



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL RENDIMIENTO DE UN SERVICIO DE
CIRUGÍA, SIN Y CON UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA, DURANTE LOS
BIENIOS 2000-2001 Y 2002-2003**

Antonio Evaristo Resola García

Directores: Prof. José M^a. Ortega Beviá y Dr. Juan Díaz Oller

Sevilla, 28 de Agosto de 2005



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL RENDIMIENTO DE UN SERVICIO DE
CIRUGÍA, SIN Y CON UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA, DURANTE LOS
BIENIOS 2000-2001 Y 2002-2003**

Memoria que presenta para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Antonio Evaristo Resola García

Directores: Prof. José M^a. Ortega Beviá y Dr. Juan Díaz Oller

Sevilla, 28 de Agosto de 2005

A **mis padres**, por su incansable esfuerzo en educarme e intentar hacer de mí un hombre de bien.

A **Lourdes**, mi mujer, por el cariño y amor que nos hemos dado.

A **mis hijos, Francisco José y Antonio**

AGRADECIMIENTOS

__ Al Prof. **D. José María Ortega Beviá**, Profesor Titular y Director del Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla, Director de este trabajo que se presenta como Tesis, dirección que junto a su conocimiento, ha sido de inestimable ayuda; fundamental para que este trabajo llegue a buen puerto.

__Al Dr. **D. Juan Díaz Oller**, Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital " San Agustín " de Linares, Co-Director de este trabajo que con su proverbial voluntad, energía, educación, confianza, apoyo sin vacilaciones, y por su inagotable generosidad ha sido posible esta Tesis. Nunca podré agradecer suficientemente tu ayuda, como alumno y como amigo.

__Al Dr. **D. Enrique Olea Cano**, Director Médico del Hospital " San Agustín " de Linares, colaborador estrecho en nuestro objetivo común, hacer del S.S.P.A. un servicio orgullo de los andaluces. Gracias por estar a mi lado, cuando te he necesitado siempre te he encontrado.

__Al Prof. **D. José Cantillana Martínez**, Profesor Titular del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario "Virgen Macarena", de Sevilla, por su disponibilidad constante.

__A D. **Jacinto Talavera Rincón**, Jefe de Sección del Servicio de Atención al Paciente, quien gracias a su excelente trabajo a lo largo de estos años, ha sido posible proporcionar cuantos datos han sido necesarios para la ejecución de esta empresa.

__A D^a. M^a. **De Los Ángeles Santacruz Reyes**, responsable de la Contabilidad Analítica del Hospital " San Agustín ", de Linares, y a D^a. **Pilar Sánchez Navarro**, Técnico de Documentación del mismo Centro, por su colaboración en la búsqueda, recogida y estructuración de datos, que han hecho posible esta publicación.

__A D. **Manuel Ruiz Gordo**, Técnico del Servicio de Informática de nuestro Hospital, por su eficaz colaboración y apoyo en el soporte informático para la elaboración de la Tesis.

__Al Prof. D. **Antonio José Sáez Castillo**, Profesor Titular de Estadística de la Universidad de Jaén, por su inestimable ayuda en la metodología y tratamiento estadístico.

__Al Dr. D. **Rafael Gallardo González**, Coordinador del Servicio de Urgencias de nuestro Hospital, por su asesoramiento y colaboración en la realización de la base de datos.

__A D. **Juan Mayoral Valseira** y a D^a. M^a. **De Los Ángeles Rodríguez Morales**, responsables de la Secretaría del Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla, por su generosa y amable colaboración en los trámites administrativos.

__A D^a. **Caty Jordán Hervás** y a D^a. **M^a. Antonia Martínez Montero**, por su eficiencia y colaboración desde la Secretaría de Dirección del Hospital en la elaboración de esta Tesis.

__A **Lourdes**, mi mujer, por su ayuda y colaboración en el tratamiento informático de la Tesis.

ÍNDICE GENERAL

ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL RENDIMIENTO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA, SIN Y CON UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA, DURANTE LOS BIENIOS 2000-2001 Y 2002-2003		2
Memoria que presenta para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía.....		2
Antonio Evaristo Resola García		2
1	INTRODUCCIÓN.....	11
1.1	ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA.....	11
1.1.1	La evaluación económica de las tecnologías sanitarias.....	16
1.1.2	La medicina basada en la evidencia.	24
1.2	ANTECEDENTES SOBRE LEGISLACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA.....	31
1.2.1	Desde la creación de la Junta Suprema de Sanidad (1.720) a la Ley Orgánica de Sanidad (1.855)	31
1.2.2	Periodo comprendido entre la Ley Orgánica de Sanidad (1855) y la Ley de Bases de la Sanidad (1944).....	33
1.2.3	De la Ley de Bases de Sanidad Nacional (1944) a las Transferencias Autonómicas de Andalucía (1981)	36
1.2.4	De las Transferencias Autonómicas a la actualidad.....	40
1.3	NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA.....	48
1.3.1	La Empresa Pública.....	48
1.3.2	La Fundación.....	50
1.3.3	Consortio: La experiencia de la Corporació Parc Taulí.....	51
1.3.4	Gestión privada de un Hospital Público: Hospital de la Ribera (Alzira).....	53
1.3.5	Unidades de Gestión Clínica (UGC).....	54
2	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	66
3	HIPÓTESIS DEL TRABAJO	71
4	MATERIAL Y MÉTODO	75
4.1	MATERIAL.....	75
4.1.1	Introducción del desarrollo.....	75
4.1.2	Área Poblacional	75
4.1.3	Parámetros a estudiar.....	79
4.1.4	Material informático utilizado.....	80
4.2	MÉTODO	80
4.2.1	En relación a las Historias Clínicas:.....	80
4.2.2	En relación a las Intervenciones Quirúrgicas	81
4.2.3	Análisis descriptivo/estadístico.	82
4.2.4	Protocolo de recogida de datos.....	83
5	RESULTADOS	89
5.1	Resultados demográficos.....	89
5.2	Resultados estructurales, humanos y económicos del Hospital.....	92
5.3	Resultados estructurales, humanos, económicos y asistenciales del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y la UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	95
5.3.1	En relación con las Variables Económicas:.....	97
5.3.2	En relación con las Variables asistenciales sobre Ingresos / Estancias.....	105
5.3.3	En relación con las Variables asistenciales, sobre las Urgencias.....	127

5.3.4	En relación con las Variables asistenciales, sobre Recursos Materiales y Actividad Quirúrgica.....	135
5.3.5	En relación con las Variables asistenciales, sobre Recursos Materiales y Actividad en Consultas.....	154
5.3.6	En relación con las Variables asistenciales, sobre Datos Generales de Asistencia Hospitalaria.	162
5.3.7	En relación con las Variables asistenciales, sobre Calidad / Eficiencia.	173
5.3.8	ANEXOS.....	182
6	DISCUSIÓN.....	187
6.1	Sobre las variables económicas	188
6.2	Sobre las variables asistenciales Ingresos / Estancias	192
6.3	Sobre las variables asistenciales de Urgencias	205
6.4	Sobre las Variables asistenciales de Recursos Materiales y Actividad Quirúrgica.	207
6.5	Sobre las Variables asistenciales de Recursos Materiales y Actividad en Consultas	215
6.6	Sobre las Variables de Datos Generales de Asistencia Hospitalaria.	217
6.7	Sobre las Variables de Calidad / Eficiencia.....	218
7	CONCLUSIONES.....	224
8	BIBLIOGRAFÍA.....	228

INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone dar a las unidades asistenciales la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y, por lo tanto, promover su responsabilidad junto con su autonomía.

La figura de Avedis Donabedian es esencial para entender lo que ha pasado en investigación en servicios de salud y gestión sanitaria en los últimos 40 años. En la década de los sesenta Donabedian ¹ realizó una revisión sistemática de los trabajos sobre evaluación y mejora de la calidad asistencial, formulando el marco de análisis estructura-proceso-resultados, explicando la importancia de los resultados y el coste para la calidad y su valoración.

En EE.UU. -en la década de los setenta- el sistema de pago por acto o por estancia no tenía incentivos para contener los costes; se basaba en la libertad de elección de los clientes. Tanto los médicos como los hospitales aumentaban constantemente sus ingresos, incrementando paulatinamente los gastos destinados a la asistencia sanitaria. Los pacientes soportaban una parte muy pequeña de los gastos y los empresarios cubrían la mayor parte del pago de primas del seguro sanitario. Los empresarios comenzaron a cuestionar las aportaciones crecientes y los expertos cuestionaban el modelo en lo relativo al estado de salud de la población. Se trasladó el coste de la

asistencia sanitaria a los trabajadores, y estos, ante la nueva situación fueron aceptando limitaciones en la libertad de elección y la gestión del coste sanitario, mediante nuevas fórmulas de gestión de la asistencia sanitaria: Managed Care o Medicina Gestionada ²⁻⁶.

En la década de los ochenta -y en el mismo entorno- se introdujo el sistema de pago por proceso, que lleva implícito el coste por proceso con la idea de reducir costes, produciéndose una auténtica transformación, intentando eliminar el gasto superfluo donde sea posible, potenciando la atención ambulatoria, reduciendo los ingresos y la estancia media, así como las exploraciones y tratamientos innecesarios ^{7, 8}. En las dos últimas décadas se han producido fusiones de empresas, tanto en el ámbito de compradores -Health Maintenance Organization (HMOs) y la Pharmacy Benefit Management Companies (PBMs), así como de prestadores de asistencia, agrupaciones de hospitales, centros de diagnóstico y médicos de familia, para optimizar los recursos de apoyo y ser competitivos en calidad y precio ^{9, 10}. El mismo Donabedian precursor de la gestión, nos hace una valoración de las distintas etapas al final de su vida y abre nuevas perspectivas en un artículo relativamente reciente ¹¹.

Este cambio de estrategia ha tenido y tiene puntos conflictivos, el fundamental a nivel ético: ¿Dónde está el límite entre lo necesario y lo innecesario para la atención al paciente?. ¿Por reducir gastos podrían suprimirse posibilidades diagnósticas o terapéuticas que benefician a los pacientes?. Todas estas controversias se han paliado en parte con dos mecanismos de control y mejora, como son la *acreditación* y la *protocolización*.

La *acreditación* ha tenido un desarrollo importante, exigiéndose sistemáticamente para contratar las empresas que gestionan la asistencia sanitaria ¹².

La *protocolización* ha tenido también un gran desarrollo, iniciándose en los años sesenta con las conferencias de consenso. Algunos sistemas de clasificación de pacientes, llevan asociados un protocolo ideal de manejo clínico (Patient Management Path) ^{13, 14}.

En definitiva, la contención del gasto con la eliminación de lo innecesario se está desarrollando en un país que tiene una cultura clínica firmemente orientada hacia la calidad, con profesionales altamente cualificados y entrenados en la metodología científica de la decisión clínica, donde el progreso de la investigación y la cultura de rigor que esta irradia son garantías de que la calidad de la atención a los pacientes está asegurada.

En el Reino Unido, el proyecto de Gestión clínica (The Resource Management Initiative -RMI), que comenzó a principios de los noventa, era consecuencia del Libro Blanco Working for patients, y pretendía implicar a los médicos en el uso adecuado de los recursos ¹⁵⁻¹⁷, respetando la libertad para ejercer, produciéndose una serie de reformas importantes: desarrollo de los sistemas de información, cambios organizativos de los departamentos clínicos, formación en gestión de los profesionales, estructuras de apoyo directo a los Directores Clínicos, como el Director de Negocios (Business Manager) ^{18, 19}.

En España, en los últimos años ^{20, 21}, la Gestión Clínica se implementa cada vez más, dejando de ser una estrategia coyuntural y pasando a ser la única vía para implicar a médicos/as y enfermeros/as en la mejora continua de la atención sanitaria. El concepto de Managed Care de EE.UU. donde se consigue aunar la mejora de la calidad y la contención de costes, se está abriendo paso en nuestro país bajo el concepto de Gestión Clínica, introduciéndose en la práctica diaria de los profesionales ²²⁻²⁷. Si los poderes públicos precisan cuál es el nivel de protección que desea nuestra sociedad a través de catálogos de prestaciones, donde se definan con mayor profundidad el nivel de protección, y el facultativo tiene acceso a información integrada (clínica, administrativa y económica) para facilitar la decisión clínica; si se le procura un ambiente motivador, con los incentivos adecuados y se le apoya ante casos complejos con Comités de Ética ²⁸, garantizándoles la seguridad ante reclamaciones judiciales, no cabe duda que los clínicos asumirán el reto de mejorar la calidad de la atención y eliminar ineficiencias y la desmotivación, para en definitiva ofrecer a los ciudadanos un servicio público eficiente en términos de salud y de satisfacción de los clientes, sirviendo como un instrumento formidable de cohesión social.

Existe un creciente interés de los clínicos por las innovaciones organizativas hospitalarias y postura ambivalente en los gestores clínicos ante los cambios de rol de sus respectivas responsabilidades. Se evidencia la resistencia a los cambios, y en opinión de algunos autores no existe un modelo único de microgestión como "institutos" dentro del Sistema Nacional de Salud: economía de contratos, delegación de funciones, descentralización administrativa, incentivación, reingeniería de procesos, competitividad, liderazgo, sistemas de información y orientación al usuario/cliente ²⁹. En el mismo sentido, se sugiere como estrategia clave la valoración de estándares de

evaluación de los resultados por parte de los mismos médicos, existiendo sobre los incentivos/penalizaciones financieras un limitado número de estudios disponibles que compare -mediante ensayos aleatorios- el impacto de los sistemas de pago³⁰.

En Andalucía, el Plan de Calidad de la Consejería de Salud³¹, que se define como: el marco político estratégico concebido para dar una respuesta Sanitaria Integral, de Calidad y Satisfactoria a las necesidades del ciudadano, como centro del Sistema Sanitario Público, sitúa a este como eje central del Sistema Sanitario Publico de Andalucía (SSPA) e incorpora una concepción integral del concepto de calidad, enfocándola sobre el elemento nuclear del sistema sanitario: el proceso asistencial^{26, 27}. Es, por tanto, una nueva concepción para el desarrollo de la actividad asistencial que apoya y refuerza a otras herramientas, que, como la gestión clínica, influyen de forma positiva en la actitud de los profesionales.

El proceso asistencial se entiende desde la perspectiva del ciudadano como el conjunto de elementos clínicos y organizativos que se encadenan de manera secuencial y coherente para satisfacer sus necesidades sanitarias.

Este concepto, que trasciende el de coordinación interniveles, intenta profundizar en el significado de la "continuidad asistencial" y exige a las Centros sanitarios ordenar actuaciones que son realizadas en espacios distintos, por profesionales diferentes y en tiempos distintos, abordando la prestación de servicios de forma horizontal, implicando a los distintos niveles asistenciales y profesionales que participan en el mismo.

Significa abordar de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Significa también utilizar guías de práctica clínica y criterios de adecuación en el manejo de los recursos y medios de apoyo al diagnóstico, utilizar racionalmente los medicamentos y evaluar los resultados. En realidad se trata de analizar e incorporar a las actuales formas de trabajo elementos de mejora que añadan valor a los destinatarios del proceso asistencial, los ciudadanos.

El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud ³², y el 3^{er} Plan Andaluz de Salud ³³ consideran la Gestión Clínica como una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos, entendiendo que son las Unidades Clínicas de Gestión el espacio organizativo donde esto puede desarrollarse.

1.1.1 La evaluación económica de las tecnologías sanitarias.

1.1.1.1 Marco conceptual

El interés por la medición del impacto de las intervenciones sanitarias (outcomes) abarca a todos los agentes representados en los sistemas sanitarios. El énfasis en la medición de resultados ha llegado a España. Después de conocer algo más sobre la estructura y el proceso de la atención sanitaria, cae por su propio peso la necesidad de incidir, a pesar de los problemas de intangibilidad, en la medición del estado de salud en sus aspectos tanto cualitativos como cuantitativos.

Preferencias del paciente, guías de práctica clínica, meta-análisis, estudios de evaluación económica, estudios de calidad de vida relacionada con la salud, estudios de

variabilidad de la práctica clínica, etcétera, son campos afines a los que se configura actualmente como investigación de resultados. Para los pacientes, avanzar en la medición de resultados representa que se les haga lo mejor en diagnóstico y terapia. Para los médicos, los buenos outcomes representan un avance en el resultado final deseado de la compleja cadena de la atención sanitaria. Para los políticos y los gestores, la obsesión por la medición de la actividad está digiriéndose, en la actualidad, a la medición de las ganancias en salud. Para la industria proveedora de bienes y servicios, el desarrollo de la medición de resultados significa una mejora en la competitividad, una mejora en la diferenciación estratégica, un mejor posicionamiento y una optimización de la cuenta de resultados.

Aparece, por tanto, el movimiento de los outcomes como algo irresistible e imparable. Sin embargo, las dificultades en la medición de resultados no son banales. La medición de los outcomes, provenientes del empleo de bases de datos clínico-administrativas está sometida a numerosos sesgos y dificultades prácticas. También existen problemas con las evaluaciones económicas y con el empleo de instrumentos de medición de la calidad de vida.

Los avances estadísticos, metodológicos y tecnológicos permitirán avanzar en la comparación entre outcomes, si bien todavía presentan una débil evidencia de la efectividad y de la calidad del cuidado de la salud. Su uso incorrecto puede confundir. Pero, de lo que no cabe duda es de que al público general la monitorización de los outcomes les resulta atractiva de forma intuitiva, lo que conlleva implicaciones políticas. Finalmente, el entusiasmo por la necesidad de outcomes debe ser atemperado con un claro entendimiento de sus limitaciones ³⁴.

En el pasado, los análisis de costes se habían limitado a comparar los precios unitarios de los nuevos productos en relación a los antiguos. Sin embargo, en la actualidad -con fuertes restricciones presupuestarias y mayor cultura económica- los análisis han de ir más allá de la simple comparación aislada de los costes, y deben considerar estos últimos en función de los efectos conseguidos por las distintas opciones existentes.

A la hora de realizar una evaluación económica de las tecnologías sanitarias, debemos entender como tales - según la Office of Technology Assessment (OTA) de EE.UU. - los " medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención" ³⁵. Por su parte, la OMS amplía esta definición incluyendo cualquier medida orientada a promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar la enfermedad, así como rehabilitar a los enfermos y a los incapacitados ³⁶. Desde este concepto amplio de tecnología sanitaria, resulta conveniente resaltar que la pretensión de orientar las decisiones sanitarias, no se refiere exclusivamente a la evaluación de nuevas tecnologías o equipos de elevado coste, sino que la evaluación económica pretende la comparación entre distintas opciones para el tratamiento de un problema de salud, sean éstas nuevas o antiguas, simples o de alta tecnología, de alto o bajo coste.

De ahí, la necesidad de la existencia de Guías sobre la evidencia científica para la evaluación de esas tecnologías ^{37, 38}.

1.1.1.2 Metodología

En la Figura 1 se esquematizan los pasos a seguir para la medición de los costes, eligiendo los análisis más adecuados y llegar a obtener unos resultados determinados ³⁹.

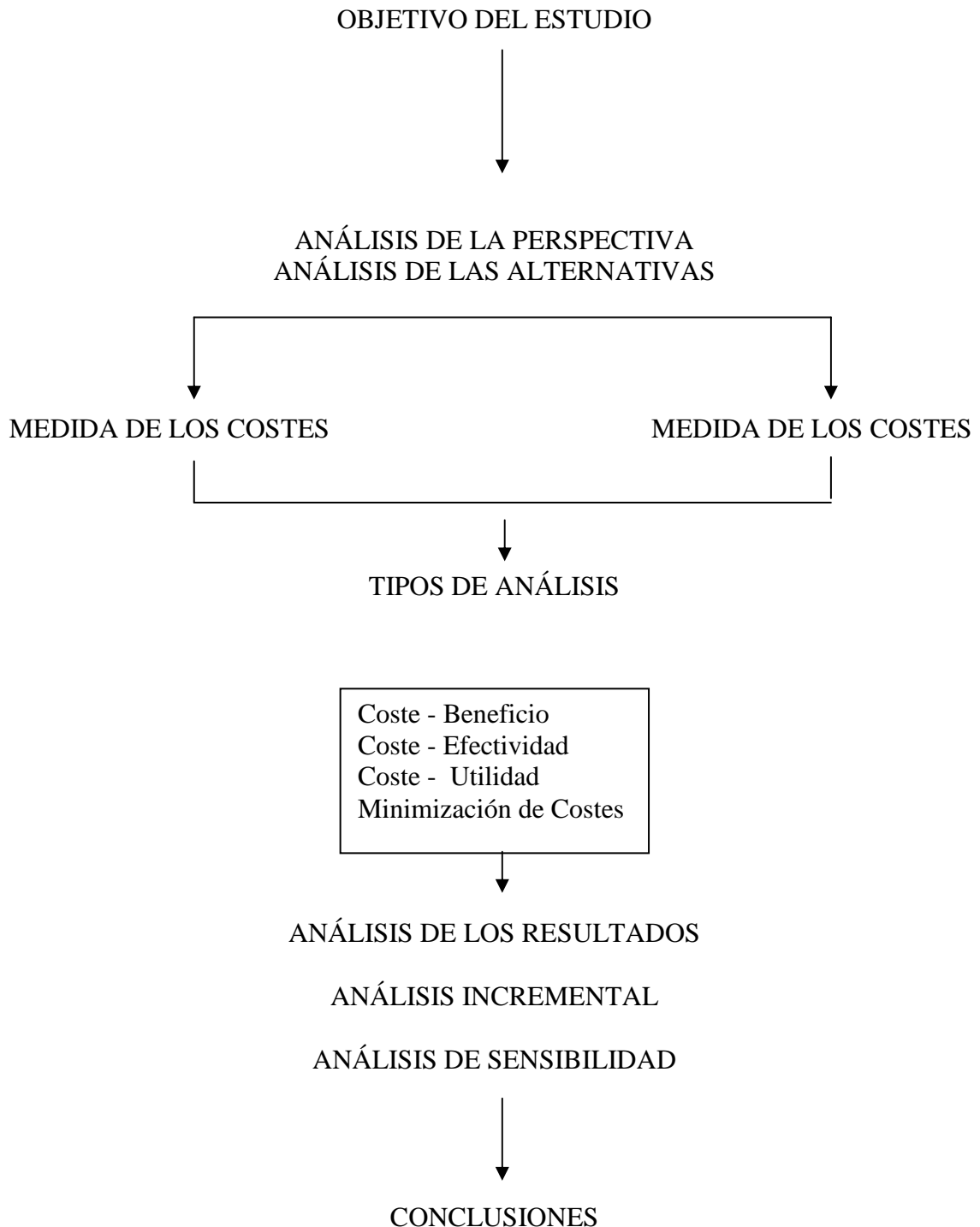


Figura 1.- Pasos a seguir en una evaluación económica de tecnologías sanitarias

Para la identificación y medida de los costes^{40, 41} deberán incluirse todos los que se consideren relevantes, pudiéndose realizar de forma prospectiva (ensayo clínico) o retrospectiva (a partir de registros existentes), existiendo los siguientes tipos de costes:

Costes Directos

Son los relacionados directamente con los servicios sanitarios, y se clasifican en "sanitarios" y "no sanitarios". Los primeros están relacionados con la aplicación de la tecnología sanitaria, e incluyen los costes de dicha tecnología, de las pruebas diagnósticas, consultas, coste del tratamiento de los efectos adversos, hospitalización, etc. Los no sanitarios: gastos de infraestructura, hostelería, etc.

Costes indirectos

Son los relacionados con cambios en la capacidad productiva del individuo, fundamentalmente la pérdida de días de trabajo. A este respecto, no existe una postura bien definida sobre si los costes indirectos deben o no ser incluidos en una evaluación económica aplicada al campo sanitario.

Costes intangibles

Son los costes relacionados con el dolor o el sufrimiento de los pacientes y, debido a su difícil cuantificación, no se incluyen en el cómputo global de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias, pero sí suelen citarse expresamente.

En los bienes y servicios sanitarios no existe normalmente mercado (servicios hospitalarios públicos), midiéndose los costes en términos medios. No bastaría con dividir el presupuesto de un hospital por el número de estancias anuales, sino que habría que eliminar los costes de los recursos no relacionados con el tipo de proceso que se

pretende medir. Habría que contabilizar de forma detallada todos los recursos utilizados por el paciente durante el proceso: medicamentos, pruebas diagnósticas, costes de personal, etc. En este sentido, la disponibilidad de contabilidad analítica mediante el nuevo programa COAN-hyd ⁴² del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en los centros sanitarios públicos, podría resultar muy útil para simplificar los cálculos.

1.1.1.3 Clases de evaluación económica

Tras la medida de costes hay que elegir el tipo de análisis económico más adecuado. Puesto que los costes se miden siempre en unidades monetarias, las distintas formas de medir de los efectos de una determinada tecnología sanitaria determinará el tipo de análisis que habrá de emplearse (Tabla 1)

TIPOS DE ANÁLISIS	Medida de los costes	Medida de los efectos
Coste beneficio	Unidades monetarias	Unidades monetarias
Coste-efectividad	Unidades monetarias	Unidades clínicas habituales (ej.: años de vida ganados)
Coste-utilidad	Unidades monetarias	Cantidad y calidad de vida(ej.: años de vida ajustados por calidad)
Minimización de costes	Unidades monetarias	Efectos equivalentes

Tabla 1.- Tipos de análisis farmacoeconómicos

Análisis coste-beneficio

En este caso, tanto los costes como los efectos de las opciones sanitarias comparadas se miden en unidades monetarias. Desde un punto de vista económico sería la forma de análisis más ortodoxa porque engarza con la corriente de actuación dominante en otros sectores económicos. Permite comparar opciones (tratamientos o programas) cuyos resultados se miden en distintas unidades, lo que puede ser muy útil para seleccionar la opción de diferentes tipos de servicios, pero cada vez se utiliza menos debido a la dificultad de transformar unidades de salud en términos monetarios. Además se plantea un problema de equidad, ya que la salud de las personas se valoraría de acuerdo con su contribución a la economía nacional. En España se han realizado pocos análisis con esta metodología^{43, 44}. Los resultados pueden expresarse como el cociente entre los costes y los beneficios, o como valor neto (diferencia entre costes y beneficios), siendo preferible esta última.

Análisis coste-efectividad

En este análisis los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades clínicas habituales, como los años de vida ganados, las muertes evitadas, el porcentaje de exitus o la disminución de la glucemia, por ejemplo. Su principal ventaja es la posibilidad de expresar los efectos en las mismas unidades utilizadas en los ensayos clínicos o en la práctica clínica diaria. Es el tipo de análisis más frecuentemente utilizado^{45, 46}. Su mayor inconveniente es que este método solo permite la comparación entre opciones similares y que tengan unos efectos medidos en las mismas unidades, perdiendo, de esta forma, el carácter orientador de tipo global que la propia evaluación económica perseguía.

Análisis coste-utilidad

Este método es el más novedoso y se ha desarrollado específicamente para el campo sanitario. Con él se pretenden medir los efectos de una intervención a través de una unidad que integre cantidad y calidad de vida ^{47, 48}. Esto se consigue calculando los años de vida ganados con una tecnología, ponderándolos según la calidad de vida obtenida. Las unidades obtenidas son los "años de vida ajustados por calidad" ⁴⁹. La principal ventaja de este análisis es la posibilidad de comparar diferentes tipos de intervenciones o programas sanitarios, y de integrar la cantidad y calidad de los pacientes. Su principal inconveniente es la falta de una metodología bien definida, que hace que, dependiendo del método utilizado, varíen los resultados.

Minimización de costes

Es el método más simple de aplicar, pero a la vez el que requiere tomar más precauciones. Se utiliza cuando se demuestra que no existe diferencia entre los efectos de las opciones comparadas, en cuyo caso es suficiente con comparar sus costes para seleccionar aquella más barata ^{50, 51}. No debe confundirse con los estudios de costes de la enfermedad. Estos últimos no constituyen una evaluación económica completa, ya que en ellos no se comparan distintas opciones de tratamiento, sino que se limitan a calcular los costes totales atribuibles a una determinada enfermedad durante un período determinado.

1.1.2 La medicina basada en la evidencia.

1.1.2.1 La medicina basada en la evidencia y la práctica clínica

A la hora de resolver un problema, un médico se enfrenta a restricciones de tiempo, de conocimientos existentes y de posibilidades de actuación. La primera tarea que debe resolver es decidir qué problemas no pueden esperar, dedicando a éstos una atención prioritaria, en función de la importancia que les conceda a cada uno de ellos. En segundo lugar, debe determinar la mejor estrategia para poder manejar dichos problemas. Para ello, deberá aplicar su conocimiento sobre la información disponible a las circunstancias individuales de cada paciente, lo cual le conduce no solo a guiarse por su experiencia y por los conocimientos que haya adquirido hasta ese preciso momento, sino que se ve en la necesidad de acceder a la mejor evidencia científica conocida o disponible.

El actual desarrollo de las técnicas de investigación y de las tecnologías de la información nos permite cuantificar con precisión los resultados de las distintas opciones terapéuticas empleadas en un determinado servicio clínico. Pese a que en muchas ocasiones la efectividad de las distintas alternativas no resulten evidentes, las organizaciones sanitarias, apoyadas en el desarrollo tecnológico, están facilitando un mejor y más rápido conocimiento de los efectos de las intervenciones, lo cual anuncia un cambio de paradigma y una transformación en la práctica de la medicina, donde se acentuará el énfasis sobre la medición de resultados ^{52, 53}. Pero compatibilizar la actividad diaria con la lectura y valoración del enorme volumen de información recibida, hace que coexistan los problemas de acceder a la bibliografía, junto al saber seleccionar y filtrar ésta. De ahí que la existencia de bases de datos como la Cochrane Library sean de gran ayuda al profesional sanitario ⁵⁴

<http://212.49.218.203/newgenClibPlus/ASP/logina.asp?product=CLIBPLUS&username= USERNAME &group=2660&server=UpdateUK&authcode=48898583666236244&country=ES&guest= GUEST>

Camino de enlace con la Cochrane Library

1.1.2.2 La medicina basada en la evidencia y la gestión sanitaria

Todo gestor sanitario, cualquiera que sea su nivel de actuación (gestión clínica y responsabilidad de un servicio, dirección de una institución sanitaria, etc.) está inmerso en la toma de decisiones de asignación de recursos ⁵⁵. Por ejemplo: dedicar una parte del presupuesto para poner en marcha o mejorar un programa de calidad para las intervenciones de apendicectomía , hernias de pared abdominal o trastornos benignos de útero, significa adoptar una decisión en cuanto a la asignación de los recursos disponibles. Su operativización (elección del modo en que se obtiene la técnica y la decisión sobre cuáles son los proveedores más adecuados) suele corresponder a los mesogestores del sistema sanitario, si bien éstos están respondiendo a las demandas provenientes de los médicos (microgestores).

La compra de servicios de salud no consiste en minimizar el coste de ésta, ni siquiera en buscar la mejor oferta calidad/precio; lo esencial es asignar los recursos disponibles de tal manera que la población obtenga los mejores resultados en salud, partiendo de un presupuesto dado. Para ello, se debe evaluar los problemas de salud, analizar la efectividad de las intervenciones alternativas y su utilización eficiente, optando por unos determinados servicios en las cantidades y calidades adecuadas. Por ello es necesario disponer de información sobre la evidencia que apoya las distintas intervenciones, esencial a la hora de identificar y evaluar las necesidades, la

planificación estratégica de los servicios , la población a la que se destina y su grado de cobertura, el establecimiento de acuerdos e incentivos que garanticen su mayor efectividad, junto con el control de su provisión, mediante la evaluación de la utilización y los resultados conseguidos.

Normalmente hay que tomar decisiones respecto a nuevas tecnologías sobre las cuales no se dispone de estudios acerca de su efectividad, mientras que en otros casos, pese a existir su evidencia, ésta no se ajusta a todos los factores relevantes para los gestores: indicaciones, efectos adversos , costes, beneficios , opiniones y grado de satisfacción de los pacientes, etc., como ocurre con la decisión de implementar o no la cirugía laparoscópica en el cáncer de colon o en la coleditiasis, atendiendo a la opinión de la medicina basada en la evidencia, recogida por las Agencias de Evaluaciones Tecnológicas ⁵⁶⁻⁵⁸.

Aunque basar las decisiones de gestión en la evidencia disponible sobre la efectividad individual y social de las intervenciones sanitarias puede parecer una tarea ineludible, la aplicación de la medicina basada en la evidencia basada en este contexto presenta ciertas limitaciones y plantea ciertos riesgos y beneficios que conviene valorar (Tabla 2).

Beneficios

1. Marca como objetivo la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible (procedente de revisiones sistemáticas de investigaciones clínicas, fundamentalmente de ensayos clínicos).
2. Tiene en cuenta las preferencias del paciente informado.
3. Fomenta y organiza el autoaprendizaje.
4. Transforma las necesidades de información en preguntas de investigación contestables.
5. Evalúa la solidez de la evidencia con la respuesta a dichas preguntas.
6. Valora críticamente la validez (acercándonos a la mayor veracidad) y la utilidad (aplicabilidad clínica) de la evidencia.
7. Énfasis hacia la evaluación de las actuaciones clínicas.
8. Eleva la autonomía individual (del médico) ante el juicio de las fuentes, lo que conlleva resaltar el papel de la libertad clínica.
9. Enfatiza el plano individual del comportamiento bioético: beneficencia y no maleficencia.

Limitaciones

1. Pérdida relativa de posición del pensamiento fisiopatológico de la práctica médica.
2. Minusvalora la experiencia, el instinto, lo que la medicina tiene de arte y oficio.
3. Falta de tiempo, habilidades y medios para revisar y valorar críticamente la evidencia de forma cuidadosa.
4. Falta de una clara definición de lo que significa la efectividad y qué efectividad debe ser considerada.
5. Minusvalora sus consecuencias más allá de la práctica clínica: distribución de recursos, política sanitaria y gestión clínica.
6. Riesgo de caer en el fundamentalismo metodológico.
7. Pérdida del balance adecuado entre las decisiones coste-efectivas y las decisiones basadas en la medicina basada en la evidencia.
8. Agravamiento de la disputa entre economistas, gestores y médicos.
9. Pasa a un segundo plano el comportamiento bioético de la justicia distributiva y de la eficiencia.

Tabla 2.- Beneficios y limitaciones de la Medicina Basada en la Evidencia ⁵⁹

Una de las aplicaciones de la medicina basada en la evidencia son las **Guías de Práctica Clínica**, que podrían definirse como “directrices elaboradas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos” ⁶⁰.

Las Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia se sustentan en la Revisiones Sistemáticas, en las que los autores localizan toda la evidencia disponible - dentro de los límites de lo posible, y preferentemente ensayos randomizados y controlados- y analizan y sintetizan empleando técnicas de meta-análisis ⁶¹. Las Revisiones Sistemáticas están disponibles en formato electrónico en la Cochrane Library ⁵⁴ con diferentes niveles de evidencia, según se explica en la Tabla 3.

Nivel	Tipo de evidencia – descripción
Ia	Evidencia obtenida de un meta-análisis de ensayos randomizados y controlados
Ib	Evidencia obtenida al menos de un ensayo randomizado y controlado
IIa	Evidencia obtenida al menos de un estudio bien diseñado, controlado, pero sin randomización
IIb	Evidencia obtenida al menos de un estudio bien diseñado, cuasi-experimental
III	Evidencia obtenida al menos de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales (estudios comparativos o de correlación, o series de casos).
IV	Evidencia obtenida de informes de comités de expertos, opiniones o experiencias clínicas de autoridades en la materia.

Tabla 3.- Niveles de evidencia ⁶²

A continuación se detallan las referencias y direcciones electrónicas de algunos centros que se dedican a la elaboración, evaluación e implementación de Guías:

- Health Services/Technology Assessment (USA)

<http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/51120>

- New Zealand Guidelines Group

<http://www.nzgg.org.nz>

- SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network
<http://www.sign.ac.uk/>

- National Library of Medicine´s MEDLINE plus
<http://medlineplus.gov/spanish/>

- National Guideline Clearinghouse
<http://www.guidelines.gov>

Después de todo lo antedicho cabe preguntarnos si es más importante el coste o el beneficio. La respuesta es que ambos son importantes. Es un deber moral hacer uso de los recursos de la manera más eficiente posible, eliminando todas aquellas prácticas médicas inefectivas e inapropiadas. Para ello, la medicina basada en la evidencia y la medicina coste-efectiva resultan de suma utilidad. Sin embargo, la aplicación de una u otra no tiene porqué traducirse en una reducción automática del gasto sanitario, puesto que una mejora significativa en los beneficios de los pacientes suele ir acompañada de un mayor uso de recursos, tanto diagnósticos como terapéuticos. Por lo tanto, al hacer una elección entre medicina coste-efectiva y medicina basada en la evidencia, la perspectiva del decisor es crucial. Para financiadores, la relación coste-beneficio en salud sería prioritaria, mientras que para los médicos los argumentos de la medicina basada en la evidencia serán los primeros.

La medicina basada en la evidencia no es en sentido estricto un instrumento de gestión, puesto que son los propios clínicos los que identifican y aplican las

intervenciones más eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La medicina basada en la evidencia no se restringe a los ensayos aleatorizados y a los meta-análisis, también sirve para identificar las mejores prácticas a partir de revisiones sistemáticas cuando existen, o a partir de estudios primarios.

La clave está en buscar los puntos de unión entre estas dos perspectivas y lograr que los beneficios sean para los pacientes que reciben los tratamientos, a la vez que para la sociedad en su conjunto. Como dice Williams ⁶³ "viene siendo hora de “coger el toro por los cuernos” y de que la sociedad participe en un debate responsable sobre cómo decidir el orden de prioridades en la asistencia sanitaria, sobre las tensiones entre el potencial de la medicina moderna y el hecho innegable de que solo se dispone de recursos limitados, y , ante todo, sobre los principios éticos que deberían determinar las soluciones de dichas tensiones".

1.2 ANTECEDENTES SOBRE LEGISLACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

La recopilación normativa trata de mantener un cierto paralelismo con la jurisprudencia. Frecuentemente, en la actividad médica se destacan –cuando no se tratan exclusivamente- facetas sin duda muy importantes y acaso socialmente destacadas, pero que no ofrecen por sí mismas una imagen global del ejercicio de la profesión. Y, sin embargo, la medicina, como cualquier actividad humana, es un conjunto de múltiples elementos. Por ello, se ha pretendido en este capítulo, recoger todo aquello que pueda afectar a la vida diaria del quehacer médico, sin exhaustividad, con un enfoque dirigido al paciente, eje central del sistema sanitario.

Todo esto conciliando la ética con el derecho, la relación médico-paciente, la influencia de la economía en el ámbito prestacional, la conflictividad de las relaciones y el fenómeno de la responsabilidad médica desde una base histórica y al mismo tiempo actualizada.

1.2.1 Desde la creación de la Junta Suprema de Sanidad (1.720) a la Ley Orgánica de Sanidad (1.855)

La primera etapa que vamos a considerar, se inicia con la creación, por la Soberana Resolución del 18 de Septiembre de 1.720, de la Junta Suprema de Sanidad, órgano consultivo del Rey, que funciona dentro del espíritu más ortodoxo del Despotismo Ilustrado, con autoridad ejecutiva para introducir mejoras, dictar órdenes o imponer sanciones ⁶⁴.

Esta Junta surge como una respuesta del Estado a la alarma que produjo la epidemia de Peste Bubónica en Marsella ese mismo año. Al margen de la situación puntual por la que se crea, la Junta supuso el nacimiento de un organismo estatal estable, que alcanzó su pleno desarrollo en la época de Carlos III , estando vigente, con excepción de los periodos comprendidos entre 1742-1743 y 1805-1807, hasta la creación por Real Decreto de 17 de Marzo de 1847 del Consejo de Sanidad del Reino ⁶⁵. Durante este periodo, los problemas epidemiológicos que más preocupan son el cólera, la peste, la fiebre amarilla y la viruela, teniendo gran difusión la vacunación, que fue muy bien aceptada en España. Se ordena que en todos los Hospitales, Casas de Expósitos, de Misericordia, etc., se ponga en práctica la inoculación, siendo de destacar la expedición marítima para vacunar en ultramar en 1803, y la vacunación gratuita en 1815 a los niños que se presenten a los cirujanos de estos establecimientos en los días de cada semana señalados para esta operación; en el ejército se vacuna voluntariamente desde 1812 y obligatoriamente desde 1832 ⁶⁶.

La autoridad científica en el terreno sanitario la constituían las Reales Academias de Medicina y Cirugía, cuyo dictamen solicitaban las autoridades ⁶⁴.

El final de esta etapa la determina la Ley de 20 de Junio de 1849 sobre Clasificación, Gobierno y Régimen de los Establecimientos de Beneficencia, sancionada por Isabel II, en cuanto al avance que se produce en la asistencia a los enfermos pobres, si bien esta idea se inicia en el reinado de Carlos III. En esta Ley se determina que los establecimientos serán generales, provinciales y municipales, y se gobernarán por Juntas que tendrán carácter consultivo y de gestión de establecimientos ⁶⁷.

1.2.2 Periodo comprendido entre la Ley Orgánica de Sanidad (1855) y la Ley de Bases de la Sanidad (1944)

Este periodo comienza con la promulgación de la primera Ley Orgánica de Sanidad en 1855 durante el reinado de Isabel II, que puede ser considerado intermedio entre el profundo colapso que supuso -en la liberación del pensamiento, el avance de la medicina y el desarrollo de la burguesía - el reinado de Fernando VII (1808- 1833) y la modesta pero eficaz recuperación del final del siglo XIX ⁶⁴. La Ley de Sanidad aparece en el único periodo progresista del reinado, el bienio 1854-56, en el que fue Jefe de Gobierno el general Espartero. Esta Ley está influenciada por los higienistas exiliados en Inglaterra durante el reinado de Fernando VII, que regresan a España a partir de 1834. En este sentido es de destacar la figura de Mateo Seoane, que intervino en la elaboración del Código de Sanidad de las Cortes Liberales de 1822, y su discípulo Monlau, que participó en la elaboración de la Ley de Sanidad de 1855. Otro determinante de la aparición de la Ley, fueron la aparición de las epidemias de cólera, concretamente la segunda pandemia, (1853-1855), que afectó a casi un millón de personas en nuestro país, falleciendo alrededor de 240.000 ⁶⁶.

En esta Ley, los primeros capítulos se dedican a establecer que el gobierno superior de la sanidad reside en el Ministerio de la Gobernación, siendo el órgano ejecutivo la Dirección General de Sanidad, teniendo como órgano consultivo el Consejo de Sanidad, que realizará además labores de inspección en caso de epidemias. Hasta el capítulo XI se ocupa de la sanidad exterior, con especial dedicación a la sanidad marítima. Del capítulo XI al XIX trata de la creación de la Beneficencia Domiciliaria, ampliando lo establecido en la Ley de 29 de Junio de 1849, en todos los municipios, creando las plazas de Médicos Cirujanos Titulares. En 1868, Sagasta

suprime la Junta General de Beneficencia, pasando todo el personal y establecimientos a depender de la Dirección General de Sanidad.

El siglo XX comienza con un acontecimiento sanitario de gran trascendencia, cual es la aprobación el 12 de Enero de 1904 de la Instrucción General de Sanidad Pública, Reglamento Orgánico de la Ley de 1855, siendo el pilar sobre el que se ha desarrollado la estructura sanitaria a lo largo del siglo, aspirando a dar mayor independencia a la función sanitaria respecto a la gubernativa y administrativa ⁶⁸. Por Real Orden de 8 de Febrero de 1909 se crean las Brigadas Volantes, cuya misión consistía en acudir donde y cuando se les ordenara, para cooperar con los servicios locales en la lucha contra las epidemias. En la Real Orden de 27 de Marzo de 1930 se crea el Servicio de Estadística Sanitaria, mediante el que se crea un Sistema de Vigilancia Epidemiológica ⁶⁹. También las luchas contra las enfermedades infecciosas, tiene su traducción en la legislación al respecto ⁶⁸. Sobre la tuberculosis: Real Decreto de 27 de Diciembre de 1907 por el que se crea el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones contra la Tuberculosis “Victoria Eugenia”, con la disposición reguladora del 9 de Febrero de 1916 sobre los Dispensarios y Sanatorios Antituberculosos; el Real Decreto de 4 de Junio de 1924, que creó el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa en España. En cuanto al Paludismo, existen antecedentes en el Reglamento de 15 de Abril de 1861, desarrollo de la Real Orden de 10 de Mayo de 1860, que regula las plantaciones de arroz y reconoce los peligros de las tierras encharcadas; la Real Orden de 24 de Mayo de 1912 en la que se cuantifican los 1946 municipios en los que el paludismo ocasiona estragos, insistiendo en hacer un inventario de la identificación de los focos; la Ley de 24 de Julio de 1918 establece la desecación de los terrenos pantanosos, lagunas y marismas; la Orden de 16 de Julio de 1931,

disponiendo que se empiece en la provincia de Cáceres el tratamiento con quinina. La lucha antivenérea, con el Decreto de 29 de Julio de 1933 con la creación del Instituto Nacional de Venereología, para profilaxis, asistencia, investigación y docencia.

Por Real orden del 9 de Septiembre de 1916 se crea la Junta Técnica para la creación de un Hospital de Enfermedades Infecciosas (Hospital del Rey). Por Real Orden de 9 de Diciembre de 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad. El Decreto Ley de 20 de Marzo de 1925 crea el Estatuto Provincial de Sanidad, que centraliza en las Diputaciones los servicios sanitarios provinciales con servicios mínimos en materia de Beneficencia, con Casas de Maternidad y Expósitos, Beneficencia Hospitalaria y Hospital de Dementes, y en cuanto a Sanidad, con salas de aislamiento para enfermedades infecciosas, instalaciones de Rx y radioterapia, consulta de tuberculosis, consulta de enfermedades venéreas para prostitutas y consultorios de puericultura. El Real Decreto de 20 de Abril de 1931 por el que la Cruz Roja pasa a depender de la Dirección General de Sanidad, siendo considerada como institución de carácter humanitario y benéfico-social. Decreto del 22 de Abril de 1932 por el que se adscribe a la dirección General de Sanidad el Instituto Nacional del Cáncer.

En la práctica, desde 1936 a 1939, toda la Sanidad estuvo centrada en la contienda bélica. Desaparece el Ministerio de Sanidad en 1938 y se adscribe la Sanidad y Beneficencia al Ministerio de Interior, y en 1939 al de Gobernación. En 1941 se aprueba la Ley de 12 de Julio sobre Sanidad Infantil y Maternal, para paliar la mortalidad infantil. En la Ley de 26 de Septiembre de 1941 se hace hincapié en la lucha contra el paludismo, se crea el Centro Leprológico y Sanatorio Nacional de Trillo, la

creación de dispensarios de Salud Mental en régimen externo, se amplía la red de dispensarios antitracomatosos y la red de Centros Secundarios de Higiene.

Un hito importante lo forma la promulgación de la Ley de 14 de Diciembre de 1942 creando el Seguro Obligatorio de Enfermedad ⁷⁰, para prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, e indemnización económica por pérdida de retribuciones en los riesgos anteriores, y para gastos funerarios al fallecer los asegurados; su ámbito de aplicación es a los económicamente débiles, trabajadores por cuenta ajena, aunque se prevé el régimen de afiliación voluntaria (autónomos y servicio doméstico). Las prestaciones son médicas, farmacéuticas, de hospitalización, y por prescripción facultativa las prótesis, ortopedia y baños. Estas prestaciones son llevadas a cabo, al principio, por la Obra del 18 de Julio. Progresivamente se van convocando concursos para cubrir las nuevas plazas creadas de practicantes y médicos.

La Orden de 15 de Febrero de 1943 del Ministerio de la Gobernación establece los Reglamentos del Cuerpo de Casas de Socorro y Hospitales Municipales ⁷¹.

Por Decreto de 7 de Julio de 1944 se crea el Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

1.2.3 De la Ley de Bases de Sanidad Nacional (1944) a las Transferencias Autonómicas de Andalucía (1981)

Nace este periodo con la consolidación de la división entre Sanidad y Beneficencia dirigida por la Dirección General de Sanidad, dependientes del Ministerio de la Gobernación, y la asistencia médica y las prestaciones en general, controladas por el Instituto Nacional de Previsión en el Ministerio de Trabajo.

Comienza esta etapa con la promulgación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional el 22 de Noviembre de 1944 ⁶⁷, que es una recopilación de los aspectos sanitarios ya existentes. Los servicios de la Diputación y Municipales son abordados en la base 23 y 24.

En 1951, tras el brote poliomielitis de 1950 en Madrid, se crea el Servicio contra la Poliomielitis dependiente de la Dirección General de Sanidad, con un servicio en el Hospital del Niño Jesús ⁶⁷.

La lucha contra la tuberculosis fue considerada como prioritaria en estos años. Mediante la Orden de 26 de Enero de 1953 se establece un concierto entre el Patronato y el Seguro Obligatorio de Enfermedad para cirugía torácica. En 1958 se reorganiza el Patronato pasando a denominarse Patronato Nacional Antituberculoso y de Enfermedades del Tórax ⁶⁷.

La aplicación práctica del Seguro Obligatorio de Enfermedad se inicia en 1944 y se lleva a cabo en tres etapas ⁶⁷:

- Prestaciones de Medicina General, farmacéuticas y económicas en caso de enfermedad, comenzando en 1944.
- Cirugía general y hospitalización quirúrgica, oftalmología, ORL, Rayos X y Laboratorios de Análisis Clínicos y servicio de Practicantes en 1947.
- El resto de las prestaciones y servicios en 1948.

El Plan Nacional de Instalaciones se pone en marcha por Orden de 19 de Enero de 1945, que comprendía 16.114 camas de nueva instalación, aunque al principio se optó por el rechazo del modelo de medicina pública, y por consiguiente la adopción del modelo privado de ejercicio profesional, decidiéndose adoptar el rechazo del Hospital como institución con connotaciones peyorativas, y por consiguiente la adopción del sanatorio privado como institución quirúrgica ⁷².

El Decreto de 27 de Noviembre del Ministerio de la Gobernación, desarrolla el Reglamento de Personal Sanitario Local, con especial referencia a la Beneficencia Provincial, y normas especiales relativas a Médicos de Casas de Socorro y Hospitales Municipales ⁷¹.

La Orden de 31 de Enero de 1955, del Ministerio de la Gobernación, explicita las funciones y autonomías de la Sanidad Local en cuanto a los servicios benéficos y sanitarios, mediante el régimen de excepción de Ayuntamientos ⁷¹.

La Ley de Hospitales de 21 de Julio de 1962 elabora un Catálogo de Hospitales o Red Hospitalaria Nacional, y establece las funciones de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria ⁷¹.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de Diciembre de 1963 ⁶⁷, define a esta como función del Estado que afecta a toda la colectividad nacional. En la base preliminar se reconoce la necesidad de romper el marco de los seguros sociales y de coordinar esta función con la asistencia social y Sanidad Pública. Se establece por

tanto un sistema global de la Seguridad Social que sienta las bases para un desarrollo posterior.

El catálogo previsto en la Ley de Hospitales se llevará a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y la Dirección General de Sanidad según Orden de 29 de Febrero de 1964. Por Orden de 3 de Marzo de 1966 se decreta la regionalización hospitalaria y el 13 de Junio se publica el Catálogo de Hospitales ⁷¹.

Por Orden de 26 de Diciembre de 1969 se crea en la Dirección General de Sanidad, la Subdirección de Medicina Preventiva y Asistencial y dependiendo de ella el Servicio Nacional de Hospitales, que incluía el Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, Hospital del Niño Jesús, Instituto Oftalmológico Nacional, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Odontología, Instituto Leprológico y Leprosería Nacional de Trillo, Centro de Lucha contra las Cardiopatías y Reumatismo, Centros Maternales y Pediátricos, Hospitales Rurales y Centros de Urgencia, Dispensario Central de Rehabilitación y el Instituto Español de Hematología y Hemoterapia ⁷¹.

Por Orden de 24 de Junio de 1971, del Ministerio de la Gobernación, se regula la situación de los Médicos Internos y Residentes de Instituciones Hospitalarias dependientes del Ministerio de la Gobernación, de las Corporaciones Locales y de otras entidades tuteladas por aquél ⁷¹.

En el campo de la Seguridad Social, merece destacarse la Orden de 28 de Julio de 1971 sobre la Jerarquización de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, y la Orden de 7 de Julio de 1972 dictando el Reglamento de dichas Instituciones ^{67, 71}.

En 1977, por decreto de 4 de Julio de la Presidencia del Gobierno, se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social ⁶⁷.

Decreto de 2 de Marzo de 1978, de la Presidencia del Gobierno, por el que se regula la asistencia sanitaria a los internos en establecimientos penitenciarios ⁷¹.

En el BOE nº 107 de 3 de marzo de 1980 se publica la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad (Anexo I) de 11 de abril de 1980, por la que se regula la asistencia sanitaria por medios ajenos a los beneficiarios de la Seguridad Social, estableciéndose por primera vez la clasificación de Hospitales por niveles y características funcionales asistenciales ⁷¹.

1.2.4 De las Transferencias Autonómicas a la actualidad

La Ley Orgánica 6/1981 de 30 de Diciembre, del Estatuto de Autonomía de Andalucía (BOJA número 2/1982, de 1 de Febrero), determina en su Art. 20 que: corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, y en materia de Seguridad Social, además del desarrollo legislativo del Estado (salvo las normas que configuran el régimen económico del mismo, la gestión del régimen económico de la Seguridad Social en esta Comunidad ⁷³.

En 1986, aparece la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de Abril (BOE nº 102/1986, de 29 de Abril) ⁷⁴. La Ley de 1944 ⁶⁷, aunque innovadora, se basaba en una Dirección General de Sanidad recrecida como órgano supremo, con el concepto decimonónico de que a la Administración Pública le compete atender aquellos problemas sanitarios que puedan afectar a la colectividad considerada como conjunto, desarrollando una labor de prevención, pero la función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen. Existen Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones, Municipios) que funcionan sin ningún nexo de unión en las políticas sanitarias. A estas necesidades de reforma obvia, se suma lo reconocido en los artículos 43 y 49 de nuestra Constitución, en cuanto el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y en función de las competencias transferidas a las Comunidades Autónomas, en todo el territorio del Estado.

En virtud de estas competencias autonómicas, se aprueba la Ley 8/1986, de 6 de Mayo, (BOJA nº 41/1986, de 24 de Mayo) sobre el SAS ⁷⁵, conveniente para unificar los diferentes Organismos de asistencia sanitaria y establecer una estructura de gestión en la que realmente se integren todos los elementos, posibilitando una mejor atención del pueblo andaluz, y un más eficiente y económico aprovechamiento de los medios con los que cuenta su administración.

El Decreto 105/1986 de 11 de Junio, sobre Ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales (BOJA nº 61/1986, de 24 de Junio) (corrección de errores BOJA nº 70/1986, de 7 de Julio) ⁷⁶, establece el concepto

de Área Hospitalaria, los fines de la asistencia especializada, la asistencia en régimen de consultas externas y de internamiento, la coordinación entre niveles asistenciales, los órganos unipersonales y Comisión de Dirección, las funciones de los Directores Gerente, Médico, de Enfermería, Económico –Administrativo y de Servicios Generales, la dotación de los Órganos de Dirección, su estructura, los órganos asesores a la Dirección, y el Plan General Hospitalario.

Como forma de gestión pública distinta, aparece en la Comunidad Autónoma Andaluza la figura económica de la Sociedad Anónima, para constituir la Escuela Andaluza de Salud Pública (1985), con sede en Granada, con el objetivo social de establecer las estructuras básicas precisas para la formación y especialización de profesionales de Salud Pública y Administración Sanitaria ⁷⁷

También es importante el Decreto 104/1993, de 3 de Agosto, de Constitución de Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol y aprobación de sus Estatutos (BOJA nº 92/1993, de 24 de Agosto) ⁷⁸, figurando como entidad de derecho público, con personalidad jurídica propia, plena capacidad jurídica, pudiendo obrar para el cumplimiento de sus fines, con patrimonio propio y administración autónoma, quedando adscrita a la Consejería de Salud. De esta forma, la comunidad Autónoma Andaluza se adelanta a la Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 100/1997, de 26 de Abril) ⁷⁹, si bien existía ya el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio, referente solo al Insalud.

Con posterioridad a la creación de la primera Empresa Pública, aparece la Ley 2/1994, de 24 de Marzo , por la que se crea una Empresa Pública para la Gestión de los Servicios de Emergencias Sanitarias (BOJA nº 41/1994, de 29 de Marzo) ⁸⁰, y los Decretos 131/1997, de 13 de Mayo, por el que se constituye la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería (BOJA nº 65/1997, de 7 de Junio y el Decreto 48/2000 ⁸¹, de 7 de Febrero, en cuanto a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén) (BOJA nº 18/2000, de 12 de Febrero ⁸².

Por Real Decreto 63/1995, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 35/1995, de 10 de Febrero) ⁸³, se regulan los tipos de prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, la asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago, y aquellas prestaciones que no son financiadas con cargo a la Seguridad Social (aunque con posterioridad se han introducido modificaciones en cuanto a la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora , así como en cuanto al cambio de sexo) (Circular 1/2003 de 11 de Julio)

La creación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, mediante el Decreto 318/1996, de 2 de Julio (BOJA nº 77/1996, de 6 de Julio) ⁸⁴ se conforma para la realización de estudios y evaluaciones de los instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, así como de los sistemas organizativos en los que se desarrolla la atención sanitaria, de acuerdo a criterios de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia, y en base a su valoración ética, clínica, económica y social.

También en 1996 aparece el Decreto 462/1996, de 8 de Octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de Junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales (BOJA nº 127/1996, de 5 de Noviembre), en cuanto a la composición y funciones de las Juntas Facultativas y Juntas de Enfermería ^{76, 85}.

La Libre Elección de Médico Especialista y Hospital en el sistema Sanitario Público de Andalucía, se regula por Decreto 128/1997, de 6 de Mayo (BOJA nº 60/1997, de 24 de Mayo) ⁸⁶.

La Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía (BOJA nº 74/1998, de 4 de Julio), tiene por objeto la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española, así como la definición, el respeto y cumplimiento de los derechos y obligaciones de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios en Andalucía., y la ordenación de las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas en esta Comunidad ⁸⁷.

Las competencias de la Consejería de Salud, su organización general, las de la Viceconsejería, la Secretaría General de Calidad y Eficiencia, la Secretaría General Técnica, la Dirección General de Salud Pública, la Dirección General de Aseguramiento, Financiación y Planificación, la Dirección General de Procesos y Formación, las Delegaciones Provinciales, el SAS, la Dirección-Gerencia del SAS, la Secretaría General, la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la Dirección General de Personal y Servicios y la Dirección General de Gestión Económica, entre otras, se recogen en el Decreto 245/2000, de 31 de Mayo, por el que se establece la Estructura

Orgánica Básica de la Consejería de Salud y del SAS (BOJA nº 65/2000, de 6 de Junio)

88.

La determinación de las Competencias y Estructura de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud, la Delimitación de las Áreas de Salud y el Establecimiento de los Consejos de Salud del Área, aparecen en el Decreto 259/2001, de 27 de Noviembre (BOJA nº 148/2001, de 27 de Diciembre) ⁸⁹.

La Garantía para el Plazo de Respuesta Quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se establece por sendos Decretos publicados en BOJA en 2001 y 2002 ⁹⁰.

También en 2002, cabe destacar la publicación de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica ⁹¹.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ⁹², establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, que permitirán garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, ejerciendo también los poderes públicos un control sobre la sanidad privada. También se ocupa de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, se define el catálogo de las prestaciones como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud, dentro de las garantías de calidad, seguridad, accesibilidad, movilidad y tiempo de acceso. De la misma forma, aborda la vigilancia y control del medicamento, dedica

un capítulo a los profesionales de la sanidad, con principios referidos a la planificación y formación y al desarrollo de la carrera profesional y a la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud. A la investigación dedica otro capítulo, así como a la información sanitaria, normas de calidad, planes integrados de salud, salud pública y participación de los ciudadanos y de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud.

El ejercicio al Derecho a la Segunda Opinión Médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se regula también en 2003 ⁹³, así como las Medidas para el Tratamiento Homogéneo de la Información sobre las Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud ⁹⁴, las Bases Generales sobre Autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios ⁹⁵ y la Ley de Declaración de Voluntad Vital Anticipada ⁹⁶.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ⁹⁷, que también se publica en este año, se dirige a determinar los aspectos esenciales del ejercicio de las profesiones sanitarias, enumerando los derechos de los usuarios. También se regula la formación de los profesionales en el pregrado, en la especialización y la formación continuada. El desarrollo profesional y su reconocimiento también es regulado, así como el ejercicio en el ámbito privado, para garantizar la máxima calidad en las prestaciones, permitiendo, por otra parte, la participación de los profesionales en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.

La Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud ⁹⁸, actualiza el régimen jurídico del personal estatutario -régimen funcional especial- que era pre-Constitucional . Se dictan normas sobre dicho personal, su clasificación, planificación y ordenación, derechos y deberes, adquisición y pérdida de la condición

de personal estatutario fijo, provisión de plazas, selección y promoción interna, movilidad de personal, criterios generales de la carrera profesional, retribuciones, jornada de trabajo, permisos y licencias, situaciones del personal, régimen disciplinario, incompatibilidades, representación, participación y negociación colectiva.

En 2004, cabe destacar la regulación de la Tarjeta Sanitaria Individual en el territorio del Estado ⁹⁹, y la Garantía de Plazo de Respuesta en Procesos Asistenciales, Primeras Consultas de Asistencia Especializada y Procedimientos Diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía ¹⁰⁰.

1.3 NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA

1.3.1 La Empresa Pública

Ante los grandes retos a los que se enfrenta actualmente el Sistema Sanitario Público:

- Necesidades sanitarias crecientes de la población
- Mayores expectativas por el avance de la ciencia y tecnología
- Demanda sanitaria en alza
- Humanización
- Calidad
- Limitación de los recursos disponibles,

surge la necesidad de respuesta con otras herramientas de gestión como es la Empresa Pública.

En Andalucía, la Consejería de Salud apostó hace tiempo por este modelo de mesogestión ⁷⁸, mediante la creación de la Empresa Pública del Hospital Costa del Sol, adelantándose a la posibilidad legislativa de la implantación de otras formas de gestión en todo el Estado ⁷⁹, continuando más tarde con la creación de otras Empresas Públicas ⁸⁰⁻⁸².

La innovación que supone puede referirse a tres niveles:

- *En macrogestión sanitaria o gestión pública:* Existe una separación entre la figura del financiador sanitario (Consejería de Salud) y del proveedor (Hospital), con personalidades jurídicas distintas, aunque ambas de titularidad íntegramente pública. Se establece una relación contractual entre ambas entidades, que se encuentra en el contrato-programa anual del Centro, el cual fija las obligaciones a las que se

comprometen tanto financiador como proveedor. Se crean las bases para la introducción de mecanismos de competencia gestionada en el ámbito de la prestación pública de servicios.

- *En mesogestión sanitaria o gestión de centros:* Se dota al Hospital de una amplia capacidad de gestión, con los adecuados mecanismos de control de los recursos públicos utilizados. Éste toma la forma jurídica de Empresa Pública, con sujeción en buena parte de sus actuaciones al derecho privado. Se descentraliza parte de la capacidad de gestión en los servicios clínicos, una parte importante de la retribución depende del logro de objetivos asistenciales y de calidad, así como de una eficiente gestión de recursos. Se potencia fuertemente la función general dentro del Hospital, ampliándose la capacidad de decisión del Gerente respecto a otros hospitales públicos.
- *En microgestión sanitaria o gestión clínica:* Se crean los instrumentos para la prestación de una asistencia de alta calidad científica, orientada permanentemente al usuario, y con una alta conciencia de dar un uso eficiente a los recursos públicos encomendados, que a su vez son limitados. Se refuerzan aspectos como la atención en acto único, la cirugía mayor ambulatoria, la potenciación de tecnologías no invasivas de exploración y tratamiento, la información y confort del paciente, la protocolización de procesos, la gestión de la casuística, la gestión consensuada con atención primaria y la asignación enfermero/a - paciente.

1.3.2 La Fundación.

Las bases legales en las que se sustenta son: Decreto nº 2930/72 de 21 de Julio (BOE nº 260 de 30 de Octubre de 1972). Real Decreto 864/85 de 29 de Febrero, Decreto 89/1985, de 2 de Mayo, y Orden de 3 de Junio de 1985 (BOJA nº 73 de 25 de Julio)

Las líneas que marcan una Fundación ^{79, 101} como forma de gestión hospitalaria se basan en la *Gestión del conocimiento* :

- La Organización se centra en los facultativos, personal de enfermería y los equipos de gestión imprescindibles, buscando en colaboradores externos aquellos valores añadidos de conocimiento no directamente asistencial que enriquecen la organización.
- Estrategia de selección del personal, buscando incorporar a aquellos con perfiles de conocimiento más adecuados para la cartera de servicios que se oferta.
- Estrategia interna de gestión tratando de buscar un modelo en el que la gestión del proceso asistencial sea la línea conductora del análisis y la toma de decisiones.
- La responsabilidad directa sobre los procesos asistenciales está agrupada en unas *áreas de gestión clínica*, formadas exclusivamente por facultativos, cada una de ellas con un director al frente y todas ellas relacionadas con la gerencia a través de un *contrato interno de gestión clínica*. Los recursos , los presupuestos, la cartera de servicios, el volumen de actividad y la coordinación global de unas con otras constituyen el núcleo de estos contratos de gestión. Todo el equipo de enfermería está organizado como un área de gestión

independiente de cuidados asistenciales, que tiene identificado su producto profesional como el servicio que presta a las diversas áreas del hospital, que al igual que la áreas entre sí, tienen un proceso de facturación interna. Las áreas estructurales del hospital y las complementarias de hostelería y servicio externos completan la visión de la organización.

- Dentro del *área de Gerencia* se engloba el Gabinete Jurídico, los Sistemas de Información, el Gabinete de Comunicaciones y la Dirección Asistencial, que regula el flujo de pacientes, los contratos externos que la Fundación realiza con sus clientes demandantes de servicios, canalizándolo hacia las áreas clínicas, y a través de la Gerencia se pueden conseguir medios económicos adicionales a los presupuestos de los centros.

En Andalucía no se ha optado por esta forma de gestión, pero existe la experiencia, al parecer positiva, de la Fundación Hospital de Alcorcón (Madrid) y las de la Fundación Hospital de Verín, Hospital Comarcal de Barbanza, en Ribeira y el Hospital Comarcal “Costa da Morte” (Cee), en Galicia.

1.3.3 Consorcio: La experiencia de la Corporació Parc Taulí

En Cataluña ⁹⁷, se adoptó la estrategia de absorber en una red de utilización pública muchas clínicas y hospitales de titularidad diversa que estaban supliendo la acción del Estado, por la vía concertada que tenían como *característica común el mantenerse en el campo de la gestión sometido al derecho mercantil y no al derecho*

*administrativo*¹⁰². En 1986, en el área de influencia de Sabadell, se diseñó un proyecto de fusión de las entidades hospitalarias que existían, con la Universidad Autónoma de Barcelona, formando el Consorci Hospitalari Parc Taulí, centrando su actividad en:

- *Unidades por Procesos* para dar respuesta a una determinada patología prevalente garantizando su continuidad asistencial.
- *Centros de Actividad* donde se agrupan patologías en función de su complejidad o necesidades tecnológicas.
- *Programas Poblacionales* en los que se aborda la asistencia a una patología prevalente desde una perspectiva en la que se incluye el censo de la población afectada, el área de referencia, actuaciones preventivas y organización de recursos según niveles de dispositivos y complejidad.

Durante 1998, finalizada la primera fase del Proyecto de Ordenación, se va avanzando en la consolidación de un modelo de gobernabilidad del conjunto de las instituciones del Parc Taulí, pasando de Consorcio Hospitalario a Corporación Sanitaria permitiendo dar respuesta con calidad y eficiencia a las necesidades asistenciales garantizando la viabilidad y sostenibilidad de la institución.

El 29-12-1998 se constituye la Sociedad Anónima Sabadell Gent Gran, Centre de Serveis y el 11-02-1999 la Sociedad Anónima UDIAT Centre Diagnòstic. Ambas instituciones, sin afán de lucro, con un socio único que es la Corporació Parc Taulí¹⁰³.

1.3.4 Gestión privada de un Hospital Público: Hospital de la Ribera (Alzira)

La clave del modelo se encuentra en la separación entre la financiación del servicio, responsabilidad de la Comunidad Valenciana y la provisión del servicio gestionado por la Unión Temporal de Empresas liderada por ADESLAS y donde también participan las Cajas de Ahorros Bancaja, CAM y Caixa Carlet, y las Constructoras Dragados y Lubasa¹⁰⁴, basándose su gestión en:

- *Financiación pública.* Basado en pago caputivo de 205 € (aproximadamente) por habitante y año, revisados anualmente con el IPC, por lo que la administración conoce el coste cierto de la asistencia especializada dentro de unos años.
- *Control público.* La Administración tiene un control permanente del Hospital a través de un Comisionado de la Coselleria de Sanidad.
- *Propiedad Pública.* Está construido sobre suelo público y revertirá a la Comunidad a los 10 años del contrato.
- *Prestación privada.* Es gestionado por una Unión Temporal de Empresas durante el tiempo de la concesión. Las herramientas de la gestión son todo lo flexibles que permite la legislación privada.

El elemento fundamental sobre el que reposa la base del modelo es el concepto de *pago caputivo* y la fórmula de "*el dinero sigue al paciente*". El Hospital de la Ribera asume la asistencia especializada del Área 10 de la comunidad Valenciana por una cápita anual. Sin embargo, los ciudadanos del Área tienen la posibilidad de elegir centro sanitario, obligando al Hospital de la Ribera a pagar las asistencias realizadas en

otros centros al 100 % del coste medio de GRD de la Comunidad Valenciana; por el contrario, si algún ciudadano de otras áreas decide acudir al Hospital de la Ribera, la Administración solo pagará el 80 % del coste medio del GRD. Por tanto, el Hospital debe responder a este entorno competitivo con la única respuesta posible a largo plazo: calidad total e innovación en la organización.

1.3.5 Unidades de Gestión Clínica (UGC)

Dentro de las nuevas formas de gestión (microgestión), el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud reconoce la importancia de la gestión clínica y de las Unidades de Gestión Clínica (UGC)³². Estas se configuran como un lugar de encuentro entre los ciudadanos y la organización, y se tienen que articular como referentes para toda la organización, estableciéndose las modificaciones necesarias que incidan en su correcto funcionamiento. Entre ellas están:

- 1) Un mayor grado de autonomía y responsabilidad dentro del actual régimen laboral de los profesionales, mejorando los sistemas de información para conseguir una mayor calidad y eficiencia.
- 2) Facilitando la integración de los profesionales -que actualmente mantienen una relación estatutaria- en los nuevos sistemas de las Unidades Clínicas.

En Atención Especializada, los Hospitales y Centros de Diagnóstico, se conciben como un conjunto de instalaciones, procedimientos, servicios de apoyo y asesoramiento para un grupo de Unidades que pueden mantener distintas formas de relación con el Centro. Cada una de las Unidades o "empresas" puede presentar una

cuenta de resultados de la que dependerá su futuro o sus posibles adaptaciones, configurándose - los Centros - a las siguientes características:

- a) Se favorecerán las fusiones o las desagregaciones de los actuales Centros de Gestión, valorándose que el volumen de la asignación presupuestaria sea suficiente para evitar la discriminación de pacientes con necesidad de mayores cuidados y gastos diagnósticos y terapéuticos.
- b) Que el volumen de gestión permita una adecuada economía de escala.
- c) Que permita la relación y evaluación de las Unidades Clínicas con las que establece relaciones contractuales.
- d) Que las Áreas de Salud respetarán la libertad de los ciudadanos en sus derechos de elección.
- e) Que sean coherentes y unificadores de un proceso asistencial continuado e integrado
- f) Serán responsables de la totalidad de servicios y gastos que realizan las Unidades Clínicas que dependan de cada Centro.
- g) Estarán regidos por equipos directivos en los que se identifique claramente los responsables de cada línea de producto, se refuercen las funciones de asesoramiento, formación, información e investigación de los profesionales integrados en las Unidades Clínicas, que por otra parte tendrán la dimensión de ser permanentes en el tiempo, formales y reconocidas por la organización, con una finalidad de producción, cambio y desarrollo orientado a la compra

de servicios, con objetivos, e incentivos variables según el grado de cumplimiento a partir de un estándar ¹⁰⁵.

Las Unidades Clínicas deben desarrollar:

- a) *Guías de actuación sobre la eficacia*: Centrarse en los procesos más frecuentes o relevantes y elaborar una guía de práctica clínica basada en evidencias científicas, así como protocolos clínicos basados en árboles de decisión, y estandarización de planes de cuidados de enfermería.
- b) *Guías de actuación sobre la efectividad*: Desarrollando un programa de mejora de procesos, estableciendo en qué se puede mejorar (estancia media, reingresos, etc.)
- c) *Guías de actuación sobre eficiencia*: Deben destacarse aquellos puntos críticos y márgenes de mejora de la eficiencia. El dato de evaluación es la cuenta analítica de resultados . Disponemos de información sobre los costes de personal, fármacos y material fungible de alto costo/prótesis; a partir de aquí la Unidad debe de investigar cuales son sus oportunidades de mejora y elabora previsiones de consumo.

El acuerdo de gestión clínica, contempla aspectos como el desarrollo clínico, la formación y la investigación, la cartera de servicios, los objetivos , la gestión económica y los sistemas de control.

La gestión económica contemplará:

1.- *Ingresos por actividad*: las altas producidas, las consultas atendidas, las urgencias no ingresadas, las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria, de cirugía con ingreso y de cirugía menor, que son valoradas en puntos GRD (precio asignado a un GRD producido con la complejidad media de nuestro centro).

2.- *Los gastos*:

- *Costes directos de personal*: costes por el número de profesionales que trabajan en la Unidad, que podrán ser fijos (nóminas), y variables (guardias, sustituciones).
- *Costes directos de consumo*: los gastos producidos tanto por el consumo de fármacos, como de fungibles (suturas, prótesis/mallas, material de laparoscopia, suturas mecánicas, etc.).
- *Costes indirectos de servicios básicos*: peticiones a Laboratorio, radiodiagnóstico, anatomía patológica, neurofisiología, medicina nuclear, genética, etc.
- *Costes indirectos derivados de la utilización de servicios centrales*: limpieza, mantenimiento, lavandería, etc.

La valoración de los resultados incluirá tanto el grado de consecución de objetivos clínicos (eficacia y efectividad), como de los económicos (eficiencia).

Dependiendo de la regulación funcional de la Unidad, esta podrá encontrarse en la fase de acreditación, delegación o autonomía en la que de una forma progresiva (y dependiendo de los resultados), la cartera de servicios, la política de personal

(sustituciones, refuerzos, perfiles, etc.) y la política de compras progresaría desde la determinada por la Dirección de los Centros hasta la determinación de las UGC mediante la dotación de personalidad jurídica propia, que no supondría en principio un grado de transferencia de riesgos igual al de una empresa privada.

La profundización en la autonomía de gestión de la Unidad no debe suponer la duplicación de las estructuras de apoyo existentes hasta la fecha. En caso contrario, si la UGC contratara servicios ya disponibles en el Hospital a un coste menor respecto al ofrecido por éste, la eficiencia de la Unidad sería mayor, pero las unidades de apoyo del Hospital quedarían infrautilizadas y sin posibilidad de redimensionamiento, por lo que el resultado final consolidado sería mas ineficiente que el actual. Por consiguiente, resulta importante que en el marco de regulación de las UGC se recoja la obligatoriedad de adquirir al Hospital todos los servicios centrales que el Hospital esté en condiciones de ofrecerle.

Los precios de transferencia serán prefijados anualmente en función de la previsión de costes y actividad para cada unidad de apoyo, y debería tender a aproximarse a largo plazo a los precios de mercado externos para servicios similares.

Los mecanismos de control a establecer sobre las Unidades Clínicas, una vez gocen estas de personalidad jurídica propia son los siguientes:

- Auditoría anual, tanto financiera como de cumplimiento de objetivos clínicos.
- Mecanismos de limitación de la capacidad de endeudamiento.
- Mecanismos de salvaguarda relativos a estructura retributiva

- Intervención inmediata en caso de generación de pérdidas.

De igual forma que es necesario mantener un estricto control sobre la gestión económica de la Unidad, resulta igualmente crítico el dotar a la misma de un paraguas de autonomía en cuanto a la gestión que le permita tomar decisiones encaminadas a la mejora de la eficacia y la calidad de la asistencia, aun cuando estas supongan un riesgo de conflicto.

Las UGC, para no ser un nombre diferente que se le da a aquello ya inventado, debe aportar cambios importantes en los comportamientos y en la organización y de los servicios tradicionales. Se trata de cambios al alcance de los profesionales y los gestores, que pueden dar un importante *valor añadido*, fijándose en el proceso asistencial y haciendo que el Servicio se configure en torno al enfermo, y no como hasta ahora en torno al Servicio y la Dirección. Es en el acto médico donde se producen mayoritariamente las decisiones que implican gasto, por lo que si se habla de eficiencia, no se podrá conseguir sin implicar en la misma a los que toman gran parte de ellas, reconociendo la capacidad de los profesionales sanitarios de organizarse y de trabajar con importantes cuotas de autonomía.

Es en este entorno de trabajo donde se desarrollan con mayor riqueza las capacidades de los profesionales responsables y donde se pueden obtener incentivos laborales ¹⁰⁶.

1.3.5.1 Marco de funcionamiento de los Acuerdos de las UGC. Competencias, compromisos y requisitos básicos.

El Director de la Unidad es elegido de entre los miembros que constituyen la misma y deberá cumplir el requisito de tener dedicación exclusiva en el SSPA.

El Director de la Unidad propone a la Dirección del Hospital los objetivos y la cuantificación de las actividades, que podrán ser modificados por ésta atendiendo a criterios de accesibilidad, calidad, expectativas del usuario y disponibilidad presupuestaria del Centro.

El Director de la Unidad puede suscribir pactos con los servicios de Atención Primaria sobre derivaciones a consultas y petición de pruebas complementarias para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica.

La Dirección del Hospital junto con el Director de la Unidad, puede incluir o excluir servicios en la cartera de la Unidad, según las necesidades de la población que atiende y la evaluación del Acuerdo anterior. En cualquier caso la puesta en funcionamiento de servicios nuevos en la Unidad deberá contar con la autorización expresa de los Servicios Centrales del SAS.

El Director del Hospital y el Director de la Unidad se comprometen a disponer y facilitar la información necesaria para la evaluación y seguimiento de todos los aspectos incluidos en el presente Acuerdo.

El Director de la Unidad tiene competencias para:

- Dirigir y evaluar la Unidad para alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo, en consonancia con la misión del SSPA, del SAS y del Centro del que forma parte.
- Establecer, de conformidad con la Dirección del hospital, el sistema organizativo de la Unidad en relación a horarios, turnos y distribución de funciones para el cumplimiento de los objetivos
- Proponer y operativizar el reparto de los incentivos individual de los profesionales de la Unidad de acuerdo con el sistema que se establezca.
- Aplicar el mapa de competencias para la selección de profesionales que realicen funciones de refuerzo y sustituciones. Representar a la Dirección del hospital en los procesos de selección de personal.
- Determinar la asistencia a actividades de formación, incluidas rotaciones y reciclajes para satisfacer las necesidades formativas de todos los profesionales de la Unidad. La Unidad dispondrá de un presupuesto específico para las actividades de formación
- Establecer el número y duración de los contratos de refuerzos y sustituciones, licencias y permisos de los profesionales de la Unidad, incluido el plan de vacaciones reglamentarias, en el marco presupuestario de la Unidad y de la normativa vigente.

- Proponer a la Dirección del hospital la contratación de bienes y servicios para la Unidad y participar en la elaboración de los informes técnicos correspondientes, de acuerdo con la normativa de aplicación y con la disponibilidad presupuestaria.

Compromisos de la Dirección del Hospital:

- Acordar con la Unidad los procedimientos administrativos y de información para la citación de pacientes para las distintas actividades de la misma.
- Suministrar a la Unidad la información necesaria para el seguimiento del acuerdo de gestión con la periodicidad que se establezca.
- Facilitar la organización y coordinación con otras unidades clínicas y diagnósticas y administrativas del hospital y con los dispositivos de Atención Primaria para garantizar el cumplimiento del acuerdo de gestión.
- Poner a disposición de la Unidad el personal administrativo necesario para garantizar el cumplimiento del acuerdo

Requisitos básicos:

La Dirección del Hospital y la Dirección de la Unidad acordarán los tiempos máximos de demora permitidos en cada actividad para la valoración de los objetivos de tiempos de demora.

El Director de la Unidad asegurará que se disponga del consentimiento informado en todos los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y tratamientos que así lo requieran, salvo casos de urgencia vital.

La Unidad asegurará la cumplimentación del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria en todos los casos.

La Dirección del Hospital podrá intervenir sobre las decisiones tomadas por la Unidad si en el seguimiento periódico de los pactos sobre consumos se observan desviaciones sobre lo acordado.

Una vez firmados los acuerdos, se envían al Servicio de Evaluación de los Servicios Centrales (SS.CC) del SAS.

Los acuerdos serán evaluados de acuerdo con los criterios recogidos en el presente documento. La estructuración y contenidos del propio documento serán uno de los aspectos que serán evaluados.

Los SS.CC del SAS, una vez valorado el acuerdo lo informarán favorable o desfavorablemente a lo largo del año de la solicitud.

1.3.5.2 Misión y valores de la Unidad

La Unidad tiene como misión la prevención, el tratamiento de las patologías más prevalentes en su ámbito, la prestación de cuidados profesionales fundamentados en una completa información y la atención personalizada e integral al usuario, así como la gestión de los recursos disponibles siendo el ciudadano el eje del sistema.

Presta servicios de máxima calidad, desarrollando su práctica asistencial sobre la evidencia científica disponible, teniendo presente las expectativas del ciudadano sobre la accesibilidad y continuidad de su proceso, velando porque el principio de beneficio y autonomía del paciente se respete, contribuyendo a la investigación y asumiendo el compromiso de impulsar las políticas de salud de la Consejería.

Los valores que guían a los miembros que componen la Unidad están orientados hacia:

- La excelencia en la asistencia sanitaria
- La consideración del ciudadano como centro de su actividad
- El respeto a los valores de la persona enferma y su entorno.
- La promoción de la independencia de la persona en el autocuidado y mantenimiento de la salud
- La continuidad asistencial como dimensión esencial de la calidad
- La innovación
- La cooperación entre los niveles asistenciales y el trabajo en equipo
- La orientación hacia la mejora continua de la calidad
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público

JUSTIFICACIÓN

2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En España, en los últimos años ^{20, 21}, la Gestión Clínica se implementa cada vez más, dejando de ser una estrategia coyuntural y pasando a ser la única vía para implicar a médicos/as y enfermeros/as en la mejora continua de la atención sanitaria. El concepto de Managed Care de EE.UU. donde se consigue aunar la mejora de la calidad y la contención de costes, se está abriendo paso en nuestro país bajo el concepto de Gestión Clínica, introduciéndose en la práctica diaria de los profesionales ²²⁻²⁷.

Si los poderes públicos precisan cuál es el nivel de protección que desea nuestra sociedad a través de catálogos de prestaciones, donde se definan con mayor profundidad el nivel de protección, y el facultativo tiene acceso a información integrada (clínica, administrativa y económica) para facilitar la decisión clínica; si se le procura un ambiente motivador, con los incentivos adecuados y se le apoya ante casos complejos con Comités de Ética ²⁸, garantizándoles la seguridad ante reclamaciones judiciales, no cabe duda que los clínicos asumirán el reto de mejorar la calidad de la atención y eliminar ineficiencias y la desmotivación, para en definitiva ofrecer a los ciudadanos un servicio público eficiente en términos de salud y de satisfacción de los clientes, sirviendo como un instrumento formidable de cohesión social.

En definitiva, la contención del gasto con la eliminación de lo innecesario se está desarrollando en un país que está apostando por una cultura clínica firmemente orientada hacia la calidad, con profesionales altamente cualificados y entrenados en la metodología científica de la decisión clínica, donde el progreso de la investigación y la

cultura de rigor que esta irradia son garantías de que la calidad de la atención a los pacientes está asegurada.

En Andalucía, el Plan de Calidad de la Consejería de Salud ³¹, que se define como: el marco político estratégico concebido para dar una respuesta Sanitaria Integral, de Calidad y Satisfactoria a las necesidades del ciudadano, como centro del Sistema Sanitario Público, sitúa a este como eje central del Sistema Sanitario Publico de Andalucía (SSPA) e incorpora una concepción integral del concepto de calidad, enfocándola sobre el proceso asistencial ^{26, 27} y la gestión clínica, influyendo de forma positiva en la actitud de los profesionales.

El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud ³², y el 3^{er} Plan Andaluz de Salud ³³ consideran la Gestión Clínica como una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos, entendiendo que son las Unidades Clínicas de Gestión el espacio organizativo donde esto puede desarrollarse.

Dentro de las nuevas formas de gestión (microgestión), el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud reconoce la importancia de la gestión clínica y de las UGC ³². Estas se configuran como un lugar de encuentro entre los ciudadanos y la organización, y se tienen que articular como referentes para toda la organización, estableciéndose las modificaciones necesarias que incidan en su correcto funcionamiento. Entre ellas están:

- 1) Un mayor grado de autonomía y responsabilidad dentro del actual régimen laboral de los profesionales, mejorando los sistemas de información para conseguir una mayor calidad y eficiencia.
- 2) Facilitando la integración de los profesionales -que actualmente mantienen una relación estatutaria- en los nuevos sistemas de las Unidades Clínicas.
- 3) En Atención Especializada, los Hospitales y Centros de Diagnóstico, se conciben como un conjunto de instalaciones, procedimientos, servicios de apoyo y asesoramiento para un grupo de Unidades que pueden mantener distintas formas de relación con el Centro. Cada una de las Unidades o "empresas" puede presentar una cuenta de resultados de la que dependerá su futuro o sus posibles adaptaciones

Ante esta nueva forma de gestión, se pretende analizar los resultados en un Servicio de Cirugía General, de un Hospital Comarcal –el Hospital San Agustín, de Linares- bajo dos prismas distintos:

- el convencional hasta ahora en la mayoría de los Servicios Clínicos, en el que la responsabilidad de la gestión recae en exclusiva sobre la Dirección (Modelo del bienio 2000-2001)
- el de las UGC, en el que todo el personal que constituye la Unidad, con un responsable de la misma, coparticipa en su desarrollo aceptando las parcelas encomendadas (Modelo del bienio 2002-2003), para constatar cual

de los dos sistemas es más eficiente bajo el parámetro coste/beneficio/resultados clínicos.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

3 HIPÓTESIS DEL TRABAJO

El modelo de gestión convencional hasta ahora de un Servicio Clínico, ha mostrado un cierto grado de eficacia. Los resultados estaban basados en las decisiones impuestas por el Director Gerente, que concedía escasa o nula participación a los integrantes del Servicio Clínico, los cuales adoptaban las líneas de trabajo que les parecían más acertadas, en función de su preparación y grado de responsabilidad ética, sin tener en cuenta el grado de rentabilidad del proceso (coste/beneficio) y sin incentivación en función del grado de obtención de aquellos objetivos que no habían tenido la posibilidad de pactar.

Un nuevo modelo, como el de las UGC. aporta un claro valor añadido a la mejora de la sanidad, basado en la eficiencia y la excelencia. La mejora de la gestión produce un impacto beneficioso en distintas áreas, como la calidad técnica y de servicio percibida por los pacientes, el diseño y organización de procesos asistenciales y de apoyo, la utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y económicos, así como la mejora de los sistemas de comunicación o información.

La Gestión Clínica, basada en las decisiones clínicas de los profesionales de la sanidad, es uno de los ejes fundamentales para lograr una gestión sanitaria de calidad. Por ese motivo la participación directa de los profesionales es un elemento crucial para una gestión eficaz y eficiente de las organizaciones sanitarias. La gestión clínica en su concepto más simple consiste en que el que realiza la práctica clínica también gestiona sus recursos en base a la configuración de unidades asistenciales de mayor o menor envergadura que constituyen una empresa o unidad de negocio.

La orientación del sistema sanitario hacia el proceso asistencial coloca al usuario en un papel protagonista no sólo como receptor de servicios sino como creador de opinión sobre algunos aspectos relacionados con los mismos. Incorporar al usuario a este tipo de funciones va a resultar muy difícil por la falta de tradición en este sentido.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido siempre una necesidad perseguida por los profesionales sanitarios, aunque exclusivamente de una manera intuitiva. La autoevaluación clínica es el análisis crítico y sistemático de la calidad de los cuidados médicos, incluyendo los procedimientos utilizados en el diagnóstico y en el tratamiento del uso de los recursos y los resultados clínicos, así como la calidad de vida resultante para el paciente ¹⁰⁷.

La autoevaluación de los resultados en función de unas variables establecidas, entre dos periodos bien definidos (dos bienios consecutivos con modelos distintos) debe conducirnos, en esta nueva etapa de Unidad de Gestión Clínica (UGC), a reportarnos bajo su planteamiento los siguientes **Objetivos principales**:

- Comparar el estudio de las variables económicas en cuanto al Gasto
- Comparar el número de ingresos programados y estancias
- Comparar el índice de ocupación
- Comparar el número de ingresos urgentes
- Comparar la actividad quirúrgica en general
- Comparar el índice de utilización de quirófanos y el de intervenciones suspendidas

- Comparar la actividad quirúrgica en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
- Comparar el índice de infecciones nosocomiales
- Comparar el número de pacientes en lista de espera
- Comparar el número de días en lista de espera

Todo ello para medir en definitiva el grado de eficiencia y calidad suministrada y percibida, a base de:

- a) Mejores índices de calidad
- b) Mas confort a los pacientes
- c) Menor coste

Nuestro trabajo se encamina a constatar estos enunciados

MATERIAL Y MÉTODO

4 MATERIAL Y MÉTODO

4.1 MATERIAL

4.1.1 Introducción del desarrollo.

Vamos a exponer las bases del material en el que se ha fundamentado nuestro estudio, con carácter general (Área Poblacional), y específico (Pacientes del Centro).

4.1.2 Área Poblacional

El Área Hospitalaria Norte de la Provincia de Jaén, dentro de lo que supone un ámbito comarcal ¹⁰⁸, da cobertura de asistencia especializada al Distrito Sanitario de Linares. Comprende una superficie total de 3.020, 80 Km² que se extiende por la zona norte de la provincia de Jaén y engloba un total de 18 municipios (26 núcleos de población) ¹⁰⁹, con una población total a 1 de Enero de 2003, de 129.835 habitantes ¹¹⁰ y cuya evolución en los últimos años se detalla en la Tabla 4. Su densidad de población es de 42.98 habitantes por Km². El Hospital San Agustín es el único del Área.

La localización geográfica del Área Norte se refleja en la Fig. 2.



Figura 2. Comunidad Autónoma de Andalucía. Área Sanitaria Norte de Jaén

La accesibilidad al Hospital según el área de influencia se muestra en la Figura 3, cuyas cronas demuestran que el 84.88 % de la población tiene el Hospital a menos de 30 minutos, el 11.22 % entre 30 y 60 minutos y solo el 3.9 % tiene el Hospital a más de una hora.

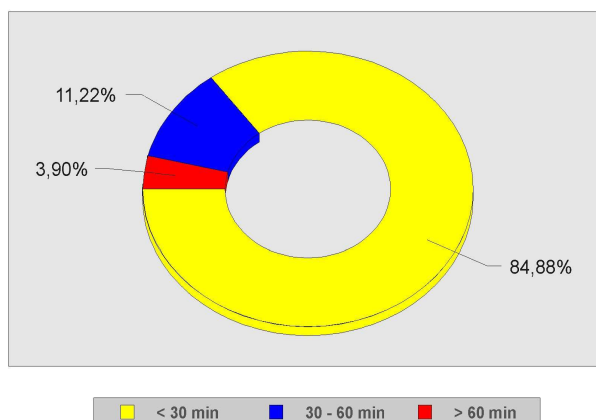


Figura 3. Accesibilidad al hospital

Año	Población del Área	Media bienio 2000-2001	Media bienio 2002-2003
2000	129.010		
2001	128.879	128.944,5	
2002	128.536		
2003	129.835		129.185,5

Tabla 4.- Población del Área Norte de Jaén en los bienios del estudio, desglosada por años

La distribución por géneros es: mujeres 50.5% (65.567) y hombres 49.5 % (64.268)

La asistencia especializada del Área Norte de Jaén queda cubierta por el Hospital General Básico San Agustín de Linares y el Centro Periférico de Especialidades Virgen de Linarejos, de Linares, y el de La Carolina, dando cobertura especializada al Distrito Sanitario de Linares. (Fig. 4)



Figura 4.- Área Hospitalaria Norte de Jaén / Distrito Sanitario de Linares

El Hospital San Agustín, de Linares, está instalado sobre un solar urbanizado de unos 38.901 metros cuadrados en los que el edificio principal ocupa 3.468 metros cuadrados y las instalaciones exteriores 2.785 metros cuadrados. El Hospital es estructuralmente monobloque con una altura de siete plantas en un ala y seis en la otra, además de la planta baja y la planta semisótano teniendo una superficie construida de 19.063 metros cuadrados ¹⁰⁹.



El Área de Hospitalización posee **250 camas** distribuidas en siete plantas de hospitalización en un solo edificio.

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de nuestro Hospital viene funcionando desde 1980.

La UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo se creó en Enero de 2002, dentro del propio Servicio.

Sus recursos humanos en el periodo de su estudio (bienios 2000-2001 y 2002-2003), han sido los mismos, así como los recursos materiales de infraestructura, analizándose las variaciones en el tiempo descrito y el producto en el apartado Resultados.

4.1.3 Parámetros a estudiar.

Dado que la UGC lleva funcionando desde Enero de 2002, vamos a analizar los resultados obtenidos durante el bienio 2002-2003, comparativamente con el bienio precedente 2000-2001 durante el cual, el Servicio de Cirugía funcionaba sin ese modelo de Gestión.

El volumen de enfermos asistidos en el Hospital durante el bienio 2000-2001 fue de 489.072, y en 2002-2003 fue 503.480.

El volumen de enfermos asistidos en el Servicio / UGC durante el bienio 2000-2001 fue de 16.336, y en 2002-2003 fue 17.137.

4.1.4 Material informático utilizado

Para el procesamiento de los datos se ha contado con un ordenador Hewlett-Packard PC compatible con un procesador Pentium IV a 1200 Megahertzios, bajo Windows XP Professional. Se generó una base de datos mediante un fichero de Microsoft Access del paquete Microsoft Office 2003 para las **63** variables estudiadas. El texto y las distintas figuras y tablas se han realizado con Microsoft Word y Microsoft Excel 2003.

4.2 MÉTODO

Se han seleccionado las variables obtenidas de los datos suministrados por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital, así como por la Unidad de Contratación Administrativa y Gestoría del Usuario, durante los dos bienios objeto del estudio (2000-2001 y 2002-2003), y se han introducido en una base de datos para su posterior tratamiento analítico/estadístico.

4.2.1 En relación a las Historias Clínicas:

El **Nº total de procesos ingresados, (del Hospital)** en esos periodos, desagregados por GRDs ha sido:

Bienio 2000-2001: 20.298, desagregados en 506 GRDs

Bienio 2002-2003: 21.575, desagregados en 550 GRDs

El **Nº total de procesos ingresados en el Servicio de Cirugía / UGC**, desagregados por GRDs ha sido:

Bienio 2000-2001: 2.494, desagregados en 115 GRDs

Bienio 2002-2003: 2.398, desagregados en 111 GRDs

4.2.2 En relación a las Intervenciones Quirúrgicas

Nº total de intervenciones quirúrgicas en el Hospital:

Bienio 2000-2001: **12.742**

Bienio 2002-2003: **14.277**

Nº total de intervenciones quirúrgicas en el Servicio de Cirugía /

UGC:

Bienio 2000-2001: **3.597**

Bienio 2002-2003: **3.982**

El Nº total de intervenciones quirúrgicas Urgentes y Programadas con ingreso, en el Hospital:

Bienio 2000-2001: 6.381, desagregadas en 210 GRDs

Bienio 2002-2003: 6.352, desagregadas en 199 GRDs (DISMINUCIÓN DEL 0,46 %)

Nº de intervenciones quirúrgicas con CMA en el Hospital:

Bienio 2000-2001: 2.286, desagregadas en 61 GRDs

Bienio 2002-2003: 3.061, desagregadas en 60 GRDs (CRECIMIENTO DEL 33,9 %)

Nº de intervenciones quirúrgicas, Urgentes y Programadas con ingreso en el Servicio de Cirugía / UGC:

Bienio 2000-2001: 2.143, desagregadas en 95 GRDs

Bienio 2002-2003: 1.942, desagregadas en 87 GRDs (DISMINUCIÓN DEL 9,38 %)

Nº de intervenciones quirúrgicas con CMA en el Servicio de Cirugía / UGC:

Bienio 2000-2001: 122, desagregadas en 12 GRDs

Bienio 2002-2003: 538, desagregadas en 20 GRDs (AUMENTO DEL 341 %)

4.2.3 Análisis descriptivo/estadístico.

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo, de cohortes/unidades muestrales, de coste-efectividad, entre los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital San Agustín, de Linares, durante los bienios 2000-2001 (unidad muestral de controles) y 2002-2003 (unidad muestral de casos) con diferentes formas de gestión en cada uno de ellos: sin y con UGC. Aunque hablemos de cohortes/unidades muestrales, se trata de una definición semántica (para comparar los del primer bienio –llamados “casos”, en los que no había una metodología de gestión definida, con los del segundo bienio –llamados “controles”, en los que existía la UGC), pero no con criterio estadístico stricto sensu, ya que propiamente habrá que hablar solo de unidades muestrales, puesto que se van a comparar todos los pacientes de un periodo con todos los del otro, y no existe un “tamaño de la muestra”, no pudiéndose realizar un

análisis estadístico convencional de significación –no tiene objeto- ya que la comparación de los resultados es suficientemente demostrativa a nivel descriptivo.

De cada año del estudio se recogieron los datos referentes a los recursos materiales no infraestructurales y económicos (los recursos materiales de infraestructura y los humanos han sido los mismos), así como los datos asistenciales más relevantes. A continuación se procesaron los mismos y se realizaron los pertinentes análisis.

En primer lugar realizamos la síntesis, clasificación y tabulación de la información, para pasar al estudio de las cohortes / unidades muestrales mediante un análisis descriptivo.

La base de datos con toda la información disponible fue creada mediante el programa Microsoft Access 2003. El tratamiento posterior de cara a la tabulación y la construcción de gráficos ilustrativos fue realizada mediante Microsoft Excel 2003.

4.2.4 Protocolo de recogida de datos

Las **63** variables recogidas se refieren a datos sobre recursos económicos, asistenciales y materiales no estructurales, del Servicio / UGC, y se describen desglosadas en los distintos apartados (Tabla 5: a, b, c, d, e, f, g). Algunos datos complementarios globales del Hospital se correlacionarán en la Discusión :

Gasto Capítulo I Médicos
Gasto Capítulo I Enfermería
Gasto Capítulo II : Farmacia, fungibles, Prótesis
Total Gastos

Tabla 5a. Variables económicas del Servicio / UGC

Ingresos Totales
Ingresos programados
Ingresos Urgentes
Altas totales
Total estancias
Estancia media
Índice de gasto total por ingreso
Índice de gasto en farmacia por ingreso
Índice de gasto en fungibles por ingreso
Índice de gasto en prótesis por ingreso
Índice de gasto total por estancia
Índice de gasto en farmacia por estancia
Índice de gasto en fungibles por estancia
Índice de gasto en prótesis por estancia
Índice de ocupación
Índice de utilización de estancias (también está en Tabla 5g, Calidad)

Tabla 5b. Variables asistenciales del Servicio /UGC, en relación con las estancias/ingresos.

Total Urgencias
Urgencia no ingresadas
% Urgencias no ingresadas
Media de Urgencias/día del
Frecuentación Urgencias x 10000 habitantes
Presión de Urgencias
Frecuentación de hospitalización

Tabla 5c. Variables asistenciales del Servicio / UGC, en relación con las Urgencias

Total de intervenciones
Índice de gasto total por intervención
Intervenciones programadas con ingreso
Intervenciones programadas de CMA
Ahorro en estancias por CMA
Ahorro en € por CMA
Intervenciones urgentes
Cirugía ambulatoria excepto CMA
<i>Nº de horas anuales disponibles</i>
Nº horas anuales de Qº utilizadas
Índice de utilización de quirófanos
Índice de intervenciones suspendidas

Tabla 5d. Variables asistenciales , en relación con *Recursos Materiales y Actividad*

Quirúrgica del Servicio / UGC

Total de consultas
Total 1 ^{as} consultas
Índice primeras-sucesivas consultas
<i>Nº de horas de consulta disponibles</i>
Nº horas de consulta utilizadas
% de utilización de Consultas
Frecuentación de consultas

Tabla 5e. Variables asistenciales, en relación con *Recursos Materiales* y *Actividad* en Consultas del Servicio / UGC

Total de pacientes asistidos
Índice de gasto por paciente asistido
GRDs quirúrgicos totales (con ingreso + CMA)
Peso medio GRDs totales
GRDs quirúrgicos con ingreso
Peso medio GRDs quirúrgicos con ingreso
GRDs quirúrgicos CMA
Peso medio GRDs quirúrgicos CMA
Puntos GRD totales

Tabla 5f. Variables asistenciales, en relación con *Datos generales de Asistencia Hospitalaria*, en el Servicio / UGC.

Infecciones nosocomiales
% Exitus
% reingresos
Índice de utilización de estancias (también está en Tabla 5b, estancias)
Case Mix
Total altas codificadas
Pacientes en lista de espera
Días de lista de espera
Demora media de cirugía

Tabla 5g. Variables asistenciales del Servicio / UGC, en relación con la calidad/eficiencia.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Resultados demográficos

El Área Norte de la Provincia de Jaén y El Hospital Comarcal San Agustín.

Como ya se ha descrito parcialmente en Material y Métodos, el Área Hospitalaria Norte de la Provincia de Jaén, da cobertura de asistencia especializada al Distrito Sanitario de Linares. Comprende una superficie total de 3.020, 80 Km² que se extiende por la zona norte de la provincia de Jaén y engloba un total de 26 núcleos de población¹⁰⁹. El Hospital San Agustín es el único del Área.

Los 18 municipios que integran el área (26 núcleos de población) se agrupan en un total de seis Centros de Salud y 22 Consultorios que presentan cifras poblacionales muy similares. Las mayores poblaciones corresponden a Linares (59.096 habitantes), Bailén (17.966 h.), La Carolina (15.573 h.), Navas de San Juan (5.086 h.), Vilches (4.946h.) y Santisteban del Puerto (4.787 h.)¹⁰⁹

El resto de las poblaciones que componen el distrito son: Aldeaquemada (539), Arquillos (1.962), Baños de la Encina (2.734), Carboneros (691), Castellar (3.737), Chiclana de Segura (1.249), Guarromán (2.896), Jabalquinto (2.420), Montizón (1.999), Santa Elena (1.004), Sorihuela del Guadalimar (1.256) y Torreblascopedro (2.803), que presentan cifras poblacionales inferiores.

Pirámide de población.

El Área Hospitalaria Norte de Jaén / Distrito Sanitario de Linares, tenía una población de 129.835 habitantes ¹⁰⁹ y una densidad de población de 42.98 habitantes por kilómetro cuadrado en 2003. (Figura 4). Cifras que suministra el Instituto de Estadística de Andalucía ¹¹⁰, a 1 de Enero de 2003, en su página web :

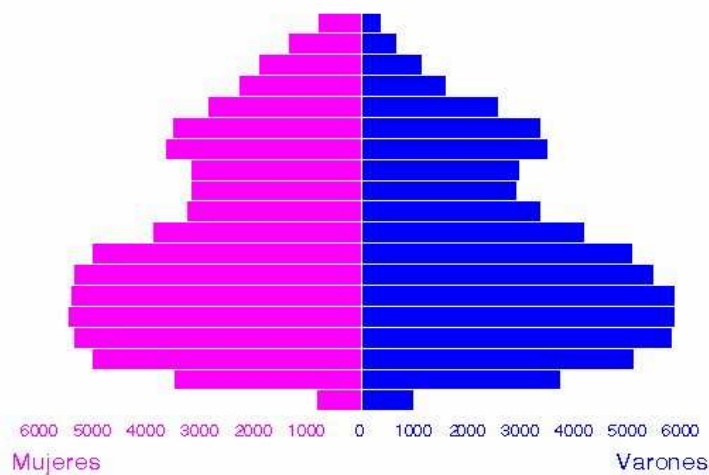
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/padron/fich/2003/pobMuns2003.xls>

La evolución de la población del Área en los bienios del estudio se refleja en la Tabla 4

Los datos correspondientes a la pirámide poblacional del Área Norte se resumen en la Tabla 6 y en la Figura 5. La población de 65 años y más supone el 11.94% del total, mientras que los menores de 15 años representan el 23.28%.

Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
< 1 año	994	1.54	837	1.27	1.831	1,41
1 – 14 años	14.581	22,68	13.822	21.08	28.403	21,87
15 – 65 años	42.366	65,92	41.727	63.63	84.093	64,76
> 65 años	6.327	9,84	9.181	14.00	15.508	11,94
Total Área	64.268	49,50	65.567	50,50	129.835	

Tabla 6. Distribución de la población por grandes grupos de edad y género. 2003



Grupos de Edad			
1 = < 1 año	6 = 20 – 24 años	11 = 45 - 49 años	16 = 70 – 74 años
2 = 1 - 4 años	7 = 25 – 29 años	12 = 50 - 54 años	17 = 75 – 79 años
3 = 5 - 9 años	8 = 30 – 34 años	13 = 55 - 59 años	18 = 80 – 84 años
4 = 10 - 14 años	9 = 35- 39 años	14 = 60 - 64 años	19 = > 85 años
5 = 15 - 19 años	10 = 40 - 44 años	15 = 65 - 69 años	

Fig. 5. Pirámide de la población global por edad y género

5.2 Resultados estructurales, humanos y económicos del Hospital

Ampliando lo descrito en Material y Métodos:

El Área de Hospitalización posee **250 camas** distribuidas en siete plantas de hospitalización en un solo edificio.

El Área de Urgencias dispone de

- 5 Consultas de Urgencias
- 8 Camas de observación
- 2 Salas de Urgencias (RCP y Traumatología)

El Área Quirúrgica:

- 5 Quirófanos programados
- 1 Urgentes
- 1 Cirugía Ambulatoria

El Área de Consultas Externas :

- 18 Salas de Consultas en Hospital
- 11 Salas de Consultas en Centro Periférico de Especialidades

El Área de Obstetricia : 2 Paritorios

Tecnologías Diagnósticas

- 4 Salas de Radiología Convencional
- 2 Telemandos
- 2 Ecógrafos en Radiodiagnóstico
- 1 Mamógrafo con esterotaxia

- 1 TAC helicoidal
- Laboratorio de Análisis Clínicos
- Laboratorio de Anatomía Patológica

Los Servicios Asistenciales con los que cuenta el Hospital se describen en la Tabla 7.

Cirugía General y del Ap. Dig.	Urología	Anat. Patológica
Traumatología y Cir. Ortopédica	Ginecología y Obstetricia	Med. Preventiva
Medicina Interna	Pediatría	Farmacia Hosp.
Cardiología	Rehabilitación	Neurofisiología
Neumología	Anestesia y Reanimación	Nutrición
Digestivo	Cuidados Intensivos y Urg.	Documentación
ORL	Radiodiagnóstico	Dermatología
Oftalmología	Análisis Clínicos/Microb.	Hematología

Tabla 7. Servicios Asistenciales

Sus Recursos Humanos se esquematizan en la Tabla 8 y los Recursos Económicos en la Tabla 9.

<i>Personal</i>	2000	2001	2002	2003	Media 2000-2001	Media 2002-2003
Directivos	4	4	4	4	4	4
Médicos	114	114	116	121	114	118,5
MIR	18	19	18	18	18,5	18
Enfermería	478	479	478	476	478,5	477
EconAdmvo./ServGenerales	259	259	260	260	259	260
Total	873	872	875	879	872,5	877

Tabla 8. Recursos Humanos del Hospital durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003

Gasto (€)	2000	2001	2002	2003	Media / Total 2000-2001	Media / Total 2002-2003
Capítulo I	25.076.674	25.947.300	26.923.787	28.937.276	25.511.987 / 51.023.974	27.930.531,5 / 55.861.063
Capítulo II (Farm. +Fung. +Prótesis	7.315.258	7.480.240	9.344.256	8.898.470	7.397.749 / 14.795.498	9.121.363 / 18.242.726
Total Gastos	32.391.932	33.427.540	36.268.043	37.835.746	32.909.736 / 65.818.932	37.051.894,5 / 74.103.789

Tabla 9. Recursos Económicos del Hospital durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003

5.3 Resultados estructurales, humanos, económicos y asistenciales del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y la UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de nuestro Hospital viene funcionando desde 1980.

La UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo se creó en Enero de 2002, dentro del propio Servicio.

Sus recursos humanos en el periodo del estudio (bienios 2000-2001 y 2002-2003), han sido los mismos (Tabla 10), así como los recursos materiales de infraestructura (Tabla 11), analizándose las variaciones en el tiempo disponible y el producto.

JEFE DE SERVICIO	1
JEFE DE SECCIÓN	1
MÉDICOS ADJUNTOS DE CIRUGÍA (+ 1 liberado sindical)	5
ATS	13
AUXILIARES DE CLÍNICA	8
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	1
CELADORES	1

Tabla 10. Recursos Humanos del Servicio de Cirugía / UGC (durante los dos bienios)

Nº DE CAMAS	29
Nº DE QUIRÓFANOS SEMANALES (MEDIA) ANESTESIA GRAL. Y LOCAL	6
Nº DE CONSULTAS SEMANALES	5
DESPACHOS / SALA DE REUNIONES/ SECRETARÍA	3
EQUIPAMIENTO CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA BÁSICA	1
EQUIPOS INFORMÁTICOS EN RED	4

Tabla 11. Recursos materiales estructurales del Servicio de Cirugía / UGC (durante los dos bienios)

En cuanto a los Parámetros que se van a estudiar en relación a los Resultados, dado que la UGC lleva funcionando desde Enero de 2002, vamos a analizar los obtenidos durante el bienio 2002-2003, comparativamente con el bienio precedente 2000-2001 durante el cual, el Servicio de Cirugía funcionaba sin ese modelo de Gestión.

El volumen de enfermos asistidos en el Hospital durante el bienio 2000-2001 fue de 489.072, y en 2002-2003 fue 503.480 (Tabla 12).

Pacientes asistidos	Bienio 2000-2001	Bienio 2002-2003
<i>Ingresos totales</i>	20.730	21.623
<i>Urgencias no ingresadas</i>	130.414	138.790
<i>CMA</i>	2.286	3.061
<i>Cma</i>	3.924	4.737
<i>Consultas externas</i>	331.906	335.259
TOTAL	489.260	503.470

Tabla 12 . Pacientes asistidos en el Hospital durante los bienios 2000-2001 y 2001-2002.

5.3.1 En relación con las Variables Económicas:

En la Tabla 13 podemos observar el *Gasto en Capítulo I de los Médicos del Servicio* en los dos bienios objeto del estudio, así como individualizados por los años correspondientes, apreciándose un aumento del 8,8 % en el segundo bienio (Fig. 6).

En la Tabla 14 se describe el *Gasto en Capítulo I de la Enfermería /Auxiliares de Clínica del Servicio*, que se traduce en un aumento del 2 % en el segundo bienio (Fig. 7).

En cuanto al *Gasto en Capítulo II del Servicio* se aprecia una disminución del 1,5 % de forma global (Tabla 15 y Fig.8), comprobándose en el desglose que, en *Farmacia* (Tabla 16 y Fig. 9) aumentó el 13,06 %, en *Fungibles* (Tabla 17 y Fig. 10) disminuyó un 6,43 %, y en *Prótesis* (Tabla 18 y Fig. 11) también disminuyó hasta el 45,80 %.

Otros gastos (Capítulo I económico-administrativo, subalterno, interconsumos excepto Farmacia, ...): en el primer bienio 77.885,5 € y en el segundo 84.331,8 € .

El *Gasto Total del Servicio* en los periodos estudiados se resume en la Tabla 19 y Figura 12, apreciándose un aumento en el segundo bienio del 4,25 %.

Al mostrar los resultados asistenciales en relación con las estancias/ingresos y con la actividad quirúrgica se describirán también otros relacionándolos con la gestión económica.

Gasto Capítulo I Médicos del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	563275	569956	1139912
	2001	576637		
2002-2003	2002	608326	620492,5	1240985
	2003	632659		

Tabla 13

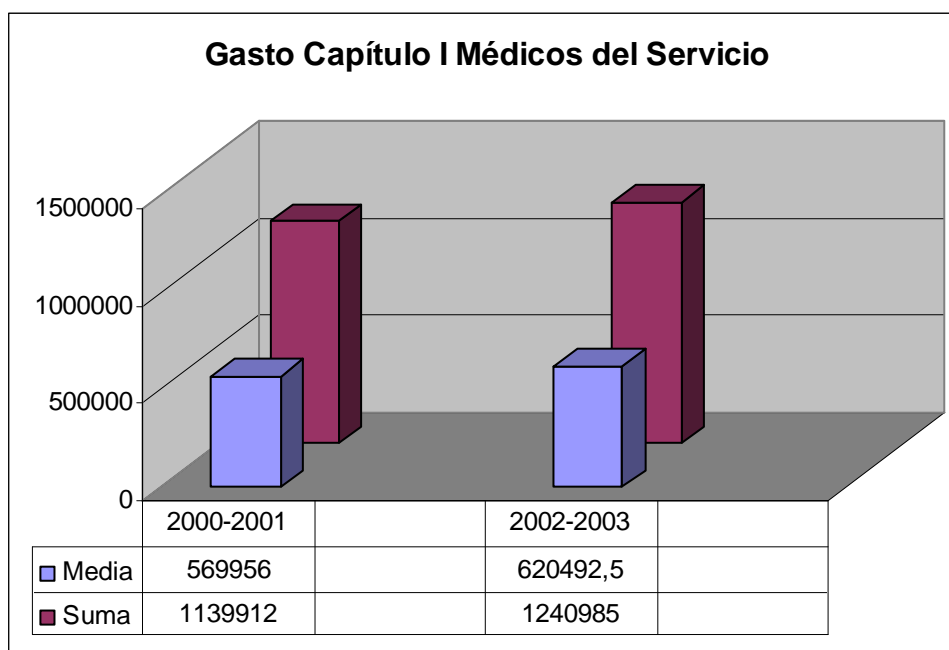


Figura 6

Gasto Capítulo I Enfermería del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	516374	488736	977472
	2001	461098		
2002-2003	2002	488712	498486,5	996973
	2003	508261		

Tabla 14

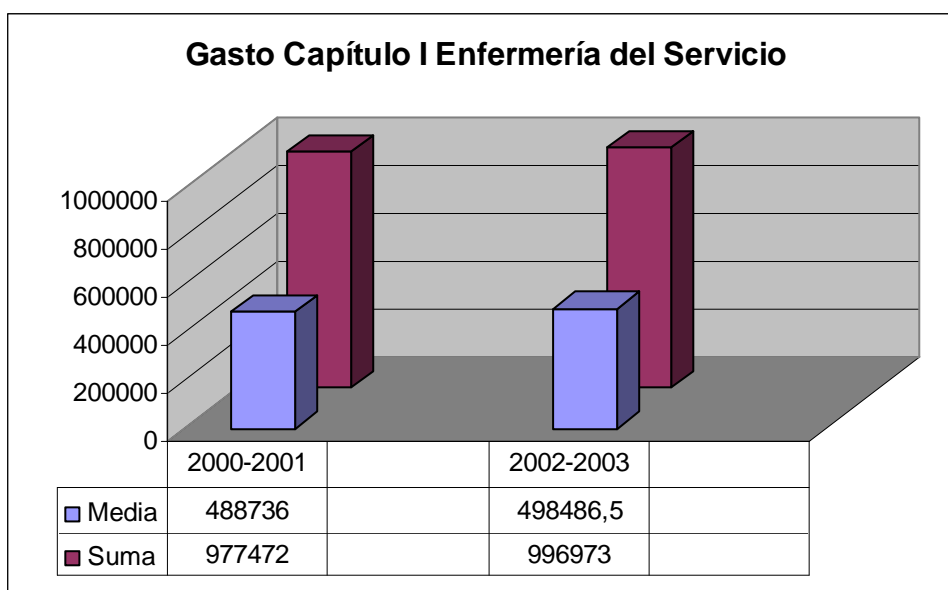


Figura 7

Gasto Capítulo II Servicio: Farm + fung + prot				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	279960,9	294437,2	588874,5
	2001	308913,6		
2002-2003	2002	271067,6	290109,1	580218,2
	2003	309150,6		

Tabla 15

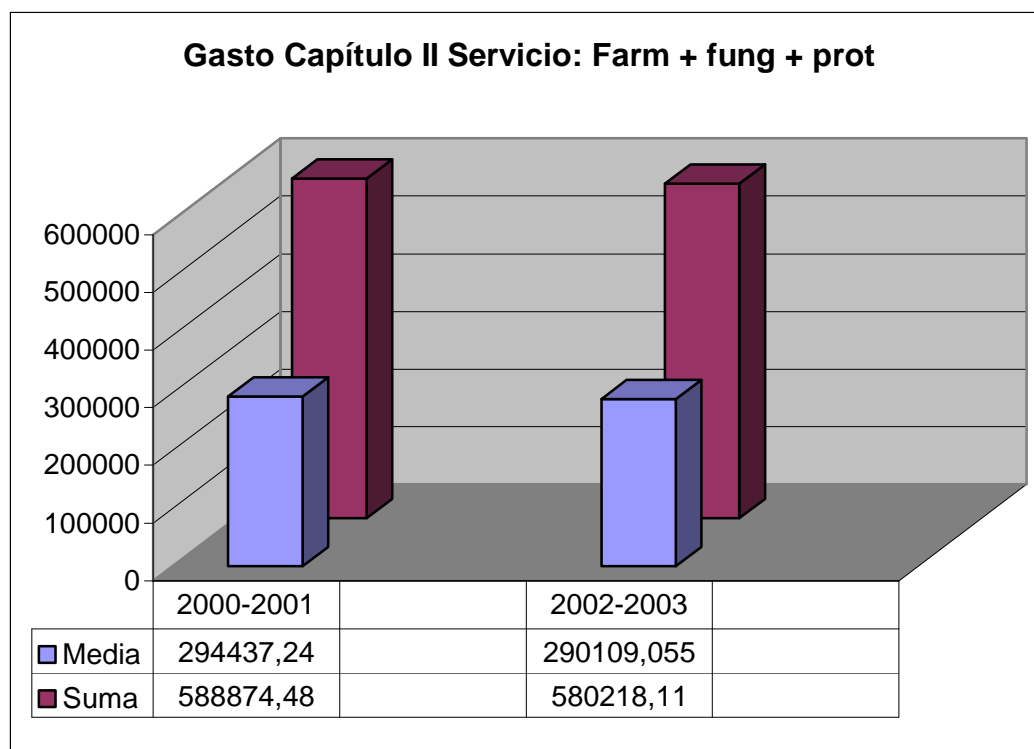


Figura 8

Gasto Capítulo II Servicio: Farmacia				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	111027,1	108687,1	217374,2
	2001	106347,1		
2002-2003	2002	101949,6	122887,5	245775
	2003	143825,4		

Tabla 16

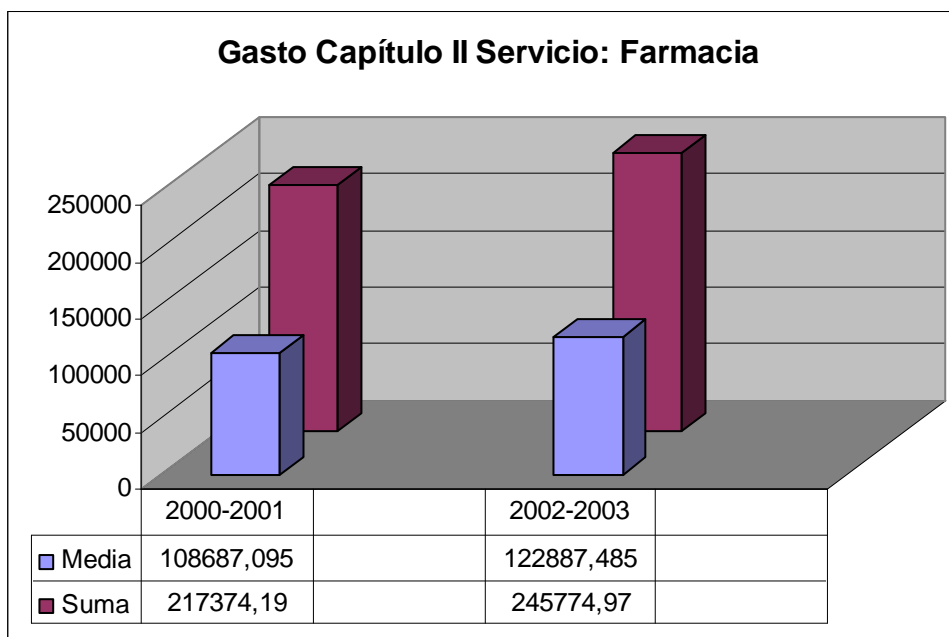


Figura 9

Gasto Capítulo II Servicio: Fungibles				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	145688,5	163328,1	326656,2
	2001	180967,7		
2002-2003	2002	154565	152838,4	305676,9
	2003	151111,9		

Tabla 17

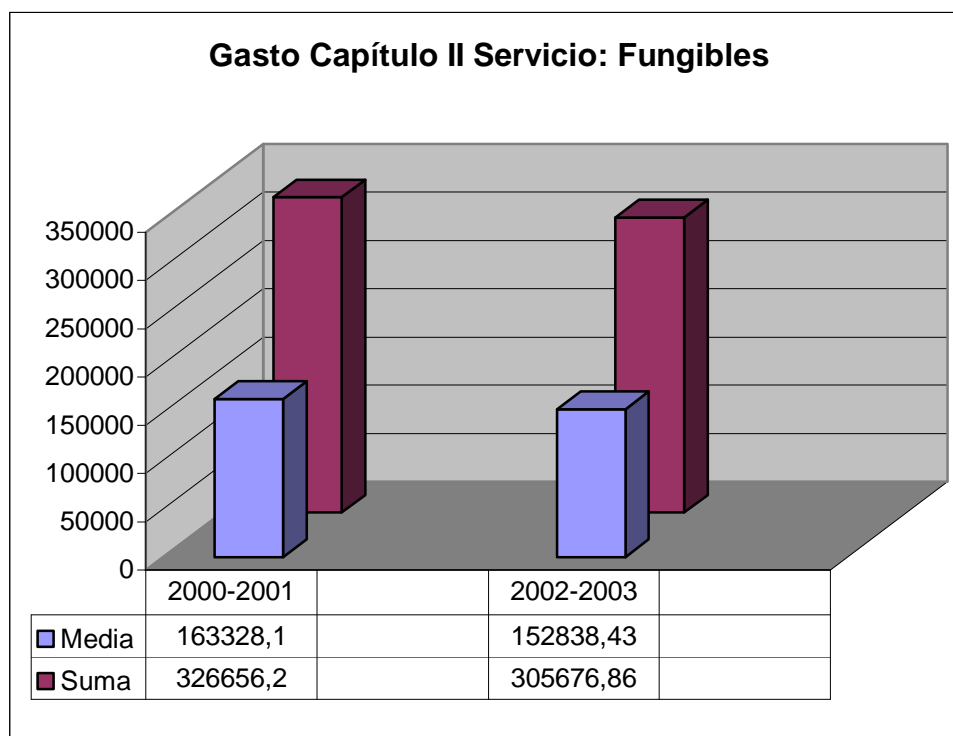


Figura 10

Gasto Capítulo II Servicio: Prótesis				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	23245,33	22422,03	44844,05
	2001	21598,72		
2002-2003	2002	14552,99	14383,14	28766,28
	2003	14213,29		

Tabla 18

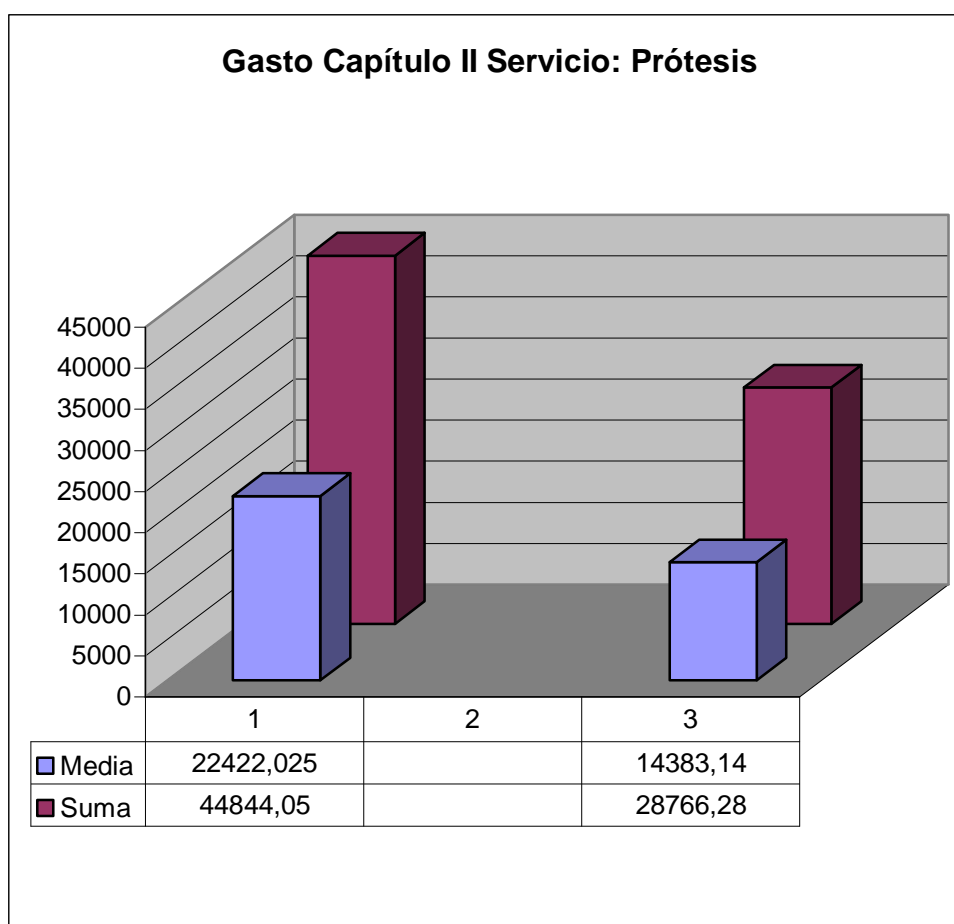


Figura 11

Total Gastos del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1397942	1392072	2784144
	2001	1386202		
2002-2003	2002	1409440	1451254	2902508
	2003	1493069		

Tabla 19

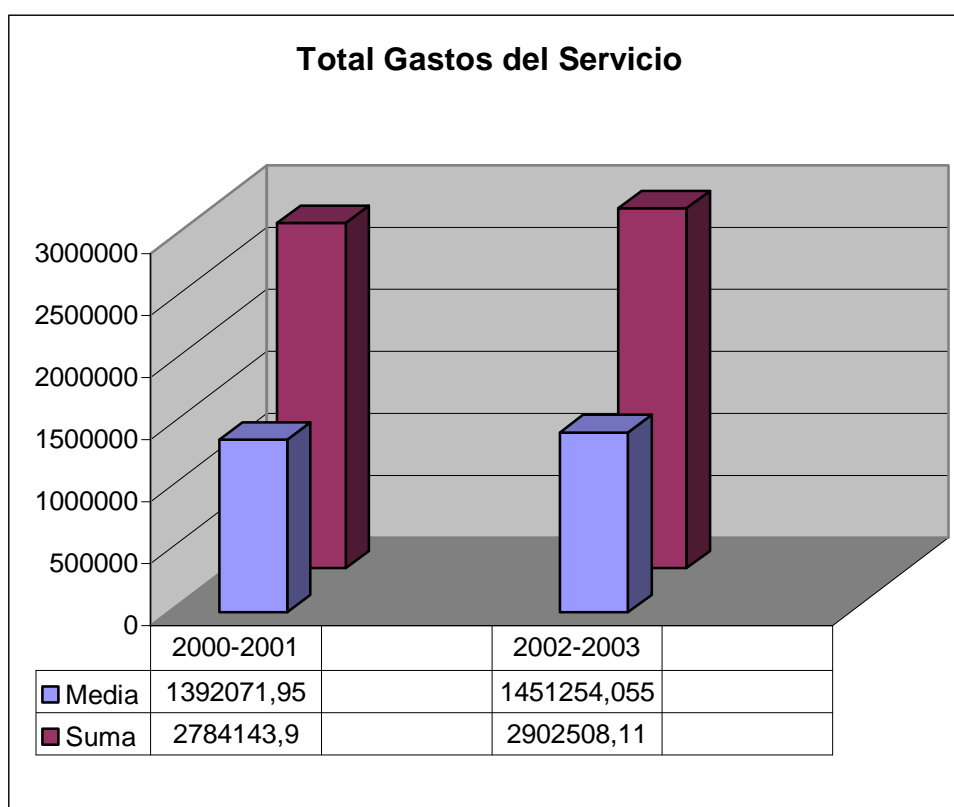


Figura 12

5.3.2 En relación con las Variables asistenciales sobre Ingresos / Estancias.

En la Tabla 20 y Fig. 13 se recogen los *Ingresos Totales*, apreciándose un notable descenso en el segundo bienio, y especialmente si se correlaciona el segundo año del primer bienio con el mismo del segundo bienio (4,25 % y 9,26 % respectivamente)

En el mismo sentido se muestra el descenso de *Ingresos Programados* del Servicio en el segundo periodo (10,26 %) (Tabla 21 y Fig. 14), apreciándose un discreto aumento en los *Urgentes* (3,83 %) en la Tabla 22 y Fig. 15.

El número de Altas Totales ha pasado de 2534 en el bienio 2000-2001, a 2394 en el 2002-2003, con una reducción respecto al bienio precedente y especialmente si se correlaciona el segundo año del primer bienio con el mismo del segundo bienio (5,5 % y 10 % respectivamente) (Tabla 23, Fig. 16)

El *Total de Estancias* se redujo de la misma forma (-7,81 %) (Tabla 24, Fig. 17), así como la *Estancia Media* (- 2,3 %) (Tabla 25, Fig. 18).

A continuación se describen una serie de inter-relaciones asistenciales-económicas, en base al *Índice del Gasto Total por Ingreso*, que globalmente aumenta un 8,95 % (Tabla 26, Fig. 19), apreciándose que es fundamentalmente el *gasto en farmacia* el que lo eleva (18 %), disminuyendo en lo concerniente a *fungibles* (-2,27 %)

y especialmente en *prótesis* (-33 %) (Tablas 27 - 29 y Fig. 20 - 22). Pero si hacemos el *Índice del Gasto Total por Ingreso + CMA*, nos muestra una *disminución del 7.04 %* (Tabla 26 bis, Fig. 19 bis); el *Índice de Gasto en Farmacia por Ingreso + CMA* pasa a + 0,81 % (Tabla 27 bis, Fig. 20 bis); el *Índice de Gasto en Fungibles por Ingreso + CMA* pasa a - 26,56 % (Tabla 28 bis, Fig. 21 bis), y el *Índice de Gasto en Prótesis por Ingreso + CMA* se reduce al - 42,81 % (Tabla 29 bis, Fig. 22 bis).

En este sentido, también se correlacionan el *Índice de Gasto Total por Estancia*, apreciándose un aumento del 13,07 % (Tabla 30, Fig. 23), constatándose que es el correspondiente a *Farmacia*, con el 22,67 % el responsable, ya que el apartado de *fungibles* solo sube un 1,49 %, y el de *prótesis* desciende un 30,5 % (Tablas 31 - 33, Fig. 24 - 26)

El *Índice de Ocupación del Servicio* muestra una disminución del 8,6 % en el segundo bienio (Tabla 34, Fig. 27).

El *Índice de Utilización de Estancias* ha aumentado un 7,96 % en el 2º bienio (Tabla 35, Fig. 28).

Ingresos Totales del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1237	1223,5	2447
	2001	1210		
2002-2003	2002	1245	1171,5	2343
	2003	1098		

Tabla 20

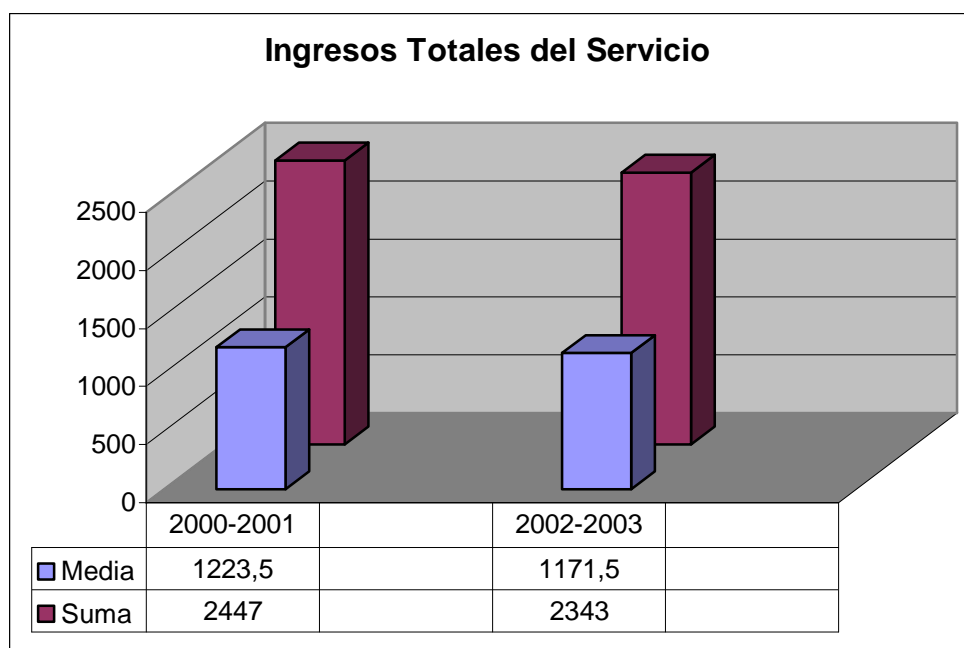


Figura 13

Ingresos Programados del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	713	702	1404
	2001	691		
2002-2003	2002	742	630	1260
	2003	518		

Tabla 21

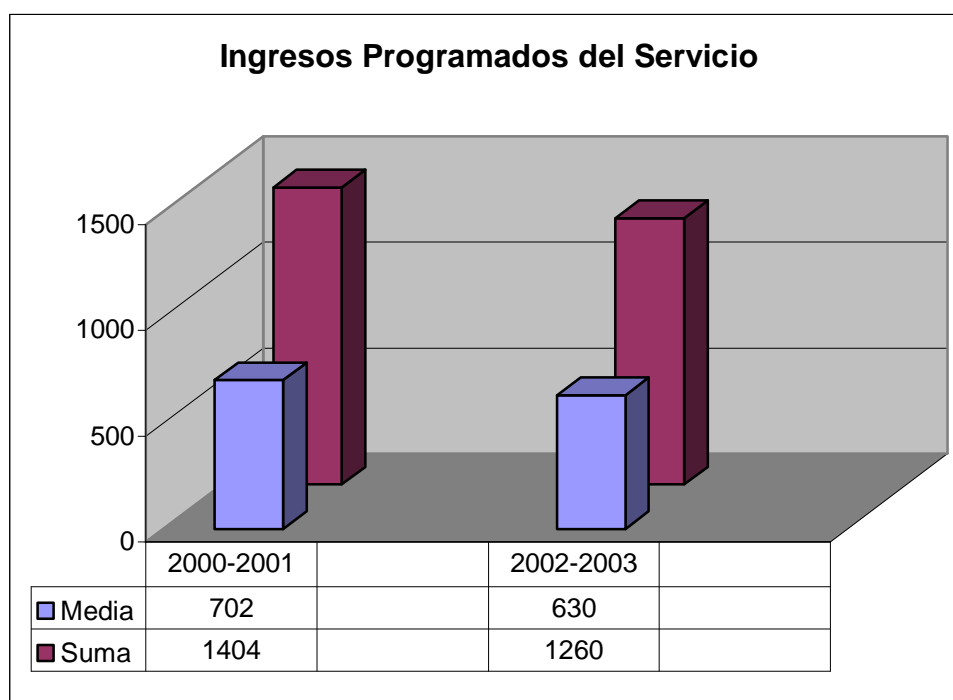


Figura 14

Ingresos Urgentes del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	524	521,5	1043
	2001	519		
2002-2003	2002	503	541,5	1083
	2003	580		

Tabla 22

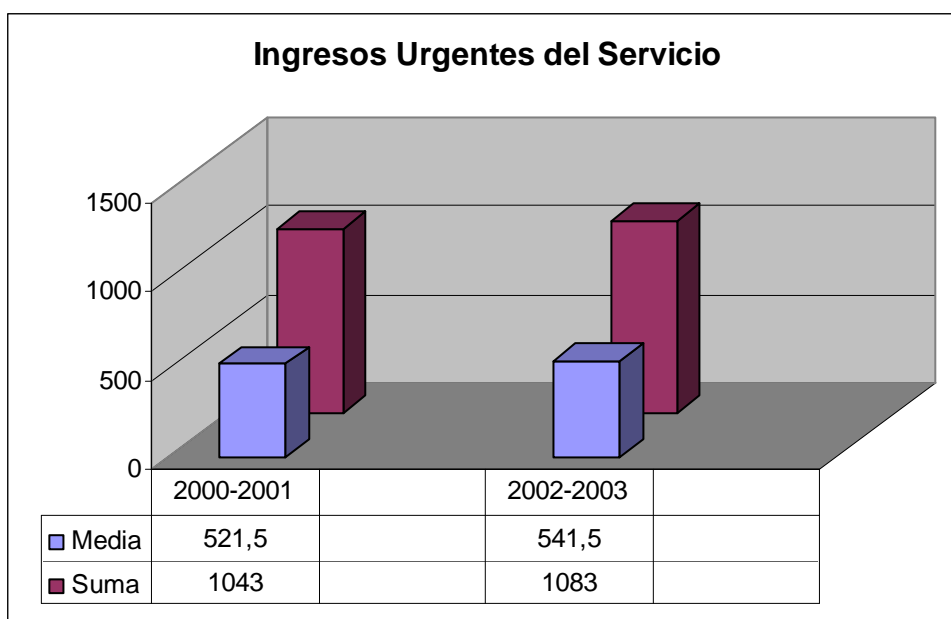


Figura 15

Altas Totales del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1289	1267	2534
	2001	1245		
2002-2003	2002	1260	1197	2394
	2003	1134		

Tabla 23

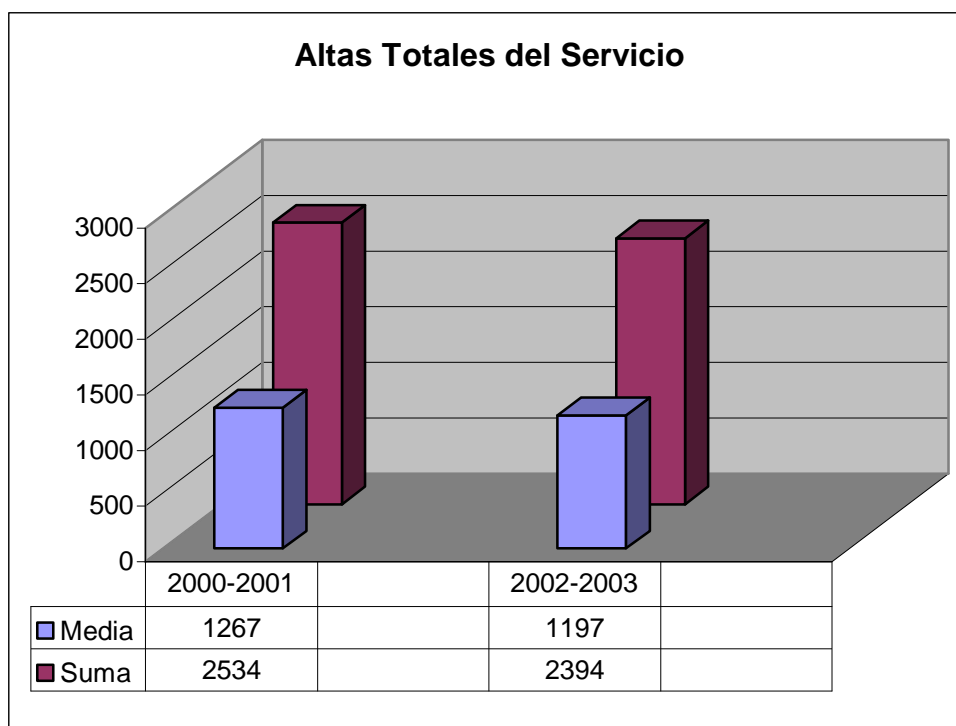


Figura 16

Total Estancias del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	5287	5298	10596
	2001	5309		
2002-2003	2002	4449	4884,5	9769
	2003	5320		

Tabla 24

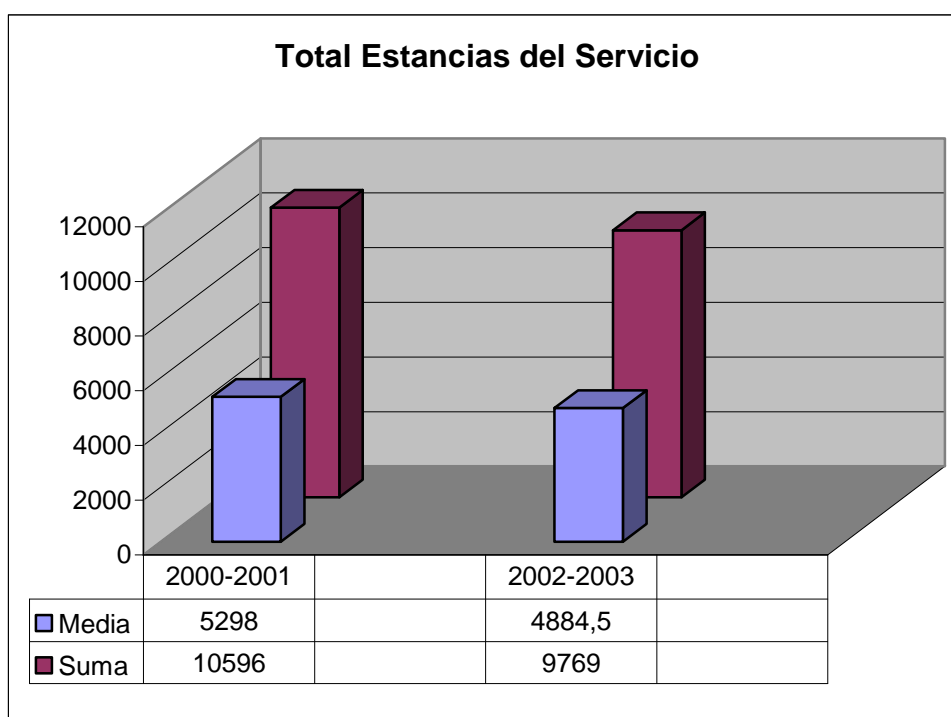


Figura 17

Estancia Media del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	3,96	4,03
	2001	4,1	
2002-2003	2002	3,38	3,94
	2003	4,5	

Tabla 25

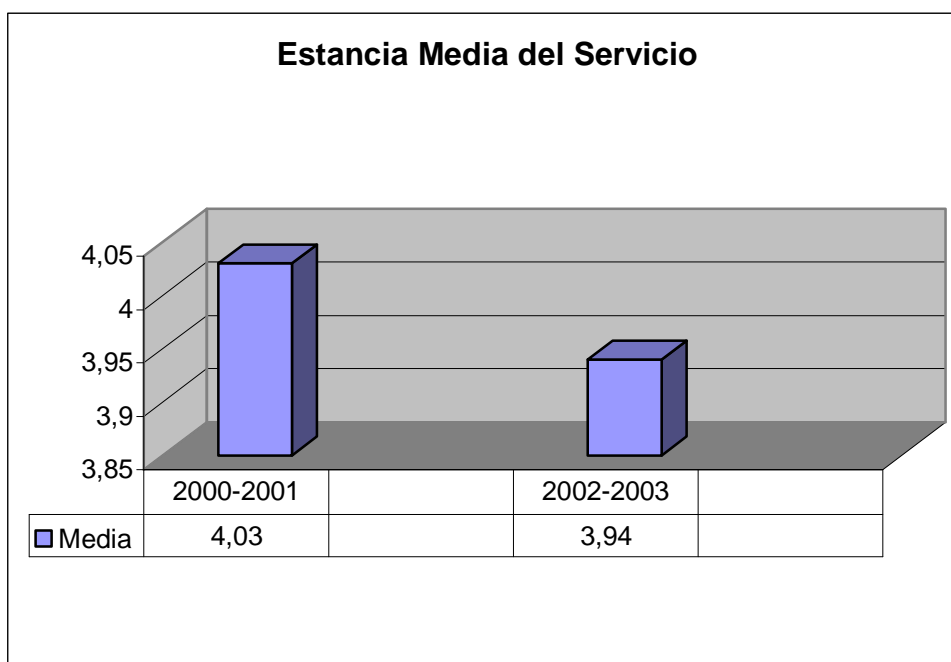


Figura 18

Índice de Gasto Total por Ingreso	
Bienio	euros x ingreso
2000-2001	1137,78
2002-2003	1238,80

Tabla 26

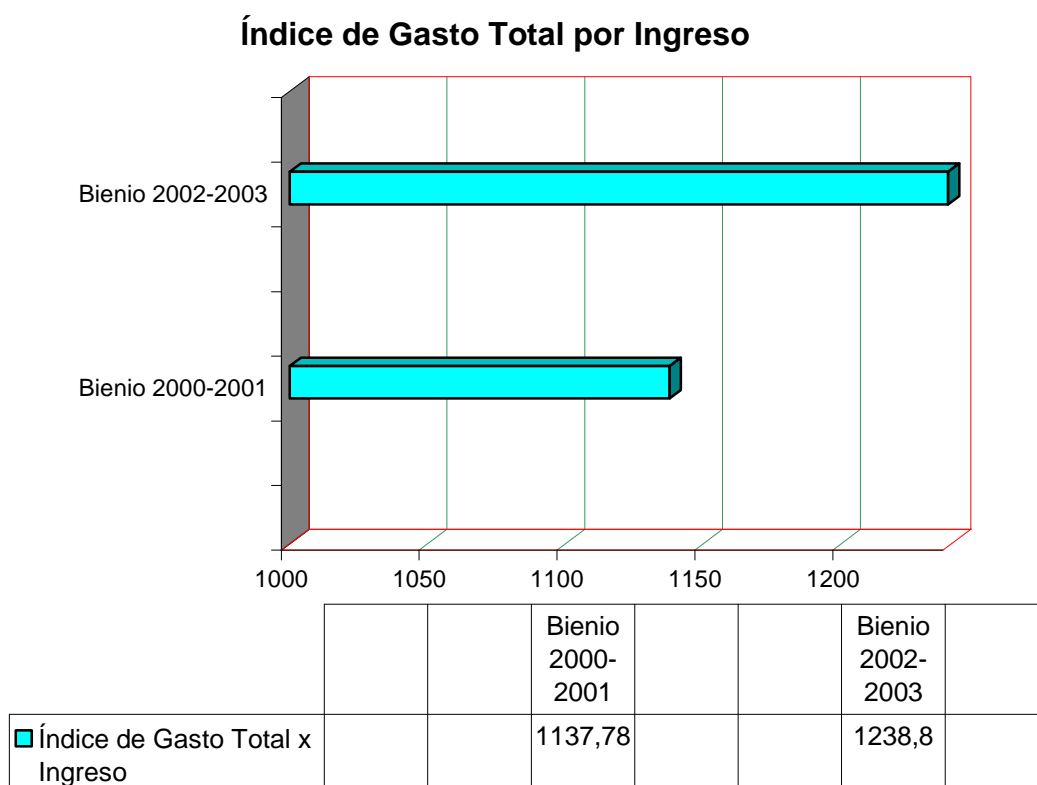


Fig. 19

Índice de Gasto Total por Ingreso + CMA	
Bienio	Euros x ingreso+ CMA
2000-2001	1.083,75
2002-2003	1.007,46

Tabla 26 bis

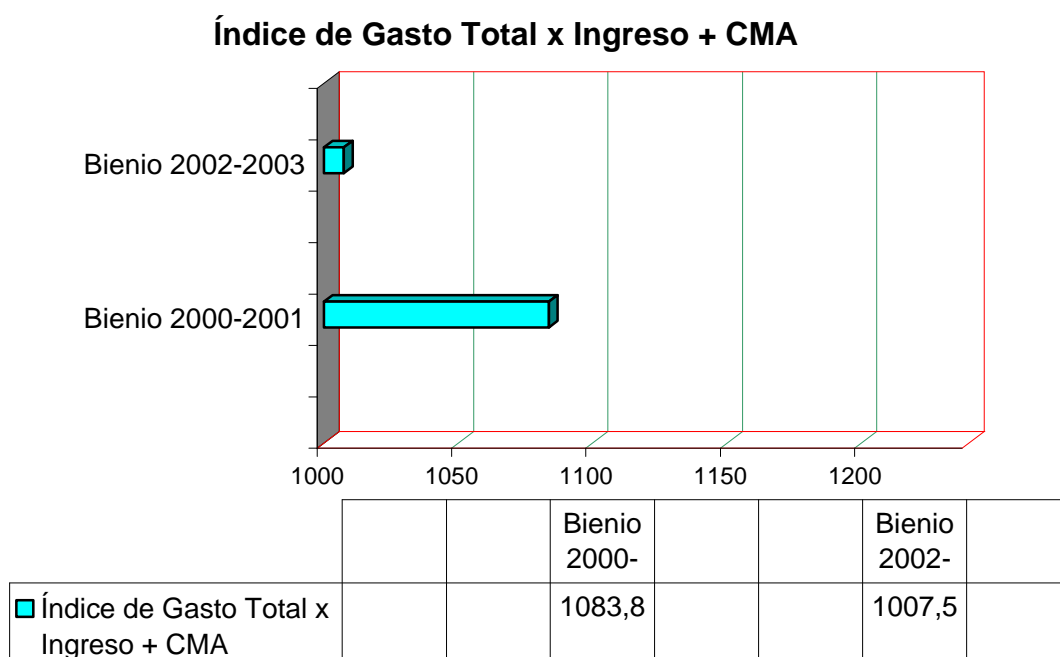


Fig. 19 bis

Índice de Gasto en Farmacia por Ingreso	
Bienio	Euros x Ingreso
2000-2001	88,83
2002-2003	104,90

Tabla 27

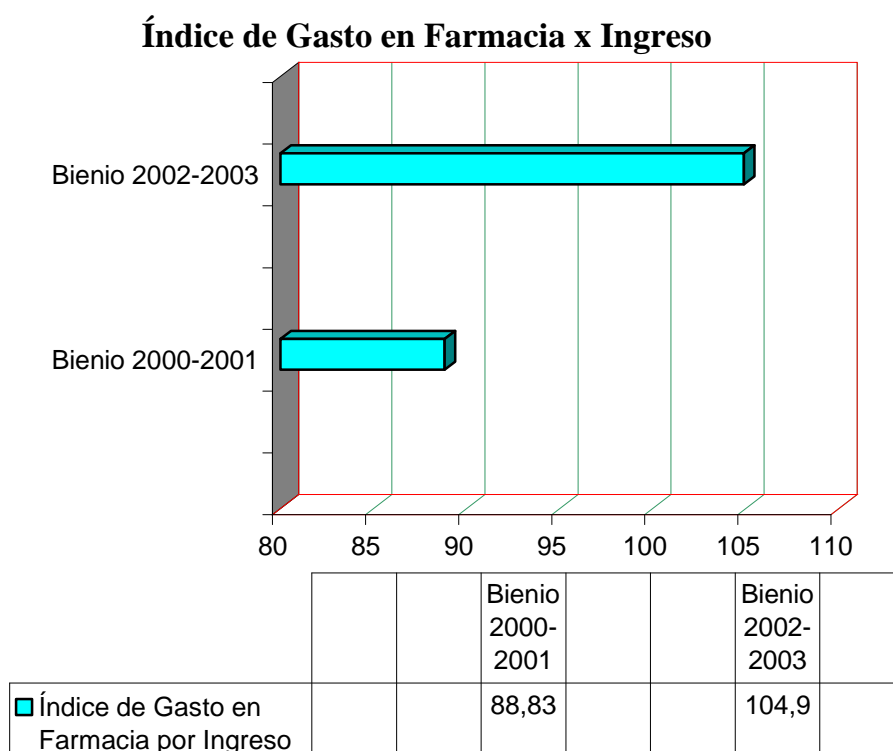


Figura 20

Índice de Gasto en Farmacia por Ingreso + CMA	
Bienio	Euros x Ingreso + CMA
2000-2001	84,61
2002-2003	85,30

Tabla 27 bis

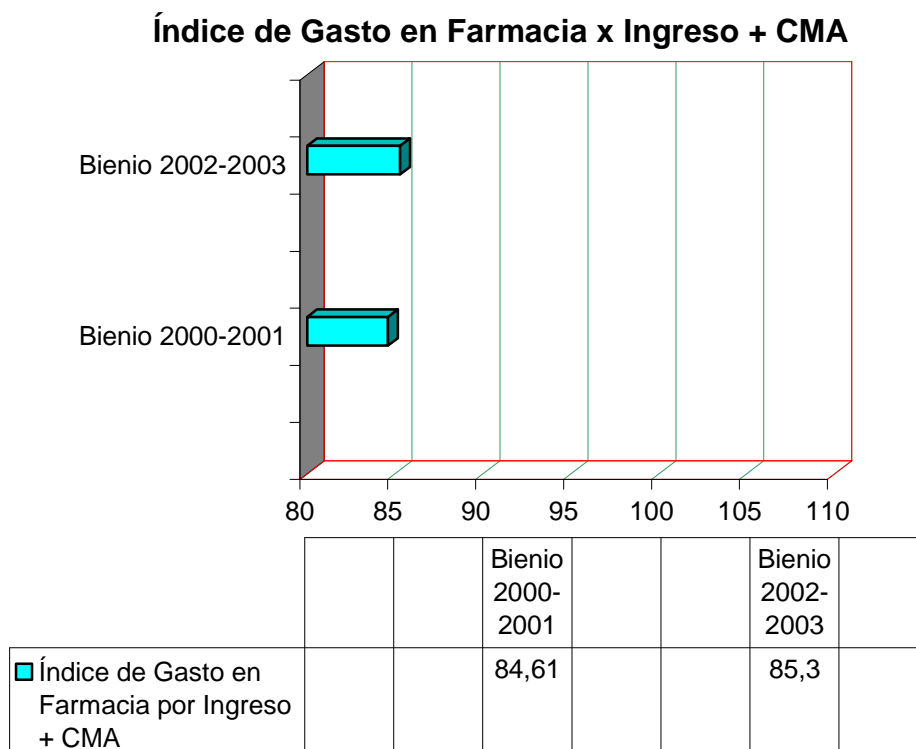


Fig. 20 bis

Índice de Gasto en Fungibles por Ingreso	
Bienio	Euros x Ingreso
2000-2001	133,49
2002-2003	130,46

Tabla 28

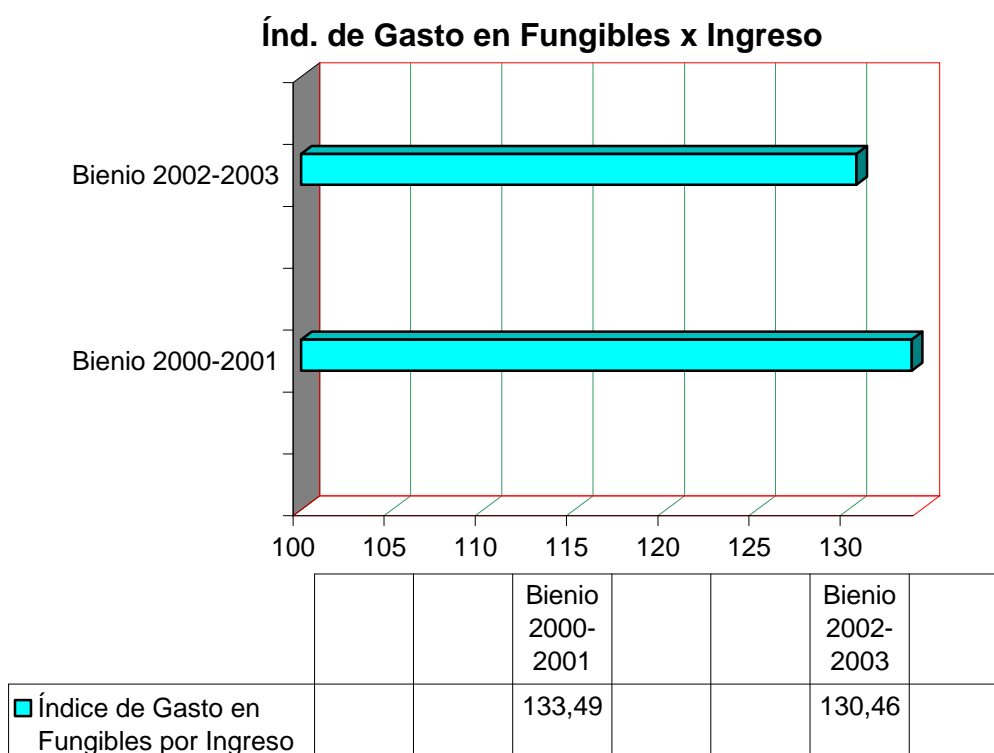


Figura 21

Índice de Gasto en Fungibles por Ingreso + CMA	
Bienio	Euros x Ingreso + CMA
2000-2001	127,15
2002-2003	106,10

Tabla 28 bis

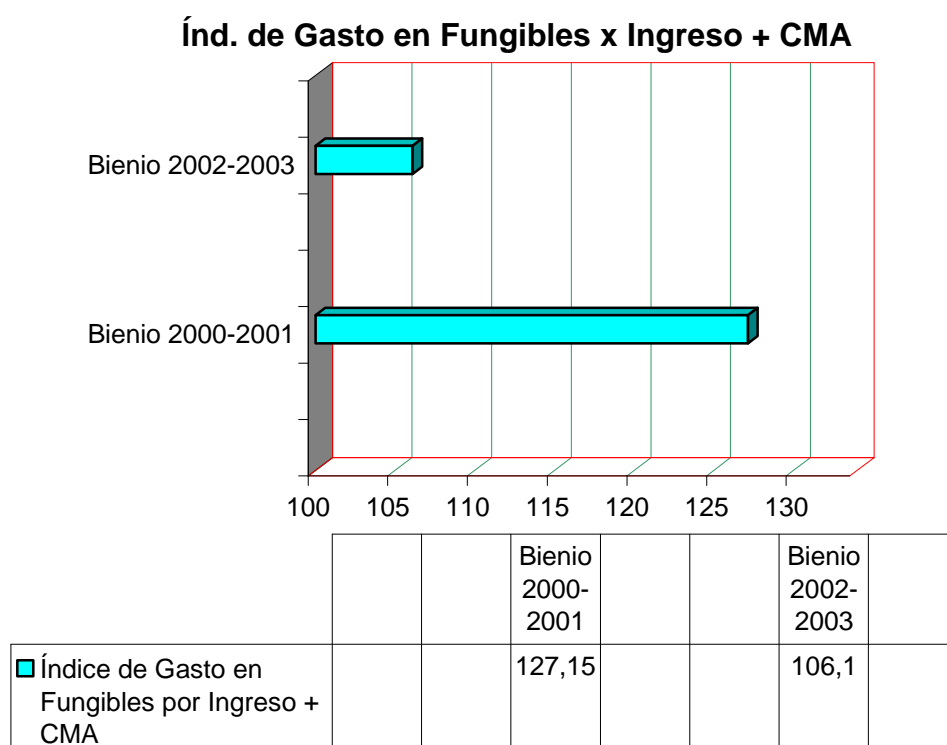


Fig. 21 bis

Índice de Gasto en Prótesis por ingreso	
Bienio	euros x ingreso
2000-2001	18,33
2002-2003	12,28

Tabla 29

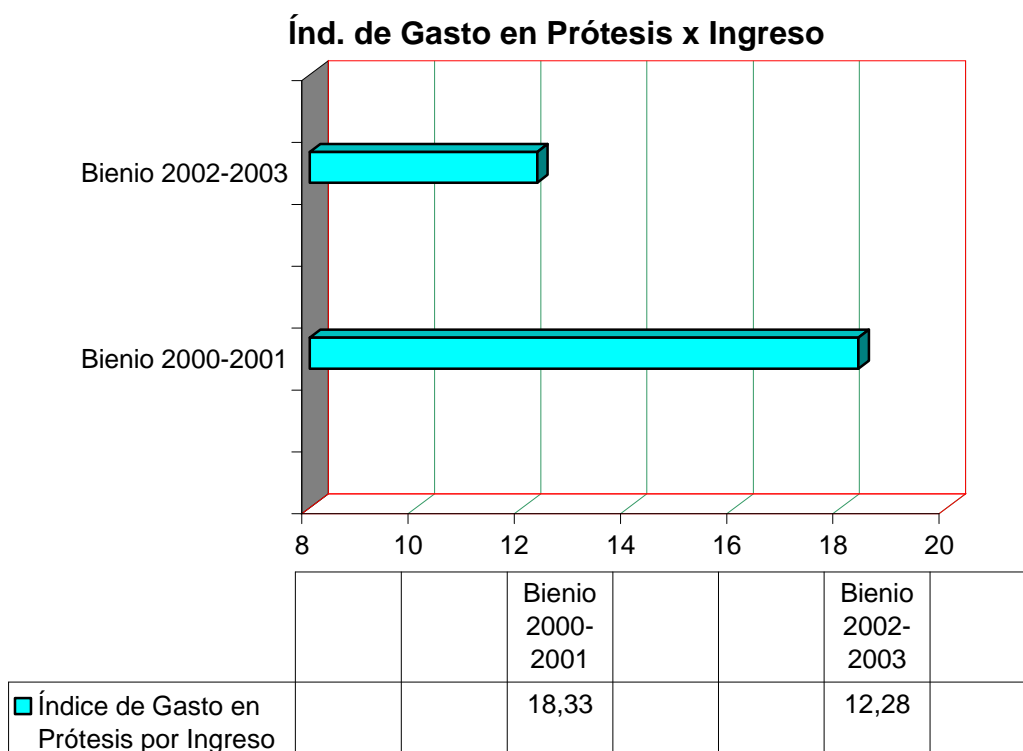


Figura 22

Índice de Gasto en Prótesis por Ingreso + CMA	
Bienio	Euros x Ingreso + CMA
2000-2001	17,45
2002-2003	9,98

Tabla 29 bis

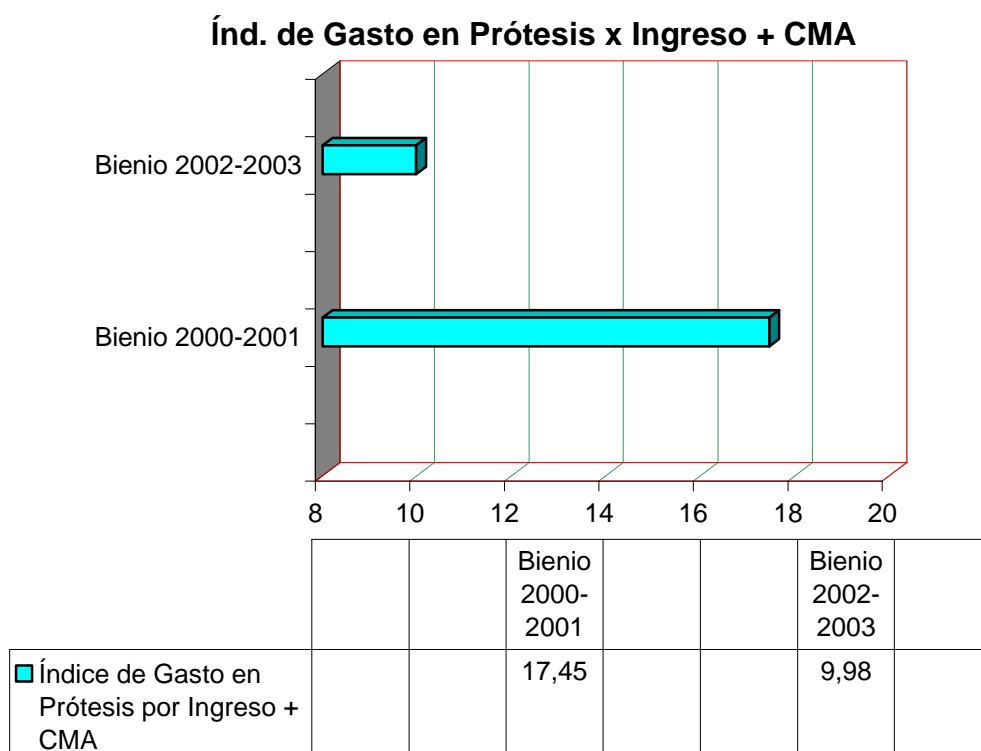


Figura 22 bis

Índice de Gasto por Estancia	
Bienio	Euros x Estancia
2000-2001	262,75
2002-2003	297,11

Tabla 30

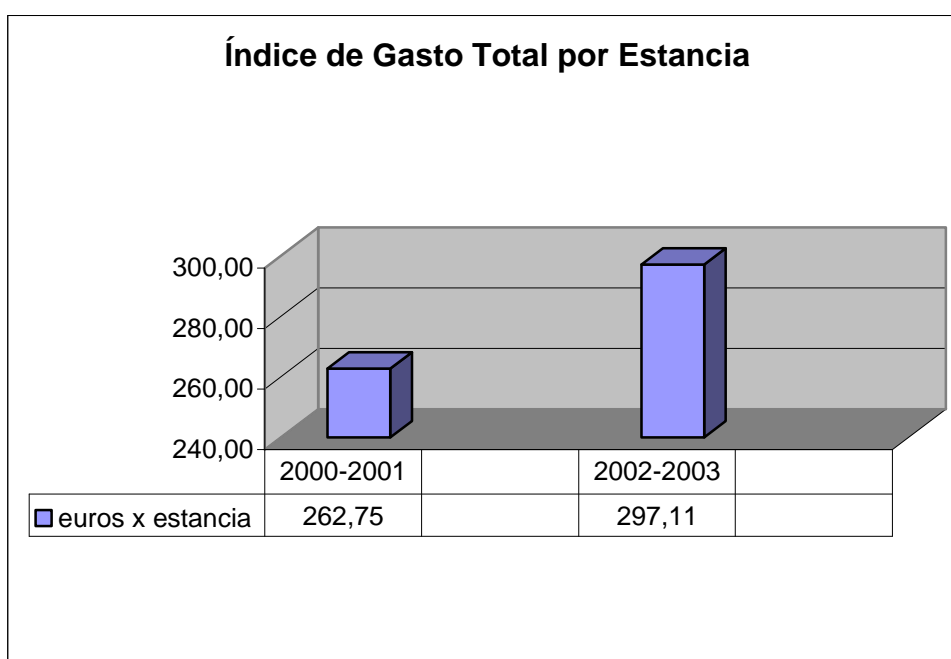


Figura 23

Índice de Gasto en Farmacia por Estancia	
Bienio	Euros x Estancia
2000-2001	20,51
2002-2003	25,16

Tabla 31

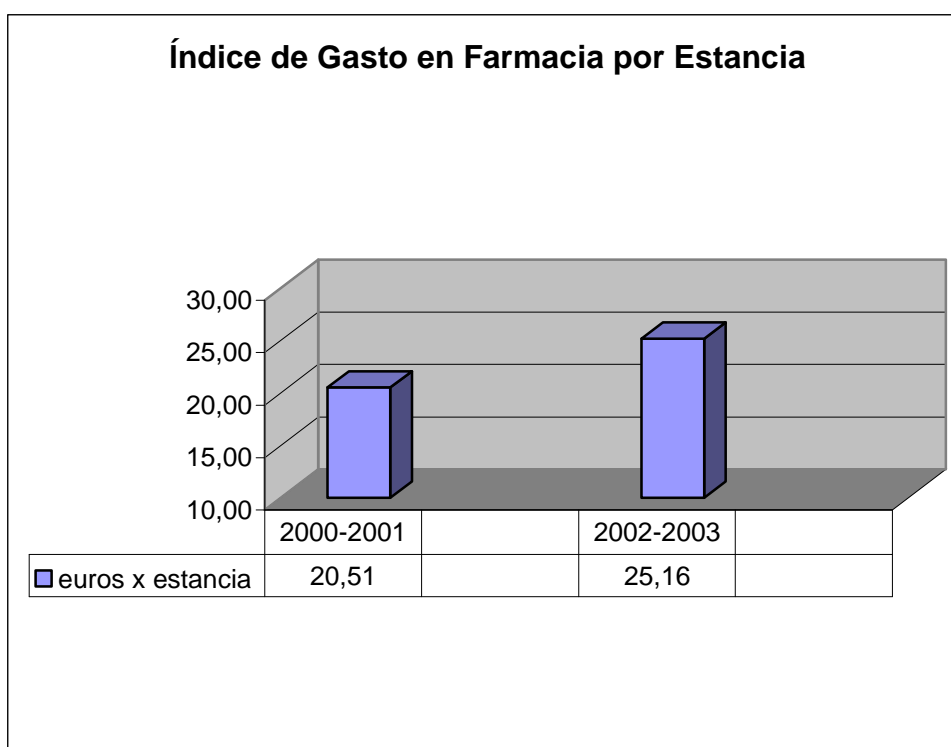


Figura 24

Índice de Gasto en Fungibles por Estancia	
Bienio	euros x estancia
2000-2001	30,83
2002-2003	31,29

Tabla 32

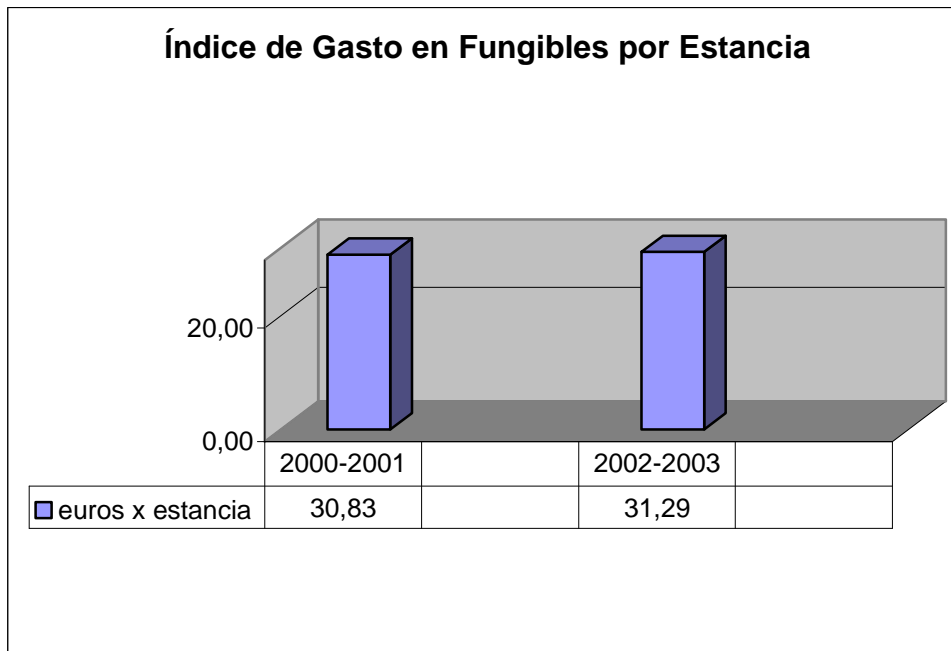


Figura 25

Índice de Gasto en Prótesis por estancia	
Bienio	euros x estancia
2000-2001	4,23
2002-2003	2,94

Tabla 33

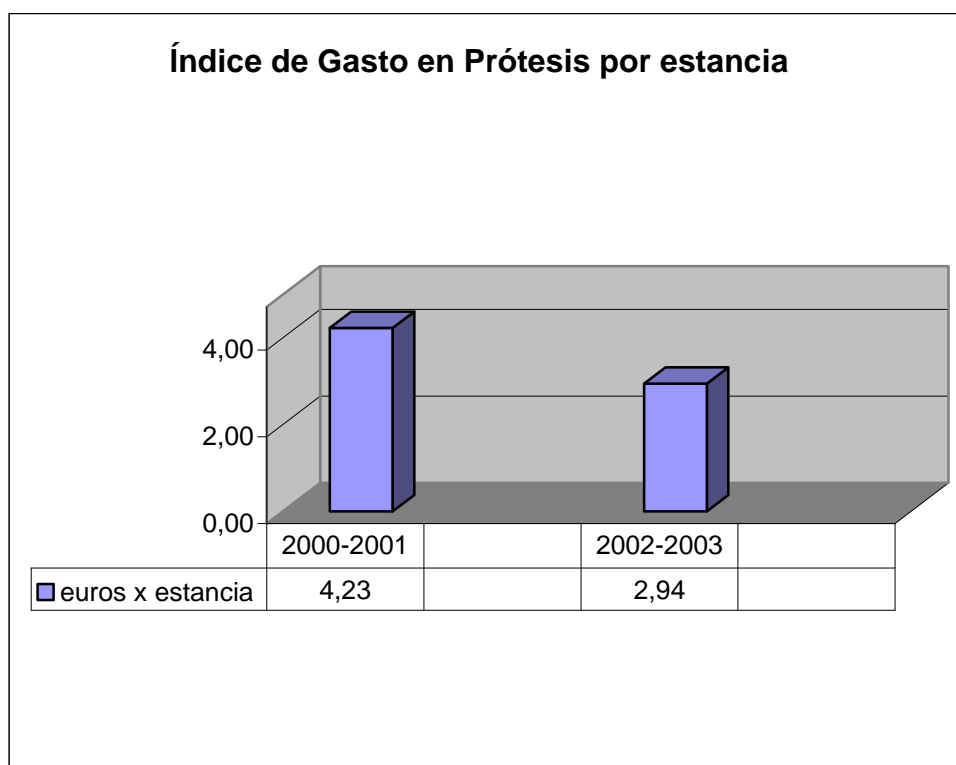


Figura 26

Índice Ocupación del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	50,24	50,345
	2001	50,45	
2002-2003	2002	41,92	46,02
	2003	50,12	

Tabla 34

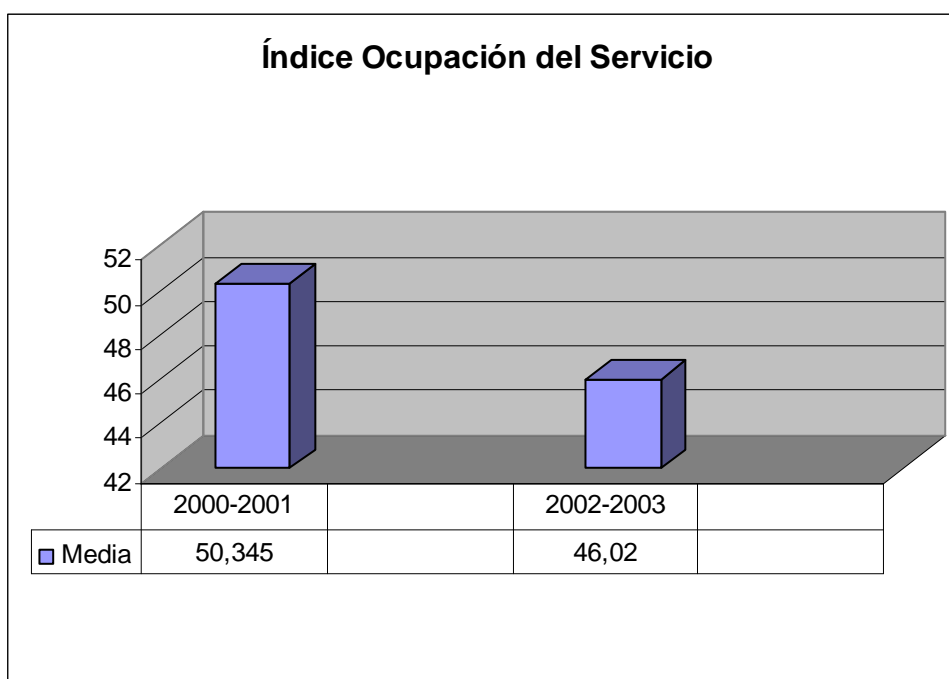


Figura 27

Índice de utilización de estancias del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	0,58	0,565
	2001	0,55	
2002-2003	2002	0,63	0,61
	2003	0,59	

Tabla 35

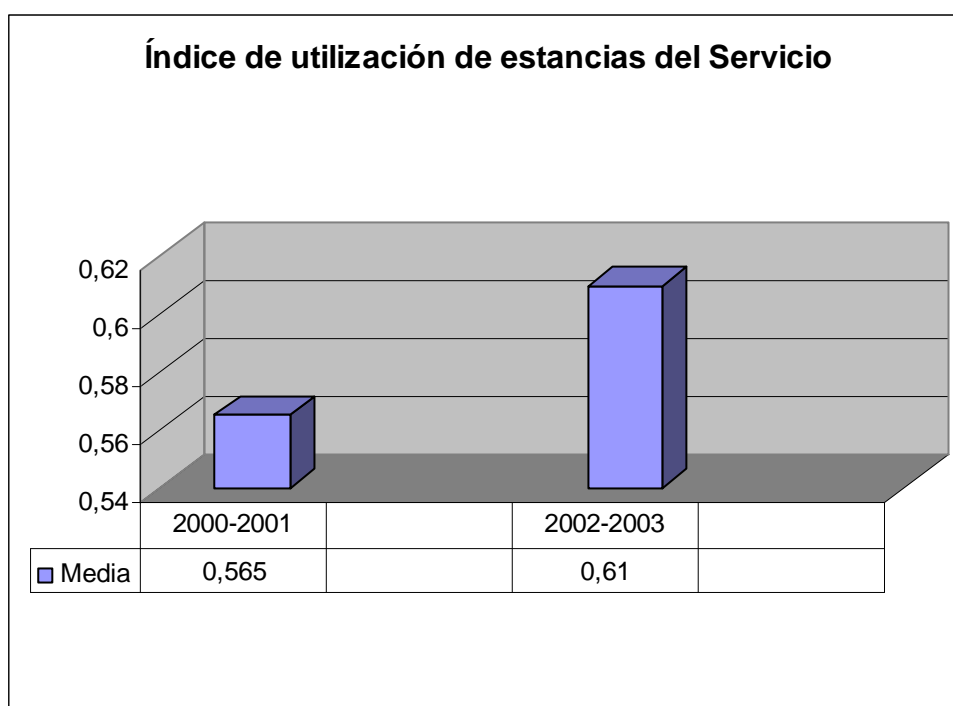


Figura 28

5.3.3 En relación con las Variables asistenciales, sobre las Urgencias.

El *Total de Urgencias Asistidas* por el Servicio en los periodos estudiados ha sido de 2589 en el primero y 2821 en el segundo, lo que supone un aumento del 8,96 % (Tabla 36, Fig. 29).

Las *Urgencias no ingresadas (Altas desde Urgencias)* se reflejan en la Tabla 37, Fig. 30, suponiendo un 22,91 % más en la segunda época. La *media de Urgencias no ingresadas* pasó de 54,5 % a 62 % (Tabla 38, Fig. 31).

La *Media de Urgencias atendidas / día* en el Servicio fue de 3,55 y 3,86 pacientes respectivamente (8,76 % más) (Tabla 39, Fig. 32).

La *Frecuentación de Urgencias* al Servicio por 10.000 habitantes muestra un aumento notable en el segundo periodo (11,76 %) (Tabla 40, Fig. 33). La *media de la Presión de Urgencias* (Nº de Ingresos Urgentes del Servicio de Cirugía x 100/ nº Total de Ingresos del Servicio) fue de 42,62 y 46,61 respectivamente (con un aumento del 9,67 %) (Tabla 41, Fig. 34).

La *Frecuentación de Hospitalización* del Servicio por 10000 habitantes disminuyó un 3,3 % en el segundo bienio (Tabla 42, Fig. 35)

Total Urgencias del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1263	1294,5	2589
	2001	1326		
2002-2003	2002	1352	1410,5	2821
	2003	1469		

Tabla 36

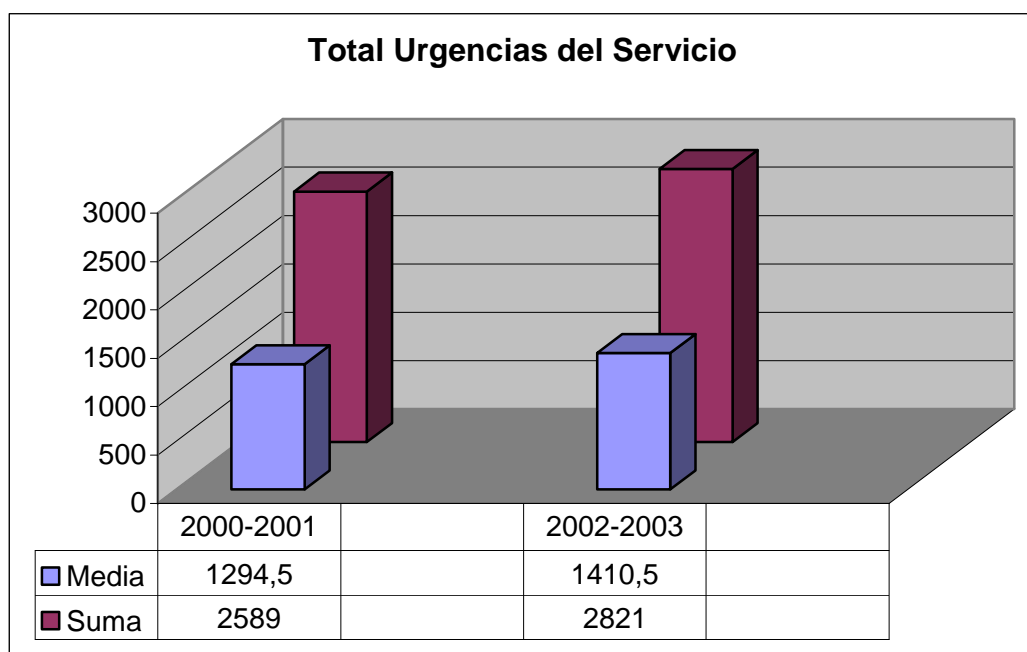


Figura 29

Urgencias no ingresadas del Servicio (Altas desde Urgencias)				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	739	773	1546
	2001	807		
2002-2003	2002	849	869	1738
	2003	889		

Tabla 37

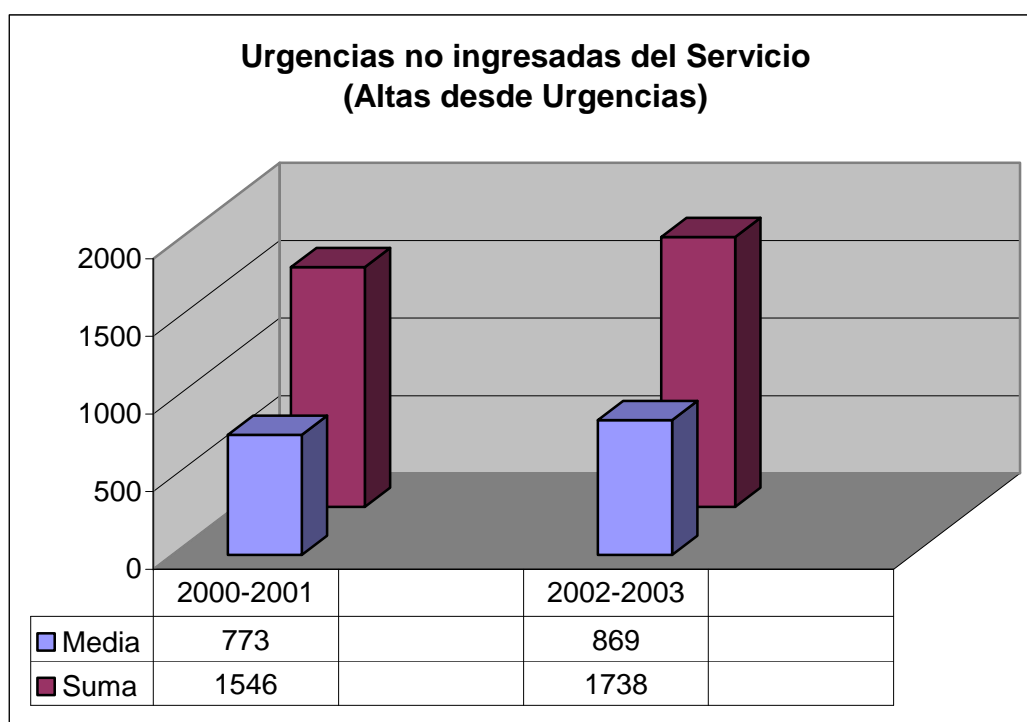


Figura 30

% Urgencias no ingresadas del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	58,5	59,7
	2001	60,9	
2002-2003	2002	62,8	61,6
	2003	60,5	

Tabla 38

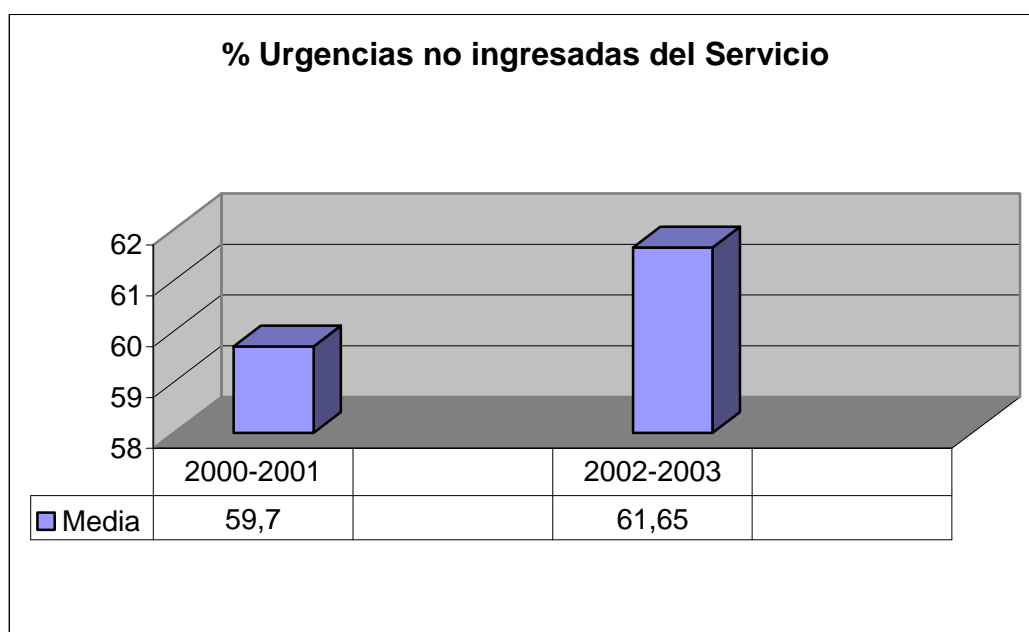


Figura 31

Media Urgencias/ día del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	3,55	3,55
	2001	3,55	
2002-2003	2002	3,7	3,86
	2003	4,02	

Tabla 39

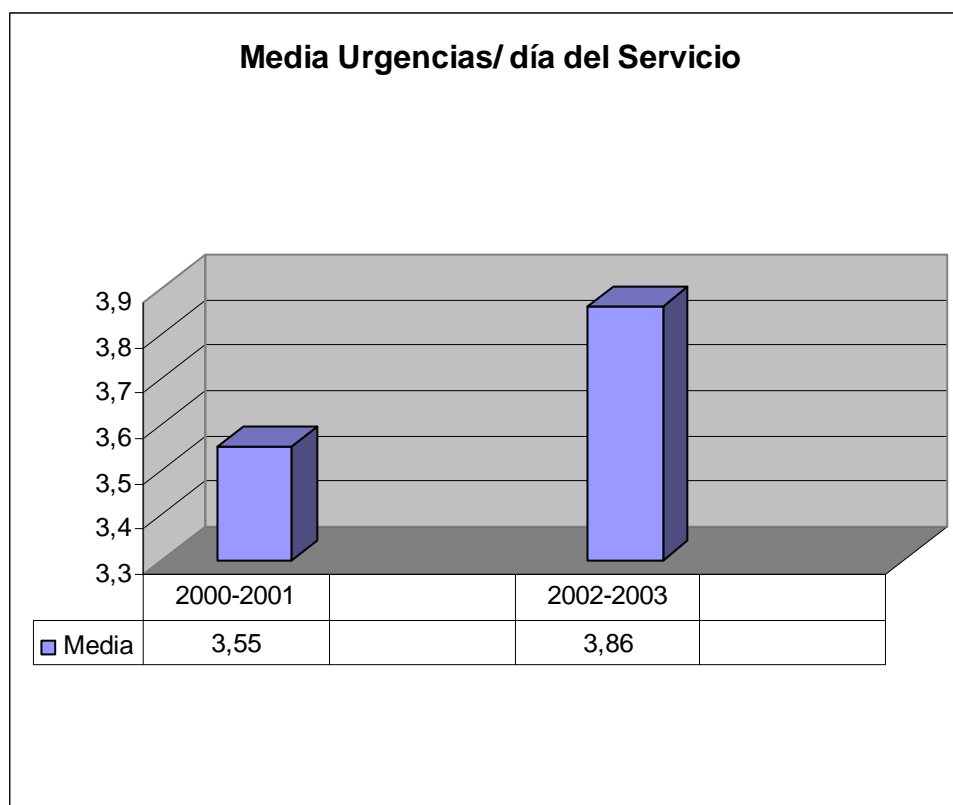


Figura 32

Frecuentación Urgencias x 10000 hab. del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	99,76	99,72
	2001	99,68	
2002-2003	2002	109,15	111,455
	2003	113,76	

Tabla 40

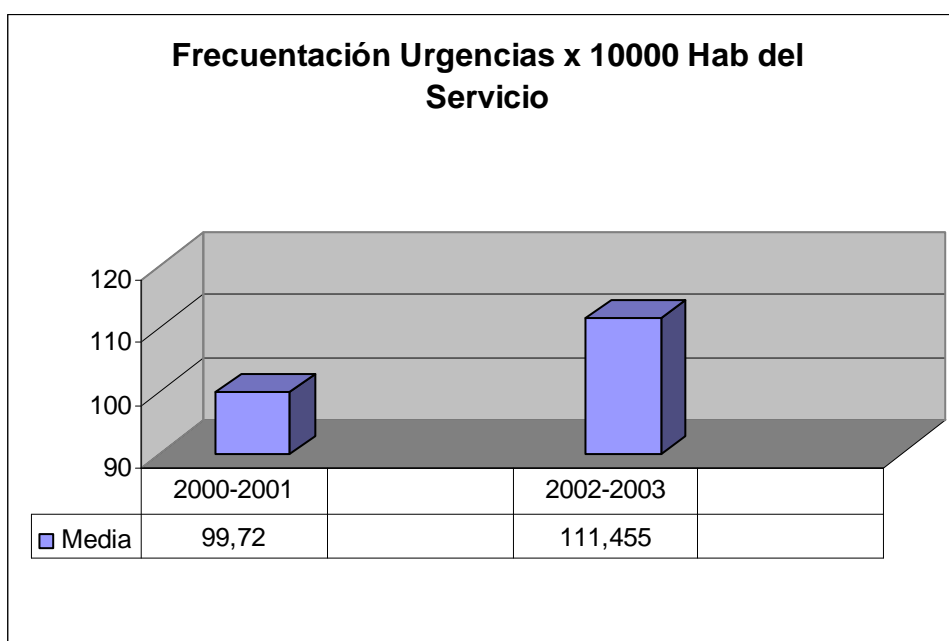


Figura 33

Presión de Urgencias del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	42,36	42,62
	2001	42,89	
2002-2003	2002	40,4	46,61
	2003	52,82	

Tabla 41

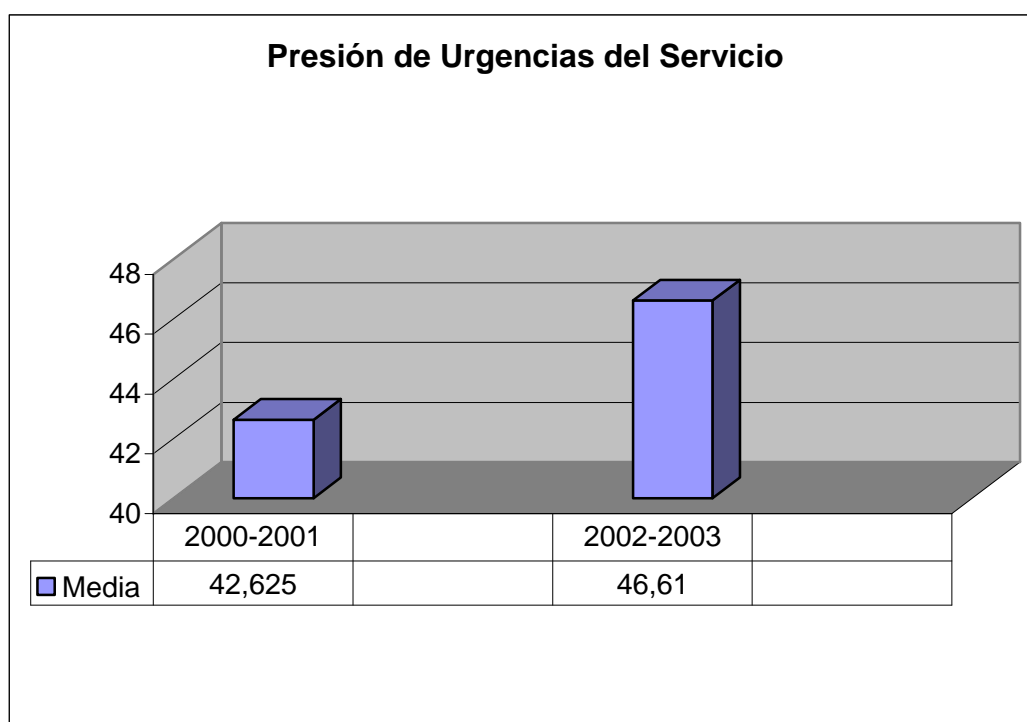


Figura 34

Frecuentación de Hospitalización del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	95,29	94,25
	2001	93,21	
2002-2003	2002	96,86	91,14
	2003	85,42	

Tabla 42

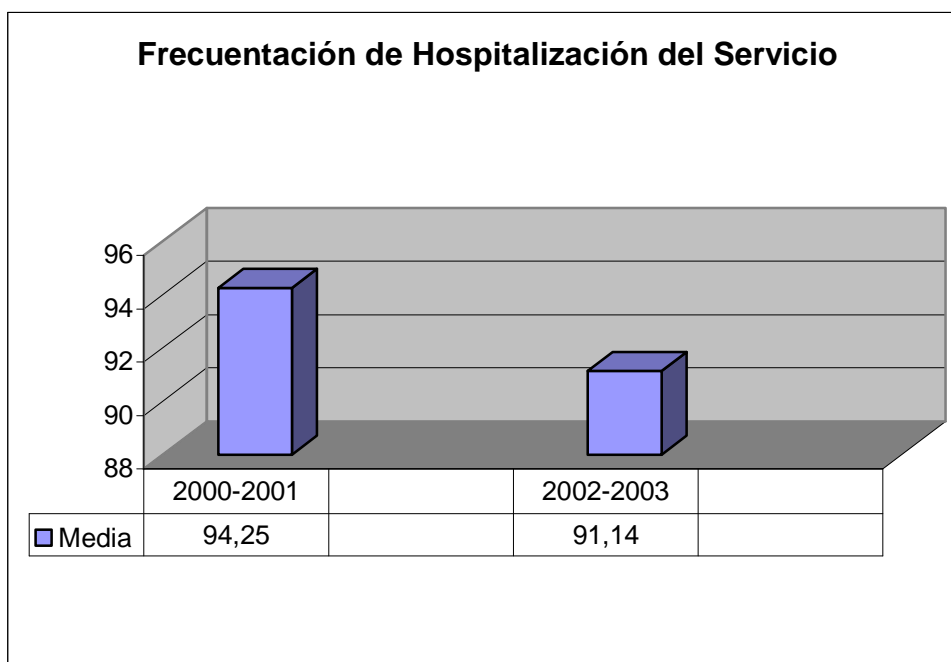


Figura 35

5.3.4 En relación con las Variables asistenciales, sobre Recursos Materiales y Actividad Quirúrgica.

En el primer bienio se realizaron un *total de 3597 intervenciones quirúrgicas*, y *3982 en el segundo*, aumentando un 10,7 % (Tabla 43, Fig. 36)

El *Índice de Gasto Total del Servicio por Intervención* se redujo de 774,02 euros en el primer bienio a 728,91 en el segundo (ahorro del 5,83 %) (Tabla 44, Fig. 37)

Las *Intervenciones Programadas con Ingreso* (Tabla 45, Fig. 38) descendieron un 12,1 % en el segundo bienio .

Las *Intervenciones Programadas en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria* (CMA), aumentaron un 341 % en el segundo bienio (Tabla 46, Fig. 39).

Poniendo en relación de nuevo el gasto con las estancias y el número y tipo de intervenciones, se aprecia, en el caso de de la CMA un ahorro de 491, 66 estancias en el primer bienio, y de 2119, 72 en el segundo (teniendo en consideración la estancia media global de todos los procesos), que traducido en € son 129.183, 67 en el primer bienio, frente a 629.790,01 en el segundo, teniendo en cuenta el coste de la estancia dividiendo el Gasto Total del Servicio por el nº de estancias (Tabla 47, Fig.40 y 41). El ahorro en estancias y en Gasto, desglosados en cinco de los GRDs principales se describe en las Tablas 47 a, b, c, d, e, y en las Fig. 40 a, b, c, d, e y 41 a, b, c, d, e.

Las *Intervenciones Urgentes* disminuyeron discretamente en el segundo bienio, pasando de 759 a 725 (- 4,5 %) (Tabla 48, Fig. 42).

La *cirugía ambulatoria excepto la CMA, también llamada cirugía menor ambulatoria (cma)*, pasó de 1332 pacientes a 1502 (aumento del 12, 76 %) (Tabla 49, Fig. 43).

En relación con la actividad quirúrgica, pero íntimamente unido con los recursos materiales, como es el aprovechamiento de las horas de quirófano disponibles, tenemos el *Número de Horas Anuales de Quirófano Disponibles, las Utilizadas, y el Índice de Utilización de Quirófanos*, que aumentó sensiblemente en el segundo bienio, pasando del 61,65 % al 71,37 %, lo que supone un aumento de 9,62 puntos o el 15,76 % (Tablas 50-52, Fig. 44-46). El *Índice de Intervenciones Suspendidas* descendió del 2,59 % al 1,87 % en el segundo periodo (-72,2 %) (Tabla 53, Fig. 47).

Total Intervenciones del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1912	1798,5	3597
	2001	1685		
2002-2003	2002	1973	1991	3982
	2003	2009		

Tabla 43

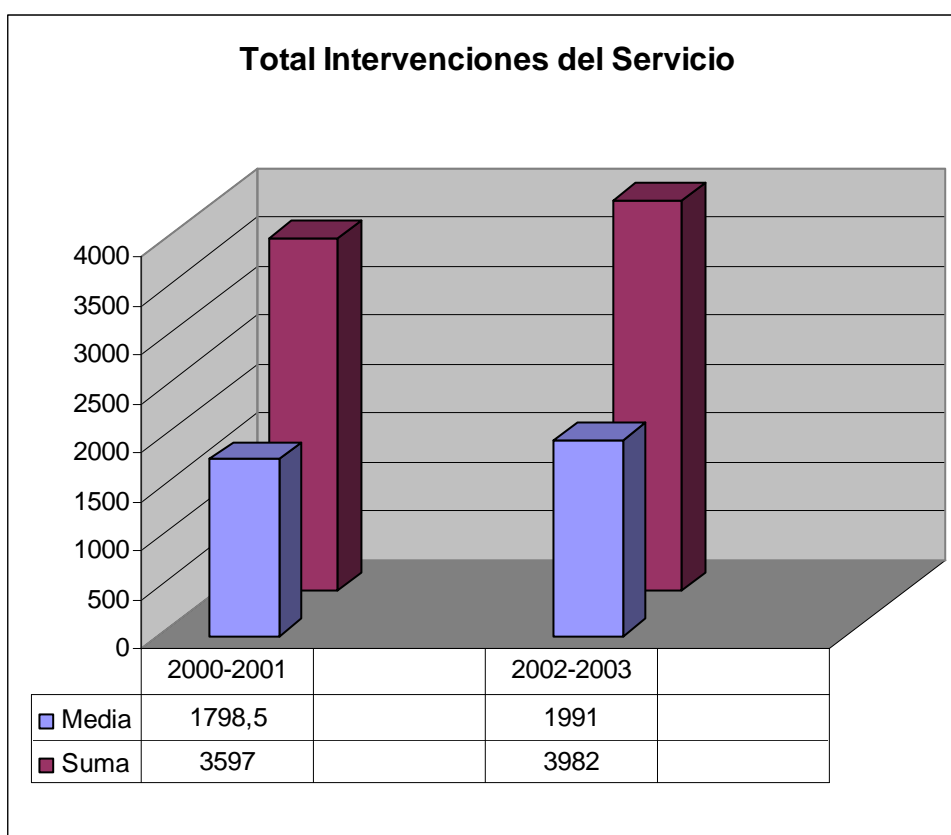


Figura 36

Índice de Gasto Total del Servicio por intervención	
Bienio	euros x intervención
2000-2001	774,02
2002-2003	728,91

Tabla 44

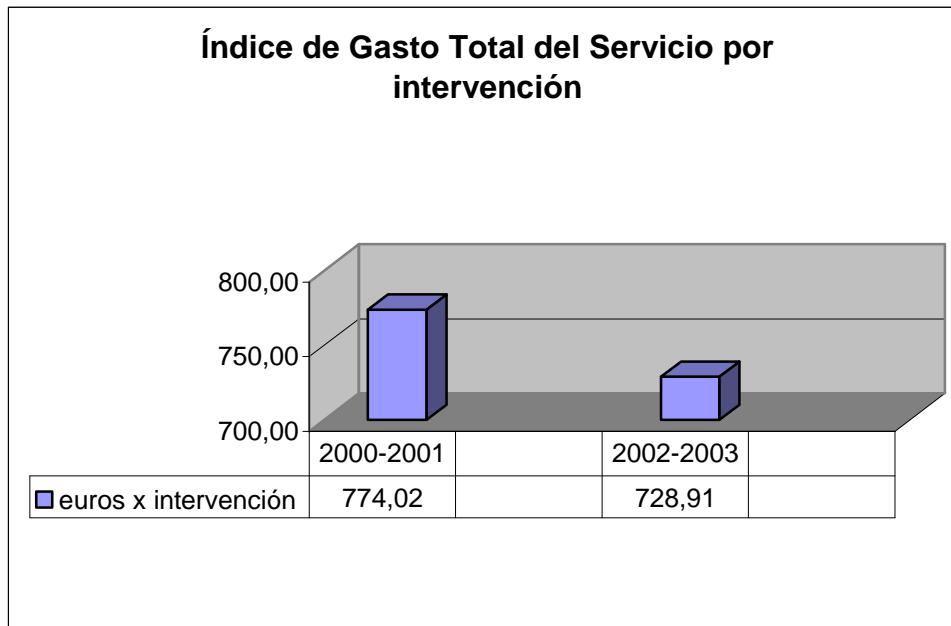


Figura 37

Intervenciones Programadas con Ingreso del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	699	692	1384
	2001	685		
2002-2003	2002	703	608,5	1217
	2003	514		

Tabla 45

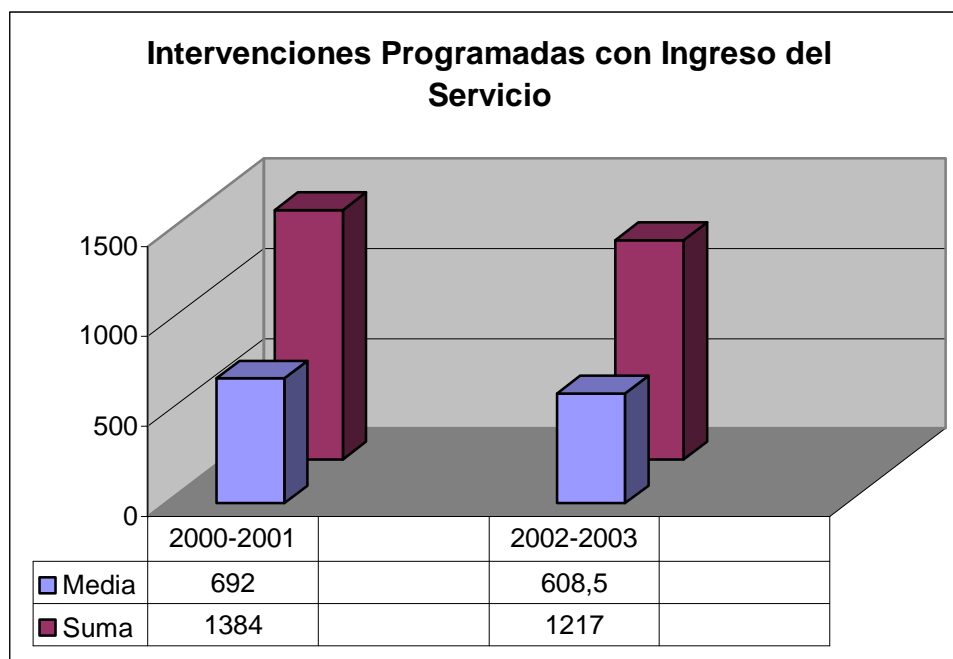


Figura 38

Intervenciones Programadas CMA del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	70	61	122
	2001	52		
2002-2003	2002	189	269	538
	2003	349		

Tabla 46

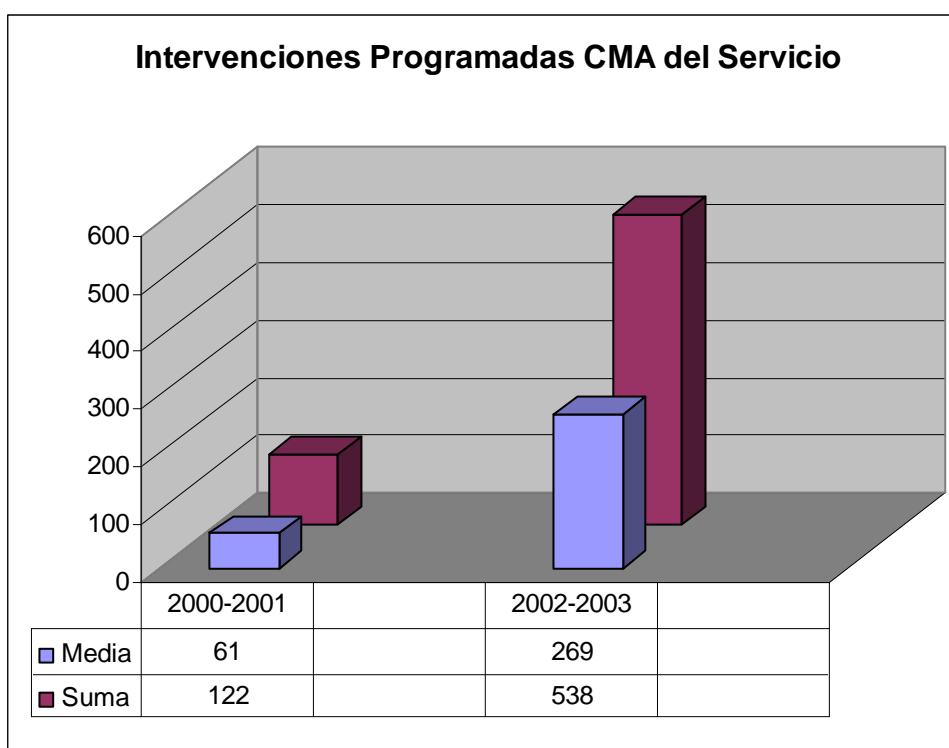


Figura 39

Ahorro en estancias y € por CMA (Estancia Media Glbal)					
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)	Gasto por est.	Ahorro (€)
2000-2001	122	4,03	491,66	262,75	129.183,67
2002-2003	538	3,94	2119,72	297,11	629790,01

Tabla 47

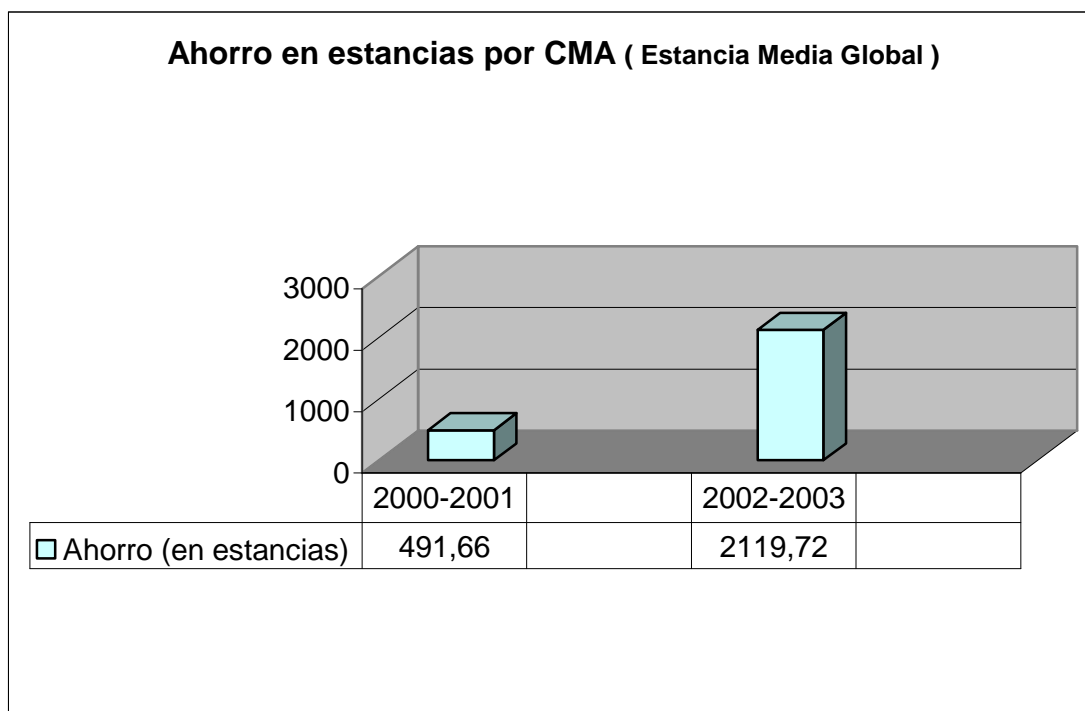


Figura 40

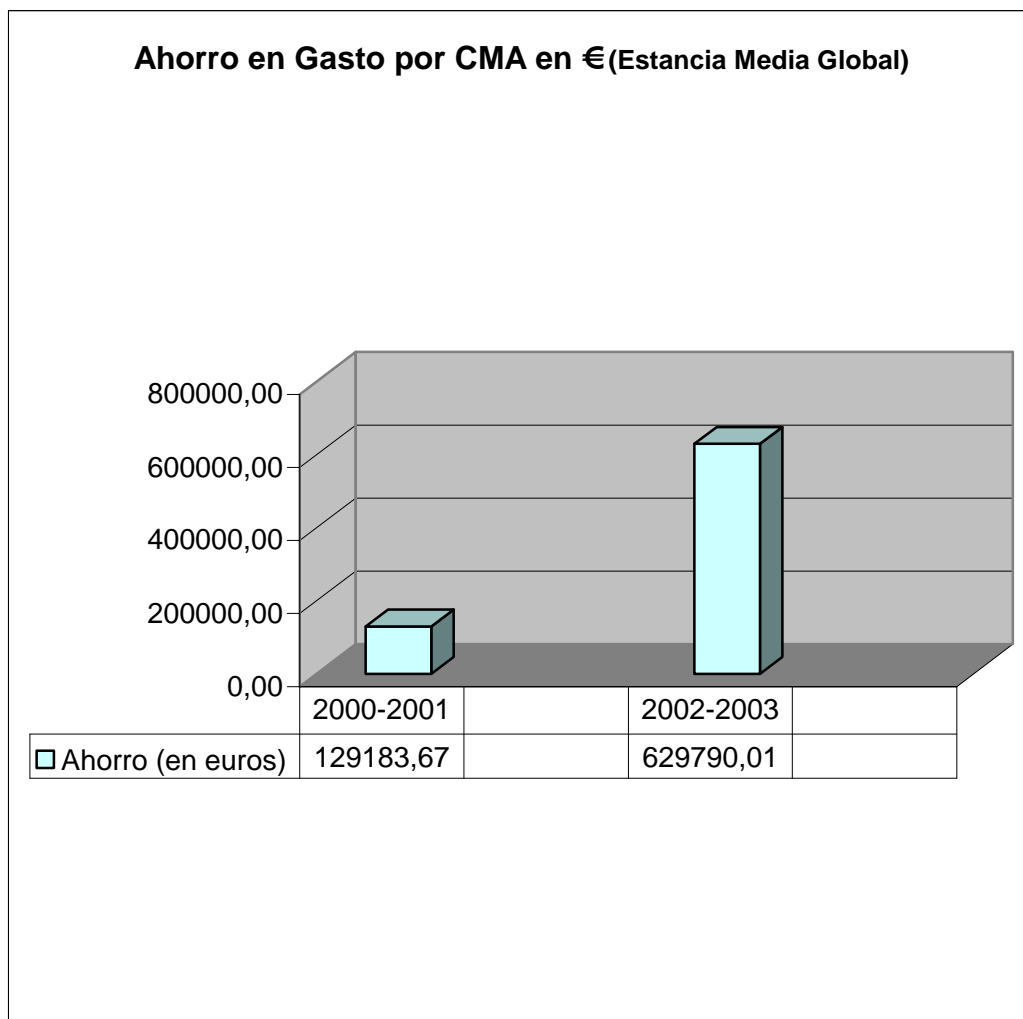


Figura 41

Ahorro en estancias y Gasto (€) por CMA del GRD nº162 (Proced. Hernia inguinal/femoral)					
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)	Gasto por est.	Ahorro (€)
2000-2001	24	1,7	40,8	262,75	10.720,2
2002-2003	191	1,9	362,9	297,11	107.821,22

Tabla 47 a

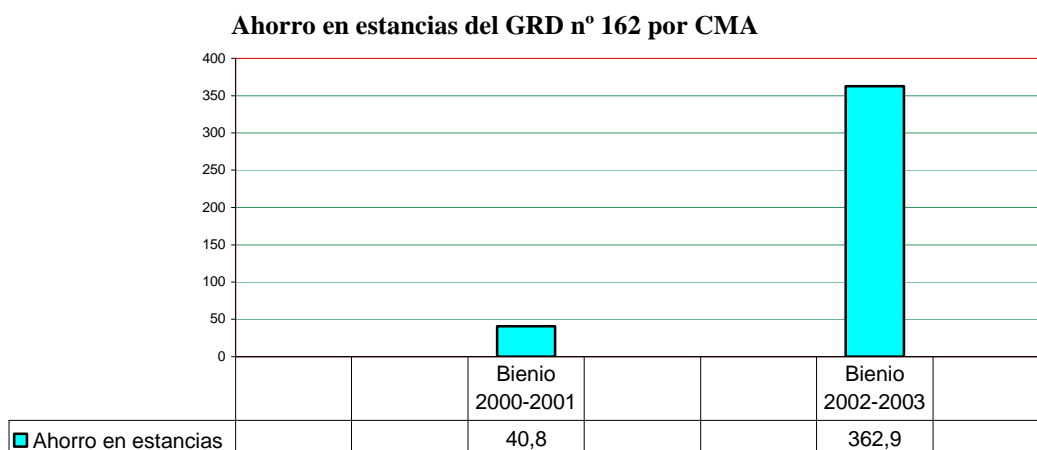


Figura 40 a

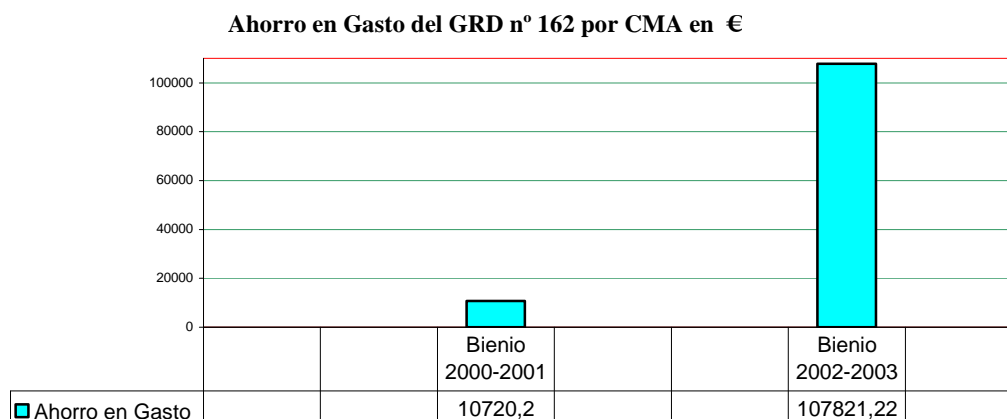


Figura 41 a

Ahorro en estancias y Gasto (€) por CMA del GRD nº267 (Proced. Región perianal/Sinus)					
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)	Gasto por est.	Ahorro (€)
2000-2001	30	1,2	36	262,75	9.459
2002-2003	125	1,4	175	297,11	51.994,25

Tabla 47 b

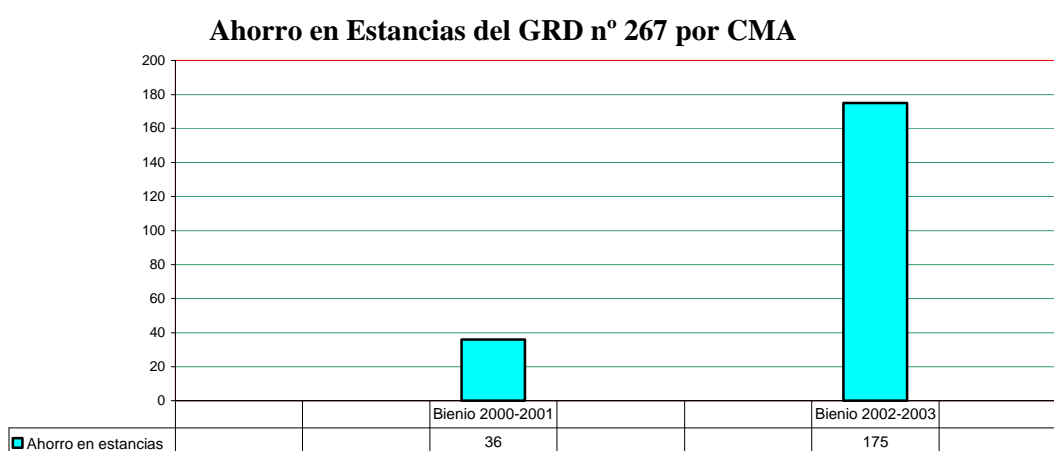


Figura 40 b

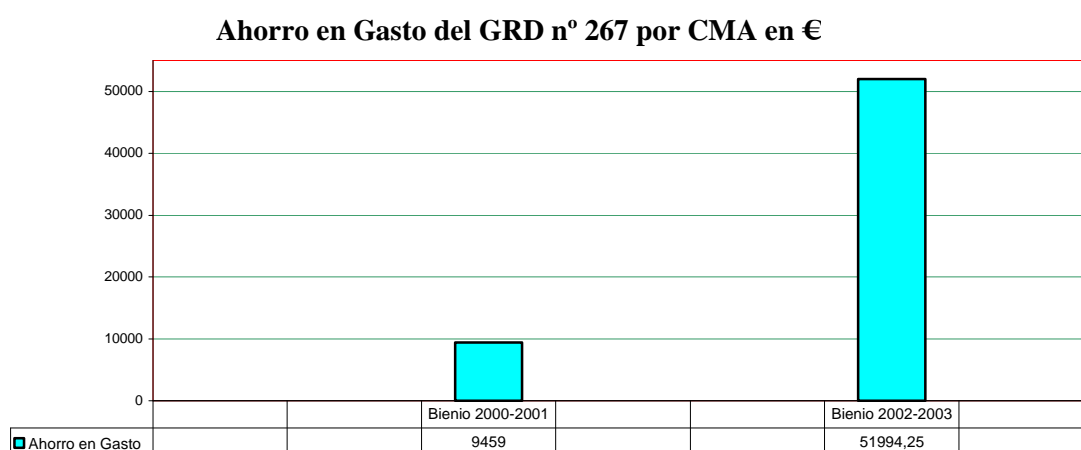


Figura 41 b

Ahorro en estancias y € por CMA del GRD nº 160 (Præed. Hernia excepto inguinal/femoral)					
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)	Gasto por est.	Ahorro (€)
2000-2001	29	4,8	139,2	262,75	36.574,8
2002-2003	77	5,1	392,7	297,11	116.675,1

Tabla 47 c

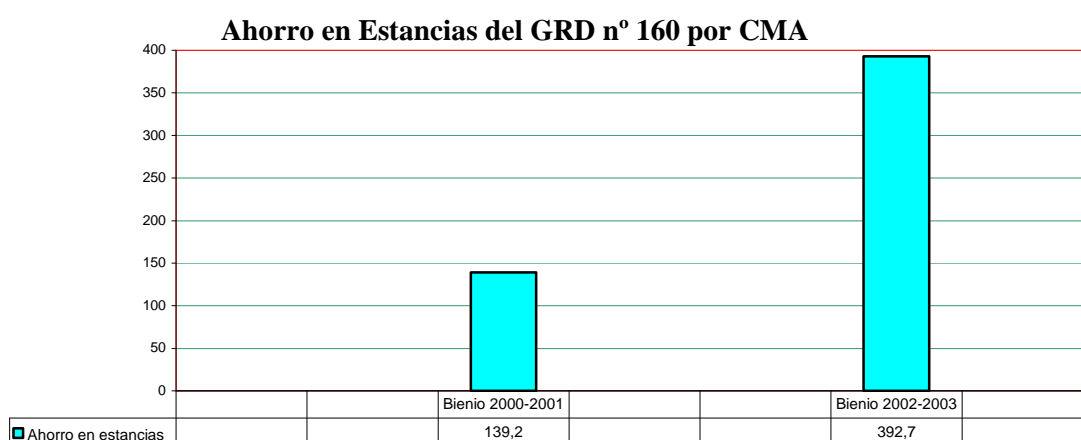


Figura 40 c

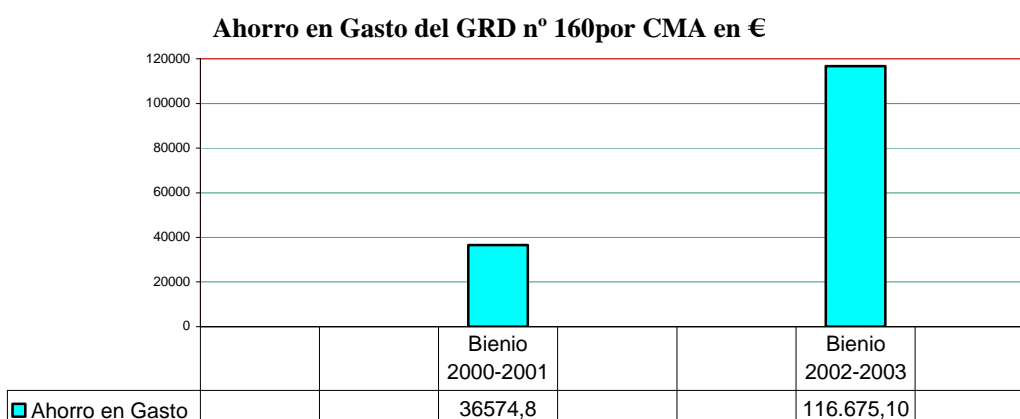


Figura 41 c

Ahorro en estancias y € por CMA del GRD nº 158 (Præed. sobre ano)					
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)	Gasto por est.	Ahorro (€)
2000-2001	14	1,6	22,4	262,75	5.885,6
2002-2003	64	1,7	108,8	297,11	32.325,57

Tabla 47 d

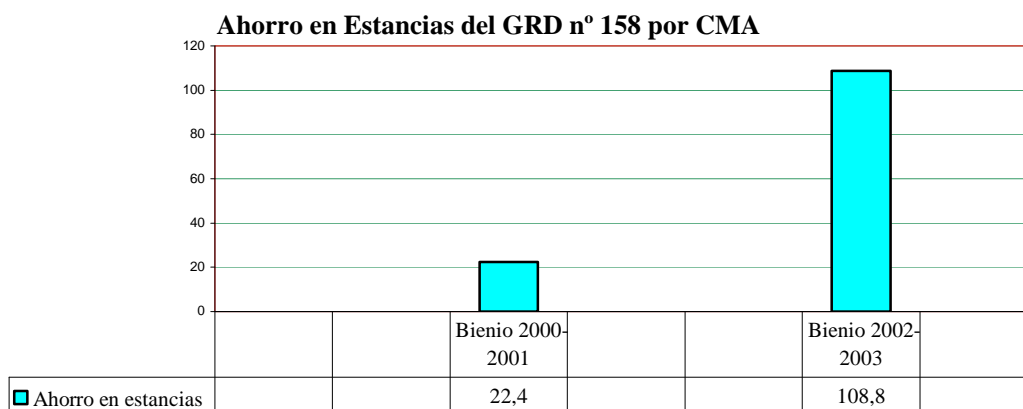


Figura 40 d

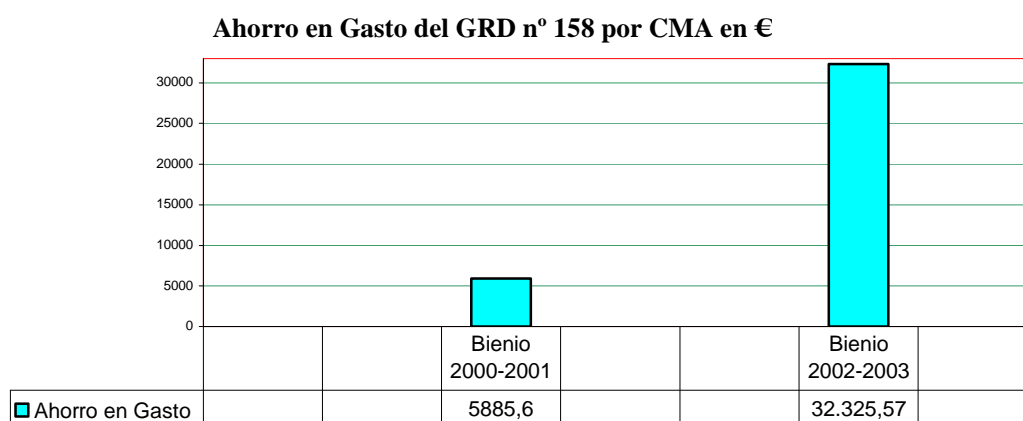


Figura 41 d

Ahorro en estancias y € por CMA del GRD nº 494 (Cobcistectomía laparoscópica)					
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)	Gasto por est.	Ahorro (€)
2000-2001	7	2,4	16,8	262,75	4.414,2
2002-2003	29	2,6	75,4	297,11	22.402,1

Tabla 47 e

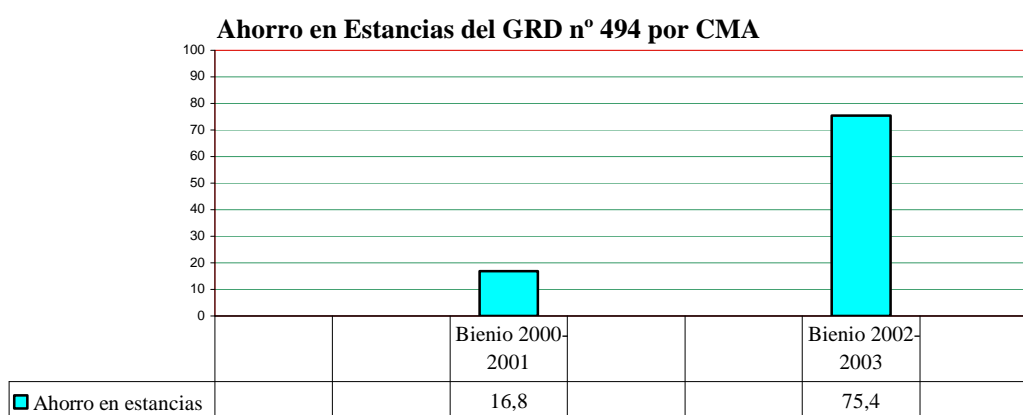


Figura 40 e

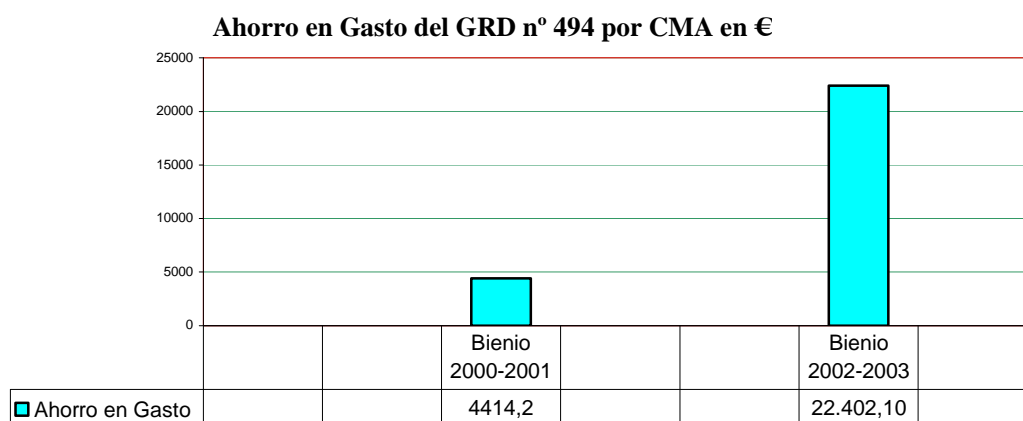


Figura 41 e

Intervenciones Urgentes del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	388	379,5	759
	2001	371		
2002-2003	2002	346	362,5	725
	2003	379		

Tabla 48

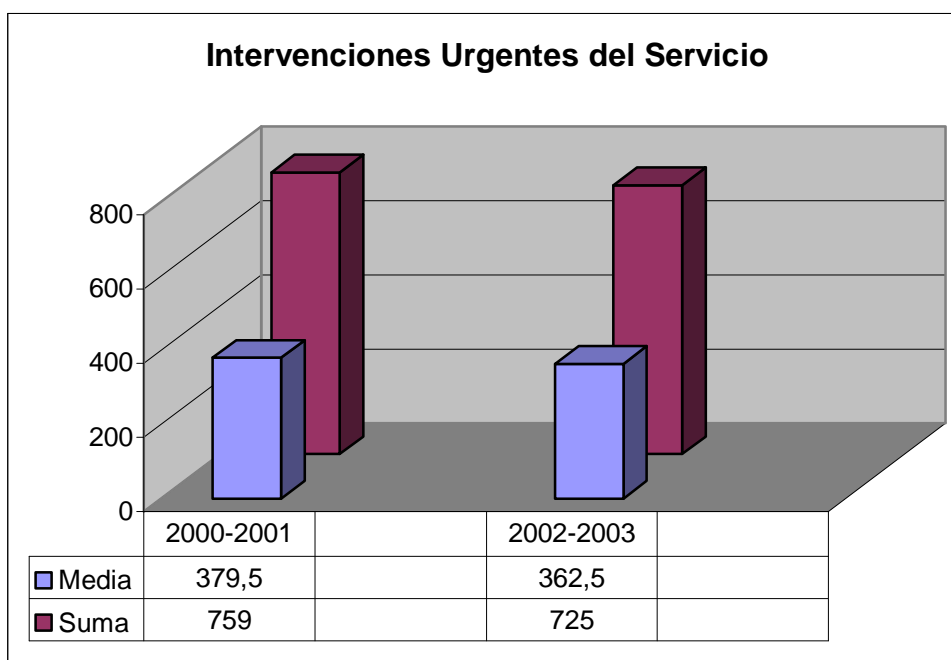


Figura 42

Cirugía Ambulatoria excepto CMA del Servicio (Cirugía menor)				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	755	666	1332
	2001	577		
2002-2003	2002	735	751	1502
	2003	767		

Tabla 49

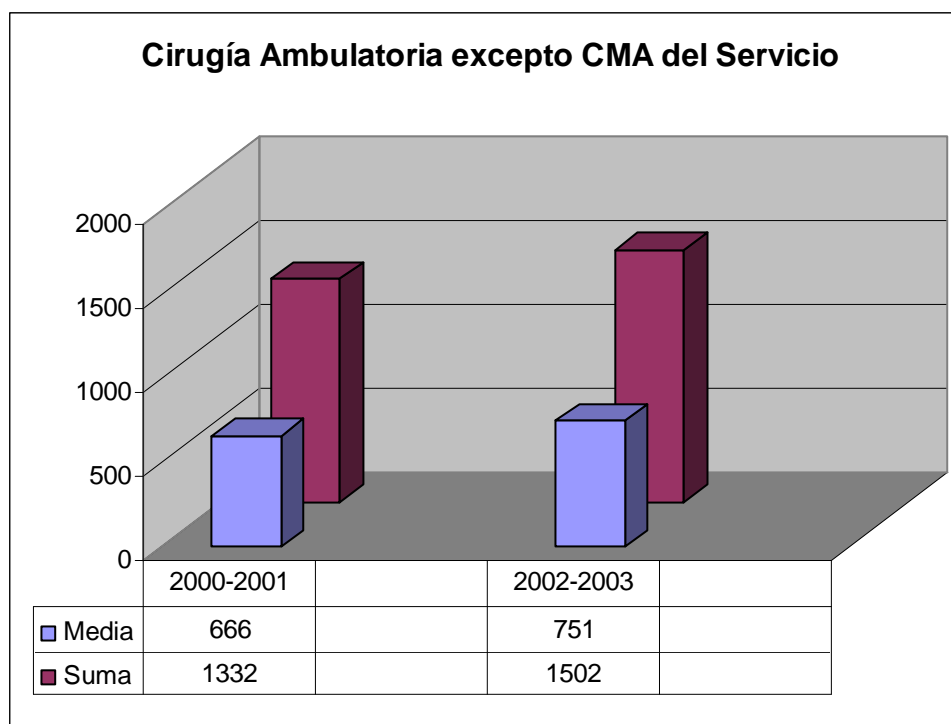


Figura 43

Número de horas anuales de Quirófano disponibles del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1721	1746	3492
	2001	1771		
2002-2003	2002	1923	1959,5	3919
	2003	1996		

Tabla 50

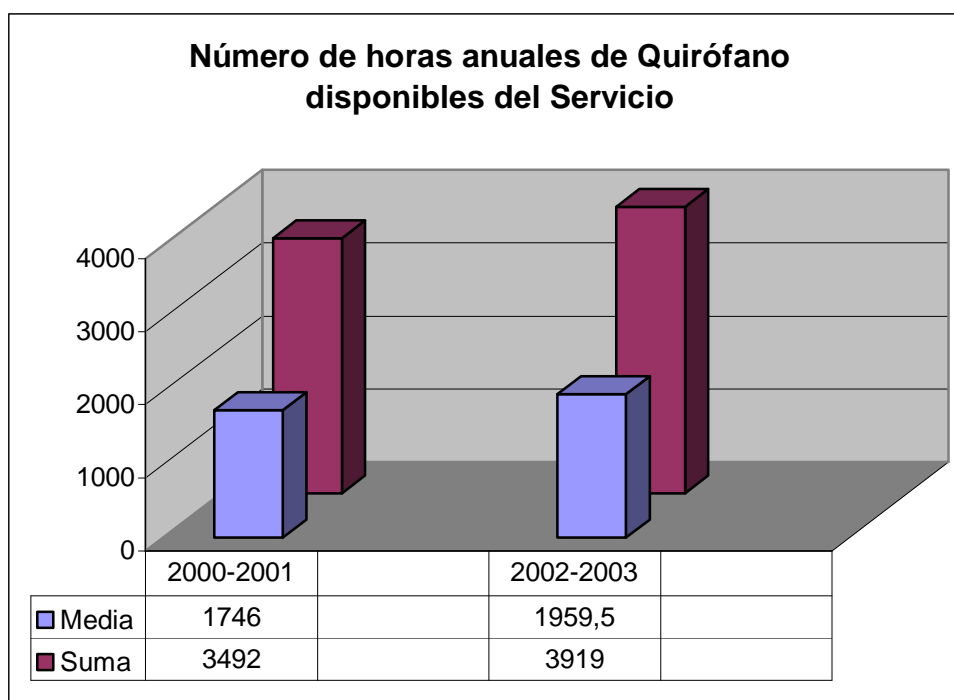


Figura 44

Número de horas anuales de Quirófano utilizadas del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1060	1076,5	2153
	2001	1093		
2002-2003	2002	1377	1398,5	2797
	2003	1420		

Tabla 51

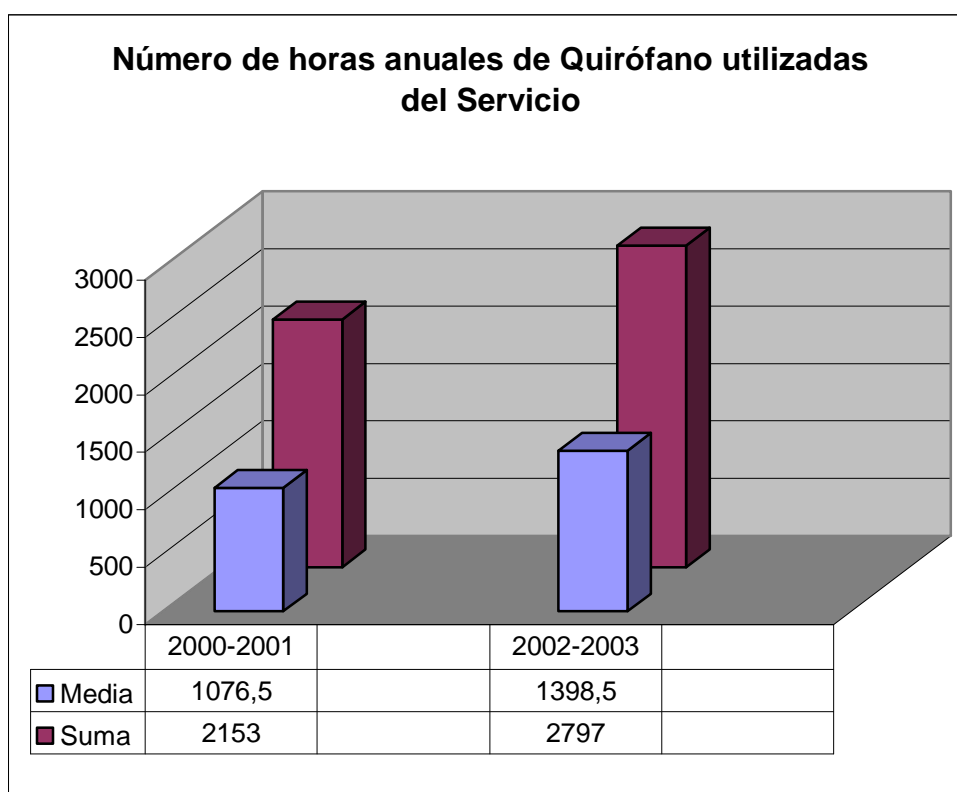


Figura 45

Índice de utilización de quirófanos del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	61,59	61,655
	2001	61,72	
2002-2003	2002	71,61	71,375
	2003	71,14	

Tabla 52

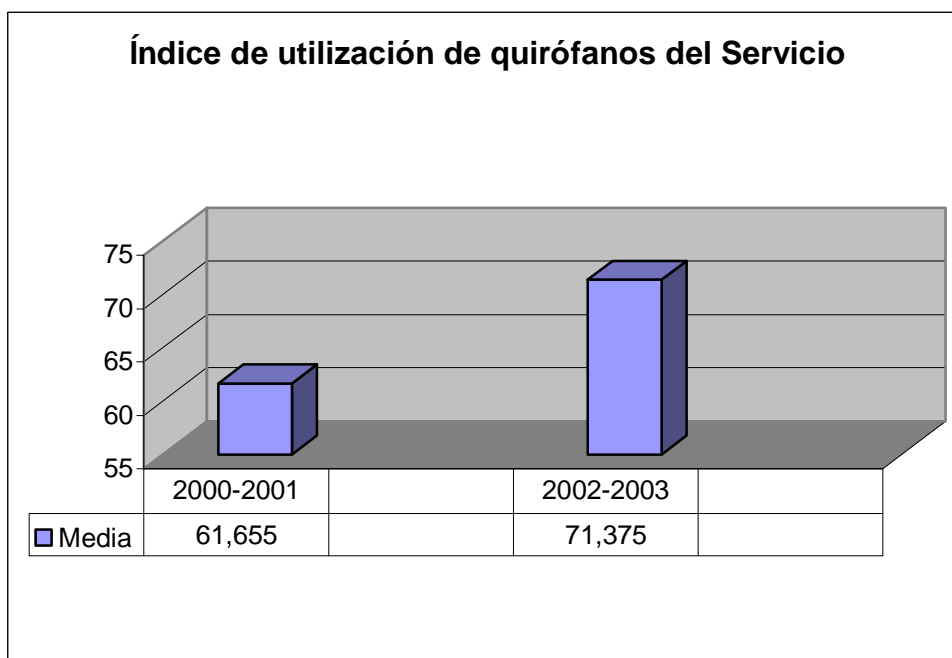


Figura 46

Índice de Intervenciones Suspendidas del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	2,47	2,59
	2001	2,71	
2002-2003	2002	1,9	1,875
	2003	1,85	

Tabla 53

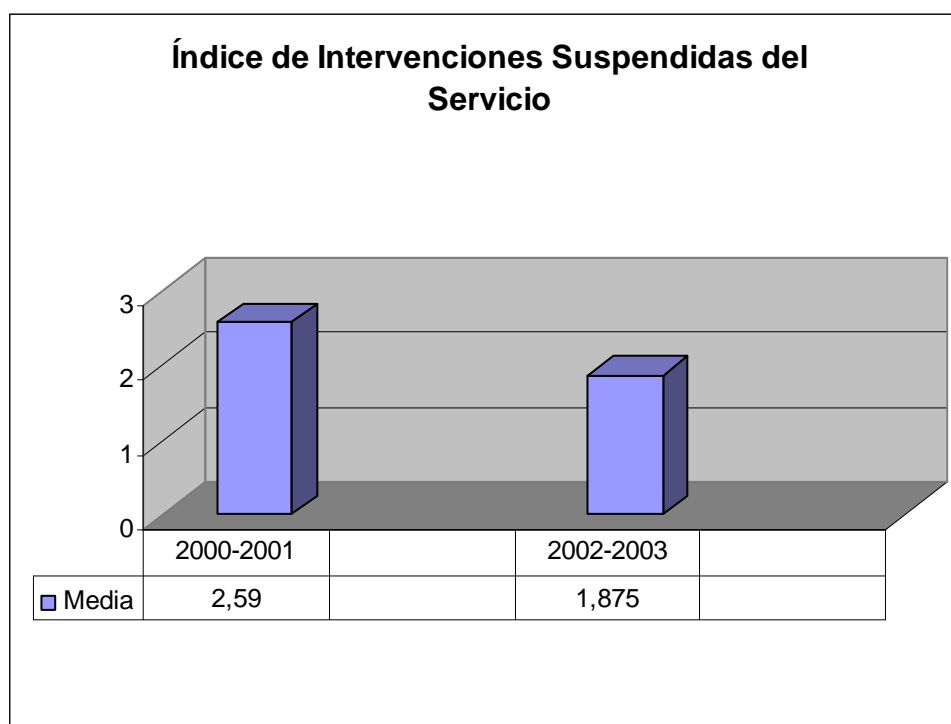


Figura 47

5.3.5 En relación con las Variables asistenciales, sobre Recursos

Materiales y Actividad en Consultas

Durante el bienio 2000-2001, se realizaron un *total de 10839 Consultas*, y en el bienio siguiente 11016 (+ 1,63 %) (Tabla 54, Fig. 48). De las mismas, 5673 y 5920 respectivamente fueron *primeras consultas*, apreciándose de esta manera un aumento del 4,35 % (Tabla 55, Fig. 49), y advirtiéndose en el mismo sentido un aumento del 8.9 % en el *índice de las primeras sobre las sucesivas* (Tabla 56, Fig. 50).

El *Nº de Horas Disponibles y Utilizadas* refleja un mínimo ascenso, así como el *Índice de Utilización de Consultas*, pero suficiente para llegar al 100 % en el segundo bienio (Tabla 57-59, Fig. 51-53)

La *Frecuentación de Consultas* del Servicio también experimentó un pequeño aumento (2,6 %) en el segundo periodo (Tabla 60, Fig. 54)

Total de Consultas del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	5572	5419,5	10839
	2001	5267		
2002-2003	2002	5936	5508	11016
	2003	5080		

Tabla 54

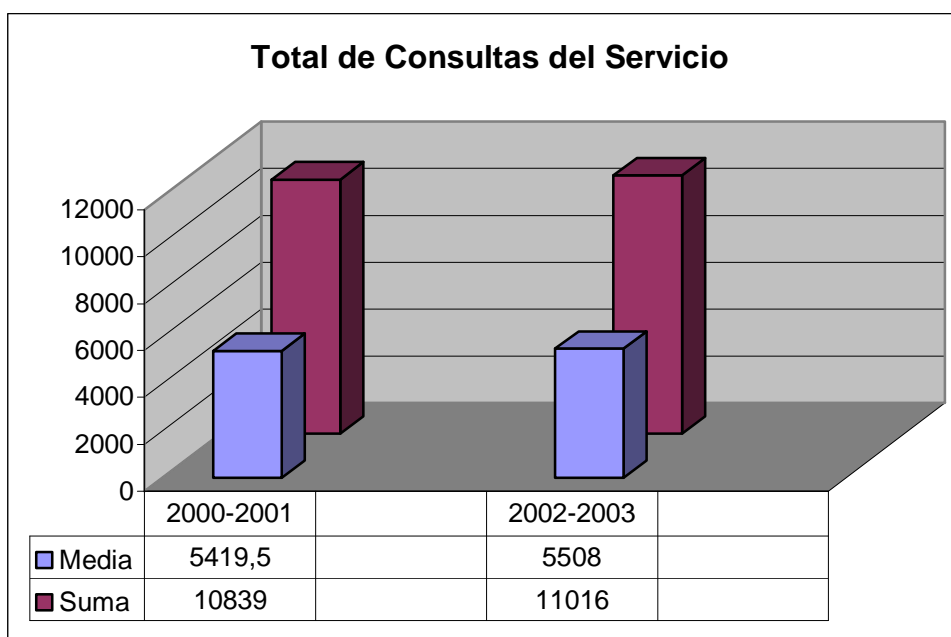


Figura 48

Total Primeras Consultas del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	2820	2836,5	5673
	2001	2853		
2002-2003	2002	2927	2960	5920
	2003	2993		

Tabla 55

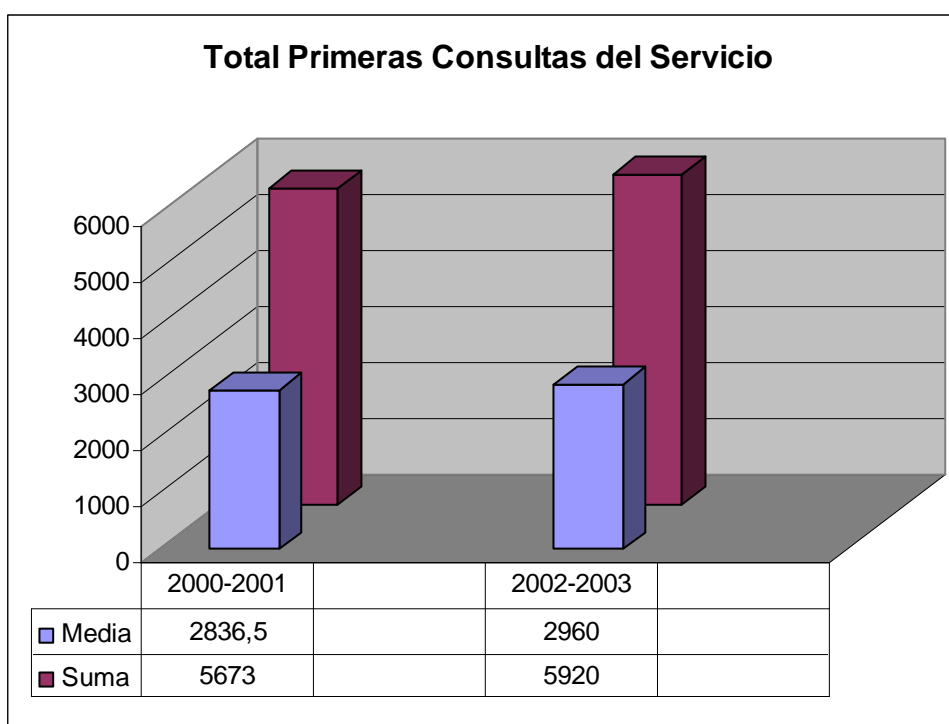


Figura 49

Índice Primeras-Sucesivas Consultas del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	102,4	110,2
	2001	118	
2002-2003	2002	97	120
	2003	143	

Tabla 56

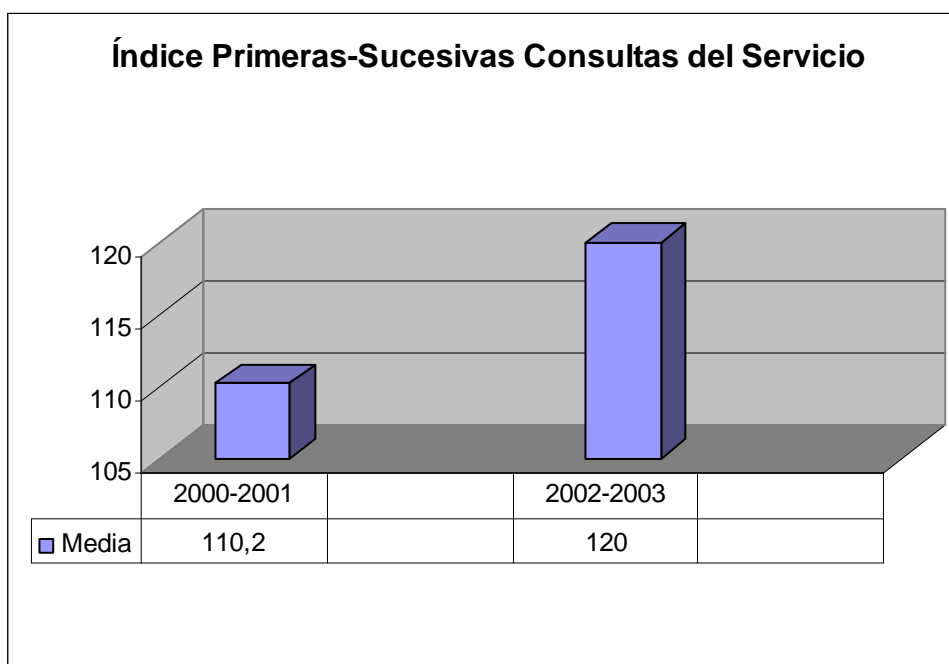


Figura 50

Número de horas anuales de consulta disponibles del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1358	1367	2734
	2001	1376		
2002-2003	2002	1332	1374	2748
	2003	1416		

Tabla 57

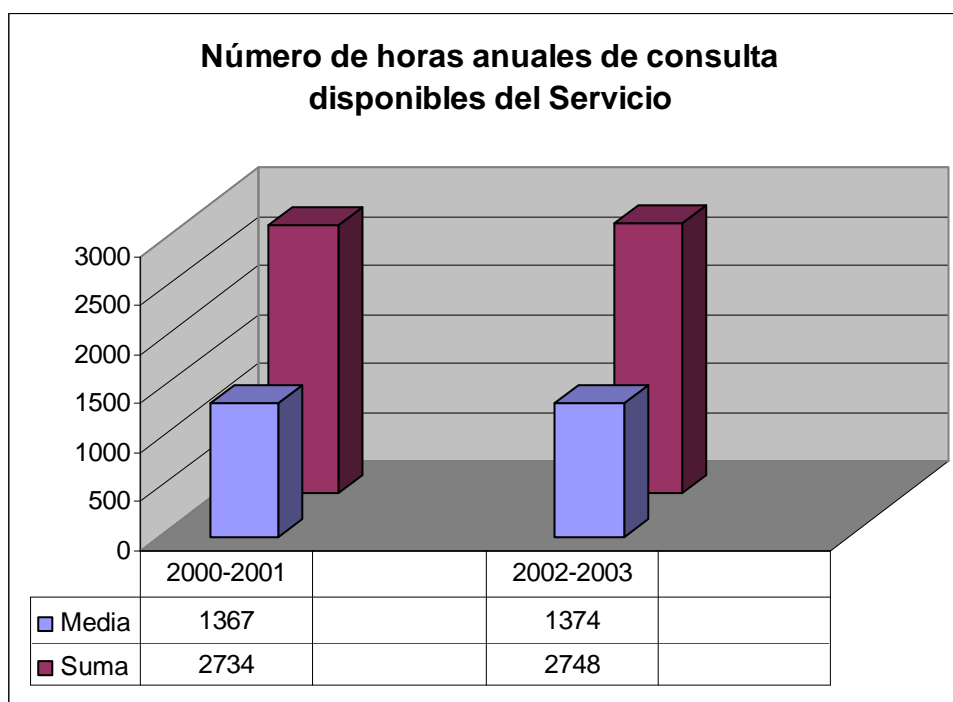


Figura 51

Número de horas anuales de consulta utilizadas del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1341	1358,5	2717
	2001	1376		
2002-2003	2002	1332	1374	2748
	2003	1416		

Tabla 58

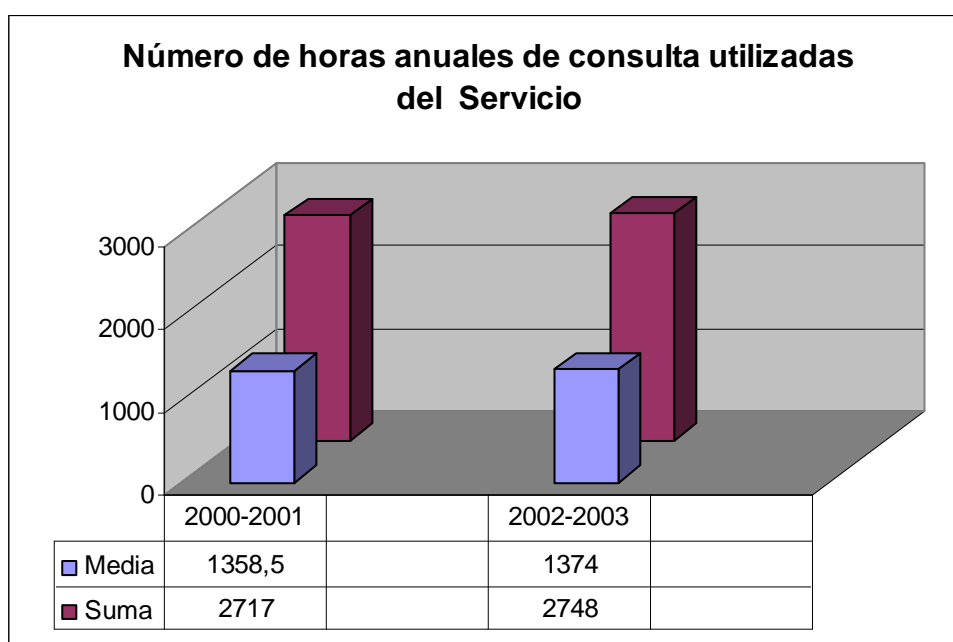


Figura 52

% Utilización Consultas del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	98,75	99,375
	2001	100	
2002-2003	2002	100	100
	2003	100	

Tabla 59

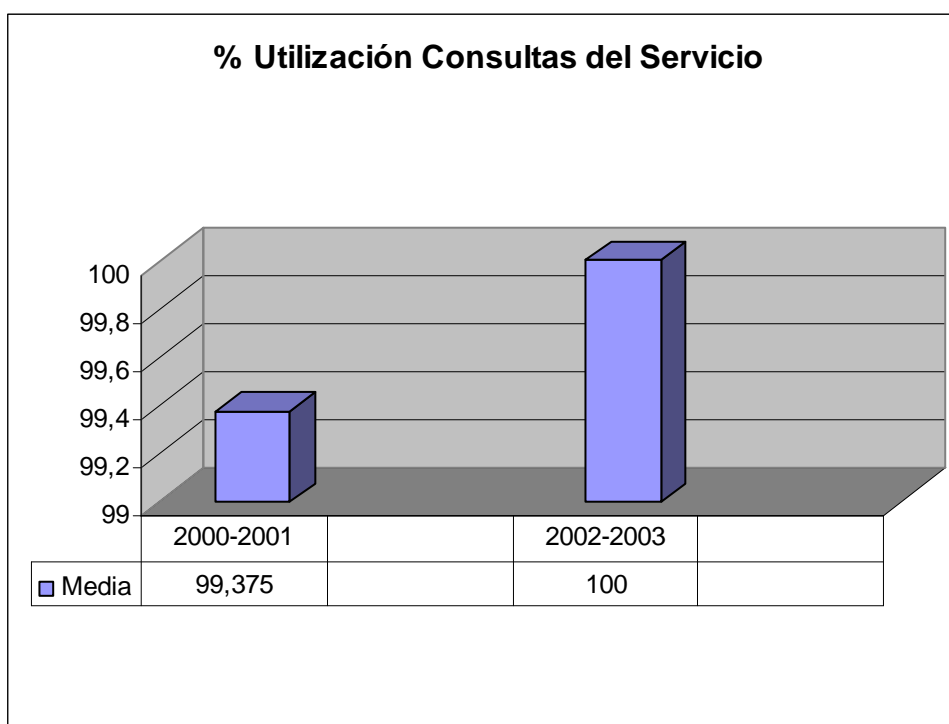


Figura 53

Frecuentación Consultas del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	429,23	417,48
	2001	405,73	
2002-2003	2002	461,82	428,52
	2003	395,22	

Tabla 60

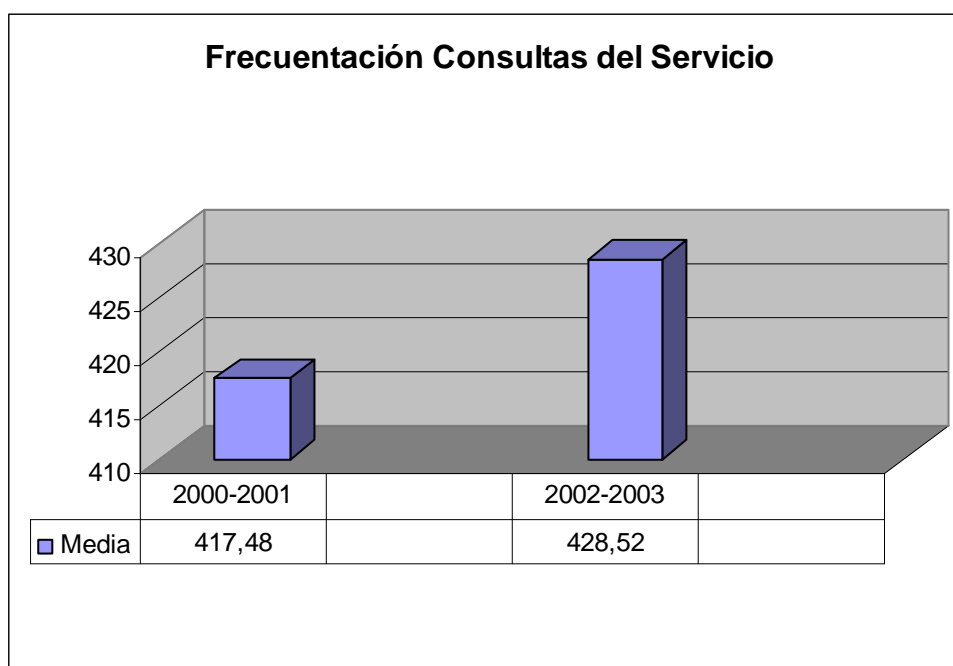


Figura 54

5.3.6 En relación con las Variables asistenciales, sobre Datos Generales de Asistencia Hospitalaria.

Durante el bienio 2000-2001 -en el Servicio/UGC- fueron *asistidos un total* de 16336 *pacientes*, y durante el bienio 2002-2003 se asistieron un total de 17137 (4,9 % más) (Tabla 61, Fig. 55). De forma más detallada se pueden apreciar en la Tabla 62.

Poniendo de nuevo en relación la variable económica de Gasto con la asistencial, se describe en la Tabla 63 y Fig. 56 el *Índice de Gasto por Paciente Asistido* en el Servicio durante los dos bienios del estudio, apreciándose un aumento del 4,25 % en el segundo periodo

El *número de GRDs quirúrgicos totales* (con ingreso + CMA) en ambos bienios fue el mismo (Tabla 64, Fig. 57), con un *Peso Medio* discretamente superior en el segundo bienio (Tabla 65, Fig. 58). Sin embargo, se registró un número inferior de *GRDs Quirúrgicos con ingreso* (-8,43 %) (Tabla 66, Fig. 59), con un *Peso Medio* muy similar (Tabla 67, Fig. 60). Por el contrario, se registró un mayor número de GRDs Quirúrgicos en CMA (+ 66,66 %), y *Peso Medio* semejante (Tablas 68 y 69, Fig. 61 y 62). En el *Anexo I* se desglosan los *procedimientos quirúrgicos con ingreso* realizados en el Servicio, agrupados por GRDs, y en el *Anexo II* los procedimientos quirúrgicos -también en GRDs- realizados en régimen de CMA.

Los Puntos GRD totales del Servicio, pasaron de 3240,65 en el primer bienio, a 3357,08 en el segundo (+ 3,61 %), según se aprecia en la Tabla 70 y Fig. 63.

Total de pacientes asistidos del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	8371	8168	16336
	2001	7965		
2002-2003	2002	8954	8568,5	17137
	2003	8183		

Tabla 61

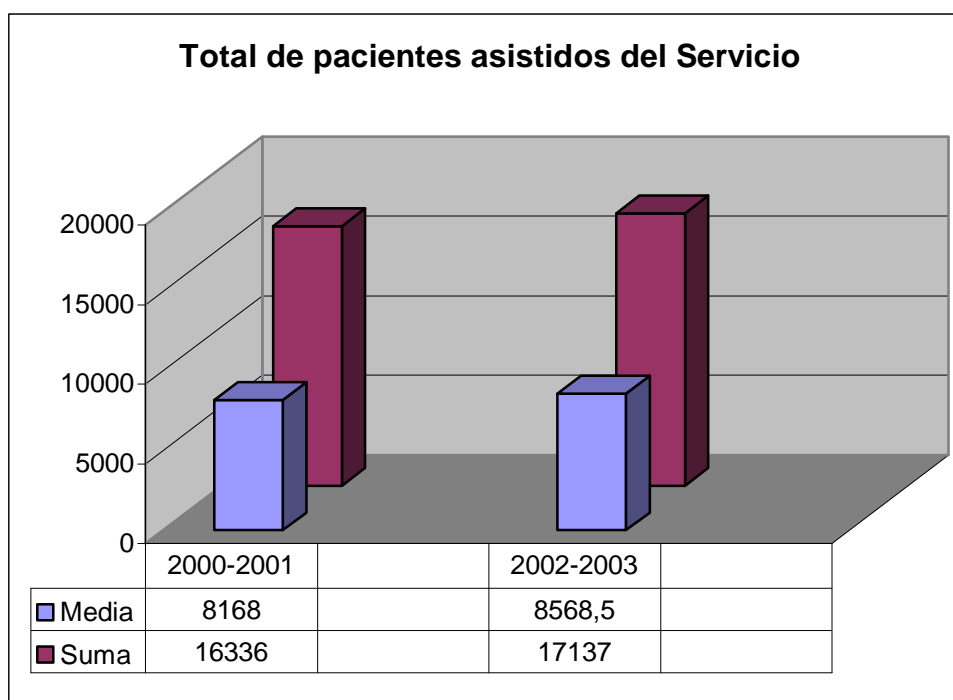


Figura 55

<i>Pacientes asistidos</i>	2000	2001	2002	2003	Bienio 2000- 2001	Bienio 2002- 2003
<i>Ingresos totales</i>	1335	1294	1245	1098	2629	2343
<i>Urgencias no ingresadas</i>	639	775	849	889	1.414	1.738
<i>CMA</i>	70	52	190	349	122	539
<i>Cma</i>	755	577	734	767	1.332	1.501
<i>Consultas externas</i>	5.572	5.267	5.936	5.080	10.839	11.016
TOTAL	8.371	7.965	8.954	8.183	16.336	17.137

Tabla 62

Índice de Gasto por paciente asistido del Servicio	
Bienio	euros x paciente asistido
2000-2001	170,43
2002-2003	177,68

Tabla 63

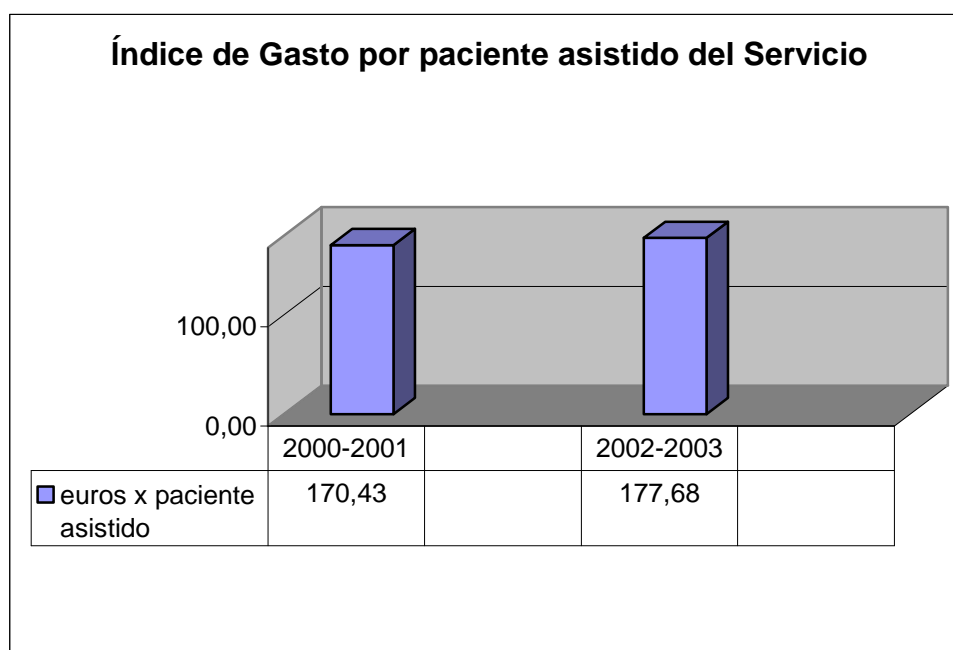


Figura 56

GRDs Totales del Servicio quirúrgicos con ingreso + CMA	
Bienio	Valor
2000-2001	107
2002-2003	107

Tabla 64

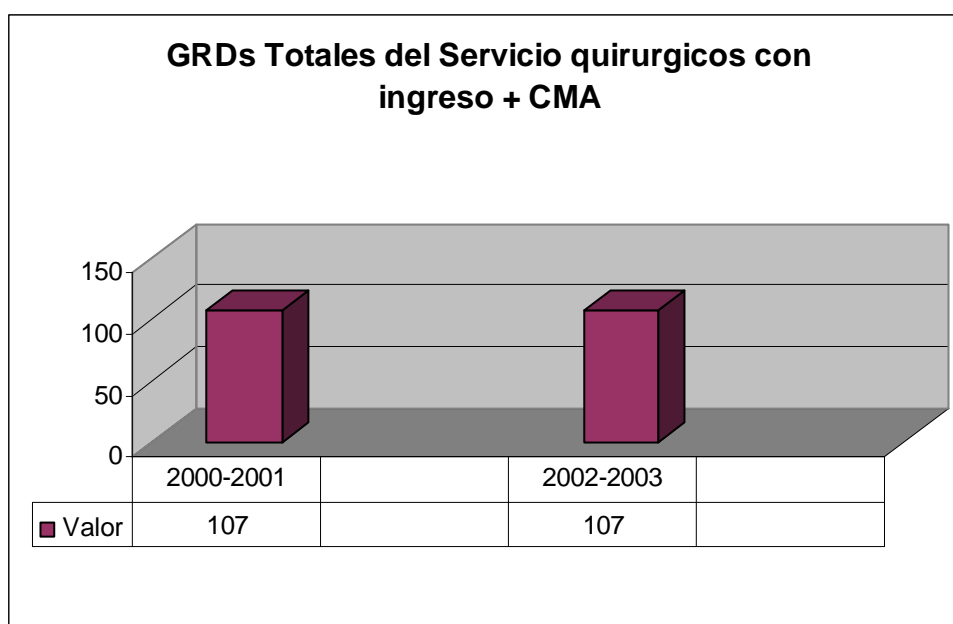


Figura 57

Peso medio GRDs Totales del Servicio	
Bienio	Valor
2000-2001	1,25
2002-2003	1,27

Tabla 65

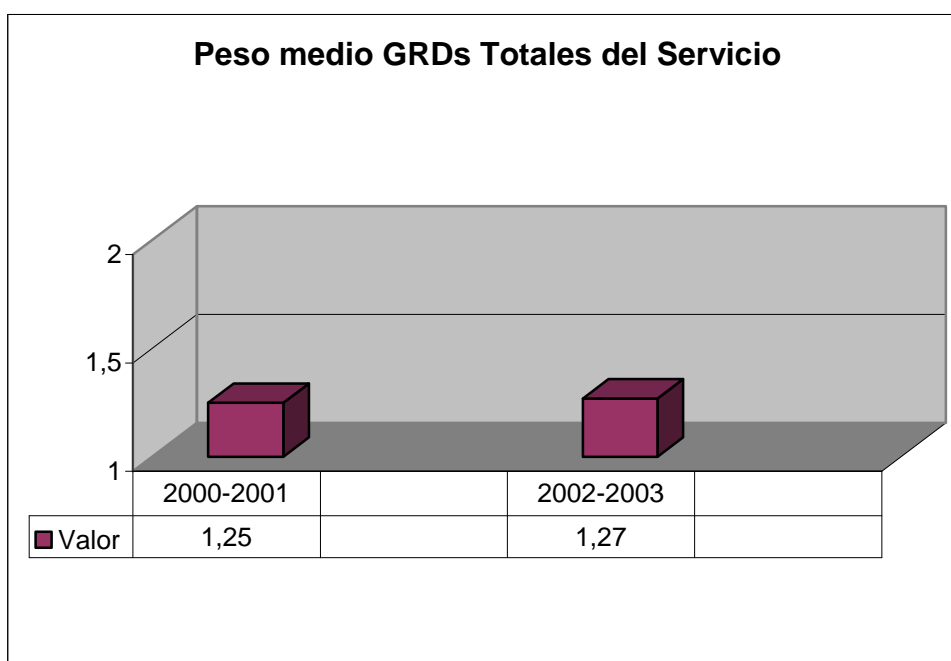


Figura 58

GRDs Quirúrgicos con ingreso del Servicio	
Bienio	Valor
2000-2001	95
2002-2003	87

Tabla 66

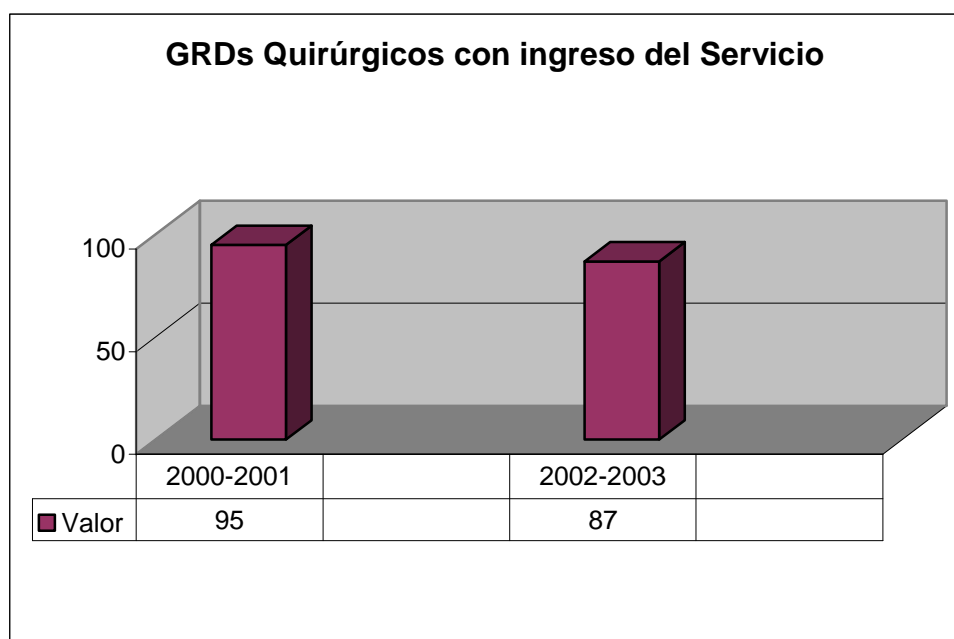


Figura 59

Peso medio GRDs Quirúrgicos con ingreso del Servicio	
Bienio	Valor
2000-2001	1,48
2002-2003	1,49

Tabla 67

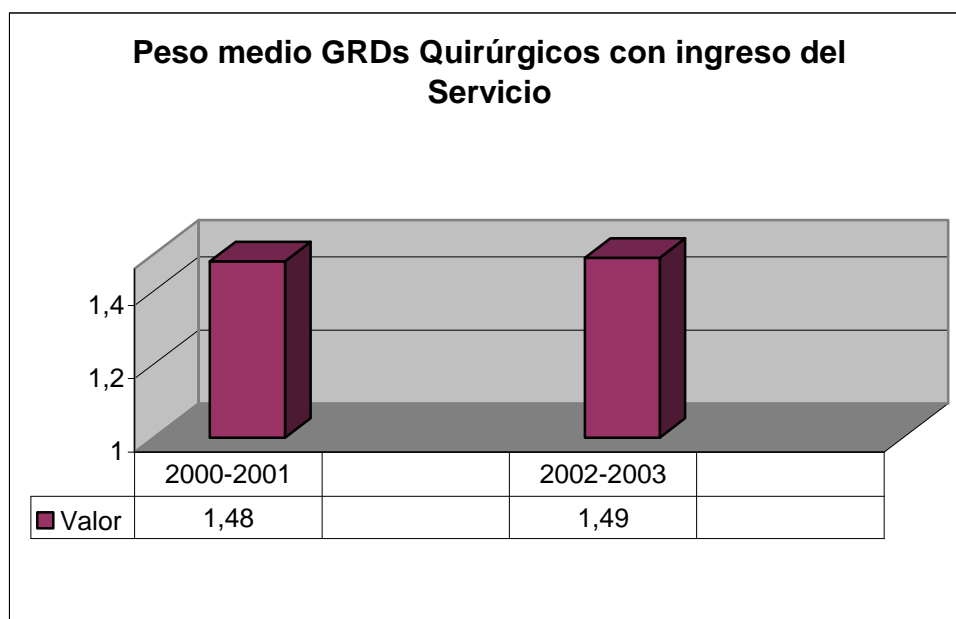


Figura 60

GRDs Quirúrgicos CMA del Servicio	
Bienio	Valor
2000-2001	12
2002-2003	20

Tabla 68

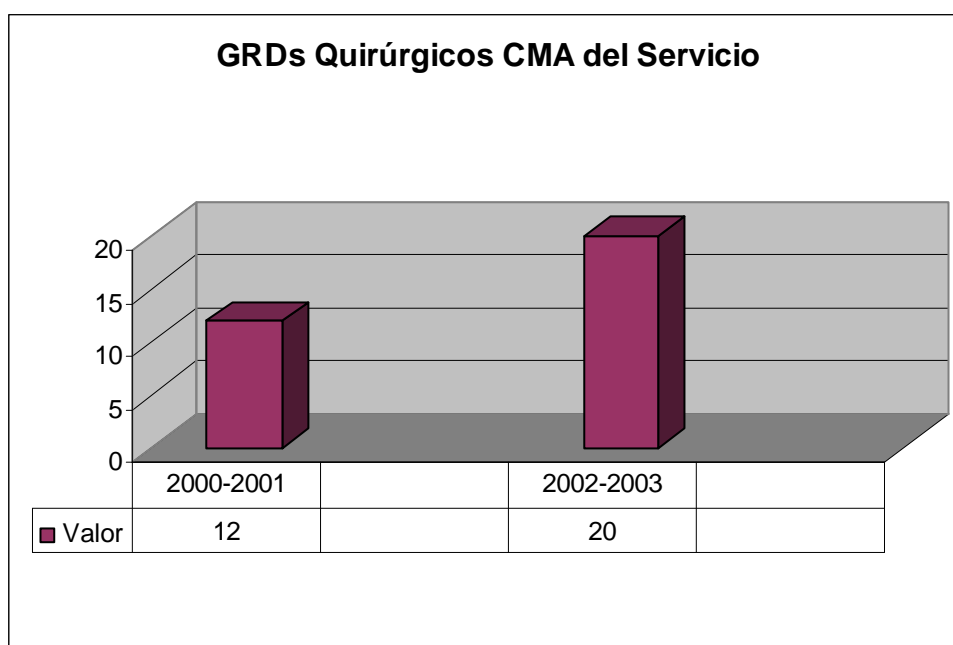


Figura 61

Peso medio GRDs Quirúrgicos CMA del Servicio	
Bienio	Valor
2000-2001	0,71
2002-2003	0,72

Tabla 69

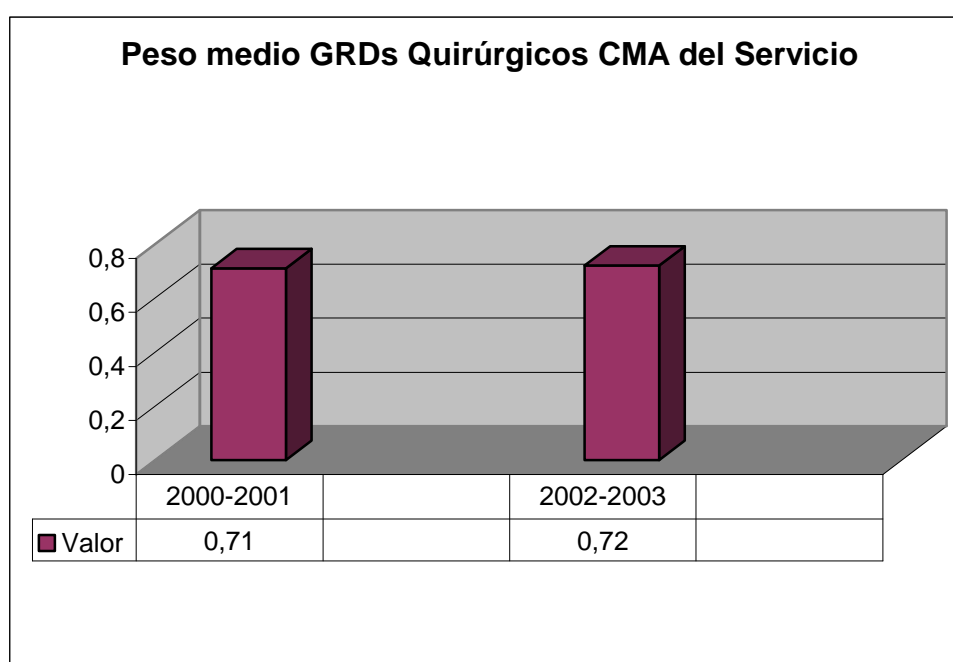


Figura 62

Puntos GRD Totales del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1621,33	1620,42	3240,85
	2001	1619,52		
2002-2003	2002	1731,87	1678,54	3357,08
	2003	1625,21		

Tabla 70

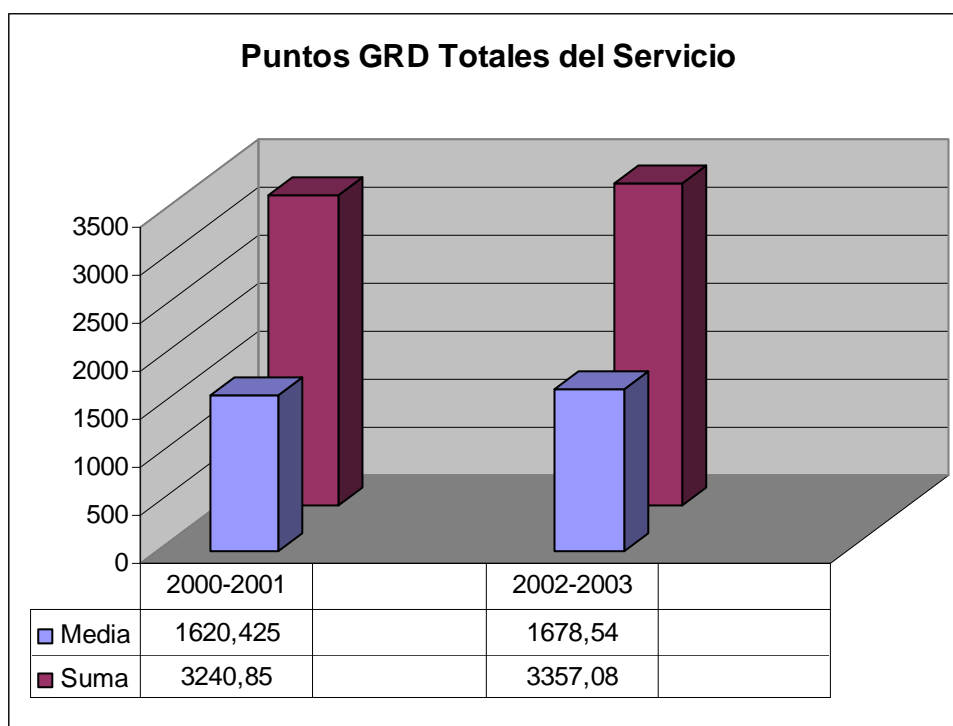


Figura 63

5.3.7 En relación con las Variables asistenciales, sobre Calidad / Eficiencia.

La media de *Infecciones Nosocomiales del Servicio* se redujo de 5,15 a 4,72 % en el segundo bienio (- 8,35 %) (Tabla 71, Fig., 64).

El *porcentaje de Exitus* aumentó del 1,48 % al 2,09 % (+ 42,2 %) (Tabla 72, Fig., 65).

El *porcentaje de Reingresos* aumentó del 0,49 al 1,31 % (+ 167,3 % en relación con los ingresos) (Tabla 73, Fig. 66)

El *Case Mix* pasó del 1,36 al 1,34 (- 1,5 %) (Tabla 74, Fig. 67)

El *total de Altas Codificadas* se mantuvo invariable con el 100 % (Tabla 75, Fig. 68).

El *número de pacientes en lista de espera* se redujo de 508 a 351 en el segundo bienio (- 69,09 %) (Tabla 76, Fig. 69).

La media de *días en lista de espera* se redujo de 122,5 a 95 en el segundo periodo (- 77,55 %) (Tabla 77, Fig. 70).

La media de la *Demora Media de cirugía* del Servicio se redujo de 61,5 a 40 días (- 65,04 %) (Tabla 78, Fig. 71).

Infecciones Nosocomiales del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	4,7	5,15
	2001	5,6	
2002-2003	2002	4,1	4,72
	2003	5,34	

Tabla 71

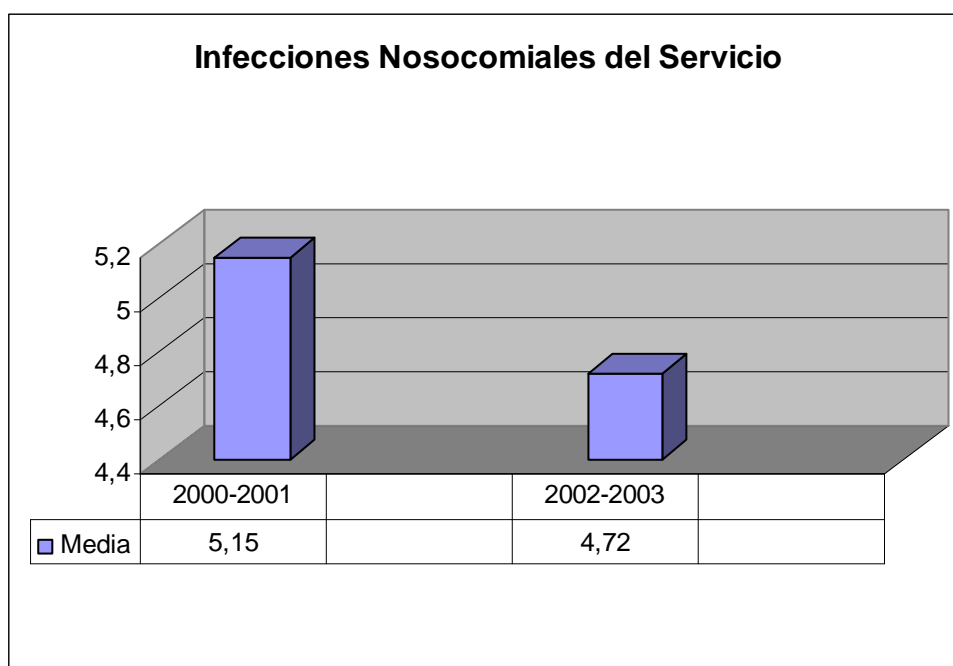


Figura 64

% Exitus del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	1,86	1,48
	2001	1,1	
2002-2003	2002	1,45	2,09
	2003	2,73	

Tabla 72

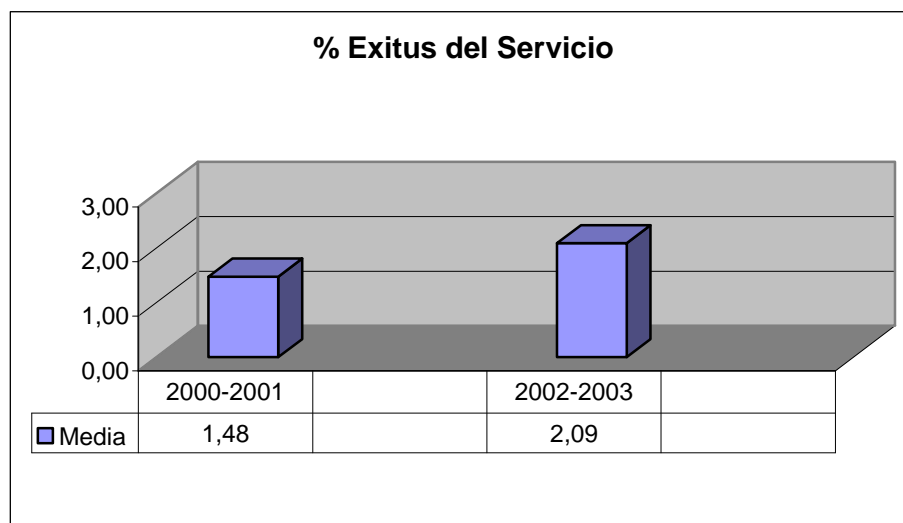


Figura 65

% reingresos del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	0,40	0,49
	2001	0,58	
2002-2003	2002	1,45	1,31
	2003	1,18	

Tabla 73

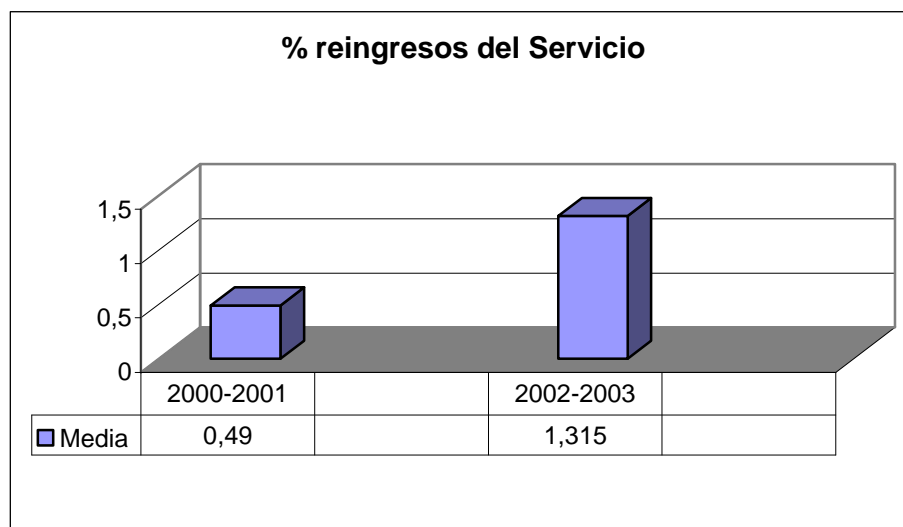


Figura 66

Case Mix del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	1,34	1,36
	2001	1,39	
2002-2003	2002	1,25	1,34
	2003	1,43	

Tabla 74

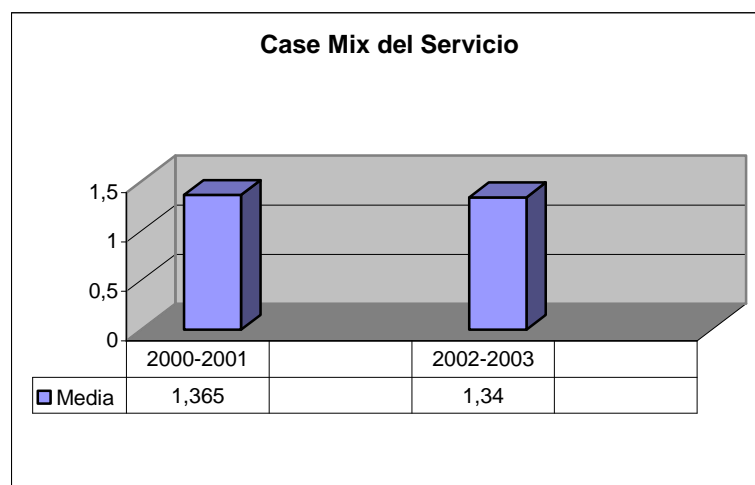


Figura 67

Total de altas codificadas del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	100	100
	2001	100	
2002-2003	2002	100	100
	2003	100	

Tabla 75

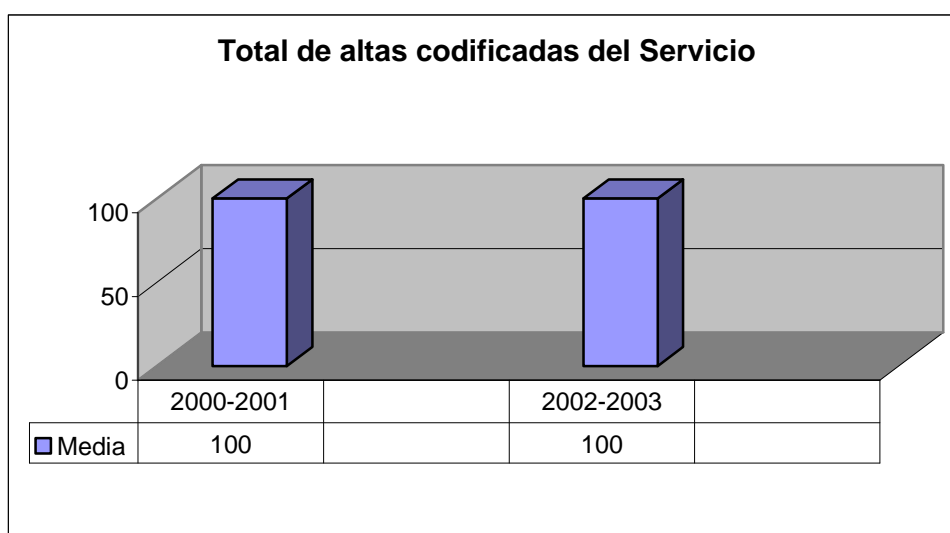


Figura 68

Pacientes en lista de espera del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	231	254	508
	2001	277		
2002-2003	2002	171	175,5	351
	2003	180		

Tabla 76

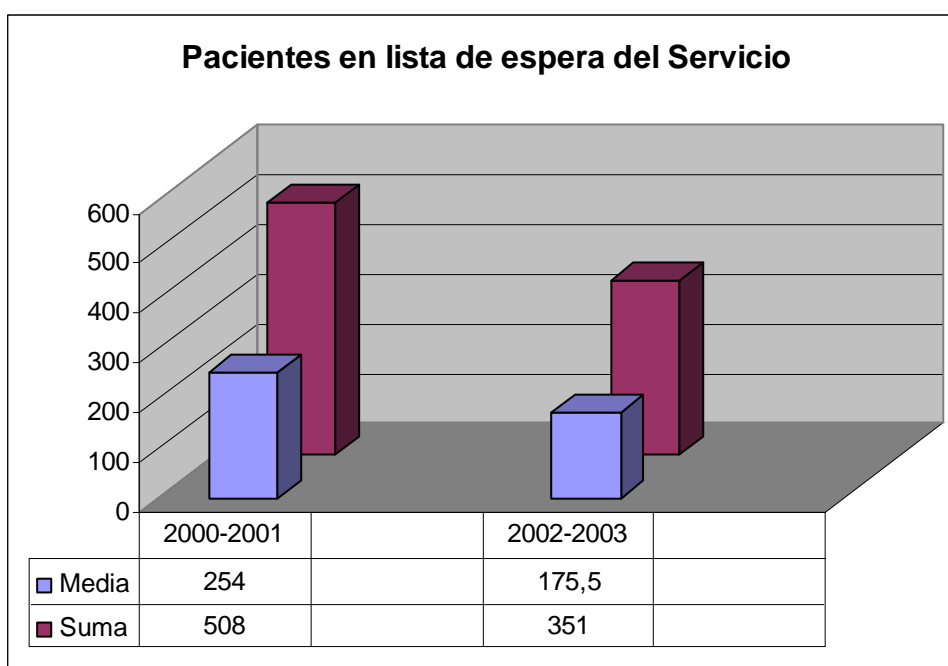


Figura 69

Días de lista de espera del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	125	122,5
	2001	120	
2002-2003	2002	100	95
	2003	90	

Tabla 77

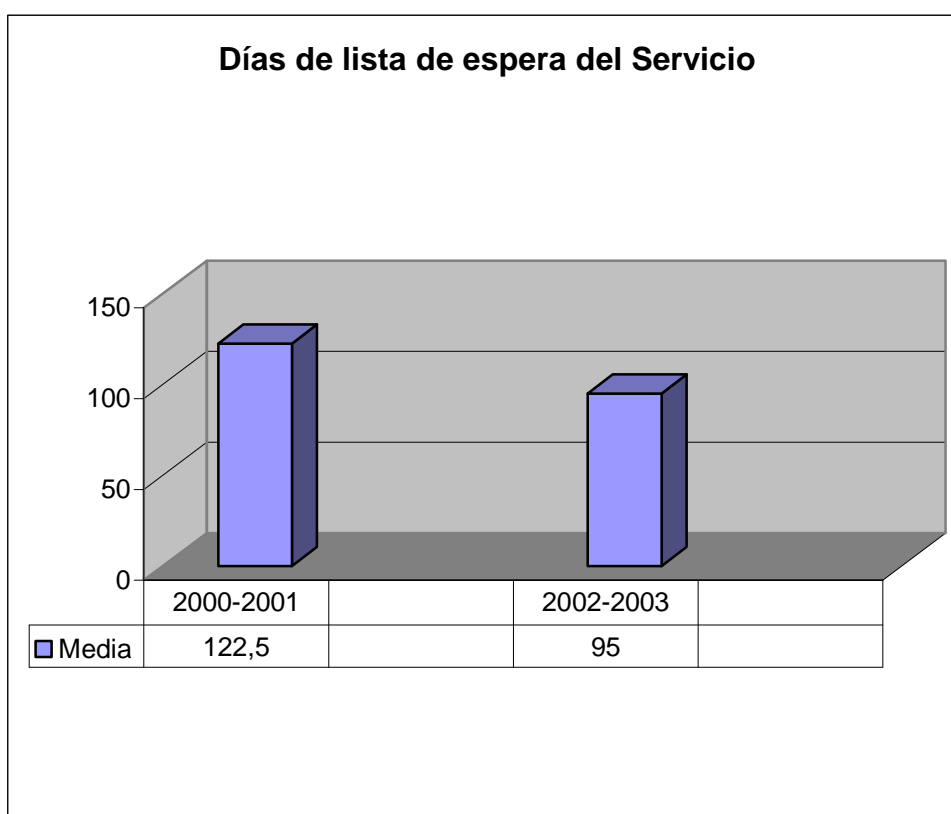


Figura 70

Demora media de Cirugía del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	56	61,5
	2001	67	
2002-2003	2002	39	40
	2003	41	

Tabla 78

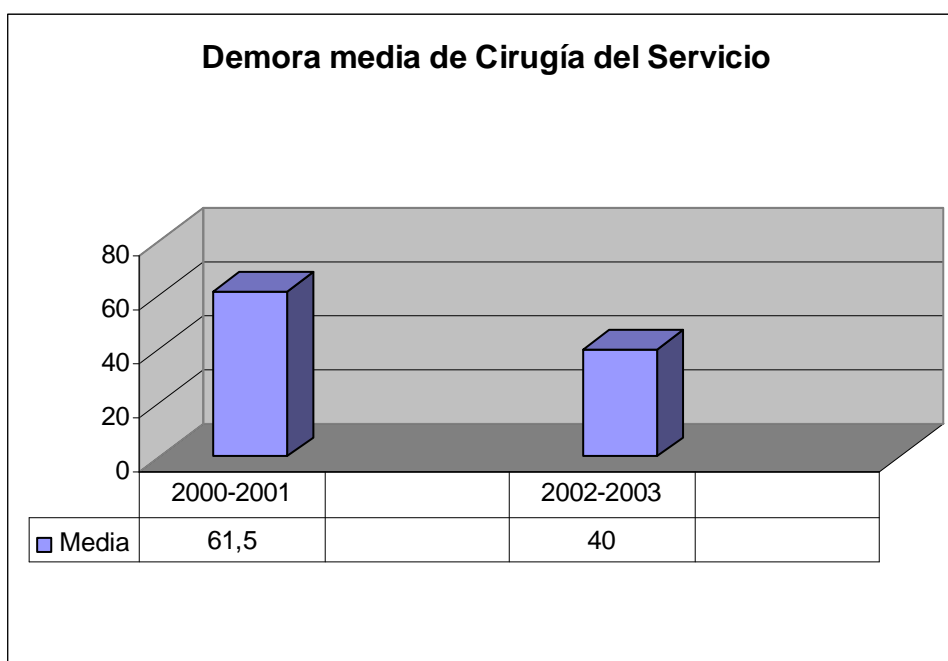


Figura 71

5.3.8 ANEXOS

ANEXO I.- Intervenciones quirúrgicas con ingreso, desagregadas por GRDs en el Servicio, durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003. 95 GRDs (100 %) del bienio 2000-2001, que se traducen en 2.143 procedimientos, con un peso de 1.48. Y 87 GRDs (100 %) del bienio 2002-2003, que se traducen en 1.942 procedimientos, con un peso de 1.49

ANEXO I GRDs COMPARATIVOS BIENIOS 2000-2001 Y 2002-2003 DE CIR CON INGRESO SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

5.3.8.1.1.1.1	Descripción	GRD	2000-2001		2002-2003	
			Nº CASOS	PESO GRD	Nº CASOS	PESO GRD
	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	55	1	0,68	1	0,68
	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	77	1	1,63		
	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	113	12	5,92	12	6,00
	AMPUTACION DE M.SUPERIOR & DEDOS DEL PIE POR TRASTORNOS CIRCULATORIOS	114	8	2,76	6	2,85
	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. SIN IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SU LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	116	1	3,72		
	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	119	38	0,80	11	0,82
	RESECCION RECTAL CON CC	120	7	3,14	3	3,24
	RESECCION RECTAL SIN CC	146	7	3,12	17	3,05
	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	147	5	2,00	4	1,98
	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	148	41	3,13	47	3,08
	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	149	29	1,94	34	1,92
	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	150	1	2,38	2	2,38
	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	151	12	1,37	16	1,35
	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	152	4	2,13	4	2,11
	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 CON CC	153	5	1,48	4	1,46
	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 SIN CC	154	17	3,80	11	3,74
	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA CON CC	155	9	2,00	12	1,98
	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	157	10	1,28	20	1,25
	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	158	225	0,59	239	0,58
	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	159	18	1,44	19	1,41
	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	160	147	0,92	149	0,91
	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	161	33	1,25	38	1,22
	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	162	372	0,67	285	0,66
	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	163	3	0,62	2	0,63
	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	164	10	2,09	3	2,05
	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	165	19	1,37	9	1,34
	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	166	15	1,23	11	1,21
	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	167	125	0,84	136	0,88
	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	170	6	3,04	2	3,00
	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC	171	5	1,31	3	1,29
		191	2	4,49		

PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC	192	4	2,21	4	2,19
PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	193	8	3,53	10	3,46
PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	194	7	1,84	5	1,80
COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	195	3	2,48	1	2,48
COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	196	9	1,98	3	1,96
COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	197	5	2,09	11	2,08
COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	198	23	1,31	13	1,30
PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	199	1	2,31		
PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	200	1	2,35		
DESBRID.HER.& INJ.PIEL EXC.HER.ABIERTA POR TRAST.MUS.ESQ.& T.CONEC.EXC.MANO	217	3	3,08		
PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 CON CC	218			1	2,37
PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	225	2	1,13		
PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	227	1	0,93	2	0,92
OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO SIN CC	234	1	1,50	1	1,46
MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	257	1	1,47	1	1,47
PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EXCISION LOCAL	261			1	0,98
BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	262	1	0,71	2	0,69
INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	263	2	3,11	1	3,05
INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	264	2	1,92	2	1,86
INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	265	1	2,42	3	2,42
INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	266	7	1,34	6	1,33
PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	267	119	0,53	59	0,53
OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA CON CC	269	2	1,67	3	1,64
OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA SIN CC	270	46	0,94	61	0,93
AMPUTACION M.INFERIOR POR TRAST.ENDOCRINOS, NUTRICIONALES & METABOLICOS	285			1	3,92
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD	288	1	1,29		
PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	289	1	1,16		
PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	290	39	0,93	44	0,93
PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	308	2	2,31		
OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE RIÑON & TRACTO URINARIO	315			1	2,82
PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	334			1	2,49
PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	339			1	0,71
EVISCERACION PELVICA, HISTERECTOMIA RADICAL & VULVECTOMIA RADICAL	353			1	3,05
PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	356			1	0,93
PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	357	2	2,13		
PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO CON CC	358	3	1,45		
PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	359	1	1,07	2	1,10
OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	365	2	1,40	1	1,38
ESPLENECTOMIA EDAD>17	392	2	2,40	3	2,40
ESPLENECTOMIA EDAD<18	393	1	1,62		
OTROS PROC. QUIRURGICOS HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	394	4	1,70	3	1,68
LINFOMA & LEUCEMIA CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR	400	4	2,55	1	2,63
LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS CON CC	401	1	3,60		
LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS SIN CC	402	3	1,66	3	1,73
TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC. QUIRURGICO MAYOR CON CC	406	1	3,33		
PROC. QUIRURGICO POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS & PARASITARIAS	415	10	2,44	4	2,40
DESBRIDAMIENTO HERIDA POR LESION TRAUMATICA, EXCEPTO HERIDA ABIERTA	440	3	2,12	1	2,08
OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA CON CC	442	5	2,08	4	2,07
OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA SIN CC	443	1	0,88	6	0,87
PROC. QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	461			1	0,69
Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal	468	5	4,12	6	4,21
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	477	3	1,78		

TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	482	1	5,60		
TRAQUEOSTOMIA, EXCEPTO POR TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	483	3	23,36		
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR CON CC	493	22	1,65	30	1,62
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	494	253	0,85	261	0,86
PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	549	8	9,79	3	10,00
OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	550	7	5,43	3	5,72
PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O INTEST. CON CC MAYOR	553	31	4,44	28	4,37
PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	554	1	2,53	4	2,53
PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL.HEPATICO CON CC MAYOR	555	19	7,50	11	7,40
COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	556	21	4,02	23	3,98
PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILATERAL O MULTIPLE CON CC	558			1	6,67
PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	564	3	4,93	1	4,91
PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. & METAB. EXC.AMPUTACION M.INF. CON CC MAYOR	565	1	5,42	1	5,32
PROCEDIMIENTOS RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYO	567			2	6,73
PROCEDIMIENTOS NO RADICALES APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	573	2	2,75	2	2,95
PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYO	575	1	6,24		
PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	581	2	7,08	8	7,00
PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	583	4	4,17	2	4,15
PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO & GRUESO CON CC MAYO	585	51	5,90	71	5,82
HIV CON PROCED. QUIRURGICO SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	704	1	4,03		
OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	732	6	4,26	1	4,17
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	787	2	1,80	2	1,78
DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	791	3	1,36	3	1,32
PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATI	793			1	9,97
Total		1973	1,48	1833	1,49

La selección de casos está basada en un total de 42.354 registros. Los valores que no se pudieron calcular debido a la división entre 0 se indican con espacios 0 paciente(s) excluido(s) del informe debido a la no disponibilidad de los valores de la norma.

CRITERIOS DE SELECCION:

Fichero(s): CMBD 4TR 2000, CMBD3T2000, 2001, cm4t02, 2003 Variable(s) de Análisis: Peso GRD Variable(s) de Unificación: GRD Norma 1: Norma2003 Excluir Norma 1: No Norma 2: No existe Fichero de Normas Excluir Norma 2: No GRDs Médicos/Quirúrgicos: Quirúrgic

FORMATO: Formato de salida: Resumen Pág. Nueva cada Var. Unif. 1: No Título 1: GRD Título 2: (con Peso GRD) Variable de Unificación 1: GRD Ordenar Por: Valor Tipo de Orden Ascendente ESTADISTICAS: Anã

ANEXO II.- Intervenciones quirúrgicas con CMA, desagregadas por GRDs en el Servicio, durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003. 12 GRDs (100 %) del bienio 2000-2001, que se traducen en 122 procedimientos, con un peso de 0.71, y 20 GRDs (100 %) del bienio 2002-2003 que se traducen en 538 procedimientos, con un peso de 0.72.

GRD	Peso	Procedimientos quirúrgicos del Servicio con CMA	2000-2001	2002-2003
267	0.53	Proced. de región perianal & enfermedad pilonidal	30	125
160	0.91	Proced sobre hernia excepto inguinal & femoral > 17 sin cc	29	77
162	0.66	Proced. sobre hernia inguinal & femoral > 17 sin cc	24	191
158	0.58	Proced. sobre ano & enterostomía sin cc	14	64
494	0.86	Colecistectomía laparoscópica sin explor conducto biliar sin cc	7	29
262	0.69	Biopsia de mama & escisión local por proc. no maligno	5	5
163	0.63	Procedimientos sobre hernia < 18 años	3	4
270	0.71	Otros proc. sobre piel , t. subcutáneo & mama sin cc	2	0
159	1.41	Proced. sobre hernia excepto inguinal & femoral > 17 con cc	1	7
231	0.71	Escisión local & eliminación disp. fijación int. exc. cadera &	1	0
261	0.71	Proced. sobre mama por proceso no maligno excepto biopsia	1	0
470	0.71	No agrupable	1	0
161	1.22	Proced. sobre hernia inguinal & femoral > 17 con cc	4	16
229	0.81	Proced. sobre mano o muñeca excep. proced mayores articul. sin	0	6
157	1.25	Proced. sobre ano & enterostomía con cc	0	3
266	1.33	Injerto piel & /o desbrid. except. Por úlcera cután. , celulitis sin	0	2
493	1.62	Colecistectomía laparoscópica sin explor conducto biliar con cc	0	2
189	0.63	Otros diagnósticos ap. digest. > 17 sin cc	0	1
208	0.63	Trastornos del tracto biliar sin cc	0	1
260	0.94	Mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin cc	0	1
276	0.68	Trastornos no malignos de mama	0	1
443	0.87	Otros proced. quirúrgicos por lesión traumát. Sin cc	0	1
468	4.21	Proced. quirúrgico extensivo sin relación con diagnóst principal	0	1
553	4.37	Proc. ap. dig.. except hernia & proc mayor estómago o intest con	0	1

DISCUSIÓN

6 DISCUSIÓN

Bajo la denominación “gestión clínica” se encuadran conceptos y experiencias diversos, si bien podrían agruparse en dos bloques: uno relacionado con la gestión de procesos basada en la evidencia, y otro con la gestión descentralizada de recursos por parte de los clínicos: “la gestión de la clínica”. Los dos enfoques pueden considerarse parciales, en el sentido de dirigirse a “partes” de la actividad clínica y, limitados, tanto en su expresión operativa, cómo en su capacidad de originar cambios sobre el objeto de la actividad del clínico (centrados en algunos procesos, el primero, y en algunos recursos más o menos relacionados con la actividad clínica, el segundo) ¹¹¹.

Basándonos en estas premisas, comenzamos la discusión de los resultados obtenidos de las variables previstas en el apartado Material y Métodos, teniendo en cuenta que -dado lo novedoso del estudio comparativo en las UGC- no hemos encontrado apenas bibliografía con la que compararnos, haciendo casi exclusivamente referencia a los datos disponibles publicados por el SAS, sobre los hospitales de nuestro nivel (Hospitales Comarcales I, antiguo Grupo III).

Dentro de los Hospitales Comarcales I, vamos a compararnos con el Hospital Infanta Margarita, de Cabra (Córdoba), el Hospital Infanta Elena de Huelva, y el Hospital San Juan de la Cruz, de Úbeda (Jaén), que son los que han permanecido en este grupo durante los dos bienios del estudio (2000-2001 y 2002-2003), ya que el Hospital Punta de Europa (Cádiz), que antes figuraba en el nuestro, en 2003 se fusionó con el Hospital de La Línea, también de Cádiz, para formar el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar; el Hospital Costa del Sol, que actualmente aparece en el Grupo

Comarcales I, está desde 2004 (fuera del periodo estudiado) .El número de variables publicadas por el SAS sobre los mismos, es ostensiblemente inferior a las tratadas en este proyecto de investigación que se propone como Tesis Doctoral.

6.1 Sobre las variables económicas

Comenzamos comentando el resultado sobre el **Gasto en Capítulo I de los Médicos del Servicio / UGC** (Tabla 13, Fig.6), en el que se aprecia un *aumento del 8,8 %* con respecto al primer bienio. Esta subida se atribuye, además del natural del 2 % interanual del IPC (con discretas variaciones), al aumento de las retribuciones por acuerdos sindicales, que se traduce en que el Capítulo I crece en 2001 con respecto al 2000 un 3,4 %; en 2002 un 3,5 % y en 2003 un 7,47 %, sin que la intervención de los cuadros directivos del Hospital o del propio Servicio / UGC tuviera lugar.

El **Gasto en Capítulo I de la Enfermería del Servicio (ATS / Auxiliares)**, solo *aumenta el 2 %* en el segundo bienio (igual al aumento interanual del 2%), porque se ha redistribuido el trabajo de ATS y Auxiliares , compartiéndolo entre Consulta y Planta de Hospitalización a tiempo parcial, sin sustitución. (Tabla 14, Fig. 7).

Si calculamos el **Gasto total en Capítulo I, tanto de Médicos como de Enfermería del Servicio/UGC** en el bienio 2000-2001 (1.139.912 + 977.472), nos da 2.117.384 €, que en el bienio 2002-2003 pasaron a 2237.958 € (1.240.985 + 996.973), lo que se traduce en un *aumento del 5,7 %*.

Si lo comparamos con el *Gasto en Capítulo I total del Hospital* en esos periodos (Tabla 9), observamos que se pasa de 51.023.974 € en el primer bienio, a 55.861.063 en

el segundo, con un *aumento del 9,5 %*, si bien aquí se contempla el resto de personal no sanitario, aunque porcentualmente es descriptivo (Memorias del Hospital San Agustín 2000, 2001, 2002, 2003) ^{112-114, 109}

De la misma forma, si se efectúa un estudio comparativo con el *Gasto en Capítulo I global del SAS*, se pasa de 4.912.033.688 € en el primer bienio, a 5.539.618.353 € en el segundo, con un *aumento de 12,8 %* ¹¹⁵⁻¹¹⁸, y que el propio SAS justifica, fundamentalmente, por el Acuerdo de 21 de Noviembre de 2002, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad, sobre política de personal para el periodo 2003 a 2005 (BOJA nº 50 de 14 de Marzo), en el que un importante segmento de los incrementos acordados descansa sobre retribuciones variables, y está ligada a la consecución de objetivos de carácter estratégico de la organización ¹¹⁸.

Es así que nuestro Servicio de Cirugía / UGC, se sitúa en una tasa de crecimiento del Gasto en Capítulo I, muy inferior al del global de nuestro Hospital y al del SAS en el mismo concepto.

El Gasto en Capítulo II del Servicio / UGC (Tablas 15-18, Fig. 8-11) disminuye 1,5 % de forma global en el segundo periodo (*teniendo en cuenta que el Gasto en Ortopedia, se comienza a asumir e los Hospitales a partir del 2002*), con variaciones de *aumento en Farmacia (+ 13,06 %*, y *disminuciones en Fungibles (- 6,43 %)* (a pesar de haber realizado 40 procedimientos más en el 2º bienio de colecistectomía laparoscópica), y especialmente en *Prótesis (- 45,80 %)* (aunque hemos realizado 154 procedimientos más sobre hernia en el 2º bienio, con utilización de prótesis prácticamente en todos los casos). (Ver Anexos I y II) Nos explicamos el aumento del

gasto farmacéutico por el aumento de las nutriciones parenterales totales y el gasto en antibióticos, al haber tenido algunos enfermos más complejos y de larga estancia. La disminución del gasto en fungibles de alto costo se consiguió racionalizando las peticiones del material de suturas mecánicas y el de cirugía laparoscópica. La llamativa disminución del gasto en prótesis, especialmente mallas para la reconstrucción de pared abdominal, se consiguió aumentando la utilización de las mallas de polipropileno genéricas y las de polyglactin 910.

Comparativamente con el *Gasto Total en Capítulo II de nuestro Hospital*, apreciamos (Tabla 9) que se ha pasado de 14.795.498 en el primer periodo, a 18.242.726 en el segundo, con un *aumento del 23,3 %*^{112-114, 109}.

El *Gasto en Capítulo II total del SAS*, pasó de 1.984.184.110 € durante el bienio 2000-2001, a 2.383.858.747 €¹¹⁵⁻¹¹⁸. Un *20,14 % más*.

También en este Capítulo (II), la microgestión en nuestro Servicio de Cirugía / UGC, al haber ahorrado un 1,5 %, evidencia una gran efectividad.

El **Gasto Total del Servicio de Cirugía / UGC** (Tabla 19, Fig. 12) pasó de 2.784.144 € en el primer bienio a 2.902.508 € en el segundo, con un *aumento un 4,25 %*. El *Gasto Total del Hospital* fue de 65.818.932 € en el primer bienio y de 74.103.789 € en el siguiente (+ 12,6 %)^{112-14, 109}. El *Gasto Total del SAS* en la suma de los Capítulos I y II, pasó de 6.896.217.798 a 7.923.477.100 € en los periodos referidos¹¹⁵⁻¹¹⁸; un *14,9 % más*, por lo que *el aumento del Gasto Total del Servicio / UGC en el segundo bienio, donde se había instaurado el modelo de Gestión Clínica, demostró,*

comparativamente con el resto del Hospital y con los gastos generales del SAS una sensible disminución porcentual.

Si además tuviéramos en cuenta lo comentado en el Gasto del Capítulo I de los Médicos del Servicio/UGC, y no contáramos con esos incrementos -aumento obligado del IPC, acuerdos sindicales de los SS.CC del SAS (aplicación de la jornada de 35 horas, turnos diurnos, rotatorio y nocturno 2001-2002, aplicaciones de acuerdos sobre pago de nocturnidad y festivos, nuevo marco retributivo 2003-2005) - para expresarlo de alguna manera en € constantes, el diferencial entre 1º y 2º bienio del Gasto en Capítulo I de los Médicos del Servicio/UGC pasaría a ser de + 8,8 % a - 0,78 %; el del Capítulo I de Enfermería, de + 2 % a - 7,1 %; el del Capítulo II, de -1,5 % a -5,4 %, y el Total del Servicio/UGC, de + 4,25 % a - 4 %.

Pero como todo el estudio económico facilitado por la Unidad de Contabilidad Analítica de nuestro Hospital, y los datos publicados por el propio SAS no tienen en cuenta estas circunstancias, ofreciéndolos teniendo en cuenta el IPC y las demás variables, nosotros vamos a manejarnos con los datos oficiales, aunque sean menos favorables.

No disponemos de datos económicos de los demás Hospitales ni de los Servicios de Cirugía de nuestro grupo.

6.2 Sobre las variables asistenciales Ingresos / Estancias

Los **Ingresos Totales** (Tabla 20, Fig. 13) experimentaron un notable descenso en el bienio 2002-2003, con respecto al 2000-2001, pasándose de un total de 2447 a 2343 (- 4,25 %),- con una media de 1223,5 y 1171,5 respectivamente-y especialmente si correlacionamos el segundo año del bienio 2000-2001 (1210 ingresos), con el homónimo del bienio 2002-2003 (1098 ingresos) (-9,26 %). Esto se justifica por el aumento notable de la CMA en el segundo periodo, como se verá en el apartado correspondiente.

En relación con los Servicios de Cirugía de los Hospitales de nuestro Grupo ¹¹⁹⁻
¹²² , apreciamos que el Hospital Infanta Margarita, de Cabra (Córdoba), durante el bienio 2000-2001 hubo una media de 1505,5 ingresos y en el 2002-2003, se redujo a 1392,5 (- 7,5 %). El Hospital Infanta Elena , de Huelva, pasó de una media de 1470 ingresos a 1445,5 en la segunda época (- 1,7 %). El Hospital San Juan de La Cruz, de Úbeda (Jaén), redujo la media del nº de ingresos en el segundo bienio con respecto al primero, de 1462,5 a 1292,5 (- 11,6 %). Estamos porcentualmente en la reducción de ingresos, por debajo de los Hospitales Infanta Margarita y San Juan de La Cruz, y por encima del Infanta Cristina, pero estamos con una media del total de ingresos inferior a los Servicios de Cirugía los Hospitales referidos en ambos periodos. Hay un error en el nº de ingresos totales que nos ofrece el Servicio de Admisión y Documentación Clínica de nuestro Hospital, y el que se refleja en las bibliografías correspondientes a Actividad Asistencial en Atención Especializada de los años 2000. 2001, 2002 y 2003 ¹¹⁹⁻¹²²: 1335 ingresos, 1294, 1317 y 1183 respectivamente. Posiblemente, en los Ingresos Totales se han contando, además de los Ingresos Programados, los ingresos por traslado desde otro Servicio (ya que los ingresos Urgentes coinciden), y nosotros solo hemos contado con

los ingresos desde Admisión. Hemos decidido trabajar con los datos de nuestro propio Hospital (Admisión), aunque el porcentaje de reducción de ingresos, con estas cifras, en el segundo bienio es muy similar (- 4.9 %)

En cuanto a los **Ingresos Programados**, también se aprecia un descenso (Tabla 21, Fig. 14). Se pasa de 1404 a 1260, de un bienio al siguiente (- 10, 26 %) – media de 702 y 630 respectivamente- en especial por el aumento de la CMA, como ya se ha comentado con anterioridad. El Servicio de Cirugía del Hospital Infanta Margarita pasa de una media de 661 a 703 (+ 6,35 %); el del Hospital Infanta Elena, de 696 a 738 (+ 6,03 %), y el del San Juan de La Cruz, de 674 a 481,5 (- 28,57 %) ¹¹⁹⁻¹²². Reducimos significativamente porcentaje de ingresos programados con respecto al Infanta Margarita e Infanta Elena, pero menos que el del San Juan de La Cruz.

El nº de **Ingresos Urgentes** (Tabla 22, Fig. 15), experimenta un discreto aumento: de 1043 a 1083 (+ 3, 83 %) -media de 521,5 y 541,5- , posiblemente debido al aumento de la presión asistencial (Frecuentación de Urgencias y Presión de Urgencias, como se verá más adelante. Comparativamente con los Servicios de Cirugía de los Hospitales de nuestro Grupo ¹¹⁹⁻¹²² : El Hospital Infanta Margarita desciende de una media de 844,5 ingresos en el primer bienio, a 689,5 en el segundo (- 18,36 %); el Hospital Infanta Elena pasa de una media de 774 a 707,5 (- 8,6 %), y el San Juan de La Cruz de 788,5 a 811 (+ 2,5 %).

La reducción del nº de **Altas Totales**, va en consonancia con el nº de ingresos, si bien influenciados especialmente con el de ingresos programados (- 5,5 %),

especialmente llamativo si se correlaciona el segundo año del primer bienio con el mismo del segundo bienio (- 10 %) (Tabla 23, Fig. 16). No disponemos de datos al respecto de los Hospitales del Grupo.

El **Total de Estancias** varió en nuestro Servicio / UGC, de 10.596 a 9.769 (- 7,8 %) (Tabla 24, Fig. 17), por la misma razón del aumento de la CMA. Comparativamente con los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo ¹¹⁹⁻¹²² : El Hospital Infanta Margarita pasó de una media de 10.735 a 9.751,5 (- 9,2 %); el Hospital Infanta Elena, de una media de 10.187 a 9.297 (- 8,7 %), y el San Juan de La Cruz, de 8.707 a 8.495,5 (- 2,5 %).

La **Estancia Media** se redujo de 4,03 a 3,94 (- 2,3 %) (Tabla 25, Fig. 18). Este dato es de valorar ya que, aunque se redujo el nº de ingresos programados en aras de la CMA, y podría suponer un aumento relativo de la estancia media porque los pacientes intervenidos con ingreso serían aquellos más complicados, el esfuerzo del Servicio / UGC en reducir la estancia media se ha puesto de manifiesto. En los Servicios de Cirugía de los Hospitales de nuestro Grupo ¹¹⁹⁻¹²² : El Hospital Infanta Margarita pasó de 7,15 a 7 (- 2,1 %); el Hospital Infanta Elena, de 6,95 a 6,4 (- 8,6 %), y el San Juan de La Cruz, pasó de 6 a 6,6 (+ 10 %). Estamos por debajo del porcentaje de reducción del Infanta Elena, muy similares al del Infanta Cristina y muy por encima del San Juan de La Cruz, y siempre con una estancia media muy inferior al del Grupo.

La identificación del uso innecesario (también denominado inapropiado, inadecuado, o no-agudo) de la hospitalización, supone detectar los días de estancia en hospitales de agudos que podrían haber sido evitados si los mismos cuidados (y siempre

desde una óptica estrictamente médica), hubieran sido prestados en el nivel asistencial idóneo: ambulatorio, domicilio, hospital de larga estancia, residencia o centros análogos.

El uso innecesario puede originarse en deficiencias organizativas del hospital (necesidad de ingreso del paciente un día antes de la intervención por causas ajenas a todos y que nadie sabe explicar muy bien; listas de espera para pruebas en pacientes ingresados; tiempos de espera para la recepción de resultados, etc.), ineficiencias en el manejo médico de los pacientes (demora innecesaria en dar de alta; espera de una prueba o un resultado que no afecta a la necesidad de hospitalización o que podría realizarse ambulatoriamente; ausencia de un plan diagnóstico-terapéutico, etc.) a problemas del propio paciente (sociales y familiares) y a problemas relacionados con deficiencias en la red de atención (falta de lugares o formas alternativas de tratamiento como residencias asistidas, hospital de día..)^{123, 124}

Existe una creciente preocupación por la utilización, cada vez mayor, de los distintos servicios que presta un hospital. Sin embargo, un enfoque indiscriminado de contención de costes puede disminuir la utilización y, por tanto, los gastos hospitalarios, pero sus consecuencias en la accesibilidad de los pacientes y en la calidad asistencial serían negativas. Por eso, para mantener dicha accesibilidad y calidad, es importante enfocar las medidas de contención de costes hacia la reducción de los servicios innecesarios o médicamente inadecuados. Este proceso requiere disponer de métodos válidos para determinar qué ingresos y qué estancias hospitalarias están justificadas y cuáles no, así como las causas que propician la situación de utilización no adecuada.

Con esta finalidad se han desarrollado diversas herramientas conocidas, en términos generales, como Métodos de Revisión de Utilización de la Hospitalización¹²⁵.

Se define “Utilización Inapropiada o Inadecuada”, el empleo de tecnologías sanitarias de eficacia demostrada, en situaciones en las que no están indicadas. Algunos estudios¹²⁶ han demostrado la existencia de una importante proporción de utilización inadecuada de la hospitalización, definida como el uso de servicios hospitalarios cuando, desde el punto de vista estrictamente clínico, el paciente podría haber sido atendido en niveles asistenciales menos costosos o en menor tiempo. Este uso inapropiado está contenido en las pautas de Estancia Media de cada proceso, y por tanto, será incorporado al estándar de comparación, que incluiría tanto una parte de hospitalización necesaria como una parte de hospitalización no útil para el paciente. Reducir esta parte no útil es una interesante aproximación para mejorar la eficiencia hospitalaria, tanto por su potencial, ya que se estima en torno a una tercera parte de la utilización hospitalaria total, como por tratarse de una aproximación selectiva sobre cuidados innecesarios que, por tanto, no compromete la calidad de la atención. Este enfoque requiere la revisión de la utilización hospitalaria mediante criterios explícitos, capaces de identificar Admisiones y Estancias hospitalarias innecesarias, con un satisfactorio grado de validez y fiabilidad^{127, 128}.

No está entre los objetivos de este trabajo de investigación que se presenta como Tesis Doctoral, el estudio de la adecuación de las estancias, pero dado que hablamos de reducción de las mismas, y de la repercusión en los costes hospitalarios, creemos oportuno comentar algunas referencias al respecto encontradas en la literatura. Así, Ludke et al.¹²⁹, evaluaron con el “Intensity Severity Discharge Criteria Set” (ISD) una

muestra proveniente de siete hospitales en EEUU, hallando un 43% de estancias inadecuadas, y siempre aplicando el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) (Protocolo de Evaluación de la Adecuación)^{130, 131}, que es un instrumento que se puede utilizar par determinar si un ingreso y /o un día de estancia es médicamente necesario (adecuado). También es utilizable para identificar las causas de las inadecuaciones detectadas.

Villalta et al., utilizando el AEP, encuentran un 18,7 % de inadecuación de estancias si no se aplica el protocolo en un grupo control, mientras que si lo hacen resulta solo un 6,9 %¹³²

Polder et al.¹³³ reflejan un aumento de las altas a un centro de enfermería especializada, que pasó del 53 % al 76 %, aplicando un programa de reducción de estancias, con un 23 % de reajuste . Esta cifra aún fue disminuida por el estudio de Klein et al.¹³⁴, que utilizando idéntica herramienta, obtuvo un 5% de inadecuación.

Tres estudios más, realizados también en EE.UU., mostraron las posibilidades de este tipo de análisis. Booth et al.¹³⁵, evaluaron con AEP una muestra de historias clínicas provenientes de cincuenta hospitales, encontrando un 55% de las estancias inadecuadas. Strumwasser et al.¹³⁶, estudiando dos grupos de pacientes, uno con pago por acto médico, y otro del Medicare por proceso, obtuvieron un 15 % de reducción en el segundo grupo. Wynne et al.¹³⁷ obtuvieron un 39% de inadecuación.

En Israel, también se han realizado evaluaciones de este tipo, siendo de destacar los trabajos de Mozes et al.¹³⁸, que con AEP obtuvieron una inadecuación del 54%, con la particularidad de que la intervención posterior sobre un grupo experimental

informado de la herramienta de trabajo, redujo las estancias inapropiadas del 54% al 15%.

Rishpou et al.¹³⁹, evaluaron con AEP una muestra de historias clínicas provenientes de dos hospitales, encontrando hasta un 33% de inadecuación. Mozes et al.¹⁴⁰, llevaron a cabo años más tarde del primer estudio, uno nuevo referido a distintos servicios de un mismo hospital, encontrando un 26% de inadecuación en pediatría, un 39% en cirugía y un 54% en medicina interna.

En Italia, Apolone et al.¹⁴¹, obtuvieron con AEP un 41% de estancias inadecuadas. En Suiza, los trabajos de Winterhalter¹⁴² y Burdet¹⁴³ y sus respectivos colaboradores, obtuvieron unos lacónicos resultados al hallar respectivamente un 9% y un 13% de inadecuación estancias en dos hospitales públicos, utilizando AEP.

Por lo que a España respecta, diversos estudios realizados todos ellos con AEP, han arrojado también muy distintos resultados. Cronológicamente, en una comunicación de 1988 de García Arcal y Locutora Rupérez¹⁴⁴, dichos autores realizaron una visión retrospectiva de las 1.193 estancias ocasionadas por todos los ingresos del primer trimestre de 1987 en una unidad de hospitalización a domicilio dependiente de un hospital público de Burgos, encontrando un 62% de estancias innecesarias (52% para los casos médicos, 69% para los oncológicos y un 73% para los quirúrgicos). EL trabajo parte de una discutida extensión del AEP a la hospitalización a domicilio, ya que estas estancias hubieran sido inapropiadas de haberse realizado en el hospital, pero no necesariamente en el domicilio, ámbito que requeriría instrumentos específicos.

El estudio de García y Saturno ¹⁴⁵, evaluando en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia 474 estancias, hallaron un 38% de estancias innecesarias, explicadas fundamentalmente por problemas de organización hospitalaria y actitud conservadora de los clínicos respecto al alta.

Moliner et al.¹⁴⁶, encontraron un 48% de estancias innecesarias en servicios de medicina en un hospital de Zaragoza, sobre 813 estancias causadas. Por su parte, Oterino et al.¹⁴⁷, sobre 611 estancias, encontraron un 44% de estancias innecesarias en un hospital universitario de Valencia. Ambos trabajos analizan la relación de diversas variables con el uso inapropiado, empleando por primera vez en las publicaciones españolas el análisis multivariante y encontrando asociación entre uso inapropiado y falta de apoyo familiar, ingreso urgente, duración de estancias, distancia al hospital, ingresos inapropiados y posición del día muestreado en el conjunto de la estancia (la inadecuación era más frecuente el Domingo, seguido del Lunes, el Miércoles, el Jueves, el Martes y el Viernes).

Canga et al.¹⁴⁸, estudiaron 658 estancias en servicios de medicina interna; neumología y traumatología del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, con un 35% de inadecuación de las estancias.

Los trabajos de Peiró y Martínez Más et al.¹⁴⁹, sobre más de mil estancias de procesos agrupados en el GRD nº 167 (apendicectomía sin complicaciones) arrojaron un porcentaje de estancias inadecuadas cercanas al 40%.

Lorenzo et al.¹⁵⁰, analizaron las estancias consecuentes a 212 ingresos en un hospital de tercer nivel de Madrid, encontrando inadecuación en el 31% de los casos.

Flores et al.¹⁵¹, analizaron las estancias de 228 ingresos para intervención de cataratas en Hospital de la Princesa, encontrando inadecuación en 54'5% de los casos.

Baré et al.¹⁵², estudiaron 639 estancias producidas en un Hospital terciario de Barcelona, hallando un 29% de inadecuación de las estancias.

Amargos ¹⁵³ analizó las estancias de 102 ingresos en el Hospital General de Granollers, encontrando un 64% de inadecuación.

Sánchez et al.¹⁵⁴, analizaron las estancias consecuentes a 102 ingresos por apendicitis en un Hospital de Bilbao, hallando un 21,4% de estancias innecesarias. Esperalba et al.¹⁵⁵ estudiaron 323 estancias de pacientes en el Hospital San Pablo de Barcelona, encontrando inapropiadas el 32,5% de las mismas.

En el trabajo de Tejedor Muñoz et al.¹⁵⁶, se lleva a cabo una distribución de las estancias inadecuadas por causas y GRD estudiados.

Los trabajos que presentan resultados de utilización inapropiada por servicios hospitalarios son muy escasos, y el hecho de que las diferencias entre servicios permanezcan tras el ajuste por las posibles variables, indica que estas diferencias no se deben tanto a la especialidad médica o al tipo de pacientes que atienden, sino al modo en que trabaja cada unidad organizativa y los profesionales que la integran (hábitos y características) de los médicos, organización interna, pautas diagnósticas y de tratamiento etc... y a su relación con el hospital.

Hay factores añadidos (falta de información de los usuarios de servicios públicos sobre los costes de la sanidad, crispación social, criterios de laboriosidad, inadecuación domiciliaria para unos cuidados de CMA sin apoyo de enfermería, cobro de primas de compañías de seguros privados solo en caso de hospitalización, mentalización de la cirugía sin ingreso, ...) que hacen que la aplicación de criterios de CMA sean difíciles de seguir en algunos contextos, aún con la mejor disposición de los profesionales sanitarios. Pero el hecho de que existan servicios más proclives a la utilización innecesaria, dice mucho de la propia psicología individual y colectiva que se genera en los profesionales respecto de la gestión de un gasto que -al parecer- no nos atañe directamente.

Uno de los objetivos principales de este estudio de investigación, que se presenta como Tesis Doctoral, es **comparar el Gasto del Servicio** y, un aspecto de este gasto lo queremos **relacionar con los Ingresos**.

Así, apreciamos que el **Índice de Gasto Total por Ingreso** en el bienio 2000-2001 fue de 1.137,78 €, pasando a 1.238,80 € en el 2002-2003 (Gasto Total del primer bienio 2.784.144 € / 2.447 Ingresos Totales del mismo periodo; Gasto Total del segundo bienio 2.902.508 € / 2.343 Ingresos totales en el mismo periodo) (Tabla 26, Fig. 19), con un aumento del 8,95 %, apreciándose que es fundamentalmente el *gasto en farmacia* el que lo eleva (18 %), disminuyendo en lo concerniente a *fungibles* (-2,27 %) y especialmente en *prótesis* (-33 %) (Tablas 27 - 29 y Fig. 20 - 22).

Pero en realidad, el Gasto Total y, especialmente en lo concerniente al Capítulo II- que es donde se puede actuar de alguna forma en la gestión- (el Capítulo I es

prácticamente invariable y poco modificable), se distribuye no solo en los pacientes “ingresados”, sino también en aquellos atendidos en régimen de CMA. Así, realizando el **Índice de Gasto Total por Ingreso + CMA**, apreciamos que pasa de 1.137,78 € a 1083,75 en el primer bienio, y de 1.238,80 € a 1.007,46 en el segundo (- 7,04 %) (Tabla 26 bis, Fig. 19 bis). El **Índice de Gasto en Farmacia por Ingreso + CMA** *aumenta solo el 0,81 %* (Tabla 27 bis, Fig. 20 bis); el **Índice de Gasto en Fungibles por Ingreso + CMA** *pasa a negativizarse hasta el - 26,56 %* (Tabla 28 bis, Fig. 21 bis), y el **Índice de Gasto en Prótesis por Ingreso + CMA** *se reduce aún más hasta el - 42,81 %* (Tabla 29 bis, Fig. 22 bis).

Todo ello teniendo en cuenta que se ha reducido el nº de ingresos en función de la CMA, que se ha ahorrado en fungibles y prótesis según los criterios referidos con anterioridad, y que el gasto farmacéutico ha subido mínimamente, *aunque los pacientes que han requerido ingreso son aquellos más complejos, no susceptibles de cirugía ambulatoria.*

En relación con las *cifras globales de nuestro Hospital*, nuestro porcentaje de aumento en el segundo bienio, *si tenemos en cuenta solo los pacientes ingresados*, es discretamente superior, explicable porque tenemos menos ingresos en el Servicio/UGC en este periodo (desconocemos las variables económicas de los Hospitales del Grupo), y el Índice de Gasto Total por Ingreso ha sido de 3.175,05 € en el primer bienio (Gasto Total del Hospital 65.818.932 € / Nº total de ingresos 20.730) y de 3.426,6 € en el segundo (Gasto Total del Hospital 74.103.789 € / Nº total de ingresos 21.626), con un aumento del 7,92 %^{112-14, 109}. Pero de la misma forma, si atendemos al anterior criterio de contabilizar en el Índice de Gasto no solo los ingresos, sino también aquellos

pacientes atendidos en régimen de CMA, apreciamos que en el primer bienio los ingresos + CMA en el Hospital fueron 23.016^{112-114, 109}, por lo que el *Índice de Gasto Total del Hospital por Ingreso + CMA* fue de 2.859,7 €, y 3.001,72 € en el segundo (teniendo en cuenta que los ingresos + la CMA en este periodo fueron 24.687^{112-114, 109}), *se reduce al 4,96 % de aumento, mientras que el Servicio / UGC*, en las mismas condiciones, *lo negativiza al -7,04 %*.

Relacionando también el Gasto con las Estancias, obtenemos el **Índice de Gasto por Estancia**, que en el primer bienio fue de 262,75 € (Gasto total de 2.784.144 € / N° total de estancias 10.596), pasó a 297,11 € en el segundo (Gasto total de 2.902.508 € / N° total de estancias 9.769) apreciándose un aumento del 13,07 % (Tabla 30, Fig. 23), constatándose que es el correspondiente a *Farmacia*, con el 22,67 % el responsable, ya que el apartado de *fungibles* solo sube un 1,49 %, y el de *prótesis* desciende un 30,5 % (Tablas 31 - 33, Fig. 24 - 26), haciendo las mismas consideraciones en cuanto a su explicación.

Comparativamente con las cifras globales de nuestro Hospital^{112-114, 109}, el porcentaje de aumento de nuestro Servicio / UGC es también inferior, obteniendo el Hospital un Índice de Gasto por Estancia de 586,47 € en el primer bienio (Gasto Total de 65.818.932 € / N° de Estancias 112.228), y de 675,16 € en el segundo (Gasto total de 74.103.789 € / N° de estancias 109.757), suponiendo un aumento del 15,12 % (por encima de nuestro porcentaje, y con un gasto por estancia que es superior al doble).

De todas formas, **creemos que es más representativo el Índice de Gasto por Ingreso + CMA**, ya que en el Índice de Gasto por Estancia no se refleja la CMA ni

aquellos procesos con estancia 0 que requieren intervención quirúrgica pero no precisan de estancia y tampoco se consideran **CMA ni cma** según el protocolo del SAS (Lipomas / tumoraciones de partes blandas extensos que no requieren plastia)

El **Índice de Ocupación del Servicio** se reduce en el segundo bienio. Se pasó de una media de 50,34 % al 46,02 % mostrando una disminución del 8,6 % en este periodo (Tabla 34, Fig. 27), en relación con el menor número de ingresos y estancias por el aumento de la CMA . Comparativamente con la ocupación global de nuestro Hospital, se pasó de una media de 61, 55 % en el primer bienio al 60,2 % en el segundo, con una reducción del 2,2 % ^{112-114, 109} , inferior al porcentaje de nuestro Servicio /UGC.

En relación con los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo ¹¹⁹⁻¹²² , todos tienen un índice de ocupación muy superior al nuestro y al global de nuestro Hospital: el Servicio de Cirugía del Hospital Infanta Margarita tiene una media de 89, 7 % en el primer bienio y del 84, 15 % en el segundo (- 6,6 %); el del Hospital Infanta Elena 73,05 % en el primer bienio y 69,75 % el segundo (- 4,7 %), y el del San Juan de la Cruz 81,15 %, pasando a 105,05 % en el segundo bienio (+ 29, 45 %). Nuestro porcentaje de reducción es superior, si bien tenemos ya de por sí un índice de ocupación bajo.

El **Índice de Utilización de Estancias** (Razón entre el nº real de estancias y el esperado por la casuística) ha pasado de una media de 0,565 a 0, 61 en el bienio 2002-2003 ,aumentado un 7,96 % (Tabla 35, Fig. 28), en relación con la complejidad de los ingresos, ya que se obvian los que pueden ser intervenidos en CMA. No tenemos datos de los demás Hospitales, ofrecidos por el SAS

6.3 Sobre las variables asistenciales de Urgencias

Hemos pasado de asistir en el Servicio de Cirugía / UGC un **Total de Urgencias** de 2.589, a 2.821 en el segundo periodo, lo que supone un aumento del 8,96 % (Tabla 36, Fig. 29), con una media de 1.294,5 y 1.410,5 respectivamente explicándose por el aumento de la Presión y la Frecuentación, como se verá más adelante, y –posiblemente- habrá que ponerlo también en relación con el grado de eficiencia de los Centros de Atención Primaria. Nuestro Hospital ^{112-114, 109, 115-118} tiene unas cifras globales de Urgencias Atendidas de 146.140 en el 2000-2001 y 155.425 en 2002-2003 (+ 6, 35 %); es el Hospital del Grupo con más Urgencias atendidas.

Los Servicios de Cirugía de los Hospitales de nuestro Grupo ¹¹⁹⁻¹²² tienen una media de Urgencias Atendidas en ambos bienios que se refieren a continuación: Hospital Infanta Margarita 2.033,5 y 1.799,5 (- 11,5 %); Hospital Infanta Elena 2.190 y 1989,5 (- 9, 15 %), y el del San Juan de La Cruz 960 y 1.317,5 (+ 37, 23 %). Nuestro Servicio / UGC está , por debajo del número y media de Urgencias de los Servicios de Cirugía de los Hospitales Infanta Margarita e Infanta Elena, aunque por encima del de San Juan de la Cruz, y a pesar de que *nuestro Hospital es, dentro del Grupo, el que más Urgencias Totales atendidas soporta* ^{112-114, 109} –como hemos referido antes-, *si bien es el que menor población asiste* ^{117, 118} (con la salvedad de que las cifras que ofrece el SAS, están muy por debajo de las suministradas por el Instituto de Estadística de Andalucía ¹¹⁰. Esto se explica porque el gran volumen de las mismas son urgencias generales, atendidas por el propio Servicio de Urgencias.

Las Urgencias no Ingresadas (Altas de Urgencias), de nuestro Servicio /UGC, han pasado de 1.546 a 1738 en el segundo bienio (media de 773 y 869) (Tabla 37, Fig.

30), suponiendo un aumento del 22,91 %, y la Media del % de Urgencias no Ingresadas ha aumentado del 59,7 % al 61,6 % (Tabla 38, Fig. 31), lo que refleja el esfuerzo del Servicio / UGC en resolver procesos sin ingreso.

En los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo: el Hospital Infanta Margarita, la media del nº de Altas desde Urgencias descendió de 1.181,5 a 1.103 (-6,65 %); en el del Hospital Infanta Elena se pasó de una media de 1.407 a 1.274,5 (-9,4 %). Y en el del San Juan de La Cruz se aumentó de 183 a 496 (+171 %) ¹¹⁹⁻¹²².

La **Media de Urgencias atendidas / día** en el Servicio /UGC fue de 3,55 y 3,86 pacientes respectivamente (8,76 % más) (Tabla 39, Fig. 32) que vemos en relación con el nº Total de Urgencias.

En los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo ¹¹⁹⁻¹²²: en el del Infanta Margarita, se redujo de 5,6 a 5 (-12 %); en el del Infanta Elena pasó de 6 a 5,5 (-8,3 %), y en el del San Juan de La Cruz aumentó de 2,6 a 3,6 (+38,5 %).

La **Frecuentación de Urgencias** por 10.000 habitantes al Servicio /UGC muestra un aumento notable en el segundo periodo, pasando de 99,72 a 114,55 (+11,76 %) (Tabla 40, Fig. 33). La **media de la Presión de Urgencias** (Nº de Ingresos Urgentes del Servicio de Cirugía x 100/ nº Total de Ingresos del Servicio) fue de 42,62 y 46,61 respectivamente (con un aumento del 9,67 %) (Tabla 41, Fig. 34), lo que ponemos en relación con el aumento del total de urgencias de ingresos urgentes como ya se comentó en los apartados correspondientes. No disponemos de datos suministrados por el SAS sobre la frecuentación y la presión de urgencias de los Hospitales de nuestro Grupo.

La **Frecuentación de Hospitalización** del Servicio por 10000 habitantes disminuyó de una media de 94,25 a 91,14 (-3,3 %) en el segundo bienio (Tabla 42, Fig. 35), en relación con el aumento de la CMA, como se verá más adelante. Tampoco disponemos de datos sobre los demás Hospitales.

6.4 Sobre las Variables asistenciales de Recursos Materiales y Actividad Quirúrgica.

El **Total de Intervenciones Quirúrgicas** del Servicio de Cirugía / UGC en el primer bienio fue de 3.597, y en el segundo 3.982, lo que supone un aumento del 10,7 % (Tabla 43, Fig. 36), con una media de 1798,5 y 1991 respectivamente (+10,7 %).

En los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo: En el del Infanta Margarita presentaron una media de 1.800,5 y 1.834 (+ 1,9 %). En el del Infanta Elena 2.858 y 3060 (+ 7, 1 %), y en el de San Juan de La Cruz 2.189,5 y 1992 (- 9 %) ¹¹¹⁹⁻¹²². Nosotros partimos y nos situamos en una media inferior a la de los del Grupo, pero con un crecimiento por encima de todos ellos en el segundo bienio

Conociendo el Gasto Total del Servicio/UGC, que en el bienio 2000- 2001 fue de 2.784.144 € , y el número total de intervenciones en ese periodo (3.597), calculamos el **Índice de Gasto Total del Servicio por Intervención**, que fue de 774, 02 €. En el bienio 2002-2003, si dividimos el Gasto Total (2.902.508 €) por el número total de intervenciones (3.982), nos da 728, 91 €, con un ahorro del 5, 83 % en este último periodo (Tabla 44, Fig. 37). No disponemos de datos comparativos.

Las **Intervenciones Programadas con Ingreso** (Tabla 45, Fig. 38) pasaron de un total 1.384 a 1.217 (media de 692 y 608,5 en ambos periodos) , con un descenso del 12,1 % en el segundo bienio con respecto al primero, si bien se apreció un importante descenso dentro del segundo bienio, del 2002 al 2003, en el que se pasó de 703 a 514, con una reducción del 26, 9 %. Esto mismo se constató en dos de los otros tres Servicios de los Hospitales del Grupo. En el del Infanta Margarita se pasó de una media de 695 a 604 (- 13, 1 %); en el del Infanta Elena, de 641 a 694 (+ 8, 3 %), y en el del San Juan de La Cruz, de 579, 5 a 416 (- 28, 2 %) ¹¹⁹⁻¹²². La reducción, al menos en nuestro caso, se explica por el aumento de la CMA, pero no disponemos de datos sobre CMA de los Servicios de los demás Hospitales.

Las Intervenciones Programadas en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), pasaron **en nuestro Servicio/UGC** de 122 en el primer bienio, a 538 en el segundo, con una media de 61 y 269, experimentando un **crecimiento del 341 % en el segundo bienio** (Tabla 46, Fig. 39).

En cuanto a *cifras globales de los Hospitales del Grupo* ^{112-114, 109}, *nuestro Hospital*, de 2.298 pacientes intervenidos en CMA en el primer bienio, se pasó a 3.071 (media de 1.149 y 1.535,5) (+ 33, 63 %), estando (excepto con el Hosp. Infanta Margarita) por encima de la media de los demás . En el Hospital Infanta Margarita, de 3.136 a 4.672 (media de 1.568 y 2.336) (+ 48, 97 %). En el Infanta Elena, de 3.345 a 3.558 (media de 1.672,5 y 1.779) (+ 6, 36 %). En el San Juan de La Cruz, de 2.791 a 3.683 (media de 1.395,5 a 1.841,5) (+ 32 %). *Los datos que ofrece el SAS por Servicios de Cirugía como “Intervenciones Ambulatorias”* ¹¹⁹⁻¹²² son sumatorios de la CMA y la cirugía menor, por lo que no podemos establecer comparación.

Si ponemos en relación el Gasto con las Estancias y el número y tipo de intervenciones (ajustándolo a la estancia media global de todos los procesos), apreciamos en el caso de la CMA, (Tabla 47 y Fig. 40 y 41) un **ahorro de 491, 66 estancias en el primer bienio, y de 2119, 72 en el segundo (+ 331, 13 %), que traducido en € son 129.183,67 en el primer bienio, frente a 629.790,01 en el segundo (+ 387, 5 %)**, teniendo en cuenta el coste de la estancia obtenido dividiendo el Gasto Total del Servicio (Tabla 19, Fig. 12) por el nº de estancias (Tabla 24, Fig. 17).

En nuestro Hospital, las cifras globales del **porcentaje de CMA sobre el total de intervenciones con ingreso**, pasó del 23, 37 % en el primer bienio al 32, 5 % en el segundo (+ 23, 2%). **En nuestro Servicio de Cirugía /UGC**, pasó del 5, 4 % al 21, 7 % (+ 301, 8 %).

Volviendo a los datos de nuestro Servicio/UGC, y en cuanto a la CMA, si ajustamos el ahorro a los GRDs más significativos, tenemos:

El GRD más frecuente en CMA – nº 162 hernia inguinal/femoral > 17 a. sin complicaciones- pasó de 24 en el primer bienio a 191 en el 2º (+ 695, 8 %). Como se realizaron un total de 396 procedimientos del GRD 162 en el primer bienio (372 en cirugía con ingreso + 24 en CMA), el índice de sustitución en ese bienio para dicho proceso fue del 6, 06 %. En el segundo bienio y para el mismo GRD se realizaron un total de 476 procedimientos (285 en cirugía con ingreso y 191 en CMA), pasando el índice de sustitución al 40, 12 %. (Anexos I y II).

Sabemos que la estancia media del GRD nº 162 en el bienio 2000-2001 en cirugía con ingreso fue de 1,7 días. Si multiplicamos el nº de procedimientos que se realizó en CMA (24) de ese GRD por la estancia media nos da *40, 8 estancias ahorradas por dicho procedimiento en el citado bienio*. El Gasto por estancia / día en ese periodo fue de 262, 75 € (Tabla 47) . *Luego se ahorraron 10.720, 2 €*. La estancia media del mismo GRD en el bienio 2002-2003 en cirugía con ingreso fue de 1,9 días. Se realizaron 191 procedimientos en CMA, lo que supone un *ahorro de 362, 9 estancias*. El Gasto por estancia/ día en el segundo bienio fue de 297,11 €(Tabla 47). *Se ahorraron 107.821, 22 € en el periodo de funcionamiento de la UGC, solo por este GRD* .(Tabla 47 a, Fig. 40 a y 41 a).

El siguiente GRD en frecuencia de CMA, el nº 267 – procedimiento sobre región perianal & enfermedad pilonidal- pasó de 30 procedimientos a 125 (+ 316, 6 % %) y el índice de sustitución fue del 20, 13 % en el primer bienio, y del 67, 93 % en el segundo bienio. (Anexos I y II). La estancia media de este GRD en cirugía con ingreso en 2000-2001 fue de 1,2 días, *ahorrándose 36 estancias*, que multiplicadas por el gasto de la estancia/ día en ese mismo periodo nos da *9.459 € de ahorro en dicho periodo*. En el *segundo bienio*, la estancia media de este GRD en cirugía con ingreso estaba en 1, 4. *Se ahorraron 175 estancias*, que multiplicadas por el gasto estancia / día en el mismo periodo nos da una cifra de *51.994, 25 € ahorrados*. (Tabla 47 b, Fig. 40 b y 41 b).

El tercer GRD, el nº 160 – procedimientos sobre hernia excepto inguinal/femoral > 17 a. sin cc- pasó de 29 a 77 (+ 165, 5 %), con un índice de sustitución del 16, 5 % en el primer periodo al 34, 1 % en el segundo (Anexos I y II). La estancia media en cirugía con ingreso para este GRD en 2000-2001 estaba en 4, 8 días, ahorrándose *139, 2*

estancias, que suponen 36.574, 8 € ahorrados. En 2002-2003, la estancia media para el mismo GRD era de 5.1 días; se ahorraron 392, 7 estancias y 116.675, 1 €. (Tabla 47 c, Fig. 40 c y 41 c).

Le sigue en orden el GRD nº 158 –procedimiento sobre ano & enterostomía- que de 14 pasaron a 64 (+ 357, 14 %). Su índice de sustitución en el primer bienio fue de 5, 85 % y en el segundo 21, 12 % (Anexos I y II). La estancia media en 2000-2001 en cirugía con ingreso de este procedimiento era de 1, 6 días; se ahorraron 22, 4 estancias y 5.885, 6 €. En 2002-2003, la estancia media del procedimiento era 1,7 días, se ahorraron 108,8 estancias y 32.325, 57 €. (Tabla 47 d, Fig. 40 d y 41 d).

Otro GRD significativo en cuanto a frecuencia que comentaremos es el nº 494 –colecistectomía laparoscópica sin exploración de conducto biliar sin cc- cambió de 7 a 29 (+ 314 %). Su índice de sustitución fue del 2, 7 % en el bienio 2000-2001, y del 10 % en el 2002-2003. (Anexo I y II). La estancia media en 2000- 2001 en cirugía con ingreso era de 2,4 días; se ahorraron 16, 8 días y 4.414, 2 €. En 2002-2003 la estancia media fue 2, 6 días; se ahorraron 75, 4 días y 22.402, 1 €. (Tabla 47 e, Fig. 40 e y 41 e)

Como se aprecia, *estos datos de ahorro en Estancias y Gasto, son ajustados al GRD propio* que se ha comentado, resultando un *ahorro global en estancias de los cinco procedimientos descritos (255, 2 / 1114, 8), del 336,8 % del segundo bienio con respecto al primero. En cuanto al Gasto (67.053, 8 € / 331.218, 24 €), se aprecia un ahorro del 393, 95 % en el mismo periodo. Las cifras son muy similares a las descritas previamente teniendo en cuenta la estancia media global.*

La Cirugía sin ingreso o Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es aquella que tiene el propósito de realizar la atención del paciente quirúrgico en un ambiente seguro, que permita remitirlo a su domicilio el mismo día de la intervención, y cuyo procedimiento quirúrgico era hasta ahora hospitalario ¹⁵⁷. Constituye uno de los avances más interesantes acontecidos en el mundo de la cirugía en los últimos años. La excelente acogida que tiene entre los pacientes y los gestores de la sanidad se debe, en su mayor medida, a las ventajas que de tipo social y económico conlleva ¹⁵⁸.

Como también refieren Docobo et al. ¹⁵⁸ desde su Unidad de CMA de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, de Sevilla - haciéndose eco del artículo de De Lathouwer ¹⁵⁹- la mejora de la eficiencia de los sistemas sanitarios públicos, independientemente del modelo existente, se ha convertido en el objetivo prioritario, y ello supone cambios en los hospitales que afectan especialmente el bloque quirúrgico, como es la resolución de un alto porcentaje de procesos por medio de procedimientos ambulatorios .

Marín Morales et al. ¹⁶⁰, desde su Unidad de CMA del Hospital Universitario Virgen de Valme, en Sevilla, refiere que en una encuesta nacional realizada en 1993 se realizaron en España 27.356 procesos en CMA, pasando a 62.890 en 1995 y a 143.000 en 1997.

Los únicos datos publicados conocidos de Hospitales similares al nuestro (hasta hace dos años en nuestro Grupo de Comarcales I, como es el Punta de Europa (Algeciras), por Fernández Torres et al. ¹⁶¹ referidos a los procesos globales del Hospital en 1997, nos daban un porcentaje de sustitución global del 50,4 % (33,3 % de

todos los pacientes intervenidos de forma reglada), con un ahorro de 2.112 estancias. La evolución del índice de sustitución en el Hospital Universitario Maternal La Fe (Valencia), se incrementó globalmente del 32 % en 2000 y pasó al 63 % en 2003 ¹⁶².

La inclusión de nuevos procesos en régimen de CMA (además de los clásicos en cirugía general, de hernias y proctología) como el de la colecistectomía laparoscópica de forma habitual en la mayoría de las Unidades ^{163, 164}, nos conduce a conclusiones sobre apertura de procesos insospechados hasta ahora.

Las **Intervenciones Urgentes** disminuyeron discretamente en el segundo bienio, pasando de 759 a 725 (media de 379, 5 y 362,5 relacionadamente) (- 4,5 %) (Tabla 48, Fig. 42). Aunque la frecuentación y la presión asistencial aumentó en el 2002-2003, como se ha visto supra, disminuyó el número de ingresos urgentes en función de una mayor resolubilidad de procesos en régimen de CMA, también urgente. Por otra parte, al disminuir la lista de espera, algunos pacientes que se intervenían de urgencia por complicaciones de su proceso en espera de resolución programada, ya no las presentaban, por lo que es otra causa de reducción.

En los demás Servicios, de la misma forma, se ha apreciado una reducción. En el del Infanta Margarita pasaron de una media de 674,5 a 614 (- 9 %); en el del Infanta Elena, de 630 a 569 (- 9, 7 %) y en el del San Juan de La Cruz, de 546 a 445 (- 18, 5 %) ¹¹⁹⁻¹²².

La cirugía menor ambulatoria (cma), pasó de 1332 pacientes a 1502 (aumento del 12, 76 %) (Tabla 49, Fig. 43). Volvemos a referir que en los datos que ofrece el SAS

¹¹⁹⁻¹²², en el concepto *Intervenciones Ambulatorias*” entra tanto la CMA como la cma, por lo que no podemos compararnos con los demás Centros

Como mencionábamos en el apartado Resultados, están íntimamente unidos los recursos materiales de disponibilidad quirúrgica con la actividad quirúrgica “per se”. Así, en cuanto al **nº de horas disponibles de quirófano**, apreciamos que en el primer bienio tuvimos una media de 1.746 y en el segundo 1959, 5 (+ 12, 2 %) (Tabla 50, Fig. 44). Las **horas de quirófano utilizadas** (Tabla 51, Fig., 45) supusieron una media de 1.076,5 y 1.398,5 en su correspondiente (+ 29, 9 %), y el **Índice de Utilización de Quirófanos** (tabla 52, Fig. 46), por lo tanto, pasó de una media de 61, 65 % a 71, 37 %), con un aumento del 9,62 puntos o el 15,76 %.

En la comparación correspondiente, el Servicio de Cirugía del Hospital Infanta Margarita presenta –con respecto al bienio 2000-2001- una disminución de la media de horas disponibles de quirófano del 19, 1 %, Horas utilizadas – 16, 5 %, y consigue un aumento de índice de utilización del quirófano del + 3, 5 %. El del Hospital Infanta Elena tienen una disminución del 2, 3 % en el nº de horas disponibles, y + 3, 75 % en horas utilizadas, con un aumento del índice de utilización de 6, 2 %; el del Hospital San Juan de La Cruz, tiene un aumento de horas disponibles del 23, 4 % y de horas utilizadas del 50, 3 %, con un índice de utilización de + 20, 5 %. Nuestro Servicio/UGC , junto al del San Juan de La Cruz, está por encima -en cuanto al aumento del índice de utilización de quirófanos en el segundo bienio- del de los otros dos hospitales, si bien en cifras absolutas es superior a este último (71, 37 % frente a 63,5 %) ¹¹⁹⁻¹²².

El *Índice de Intervenciones Suspendidas* descendió del 2,59 % al 1,87 % en el segundo periodo (-72,2 %) (Tabla 53, Fig. 47), fruto del esfuerzo de nuestro Servicio/UGC. No disponemos de datos comparativos suministrados por el SAS.

6.5 Sobre las Variables asistenciales de Recursos Materiales y Actividad en Consultas

El **Total de Consultas** realizadas durante el bienio 2000-2001 fue 10.839, y en el bienio siguiente 11.016 (+ 1,63 %), con una media de 5.419,5 y 5.508 (Tabla 54, Fig. 48). De las mismas, 5.673 y 5.920 (media de 2.836,5 y 2.960) respectivamente fueron **primeras consultas**, apreciándose de esta manera un aumento del 4,35 % (Tabla 55, Fig. 49), y advirtiéndose en el mismo sentido un aumento del 8.9 % en el **índice de las primeras sobre las sucesivas**, al pasar de 110, 2 a 120 (Tabla 56, Fig. 50).

Los datos disponibles sobre estas variables en los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo son los siguientes ¹¹⁹⁻¹²²:

En el del Hospital Infanta Margarita se atendió una media de 8.740 consultas durante el bienio 2000-2001, y 9.882 en 2002-2003 (+ 13, 1 %). De ellas, 3.176,5 y 4007 correspondientemente fueron primeras consultas (+ 26,1 %), y el índice de primeras /sucesivas pasó de 57 a 68,1 (+ 19,5 %).

En el del Hospital Infanta Elena, 6.595,5 y 7.136 (+ 8,2 %) en los correspondientes bienios como media. Fueron primeras consultas 3.464 y 4.156,5 (+ 20 %). El índice de primeras/sucesivas cambió de 110 a 147,6 (+ 34,2 %).

En el del Hospital San Juan de La Cruz, la media fue 8.309 y 6.610,5 (- 20,45 %). Las primeras consultas pasaron de 3.892,5 a 3.307 (- 15 %). El índice de primeras/sucesivas 88 y 98,7 respectivamente (+ 12,2 %).

Evidentemente tenemos un número total de consultas notablemente inferior a los del Grupo, si bien la población atendida es también muy inferior¹¹⁵⁻¹¹⁸, apreciando una estabilidad en los dos bienios, si bien el número de primeras crece algo y el índice de primeras/sucesivas se incrementa bastante por encima del 100, superándonos solo el Infanta Elena. Se ha hecho un esfuerzo considerable por parte del Servicio/UGC y por Atención Primaria, en virtud de acuerdos de asunción de tareas por ambas partes –que ha supuesto una disminución en el número de segundas visitas- y con un cribado apreciable en el envío de pacientes, disminuyendo el número de primeras y haciendo que aumente el índice primeras/sucesivas.

En cuanto al **Nº de Horas Disponibles** se aprecia un mínimo ascenso con una media de 1.367 y 1.374 (+ 0,5 %), así como en el **número de horas Utilizadas** con media de 1.358,5 y 1.374 (1,2 %), y en el **Índice de Utilización de Consultas** (99,37 y 100) (0,63 %), pero suficiente para llegar al 100 % en el segundo bienio (Tabla 57-59, Fig. 51-53)

Los referentes del Grupo, con una media de ocupación del 96,2 / 94,6 en los bienios correspondientes en el del Infanta Margarita; 81,3 / 81,9 en el del Infanta Elena, y 54,2 / 62,2 del San Juan de La Cruz están claramente por debajo de nosotros.

La **Frecuentación de Consultas** del Servicio también experimentó solo un pequeño aumento (2,6 %) en el segundo periodo (Tabla 60, Fig. 54) que achacamos a lo expuesto previamente en cuanto al pacto con Atención Primaria.

6.6 Sobre las Variables de Datos Generales de Asistencia Hospitalaria.

El total de **pacientes asistidos** durante el bienio 2000-2001 fue de 16.336, y en el bienio 2002-2003 un total de 17137 (4,9 % más) (Tabla 61, Fig. 55). De forma más detallada se pueden apreciar en la Tabla 62. El total de pacientes asistidos en el Hospital en el primer bienio fue 489.072, y 503.480 en el segundo (+ 2,95 %) Desconocemos datos al respecto sobre los demás Servicios relacionados.

Poniendo de nuevo en relación la variable económica de Gasto con la asistencial, se describe en la Tabla 63 y Fig. 56 el **Índice de Gasto por Paciente Asistido** en el Servicio/UGC durante los dos bienios del estudio, apreciándose un aumento del 4,25 % en el segundo periodo, con igual porcentaje que el incremento del gasto total del Servicio/UGC (Tabla 19, Fig.12). Tampoco disponemos de estos datos sobre los Servicios referidos.

El **número de GRDs quirúrgicos totales** (con ingreso + CMA) en ambos bienios fue el mismo (Tabla 64, Fig. 57), con un **Peso Medio** discretamente superior en el segundo bienio (Tabla 65, Fig. 58). Sin embargo, se registró un número inferior de **GRDs Quirúrgicos con ingreso** (-8,43 %) (Tabla 66, Fig. 59), con un **Peso Medio** muy similar (Tabla 67, Fig. 60). Por el contrario, se registró un mayor número de **GRDs**

Quirúrgicos en CMA (+ 66,66 %), y **Peso Medio** semejante (Tablas 68 y 69, Fig. 61 y 62). *Todo ello en consonancia con lo descrito previamente sobre el cambio en la actividad quirúrgica del Servicio/UGC en el segundo bienio, con un aumento espectacular del porcentaje de la CMA sobre la cirugía con ingreso.* En el *Anexo I* se desglosan los *procedimientos quirúrgicos con ingreso* realizados en el Servicio, agrupados por GRDs, y en el *Anexo II* los procedimientos quirúrgicos -también en GRDs- realizados en régimen de CMA.

Comparativamente con nuestro Hospital, el n° de GRDs totales quirúrgicos descendió de 271 a 259 en el 2° bienio (- 4,43 %); los GRDs de cirugía con ingreso descendieron de 210 a 199 (- 5,2 %), y los GRDs de CMA pasaron de 61 a 60 (- 1,6 %)

Tampoco podemos ofrecer datos comparativos en estas variables con los Servicios comparados, ya que el SAS no los presenta en el INHIOS ni en sus Memorias.

Los Puntos GRD totales del Servicio, pasaron de 3240,65 en el primer bienio, a 3357,08 en el segundo (+ 3,61 %), según se aprecia en la Tabla 70 y Fig. 63. El peso medio y los puntos GRDs denotan un aumento de la actividad quirúrgica sin detrimento de la complejidad.

6.7 Sobre las Variables de Calidad / Eficiencia

La media de incidencia de **Infecciones Nosocomiales del Servicio** se redujo de 5,15 a 4,72 % en el segundo bienio (- 8,35 %) (Tabla 71, Fig., 64). No tenemos datos comparativos con los Servicios del Grupo, pero en las escasas referencias de la

literatura sobre este tema en Hospitales Comarcales ¹⁶⁵⁻¹⁶⁸, la infección nosocomial oscila entre el 7,1 % y el 5,71 %, haciendo especial mención de que esta última cifra se refiere a la del Servicio de Cirugía de nuestro Hospital en 1998 ¹⁶⁸.

El índice de infecciones nosocomiales es un marcador de calidad. Durante el bienio 2000-2001 presentamos en el Servicio de Cirugía una media de incidencia de infecciones nosocomiales de 5.15 %, y en el bienio 2002-2003 una media de 4.7 %, con una diferencial de - 0.45 puntos, a pesar de que con un menor número de ingresos (al haber aumentado considerablemente la CMA, especialmente con patología herniaria y colecistectomías sin complicaciones), los enfermos que sí requieren ingreso por patología de más riesgo, son los que más posibilidades de infección presentan.

El **porcentaje de Exitus** aumentó de una media del 1,48 % al 2,09 % (36 exitus en el primer bienio y 48 en el segundo) (+ 33,3 % en cifras absolutas y + 42,2 % en relación con los ingresos totales) (Tabla 72, Fig., 65). No tenemos datos de los Servicios referidos.

El aumento lo justificamos en función de la misma premisa expuesta en las infecciones nosocomiales: se han retirado del análisis muchos pacientes intervenidos mediante CMA en el último bienio, que antes cursaban ingreso, permaneciendo ingresados los más complejos. Además, la nueva política por consenso de la Unidad de Cuidados Intensivos con los familiares de los pacientes críticos, es que el exitus de los desahuciados se produzca en la planta (siempre que no requieran respiración asistida), en función de una mayor humanización asistencial ¹⁶⁹.

El **porcentaje de Reingresos** aumentó del 0,49 al 1,31 % (12 pacientes y 31 pacientes en los bienios respectivos) (+ 167,3 % en relación con los ingresos totales y + 158,3 % en cifras absolutas) (Tabla 73, Fig. 66). Podría justificarse por el mismo aumento de la CMA. Tanto por un exceso de interés en el alta domiciliaria por parte de los cirujanos del Servicio / UGC en el segundo periodo, como por la reticencia de los pacientes a irse del hospital, con una cultura no adecuada en este aspecto, y más sin enfermería de apoyo domiciliario. Tampoco disponemos de datos sobre los Servicios relacionados. En un artículo de García Ortega, C¹⁷⁰ et al., en relación con la tasa de reingresos en el Hospital Punta de Europa, de Algeciras, se describe que el global del Hospital fue del 5 % durante el periodo 1995-1996, y que el del Servicio de Cirugía era del 4,4 %. Un estudio internacional sobre readmisión hospitalaria en Europa y Estados Unidos realizado por Westert et al.¹⁷¹, en Holanda, concluyen que hospitales de poblaciones o estados con corta estancia muestran altas tasas de readmisión, y viceversa. Por otra parte, Rossell¹⁷², en el XXVII Congreso Mundial de Medicina Interna, celebrado en Granada en 2004, defiende que la hospitalización domiciliaria, debidamente atendida, reduce la mortalidad y los reingresos.

El **Case Mix** pasó del 1,36 al 1,34 (- 1,5 %) (Tabla 74, Fig. 67). No le concedemos significación, y creemos que está en consonancia con el aumento de procesos de CMA.

El **total de Altas Codificadas** se mantuvo invariable con el 100 % (Tabla 75, Fig. 68).

El **número de pacientes en lista de espera** se redujo de 508 a 351 en el segundo bienio (- 69, 09 %) (Tabla 76, Fig. 69).. Esto se produjo a expensas del mayor número de pacientes intervenido mediante CMA programada (Tabla 46, Fig., 39)

La **media de días en lista de espera** se redujo de 122,5 a 95 en el segundo periodo (- 77, 55 %) (Tabla 77, Fig. 70).

La **media de la Demora Media de cirugía del Servicio/UGC** se redujo de 61,5 a 40 días (- 65, 04 %) (Tabla 78, Fig. 71), en clara relación, también de estas dos últimas variables, con el aumento de la actividad quirúrgica en CMA, además del esfuerzo personal de los miembros del Servicio/UGC.

La dificultad de acercarse a un enfoque globalizador e integrador en la “gestión clínica” radica primera y fundamentalmente en su razón de ser, es decir, en su finalidad. Desde “hacer mejor las cosas y/o hacer las cosas a un coste menor” hasta “hacer correctamente las cosas correctas”, existe un camino en cuyo recorrido nos encontramos con varias cuestiones cuya respuesta nos conduce a lugares muy diferentes.

Autogestión, descentralización, competencia...Ninguno de estos conceptos ha conseguido alcanzar el centro del problema de la gestión eficiente de los servicios sanitarios: el papel de los profesionales, limitándose a ofrecer, en realidad, diferentes cotas de poder en la gestión de algunos recursos (formación, sustituciones, bienes y servicios), no precisamente los más importantes ni por volumen de gasto ni por relación directa con su actividad, cuando no, unido a la tentación de “utilizar” a los profesionales

como “empresarios” interesados en “captar clientes” que les pudieran aportar un “mayor margen de beneficio”¹¹¹ .

La Consejería de Salud y el SAS van mucho más allá, y apuestan por la calidad, por la excelencia, por establecer al usuario como eje central del sistema, por su atención integral, por su satisfacción y participación en la gestión –al mismo tiempo que la de los profesionales, con la incentivación precisa-, mejorando el funcionamiento de las UGC, en un contexto de optimización de los recursos que la sociedad nos demanda.

CONCLUSIONES

7 CONCLUSIONES

Sirviéndonos de base los objetivos que definíamos en la formulación de la hipótesis del presente trabajo, y como consecuencia de los datos obtenidos en nuestro análisis, podemos concluir:

1. En relación con el estudio de las variables económicas, podemos afirmar que si bien ha habido un mínimo aumento del presupuesto del Servicio/ UGC, este no guarda relación con el incremento general del gasto hospitalario total, ni con el presupuesto del SAS, por lo que definimos un alto grado de eficiencia en el control del gasto con la UGC en el segundo bienio y muy significativamente debido al descenso del gasto en el Capítulo II.
2. En relación con las variables asistenciales de Estancias/Ingresos, se constata un importante descenso del número de Estancias/ingresos totales en el segundo bienio a expensas del incremento de actividad de CMA. Debemos así mismo destacar que el Índice de Gasto por Ingreso + CMA ha disminuido, y el de Estancia ha aumentado en función -especialmente- del gasto en farmacia (pacientes más complejos) compensándose éste con el decremento en prótesis. Con ello se ha obtenido una mejora en la gestión en este apartado.
3. El índice de ocupación del Servicio, bajo para el primer bienio, ha disminuido sensiblemente en el segundo bienio (UGC), datos que deben correlacionarse con el incremento de la actividad en CMA.

4. Hemos constatado un claro descenso de los ingresos programados, en relación con el aumento de la CMA. Un discreto incremento en relación a los ingresos por urgencias, entre el primero y el segundo bienio, ha podido ser compensado por el alto índice de resolución de urgencias sin ingreso por parte de la UGC.
5. La actividad quirúrgica total se ha incrementado notablemente en el segundo bienio (UGC) en relación al primero, consiguiéndose a la par un descenso significativo en los gastos habidos por intervención. En su conjunto, se ha disminuido el número de intervenciones quirúrgicas programadas compensado por el incremento de la actividad quirúrgica en CMA.
6. El índice de utilización de quirófanos ha aumentado sensiblemente en el segundo bienio en relación con el primero, debido en gran parte a la eficiencia en la planificación de la UGC y a la especial dedicación del personal a ella adscrita. Consecuentemente ha habido un descenso significativo del número de intervenciones suspendidas en este último periodo.
7. La actividad quirúrgica de CMA, independientemente de otros factores, ha generado una disminución importante de los gastos debidos a estancias y costos en el segundo bienio, que se justifican por la inclusión en CMA de procesos que en el primer bienio se habían realizado con ingresos, incrementándose notablemente el “índice de sustitución”.
8. Se ha reducido el número de infecciones nosocomiales en el segundo bienio, lo que se debe relacionar con el apartado Ingresos/ Estancia y gastos por paciente.

9. Se ha reducido de forma significativa tanto el número de pacientes en listas como el número de días de espera, muy relacionado con el incremento de actividad de CMA, situándose muy por debajo del periodo de garantía asistencial del SAS.

10. Podemos afirmar que desde la constitución de la UGC hemos mejorado la casi totalidad de los parámetros económicos, asistenciales, así como los de calidad y eficiencia en relación a la actividad asistencial previa con la que la hemos comparado.

BIBLIOGRAFIA

8 BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44: 166-203
- 2.- Health Maintenance Organizations; requirements. Fed Regist 1979; 44 (122 Pt 2): 36864-5
- 3.- Feder JM. Medicare implementation and the policy process. J Health Polit Policy Law 1977; 2: 173-89
- 4.- Havighurst CC. J Health Polit Policy Law 1977; 1: 471-98
- 5.- Richart RH, Duncan JH, Collen Mf, Garfield SR. J Med Syst 1977; 1: 65-77
- 6.- Morgan JP. Watching the monitors: "PAID" prescriptions, fiscal intermediaries and drug-utilization review. N Eng J Med 1977; 296: 251-6
- 7.- Black BL. Competitive alternatives to hospital inpatient care. Am J Hosp Pharm 1985; 42: 545-53
- 8.- Frederick I. Why Medicare's HMO express jumped the tracks. Med Econ 1985; 62: 29, 32-5
- 9.- Brodsky KL. Choosing the right PBM. HMO 1995; 36: 107-9, 112

- 10.- Lipton HL, Gross DJ, Stebbins MR, Syed LH. Managing the pharmacy benefit in Medicare HMOs: what do we really know ?. Health Aff (Milwood) 2000; 19: 42-58
- 11.- Donabedian A. El pasado y el futuro a los ochenta años. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 785-787
- 12.- The Joint Commission. Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación de Hospitales. 2004
(<http://www.jcaho.org/accredited+organizations/hospitals/index.htm>)
- 13.- Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. JAMA 1997; 278: 1687-92
- 14.- Akosah KO, Larson DE, Brown WM, Paul KM, Schaper A, Green RM. Using a system wide care path to enhance compliance with guidelines for acute myocardial infarction. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 248-59
- 15.-McKee M, Mossialos E. The impact of managed care on clinical research. Pharmacoeconomics 1998; 14: 19-25
- 16.- Conner M. Developing network-based services in the NHS. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Ser 2001; 14: 237-244

- 17.- Dorward A. Changes in patterns of acute medical receiving in Scotland 1996 to 2001. *Scott Med J* 2002; 47: 105-8
- 18.- Nichol D. The managerial revolution: medicine as a business. *Med Educ* 1995; 29 Suppl 1: 41-3
- 19.- Warwick T. Managerialism and the British GP: the GP as a manager and as managed. *J Manag Med* 1998; 12: 331-48, 320
- 20.- Masfurrull O, Planas MJ. Gestión del cambio en la Sanidad Pública. *Todo Hospital* 1993; 102: 25-32
- 21.- Marron A, Jiménez L. Gestión Clínica: Fundamentos y requisitos. *Todo Hospital* 1995; 118: 15-7
- 22.- Pellise L. Reimbursing insurance carriers: the case of "MUFACE" in the Spanish health care system. *Health Econ* 1994; 3: 243-53
- 23.- Poves Martínez E, Esteban Gonzalo S, Prieto Orzanco A, Sevilla Pérez F. Actividad y costes en hospitales dirigidos por el INSALUD en 1990-1993. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 329-39
- 24.- Rodríguez M, Scheffler RM, Agnew JD. An update on Spain's health care system: is it time for managed competition ?. *Health Policy* 2000; 51: 109-31

- 25.- Bosch X. Catalanian government expands patients' right to chose. Lancet 2001; 358: 396
- 26.- Torres Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. Aten Primaria 2003; 31: 561-3
- 27.- Torres Olivera A. La calidad asistencial a través de la gestión de procesos integrales: una estrategia para el sistema sanitario público en Andalucía. Cir Andal 2001; 12: 38-40
- 28.- Consejería de Salud. Decreto 232/2002 de 17 de septiembre por el que se regulan los órganos de Ética e Investigación Sanitarias y los de Ensayos Clínicos en Andalucía. BOJA nº 122, de 19 de Octubre 2002 : 20339-52
- 29.- del Llano J, Martínez-Cantarero JF, Gol J, Raigada F. Directivos y clínicos opinan sobre una de las innovaciones organizativas más recientes y relevantes: Los institutos clínicos en hospitales. Gaceta Sanitaria 2002; 16: 408-16
- 30.- Greco PJ, Eisenberg JM. Changing Physicians' Practices. N Eng J Med 1993; 329: 1271-4
- 31.- Plan de Calidad. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>

32.- Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Avances 2000. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/11/pdf/AVANPSAS.pdf>

33.- 3^{er} Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003.

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/especiales/pas3/introduccion.pdf>

34.- Introducción. Evaluación del Impacto de las Intervenciones Sanitarias (Outcomes). Tercera Reunión Científica de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife, 2-5 de Diciembre 1998

35.- Banta HD, Thacker SB. The case for reassessment of health care technology. Once is not enough. JAMA 1990; 264: 235-40

36.- Technologies-appropriate and inappropriate. Safe Mother 1995 (18); 1-2

37.- Guía sobre la evidencia científica para la evaluación de tecnologías en Internet. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Xunta de Galicia. Marzo, 2000

38.- Briones E, Loscertales M, Pérez Lozano MJ. Proyecto GANT. Guía de adquisición de nuevas tecnologías en los centros sanitarios de Andalucía. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. 1999.

- 39.- Eisenberg JM. Clinical economics. A guide to the economic analysis of clinical practices. JAMA 1989; 262: 2879-86
- 40.- Claxton K, Sculpher M, Drummond M. A rational framework for decision making by the National Clinical Excellence (NICE). Lancet 2002; 360: 711-5
- 41.- Puig-Junoy J, Ortun-Rubio V, Pinto-Prades JL. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. Aten Primaria 2001; 27: 186-189
- 42.- Muñozerro Muñoz MD, Santaella Prados M, Serrano Garrido A, Marín Fernández D, López Ruiz A. COAN-hyd. Manual de la aplicación. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003
- 43.- Fernández Álvarez R, Gullón Blanco JA, Rubinos Cuadrado G, Jiménez Sosa A, Hernández García C, Medina Gonzalvez A et al. Neumonía adquirida en la comunidad: influencia de la duración de la antibioterapia intravenosa en la estancia hospitalaria y relación coste-efectividad. Arch Bronconeumol 2001; 37: 366-70
- 44.- García Gómez C, Hernández Sansalvador M, Poveda Andrés JL, Valladolid Walsh A. Análisis coste-beneficio de la implantación de los sistemas automáticos de dispensación de medicamentos en las Unidades de Críticos y Urgencias. Farm Hosp 2003; 27: 4-11

- 45.- Asensi F, De Jose M, Lorente M, Moraga F, Ciuryla V, Arikian S, et al. A pharmacoeconomic evaluation of seven-valent pneumococcal conjugate vaccine in Spain. *Value Health* 2004; 7: 36-51
- 46.- Brosa Riestra M, Casado Collado A, Martínez Brotons F, Nadipelli V, Rubio Terrés C. Análisis coste-efectividad de enoxaparina en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes sometidos a cirugía mayor ortopédica. *Farm Hosp* 2003; 27: 210-8
- 47.- Latour-Pérez J, Navarro-Ruiz A, Ridao-López M, Cervera-Montes M. Using clopidogrel in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients: a cost-utility analysis in Spain. *Value Health* 2004; 7: 52-60
- 48.- Aristegui Ruiz I, Izquierdo Ayuso G, Medina Redondo F, Rubio-Terrés C. Análisis coste-utilidad del tratamiento de la esclerosis múltiple remitente-recidivante con acetato de glatiramero o interferón beta en España. *Farm Hosp* 2003; 27: 159-65
- 49.- Prieto L, Sacristan JA. Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYS). *Health Qual Life Outcomes* 2003; 19: 80
- 50.- Ojeda B, de Sande LM, Casado A, Merino P, Casado MA. Cost-minimisation analysis of pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride versus topotecan in the treatment of patients with recurrent epithelial ovarian cancer in Spain. *Br J Cancer* 2003; 89: 1002-7

- 51.- Rubio-Terres C, Tisaire JL, Kobina S, Moyano A. Cost-minimisation analysis of three regimens of chemotherapy (docetaxel-cisplatin, paclitaxel-cisplatin, paclitaxel-carboplatin) for advanced non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer* 2002; 35: 81-9
- 52.- Straus Se. What's the E for EBM . *BMJ* 2004; 328: 535-6
- 53.- Inadomi JM, Sonnenberg A. An evidence-based medicine approach to economic studies: assessing the cost-effectiveness of competing strategies for colorectal cancer screening. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2003; 1: 404-13
- 54.- Cochrane Library Plus. Español.
http://212.49.218.203/newgenClibPlus/ASP/logina.asp?product=CLIBPLUS&username=_USERNAME_&group=2660&server=UpdateUK&authcode=106214137091440530&country=ES&guest=_GUEST_
- 55.- Rodríguez Becerra E. La aplicación de la medicina basada en la evidencia a la gestión clínica. *Noticias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias* 1998; Suppl 1: 68-71
- 56.- *Noticias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias* 2001, Suppl 3: 12-13
- 57.- Chapman AE et al. Laparoscopic-assisted resection of colorectal malignancies: a systematic review. *Ann Surg* 2001, 234: 590-606
- 58.- McMahon AJ et al. Impact of laparoscopic cholecystectomy: a population-based study. *Lancet* 2000, 356: 1632-1637

- 59.- Gol-Freixa JM, del Llano Senaris JE. El fenómeno de "la medicina basada en la evidencia". Med Clin (Barc) 1999; 112 Suppl 1: 3-8
- 60.- Field MJ, Lohr KN, Editors . Guidelines for clinical practice: From development to use. Washington: National Academy Press; 1992
- 61.- Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A et al. Intervention used in disease management programmes for patients with chronic illness-which one work ¿. Meta-analysis of published reports. BMJ 2002; 325: 925-32
- 62.- García Gutiérrez JF, March Cerdá JC. Medicina basada en la evidencia. Guías de Práctica Clínica. Rev And Pat Digest 1999; 22: 202-4
- 63.- Williams A. Medicina, economía, ética y el servicio nacional de salud. ¿Un choque de culturas?. Papeles de Economía Española 1998; 76: 228-31
- 64.- López Piñero JM. Breve Historia de la Medicina Española. En: Singer C, Ashwort Underwood E, editores. Breve Historia de la Medicina. Madrid: Ediciones Guadarrama; 1996. P. 717-757
- 65.- Abella F. Tratado de Sanidad y Beneficencia (1828-1885). 3ª ed. Madrid: El Consultor de los Ayuntamientos; 1855
- 66.- Monlau PF. Elementos de Higiene Pública o arte de conservar la salud de los pueblos. Madrid: Moya y Plaza; 1871

- 67.- Solano Parés AM. Estudio analítico de las bases epidemiológicas de la planificación sanitaria en España desde 1855 hasta la actualidad. Tesis Doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1983
- 68.- Becares F. Técnica sanitaria municipal. Tomo II. Valladolid: Artes Gráficas A, Aguado; 1935
- 69.- Martínez Navarro JF. Epidemiología histórica de las enfermedades infecciosas en España (1901 - 1975). Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia; 1980
- 70.- De Miguel J. La sociedad enferma: las bases sociales de la política sanitaria española. Madrid: Akal ; 1979
- 71.- Tortosa Simancas J. Legislación Hospitalaria. Monografías Beecham. Barcelona: Talleres Gráficos Vila Sala Hnos., S.A. 1982
- 72.- Ministerio de Trabajo. Subsecretaría de la Seguridad Social: Libro Blanco de la Seguridad Social. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo. Madrid; 1977
- 73.- Gámez Gámez M, Cabrero García B. Derecho Sanitario de Andalucía.
<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/a01.pdf>

74.- Ley 14/1986 de 25 de Abril, Ley General de Sanidad (BOE nº 102/1986 de 29 de Abril)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/202.pdf>

75.- Ley 8/1986 de 6 de Mayo, del Servicio Andaluz de Salud (BOJA nº 41/1986 de 24 de Mayo). <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/a03.pdf>

76.- Decreto 105/1986 de 11 de Junio, sobre Ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales.

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/e10.pdf>

77.- Acuerdo de 2 de Mayo de 1985, del Consejo de Gobierno, que autoriza la creación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (BOJA nº 60/1985, de 11 de Junio)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c12.pdf>

78.- Decreto 104/1993, de 3 de Agosto, de Constitución de la Empresa Pública Costa del Sol y Aprobación de sus Estatutos (BOJA nº 92/1993, de 24 de Agosto).

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c20.pdf>

79.- Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre Habilitación de Nuevas formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 100/1997, de 26 de Abril).

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/206.pdf>

80.- Ley 2/1994, de 24 de Marzo, por la que se crea una Empresa Pública para la Gestión de los Servicios de Emergencia Sanitarias (BOJA nº 41/1994, de 29 de Marzo)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c13.pdf>

81.- Decreto 131/1997, de 13 de Mayo, por el que se constituye la empresa Pública Hospital de Poniente de Almería y se aprueban sus estatutos (BOJA nº 65/1997, de 7 de Junio)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c16.pdf>

82.- Decreto 48/2000, de 7 de Febrero, por el que se constituye la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén) (BOJA nº 18/2000, de 12 de Febrero).

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c18.pdf>

83.- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 35/1995, de 10 de Febrero)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/210.pdf>

84.- Decreto 318/1996, de 2 de Julio, por el que se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (BOJA nº 77/1966, de 6 de Julio)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c08.pdf>

85.- Decreto 462/1996, de 8 de Octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de Junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales (BOJA nº 127/1996, de 5 de Noviembre)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/e11.pdf>

86.- Decreto 128/1997, de 6 de Mayo, por el que se regula la Libre Elección de Médico Especialista y Hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA nº 60/1997, de 24 de Mayo) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d06.pdf>

87.- Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía (BOJA nº 74/1998, de 4 de Julio
<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/a02.pdf>

88.- Decreto 245/2000, de 31 de Mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica Básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud (BOJA nº 65/ 2000, de 6 de Junio)
<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c01.pdf>

89.- Decreto 259/2001, de 27 de Noviembre, por el que se determina las Competencias y Estructura de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud, se delimita las Áreas de Salud y se establece las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área (BOJA nº 148/2001, de 27 de Diciembre)
<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/c02.pdf>

90.- Orden de 25 de Septiembre de 2002, por la que se establecen normas para la Aplicación de la Garantía de Plazo de Respuesta Quirúrgica y el Funcionamiento del Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA nº 11/2002, de 1 de Marzo)
<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d07.pdf> y
<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d09.pdf>

- 91.- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (BOE nº 274/2002, de 15 de Noviembre) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/204.pdf>
- 92.- Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128/2003, de 29 de Mayo) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/203.pdf>
- 93.- Decreto 127/2003, de 13 de Mayo, por el que se establece el Ejercicio del Derecho a la Segunda Opinión Médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA nº 102/2003, de 30 de Mayo) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d11.pdf>
- 94.-Real Decreto 605/2003, de 23 de Mayo, por el que establece las medidas para el Tratamiento Homogéneo de la Información sobre las Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud (BOE nº 134/2003, de 5 de Junio) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/213.pdf>
- 95.- Real Decreto 1277/2003, de 10 de Octubre, por le que se establecen las Bases Generales sobre Autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (BOE nº 254/2003, de 23 de Octubre) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/212.pdf>
- 96.- Ley 5/2003, de 9 de Octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada (BOJA nº 210/2003, de 31 de Octubre) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d01.pdf>

97.- Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE n° 280/2003, de 22 de Noviembre)

<http://www.diariomedico.com/asesor/lopsdefinitiva.pdf>

98.- Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud (BOE n° 301/2003, de 17 de Diciembre)

<http://www.diariomedico.com/asesor/emdefinitivo.pdf>

99.- Real Decreto 183/2004, de 30 de Enero, por el que se regula la Tarjeta Sanitaria Individual (BOE n° 37/2004, de 12 de Febrero)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/215.pdf>

100.- Decreto 96/2004, de 9 de Marzo, por el que se establece la Garantía de Plazo de Respuesta en Procesos Asistenciales, Primeras Consultas de Asistencia Especializada y Procedimientos Diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA n° 62/2004, de 30 de Marzo)

<http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d09bis.pdf>

101.- Pombo Liria N. Fundación: Algunas claves de Gestión Clínica. La Fundación Hospital de Alcorcón. En: Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. 2ª Ed. Madrid Ediciones Díaz de Santos, 2000

102.- Catalunya Generalitat. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, Abril 1991

- 103.- <http://www.cspt.es/webcsptcastella/flash/index.htm>
- 104.- de Rosa A, López Benito I. Gestión privada de un Hospital Público: Hospital de la Ribera (Alzira). En: Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. 2ª Ed. Madrid Ediciones Díaz de Santos, 2000
- 105.- García Alegría J, Pérez Lázaro JJ. Nuevas formas de gestión clínica. Rev And Pat Digest 1999;22: 191-201
- 106.- Navarro Piñero A, Juan Ruiz F, de la Fuente Perucho A. Gestión por Unidades Clínicas. Cir Andal 2001; 12: 41-43
- 107.- Marrón Gallardo A. El Hospital. Conceptos básicos. En: Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. 2ª Ed. Madrid Ediciones Díaz de Santos, 2000
- 108.- Keller Rebellan I, Pérez Lázaro J. Los Hospitales Comarcales en Andalucía. Todo Hospital 1988, 50: 37-45
- 109.- Memoria 2003 Hospital San Agustín. Linares (Jaén). 2004
- 110.- Instituto de Estadística de Andalucía.
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/padron/fich/2003/pobMuns2003.xls>
- 111.- Martín Acera S. Sobre Gestión Clínica. Editorial. Medicina de Familia (And) 2000, 1:122-3

112.- Memoria 2000 Hospital San Agustín. Linares (Jaén).2001

113.- Memoria 2001 Hospital San Agustín. Linares (Jaén). 2002

114.- Memoria 2002 Hospital San Agustín. Linares (Jaén). 2003

115.- Memoria 2000 Servicio Andaluz de Salud . Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.2001

116.- Memoria 2001 Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2002

117.- Memoria 2002 Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2003

118.- Memoria 2003 Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2004

119.- Villar Martínez F, Guerrero Guerra JL, León Peñuelas C, Montaña Reina JM, Campos García T. Actividad Asistencial en Atención Especializada: Andalucía 2000. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001

- 120.- Sandino Navarrete JM, Pérez Hernández RM, Aragón Rodríguez JM, Guerrero Guerra JL, Montaña Reina JM. Actividad Asistencial en Atención Especializada: Andalucía 2001. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.2003.
- 121.- Sandino Navarrete JM, Pérez Lozano MJ, Montaña Reina JM, López Alonso MD. Actividad Asistencial en Atención Especializada: Andalucía 2002. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004.
- 122.- Sandino Navarrete JM, Pérez Lozano MJ, Montaña Reina JM, López Alonso MD. Actividad Asistencial en Atención Especializada: Andalucía 2003. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004.
- 123.- Matorras Galán P, de Pablo Casas M, Otero García L, Alonso López F, Daroca Pérez R, Díaz-Caneja Rodríguez N. Adecuación de los ingresos en el servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel. Med.Clin (Barc)1990, 94: 290-293.
- 124.- González-Montalvo L, Baztan JJ, Rodríguez Mañas L, San Cristóbal E, Gato A, Ballesteros P, et al. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales, y sus diferencias en función de la edad. Med Clin.(Barc)1994, 103:441-444.
- 125.- Gertman PM, Restuccia JD: The Appropriateness Evaluation Protocol a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care 1981, 19:855-871.

126.- Moloney ED, Bennett K, Silke B. Length of hospital stay, diagnoses and pattern of investigation following emergency admission to an Irish teaching hospital. *Ir Med J* 2004, 97: 170-172

127.- Strumwasser I, Paranjpe NB, Ronis DL, Share D, Shell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria Appropriateness Evaluation protocol, Standardized Medreview Instrument and Intense Severity Discharge Criteria. *Me. Care* 1990, 28: 95-111

128.- Peiró S, Portela E, Martínez E, Fernández C. Reliability of a method for assessing inappropriate care in a public hospital in Spain. Madrid XXVIII International Hospital Congress. 1993

129.- Ludke RL, McDowell NM, Booth BM, Hunter SA. Appropriateness of admissions and discharges among readmitted patients. *Health Serv Res* 1990, 25:501-525

130.- Suárez García F, Oterino de la Fuente D, Peiró S, Librero J, Barrero Raya C, Parras García de León N, Crespo Pérez MA, Pérez Martín A. Factores asociados con el uso y adaptación de hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001, 75: 237-248

131.- Appropriateness Evaluation Protocol. Manual para la revisión.. Barcelona. Fundación Avedis Donabedian.1996

- 132.- Villalta J, Siso A, Cereijo AC, Sequeira E, de la Sierra A. Inadecuación de la hospitalización en una unidad de corta estancia de un hospital docente, Estudio controlado. *Med Clin (Barc)* 2004, 122: 454-456
- 133.- Polder JJ, van Balen R, Steyerberg EW, Cools HJ, Habbema JD. A cost minimisation study of alternative discharge policies after hip fracture repair. *Health Econ* 2003, 12: 87 - 100
- 134.- Klein JD, Beshansky JR, Selker HP. Using the delay tool to attribute causes for unnecessary pediatric hospital days. *Med Care.*1990; 28:982-989.
- 135.- Booth BM, Ludke RL, Wakefield DS, Kern DC, Du Mond CE . Relationship between inappropriate admissions and days of care: implications for utilization management. *Hosp Health Serv Adm* 1991,36:421-437
- 136.- Strumwasser I, Paranjpe NV, McGinnis J, Ronis DL. To hospitalize or not to hospitalize:HMO versus fee-for-service.*GHAA J* 1988 Fall 9:42-54 Dhanani N, O'Leary JF, Keeler E, Bamezai A, Melnick G. The effect of HMOs on the inpatient utilization on Medicare beneficiaries, *Health Serv Res* 2004, 39: 1607 - 1627
- 137.- Wynne J, Hull D. Why are children admitted to hospital ?. *Br. Med J.*1987; 2: 1140-1142.
- 138- Mozes B, Halkin H, Katz A, Schiff I, Modan B. Reduction of redundant hospital stay through controlled Intervention. *Lancet* 1987; 1: 968-969.

139- Rishpon S, Lubacsh S, Epstein LM. Reliability of a method of determining the necessity for hospitalization days in Israel. *Med Care* 1986,24: 279-282.

140- Mozes B, Schiff E, Modan B. Factors affecting inappropriate hospital stay. *Qual Assur Health Care*. 1991, 3: 211-217.

141- Apolone G, Alfieri V, Braga A, Caimi V, Cestari C, Crespi V et al. A survey of the necessity of the hospitalization day in an Italian, teaching hospital. *Qual Asusr Health Care* 1991, 3: 1-9.

142- Winterhalter G, Blanc T, Kulc Z, Ki E. Importance et causes de l'utilisation inapproprié identifié a l'hôpital de ST Loup. Lausanne. Service de la Santé publique. 1991.

143- Burdet A, Perrin JC, Devaud M, Blanc T, Didler M.: Importance et causes de l'utilisation inapproprié identifié á l'hôpital de Payerne. Lausanne. Servicie de la Santé Publique.1991

144- García Arcal C, Locutora Ruperez J. Evaluación de la pertinencia de las estancias en hospitalización a domicilio. III Jornada sobre optimización en los Servicios Sanitarios. Barcelona. 1988.

- 145- García Hernández I, Saturno Fernández PJ. Evaluación del uso adecuado de la hospitalización. Resultados de la aplicación del AEP en un hospital general universitario. XXVII Congreso Internacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Madrid.1993.
- 146- Moliner J, Saldaña J, Abad JM, Arcarazo A, Muñoz E. Estudio de la adecuación de estancias hospitalarias en servicios de Medicina Interna y especialidades médicas en un hospital general. V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada.1993.
- 147- Oterino de la Fuente D, Peiró S, Portella E, Marchan C, Aymerich S. Utilización innecesaria de la hospitalización a nivel de servicio. Rev Calidad Asistencial.1994, 1:8-16.
- 148- Canga E, Del Vigo S, Fabo P, Sañudo S, López O. Experiencia en la aplicación del AEP: evaluación del método. Todo Hospital 1994:103:29-34
- 149- Martínez Más E, Peiró S, Meneu R, Roselló Pérez ML, Portella E. How many days of hospitalization for an appendectomy? Int J Qual Health Care.1994, 6: 347-352
- 150- Lorenzo S, Diez R, Donado J, Hernando F, Mirón J, Gol J. Evaluación del grado de adecuación de pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel de Madrid. XII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología.1994

- 151- Flores MP, Bisch OF, Jerger C, Otero A. Estudio de la adecuación de las estancias hospitalarias por cirugía de cataratas en el Hospital de la Princesa de Madrid. XII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. 1994
- 152- Baré ML, Vicente R, Valeribera P, Vía JM. El impacto de la inadecuación hospitalaria en el Sistema Sanitario Catalán. Puntexpress.1994. 145:1-2
- 153-Amargos Maronda MV. Revisión de la Adecuación versus Inadecuación del Ingreso hospitalario, a través de un servicio de urgencias. Tesina de Maestría en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Universidad de Barcelona y Universidad Pompeu Fabra.1993
- 154- Sánchez E, Artola M, Aguinagalde M, Barrios B, San Emeterio E. Programa PMC'S y AEP en la evaluación de las estancias hospitalarias en dos procesos quirúrgicos. XIII Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial. Marbella. 1995
- 155- Esperalba J, Saura RM, Abelló C, Monroig M, Vilanova F. Appropriateness: análisis de exploraciones y estancias inadecuadas. XIII Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial. Marbella. 1995
- 156- Tejedor Muñoz J, Moro Aguado J, Zancajo Castaciares JL, González Patorna MJ. Identificación de la Estancia apropiada en cuatro GRD quirúrgicos como aportaciones al ciclo de mejora de calidad. Rev Calidad Asistencial 1999, 14: 767-772

157.- Moro B. Proyecto de la unidad de cirugía sin ingreso en el área de salud número 13 de la Comunidad Valenciana. Rev Asecma 1996, 1: 16

158.- Docobo Durantez F, Mena Robles J, Blanco Domínguez JL, Santos Neila R, Fernández-Dovale M, Bernal Bellido C et al. Bases para el diseño y puesta en marcha de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Rev And Pat Digest 1999, 22: 149-154

159.- De Lathouwer Cl. Le développement de la chirurgie ambulatoire. Une perspective incontournable. Chirurgie (Paris) 1993-1994, 119: 72-76

160.- Marín Morales J, Gallardo García PA, Mulet Zayas O, Pérez Ramírez C, Rodríguez Hernández S. Cirugía mayor Ambulatoria en España: de la teoría a la práctica. Rev And Pat Digest 1999, 22: 155-157

161.- Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C, Fontán Atalaya IM. Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Rev Esp Salud Pública 1999, 73: 71-80

162.- García Sánchez Y, Oltra D, Iserte J, Alberola V, Arguedas A, Soriano D. Evolución del índice de sustitución por procesos en la UCSI de un hospital maternal universitario desde enero del 2000 a junio del 2003. Rev ASECMMA 2005, 10: 31-33

- 163.- Docobo Durántez F, Galindo Galindo A, Mena Robles J, Martín Cartes J, Santos Neila R, Fernández-Dovale Martín, M, et al. La colecistectomía laparoscópica en unidades de cirugía mayor ambulatoria. Resultados de dos años de tratamiento. Rev And Pat Digest 1999, 22: 167-170
- 164.- Martínez Vieira A, Docobo Durantez F, Mena Robles J, Durán Ferreras I, Vázquez Monchul J, López Bernal F, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of biliary lithiasis: outpatient surgery or short stay unit?. Rev Esp Enferm Dig 2004, 96: 452-459
- 165.- Barrasa Villar JI, Gómez López LI. Incidencia anual y control de las infecciones nosocomiales en un hospital comarcal. Med Clin (Barc) 1994, 102: 601-605
- 166.- Barrasa Villa JI, Goto Lázaro MA, Aspiroz Sancho C, Vidal Penacho C. Incidencia anual y mortalidad asociada a las infecciones intrahospitalarias del tracto respiratorio inferior en un hospital comarcal. Rev Clin Esp 1994, 194: 282-287
- 167.- Morales Suárez-Varela MM, Segarra Castelló L, Lloret Caballería A, Villuendas Gorrochategui A. Estudio comparativo de la prevalencia de infecciones hospitalarias en un hospital comarcal de Valencia. Enferm Infecc Microbiol Clin 1995, 13: 23-32.
- 168.- Arcos Navarro A. Infecciones nosocomiales en Cirugía General y Digestiva del Hospital del Área Norte de la Provincia de Jaén: Estudio de los costos. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla, 2001

169.- Gordo F, Núñez A, Calvo F, Algora A. Mortalidad intrahospitalaria tras el alta de una unidad de cuidados intensivos en pacientes que han precisado ventilación mecánica. *Med Clin (Barc)* 2003, 121: 241-244

170.- García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos en un hospital comarcal. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 103-110.

171.- Westert GP, Lagoe RJ, Keskimaki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. *Health Policy* 2002; 61: 269-278

172.- Rossell F, Goenaga MA, Sanroma P, González Ramallo V, Damborenea M D, Vilardell M. Hospital at home in Spain more than 10 years experience. Mesa Redonda de la Sesión Plenaria del 26 de Septiembre, al XXVII Congreso Mundial de Medicina Interna. Granada 2004.