

Gestión analítica en hospitales del Servicio Gallego de Salud

D. ENRIQUE CASTELLON LEAL. *Director Gral. de Ordenación Sanitaria. Servicio Galego de Saú.*

D. JOSE RAMON GOMEZ FERNANDEZ

Introducción

Con este proyecto de gestión analítica en hospitales del Servicio Gallego de Salud se pretende, por una parte, utilizar un instrumento extracontable de inmediata implantación en los hospitales, así como proporcionar a los gerentes de los hospitales y al propio Servicio Gallego de Salud herramientas de gestión para facilitar la búsqueda de la eficiencia de los servicios asistenciales. Este marco exige una fuerte correlación entre salud de la población y gasto sanitario que debe vertebrarse en una concepción del hospital como empresa pública de servicios y en un nuevo sistema de presupostación basado en la facturación de la asistencia prestada en función de las metas marcadas por la planificación sanitaria.

Con el sistema de gestión analítica podemos definir con precisión cuál es el gasto global del hospital en un período de tiempo, qué gasto del global del hospital le corresponde a cada uno de los servicios y para qué, y en qué se gasta en base a los servicios ofrecidos (patologías atendidas, pruebas realizadas, etc.).

El proceso seguido para la puesta en marcha

de la gestión analítica en los hospitales del Servicio Gallego de Salud tiene varias fases, pero podemos agruparlas en tres grandes aspectos a conseguir: en primer lugar proceder a definir la estructura funcional de los hospitales (áreas, servicios y, para cada servicio, los grupos funcionales), en segundo lugar, definir los criterios de imputación de gastos y, por último, definir los criterios de organización de cada uno de los servicios funcionales (mantenimiento, suministros, farmacia, laboratorios, radiología, etc.).

Estas etapas llevarán ineludiblemente a una mejora del sistema de información del hospital, de forma que cada área de gestión se sirva de un aplicativo informático integrado teniendo en cuenta las necesidades globales de información de toda la organización.

En resumen, con este ambicioso proyecto, del que a continuación ofrecemos aquellos aspectos más destacables, el Servicio Gallego de Salud pretende conseguir en el plazo de tiempo más corto posible, entre otros, los objetivos de mejorar el marco organizativo general de los hospitales, establecer un nuevo estilo gerencial que implique a los diferentes servicios del hos-

pital, establecer las normas de organización, definir el catálogo de productos de cada servicio, adecuar el sistema de información a las necesidades reales y alcanzar una información fiable de diagnósticos y procedimientos al alta de los pacientes hospitalizados.

Las fases del proyecto son las siguientes:

1.- Fase Preliminar: Situación de Partida.

Estudio de la situación de los hospitales en relación a la disponibilidad y utilización de tecnologías de gestión.

2.- Fase 0: Organización.

Constitución de los diferentes comités de coordinación del proyecto, tanto a nivel de hospitales como del propio Servicio Gallego de Salud.

3.- Fase I: Normalización.

Se intenta abordar los aspectos básicos para el desarrollo del proyecto, concretamente la definición de estructura en cada hospital y criterios de imputación a utilizar.

4.- Fase II: Establecimiento de prioridades.

Con los datos recogidos del estudio de situación inicial y de las fases previas se pretende identificar las áreas más deficitarias y estudiar posibles alternativas de mejora.

5.- Fase III: Comisión de codificación diagnóstica.

Aborda la puesta en marcha en todos los hospitales del Servicio Gallego de Salud del Conjunto Mínimo Básico de Datos y la organiza-

ción de los servicios de archivos de historias clínicas y documentación.

6.- Fase IV: Taller de trabajo inicial.

Cerrado el ejercicio 1992, se realiza un taller práctico sobre costo por servicios de dicho año.

7.- Fase V: Comisiones técnicas.

Con la participación de todos los hospitales se intenta, en las diferentes áreas de gestión, abordar la organización y las principales herramientas informáticas para la puesta en marcha sistemática de la gestión analítica en todos los hospitales.

8.- Fase VI: Comité coordinador de informática.

Precisamente por la importancia que en el proyecto se le da a los aspectos informáticos, se decide constituir este comité para abordar este tipo de cuestiones.

9.- Fase VII: Talleres de trabajo por áreas.

En aquellas áreas en las que las comisiones vayan avanzando en su trabajo se celebrarán, si se considera oportuno, jornadas de trabajo o talleres monográficos.

10.- Fase VIII: Costo por proceso.

Una vez que se alcanza el costo por servicio se abordaría el costo por proceso.

Fase preliminar: Situación de partida

a.- Objetivos:

Se llevan a cabo dos actuaciones muy concretas:
– Cumplimentación por parte de cada hospital de un cuestionario sobre tecnologías de gestión

que nos permite evaluar la situación de cada uno en el marco de la gestión analítica.

– Se realiza un taller de trabajo de iniciación al manejo de la aplicación de control de gestión.

b. Calendario:

– La evaluación de las respuestas al cuestionario se termina durante el mes de octubre de 1992.

– El taller de trabajo se lleva a cabo del 21 al 23 de octubre de 1992.

c. Resultados:

1. Cuestionario sobre evaluación de tecnologías de gestión.

En primer lugar consideramos necesario conocer la situación previa de los hospitales del Servicio Gallego de Salud en relación a la gestión analítica que se intentaba poner en marcha. Por este motivo en la última semana del mes de septiembre de 1992 se le envía el cuestionario tomado del que el Ministerio de Sanidad y Consumo utilizó en los hospitales que participan en el proyecto SIGNO.

2. Resultados del cuestionario sobre evaluación de tecnologías de gestión.

Entre los resultados de la explotación de las respuestas dadas a los cuestionarios por los once hospitales, queremos señalar los siguientes aspectos que describen la situación de partida:

Cuestiones Previas:

El conjunto mínimo básico de datos está implantado en cinco hospitales, en otros cinco está en fase de implantación.

Organización de los Centros:

El nivel de organización alcanza, en general, hasta nivel de servicios tanto asistenciales como no asistenciales, pero tan sólo en seis hospitales llega a nivel de unidades básicas. En general la codificación de los centros de gasto o no existe o son diversas codificaciones, tan sólo un hospital tiene codificación única. Manual de organización sólo lo tiene completo un hospital, mientras que en los demás es parcial o no existe.

Gestión de pacientes:

Aunque no el cien por cien, podemos decir que, en general, admisión controla la actividad de ingresos, consultas externas, urgencias y la lista de espera, mientras que son los servicios médicos los que controlan las pruebas especiales y las altas.

Los medios utilizados son informáticos en la mayoría de los hospitales en hospitalización y urgencias, mientras que en consultas la informatización es parcial. La codificación de los procesos asistenciales la realizan los servicios médicos en un hospital, y no se lleva a cabo en cinco.

Gestión de personal:

El personal no está asignado a los centros de gasto en cuatro hospitales, y en otros cuatro esta asignación es manual. El control de altas y bajas y las modificaciones en la asignación se hace manualmente en siete hospitales e informáticamente en los restantes.

Gestión de logística:

El mayor nivel de informatización de pedidos, que no sobrepasa la mitad de los hospitales, se

consigue en farmacia y suministros; predomina el pedido manual en alimentación y mantenimiento. Tan sólo en cuatro hospitales existe catálogo de productos codificado con agrupaciones para alimentación, mantenimiento y suministros, mientras que en farmacia existe en ocho hospitales.

Normalmente la solicitud de productos pueden hacerla los responsables de las unidades. En varios hospitales no existe limitación en los productos que pueden solicitar. En general los responsables no conocen sus consumos o se les informa exclusivamente por nota sin valorar. Las valoraciones de las existencias se hacen en la mayoría de los hospitales por precio medio. La periodicidad del inventario de stocks es muy variable, haciéndose desde varias veces al año por muestreo hasta nunca.

Gestión de farmacia en dosis unitarias:

Tan sólo dos hospitales tienen este sistema de distribución en todo el hospital y otros dos no disponen del sistema; en los demás el grado de implantación es variable. El nivel de informatización es aceptable.

Gestión de servicios centrales:

Las solicitudes de pruebas a laboratorio y radiología y de acceso a quirófano se hacen en la mayoría de los hospitales manualmente con modelo. En la mayoría de los hospitales los responsables de las unidades reciben información sobre la actividad realizada sólo cuando la requieren o bien la elaboran ellos mismos. En ningún hospital existe facturación interna.

Gestión del inmovilizado:

Dos hospitales no disponen de inventario real, y el control de altas, bajas y cambios de ubicación lo hace generalmente la unidad encargada. El nivel de informatización es aceptable en seis hospitales. En siete no existe catálogo de material inventariable. La superficie de las unidades está identificada en tres hospitales.

Gestión de facturación y cobros:

En todos los hospitales existe esta unidad y en ninguno se factura a beneficiarios. Se facturan siempre las estancias, urgencias y prótesis, mientras que las visitas, pruebas y cirugía ambulatoria se facturan solo en algunos hospitales. Se factura con posterioridad al alta y el nivel de informatización es en general escaso.

Gestión de servicios médicos:

Los tiempos de actividad en hospitalización, consultas externas, docencia e investigación, en los hospitales que lo cuantifican, lo hacen por servicio.

El nivel de conocimiento de la actividad realizada por los responsables de las unidades es muy variable; en hospitalización y consultas externas se les informa a requerimiento de los responsables, aunque en muchos hospitales la recogen los propios servicios o no se recoge. El nivel de informatización es mínimo.

Gestión de las unidades de enfermería:

A nivel asistencial las unidades de enfermería están diferenciadas en seis hospitales y en los demás están integradas en los propios servicios médicos. El nivel de informatización es mínimo.

Gestión de la administración periférica:

En la mayoría de los hospitales están integrados en los propios servicios médicos y no disponen de catálogo de productos. El nivel de informatización es mínimo.

Gestión económica:

La contabilización del gasto se hace por albarán valorado en cuatro hospitales, en dos por factura recibida y en cinco por factura validada. El registro contable de los consumos suele hacerse mensualmente. En cuatro hospitales los datos entre unidad compradora y gestión económica se consideran directamente cuadrados.

Control de gestión:

El control de gestión de las distintas áreas en la mayoría de los hospitales se hace con aplicaciones no integradas. La información suele recogerse a través de los servicios.

Fase 0: Organización

a.- Objetivos:

– Definición de objetivos:

El proyecto de gestión analítica pretende facilitar a las gerencias de los hospitales y al SERGAS herramientas de gestión para afrontar el reto de un nuevo escenario determinado por el logro del binomio eficacia/eficiencia de los servicios asistenciales.

Un nuevo marco, que exige una fuerte correlación entre la salud de la población y el gasto sanitario y que debe articularse en:

– La concepción del hospital como empresa pública de servicios, que compita por la asigna-

ción de recursos ante la necesidad de adaptarse constantemente a las demandas de salud.

– Un nuevo sistema de presupuestación basado en la facturación de la asistencia prestada en función en parte de las metas marcadas por la planificación sanitaria y en parte de las posibilidades de elección que puedan ofertarse a los ciudadanos.

– Dirigir la estructura del hospital con visión de futuro de forma que podamos identificar la cantidad y tipo de actividad realizada, los recursos empleados y la calidad del producto.

Como principales objetivos específicos, que permitan el seguimiento y evaluación del proyecto, queremos señalar los siguientes:

* Definición de la estructura de los hospitales del SERGAS.

* Puesta en marcha de la codificación diagnóstica.

* Organización de cada una de las áreas de gestión.

* Costo por servicio.

* Costo por proceso.

– Estructuración de la dirección del proyecto. Constitución de las comisiones de dirección y ejecutiva, tanto a nivel del Servicio Gallego de Salud como en cada hospital. Se ha dado mucha importancia a la estructura formal de dirección y a la participación tanto de los niveles más altos del organigrama como de las personas más relevantes para el proyecto.

b.- Calendario:

– Reunión de la Comisión Central de Dirección: 29-X-92. Aprobación de la estructura del proyecto y objetivos generales.

– Constitución de las comisiones en cada hospital con notificación de la composición a la Comisión Ejecutiva Central antes del día 7-XI-92.

– Reunión de la Comisión Ejecutiva Central: 5-XI-92. Aprobación del plan de acción.

– Reunión de la Comisión Central de Dirección: 10-XI-92. Aprobación del plan de acción.

– Presentación del Plan de acción a los presidentes de las Comisiones de Dirección y a los Directores de las Comisiones Ejecutivas de cada hospital el día 13-XI-92.

Fase I: Normalización

a.- Objetivos:

- Normalización de estructura.
- Establecimiento de los criterios de imputación utilizables.

b.- Actividades:

– Definición por parte de cada Comisión Ejecutiva Hospitalaria de:

* Estructura con código normalizado, siguiendo los utilizados en el proyecto SIGNO.

* Criterios de imputación de costes.

* Partidas de imputación directa.

* Gestores de gasto.

* Emisores cuantificados.

– Reunión de la Comisión Ejecutiva Central con los Directores de las Comisiones Ejecutivas Hospitalarias para establecimiento de compromisos y calendarios:

* Normalización definitiva de estructura.

* Calendario de mejoras.

* Remisión de los gastos del mes de septiem-

bre cuadrados por servicios finales (taller de trabajo del mes de octubre).

c.- Calendario:

– Cada Comisión debe remitir esta información a la Comisión Ejecutiva Central antes del día 28-XI-92.

– Reunión de establecimiento de compromisos el día 4-XII-92.

d.- Resultados:

En la actualidad la definición de la estructura (áreas, servicios y grupos funcionales), así como de criterios de imputación, está terminada.

Fase II: Establecimiento de prioridades

a.- Objetivos:

– Identificación de las áreas a priorizar en cada hospital.

– Posibles Comisiones Técnicas a constituir.

b.- Actividades:

Reuniones de la Comisión Ejecutiva Central con cada una de las Comisiones Ejecutivas Hospitalarias para analizar in situ la situación de cada área.

c.- Resultados:

Como resumen de esta fase, se fijó el nivel de acreditación de los hospitales del Servicio Gallego de Salud, en relación al proyecto de gestión analítica, utilizando el programa informático de evaluación elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este sistema de evaluación está basado en tres pilares:

– Cuestiones básicas sobre identificación y evaluación de costes:

* Respecto a la nómina, ¿se asigna directamente al GFH donde trabaja la persona, es decir, se asigna el coste del Servicio de Personal según el peso relativo de nómina-mes de cada GFH?

* ¿El material de suministros se asigna por las salidas de almacén a GFH a tiempo real, es decir, se asigna el coste del Servicio de Suministros según el peso relativo consumo-mes de cada GFH?

* ¿La codificación de servicios en el hospital es única para todo el sistema de información y se utiliza por todos?

* ¿El gasto del hospital se considera desde el momento en que se acepta la entrada del material o se recepciona el servicio, es decir, siempre tratamos del gasto real a tiempo real?

* ¿Los gestores de gasto son Personal, Suministros (incluyendo aquí farmacia), Mantenimiento, Hostelería y Fondo de Maniobra y nadie más puede contratar en el hospital?

– Normalización de la estructura hospitalaria.

– Normalización y nivel de homologación de criterios de imputación.

A cada una de estas cuestiones se le asigna una puntuación que permite al final clasificar los hospitales en cuatro niveles de acreditación:

– Nivel I. Máxima acreditación:

* 100% de homologación de códigos de los servicios funcionales del hospital.

* 80% de utilización de criterios de imputación de máxima finura (nivel C).

* 100% sobre las cuestiones básicas.

– Nivel II. Acreditación media.

* 95% de homologación de estructura.

* 80% de utilización de criterios de nivel B.

* 90% en cuestiones básicas.

– Nivel III. Mínima acreditación.

* 95% de homologación de estructura.

* 100% de utilización de criterios de nivel B.

* 90% en cuestiones básicas.

– Nivel IV. En proceso de acreditación.

Los resultados de este proceso de homologación en gestión analítica es el siguiente:

– Nivel I 0 hospitales.

– Nivel II 5 hospitales.

– Nivel III 2 hospitales.

– Nivel IV 4 hospitales.

En general, teniendo en cuenta que a la Fase I de normalización se le dedicaron la segunda quincena de noviembre y diciembre de 1992 y la primera quincena de enero de 1993, los resultados de la tabla anterior parecen suficientemente favorables e indican el enorme esfuerzo realizado tanto desde los equipos directivos de los hospitales como desde el Servicio Gallego de Salud.

Podemos concluir, basándonos en los resultados de la Fase II:

1º.- En relación a la *normalización de la estructura*, en el momento actual está normalizada en todos los hospitales existiendo en alguno pequeños problemas a nivel de servicios externos.

2º.- En lo que respecta a los *criterios de imputación*, se debe potenciar la mejora de la gestión de las áreas que constituyen los servicios centrales en los hospitales, centrandolo mayor esfuerzo en gestión de radiología, laboratorio, enfermería y quirófanos.

3º.- Respecto a las *cuestiones previas*, como se pudo deducir fácilmente, junto con las imputaciones, es otro aspecto en el que se debe mejorar de forma inmediata en algunos hospitales para alcanzar el mínimo nivel de acreditación para comenzar con la gestión analítica. Concretamente los hospitales de nivel IV de acreditación pasarían a nivel II ó III si se consigue mejorar la gestión de servicios funcionales que gestionan el gasto, sobre todo personal y suministros.

En realidad lo que traducen los resultados de la Fase II son una deficiencia en la utilización de criterios de imputación de mayor nivel de precisión así como necesidades de mejora en ciertos gestores de gasto; ambas deficiencias vienen dadas por un nivel de informatización deficiente de aquellos servicios funcionales que deben de imputar costes en base a criterios (sobre todo laboratorios, radiología, hospitalización y quirófanos) y gestionar el gasto (sobre todo personal y suministros).

Considerando lo dicho anteriormente, se decide potenciar de forma inmediata la constitución de las Comisiones Técnicas que permitirán mejorar la organización y gestión de cada área, así como su nivel de informatización puesto que uno de los objetivos de las mismas es la definición funcional de los aplicativos correspondientes.

Cada Comisión elaborará el manual de organización del área correspondiente y según esto, el grupo de coordinación de informática hará las adaptaciones necesarias en cada aplicativo del sistema informático de los hospitales.

Con el fin de evitar que el enorme esfuerzo de adaptación de aplicativos que se deberá llevar a cabo ocasione un retraso excesivo en el proyecto, se tomó el acuerdo de que la mejora de aplicativos se lleve a cabo de la siguiente forma:

– En los casos en que determinado aplicativo de un hospital ofrezca las prestaciones mínimas necesarias, se harían las mejoras que se consideren por parte de la Comisión Técnica en ese hospital, ahorrando mucho trabajo y tiempo, y a continuación dicho aplicativo se instalaría en los restantes hospitales.

Estas adaptaciones y mejoras de aplicativos ya existentes en hospitales del SERGAS serían coordinadas por el Servicio de Informática de la Consellería de Sanidade y realizadas conjuntamente por informáticos de servicios centrales de la propia Consellería y de los diferentes hospitales.

Seguramente con una buena coordinación, y por el importante número de informáticos con los que se cuenta, se podrían llevar a cabo las mejoras en varios aplicativos simultáneamente acortando muy considerablemente el tiempo necesario para terminar la fase de mejora del sistema informático de los hospitales.

– En los casos en que no existan aplicativos que ofrezcan una cobertura adecuada para la gestión de determinadas áreas, se valoraría por parte del Servicio de Informática de la Consellería de Sanidade la posibilidad de:

*Adquirirlo en el mercado o bien de hospitales de fuera de la Comunidad Autónoma.

* Elaboración propia.

Fase III: Comisión de codificación diagnóstica

a.- Objetivos:

– Respecto al servicio de Archivo de Historias y Documentación Clínica:

* Definición de las medidas de mejora estructural.

* Definición del marco organizativo del servicio.
– Puesta en marcha de la codificación diagnóstica (C.M.B.D. con definiciones y codificación normalizadas): estableciendo fases y calendario.

b.- Actividades:

– Constitución de la comisión formada por los responsables de cada servicio de archivo de historias.

– Elaboración del informe final con:

* Marco organizativo del servicio.

* Manual de definiciones del C.M.B.D.

* Manual de normalización de la codificación del C.M.B.D.

* Medidas de mejora estructural del servicio de historias clínicas.

– Valoración de las aplicaciones existentes y propuesta a la Comisión de Informática de la que cubra mejor las necesidades en esta área.

– Valoración de la posibilidad de elaborar por parte de la Subdirección General de Información Sanitaria de una Orden de la Consellería que regule estos aspectos relacionados con el Conjunto Mínimo Básico de Datos.

c.- Calendario:

Reuniones semanales hasta tener alcanzado su cometido.

– Constitución: 18-XI-92.

– Plan de formación.

– Definición funcional y selección del aplicativo.

– Entrega del informe final: 18-XII-92.

d.- Resultados:

Esta Comisión terminó dentro de plazo su cometido y en la actualidad todos los hospitales disponen de soporte informático para llevar a cabo la codificación diagnóstica que se comenzó a realizar a partir del día primero de enero de 1993.

Actualmente está a punto de publicarse en el Diario Oficial de Galicia la Orden que regula el C.M.B.D. en la que destaca:

INFORME CLINICO DE ALTA HOSPITALARIA

Todos los centros y establecimientos sanitarios públicos y privados en régimen de internamiento de la Comunidad Autónoma de Galicia quedan obligados a garantizar la elaboración, por parte del médico responsable, de un informe clínico de alta para todos los pacientes ingresados que sean dados de alta.

El informe clínico de alta hospitalaria deberá constar, como mínimo, de los siguientes datos:

– Datos relativos al centro.

– Datos de identificación del paciente.

– Datos referidos al proceso asistencial.

Un ejemplar del informe clínico de alta hospitalaria será entregado en mano al paciente, familiar o tutor legal a criterio del facultativo responsable en el momento de producirse el alta, y otro quedará archivado en el hospital que garantizará la confidencialidad.

INFORME CLINICO DE ALTA DE SERVICIO

Cuando el paciente, a lo largo de su estancia en el hospital, ingrese sucesivamente en varios servicios, deberá diferenciarse:

Subepisodio: Período comprendido entre el ingreso y el alta del paciente en cada unidad o servicio asistencial.

Episodio: Período comprendido entre el ingreso y el alta médica del paciente en el centro hospitalario.

En el momento del alta de un servicio para ingreso en otro dentro del hospital, el servicio que da el alta debe elaborar, para cada paciente, un informe clínico de alta del servicio que se incorporará a la historia clínica.

CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS

El Conjunto Mínimo Básico de Datos de alta hospitalaria constará de:

- 1.- Identificación del hospital.
- 2.- Identificación del paciente.
- 3.- Fecha de nacimiento.
- 4.- Sexo.
- 5.- Residencia.
- 6.- Financiación.
- 7.- Código del servicio.
- 8.- Fecha de ingreso.
- 9.- Circunstancias de ingreso.
- 10.- Diagnósticos.
- 11.- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos.
- 12.- Fecha de intervención.
- 13.- Otros procedimientos.
- 14.- Fecha de alta.
- 15.- Circunstancias al alta.

La periodicidad de remisión del C.M.B.D. de alta hospitalaria a la Subdirección General de

Información Sanitaria del Servicio Gallego de Salud se hará trimestralmente en el transcurso de los dos meses siguientes al trimestre a que se refiere la notificación.

Se crea la Comisión de Seguimiento de la implantación y evaluación del Conjunto Mínimo Básico de Datos para valorar la información producida.

Fase IV: Taller de trabajo inicial

a.- Objetivos:

- Cuadrar gastos del año 1992 siguiendo la definición de estructura y de los criterios de imputación establecidos en la Fase I. Esto quiere decir que al término del taller cada hospital debe conseguir que el gasto total del año 1992 sea igual a la suma de gastos de servicios finales.
- Listar el gasto por cada servicio final por diversos conceptos para entregar a la Comisión Ejecutiva Central.

b.- Actividades:

- Información que debe aportar cada hospital:
 - * Estructura normalizada.
 - * Gasto por GFH de:
 - Personal.
 - Suministros.
 - Mantenimiento.
 - Farmacia.
 - Hostelería.
 - * Urgencias atendidas por GFH.
 - * Estancias por GFH.
 - * Consultas primeras y sucesivas.
 - * Determinaciones por servicio.
 - * Tiempo de utilización de quirófano por GFH.

* Otra información necesaria para hacer las imputaciones:

- Superficie por GFH.
- Número de U.PA.s por GFH.
- Inventario por GFH.

c.- *Calendario:*

- Días 4 y 5 de marzo.

Fase V: Comisiones técnicas

a.- *Objetivos:*

- Definir el Manual de organización de cada área.
- Definición funcional de las aplicaciones informáticas que cubran cada área y selección entre las aplicaciones disponibles.
- Calendario y fases del Plan de implantación y explotación.
- Calendario de formación del personal en la utilización de la aplicación, en una primera fase en el propio taller de trabajo y posteriormente por cada hospital.
- Definición del catálogo de productos de cada servicio.

b.- *Comisiones a constituir:*

- Comisión Técnica de Gestión de Personal.
- Comisión Técnica de Gestión de Suministros.
- Comisión Técnica de Gestión de Mantenimiento.
- Comisión Técnica de Gestión de Hostelería.
- Comisión Técnica de Gestión de Farmacia.
- Comisión Técnica de Gestión de Laboratorios.
- Comisión Técnica de Gestión de Radiología.
- Comisión Técnica de Gestión de Quirófanos.

- Comisión Técnica de Gestión de Hospitalización.

- Comisión Técnica de Gestión de Consultas Externas.

- Comisión Técnica de Gestión de Urgencias.

Fase VI: Comité Coordinador de informática

a.- *Objetivos:*

- Una vez que las comisiones técnicas vayan avanzando en su trabajo de organización de las áreas y de definición funcional de las aplicaciones, el Comité Coordinador de Informática deberá establecer un calendario para la elaboración e implantación, si no existe, de una aplicación integrada en el Sistema Informático de cada hospital, o para su puesta en marcha si ya existiera.
- En el caso de que este calendario no sea asumido por la Comisión Ejecutiva Central, se procederá por el Comité Coordinador de Informática al estudio y selección de la aplicación alternativa, que funcionando en modo PC ofrezca una solución a la gestión del área. Esta solución sería, en todo caso, provisional mientras no esté disponible la solución integrada.

Fase VII: Talleres de trabajo por áreas

a.- *Objetivos:*

Por cada una de las áreas de trabajo de cada Comisión Técnica se podrá, si así se acuerda, organizar un Taller de Trabajo específico, que tendrá por objeto la presentación del documento final de:

- Manual de organización de cada área.

– Definición funcional de las aplicaciones informáticas que cubran cada área.

– Aplicación que se aconseja por parte de cada comisión.

– Calendario de implantación de cada aplicativo.

– Primera fase de formación del personal que utilizará cada aplicación en los hospitales.

Fase VIII: Costo por proceso

Premisas:

a. Deberá estar funcionando la contabilidad analítica a nivel de costo por servicio.

b. Deberá estar funcionando el Conjunto Mínimo Básico de Datos.