

COSTE POR PROCESO EN URGENCIAS

AUTORES: J.M. TORRES MURILLO, L.M. JIMÉNEZ MURILLO, M. TEJEDOR FERNÁNDEZ,

I. KELLER REBELLÓN, J.L. TEMES MONTES, *Servicio de Urgencias, Hospital Regional Universitario Reina Sofía, Córdoba*

RESUMEN

El cálculo del coste por proceso asistencial es imprescindible en cualquier servicio médico para conocer su productividad, determinar su presupuesto y poder gestionar los recursos.

El cálculo actual de los costes generados por los servicios de urgencias no refleja la realidad ya que se basa en estimaciones obtenidas mediante la aplicación de una cantidad fija multiplicada por el número de urgencias asistidas y no ingresadas. De esta manera, los ingresos que se les imputa no dependen del tipo y complejidad del paciente atendido, no teniendo en cuenta que: (1) no todos los pacientes atendidos en urgencias y dados de alta generan el mismo coste, (2) los pacientes dados de alta desde el área de observación son considerados como atendidos en urgencias y dados de alta y (3) no se incluyen los pacientes ingresados procedentes de urgencias y del área de observación.

Consideramos que el cálculo del coste generado en un Servicio de Urgencias deberá:

- Abarcar a todos los procesos atendidos
- Calcularse cada proceso en función de los recursos utilizados, tanto humanos como materiales, durante su estancia en urgencias (área de urgencias y observación).

Con el fin de tener una aproximación de este coste real hemos calculado el coste estándar, utili-

zando el modelo diseñado por el "Grupo de Trabajo de Coste por Proceso" de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), basado en el método "ABC" para el cálculo de los costes inherentes al proceso y en el "COAN" para los costes repercutidos y lo hemos aplicado a los 5 procesos más frecuentes de una muestra aleatoria extraída de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital durante el año 1997.

Este modelo nos permitirá:

- Conocer el coste estándar generado por un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)
- Comparar los costes generados y la complejidad de los procesos atendidos en los distintos SUH, independientemente de sus peculiaridades
- Analizar, de forma precisa, las desviaciones existentes entre los mismos, conociendo con exactitud las causas de las mismas.

Correspondencia: José Manuel Torres Murillo, c/ Antonio Maura, 29 - 4º I, 14004 Córdoba. Teléfono: 957 412 829.

INTRODUCCIÓN

La actividad de los Servicios de Urgencias es una de las más importantes dentro del contexto de los Sistemas Sanitarios al atender a un número elevado de pacientes, con un incremento progresivo en los últimos años y el consiguiente consumo de recursos que comporta.

Los SUH atienden una gran variedad de procesos (desde patologías banales hasta críticas), lo que les obliga a utilizar y, por tanto, a consumir, una extensa diversidad de recursos, adquiriendo una creciente importancia dentro de la estructura del Hospital.

En los últimos años los SUH han evolucionado vertiginosamente. De ser Unidades que carecían de organización jerárquica, atendidas casi exclusivamente por Residentes (o por Médicos que eran contratados sólo para guardias), a la actual en la que existen numerosos Servicios organizados con una plantilla específica y estable.

El Hospital, entendido como una empresa de servicios, maneja un volumen significativo de recursos. Ante el creciente aumento de los costes, el mayor nivel de complejidad de la estructura y organización hospitalaria, se ha hecho imprescindible mejorar la gestión como respuesta a la mayor preocupación por optimizar la eficacia de los recursos sanitarios. Se ha mejorado la información disponible de los procesos asistenciales mediante la clasificación de enfermedades y procedimientos (CIE-9-MC) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), el case-mix management (gestión del hospital en función de la diversidad de pacientes o mezcla de casos), agrupando los diagnósticos con el fin de identificar, de forma más precisa, el producto hospitalario mediante la utilización de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), etc.

En la actualidad los costes generados por los SUH se calculan multiplicando una cantidad fija estimada (en Andalucía 1 Urgencia = 0,30 EVA) por el total de pacientes atendidos en urgencias y no ingresados, no teniendo en cuenta que:

- No todos los pacientes atendidos en Urgencias generan el mismo coste
- Los pacientes dados de alta procedentes del

Área de Observación no general el mismo coste que aquellos que sólo son atendidos en el Área de Urgencias.

- Los pacientes que ingresan, bien procedentes del Área de Urgencias o del Área de Observación son excluidos, siendo éstos los que más recursos consumen.

Este método no refleja la realidad existente en los SUH, no siendo útil para poder analizar su eficiencia, su complejidad, conocer su productividad, determinar su presupuesto y poder gestionar sus recursos.

Consideramos que el cálculo del coste generado por un SUH debe abarcar a todos los procesos atendidos, calculándose cada proceso en función de los recursos utilizados, tanto humanos como materiales, durante la estancia del paciente en Urgencias (Área de Urgencias y Área de Observación), independientemente de su destino final al alta.

OBJETIVO

Con el fin de tener una aproximación del coste generado por un SUH hemos aplicado el modelo diseñado por el "grupo de Trabajo de Coste por Proceso" de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), basado en un método mixto, el "ABC" (Sistema de Costes Basado en Actividades o Activity Based Costing) para el cálculo de los costes inherentes al proceso y el "COAN" para los costes repercutidos, y lo hemos aplicado a los 5 procesos más frecuentes de una muestra aleatoria extraída de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital durante el año 1997.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "Reina Sofía" fue creado en febrero de 1988, actuando como una Unidad independiente con

una estructura y funcionamiento similar al resto de los servicios del Hospital, atendiendo, en los últimos años, a un volumen considerable de pacientes (102.097 pacientes en el año 1997).

Hemos realizado un análisis retrospectivo de las patologías más frecuentes atendidas en nuestro Servicio durante el año 1997. Para ello hemos extraído una muestra aleatoria del total de pacientes atendidos (102.097 pacientes), con un error del 5%, una $p < 0,05$ y una estimación inicial del 50%, utilizando el programa C-4 Study Design Pack, obteniendo 384 procesos.

Las 384 historias clínicas han sido codificadas por el método CIE-9-MC, 9ª edición.

Una vez codificadas se han extraído los 5 procesos más frecuentes (tabla 1).

Para calcular el coste estándar de estos procesos nos hemos basado en nuestros protocolos, vigentes desde 1990, publicados en el año 1994, con el título de "Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias", siendo considerados por el Grupo de Trabajo de "Coste por Proceso" como referencia, junto con el libro "Medicina de Urgencias" de Tintinalli et al. A dichos procesos les hemos aplicado el modelo de Coste por Proceso arriba reseñado, basado en el método "ABC" para los costes inherentes al proceso (coste directo) y el "COAN" para el resto (semidirecto, indirecto y repercutido).

Para el desarrollo del coste directo nos basamos en que el paciente atendido en un SUH recorre lo que denominamos "Circuito de asistencia al paciente", que comprende las distintas áreas pertenecientes al SUH por las que el paciente puede pasar desde que demanda asistencia urgente hasta que se procede al alta. Éstas las hemos dividido en:

- Área de recepción y clasificación, En este área el paciente es recibido, se le toman los datos de

filiación y es clasificado según la situación clínica que presente.

- Área de consulta. En ella el paciente recibe asistencia, procediéndose a su estudio, administrándosele el tratamiento de urgencia necesario y decidiendo su destino. Dentro del área de consulta el paciente puede ser trasladado al área de observación para continuar el estudio, controlar su situación clínica y recibir el tratamiento de urgencia.

- Área de sala de espera. En ella el paciente recibe los controles y cuidados prescritos, estando en espera de serle comunicado el diagnóstico y el destino.

En cada una de las diferentes áreas por donde pasa el paciente se van a realizar una serie de actividades o conjunto de actos encaminados a su atención. Cada actividad principal corresponde a la suma de otras actividades secundarias.

El conjunto ordenado y organizado que integra las actividades asistenciales dentro de su correspondiente área del circuito de asistencia al paciente constituye el mapa de actividades asistenciales en un SUH (figura 1).

Para facilitar su identificación y manejo informático hemos codificado cada área, actividad principal, secundaria, y los elementos que las componen (tabla 2).

El cálculo del coste directo se ha realizado introduciendo cada proceso en el mapa de actividades, basándonos en los datos reseñados en la historia clínica y las pruebas complementarias utilizadas, según las directrices de nuestros Protocolos de Actuación.

El coste de personal se ha calculado multiplicando el tiempo utilizado (en minutos) por el coste en pesetas/minuto de cada estamento. Los tiempos utilizados en nuestro estudio provie-

nen del promedio obtenido de muestras de tiempos de actividades y procesos iguales tomadas, en nuestro caso, por personal ajeno al estudio del proceso en cuestión, ajustándolos en minutos. La valoración de los tiempos de cada estancia se ha hecho dividiendo el total de ingresos de todo el personal que lo compone junto con la cuota patronal por el total de minutos trabajados. Tanto éstos como el coste del material fungible, fármacos, papelería, dietas, etc., así como la cantidad imputada a nuestra Unidad por los costes semidirectos, indirectos y repercutidos nos ha sido facilitada por el Departamento de Contabilidad de nuestro Hospital.

El coste de las pruebas complementarias utilizadas provienen del listado de costes procedentes de los servicios de Radiología, Laboratorio y Hematología.

Con estos datos se han rellenado las fichas de las diferentes actividades secundarias, obteniéndose su coste (tabla 3). El valor de cada actividad principal se ha calculado sumando la valoración de las correspondientes actividades secundarias. De esta manera podemos conocer el coste directo total así como desglosarlo por cada una de las áreas que componen el circuito de pacientes, cada actividad principal y secundaria.

El resto de costes se ha calculado mediante el cociente entre la cantidad asignada a nuestro Servicio, mediante el método COAN, dividida por el número total de procesos atendidos en el año 1997.

Todos estos datos han sido introducidos en una hoja de cálculo (Excel'97) obteniéndose el coste total de cada proceso, mediante la suma de los costes directos, semidirectos, indirectos y repercutidos.

RESULTADOS

Los 5 procesos más frecuentes obtenidos de la muestra aleatoria son, por orden de frecuencia: esguince de tobillo, cólico nefrítico, insuficien-

cia cardíaca congestiva, vértigo periférico y crisis de ansiedad (tabla 1). El coste total de los procesos estudiados fue de 7.973, 8.033, 14.995, 4.702 y 4.026 pesetas, respectivamente (tabla 4). El desglose por Actividades Principales se expone en la tabla 5. En la tabla 6 se desarrollan tanto las Actividades Principales y Secundarias de los procesos analizados.

DISCUSIÓN

En los últimos años los SUH están adquiriendo una creciente importancia en el contexto de los Hospitales de los que dependen tanto por el elevado número que asisten, con un progresivo incremento en los últimos años, como por el coste que generan.

Dadas sus características peculiares, la metodología actual de cálculo de costes no es aplicable a los SUH. Tampoco se acerca a la realidad el uso del sistema basado en un cálculo estimado sobre los pacientes atendidos y no ingresados. Por lo tanto, es necesario utilizar un método para calcular lo más exactamente posible el coste generado.

Proponemos utilizar un sistema mixto que utiliza el método "ABC" para el cálculo de los costes directos y la metodología tradicional (SIGNO II, COAN) para aquellos costes que no podamos medir directamente (semidirectos, indirectos y repercutidos). El "ABC" es una metodología que nos permite obtener los costes por producto/servicio (paciente o proceso clínico) o línea de productos/servicios (grupos de pacientes o de procesos clínicos similares). Proporciona una estimación más correcta debido a que asigna los costes con mayor exactitud bajo la perspectiva causa-efecto. La característica principal de este instrumento es la utilización, como criterio de imputación a los productos, de los costes de las actividades que son necesarias para producirlos.

El enfoque "ABC" resulta atractivo en el sector sa-

nitario porque se asemeja mucho a los sistemas de decisión clínica. En esta metodología, los costes son acumulados en las distintas actividades que consumen recursos y se aplican a cada paciente asistido en función de las actividades que ha requerido para su estudio y/o tratamiento. Los procesos de decisión clínica, basados en un determinado protocolo, muestran unas características adecuadas para la aplicación del "ABC", ya que establecen para cada patología o grupo patológico una determinada sucesión de actividades a llevar a cabo.

De esta forma, el "ABC" es un instrumento de ayuda para evaluar la eficiencia de los distintos protocolos clínicos de urgencias y establecer cuál de ellos incluye la secuencia de operaciones óptima o, incluso, para crear uno nuevo mejor apoyándonos en las aportaciones de cada una de las actividades al resultado final.

No obstante, en la actualidad, la puesta en marcha de un sistema de este tipo de manera regular y generalizada es casi imposible en los hospitales españoles debido a la falta de estandarización en los protocolos de los distintos hospitales, ya que éstos se formalizan basándose en la experiencia de los profesionales que los construyen y porque con las infraestructuras actuales resulta muy laboriosa la implantación del "ABC" en un hospital o en cualquier otro servicio sanitario, ya que es difícil obtener to-

da la información necesaria para realizar las imputaciones de forma correcta.

Para minimizar este problema las distintas actividades de los SUH se identificarán y clasificarán en dos grupos: críticas y no críticas, en función de su importancia y especificidad en el proceso clínico, de su mayor o menor consumo de recursos y de su facilidad para emplear el "ABC". Las primeras se valorarán utilizando la lógica del "ABC" y las segundas mediante el "SIGNO II" o "COAN", siguiendo el modelo diseñado por el "Grupo de Trabajo de Costes por Proceso" de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Por lo tanto, es imprescindible que el Hospital disponga de Contabilidad Analítica.

Con el trabajo realizado hemos validado el modelo diseñado por el referido Grupo de Trabajo, demostrando que es posible calcular, de manera fehaciente, el coste estándar de los distintos procesos atendidos en los SUH. Lógicamente, ésta es la fase inicial para calcular el coste real y estándar de todos los procesos atendidos en nuestro Servicio, permitiéndonos, posteriormente, agrupar los diferentes procesos por isoconsumos y calcular la complejidad de la patología atendida.

Por último, el conocer el coste de nuestros procesos asistenciales es imprescindible para gestionar adecuadamente un Servicio de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. JAMES M. CAMERON PH.D., LARRY J. BARAFF, M.D. & RABINDER SEKHON, MBA. *Case-Mix Classification for Emergency Departments*. *Medical Care*. February 1990, vol. 28, n° 2.
2. FINKLER, S.A. *"New Approaches to cost accounting"*. *Cost Accounting for Health Care Organizations*. Gaitherburg: an Aspen Publication 1994.
3. BURGOS RODRÍGUEZ R, LINARES RODRÍGUEZ A, MARTÍN MARTÍN JJ, ALONSO GIL M. *"Metodología de costes para trasplantes de riñón basada en el sistema de costes por actividades"*. En XVI Jornadas de Economía de la Salud. 5-7 de junio 1996. Valladolid.
4. LILIAN CHAN Y. *"Improving hospital cost accounting with activity-based-costing"* *Health Care Manage Review*. n° 18, pp. 71-77 1993.
5. CASTELLO Y LIZCANO. *"El sistema de gestión y de costes basados en las actividades"* Instituto de Estudios Económicos. Madrid. 1994
6. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *"Gestión analítica: Hacia el coste por paciente"*. Proyecto SIGNO II. 1994

7. TEMES MONTES JL, DÍAZ FERNÁNDEZ JL, PARRA VÁZQUEZ B. "El Coste por Proceso Hospitalario". Ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid 1994.
8. TEMES MONTES JL, PASTOR ALDEGUER V, DÍAZ FERNÁNDEZ JL. "Manual de Gestión Hospitalaria" 2ª edición. Ed. Interamericana McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1997.
9. JIMÉNEZ MURILLO L, MONTERO PÉREZ FJ. "Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias" Ed. Mosby-Doyma Libros. Barcelona 1994.
10. TINTINALLI J, RUIZ E, KROME RL. "Medicina de Urgencias". 2ª edición en español. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 1997.

TABLA 1: Patologías más frecuentes atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "Reina Sofía" durante el año 1997 (*)

CÓDIGO	PATOLOGÍA	FRECUENCIA (%)
845.00	Esguince de tobillo	3.6
788.0	Cólico nefrítico	2.6
428.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	2.3
386.10	Vértigo periférico	2.1
300.00	Crisis de ansiedad	2.1
009.1	Gastroenteritis aguda	2.0
578.9	Hemorragia digestiva alta	1.8
435.9	Accidente isquémico transitorio	1.8
724.2	Lumbalgia	1.8
930	Cuerpo extraño en córnea	1.8

(*) No se han contabilizado los procesos atendidos en las Áreas de Pediatría y Ginecología.

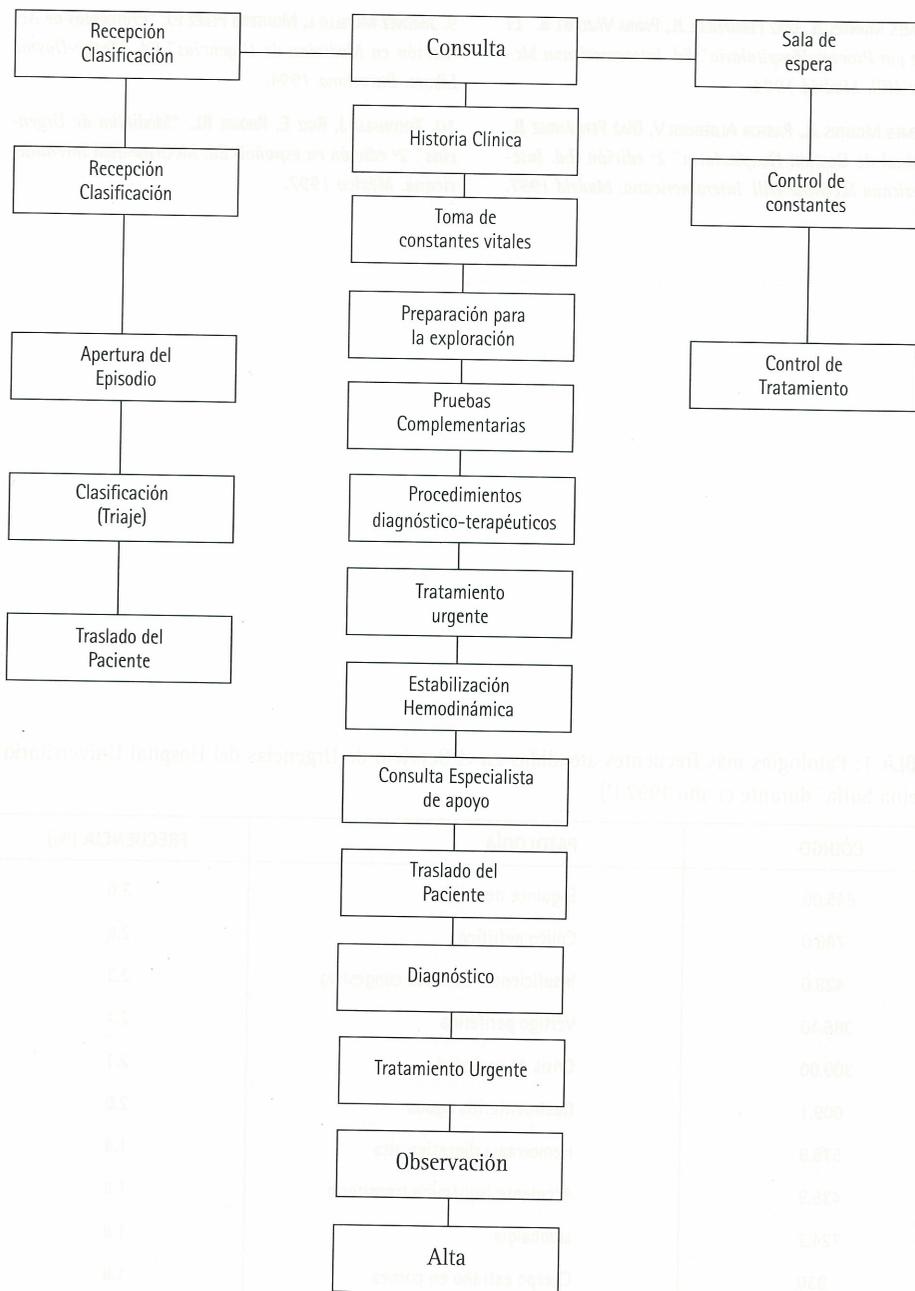


Figura 1: Mapa de Actividades de un SUH

TABLA 2: Relación de las actividades principales (negrita) y secundarias, junto a las diferentes unidades de medida y códigos

CÓDIGO	ACTIVIDADES	UNIDADES DE MEDIDA
1000	Recepción y Clasificación	
1100	Recepción del Paciente	Paciente recepcionado
1200	Apertura del episodio de urgencias	Filiación realizada e HC abierta
1300	Clasificación	Paciente clasificado
1400	Traslado del paciente	Paciente trasladado
2000	Consulta	
2100	Realización de historia clínica de urgencias	Historia Clínica realizada
2200	Toma de constantes vitales	Constantes anotadas
2300	Preparación para exploración	Preparación realizada
2400	Pruebas complementarias	Pruebas realizadas
2500	Procedimiento diagnóstico o terapéutico	Procedimiento efectuado
2600	Administración de tratamiento	Tratamiento administrado
2700	Control hasta estabilización hemodinámica	Control realizado
2800	Consulta especialista de apoyo	Consulta realizada
2900	Diagnóstico	Diagnóstico efectuado
2950	Traslado a Observación	Paciente trasladado
4000	Alta	Alta entregada
3000	Observación	
3100	Registro de la evolución	Evolución registrada
3200	Toma de constantes vitales	Constantes anotadas
3300	Pruebas complementarias	Pruebas realizadas
3400	Procedimiento diagnóstico o terapéutico	Procedimiento efectuado
3500	Administración de tratamiento	Tratamiento administrado
3600	Consulta especialista de apoyo	Consulta realizada
3700	Diagnóstico	Diagnóstico efectuado
3800	Traslado a planta hospitalización	Paciente trasladado
3900	Alta	Alta entregada
5000	Sala de espera	
5100	Control de constantes y síntomas	Control realizado
5200	Control de tratamiento	Control realizado

TABLA 3: Modelo de recogida de información para las actividades que generan costes directos en un SUH.

Código CIE-9-MC	Diagnóstico del proceso:	Identificación paciente y episodio:	
NOMBRE ACTIVIDAD:		VALORACIÓN	
Código:			
Personal Listado	Tiempo (minutos)	Pesetas/minuto	VALORACIÓN
Fungible Sanitario Listado	Cantidad	Pesetas/unidad	VALORACIÓN
Farmacia Listado	Cantidad	Pesetas/unidad	VALORACIÓN
Pruebas complementarias Listado	Cantidad	Pesetas/unidad	VALORACIÓN
Alimentación Listado	Cantidad	Pesetas/unidad	VALORACIÓN
Paperería Directo Listado	Cantidad	Pesetas/unidad	VALORACIÓN

TABLA 4: Coste Estándar de los procesos analizados

CÓDIGO	PROCESO	COSTE DIRECTO	COSTES SEMIDIR. INDIR. Y REPERC.	COSTE TOTAL
845.00	Esguince de tobillo	5.580	2.393	7.973
788.0	Cólico nefrítico	5.640	2.393	8.033
428.0	Insuficiencia cardíaca congestiva	12.602	2.393	14.995
386.10	Vértigo periférico	2.309	2.393	4.702
300.00	Crisis de ansiedad	1.633	2.393	4.026

TABLA 5: Cálculo del coste directo de los procesos analizados. Desglose por actividades principales

ACTIVIDAD		PROCESOS (COSTE DIRECTO)				
Código	Nombre	Esguince de tobillo (845,00)	Cólico nefrítico (788,0)	Insuficiencia cardíaca congestiva (428,0)	Vértigo periférico (386,10)	Crisis de ansiedad (300,00)
1.000	Recepción y clasificación	146	146	135	164	146
2.000	Consulta	5.285	5.345	12.318	1.996	1.338
3.000	Observación	0	0	0	0	0
5.000	Sala de espera (*)	149	149	149	149	149
	Total	5.580	5.640	12.602	2.309	1.633

(*) El coste de la Sala de espera se ha realizado por imputación. Para ello multiplicamos el coste por minuto de un ATS-DUE por el total de minutos en un año. El resultado obtenido lo dividimos por el total de pacientes atendidos en ese año.

TABLA 6: Relación de las actividades principales (mayúscula) y secundarias (minúscula), junto a las diferentes unidades de medida y códigos

CÓDIGO	ACTIVIDADES	UNIDADES DE MEDIDA	VALORACIÓN DE LOS PROCESOS ANALIZADOS (CODIGOS)		
			845,00	788,0	428,0
1000	Recepción y Clasificación		146	146	135
1100	Recepción del Paciente	Paciente recepcionado	18	18	36
1200	Apertura del episodio de urgencias	Filiación realizada e HC abierta	52	52	52
1300	Clasificación	Paciente clasificado	58	58	29
1400	Traslado del paciente	Paciente trasladado	18	18	18
2000	Consulta		5.285	5.345	12.318
2100	Realización de historia clínica de urgencias	Historia Clínica realizada	705	940	1.185
2200	Toma de constantes vitales	Constantes anotadas	29	48	58
2300	Preparación para exploración	Preparación realizada	19	19	19
2400	Pruebas complementarias	Pruebas realizadas	3.591	3.727	5.952
2500	Procedimiento diagnóstico o terapéutico	Procedimiento efectuado	0	0	372
2600	Administración de tratamiento	Tratamiento administrado	688	266	2.238
2700	Control hasta estabilización hemodinámica	Control realizado	0	0	1.700
2800	Consulta especialista de apoyo	Consulta realizada	0	0	0
2900	Diagnóstico	Diagnóstico efectuado	47	94	235
2950	Traslado a Observación	Paciente trasladado	0	0	0
4000	Alta	Alta entregada	206	251	559
3000	Observación		0	0	0
3100	Registro de la evolución	Evolución registrada	0	0	0
3200	Toma de constantes vitales	Constantes anotadas	0	0	0
3300	Pruebas complementarias	Pruebas realizadas	0	0	0
3400	Procedimiento diagnóstico o terapéutico	Procedimiento efectuado	0	0	0
3500	Administración de tratamiento	Tratamiento administrado	0	0	0
3600	Consulta especialista de apoyo	Consulta realizada	0	0	0
3700	Diagnóstico	Diagnóstico efectuado	0	0	0
3800	Traslado a planta hospitalización	Paciente trasladado	0	0	0
3900	Alta	Alta entregada	0	0	0
5000	SALA DE ESPERA: El coste de la Sala de Espera se ha realizado por imputación. Para ello multiplicamos el coste por minuto de un ATS-DUE por el total de minutos en un año. El resultado obtenido lo dividimos por el total de pacientes atendidos en ese año.		149	149	149

TABLA 6 (cont.): Relación de las actividades principales (mayúscula) y secundarias (minúscula), junto a las diferentes unidades de medida y códigos

CÓDIGO	ACTIVIDADES	UNIDADES DE MEDIDA	VALORACIÓN DE LOS PROCESOS ANALIZADOS (CODIGOS)	
			386,10	300,00
1000	RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN		164	146
1100	Recepción del Paciente	Paciente recepcionado	36	18
1200	Apertura del episodio de urgencias	Filiación realizada e HC abierta	52	52
1300	Clasificación	Paciente clasificado	58	58
1400	Traslado del paciente	Paciente trasladado	18	18
2000	CONSULTA		1.996	1.338
2100	Realización de historia clínica de urgencias	Historia Clínica realizada	1.410	940
2200	Toma de constantes vitales	Constantes anotadas	48	48
2300	Preparación para exploración	Preparación realizada	19	19
2400	Pruebas complementarias	Pruebas realizadas	0	0
2500	Procedimiento diagnóstico o terapéutico	Procedimiento efectuado	0	0
2600	Administración de tratamiento	Tratamiento administrado	238	81
2700	Control hasta estabilización hemodinámica	Control realizado	0	0
2800	Consulta especialista de apoyo	Consulta realizada	0	0
2900	Diagnóstico	Diagnóstico efectuado	0	0
2950	Traslado a Observación	Paciente trasladado	0	0
4000	Alta	Alta entregada	281	250
3000	OBSERVACIÓN		0	0
3100	Registro de la evolución	Evolución registrada	0	0
3200	Toma de constantes vitales	Constantes anotadas	0	0
3300	Pruebas complementarias	Pruebas realizadas	0	0
3400	Procedimiento diagnóstico o terapéutico	Procedimiento efectuado	0	0
3500	Administración de tratamiento	Tratamiento administrado	0	0
3600	Consulta especialista de apoyo	Consulta realizada	0	0
3700	Diagnóstico	Diagnóstico efectuado	0	0
3800	Traslado a planta hospitalización	Paciente trasladado	0	0
3900	Alta	Alta entregada	0	0
5000	SALA DE ESPERA: El coste de la Sala de Espera se ha realizado por imputación. Para ello multiplicamos el coste por minuto de un ATS-DUE por el total de minutos en un año. El resultado obtenido lo dividimos por el total de pacientes atendidos en ese año.		149	149