Asistencia Geriátrica Especializada Experiencia del Hospital Monte Naranco

D. JULIO BRUNO BÁRCENA. Gerente Hospital Monte Naranco. Oviedo

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención sanitaria a las personas mayores constituye un objetivo estratégico de primera magnitud para los Servicios Sanitarios[1]. Esta afirmación se basa en que las personas de edad elevada son el grupo de población de crecimiento más rápido, el de mayor frecuencia de enfermedad, discapacidad, y muerte y, en consecuencia, el que genera más dependencia de cuidados sanitarios y sociales.

El hecho de que el número de personas ancianas esté aumentando rápidamente supone un éxito biológico, dado que las cohortes sucesivas que llegan a una edad alta gozan de un nivel de salud más elevado y resulta deseable que, a medida que las personas vayan viviendo más años, las incapacidades más importantes puedan acumularse en un estrecho margen de edad inmediatamente anterior a la muerte[2].

Además, el modo específico de presentación de la enfermedad en la vejez pone al Sistema Sanitario ante un reto continuo para afrontar enfermedades crónicas de historia natural compleja, cuya prevención eficaz se encuentra en el límite de los conocimientos científicos actuales. La elevada frecuencia de multipatología, polifarmacia, y atrogenia, trastornos psíquicos ilustran esta complejidad que exige en numerosas ocasiones un abordaje multidisciplinar y una toma de decisiones personalizada, ética y eficiente[3, 4].

Por otra parte, el envejecimiento afecta a los servicios médicos y quirúrgicos y en ellos la estancia hospitalaria elevada y el mayor número de complicaciones obligan a establecer medidas dirigidas al tratamiento de aspectos adicionales a la intervención que garanticen la continuidad en la atención y la correcta ordenación del sistema de información sanitaria[5, 6].

Los costes asistenciales derivados del envejecimiento siguen un crecimiento rápido en todos los países y diversos autores han puesto de manifiesto que este crecimiento no debe combatirse solamente con medidas de contención y que deben adoptarse nuevos enfoques que permitan la atención preventiva a los problemas que generan dependencia. La importancia de la colaboración, corresponsabilidad y la coordinación entre servicios sanitarios y sociales, se manifiesta hoy de manera decisiva para ofrecer respuestas integradas en el orden de la calidad y la eficiencia[7].

Estos hechos ponen en primer plano la implantación progresiva de servicios de asistencia geriátrica y de políticas de cooperación entre instituciones. La consecución de un sistema integrado de servicios socio-sanitarios es hoy un objetivo planteado por el Ministerio de Sanidad en su documento "Ordenación de los servicios de Atención Sanitaria a las personas Mayores", en el que se define un modelo de coordinación moderno y adecuado a las recomendaciones internacionales para la atención socio-sanitaria a los ancianos.

El propósito de esta ponencia es describir la experiencia desarrollada en el Hospital Monte Naranco, dependiente de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias y valorar la adecuación organizativa al modelo propuesto en el documento mencionado.

1.- ORDENACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES[5]

El modelo propuesto por el Ministerio de Sanidad tiene como objetivos específicos:

- La prevención del deterioro funcional y el mantenimiento de la autonomía e independencia de los viejos.
- La coordinación e integración de servicios sanitarios y sociales.
- La articulación de niveles de Atención Primaria y Especializada.
- La prevención de la institucionalización de los ancianos potenciando estructuras intermedias, sistemas alternativos: hospitales de día, atención domiciliaria ....
- El mantenimiento de la continuidad de los cuidados entre los diversos niveles de atención.

Por lo que respecta a la Atención Hospitalaria el modelo descansa sobre tres aspectos:

- FUNCIONALMENTE: En el establecimiento de Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos con la misión de realizar la gestión de los casos geriátricos dentro del hospital y la coordinación intra y extra hospitalaria de los cuidados.
- ESTRUCTURALMENTE: En la posible reordenación de recursos poniendo en funcionamiento unidades específicas de:
  - Hospital de Día Geriátrico
  - Unidades de hospitalización de agudos
  - Unidades de convalecencia
  - Unidades de cuidados paliativos

- ORGANIZATIVAMENTE: En la conexión y coordinación entre Atención Primaria y el Hospital, a través de un sistema de comunicación eficaz.

El proceso de implantación del modelo debe ser progresivo, atendiendo a las condiciones locales y exige la reconversión de recursos sin generar más gasto, partiendo de la premisa de que en la actualidad la red sanitaria ya está atendiendo a los ancianos a quienes dedica la mayor parte de sus recursos y éstos deben ordenarse de un modo más eficiente (Gráfico 1).

2.- LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MONTE NARANCO

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias asumió la transferencia del antiguo sanatorio antituberculoso Monte Naranco en 350 millones de 1985 y gasta hoy en asistencia geriátrica en este Hospital 622 millones de pesetas del año 1993. De ellos, el 85% son financiados por concierto con el INSALUD y el resto por subvención del Principado. La cuenta de explotación del Servicio de M.I. y Geriatría se expone en la Tabla 1.

Desde la transferencia el Hospital ha multiplicado su actividad asistencial y ha promovido el establecimiento de un subsistema de atención geriátrica para el Area Sanitaria IV, afrontando los problemas de definición en la misión, integración en el Area y adecuación estructural y organizativa para esta función. Actualmente, el Servicio de MI y Geriatría del Hospital Monte Naranco es el de mayor actividad entre los Servicios de Geriatría del Estado, se ordena por niveles de hospitalización y asistencia y realiza docencia MIR de la especialidad.

El "ambiente"[8] de colaboración institucional con el Hospital Central de Asturias ha permitido configurar un servicio de referencia para los problemas de asistencia geriátrica especializada, que actúa dentro y fuera del Hospital General del Área Sanitaria. En síntesis durante 1993, se realizó la siguiente actividad (Tablas 2 y 3):

- Valoración geriátrica de 2.281 demandas, procedentes del Hospital Central y del Área Sanitaria. Lo que representa 4 valoraciones por cada 100 mayores de 65 años del Área.

- Hospitalización de 1.589 pacientes de edad promedio de 78 años. Lo que representa 3 pacientes atendidos por 100 habitantes mayores de 65 años Área.

- Valoraciones geriátricas domiciliarias procedentes de la Ciudad de Oviedo, a petición de diversos servicios de la Comunidad.

- Asistencia médica especializada a las dos residencias de la Comunidad Autónoma en Oviedo.

- Atención en Hospital de Día de 100 pacientes para rehabilitación y recuperación funcional tras el alta o derivación de Atención Primaria.
- 1.200 sesiones de rehabilitación física y 300 de foniatría en pacientes ingresados.

Esta actividad ha sido consecuencia de un conjunto de medidas organizativas implementadas a lo largo del período 1988-1992, entre las que destacan:

2.1.- Estructuración organizativa del Servicio por objetivos:

El Gráfico 2 recoge la actual estructura del Servicio y el modelo de gestión de casos que se desarrolla desde el mismo. El diseño organizativo del Servicio ha tratado de responder a tres necesidades identificadas de atención especializada.

- **Unidad de Evaluación o de Agudos:** dirigida a la detección, valoración, diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes geriátricos agudos o a las reagudizaciones de pacientes crónicos.
- **Unidad de Transición:** destinada a la readaptación funcional y rehabilitación de pacientes geriátricos convalecientes.
- **Unidad de cuidados paliativos:** dirigida al manejo de pacientes terminales con necesidad de cuidados especializados y en particular a pacientes oncológicos terminales.
- **Hospital de día geriátrico:** dispositivo de atención diurna dirigido a facilitar el alta hospitalaria y la readaptación del paciente a su medio habitual.

Las tablas 2, 3 y 4 recogen la actividad de cada una de estas Unidades.

2.2.- Valoración e intervención geriátrica en el Área de Salud:

El establecimiento de procedimientos sistemáticos para el acceso de los pacientes geriátricos a la atención especializada y a la prevención de la discapacidad es hoy un procedimiento extendido y ha sido desde su inicio una preocupación constante de nuestro Servicio[9, 10, 11, 12 y 13]. La implantación de la metodología de valoración en algunos puntos claves de acceso del paciente al sistema de atención ha sido la estrategia rectora de aproximación de nuestros servicios a la demanda asistencial de la población geriátrica. Esta política ha obligado a establecer procedimientos de coordinación y cooperación con otras instituciones y niveles asistenciales. En consecuencia, se realiza valoración de casos en:

- Hospital Central de Asturias mediante una Unidad de Valoración Geriátrica que se ubica en este Centro.

- Domicilio del paciente, mediante la intervención del equipo del Hospital Geriátrico de día a petición de los médicos de APS.

- Las residencias de ancianos de la Comunidad Autónoma situadas en Oviedo.

La valoración de casos es una tecnología que exige coordinación y cooperación con otros servicios de la comunidad y en la experiencia que se expone se ha basado en acuerdos explícitos con otras instituciones, de los que merece destacar el firmado en 1992 con el Hospital Central de Asturias. La evolución de la actividad del servicio en lo que se refiere a valoración se recoge en la Tabla 2. La unidad de valoración actual en el Hospital Central por el procedimiento de interconsulta y en base a protocolos de derivación establecidos con algunos de los Servicios de mayor demanda geriátrica. En 1993 se realizaron en el Hospital Central 2.025 valoraciones. De ellas un 70% supusieron un ingreso en el Servicio, 26% fueron consideradas demandas de ingreso hospitalario no adecuadas y el 4% no ingresaron en nuestro Centro una vez considerada adecuada la derivación. Tras cinco años de experiencia estas cifras pudieron considerarse indicativas de la demanda que generan otros servicios y de la capacidad de respuesta según los criterios de ordenación de nuestro Servicio.

2.3.- Desarrollo de protocolos de valoración y derivación con otros servicios:

El 45% de nuestros ingresos procede del Servicio de Urgencias del Area situado en el Hospital Central, el 38% de los servicios con los que existen protocolos de derivación y 7% de APS y otros servicios de la comunidad.

La ordenación de los flujos de pacientes ha posibilitado una drástica reducción de la estancia media del Servicio y una optimización de los recursos. La rotación del recurso cama ha sido el factor decisivo para posibilitar un incremento tan notable de la actividad (Gráficos 3 y 4).

El perfil de los pacientes atendidos refleja las características de edad, motivo de ingreso, dependencia de cuidados (Tablas y Gráficos 5, 6, 7 y 8). El número medio de diagnósticos por paciente es de 4, un 20% de los ingresos precisa intervención social durante su estancia y al alta; en el 25% se realizan intervenciones de Rehabilitación.

La mortalidad del Servicio se adecúa a estas características y a los parámetros de servicios similares. Ésta se concentra particularmente en la Unidad de Cuidados Paliativos y en los pacientes con mal pronóstico al ingreso, en particular ictus recientes. Tabla 1.

2.4.- Docencia-formación del personal del Área:

Desde 1991 el Servicio es uno de los 12 acreditados para la docencia MIR en la Especialidad de Geriatría a nivel nacional. Esta actividad es complementada por los servicios del Hospital Central en aquellas rotaciones necesarias.

A su vez, por acuerdo con la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria se proporciona una rotación a los médicos de familia en formación y regularmente a los médicos y enfermeras de diversas Áreas de Salud en concepto de Formación Continuada.

Desde el inicio de estas actividades han rotado por el Servicio: 60 médicos de familia y médicos de Atención Primaria así como personal titulado auxiliar de enfermería lo que supone un impacto elevado para el personal sanitario de APS del Área de Salud.

Anualmente se realiza asimismo la docencia práctica de pregrado con la Facultad de Medicina y las Escuelas Universitarias de Enfermería y Fisioterapia. Estas últimas mediante ambos profesores asociados. Por el Servicio han rotado, en los tres últimos ejercicios, 227 alumnos de medicina y 300 de enfermería.

3.- COSTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA

Los costes operativos del Servicio representan el 45% del Hospital (Gráfico 9). La Tabla 5 recoge la estructura de costes del Servicio diferenciando los costes de las unidades mencionadas. El coste total de nuestro Servicio representa el 2% de los gastos públicos en Atención Especializada del Área Sanitaria IV.

Los costes por actividad reflejan la intensidad del consumo de recursos en cada una de nuestras unidades y sirven para la asignación de recursos en los diferentes niveles asistenciales (Tabla 6). Los costes que se analizan recogen el conjunto de la gestión asistencial y permiten calcular el impacto de servicios de este tipo para los planificadores.

Deben diferenciarse, no obstante, los costes añadidos al proceso de hospitalización iniciado en otro Servicio médico de aquéllos en que se ha calculado el coste de pacientes ingresados directamente desde el Servicio de Urgencias. En este último caso, que supone el 45% de nuestros ingresos y el 38% de la totalidad de los ingresos hospitalarios del Área Sanitaria realizados por el Servicio de Urgencias del Hospital Central en pacientes mayores de 65 años con patología no quirúrgica, el coste y la oportunidad del tratamiento de los enfermos en nuestro Centro resultan óptimos para el Hospital Central y altamente rentables para la sociedad.

Los costes de los procesos más relevantes analizados por el motivo principal del ingreso permiten conocer el esfuerzo que el Sistema Sanitario debe afrontar cuando se cruzan éstos con variables epidemiológicas. Sus diferencias notables y reflejan las diferentes "necesidades de estancia" de los pacientes y la intensidad de utilización de recursos. Tabla 7.

En nuestro caso permiten afrontar anualmente un proceso de negociación con el Insalud y definir la actividad del ejercicio.

4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Diversos autores han puesto de manifiesto de modo riguroso que la metodología de valoración e intervención geriátrica especializada resulta eficaz en la reducción de la mortalidad, la discapacidad, la dependencia y la institucionalización de los ancianos, y que la atención específica a los pacientes geriátricos reduce el coste de hospitalización de las personas mayores[15, 16 ,17, 18, 19 y 20].

Por otra parte, el desarrollo de alianzas estratégicas entre hospitales es un mecanismo importante para mejorar la eficacia y lograr un alto grado de optimización de los recursos[8]. Estas alianzas o acuerdos pueden resultar particularmente necesarias en aquellos ámbitos en que la intervención sanitaria precisa de procedimientos ágiles y especializados para manejar el ambiente del paciente, como es el caso de la asistencia geriátrica.

En base a estos planteamientos la estructuración y el desarrollo del Servicio de M. Interna y Geriatría del Hospital Monte Naranco se ha fundamentado en la reconversión de un recurso público transferido a la Comunidad Autónoma en 1985, con el objetivo de satisfacer las demandas de atención de los pacientes geriátricos. Un conjunto de medidas organizativas y de cualificación del personal han permitido incrementos notables de la actividad asistencial y en consecuencia una estabilización de los costes sanitarios.

Las necesidades de Atención sanitaria se han definido en relación a la detección, valoración, diagnóstico y tratamiento precoz, readaptación funcional y cuidados paliativos. En función de éstas se ha estructurado un proceso asistencial basado en la organización por niveles asistenciales orientados en función del tipo de necesidad del cliente. Entre ellos se describen tres unidades de hospitalización y un Hospital Geriátrico de Día[7, 21].

La gestión del proceso se basa en la cooperación y coordinación del Servicio con otras instituciones y en particular con el Hospital General de Área. La ordenación del acceso y el perfil de los pacientes se ha derivado del establecimiento de protocolos de derivación entre

los que destacan los referidos al paciente de los servicios de Urgencias, Neurología, Cardiología, Cirugía Vascular, COT y Oncología.

La colaboración con los Equipos de APS del Área descansa en la valoración de casos, la utilización del Hospital de Día en plano asistencial y de un modo relevante en la formación de personal médico y de enfermería.

Con un menor impacto se realiza valoración de casos en las residencias de la Comunidad Autónoma. El perfil de los pacientes exige un elevado grado de intervención de otras estructuras sociales, siendo el internamiento residencial el que mayores dificultades plantea al alta debido a la escasez de estos recursos y a una escasa permeabilidad de los mismos para aceptar pacientes con un alto grado de dependencia. Cabe mencionar que Asturias es la Comunidad Autónoma con menos estancia media en los establecimientos de larga estancia[22], y este hecho se asocia a la existencia de unidades hospitalarias con un patrón de asistencia geriátrica específica[23].

El esquema de trabajo descrito se ajusta, en nuestra opinión, al desarrollado en el documento mencionado[5].

Los costes del Servicio representan una proporción muy escasa del conjunto de los gastos de Atención Especializada y su insuficiente financiación se deriva de un sistema de concertación obsoleto.

No existen datos comparativos que nos permitan señalar el impacto de nuestros costes sobre la ordenación de la Atención Especializada del Área, sin embargo cabe asociar el proceso de implantación de nuestro Servicio con una intensa reducción del recurso cama en el Hospital Central, en particular en lo que se refiere a la ocupación de camas en este Centro por personas mayores de 75 años. No ha podido medirse la repercusión en la oportunidad de asignar recursos para el conjunto del Complejo Hospitalario, derivada del tipo de atención que presta nuestro Centro, no obstante, algunos estudios han puesto de manifiesto reducciones significativas de la estancia media en los servicios con los que se mantienen protocolos de derivación de pacientes geriátricos.

Debe mencionarse asimismo el impacto de la hospitalización de enfermos agudos, cuya indicación de ingreso se deriva del propio Servicio de Urgencias del Hospital Central y que supone una elevada proporción del total de ingresos de personas de edad que son hospitalizados con costes asistenciales óptimos.

En consecuencia, cabe estimar la factibilidad del planteamiento de reconversión de recursos hecho por el Ministerio para hacer frente a la ordenación de la atención sanitaria a las personas mayores, por lo que se refiere a nuestra experiencia.

Es previsible que los progresos organizativos en este ámbito sean cada día más acuciantes para el Sistema Sanitario. La eficiencia de los diversos servicios dependerá en buena parte de la capacidad y la agilidad para adaptarse al ritmo de envejecimiento de la población que atienden y a los cambios culturales y sociales que conlleva.

Valga recordar que la mejora en la calidad de la asistencia a los ancianos repercute sobre el conjunto del desarrollo socioeconómico de los pueblos y no puede basarse en el concepto de evacuación o de dispositivos excluyentes para los viejos[2]. Una buena asistencia a un coste razonable debería garantizarse en el marco de una organización sistémica de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Niek Klazinga, MD. Theory and Practice of Quality Assurance in Health Care; Application in the Care for the Elderly. European Journal of Gerontology. Vol. 1, n.º 4; 259-263.

2.- Naciones Unidas. Informe de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Viena, 26 de julio a 6 de Agosto de 1982. a /CONF. 113/31.

3.- Martínez Aguayo, C. Gorgocena Aoíz, M. La coordinación sociosanitaria. Rev. Esp. Ger. Gerontol. Vol. 29, n.º 1; 43-45. 1994.

4.- O.M.S. La salud de las personas de edad. Informe técnico n.º 779. Ginebra 1989.

5.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ordenación de servicios para la Atención Sanitaria a las personas mayores. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Madrid, Mayo 1993.

6.- Winograd C.H. et al. Screening for frailty: Criteria and predictors of outcomes. Journal of the American Geriatrics Society. 1991; 39: 778.

7.- Riesgo, I; Bruno, J. Consequences of the ageing of the population for General Hospitals in Spain. En: Linkin the Hospital and the Comunity. Libro de ponencias. The Elderly: A. Challenge to the General Hospital. International Conference. Dublin. Marzo 1993.

8.- John E. Kralewski. La finalidad y la estructura de las uniones estratégicas entre hospitales. En: I Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios. Hospital de Hellín. 1993.

9.- Les Services geriatriques dispensés dans le hôpitaux de soins actifs. A: Unités d'évaluation et de traitement geriatriques. B: Hôpitaux de jour pour personnes agées. Guide. Santé et Bien-être social Canada. Direction generale des services et de la promotion de la santé. Ministere des Apporovisionnements et Services Canada. 1990.

10.- Bases d'un model d'atenció socio-sanitaria. Del seu finançament I del Desplegament de recursos 1990-1995. P^rograma Vida als anys. DGOPS. Generalitat de Catalunya. Octubre 1989.

11.- Rubenstein, L.Z. et al. Multidimensional Geriatric assessment. In: Textbook of Geriatric Medicine 3. Churchill Livingstone. Edimburg. 1985.

12.- Myrna Hall; B, Lynn Beattie; Eric Gionet; Jane Henderson; Marcus Hollander; Kathryn Nixon; Don Orn, Ph.D.; Margaret Redston, Jane Stow: L'evaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés: un modele á accés unique. Ministre des Aprovisionements et Services. Canada. 1988.

13.- Rubenstein L.Z; Jospephson K.R; Wieland G.D; Kane R.L.: Differential prognosis and utilization patterns among clinical subgroups of hospitalized geriatric patients. Health Services Research, 1986.20:881-895.

14.- Rubenstein et al. Effectivenes of a geriatric evaluation unit: a randomized trial. N. Engl. J. Med. 1984; 311:1664.

15.- Rubenstein L.Z. "Geriatric assessment on a subacute hospital ward" Clinics in Geriatric Medicine. 1987; 3: 131-143.

16.- Tulloch. A. J. "A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice". J. Roy. Coll. Gen. Pract. 1979.

17.- Allen C.M. et al. A randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team: compliance with recommendations. J.A.M.A. 1986; 225: 2617-2621.

18.- Williams M.E. Outpatient Geriatric Evaluation. Clinics in Geriatric Medicine 1987; 3: 175-183.

19.- Hendriksen C. "Consecuences of assessment and intervention amonge elderly people: Three year randomized controlled trial". Br. Med. J. 1984; 289: 1522-1524.

20.- Vetter N.J. et al. Effects of health visitors working with elderly patients in general practice: A randomized controlled trial. Br. Med. J. 1984; 288:369-372.

21.- Hospital Monte Naranco. Memorias de Actividad, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991 y 1992. Oviedo.

22.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Hospitales Civiles del Estado 1989.

23.- J. Bruno, Bárcena. Hospitales de media y larga estancia. Ponencia presentada a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Gijón 1993.

TABLAS Y GRAFICOS

GRÁFICO 1
ESQUEMA DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS PARA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

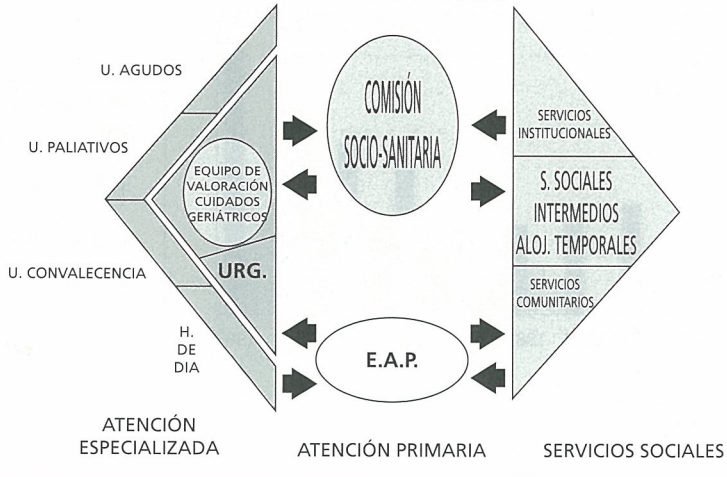


GRÁFICO 2
EVALUACIÓN GERIÁTRICA

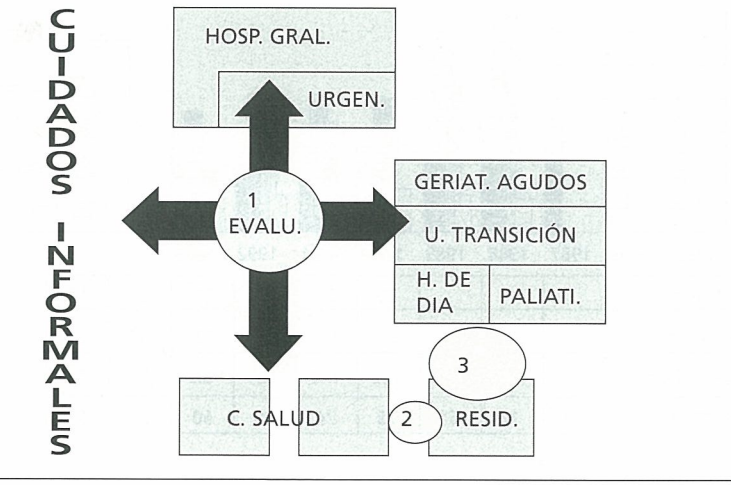
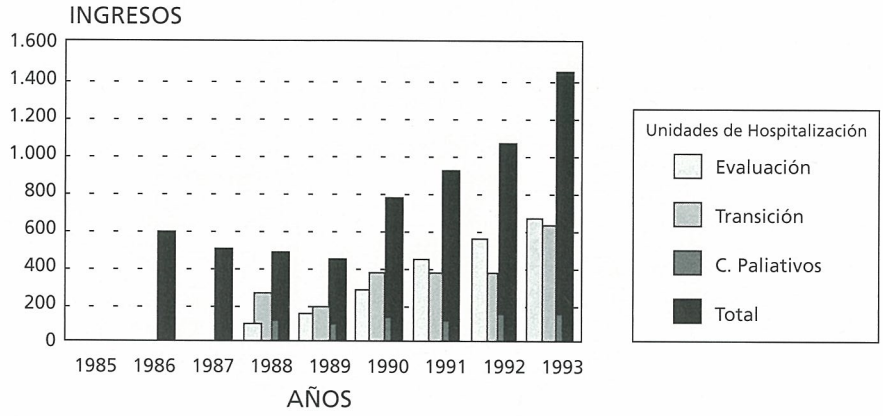


GRÁFICO 3

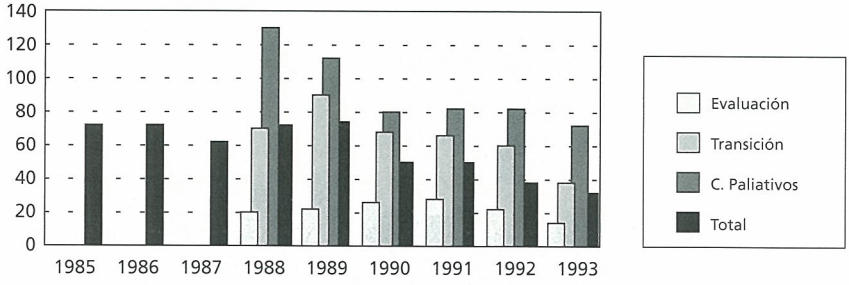
ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE M.I. Y GERIATRÍA
EVOLUCIÓN DE INGRESOS 1986-1993 POR UNIDADES



HOSPITAL MONTE NARANCO
Memoria 1986-1993

GRÁFICO 4

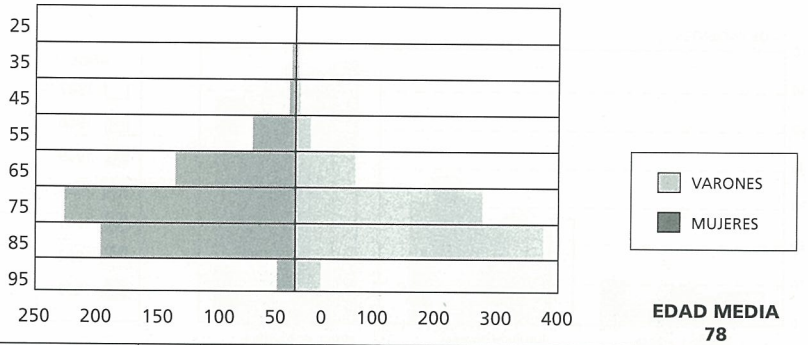
EVOLUCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA 1985-1993
SERVICIO DE M.I. GERIATRÍA



Evaluación				20	22	25	29	22	14
Transición				69	90	67	65	60	39
C. Paliativos				129	112	79	82	82	72
Total Serv.	71	72	61	73	74	49	50	38	31

HOSPITAL MONTE NARANCO 1985-1993

GRÁFICO 5
ESTRUCTURA DE EDAD Y SEXO DE LOS INGRESOS

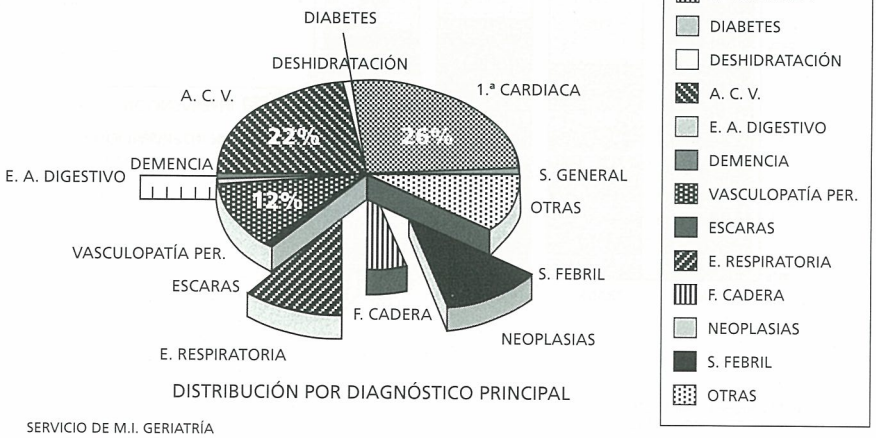


VARONES	1	4	6	45	118	224	189	21
MUJERES			5	19	90	285	378	52

EDAD MEDIA
78
I. MASCULIN.
0,73

SERVICIO DE M.I. GERIATRÍA. 1993

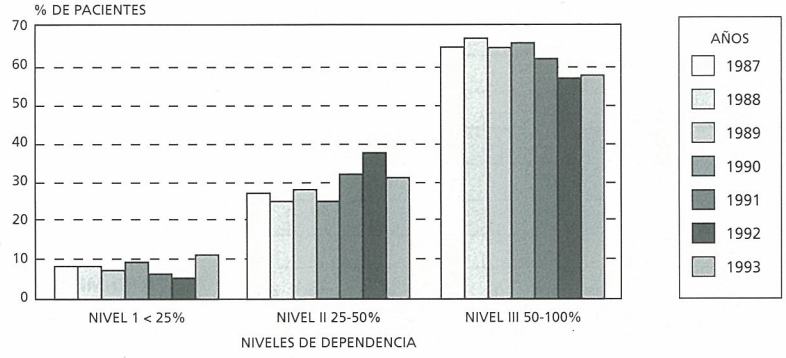
GRÁFICO 6
MOTIVOS DE INGRESO



DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

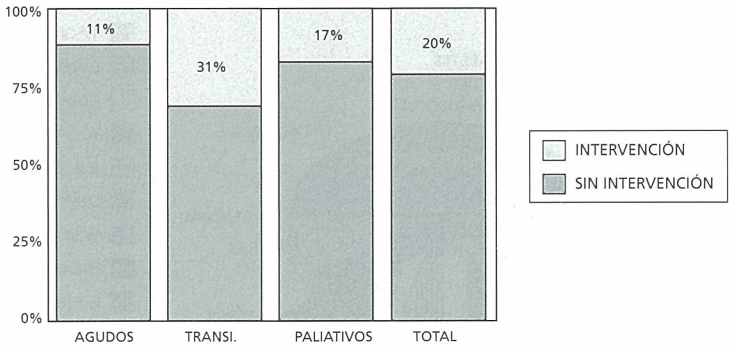
SERVICIO DE M.I. GERIATRÍA

GRÁFICO 7
NIVELES DE DEPENDENCIA DE ENFERMERÍA



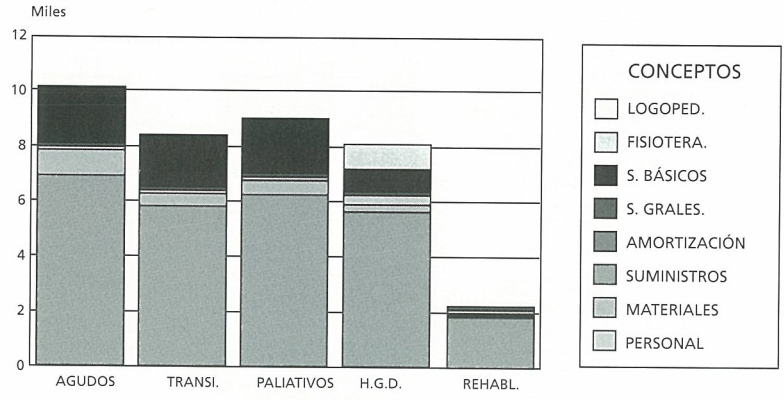
HOSPITAL MONTE NARANCO 1987-1990
MEMORIA 1987-1991

GRÁFICO 8
INTERVENCIÓN SOCIAL POR UNIDADES
% SOBRE INGRESOS



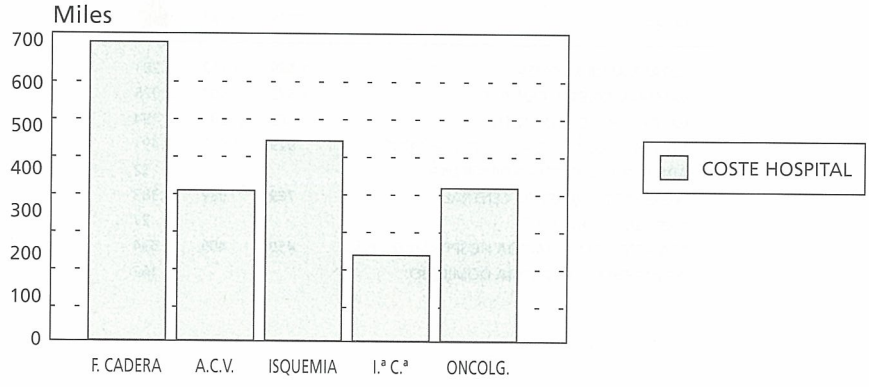
HOSPITAL MONTE NARANCO
UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

GRÁFICO 9
COSTES POR ACTIVIDAD
COSTES UNITARIOS



SERVICIO M. I. GERIATRÍA 1993

GRÁFICO 10
COSTE POR PROCESO
SERVICIO DE M. I. GERIATRÍA



HOSPITAL MONTE NARANCO 1993

TABLA 1
ESTADO DE RESULTADOS 1993

CONCEPTOS	GASTOS	INGRESOS	CONCEPTOS
GASTOS	622.566	622.566	INGRESOS
• PERSONAL	88.638	537.370	• INGRESOS ACTIVIDAD
• MATERIALES	724	523.607	• Hospitalización
• INSTALACIONES SUMINISTROS	1.734	13.172	• H.G.D.
• SERVICIOS GENERALES	2.047	591	• Ambulatoria
• COSTES REPERCUTIDOS	461.925		
• F. Logoped.	441	85.196	• SUBVENCIONES
• C. Externa	121		
• Rehabilit.	14.342		
• Bioquímica	5.473		
• Bacteriol.	5.677		
• Hematología	4.528		
• Radiodiag.	9.468		
• A. patolog.	519		
• Farmacia	76		
• U. Agudos	124.887		
• U. Trans. I	123.952		
• U. Trans. II	96.558		
• U. Paliat.	75.882		
• COSTES ESTRUCTURA	67.496		

SERVICIO M. I. GERIATRÍA

TABLA 2
VALORACIÓN DE CASOS. HOSPITAL CENTRAL 1993

AÑOS	1991	1992	1993
TOTAL VALORACIONES	1.568	1.712	2.281
VALORACIONES H. CENTRAL	1.373	1.507	2.025
VALORACIONES DOMICILIO	195	205	194
ADMISIÓN DE INGRESO HOSPITAL CENTRAL	923	1.102	1.491
ADMISIÓN DE INGRESO DOMICILIO			32
INGRESADOS HOSPITAL CENTRAL	789	982	1.383
INGRESOS DOMICILIO			27
DEMANDA NO ADMITIDA HOSPITAL CENTRAL	450	405	534
DEMANDA NO ADMITIDA DOMICILIO			162

SERVICIO M. I. GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO

TABLA 3
ACTIVIDAD HOSPITALARIA POR UNIDADES 1993

PARAMETROS	U. AGUDOS	U. TRANSICIÓN	U. C. PALIATIVOS	TOTAL
Pacientes	687	698	204	1.589
Ingresos	659	622	157	1.438
Altas	667	614	165	1.446
Ocupación				80
Rotación	20	8	5	10
E. Media	14	39	72	31
Edad Media				78
Media diagnos.				4
% Reingresos	15	3	2	10
% E<14 días				50
% E>60 días				12
% Exitus	10	14	67	18
% Traslados	1	7	4	4
% Mejorías	88	78	28	77
I. Social	74	193	26	293
Deman. resid.				65
Altas resid.				33
Rehabilit.	22	276	4	302

SERVICIO DE M. I. GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO

TABLA 4
HOSPITAL GERIÁTRICO DE DÍA
ACTIVIDAD Y COSTES. 1993

Pacientes	91
Proceden. Hosp.	52 %
Tto. Ter. Ocupnal	93 %
Tto. Fisioterapia	70 %
Tto. Clínico	48 %
Media sesiones	34
Mejoría Barthel	54 %
Visitas domicilio	295
C. Enfermería	985
Valoraciones dc.	194
Coste /día	8.439
Coste paciente	286.926

TABLA 5
COSTES POR ACTIVIDADES
MILES DE PESETAS

ACTIVIDADES	COSTES OPERATIVOS	COSTES DE ESTRUCTURA	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN	502.648		
INTERCONSULTAS	5.273		
CONSULTA EXTERNA	3.419		
VALORACIONES H. CENTRAL	3.744		
VALORACIONES RESIDENCIAS	394		
VALORACIONES DOMICILIARIAS	1.214		
HOSPITAL DE DÍA	23.594		
REHABILITACIÓN	14.342		
LOGOPEDIA	441		
TOTAL	555.069	67.496	622.565

SERVICIO DE M. I. GERIATRÍA 1993

TABLA 6
COSTES POR ACTIVIDADES
COSTES UNITARIOS

ACTIVIDADES	AGUDOS	TRANSICIÓN	PALIATIVOS	HOSPITAL DE DÍA	REHABILITACIÓN
PERSONAL	6.951	5.814	6.265	5.667	1.840
MATERIALES	957	497	583	203	33
SUMINISTROS	77	74	75	384	129
AMORTIZACIÓN	116	107	101	101	
SERVICIOS GENERALES	1.687	1.608	1.747	594	125
SERVICIOS BÁSICOS	339	339	339	247	18
FISIOTERAPIA				858	
LOGOPEDIA				56	
TOTAL	10.127	8.439	9.101	8.439	2.145

SERVICIO DE M. I. GERIATRÍA 1993

TABLA 7
COSTE POR PROCESO

CONCEPTO	FRACTURA DE CADERA	A.C.V.	ISQUEMIA CRÓNICA	1.ª CARDIACA	ONCOLÓGICOS
PERSONAL	5.814	6.365	5.814	6.951	6.265
MATERIALES	497	586	646	957	583
SUMINISTROS	74	75	74	77	75
AMORTIZACIÓN	107	231	107	116	101
S. GENERALES	1.608	1.747	1.608	1.687	1.747
S. BÁSICOS	339	339	339	339	339
FISIOTERAPIA	908	1.845			
C. ESTRUCTURA	625	1.245	780	1.700	1.070
COSTE ESTANCIA	9.972	12.433	9.368	11.827	10.180
ESTANCIA MEDIA	68	27	48	17	34
COSTE PROCESO	678.096	335.691	449.664	201.059	346.120

SERVICIO M. I. GERIATRÍA 1993