

Y a través de la identificación de la actividad realizada en cada una de las Unidades de Enfermería sobre las que se reparte la actividad de dicho Servicio.

Esta actividad nos puede venir detallada en relación con los ratios básicos que generalmente se utilizan en los canales de información al Sistema Sanitario, como son: estancias, urgencias atendidas, intervenciones quirúrgicas con y sin hospitalización programadas o urgentes, etc., como puede verse en el cuadro adjunto (Anexo I).

Lo cual es un conocimiento bastante completo de la real actividad asistencial de las distintas Unidades del Hospital, quedando pendiente su identificación a través de GDR o similares.

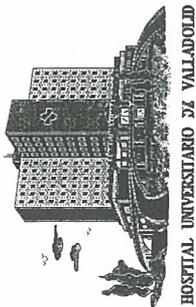
En el mismo sentido y por lo que respecta al seguimiento de la actividad de gestión y presupuestaria, los aplicativos actualmente existentes nos permiten conocer también, de forma bastante aproximada, el coste por servicio en un período determinado y desglosado en distintos apartados presupuestarios relacionados con distintos componentes de la actividad asistencial.

Así tal y como se puede ver en el Anexo II, nos permite desglosar el crédito presupuestario de un año entre las Distintas Unidades Asistenciales o Servicios Médicos, realizando su reparto en mensualidades y desglosando esto en distintos componentes del presupuesto como son los gastos de Personal, gastos de Farmacia, Prótesis, resto de Suministros, Limpieza, Mantenimiento, Hostelería, Gestión Económica, Amortización, Agua, Luz, Calefacción. Éste, y en forma menos desagregada, los costes repercutidos de otras Unidades, así como los costes estructurales.

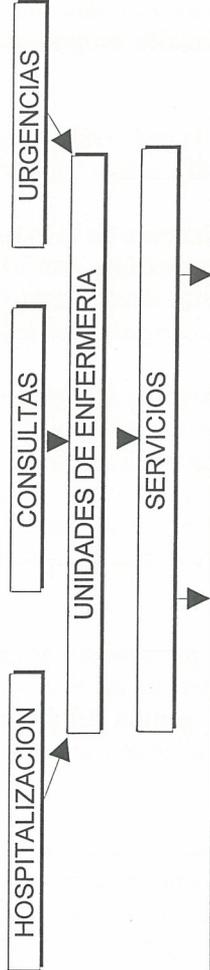
En cualquier caso sí permite establecer cuál es el presupuesto asignado a cada Unidad y el seguimiento mensual del gasto de dicho presupuesto con sus desviaciones en uno y otro sentido que permitirán en la medida de lo posible la gestión del presupuesto por cada uno de los Servicios, siguiendo la orientación de descentralización que desde Servicios Centrales se propone.

El paso siguiente que nosotros proponemos, consiste en poder conocer la actividad de las distintas Unidades Asistenciales del Hospital y por lo tanto de éste, así como el coste de dicha actividad y por lo tanto seguimiento presupuestario, no sólo por Servicios (que también) sino por procesos patológicos atendidos a cada uno de los pacientes que son asistidos por las distintas Unidades Asistenciales del Hospital.

Por lo tanto, tenemos que partir de definir lo que es un **Proceso Asistencial y sus distintos componentes** para, a través del sumatorio de todos ellos, calcular las actividades realizadas en su atención y el coste de las mismas.

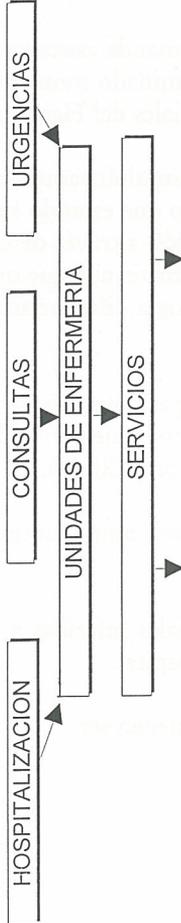
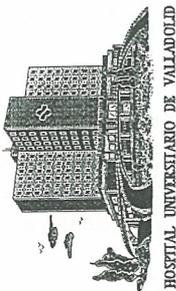


Anexo I



FEBRERO																	
TIPO S.F.	AREA FUNCIONAL	CREDITO 1984	CREDITO MENSUAL	GASTOS DE PERSONA L.	GASTOS DE FARMACIA	GASTOS DE PROTESIS	SUMINIS T.	LIMPIEZA	MANTEN	HOSTEL	GESTION ECONOM.	AMORTIZ AGUA-CALEF.	C. REPERC. C.	C. ESTRU	TOTAL	DIFERENCIA	
	CIRUGIA	5.209.772	425.788	55.660	15.067	33.349	7.297	0	362	31.377	480	2.437	0	258.324	4.326	408.679	17.109
FIN.	ANGIOLOGIA Y C. VASCULA	457.257	37.631	2.915	1.682	3.724			19	3.714	26	217		23.792	376	36.465	1.166
FIN.	CIRUGIA CARDIACA	500.104	41.297	2.566	759	8.966	6.354		18	2.257	24	288		26.789	324	48.345	-7.048
	CIRUGIA GENERAL Y DIGES	1.050.171	85.871	10.834	4.262	0	0	0	70	6.768	92	483	0	57.633	889	81.031	4.840
FIN.	CIRUGIA GENERAL A.	383.971	31.300	4.737	1.468				30	2.563	40	155		16.607	346	25.946	5.354
FIN.	CIRUGIA GENERAL B.	479.099	39.290	4.281	2.232				27	2.934	35	264		34.147	375	44.295	-5.005
FIN.	CIRUGIA LAPAROSCOPICA	187.101	15.281	1.816	562				13	1.271	17	64		6.879	168	10.790	4.491
FIN.	ODONTOLOGIA	59.009	4.672	1.700	46				12	131	16	27		2.482	81	4.495	177
FIN.	CIRUGIA PLASTICA	155.742	12.722	1.860	231	102	14		13	1.182	17	77		9.262	152	12.910	-188
FIN.	CIRUGIA TORACICA	457.705	37.696	2.918	1.371				17	2.342	23	148		17.667	256	24.742	12.954
FIN.	NEUROCIRUGIA	285.988	23.514	1.893	492	2.159	11		12	1.108	15	117		13.747	142	19.696	3.818
FIN.	OFTALMOLOGIA	522.097	41.819	11.845	852		451		77	2.483	102	265		27.713	622	44.410	-2.591
FIN.	OTORRINOLARINGOLOGIA	323.128	25.862	6.926	766	444	447		45	1.574	60	156		15.296	375	26.089	-227
FIN.	TRAUMATOLOGIA	1.024.129	84.128	7.997	2.983	17.954			51	6.493	68	471		42.259	736	79.012	5.116
FIN.	UROLOGIA	374.442	30.576	4.206	1.623		20		28	3.325	37	188		21.684	373	31.484	-908

Anexo II



MARZO/1994	HOSPITALIZACION				MEDIA		ESTANCIA MEDIA		DATOS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS												LISTAS DE ESPERA			
	N° DE INGRESOS				CAMAS OCUP.	PRE-OPER.	POST-OPER.	TOTAL	INGRESADOS			AMBULANTES			TOTAL			N° SESIONES			ENTRAN		TOTAL	
	PROG.	URG.	INTER.	TOTAL					PROG.	URG.	SUMA	PROG.	URG.	SUMA	PROG.	URG.	TOTAL	PROG.	URG.	TOTAL	PROG.	PERD.	REALIZ.	TOTAL
ANGIOLOGIA Y C. VASCULAR	11	44	5	60	35.2	12.6	8.0	15.2	37	30	67	1	4	5	38	34	72	23	23	54	36	24	1.088	
CIRUGIA CARDIACA	24	1	7	32	18.0	13.4	10.2	16.9	26	7	33				26	7	33	22	22	38	37	15	331	
CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO	96	94	31	221	70.3	4.5	5.9	9.5	128	47	175	107	11	118	235	58	283	76	9	67	194	162	696	
CIRUGIA GENERAL "A"	19	23	10	52	20.8	5.9	6.8	11.6	25	16	41	10	4	14	35	20	55	14	-1	15	37	29	7	141
CIRUGIA GENERAL "B"	28	40	11	79	28.1	6.1	6.6	10.7	44	18	62	43	6	49	87	24	111	29	5	24	84	60	27	371
CIRUGIA LAPAROSCOPICA	17	31	10	58	14.3	2.9	4.8	7.8	33	13	46	14	1	15	47	14	61	14	1	13	20	29	15	97
ODONTOLOGIA	14	1		15	1.1	1.0	1.0	2.2	14		14			14		14	4		4	29	16	7	194	
CIRUGIA PLASTICA	15	1		16	10.7	2.7	7.9	18.9	28		28	62		62	90		90	29	7	22	50	34	6	197
CIRUGIA TORACICA	22	25	5	52	23.5	8.0	10.2	13.3	29	14	43	1		1	30	14	44	17	1	16	27	26	2	30
NEUROCIRUGIA	11	10	6	27	11.2	3.1	5.9	12.8	22	2	24			24	2	24	12			12	5	4		11
OFTALMOLOGIA	95	13		108	20.8	2.9	2.5	5.7	111	3	114	70	3	73	181	6	187	57	9	48	95	116	54	422
OTORRINOLARINGOLOGIA	47	17		64	13.8	2.2	2.5	6.3	53	4	57	38		38	91	4	95	25	-1	26	53	53	143	
TRAUMATOLOGIA	70	76	3	149	60.8	5.6	7.3	11.7	120	28	148	12	9	21	132	37	169	52	1	51	136	91	35	946
UROLOGIA	43	20	1	64	30.6	6.9	7.2	14.4	66	1	67	32		32	98	1	99	27		27	72	51	20	328
SUMA QUIRURGICAS	504	493	87	1.084	336	5.3	5.4	9.2	696	174	870	338	31	369	1.034	205	1.239	369	27	342	807	691	252	4.608

Para nosotros, **Proceso**, sería el conjunto de actividades asistenciales necesarias para cubrir la demanda de Atención Especializada de un paciente en cada proceso patológico que pueda presentar a lo largo de su Historia Clínica.

Es decir, la Historia Clínica de cada paciente recogería la serie de procesos que han recabado de asistencia sanitaria, desde su nacimiento hasta su fallecimiento.

Un proceso por tanto, estaría constituido por la demanda asistencial que genera una patología o conjunto de patologías asociadas que en un determinado momento, precisan la asistencia sanitaria combinada de una o varias Unidades asistenciales del Hospital.

Por lo tanto, en un mismo enfermo, podría darse simultáneamente la existencia de dos procesos asistenciales, como puede ser el caso del enfermo que estando siendo tratado de un proceso por patología digestiva, en el transcurso de su atención a través de Consultas Externas del Hospital, sufre un accidente de tráfico con diversos traumatismos que originan la apertura de un segundo proceso asistencial ocasionado por una patología diferenciada e incluso una financiación distinta de la del proceso anterior.

Creemos por lo tanto que de igual forma que cada paciente debe tener una sólo Historia Clínica con un sólo número codificado para la misma, debe tener un código asignado para cada uno de los procesos asistenciales que constituyen su Historia Clínica.

A un siguiente nivel, deberíamos definir los distintos componentes del proceso asistencial que nosotros llamaríamos **Episodios**.

Episodio: sería el conjunto de actividades asistenciales referidas a un proceso y realizadas en una determinada área de actividad asistencial del Hospital.

Como sabemos las áreas de actividad del Hospital pueden ser:

- * URGENCIAS
- * CONSULTAS EXTERNAS
- * HOSPITALIZACIÓN

Es decir, un Proceso, como el señalado en el caso anterior de patología digestiva, puede necesitar acudir a Urgencias del Hospital, donde sería atendido, ocasionando un episodio asistencial, siendo posteriormente enviado al especialista correspondiente para que le atienda en la Unidad

de Consultas Externas en los días posteriores, donde se realizaría un episodio distinto, pero dentro del mismo proceso y en algunos casos precisaría posteriormente el ser hospitalizado, por ejemplo, para realizar una intervención quirúrgica de ese proceso, generando de esta forma un tercer episodio, pero referido el cualquier caso como los dos anteriores al mismo proceso asistencial.

Por lo tanto, también es preciso que cada uno de los episodios que compongan ese proceso ha de tener su identificación, con su codificación informática correspondiente para que del sumatorio de los distintos episodios, podamos extraer el resultado final del proceso asistencial.

En este mismo sentido, cada uno de los episodios antes señalados, puede subdividirse a su vez en lo que llamaríamos subepisodios.

Subepisodio lo definiríamos como cada una de las actividades constituyentes de un episodio realizadas por un Servicio Asistencial del Hospital o GFH.

En el ejemplo anterior, si un enfermo que ha sido hospitalizado en Medicina Interna, por un proceso digestivo, donde realiza una serie de estancias y actuaciones diagnósticas complementarias en un momento dado se considera la conveniencia de un Pase de Servicio a Cirugía General para ser intervenido quirúrgicamente, estaría generando dos subepisodios, uno en Medicina Interna y otro en Cirugía General que a su vez podría considerar la conveniencia de hacer otro Pase de Servicio a Oncología, si la patología era Neoplásica y generar un tercer subepisodio dentro del mismo proceso.

Indudablemente también se plantea la necesidad de registrar codificadamente la realidad de cada uno de los subepisodios.

Y finalmente, cada uno de los subepisodios antes señalados constaría del sumatorio de actuaciones hechas por el GFH al que está asignado el enfermo u otros a los que se pide colaboración como en el caso de solicitar un estudio radiográfico, analítico o interconsulta médica de otro servicio.

Igualmente, es preciso por lo tanto su identificación para tratamiento informático posterior que nos permita asignar cada una de las actividades asistenciales de las distintas Unidades del Hospital a cada uno de los subepisodios y episodios que constituyen el proceso asistencial de todos y cada uno de los enfermos atendidos en las distintas Unidades del Hospital.

Esto nos plantea a continuación la necesidad de que cada Unidad Informática radicada en cada una de las Unidades Asistenciales del Hospital, permita la utilización de las aplicaciones especí-

ficas para el registro de actividad y gestión individualizada de cada una de esas Unidades, a la vez que se constituye en terminal periférico del ordenador central o básico del Hospital, donde deben confluír tanto los datos comunes relativos a los pacientes como los datos comunes relativos a la Gestión Económico Presupuestaria y a la Gestión de Personal del Hospital.

Tendríamos por lo tanto un sistema informático integrado funcionando en red con una serie de ordenadores periféricos conectados a un ordenador central con una arquitectura Cliente-Servidor.

La operativa funcional sería la siguiente:

El comienzo de un proceso sería en general a partir de la recepción en el Servicio de Admisión de una Solicitud de Orden de Asistencia, emitida bien desde Atención Primaria o desde un peticionario concreto ajeno al Sistema Sanitario Público. Esto sería obligado en el caso de Consultas Externas y de Hospitalización, solamente en el caso de Urgencias y por la naturaleza de la atención en ella prestada, podría no existir dicha orden de asistencia.

En cualquier caso, a partir de ahí el Servicio de Admisión procedería a la identificación del paciente que, en el caso de proceder de Atención Primaria su lectura sería rápida a través de la Tarjeta Sanitaria y en cualquier caso de identificar el financiador desde el primer momento para referir los costes del proceso al mismo.

A continuación y por medio del propio aplicativo comprobará si existe ya un proceso abierto para este paciente, en cuyo caso, añadirá este nuevo episodio al proceso ya abierto y por el contrario, si no existiera abierto ya un proceso en relación con este paciente, le asignará un código de proceso para comenzar el seguimiento del mismo, añadiendo a continuación la codificación de este primer episodio correspondiente a este proceso.

Como ya hemos señalado anteriormente, todo proceso, episodio, subepisodio y actuación, deberá tener obligatoriamente asignado un GFH responsable del mismo, así como la prestación o procedimiento que se va a realizar en el mismo.

Debemos mantener siempre una codificación estructural en niveles por proceso, episodio, subepisodio y actuaciones, para ir asignando de una manera más fácil todos los costes asociados que conllevan, a la vez que va codificando todas las actuaciones que van constituyendo este proceso.

El código queda definido así:

Historia	Proceso	Episodio	Subepisodio	Actuación
➔ 9 ➜	➔ 2 ➜	➔ 1 ➜	➔ 2 ➜	➔ 3 ➜

Codificado el proceso, hay que relacionar cada actividad (actuaciones) a los costes.

El aplicativo informático, deberá permitir asignar todos los costes directos a nivel de actuación, puesto que así tendremos más especificado el coste del mismo.

Como hemos señalado anteriormente, para esto es necesario disponer de una infraestructura informática en red con puntos de recogida de datos como mínimo a nivel de GFH, aunque lo ideal sería recoger los datos en el mismo punto de actuación y asignarle los costes a ese nivel.

Ello conlleva la necesidad de asignar un código de cada actuación arrastrado desde el proceso inicial a cada consumo realizado en la misma (prótesis, farmacia, dietas, etc.), todo ello supone un 15% aproximado del presupuesto total.

La imputación de costes referido a Recursos Humanos debería hacerse a nivel GFH y se repartirían en función de la actividad realizada, el tiempo dedicado a la misma y el número de personas que han intervenido en su realización. De esta forma, conseguiríamos la imputación directa del 75% del presupuesto del Hospital.

Nos quedaría solamente un 10% que es lo que representan los costes indirectos imputados a nivel de GFH y que deberían de distribuirse en función de un patrón de actividad realizada históricamente y del tiempo dedicado en general a cada actuación por dicho GFH.

Finalmente indicar que el cierre del proceso sería siempre en el momento de emitir un informe de alta desde cualquiera de las tres áreas de actuación del Hospital, es decir, que habría un informe de alta no solamente de hospitalización, sino también informes de alta de proceso en Consultas Externas y en el área de Urgencias.

Este sistema nos permite abrir un proceso referido a un financiador que hace la Orden de Asistencia y cerrarle enviando el informe de alta por cierre de proceso, acompañado de su facturación al que provocó la apertura del proceso.

De todas formas, y como se puede ver en el cuadro o esquema que se adjunta, en cualquier momento podemos hacer un corte en dicho proceso y poder calcular en paralelo, tanto la actividad realizada en un momento dado a un proceso seguido de un paciente determinado como la actividad y presupuesto asignado y consumido a una Unidad cualquiera del Hospital en un período de tiempo previamente establecido. (Anexo III).

Se cierra por lo tanto el ciclo dialéctico demostrando que el desarrollo informático de cualquier hospital debe dar respuesta doblemente al problema de la gestión junto con el seguimiento de la actividad interna de cada una de sus Unidades.

Anexo III

