA PRESENTACIÓN DE
TRABAJOS CONSULTE EN
www.fundacionsigno.com

Premios Profesor
Barea

7^a
edición

abril
2009