



FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

**ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA EN
UN HOSPITAL COMARCAL, DURANTE LOS BIENIOS 2000-2001 Y 2002-2003**

Autor: Enrique Gabriel Olea Cano

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

Sevilla a 21 de Agosto de 2.005



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

**ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA EN
UN HOSPITAL COMARCAL, DURANTE LOS BIENIOS 2000-2001 Y 2002-2003**

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

Autor: Enrique Gabriel Olea Cano

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

Sevilla a 1 de Septiembre de 2.005

**A mis padres:
Quienes me han infundido el valor para afrontar la vida**

**A mi mujer:
Por haberme dado el amor para vivir la vida**

**A mis hijos:
Para que sigan siendo la recompensa de mi vida**

AGRADECIMIENTOS

- Al Profesor D. José María Ortega Beviá, Profesor Titular y Jefe del Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla, por su Dirección y participación activa en esta Tesis Doctoral, por su inestimable ayuda, así como por el aliento y ánimo que me ha infundido durante todo el tiempo.
- Al Dr. D. Juan Díaz Oller, Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital San Agustín de Linares, por haber sido el mas eficiente codirector de una Tesis que un doctorando puede tener. Por la confianza, por su apoyo y estímulo, así como por las incalculables horas de trabajo, que ha empeñado en esta labor, sin las que no hubiera sido posible su realización.
- Al Dr. D. Antonio Resola García, Director Gerente del Hospital San Agustín, de Linares, con quien me honro en colaborar en su tarea, bajo el prisma de la amistad y la ayuda mutua.
- Al Profesor D. José Cantillana Martínez, Profesor Titular del Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla, y Jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, del Hospital Universitario Virgen Macarena, de Sevilla por su disponibilidad constante.
- A D^a Pilar Sánchez Navarro, Técnico Superior del Servicio de Documentación Clínica del Hospital San Agustín de Linares, por su abnegada colaboración en la búsqueda, recogida y estructuración de los datos, que han hecho posible esta investigación.

- A D. Manuel Ruiz Gordo, Técnico Superior del Servicio de Informática de nuestro Hospital, por su eficaz colaboración y apoyo con el soporte informático para la elaboración de la Tesis.
- A D. Jacinto Talavera Rincón Jefe del Servicio Administrativo de Admisión de nuestro Hospital, quien con su altruismo, y celo profesional nos ha proporcionado cuantos datos han sido necesarios para la ejecución de esta empresa.
- A D. Antonio José Sáez Castillo, Profesor Titular de Estadística de la Universidad de Jaén por su contribución en el análisis y estudio analítico de los datos.
- Al Dr. D. Rafael Gallardo González, Coordinador del Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos de nuestro Hospital, por su asesoramiento y colaboración en la realización de la Base de Datos.
- A D^a Catalina Jordán Hervás y a D^a M^a Antonia Martínez Montero, eficientes y disponibles colaboradoras en la Secretaría de Dirección de nuestro Hospital, y en la elaboración de esta Tesis.
- A D. Juan Mayoral Valsera y a D^a. Mari 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 todos los componentes del Servicio de Cirugía General / Unidad de Gestión Clínica del Hospital San Agustín, de Linares y a todos aquellos que de una u otra forma, con su colaboración y esfuerzo personal han hecho posible este estudio.

ÍNDICE GENERAL

1	INTRODUCCIÓN	11
1.1	El Hospital Comarcal, general básico o de primer nivel. Generalidades.....	11
1.2	El Hospital Comarcal en el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)	12
1.3	Los Servicios Clínicos. Antecedentes histórico-legales	14
1.3.1	Etapa de la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Servicios no Jerarquizados o Equipos Quirúrgicos (Cupos).....	15
1.3.2	Etapa de la Jerarquización de Servicios.....	17
1.3.3	De las Transferencias Autonómicas a la actualidad	20
1.4	Constitución de un Servicio Clínico.....	24
1.4.1	Planificación.....	26
1.4.1.1	Análisis estratégico.....	26
1.4.1.2	Formulación de objetivos y estrategias.....	32
1.4.2	Organización.....	34
1.4.2.1	Estructura.....	35
1.4.2.2	Motivación.....	39
1.4.2.3	Coordinación y comunicación	40
1.4.2.4	Control.....	41
1.4.2.5	Sistemas de Información.....	41
1.4.2.6	Criterios de evaluación o Indicadores.....	42
1.4.2.7	Gestión.....	43
2	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
3	HIPÓTESIS DEL TRABAJO	50
4	MATERIAL Y MÉTODO	54
4.1	MATERIAL	54
4.1.1	Área Poblacional	54
4.1.2	Parámetros que se van a estudiar.....	57
4.1.3	Material informático utilizado y programas para el estudio estadístico.....	58
4.2	MÉTODO.....	58
4.2.1	En relación a las Historias Clínicas:.....	59
4.2.2	En relación a las Intervenciones Quirúrgicas.....	59
4.2.3	Análisis descriptivo/estadístico.	60
4.2.4	Protocolo de recogida de datos	62
5	RESULTADOS	66
5.1	Resultados demográficos.....	66
5.2	Resultados estructurales, humanos y económicos del Hospital.....	68
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.....	71
5.3.1	En relación con las Variables sobre Recursos Materiales:.....	73
5.3.2	En relación con las Variables asistenciales, sobre las estancias/ingresos.....	76
5.3.3	En relación con las Variables asistenciales, sobre las Urgencias.....	85
5.3.4	En relación con las Variables asistenciales, sobre Actividad Quirúrgica.	93
5.3.5	En relación con las Variables asistenciales, sobre Actividad en Consultas.....	109

5.3.6	En relación con las Variables asistenciales, sobre Datos Generales de Asistencia Hospitalaria	116
5.3.7	En relación con las Variables asistenciales, sobre Calidad / Eficiencia.....	126
5.3.8	En relación con las Variables, sobre Docencia e Investigación.....	137
6	DISCUSIÓN	148
6.1	Sobre los recursos materiales disponibles	149
6.2	Sobre las variables asistenciales estancias/ingresos	150
6.3	Sobre las variables asistenciales de Urgencias	160
6.4	Sobre las Variables asistenciales de Actividad Quirúrgica.	162
6.5	Sobre las Variables asistenciales de Actividad en Consultas	169
6.6	Sobre las Variables de Datos Generales de Asistencia Hospitalaria	171
6.7	Sobre las Variables de Calidad / Eficiencia.....	172
6.8	En relación con las Variables, sobre Docencia e Investigación.....	177
7	CONCLUSIONES	182
8	BIBLIOGRAFÍA	186

INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

1.1 El Hospital Comarcal, general básico o de primer nivel. Generalidades.

El Hospital, con independencia de su tamaño, ubicación o nivel tecnológico es siempre una organización compleja y por ello, conceptualmente poco flexible y con gran resistencia a los cambios. Sin embargo, sometido a presiones profesionales, tecnológicas, sociales, económicas y políticas, ha demostrado en la práctica una extraordinaria capacidad renovadora y de adaptación a las nuevas exigencias socio-sanitarias, pasando en apenas cuarenta años del primitivo “Hospital-Asilo” al actual “Hospital tecnocrático”¹

La Ley General de Sanidad² define el Hospital como “el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia “. Así pues, el hospital debe entenderse como el principal sistema de apoyo y referencia para la atención primaria.

También se define al Hospital como “una empresa de carácter científico productora de actos médicos, cuya plusvalía incrementa el bienestar social”³.

El hospital comarcal no es tan solo el hospital más cercano a la población, sino que además es el que ha de dar cobertura asistencial a la mayor proporción de patología

frecuente de su área, estando en una situación ventajosa - por su dimensión más reducida- para conseguir el mayor nivel de satisfacción del usuario.

Ha de tener la tecnología asistencial necesaria para atender aquellas patologías sencillas que no requieren ni una gran dotación de personal ni un equipamiento sofisticado, y que se considera que corresponde de un 70-80 % de las enfermedades que sufre la población.

1.2 El Hospital Comarcal en el Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)

Es definido como el hospital de agudos, preferentemente situado en el medio rural pero con su equivalencia en el medio urbano, y cuyo objetivo es la cobertura del 80 % de las necesidades de asistencia especializada que requieran hospitalización, dentro de su área hospitalaria ⁴.

La población que cubre el Hospital Comarcal oscila entre 90.000 y 200.000, siendo la croma máxima al mismo de una hora. En líneas generales, su tamaño es de 2 camas por 1.000 habitantes, variando el número de las mismas entre 125 y 360 camas. Teniendo en cuenta los requerimientos que plantean, tanto en mínimos de calidad asistencial reglada como, y sobre todo, la oferta permanente de servicios asistenciales en régimen continuado (o de urgencias), no parece razonable establecer para estos hospitales un dimensionamiento inferior a las 150 camas. Recientemente, se están creando Centros Hospitalarios de Alta Resolución Especializada (CHARE), con un nº de camas bastante inferior a las 100, en ámbitos rurales para que las cronas de atención

sean inferiores a 30 minutos, y se puedan realizar consultas en acto único de las patologías más prevalentes y de resolución no compleja.

A la hora de hablar de funciones del Hospital Comarcal, es obligado referirnos a las funciones de la asistencia especializada, ya que el hospital se integra como un elemento más en ésta. Sus funciones, como las de cualquier otro de distinto nivel, a tenor de la Ley 2/1998 de 15 de Junio, de la Consejería de Salud de Andalucía hacen que - desde la propia Consejería de Salud y el SAS- **se consolide y refuerce el Sistema Sanitario Público**, a través de la innovación y la realización de políticas que continúen **apostando por el protagonismo del ciudadano como eje central del mismo** desarrollados en el II Plan Andaluz de Salud y en el Plan de Calidad, y que se explicitan a través del **Contrato Programa para el periodo 2001-2004** ⁵ (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud), sustentándose durante el bienio 2003-2004 en las siguientes líneas de actuación:

- Atención al usuario
- Gestión de la producción asistencial
- Promoción del uso racional del medicamento
- Docencia e investigación
- Gestión de los recursos humanos
- Gestión económica
- Inversiones
- Financiación
- Sistemas de información

1.3 Los Servicios Clínicos. Antecedentes histórico-legales

Históricamente, el desarrollo de los servicios clínicos hospitalarios se ha hecho como una expansión lógica de la actividad médica. El jefe del servicio o el profesor jefe era quien dictaba las normas en cuanto a organización, estructura y funcionamiento del servicio, y en definitiva del hospital, que se iba modelando según los avances de la medicina, pero también por las indicaciones y deseos de los jefes de servicio. Los aspectos de gestión hospitalaria, incluidos los de actividades económicas, eran poco relevantes frente al pensamiento médico. Sin embargo, a medida que se van complicando las estructuras y funciones del hospital, inducidas por el formidable desarrollo científico y tecnológico de la medicina que se inicia después de la Segunda Guerra Mundial, con la implantación de nuevas especialidades que tienen cada vez más un apoyo instrumental complejo, y con el inevitable incremento de los costes de la asistencia, se produce la transformación de la responsabilidad en la dirección hospitalaria, de manera que van apareciendo los gestores y directores médicos que deben dedicarse plenamente a sus tareas de gestión y administración, incompatibles - por la dedicación absorbente que exige el puesto directivo - con la actividad asistencial.

El nexo de unión entre los órganos directivos y las unidades clínicas o servicios es el Jefe del Servicio, que dispone inteligentemente de los recursos humanos y materiales que el sistema pone a su disposición para realizar los cometidos propios, contribuyendo a la integración de la cultura clínica y de gestión, que no son antagónicas, sino al contrario, ya que esta última acabará incluyéndose el ideal de excelencia del Médico.

1.3.1 **Etapa de la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Servicios no Jerarquizados o Equipos Quirúrgicos (Cupos).**

Un hito importante lo forma la promulgación de la Ley de 14 de Diciembre de 1942 creando el Seguro Obligatorio de Enfermedad ⁶, 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.

En esta etapa se promulga la Ley de Bases de Sanidad Nacional el 22 de Noviembre de 1944 ⁷, que es una recopilación de los aspectos sanitarios ya existentes.

La aplicación práctica del Seguro Obligatorio de Enfermedad se inicia en 1944 y se lleva a cabo en tres etapas ⁷:

- 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 ⁸.

A los "Servicios" o "Cupos", oficialmente denominados Equipos Quirúrgicos se les asignaba un número determinado de "cartillas" o documentos de asistencia sanitaria familiares, y se componían de un Jefe de Equipo - especialista en Cirugía General - un Ayudante (no necesariamente especialista en Cirugía General), y un Practicante Instrumentista, que operaban en otros hospitales (Universitarios, Diputación), sanatorios o clínicas privadas concertadas, y al principio de la construcción de los propios hospitales del Instituto Nacional de Previsión, en esos centros hasta su jerarquización.

En Linares, en sus comienzos, los Equipos Quirúrgicos actuaban en sus propias Clínicas o en el Hospital de los Marqueses de Linares, y más tarde solo en este último Centro.

1.3.2 Etapa de la Jerarquización de Servicios

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 ^{7,9}, hacen especial referencia a:

- La clasificación de las Instituciones Sanitarias en cerradas u Hospitales, y abiertas en las que se incluían Centros de Diagnóstico, Ambulatorios y Consultorios de Medicina General. Dentro de la clasificación hospitalaria, distinguía entre Ciudades Sanitarias, Residencias Sanitarias con Servicios Regionales, Residencias Sanitarias Provinciales y Residencias Sanitarias Comarcales, definidas estas últimas como Hospitales Locales Básicos de ámbito comarcal.
- Definición de la Jerarquización como la organización de los establecimientos asistenciales en Departamentos, *Servicios* y *Secciones*, según proceda, en los cuales se integra el personal facultativo propio del Centro, a distintos niveles, con unidad de dirección y responsabilidad asistencial coordinada.
- Establece la función docente, subordinada a la función asistencial a la que fundamentalmente deberán atender, tanto en la formación postgraduada (con la debida acreditación), formación de alumnos de la licenciatura en aquella Facultad que esté adscrita - en su caso - al Hospital, y cursos de perfeccionamiento dirigidos a las distintas categorías de personal.

- La función de investigación, en las Instituciones debidamente acreditadas.
- La Junta Facultativa y las Comisiones de Calidad, como órganos de asesoramiento.
- Se define al *Servicio* como un conjunto funcional en el que se concreta la actividad asistencial que realiza, dentro de los conocimientos y técnicas de una especialidad concreta, respondiendo su organización, en cada caso, a las necesidades y fines de cada Institución Sanitaria. En cuanto a la *Sección*, es la unidad funcional básica, a través de la cual se realizan de modo específico las actividades que los Servicios desarrollan en la Institución.
- Se establece la Organización de la Unidad Asistencial Clínica, que en cuanto a la cirugía, estará integrada por el Servicio de Cirugía General y aquellos otros de Especialidades Quirúrgicas que se estime necesario establecer en cada Institución en función de sus obligaciones asistenciales.
- Se regulan las funciones del *Jefe del Servicio*:
 - 1) Ejercer la función rectora del Servicio, coordinando la actividad profesional de las Secciones y Unidades Clínicas

que lo integran, así como la utilización de los medios materiales.

- 2) Asistir responsablemente a los enfermos del Servicio, lo mismo en cuanto a su atención directa como a la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se le apliquen.
- 3) Colaborar con la Dirección de la Institución en el desarrollo de las actividades de las Secciones y Unidades Clínicas del Servicio.
- 4) Proponer a la Dirección las medidas y medios precisos para el desarrollo de la labor asistencial en las Áreas de Urgencia y Consultas Externas.
- 5) Participar en las reuniones generales periódicas de la Institución, así como proponer las programaciones específicas de su Servicio.
- 6) En las Instituciones acreditadas, intervenir activamente en la docencia.
- 7) Informar a la Dirección sobre cualquier asunto relacionado con el Servicio, emitiendo informes con la periodicidad que se soliciten.
- 8) Formar parte de la Junta Facultativa y de las Comisiones Consultivas, según el Reglamento de Régimen Interior.
- 9) Informar los programas de investigación de su Servicio, para su estudio en la Comisión de Investigación.

- 10) Proponer las variaciones de plantilla según las necesidades del propio Servicio

1.3.3 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 ¹⁰.

El modelo de Jerarquización de Servicios sigue coexistiendo en la actualidad con el de Equipos Quirúrgicos no jerarquizados (Médicos Especialistas de Instituciones Abiertas, o Cupos), declarado a extinguir, habiéndose dado la posibilidad de jerarquización voluntaria mediante Orden de 25 de Abril de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE nº 102 de 28 de Abril), por la que se dictan normas para la jerarquización de Instituciones Sanitarias abiertas de la Seguridad Social ¹¹, que a nivel de Andalucía se ofertó mediante Orden de 7 de Marzo de 1985, de la Consejería de la Presidencia (BOJA nº 25 de 15 de Marzo) ¹²

En virtud de las competencias autonómicas citadas, se aprueba la Ley 8/1986, de 6 de Mayo, (BOJA nº 41/1986, de 24 de Mayo) sobre el SAS ¹³, 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) ¹⁴, 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, en el que hace distinción de únicamente dos categorías de Hospitales: los Hospitales Generales Básicos, cuyo ámbito de actuación será el Área Hospitalaria a la que se encuentren adscritos, y los Hospitales Generales de Especialidades, que tendrán la consideración de Hospitales de referencia para la asistencia especializada que requiere abarcar más de un Área Hospitalaria. En ambos casos, en función de las necesidades de la atención especializada, el personal sanitario del Área Hospitalaria prestará sus servicios profesionales tanto en el Hospital como en los demás Centros Asistenciales del Área.

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^{14, 15}.

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)¹⁶.

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 Comunidad¹⁷.

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 2002¹⁸.

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 Clínica¹⁹.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²⁰, 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 principio 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 ²¹, así como las Medidas para el Tratamiento Homogéneo de la Información sobre las Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud ²², las Bases Generales sobre Autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios ²³ y la Ley de Declaración de Voluntad Vital Anticipada ²⁴.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ²⁵, 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 ²⁶, 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 Garantía de Plazo de Respuesta en Procesos Asistenciales, Primeras Consultas de Asistencia Especializada y Procedimientos Diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía ²⁷.

1.4 Constitución de un Servicio Clínico

Los Servicios Clínicos son las unidades fundamentales de organización en torno a los que gira toda la vida del Hospital. Cada vez más los Servicios Clínicos son también unidades de gestión, con creciente autonomía y responsabilidades en su organización interna, orientación de su actividad o manejo de los recursos. Cada Servicio puede ser considerado como una pequeña empresa dentro del Hospital, con sus productos, sus clientes y sus proveedores bien definidos y con sus propias cuentas de resultados, por lo que la tarea de gestionar y dirigir un Servicio se va complicando

progresivamente, siendo imprescindible el diseño de un Plan de Gestión que conduzca su funcionamiento.

La tarea previa al diseño de un Plan de Gestión para un Servicio Clínico es la caracterización o identificación del mismo. En esta primera fase se pretende contestar:

- ¿qué es el Servicio?
- ¿dónde está emplazado?
- ¿qué hace?

Los tres aspectos esenciales que se pueden considerar en la identificación preliminar de un Servicio Clínico son:

- Descripción del Hospital al que pertenece el Servicio y del área en que está situado, con sus características más relevantes (Hospital General Básico (Comarcal) o General de Especialidades, número de camas, especialidades disponibles, nº de habitantes del Área, etc.)
- Identificación de los clientes del Servicio: ¿para quién trabaja el Servicio?
- Identificación de los proveedores del Servicio: ¿quién trabaja para el Servicio?

Una vez especificadas las características que identifican al Servicio, el diseño del Plan de gestión propiamente dicho desarrolla las cuatro grandes funciones que corresponden al proceso tradicional de gestión: Planificación, Organización, Dirección y Control.

1.4.1 Planificación

Una parte inicial en el proceso de gestión es la planificación. En esta fase se trata de responder a las preguntas sobre cuál es la situación del Servicio en la actualidad, qué será necesario hacer en los próximos años y porqué. La planificación parte del análisis estratégico sistematizado de la situación, para identificar y seleccionar una serie de objetivos prioritarios, y por último formular las estrategias más adecuadas y diseñar los planes para conseguirlos ^{28, 29}.

1.4.1.1 Análisis estratégico

Una herramienta sencilla pero valiosa para realizar de forma sistematizada el análisis estratégico, es el método DAFO (debilidades, amenazas fortalezas, oportunidades) (Tabla 1). El análisis de la situación del Servicio tiene dos orientaciones: análisis externo e interno. Mediante el análisis de situación externo al Servicio se pretende conocer la realidad de los factores del entorno que pueden influir en la actividad del Servicio, factores difícilmente modificables por no estar en general bajo nuestro control. Así se determinan las Amenazas y Oportunidades que el ambiente externo presenta para el Servicio. El análisis de la realidad interna del Servicio supone una autoevaluación, una auditoría, que determinará sus fortalezas y debilidades. Estas últimas son modificables mediante cambios de estrategias, organización y dirección. De la confrontación entre el análisis externo y el interno, surgen los posibles objetivos a alcanzar y las estrategias a seguir con sus planes concretos, producto final de la fase de planificación ^{30, 31}.

<u>ENTORNO/ EMPRESA</u>	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
PUNTOS FUERTES	Estrategias defensivas	Estrategias ofensivas
PUNTOS DÉBILES	Estrategias de Supervivencia	Estrategias de Reorientación

PUNTOS DÉBILES: Son todos aquellos aspectos que constituyen una amenaza o riesgo para nuestra organización, siendo por tanto aspectos a mejorar

AMENAZA: Es toda fuerza del entorno que impide la implantación de una Estrategia o reduce su efectividad

PUNTOS FUERTES: Son aspectos de la Empresa que determinan una ventaja competitiva sobre la competencia

OPORTUNIDAD: Es todo aquello que pueda suponer una ventaja competitiva para la Empresa

Tabla 1.- Matriz DAFO

Análisis externo

El estudio del ambiente externo al Servicio es muy importante, ya que la serie de factores difícilmente modificables del entorno va a determinar el éxito o fracaso de los planes y de la gestión. El análisis externo no está tan sistematizado como el interno, y la información necesaria resulta más difícil de conseguir e interpretar³²⁻³⁴, en función de los puntos fundamentales del análisis de situación externo de un Servicio Clínico que son los siguientes:

- *Área de influencia y caracterización socio-demográfica.* Descripción de la procedencia de los pacientes o clientes que atiende el Servicio (Área Sanitaria o Zonas Básicas, mutuas o compañías aseguradoras, pacientes privados, pacientes referidos de otras Áreas o Comunidades Autónomas, etc.), descripción de las características sociales y demográficas de la población (pirámide de edad poblacional, distribución por sexos, nivel económico y cultural).

- *Análisis de demanda asistencial.* El conjunto de personas del área de influencia que son susceptibles de asistencia por parte del Servicio constituyen su demanda, que puede dividirse en: 1) Demanda expresada o Demanda latente, según los pacientes busquen ser atendidos o no; 2) a su vez, la Demanda expresada puede ser atendida, demorada (lista de espera), o no atendida.

- *Mercado sanitario y comportamiento de los clientes.* Incluye el análisis de la oferta sanitaria en el ambiente del Servicio, con la descripción de los recursos sanitarios presentes y los flujos de pacientes o clientes de éstos. Es importante detectar puntos de saturación o déficit de recursos ³⁴.

- *Análisis de la competencia.* Estudio de aquellos Servicios sanitarios externos que entran en competencia directa con el Servicio en cuestión (competencia por pacientes, por recursos, etc.) y de las características de los mismos que les proporcionan éxitos y fracasos.

- *Evolución de la tecnología y desarrollo de la especialidad:* En las circunstancias actuales de rápido cambio tecnológico e innovación continua en las especialidades, resulta fundamental analizar las técnicas y tecnologías emergentes, su utilidad real /efectividad clínica, impacto en calidad de vida, costes, eficiencia), así como

predecir el rumbo de la especialidad en los próximos años. Todo producto sanitario, técnica o tecnología tiene un ciclo de vida característico: introducción, crecimiento, madurez y declive. El análisis del ciclo vital en que se encuentren los productos y tecnologías sanitarias y la predicción de su evolución resultará útil en la planificación, introduciendo técnicas que tienen potencial de crecimiento y eliminando productos obsoletos^{35,36}.

- *Mecanismos de financiación.* Análisis de los diferentes sistemas de financiación y asignación de recursos en la actualidad y su evolución previsible (financiación por estancia, por proceso) y la repercusión de los mismos en la actividad del Servicio.

- *Marco político y administrativo.* Las relaciones de poder en el sector sanitario, el sistema administrativo y su organización, los grandes objetivos de las Instituciones Sanitarias, y la influencia y presión de la sociedad en el ámbito de la sanidad, constituyen el marco general en el que se desarrollará la actividad del servicio.

Análisis interno

El análisis interno del Servicio es una auditoría de su actividad, sus resultados y su estructura. Resulta mucho más sistematizado que el análisis externo, y la información necesaria está fácilmente disponible en el propio Centro, a partir de los sistemas de información centrales y del propio Servicio. Sin embargo, presenta el problema de la falta de objetividad ante una autoevaluación, por lo que sería deseable la colaboración

de analistas ajenos al Servicio. Los puntos fundamentales del análisis interno de un Servicio asistencial son ^{32, 33, 37}:

- *Valores y cultura de la institución.* Incluye el análisis de los valores y principios compartidos por el conjunto de personas que trabajan en el Centro, la cultura interna de la organización, el clima institucional, con los que tiene que ser necesariamente coherente cualquier diseño y actividad del Servicio.

- *Estructura del Servicio.* Referida a: 1) Recursos Humanos (personal facultativo, enfermería, auxiliares, administrativo y otro personal no sanitario); 2) Recursos Materiales (espacio, camas, locales de consulta y otros, quirófanos disponibles, etc.)

- *Cartera de servicios y procedimientos.* Análisis de la oferta real del Servicio en la actualidad, mediante un listado.

- *Análisis de actividad.* La auditoría de la actividad del Servicio se realiza a partir de indicadores de actividad, monitorizados habitualmente por la propia Institución y disponibles en forma de cuadros de mando o informes - resumen periódicos. Los indicadores más comunes son:

- Asistencia: N° de altas, N° de estancias, N° de intervenciones quirúrgicas programadas con ingreso, programadas de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), programadas de cirugía menor y urgentes, N° de informes interconsulta, N° de consultas externas primeras y sucesivas.
 - Ocupación: Índice de ocupación, Índice de rotación, Índice de rendimiento de quirófanos, Presión de urgencias.
 - Calidad: Estancia media, estancia preoperatoria, mortalidad hospitalaria, Altas voluntarias, Reingresos.
 - Otros aspectos importantes del análisis de actividad es el Estudio de Tendencias, graficando la evolución de determinados indicadores clave en los últimos años (N° de altas, N° de estancias, Estancia media, N° de consultas primeras y sucesivas, etc.). La extrapolación de las tendencias facilita hacer predicciones sobre la evolución de la actividad en el futuro.
- *Análisis del producto asistencial, su calidad y sus costes.* Este tipo de estudios es más sofisticado que el anterior, pero es un análisis clave en la auditoría de un Servicio Clínico. Requiere la agrupación de la casuística atendida en un número manejable de productos asistenciales identificables, según grupos de pacientes homogéneos (GRDs). Estos sistemas de agrupación se acompañan generalmente

de un programa de explotación que proporciona informes detallados de actividad y calidad por proceso homogéneo o línea de producto (Nº de procesos, Estancia media, Desviaciones de estancia respecto a un estándar del propio Servicio, del Hospital, nacional o americano, Pacientes con estancias extremas, Procedimientos potencialmente ambulatorios, porcentaje de infecciones hospitalarias, Mortalidad, etc.) Esto permite un análisis de actividad y calidad de los procesos atendidos, tanto del propio Servicio en su conjunto como de cada facultativo en particular.

Dependiendo del sistema de contabilidad analítica en cada Centro ³⁸, también es posible obtener una aproximación al coste unitario de cada proceso, al coste acumulado de cada proceso, y al coste total del Servicio.

Los resultados obtenidos del análisis externo (Oportunidades y Amenazas), y los obtenidos del análisis interno (Fortalezas y Debilidades), pueden confrontarse en una tabla matricial (Matriz DAFO) como la de la Tabla 1 descrita. Así, para cada Oportunidad o Amenaza que supone el entorno, el Servicio puede presentar una Fortaleza o una Debilidad ^{35,39}.

1.4.1.2 Formulación de objetivos y estrategias

La matriz DAFO será una herramienta útil para sugerir soluciones a los problemas detectados, para pasar del *diagnóstico* del análisis al *tratamiento* de la formulación de Objetivos, Estrategias y Planes de actuación. En esta fase resulta más

útil que nunca el trabajo en grupo, aprovechando los diversos puntos de vista y las aportaciones de sus miembros. El uso de técnicas de generación de ideas y consenso grupal como Brainstorming o Grupo nominal de tormenta de ideas puede facilitar la formulación de estrategias ⁴⁰⁻⁴⁴.

A partir de la Matriz DAFO se pueden distinguir cuatro grandes grupos de objetivos a formular, con sus correspondientes estrategias a diseñar ^{35, 45}:

- Si para una Oportunidad del entorno el Servicio presenta una Fortaleza, se dan las circunstancias para la explotación del éxito, para el máximo aprovechamiento de la situación, mediante estrategias ofensivas.

- Si para una Oportunidad del entorno el Servicio presenta una Debilidad, resultan prioritarias en la planificación las actividades dirigidas a mejorar y rediseñar los puntos y procesos problemáticos, en lo que genéricamente se pueden denominar estrategias de mejora.

- Si para una Amenaza del entorno el Servicio presenta una Fortaleza, probablemente sea conveniente reorientar los recursos aquí utilizados hacia las Oportunidades detectadas en el Análisis Estratégico, mediante una readaptación.

- Si para una Amenaza del entorno el Servicio presenta una Debilidad, es necesario defenderse para minimizar los efectos negativos que puedan derivarse, mediante estrategias de supervivencia.

De esta forma quedarán establecidos una serie de objetivos y estrategias para conseguirlo, frecuentemente en número superior al que sería realista aspirar. En este caso será necesario seleccionar aquellos objetivos y estrategias que sean más relevantes, factibles, etc., para lo que se puede efectuar diversas técnicas de priorización^{35, 46}.

1.4.2 Organización

Una vez establecidos los objetivos y los planes para conseguirlos, los aspectos de Organización se centran en el cómo hacerlo, mediante el diseño de una estructura, de unos recursos y de unos procedimientos de trabajo que faciliten el desarrollo de dichos planes. La organización de un Servicio debe estar supeditada a los objetivos y planes pretendidos, por lo que debería ser flexible para acomodarse a los cambios de objetivos a lo largo del tiempo. Sin embargo, este dinamismo tan necesario resulta difícil de conseguir con las rigideces actuales de nuestro Sistema Sanitario, especialmente en lo referente a recursos humanos.

Los aspectos fundamentales en la organización del Servicio son la Estructura necesaria (Recursos Humanos, Recursos Físicos, Recursos

Económico-Presupuestarios, el Organigrama, la Descripción Funcional de puestos de trabajo, y los Métodos, procedimientos y normas.

1.4.2.1 Estructura

- **Recursos físicos**

- Sala de Hospitalización, con el n° de camas, ubicación, salas de juntas, cuartos de cura, secretaría, etc.

- Consultas Externas, ya sean hospitalarias o en otros centros periféricos del área de referencia, incluyendo n° de locales y horas disponibles.

- Quirófanos, considerando su tipo (convencional, cirugía mayor o menor ambulatoria) y el n° de sesiones quirúrgicas disponibles.

- Tecnología con referencia a materiales o aparatos inventariables de especial relevancia.

- Recursos para la docencia, como disponibilidad de aulas, etc.

- Recursos para la investigación, como la existencia de una Unidad de Investigación, animalario, quirófano experimental, etc.

- **Recursos humanos**

Son un elemento fundamental de la estructura necesaria para conseguir unos objetivos, y debe considerarse no sólo el Personal Facultativo, sino también Diplomados de Enfermería, Auxiliares de Clínica, Administrativos y Celadores (aunque su grado de dependencia funcional o jerárquica del Servicio pueda variar). En el diseño del Plan de Gestión, la descripción de los Recursos Humanos por categorías incluye además del nº de trabajadores, los estándares de formación y las habilidades y capacidades que se consideren necesarias en cada caso (perfil del puesto de trabajo) ^{47, 48}.

- **Recursos económico-presupuestarios**

El planteamiento de los recursos económicos necesarios para llevar a cabo los planes previstos puede reflejarse en un esbozo de presupuesto, que incluya las necesidades de financiación previstas para el ejercicio ordinario, además de las inversiones adicionales para reformar la estructura (compra de tecnología, obras, contratación de recursos humanos). Los sistemas de contabilidad están ya suficientemente desarrollados en muchos hospitales como para facilitar el coste por Servicio (más o menos desagregado) en años precedentes, que puede servir de base junto a las previsiones de actividad para la elaboración del presupuesto ³⁸.

- **Organigrama**

El diseño del Servicio como una organización, con sus diversos elementos y unidades y las relaciones existentes entre ellos, ha de resumirse en un gráfico de Organigrama. El organigrama tradicional refleja las relaciones jerárquicas y funcionales entre los diversos elementos. En la descripción de la organización del Servicio, son dos los organigramas funcionales a representar:

- Relaciones del Servicio con el resto de la Institución y sus órganos de dirección.
- Relaciones entre los diversos elementos (Unidades específicas, Facultativos y otros Recursos Humanos) dentro del propio Servicio ⁴⁹⁻⁷⁵.

- **Descripción funcional de los puestos de trabajo**

El diseño del contenido de cada uno de los puestos de trabajo es crucial para el funcionamiento es crucial para el funcionamiento de la organización y la motivación del personal. Como norma general, el diseño de un puesto de trabajo motivador para un facultativo debe considerar variedad, relevancia y continuidad a lo largo de los procesos asistenciales de las actividades a realizar, la autonomía (ejercicio de responsabilidad) y la retroinformación (conocimiento de los resultados) que proporciona ⁷⁶⁻¹⁰⁰.

El contenido de cada uno de los puestos de trabajo de los que consta el Servicio (Jefe de Servicio, Jefe de Sección, responsable de Unidad, responsable de proyecto, Adjunto, Residente, Supervisor, etc.) debe quedar especificado atendiendo a los siguientes criterios:

- Relaciones jerárquicas y funcionales: de quién depende y a quién supervisa.
- Objetivos de control
- Funciones, tareas y responsabilidades del puesto
- Requerimientos y habilidades necesarios en el desempeño del puesto.

- **Métodos, procedimientos y normas**

Por último, la tarea de organizar un Servicio se completa con la descripción de la serie de métodos, procedimientos y normas con los que se realiza el trabajo de una forma estandarizada. El especificar claramente estos procedimientos estándares y las normas va a facilitar las tareas de dirección, reducir la necesidad de supervisión y eliminar innumerables fuentes de conflictos. Cada persona debe saber qué tiene que hacer y cómo, y qué tienen que hacer los demás y cómo. Los procedimientos y normas son como el lubricante que engrasa toda la maquinaria del Servicio. Existe una gran variedad de procedimientos y normas de organización, tantas como actividades deseemos estandarizar. Muchas veces son costumbres no escritas en los Servicios, aceptadas por la mayoría de sus miembros después de años de funcionamiento. Es conveniente especificar explícitamente y dar difusión escrita a los procedimientos y normas para las actividades claves en un manual de organización y funcionamiento, que

reproduzca este apartado del Plan de Gestión. Por ejemplo, se puede especificar quién es responsable de un enfermo hospitalizado, cómo se distribuyen las guardias médicas, quién debe hacer el informe de alta y cuándo, quién realiza las interconsultas, o cómo se hace la programación quirúrgica, etc.

1.4.2.2 Motivación

La situación de motivación depende en parte de las habilidades del Director o Jefe del Servicio, de su capacidad de liderazgo, de las características personales de los trabajadores y del contenido del puesto de trabajo. Sin embargo, se pueden especificar algunos mecanismos que se usarán para motivar ¹⁰¹⁻¹⁰⁵:

- Procedimientos para monitorizar las necesidades, expectativas y satisfacción de los miembros del Servicio, así como las dificultades que la organización y el ambiente de trabajo suponen para la realización de su cometido: entrevistas personales, encuestas de satisfacción, etc.
- Procedimientos para permitir y estimular la colaboración de todos los miembros del Servicio en el establecimiento de los Objetivos y en el diseño de los Planes para conseguirlos, de una forma participativa.
- Procedimientos para proporcionar retroinformación de forma sistemática a cada miembro del Servicio sobre el trabajo realizado y sus resultados.
- Sistema de recompensas atractivo, claramente especificado, ligado a la evaluación objetiva de la cantidad y calidad del trabajo realizado y a la consecución de objetivos.

- Sistemas de promoción del desarrollo personal y profesional: formación, responsabilidades y autonomías progresivas, facilitación de la investigación y la docencia, viajes de estudio, congresos, etc.

1.4.2.3 Coordinación y comunicación

La coordinación es la actividad consciente de ensamblar y sincronizar diferentes tareas y personas para la consecución de los Objetivos del Servicio, y va estrechamente unida a la Comunicación, o flujo de información entre personas y unidades. Las características propias de las organizaciones sanitarias, como la complejidad de tareas, la autonomía de los profesionales, y la gran interdependencia entre las actividades de profesionales o unidades, hacen especialmente difíciles las labores de Coordinación y Comunicación. Éstas se hacen tanto más complejas, cuanto más diferenciación vertical (niveles jerárquicos) u horizontal (unidades y líneas de trabajo independientes) existe en el Servicio y en la Institución. Por tanto, el Director del Servicio tiene entre sus funciones facilitar la Coordinación y Comunicación dentro de éste, y entre éste y el resto de la Institución. En el Plan de Organización del Servicio se pueden especificar los mecanismos que se usarán para facilitar dichas funciones ¹⁰⁶⁻¹⁰⁸:

- Supervisión directa: quién y cómo es responsable de la coordinación de cada unidad o línea de trabajo.
- Grupos de trabajo
- Organización de grupos de mejora de la calidad, de carácter informal, ligados a la consecución de objetivos

- Procedimientos para la estandarización y protocolización de los procesos con los que trabaja el Servicio.

1.4.2.4 Control

La última fase del proceso de gestión es el control, que consiste fundamentalmente en una evaluación continua de la forma en que se van ejecutando los Planes y sus actividades, y consiguiendo los Objetivos. El propósito de estas evaluaciones es proporcionar la retroinformación relevante, precisa y a tiempo a los miembros del Servicio y a la dirección del mismo, para poder tomar las medidas correctoras necesarias. La información que puede generar la actividad de un Servicio Clínico es inmensa, por lo que se debe diseñar un Sistema de Información que proporcione aquellos datos relevantes que se consideran clave para monitorizar una actividad (Criterios de Evaluación).

1.4.2.5 Sistemas de Información

El Sistema de Información para la Organización del Servicio tiene que proporcionar datos relevantes, fiables y a tiempo. Fundamentalmente, un Servicio Clínico recibe datos de evaluación desde los sistemas de información centrales de la Institución (cuadros de mando, indicadores de actividad, listas de espera, costes, etc.). Sin embargo, es necesario complementar esa información general con otros datos de control de actividades y procesos más específicos del Servicio. Es conveniente que el Servicio maneje su propia base de datos,

cuidadosamente diseñada y organizada, con una finalidad claramente especificada y útil, y bajo la supervisión de algún responsable¹⁰⁹⁻¹¹¹.

1.4.2.6 Criterios de evaluación o Indicadores

Aquellas variables sobre las que se debe recoger y evaluar información de forma sistemática y continuada en el tiempo son los Criterios de Evaluación, también llamados Indicadores. Estas variables han de ser seleccionadas de tal forma que permitan un control adecuado de la marcha de las actividades y de los resultados del Servicio con un esfuerzo limitado.

La información sobre los Indicadores es proporcionada por los Sistemas de Información centrales de la Institución, o por el sistema de información diseñado específicamente por el propio Servicio según sus necesidades. En el listado de Criterios de Evaluación se pueden incluir Indicadores de efectividad clínica, de eficiencia, de calidad, de actividad, de ocupación, de demoras, de satisfacción, etc.¹¹²⁻¹¹⁴.

El diseño del Plan de Organización de un Servicio Clínico no es una labor a realizar en ocasiones especiales, como pueda ser la presentación de una Memoria para optar a una Jefatura. La elaboración de un Plan de Organización es un ejercicio que debe realizarse con periodicidad y de forma participativa en todo Servicio que quiera ser excelente, que quiera llegar donde ha considerado de forma estratégica que debe estar, pero siempre sustentado en datos fiables

oficiales, como pueden ser la Memoria Anual del Hospital ¹¹⁵ y el Instituto de Estadística de Andalucía ¹¹⁶.

1.4.2.7 Gestión

Tras todo el sistema organizativo y de funcionamiento descrito, está la Gestión Clínica. Y en Andalucía, la Consejería de Salud ha apostado por el de la Empresa Pública, y por las **Unidades de Gestión Clínica**. Estas últimas, con una serie de características, como son el desarrollo de:

- 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.

Nosotros hemos optado por la Unidad de Gestión Clínica como base para la organización y funcionamiento del Servicio de Cirugía del Hospital San Agustín, de Linares.

JUSTIFICACIÓN. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La organización y gestión clínica, son en la actualidad las claves para el buen funcionamiento de los Servicio Clínicos, ya que integran la buena práctica médica (medicina basada en la evidencia) y la buena estructura de servicios (componente de la función directiva del Jefe de Servicio). En este sentido, los médicos clínicos se enfrentan a un nuevo escenario que requiere su participación directa en las dos actividades que definen la gestión: la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Para enfrentar este nuevo reto los Jefes de Servicio en particular y los clínicos en general, precisan del cuerpo de conocimiento de la gestión, de la comprensión del marco sanitario e institucional en el que operan y de las habilidades directivas para orientar personas y recursos hacia los objetivos marcados.

En Andalucía, el Plan de Calidad de la Consejería de Salud ¹¹⁷, 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 ^{118, 119} y la gestión clínica, influyendo de forma positiva en la actitud de los profesionales.

El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud ¹²⁰, y el 3^{er} Plan Andaluz de Salud ¹²¹ 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 SAS reconoce la importancia de la gestión clínica y de las **Unidades de Gestión Clínica (UGC)** ¹²⁰. 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

Ante esta nueva forma de gestión, y dentro de lo que supone la Organización y Funcionamiento, 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.

HIPOTESIS DEL TRABAJO

3 HIPÓTESIS DEL TRABAJO

El modelo de organización y funcionamiento 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 percibido 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 Organización y 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.

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 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 el índice de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
- Comparar el índice de infecciones nosocomiales
- Comparar el número de pacientes en lista de espera quirúrgica
- Comparar el número de días en lista de espera quirúrgica
- Valorar el grado de satisfacción del usuario
- Valorar la actividad investigadora

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

- a) Mejores indicadores clínicos
- b) Mejores índices de calidad
- c) Mas confort a los pacientes

Nuestro trabajo se encamina a constatar estos enunciados

MATERIAL Y MÉTODOS

4 MATERIAL Y MÉTODO

4.1 MATERIAL

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).

4.1.1 Área Poblacional

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 población ¹¹⁵, con una población total a 1 de Enero de 2003, de 129.835 habitantes ¹¹⁶ y cuya evolución en los últimos años se detalla en la Tabla 2. 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. 1.

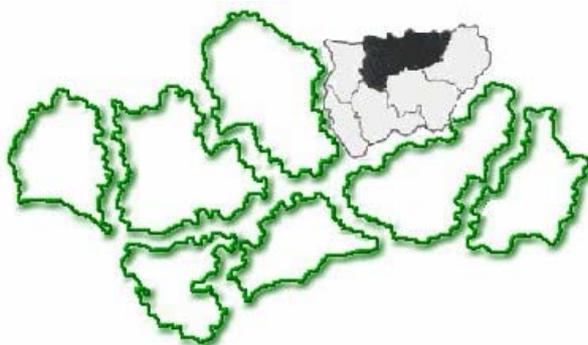


Figura 1. Comunidad Autónoma de Andalucía. Área Sanitaria Norte de Jaén

La accesibilidad al Hospital según el área de influencia se muestra en la Figura 2, 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.

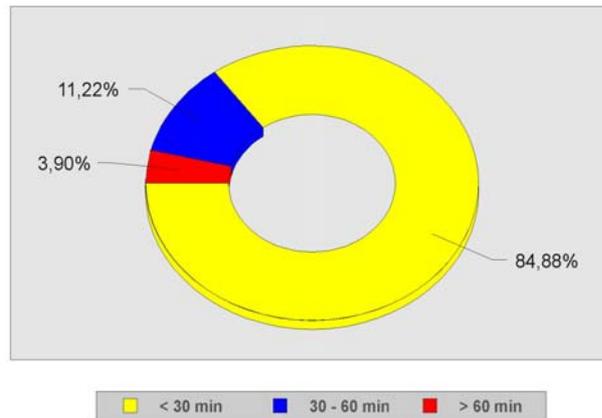


Figura 2. Accesibilidad al hospital.

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 2.- 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. 3)



Figura 3.- 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 ¹¹⁵.

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 Unidad de Gestión Clínica (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.

4.1.2 **Parámetros que se van 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.

4.1.3 **Material informático utilizado y programas para el estudio estadístico**

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 Profesional. Se generó una base de datos mediante un fichero de Microsoft Access del paquete Microsoft Office 2003 para las **53** 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 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 / 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 / UGC:

Bienio 2000-2001: 122 desagregadas en 12 GRDs

Bienio 2002-2003: 538, desagregadas en 20 GRDs (AUMENTO DEL 340,98 %)

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 (los recursos humanos y los materiales infraestructurales 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 de los diferentes registros incluidos en el protocolo de recogida de datos.

Para calcular el grado de eficiencia y la satisfacción del usuario, se ha realizado un estudio de “casos” (los pacientes atendidos en el Servicio durante el bienio 2002-2003) y “controles” (los atendidos en el Servicio en el bienio 2000-2001) en las cohortes / unidades muestrales descritas.

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 realizado mediante el programa Microsoft Excel 2003.

4.2.4 Protocolo de recogida de datos

Las **53** variables recogidas, se refieren a datos sobre recursos materiales no estructurales, y asistenciales, del Servicio / UGC, y se describen desglosadas en los distintos apartados (Tabla 3: a,, b, c, d, ,e ,f ,g ,h,) consignadas en la Base de Datos, Hoja de Access. Algunos datos complementarios sobre el Hospital se correlacionarán en la Discusión:

Nº de horas anuales de Quirófano disponibles
Nº de horas anuales de Consulta disponibles

Tabla 3a. Variables sobre recursos materiales del Servicio/UGC

Ingresos Totales
Ingresos programados
Ingresos Urgentes
Altas totales
Total estancias
Estancia media
Índice de ocupación
Índice de utilización de estancias (también está en Tabla 3g, Calidad)

Tabla 3b. Variables asistenciales, en relación con las estancias / ingresos del Servicio / UGC.

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

Tabla 3c. Variables asistenciales, en relación con las Urgencias del Servicio/UGC.

Total de intervenciones
Intervenciones programadas con ingreso
Intervenciones programadas de CMA
Intervenciones urgentes
Cirugía ambulatoria excepto CMA
Nº de horas anuales de quirófano utilizadas
Índice de utilización de quirófanos
Índice de intervenciones suspendidas

Tabla 3d. Variables asistenciales, en relación con Actividad Quirúrgica del Servicio/UGC.

Total de consultas
Total 1 ^{as} consultas
Índice primeras-sucesivas consultas
Nº horas de consulta utilizadas
% de Utilización de consultas
Frecuentación de Consultas

Tabla 3e. Variables asistenciales, en relación con Actividad en Consultas del Servicio/UGC.

Total de pacientes asistidos
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 3f. Variables asistenciales, en relación con Datos generales de Asistencia Hospitalaria, en el Servicio/UGC.

Infecciones nosocomiales
% Éxitus
% reingresos
Índice de utilización de estancias del Servicio (también está en Tabla 3b, estancias)
Case Mix
Total altas codificadas del Servicio
Pacientes en lista de espera del Servicio
Días de lista de espera del Servicio
Demora media de cirugía del Servicio
% de satisfacción del usuario en el Servicio

Tabla 3g. Variables asistenciales, en relación con la calidad/eficiencia del Servicio / UGC.

Cursos de formación Externa
Cursos de formación interna
Comunicaciones Científicas
Trabajos publicados
Ponencias

Tabla 3h. Variables asistenciales, en relación con la Docencia e Investigación del Servicio / UGC.

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 población¹¹⁵. El Hospital San Agustín es el único del Área.

Los 18 municipios que integran el área 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.)¹¹⁵.

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 y una densidad de población de 42.98 habitantes por kilómetro cuadrado en 2003. (Figura 3). Cifras que suministra el Instituto de Estadística de Andalucía ¹¹⁶, a 1 de Enero de 2003, en su página web :

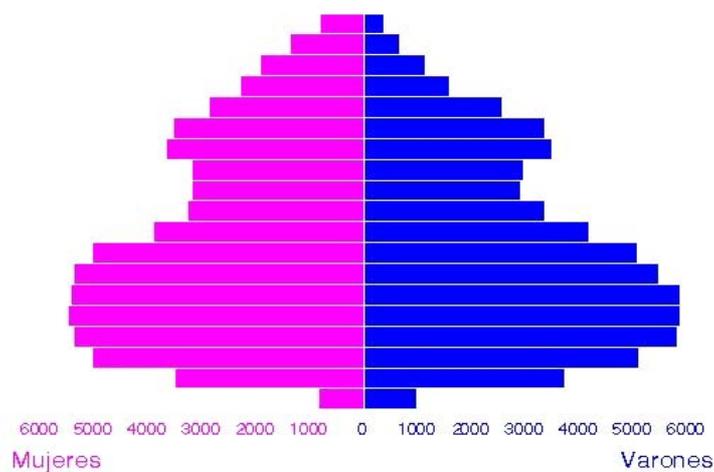
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/padron/fich/2003/pobMuns2003.xls>

La evolución de la población del Área en los bienios del estudio se refleja en la Tabla 2

Los datos correspondientes a la pirámide poblacional del Área Norte se resumen en la Tabla 4 y en la Figura 4. 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	21,88
15 – 65 años	42.366	65,92	41.727	63,63	84.093	64,77
> 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	100 %

Tabla 4. Distribución de la población por grandes grupos de edad y género. 2003



GRUPOS DE EDADES			
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. 4.- 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 5.**

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 5. Servicios Asistenciales

Sus Recursos Humanos se esquematizan en la Tabla 6 y los Recursos Económicos en la Tabla 7.

<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./Serv Generales	259	259	260	260	259	260
Total	873	872	875	879	872,5	877

Tabla 6. 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 7. 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 8), así como los recursos materiales de infraestructura (Tabla 9), 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 8. 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 9. 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 10).

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

5.3.1 En relación con las Variables sobre Recursos Materiales:

En la Tabla 11 y Fig. 5, podemos observar, en cuanto al *Nº de horas anuales disponibles de Quirófano* que en el bienio 2002-2003, se dispuso de 427 horas más (+ 12, 22 %).

En lo que se refiere al *Nº de horas anuales disponibles de Consulta*, fue muy similar en ambos periodos, apreciándose una diferencia de 14 horas más en el segundo (+ 0,51 %) (Tabla 12, Fig. 6)

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 11

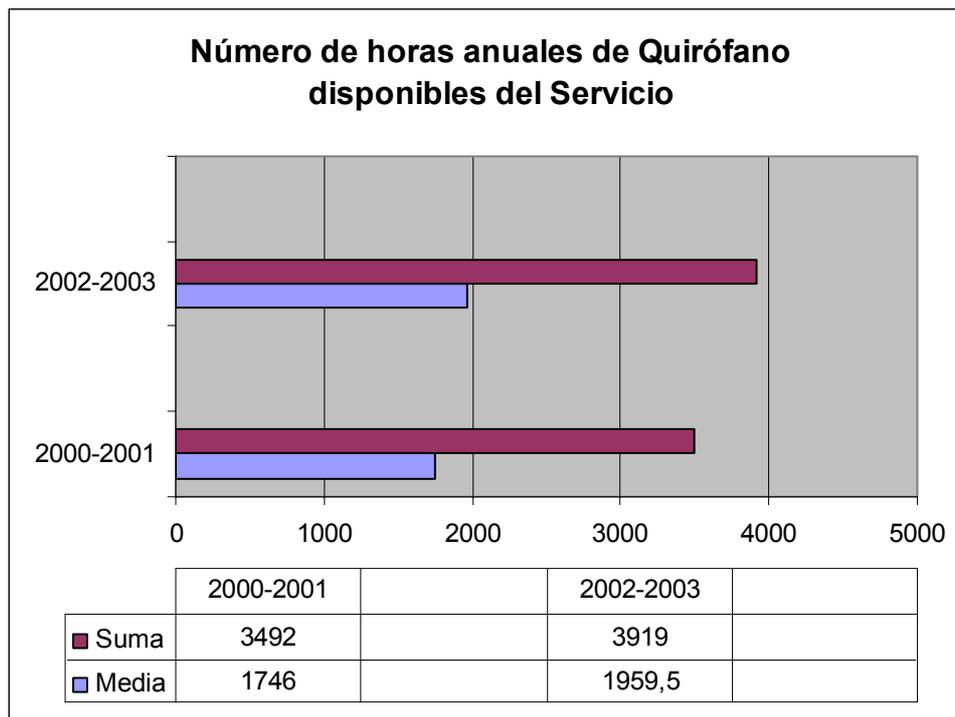


Figura 5

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 12

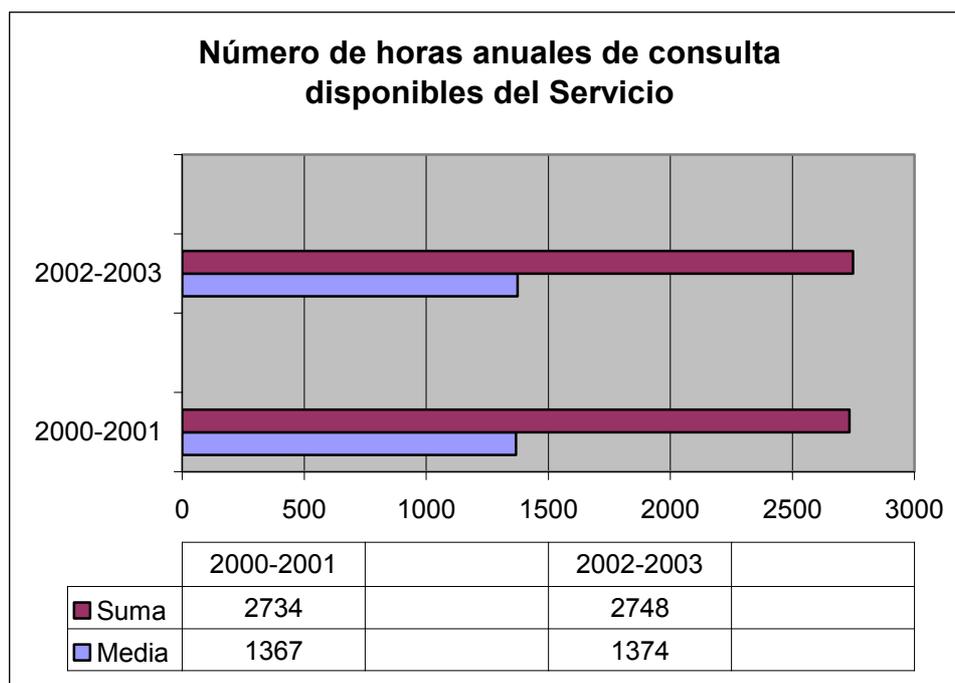


Figura 6

5.3.2 En relación con las Variables asistenciales, sobre las estancias/ingresos.

En la Tabla 13 y Fig. 7 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 (4,26 % y 9,26 % respectivamente)

En el mismo sentido se muestra el descenso de *Ingresos Programados* del Servicio en el segundo periodo (10,26 %) (Tabla 14 y Fig. 8), apreciándose un discreto aumento en los *Urgentes* (3,83 %) en la Tabla 15 y Fig. 9.

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 16, Fig. 10)

El *Total de Estancias* se redujo de la misma forma (-7,81 %) (Tabla 17, Fig. 11), así como la *Estancia Media* (-8,38 %) (Tabla 18, Fig. 12).

El *Índice de Ocupación del Servicio* muestra una disminución del 8,6 % en el segundo bienio (Tabla 19, Fig. 13).

El *Índice de Utilización de Estancias* ha aumentado un 7,96 % en el 2º bienio (Tabla 20, Fig. 14).

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 13

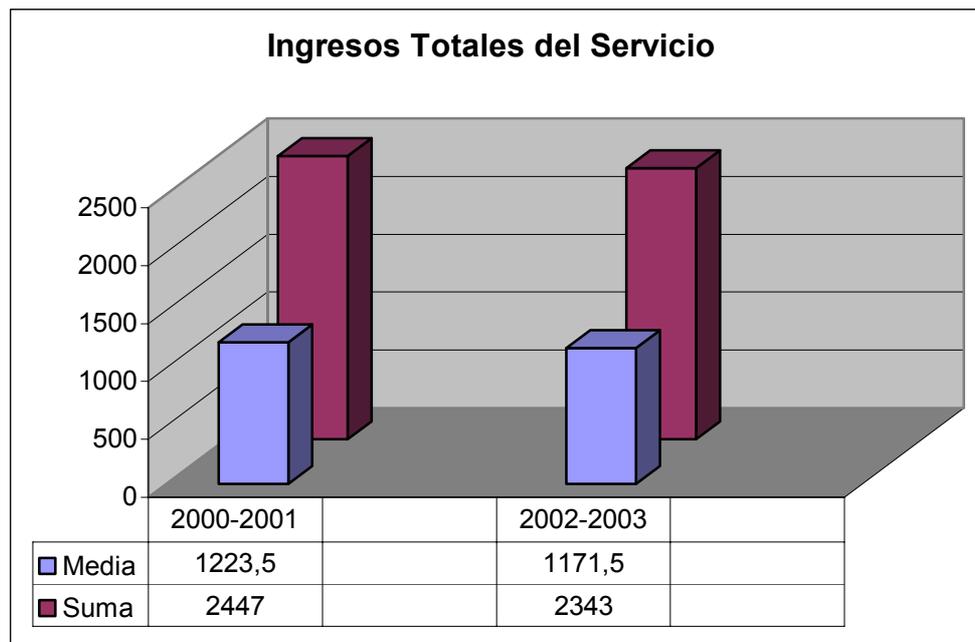


Figura 7

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 14

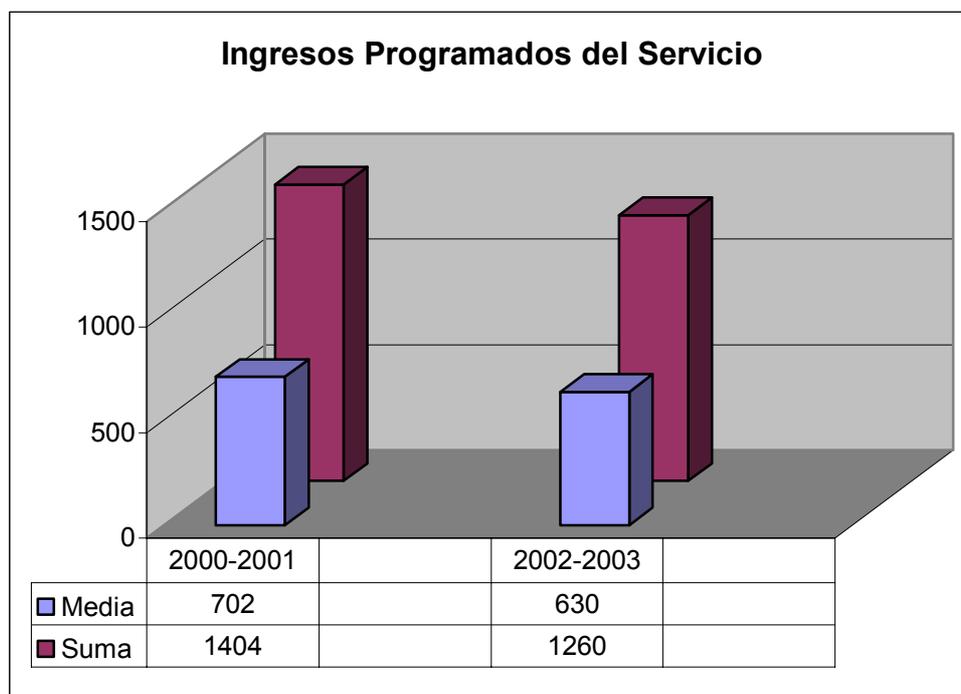


Figura 8

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 15

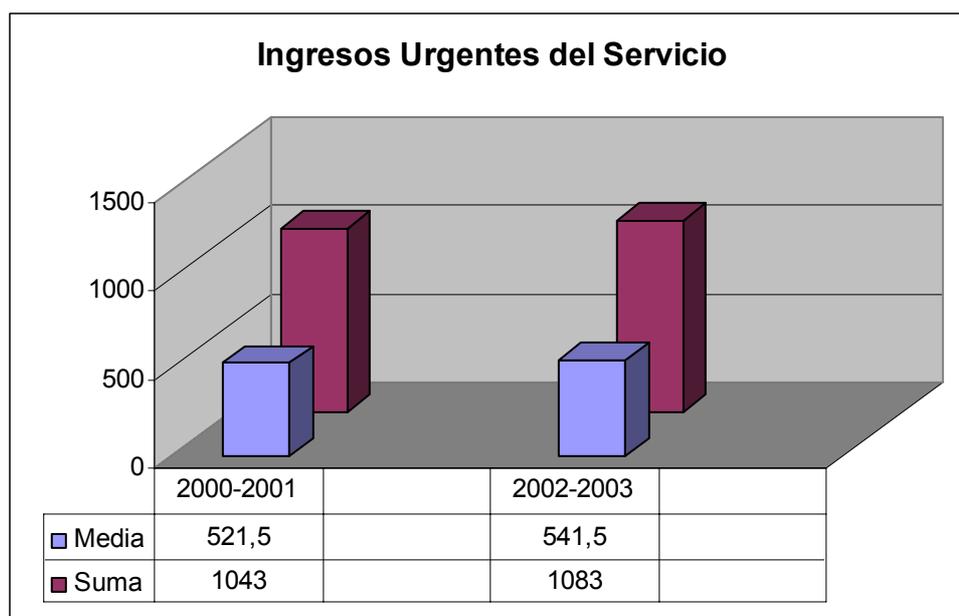


Figura 9

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 16

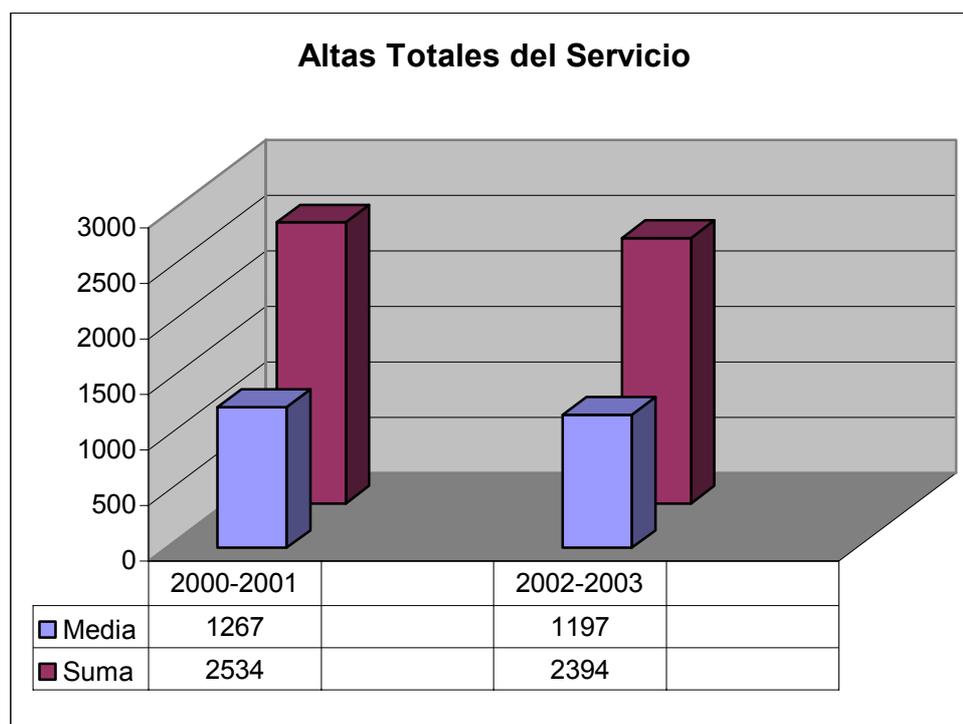


Figura 10

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 17

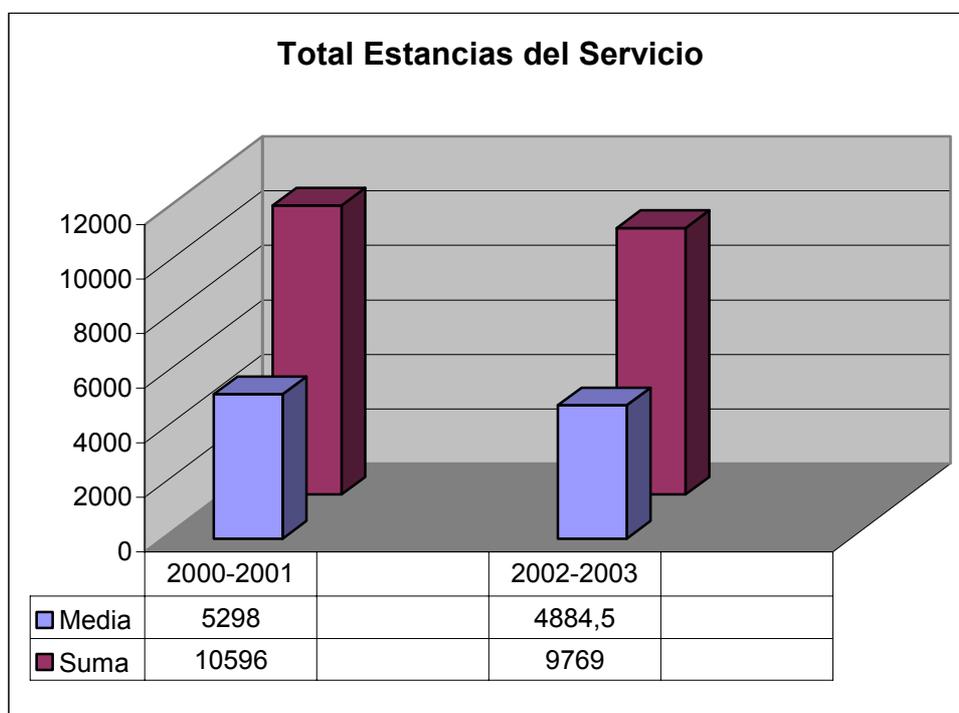


Figura 11

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 18

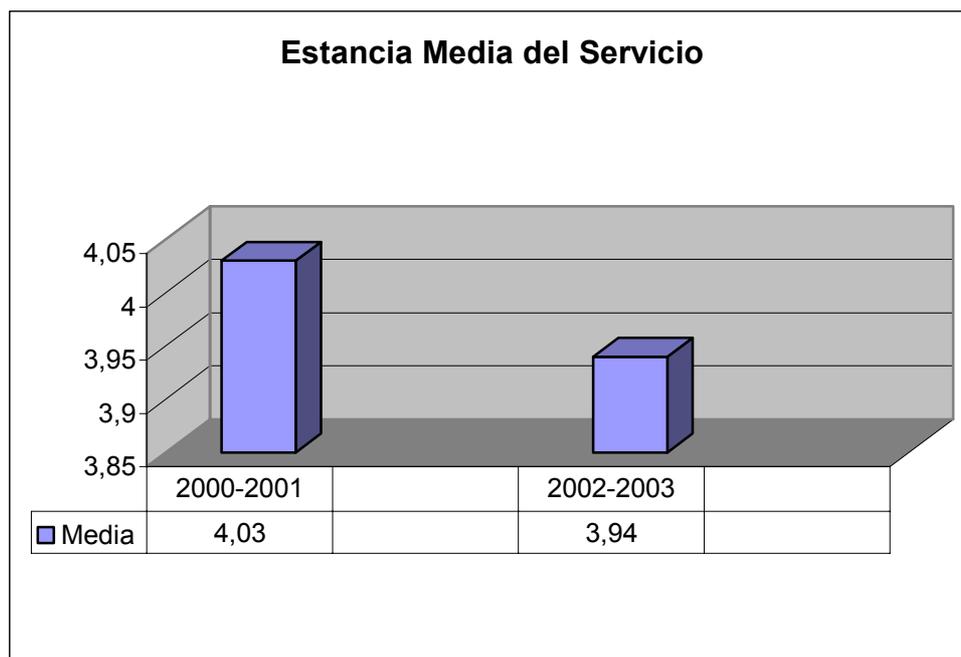


Figura 12

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 19

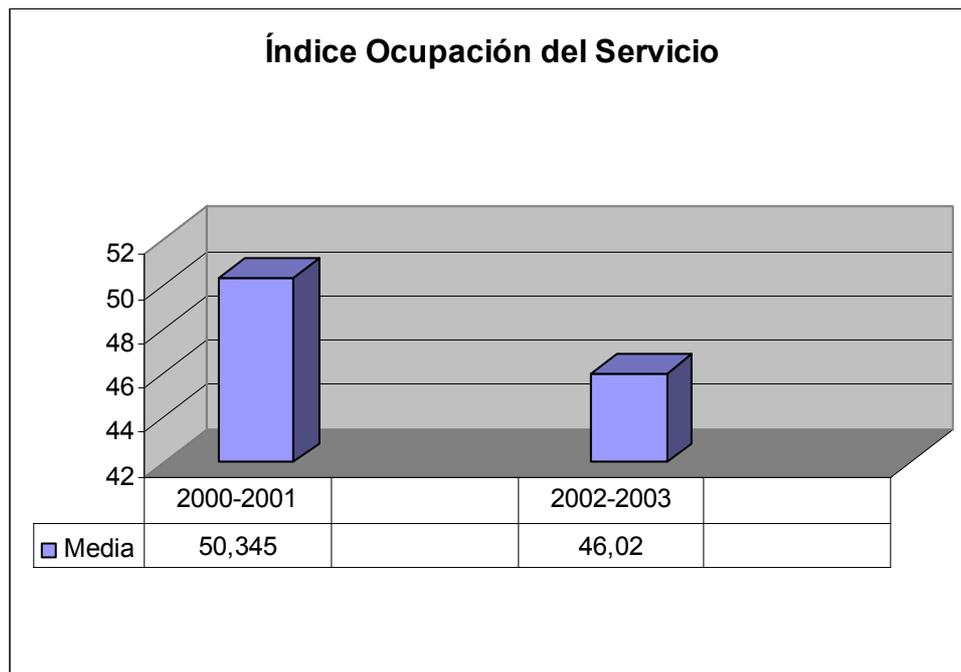


Figura 13

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 20

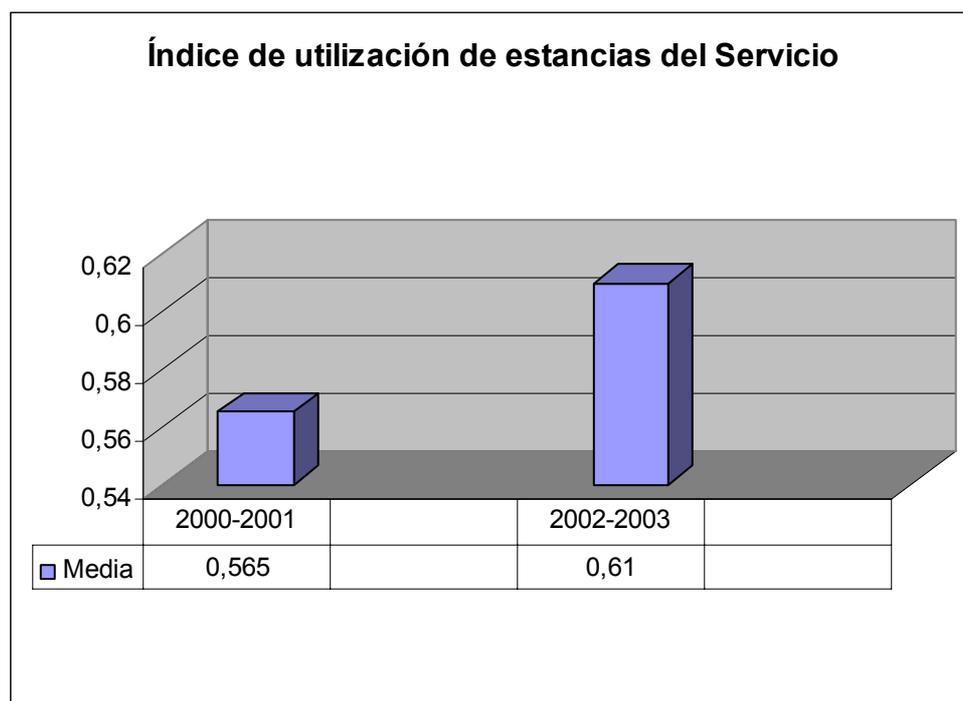


Figura 14

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 21, Fig. 15).

Las *Urgencias no ingresada (Altas desde Urgencias)* se reflejan en la Tabla 22, Fig. 16, suponiendo un 22,91 % más en la segunda época. La *media de Urgencias no ingresadas* pasó de 54,5 % a 62 % (Tabla 23, Fig. 17).

La *Media de Urgencias atendidas / día* en el Servicio fue de 3,55 y 3,86 pacientes respectivamente (8,76 % más) (Tabla 24, Fig. 18).

La *Frecuentación de Urgencias* al Servicio por 10.000 habitantes muestra un aumento notable en el segundo periodo (11,76 %) (Tabla 25, Fig. 19). 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 26, Fig. 20).

La *Frecuentación de Hospitalización* del Servicio por 10000 habitantes disminuyó un 3,3 % en el segundo bienio (Tabla 27, Fig. 21)

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 21

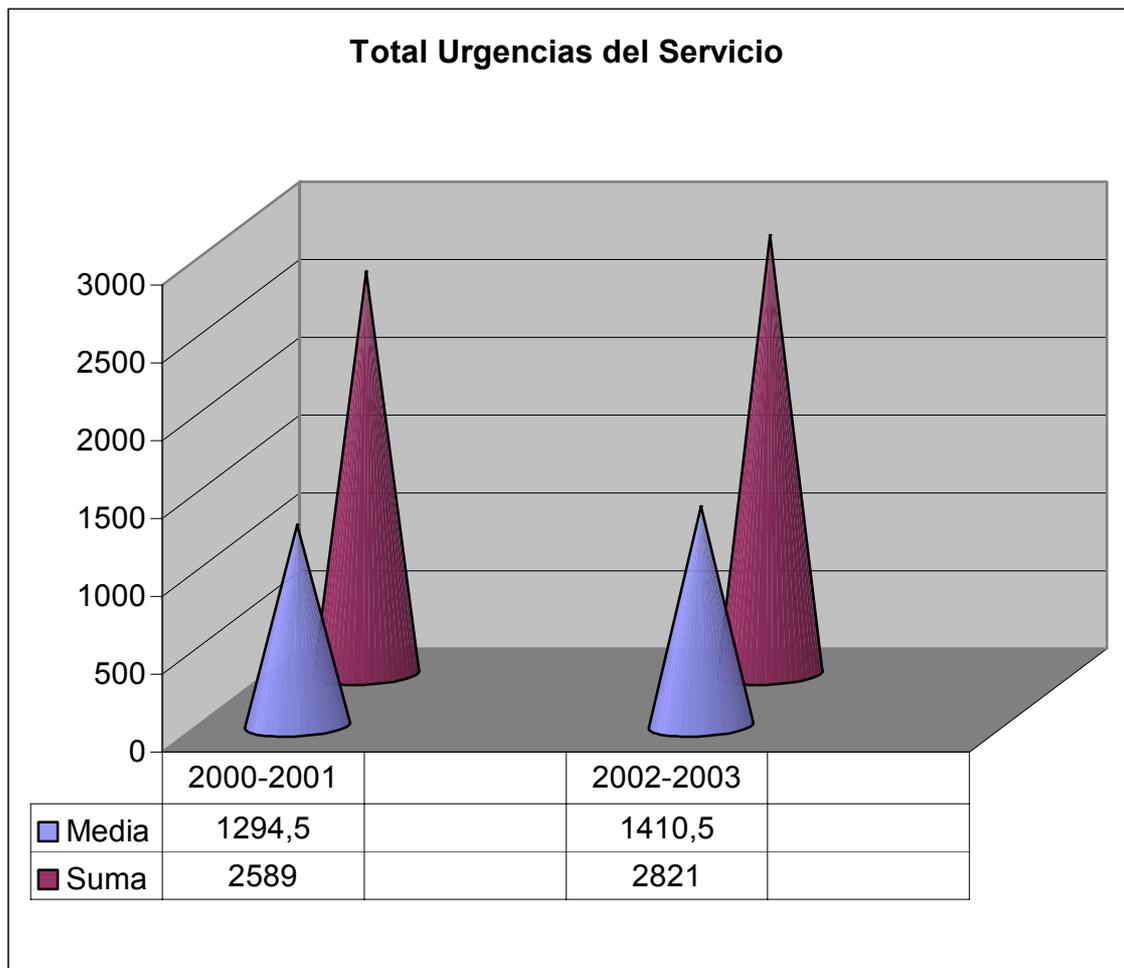


Figura 15

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 22

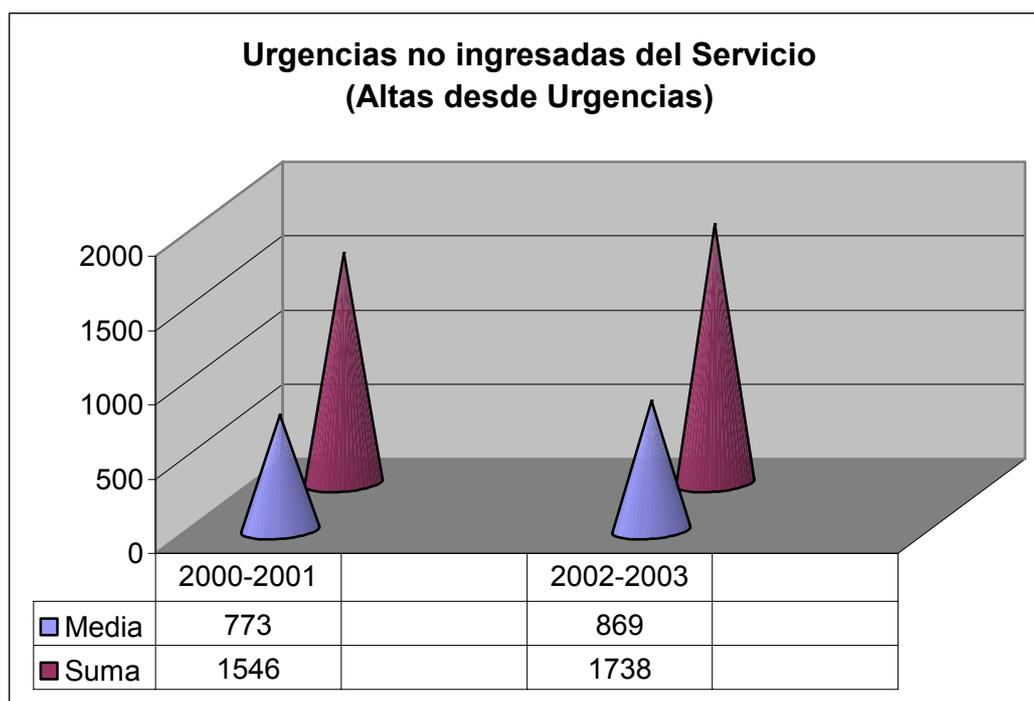


Figura 16

% 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 23



Figura 17

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 24

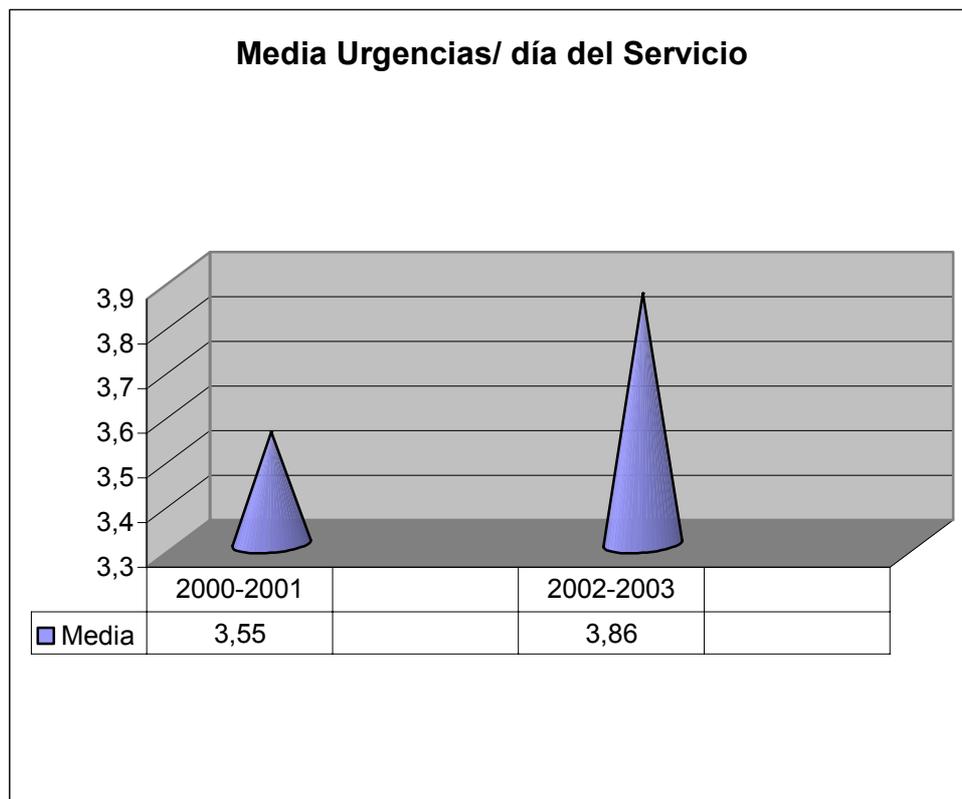


Figura 18

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 25

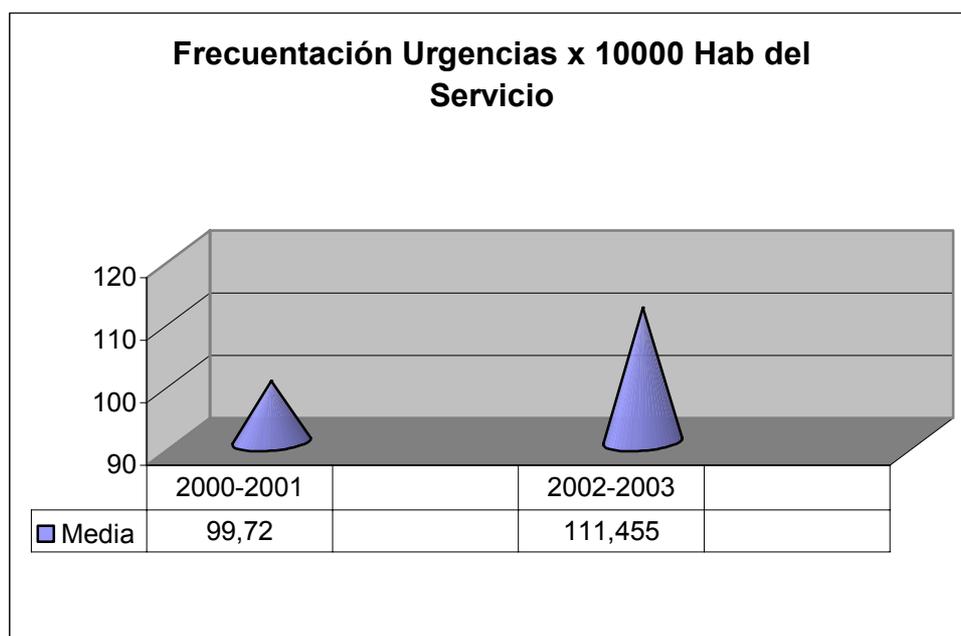


Figura 19

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 26

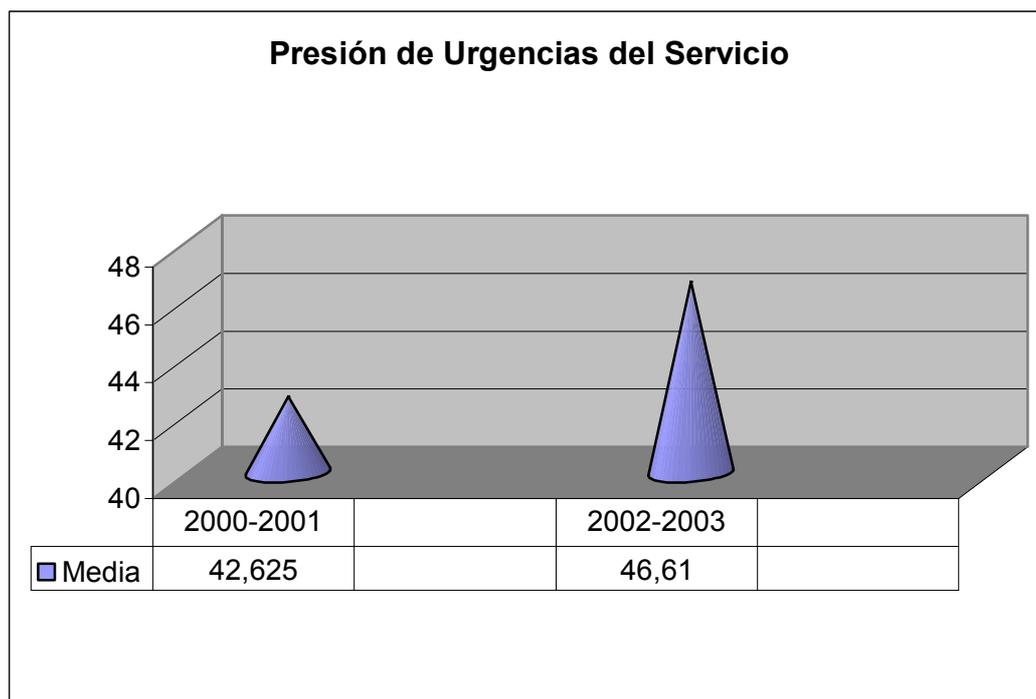


Figura 20

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 27



Figura 21

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

En el primer bienio se realizaron un *total de 3597 intervenciones quirúrgicas*, y *3982 en el segundo*, aumentando un 10,7 % (Tabla 28, Fig. 22)

Las *Intervenciones Programadas con Ingreso* (Tabla 29, Fig. 23) 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 30, Fig. 24).

Relacionando las estancias y el número y tipo de intervenciones, se aprecia, en el caso de la CMA un ahorro de 491, 66 estancias en el primer bienio, y de 2.119, 72 en el segundo (+ 331,13 %) (teniendo en consideración la estancia media global de todos los procesos) (Tabla 31, Fig.25). El ahorro en estancias, desglosados en cinco de los GRDs principales se describe en las Tablas 31 a, b, c, d, e, y en las Fig. 25 a, b, c, d, e.

Las *Intervenciones Urgentes* disminuyeron discretamente en el segundo bienio, pasando de 759 a 725 (- 4,5 %) (Tabla 32, Fig. 26).

La cirugía ambulatoria excepto la CMA, también llamada cirugía menor ambulatoria (cma), pasó de 1332 pacientes a 1502 (aumento del 12, 76 %) (Tabla 33, Fig. 27).

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 Utilizadas (las Disponibles ya se han descrito en la Tabla 11 y Fig. 5)* , 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 34 y 35, Fig. 28 y 29). El *Índice de Intervenciones Suspendidas* descendió del 2,59 % al 1,87 % en el segundo periodo (-72,2 %) (Tabla 36, Fig. 30).

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 28

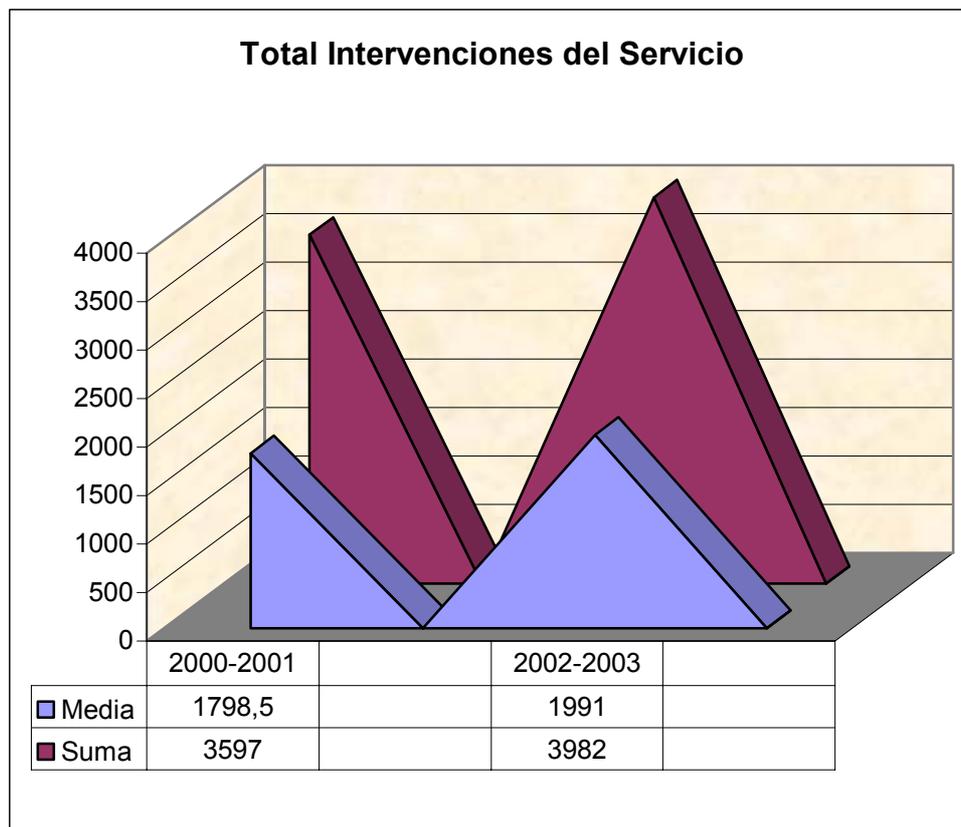


Figura 22

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 29

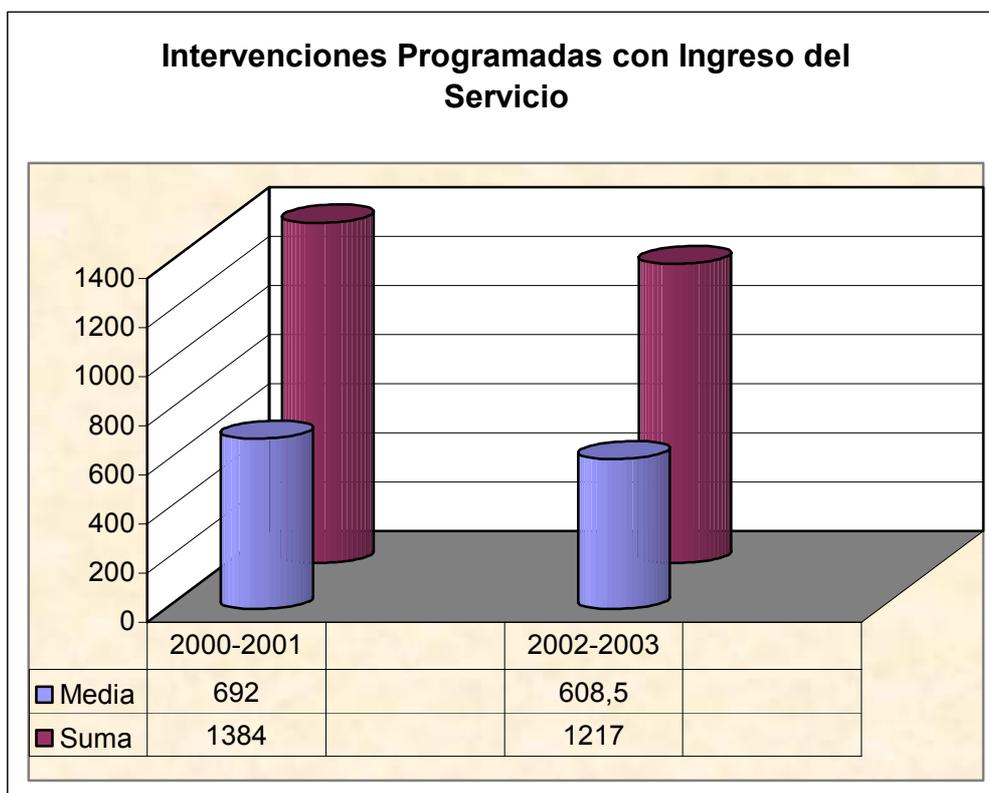


Figura 23

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 30

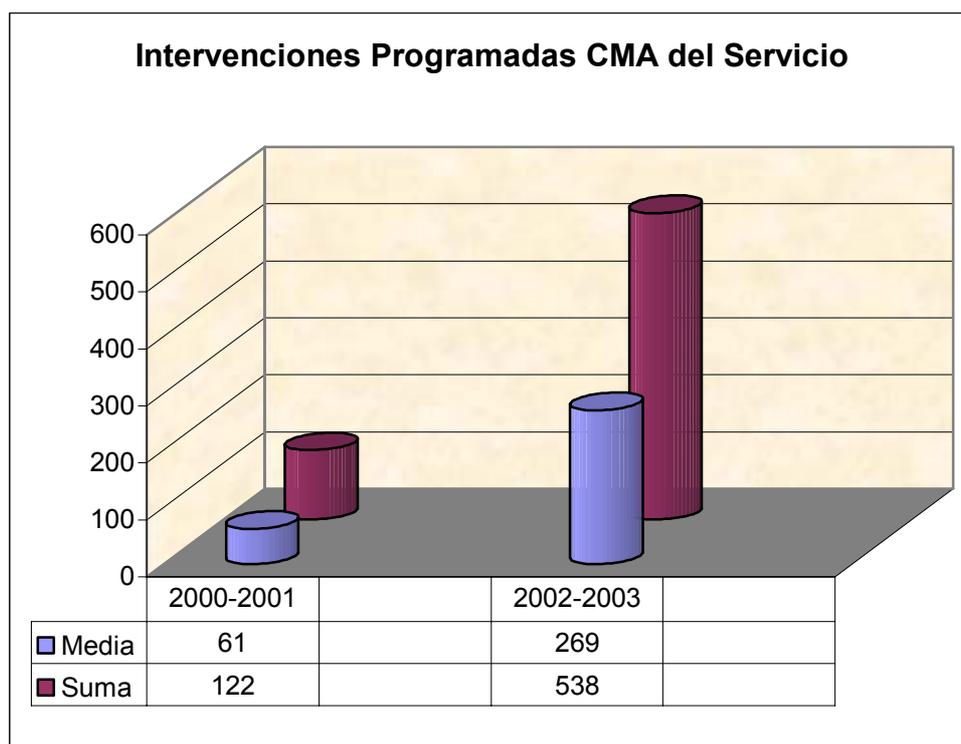


Figura 24

Ahorro en estancias por CMA			
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)
2000-2001	122	4,03	491,66
2002-2003	538	3,94	2.119,72

Tabla 31



Figura 25

Ahorro en estancias por CMA del GRD n° 162 (Proced. Hernia inguinal/femoral)			
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)
2000-2001	24	1,7	40,8
2002-2003	191	1,9	362,9

Tabla 31 a



Figura 25 a

Ahorro en estancias por CMA del GRD n° 267 (Proced. Región perianal/Sinus)			
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)
2000-2001	30	1,2	36
2002-2003	125	1,4	175

Tabla 31 b

Ahorro en Estancias del GRD n° 267 por CMA

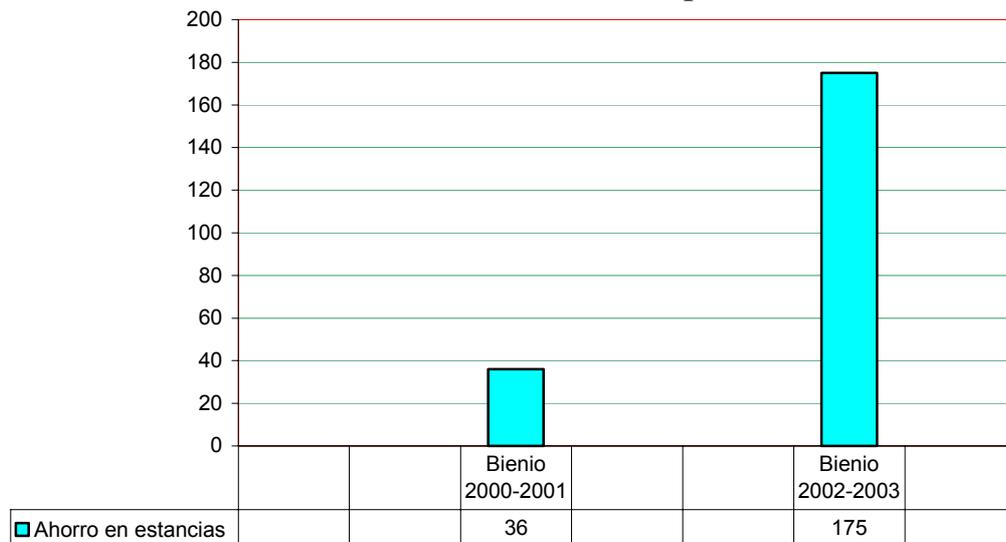


Figura 25 b

Ahorro en estancias por CMA del GRD n° 160 (Proced. Hernia excepto inguinal/femoral)			
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)
2000-2001	29	4,8	139,2
2002-2003	77	5,1	392,7

Tabla 31 c

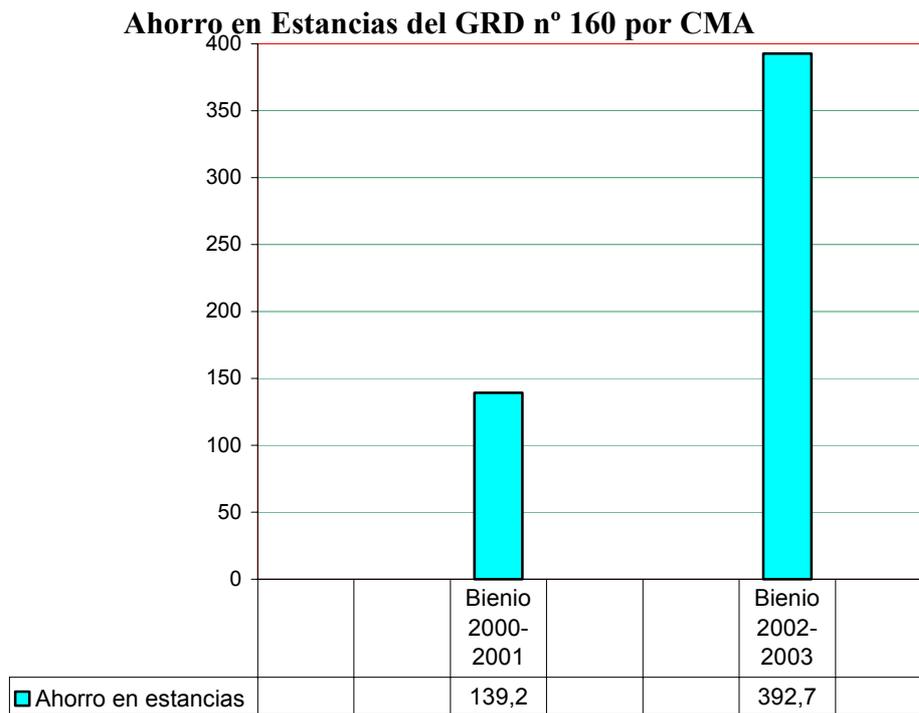


Tabla 25 c

Ahorro en estancias por CMA del GRD n° 158 (Proced. sobre ano)			
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)
2000-2001	14	1,6	22,4
2002-2003	64	1,7	108,8

Tabla 31 d

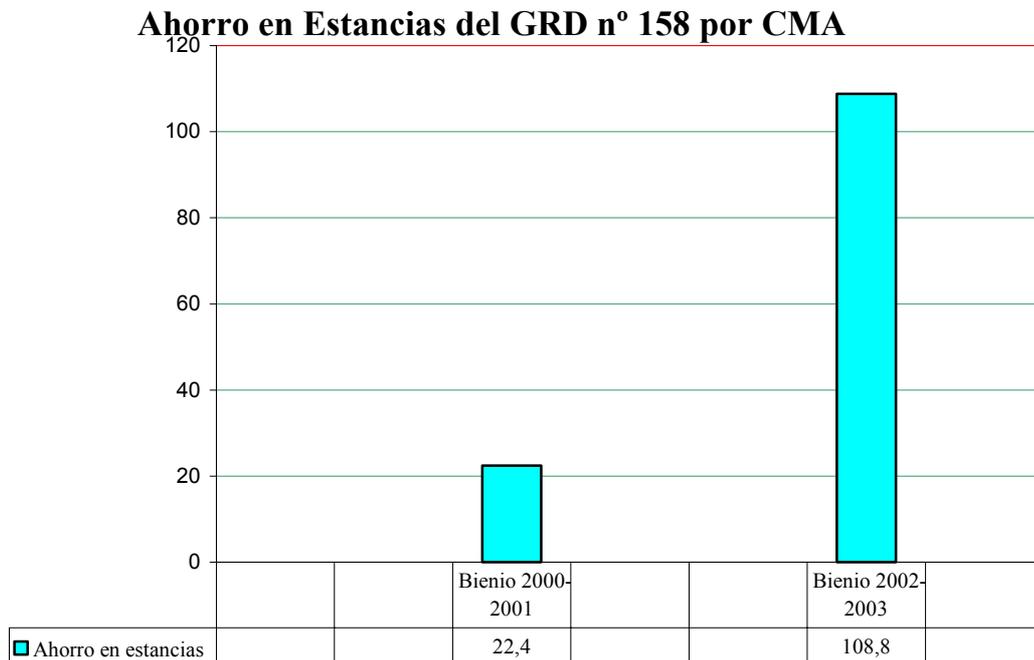


Figura 25 d

Ahorro en estancias por CMA del GRD n° 494 (Colecistectomía laparoscópica)			
Bienio	CMA	Est. media	Ahorro (en est.)
2000-2001	7	2,4	16,8
2002-2003	29	2,6	75,4

Tabla 31 e

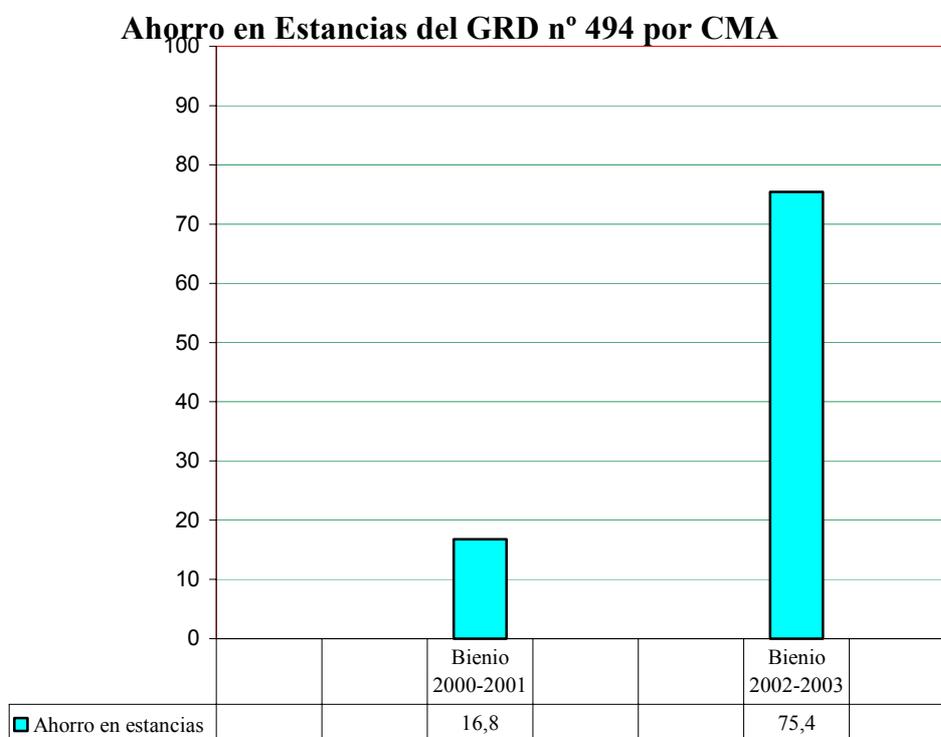


Figura 25 e

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 32

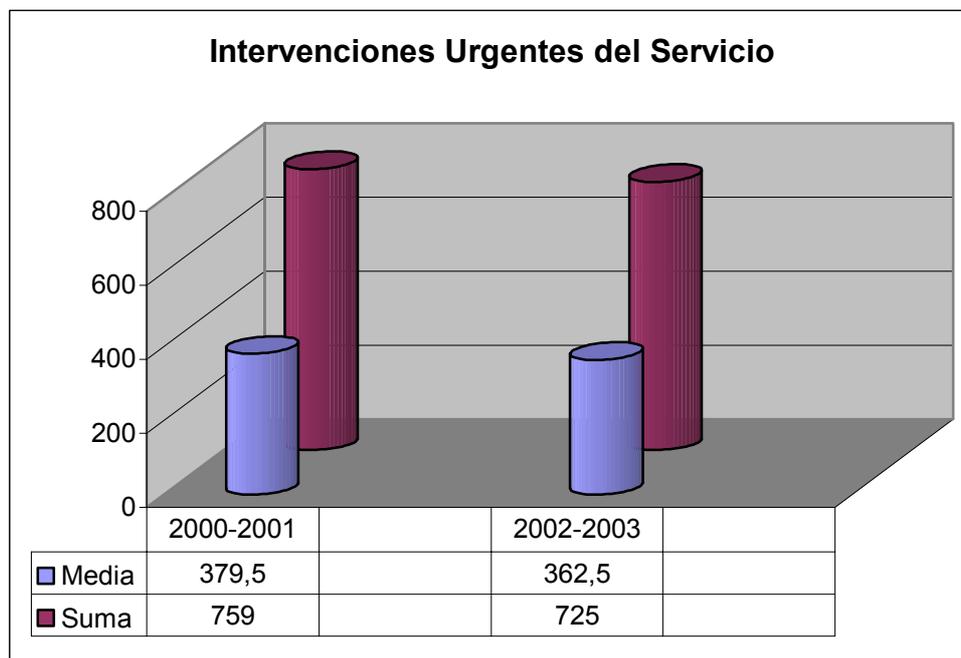


Figura 26

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 33

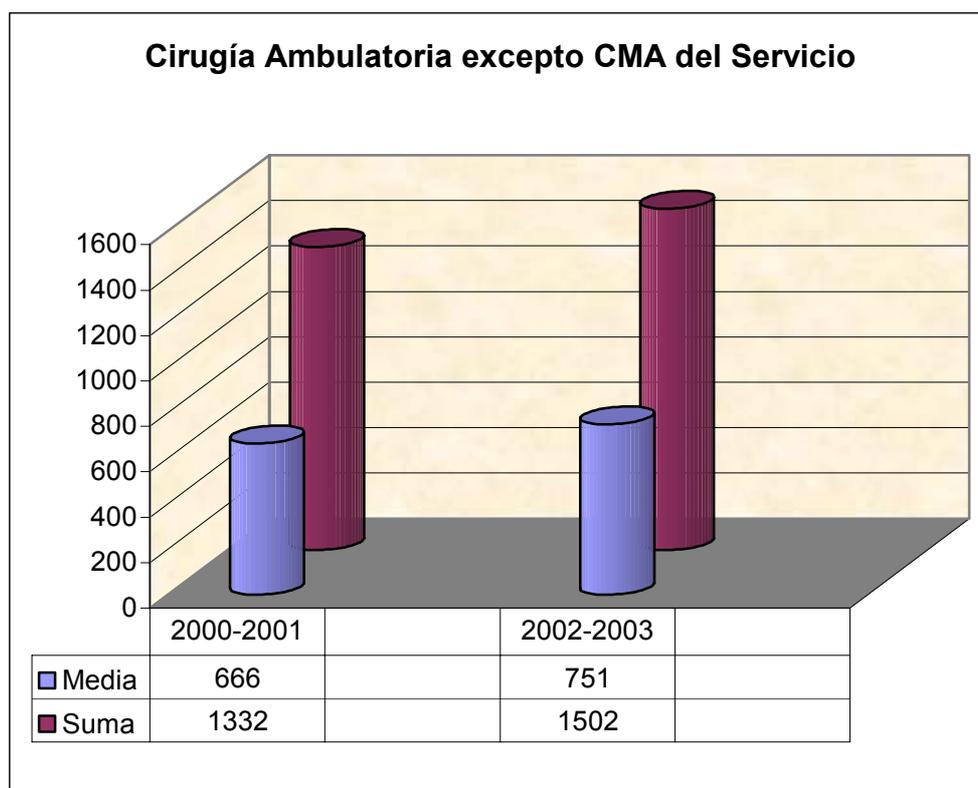


Figura 27

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 34

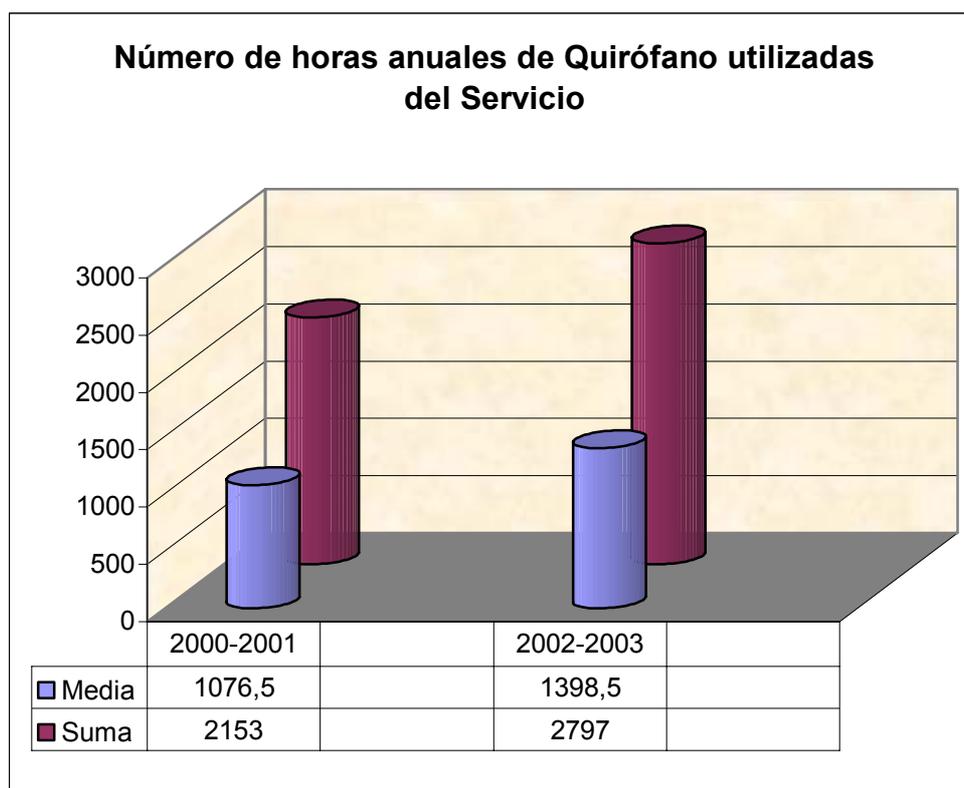


Figura 28

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 35

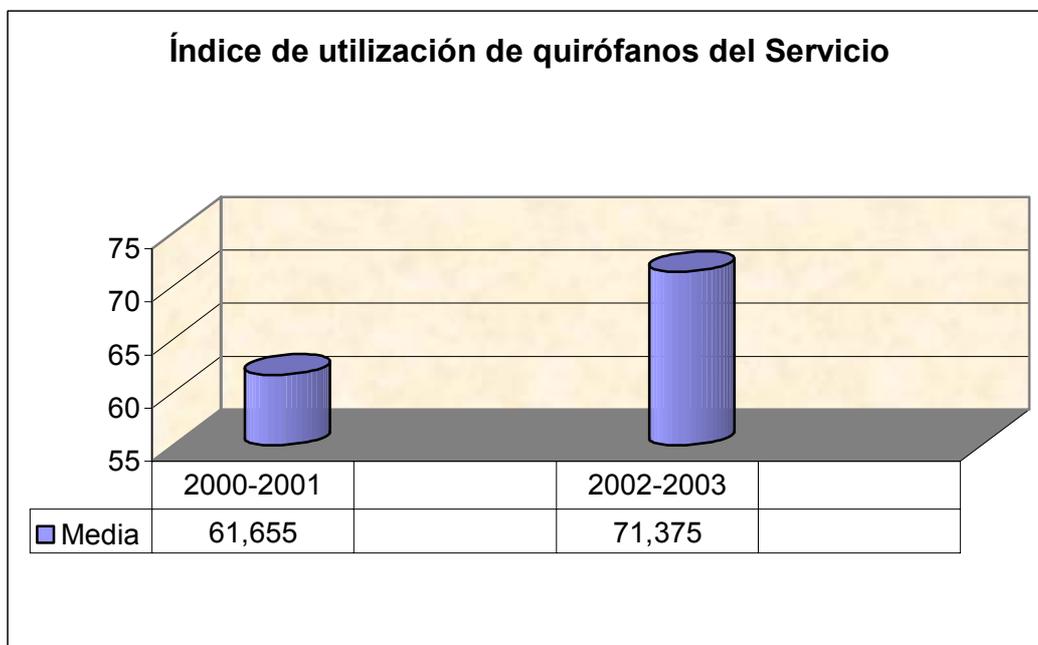


Figura 29

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 36

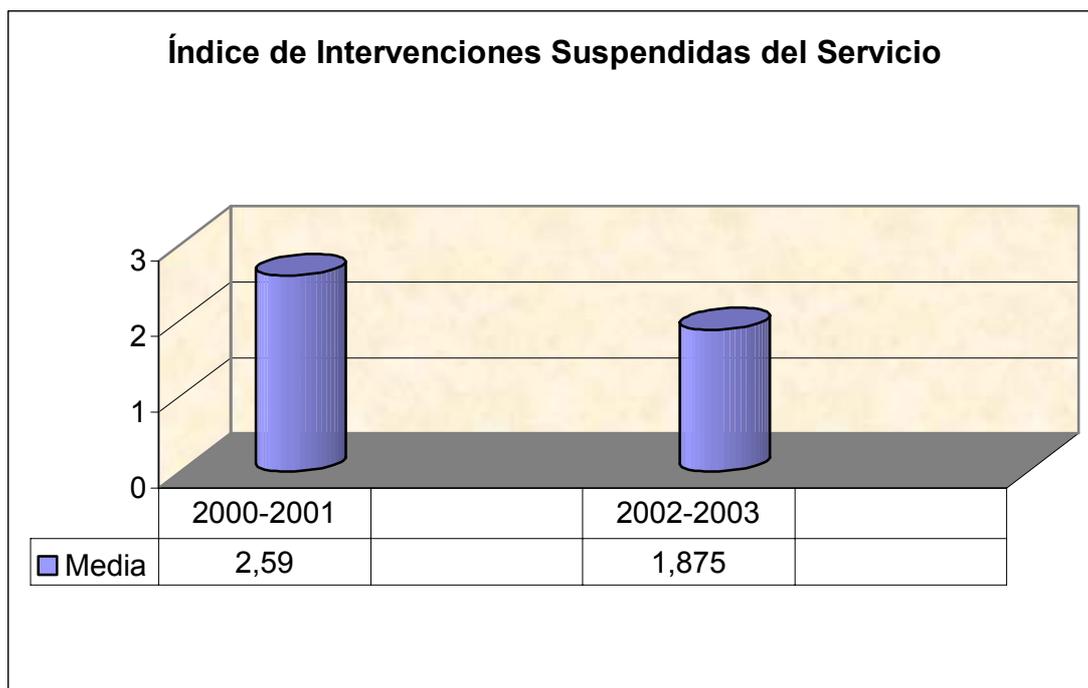


Figura 30

5.3.5 En relación con las Variables asistenciales, sobre Actividad en Consultas.

Durante el bienio 2000-2001, se realizaron un *total de 10839 Consultas*, y en el bienio siguiente 11016 (+ 1,63 %) (Tabla 37, Fig. 31). De las mismas, 5673 y 5920 respectivamente fueron *primeras consultas*, apreciándose de esta manera un aumento del 4,35 % (Tabla 38, Fig. 32), y advirtiéndose en el mismo sentido un aumento del 8.9 % en el *índice de las primeras sobre las sucesivas* (Tabla 39, Fig. 33).

El *Nº de Horas Utilizadas* refleja un mínimo ascenso, así como el *Índice de Utilización de Consultas*, pero suficiente para llegar al 100 % en el segundo bienio (Tablas 40 y 41, Fig. 34 y 35)

La *Frecuentación de Consultas* del Servicio también experimentó un pequeño aumento (2,6 %) en el segundo periodo (Tabla 42, Fig. 36)

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 37

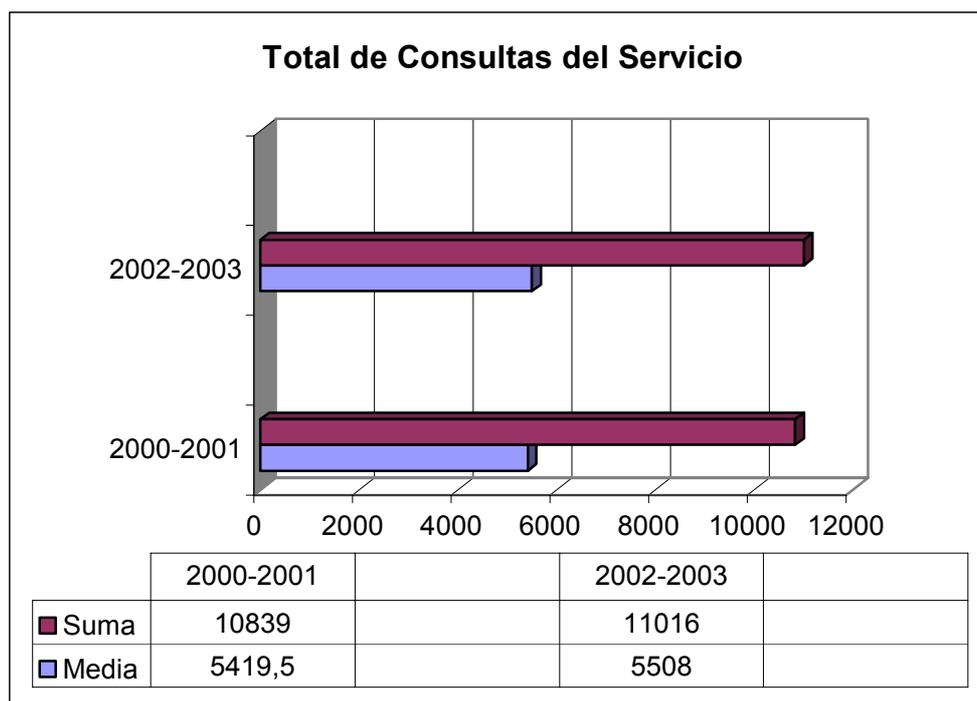


Figura 31

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 38

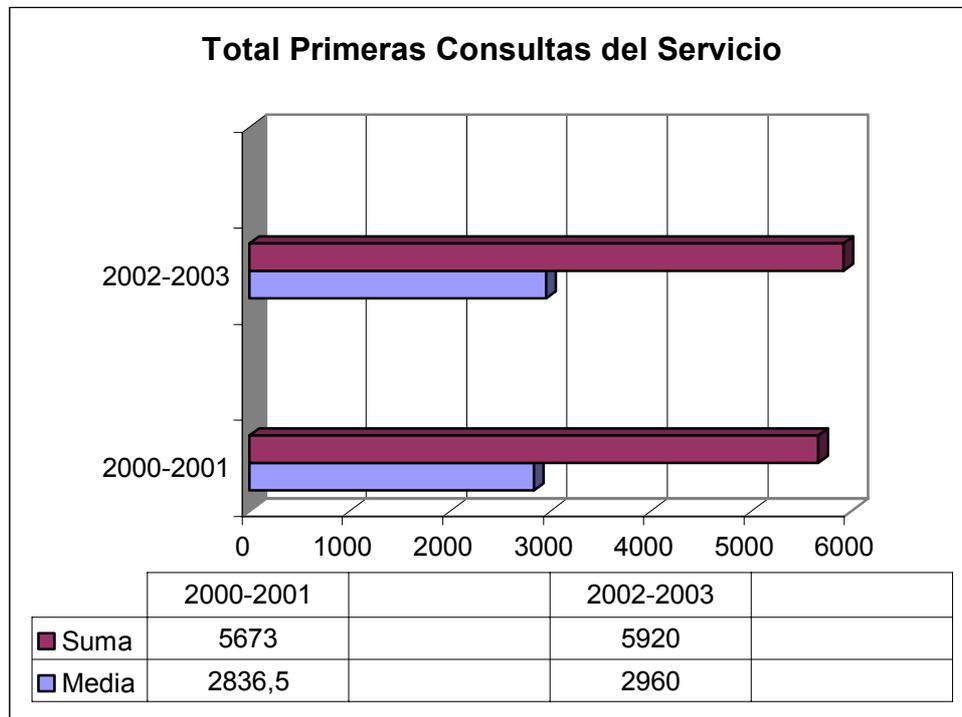


Figura 32

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 39

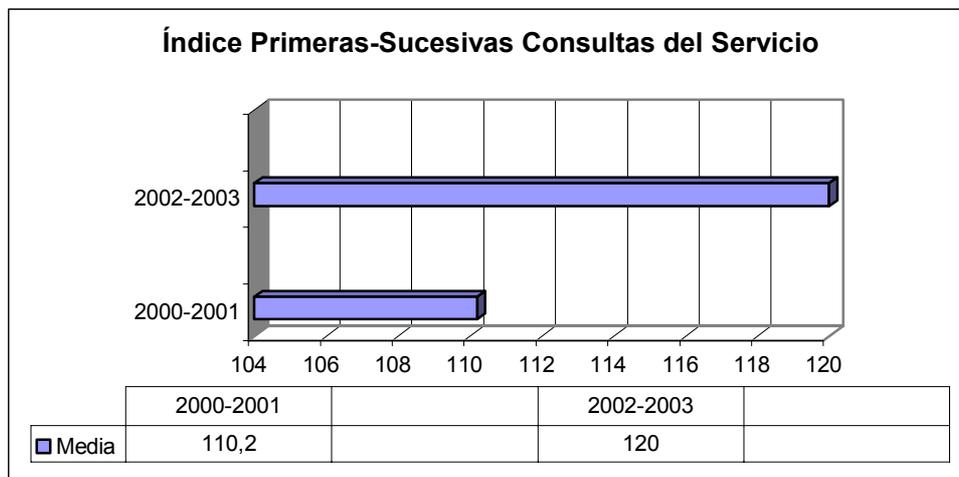


Figura 33

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 40

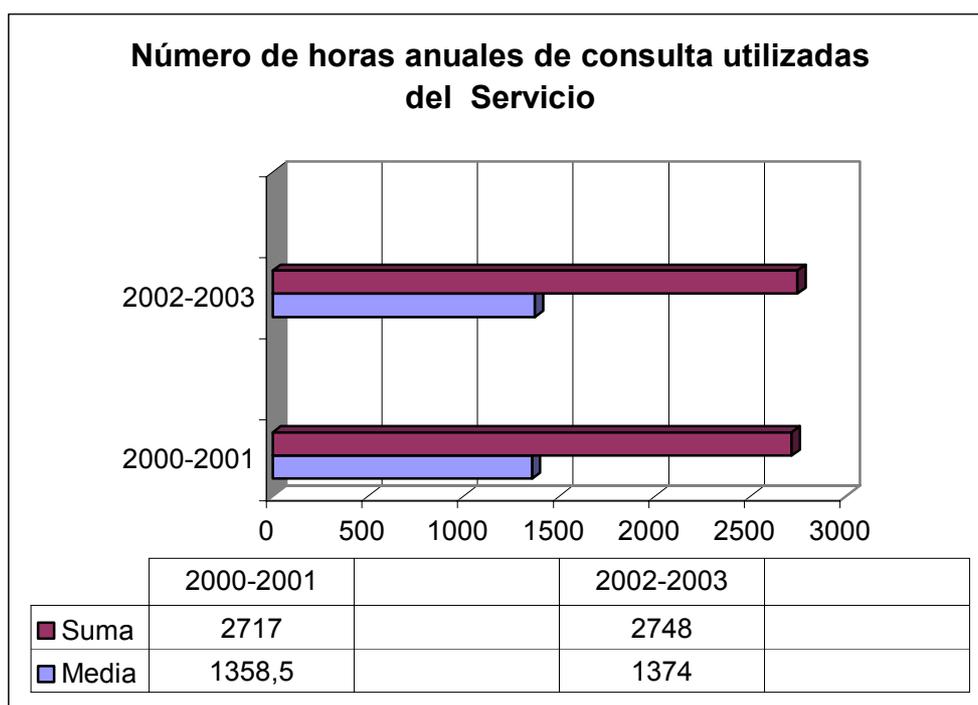


Figura 34

% 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 41

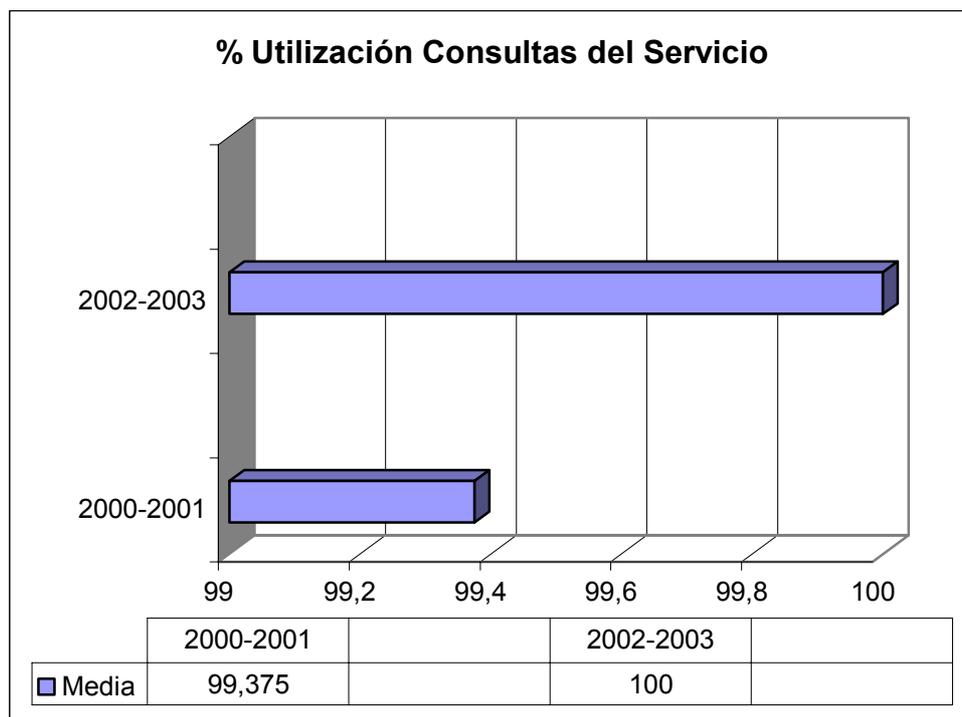


Figura 35

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 42

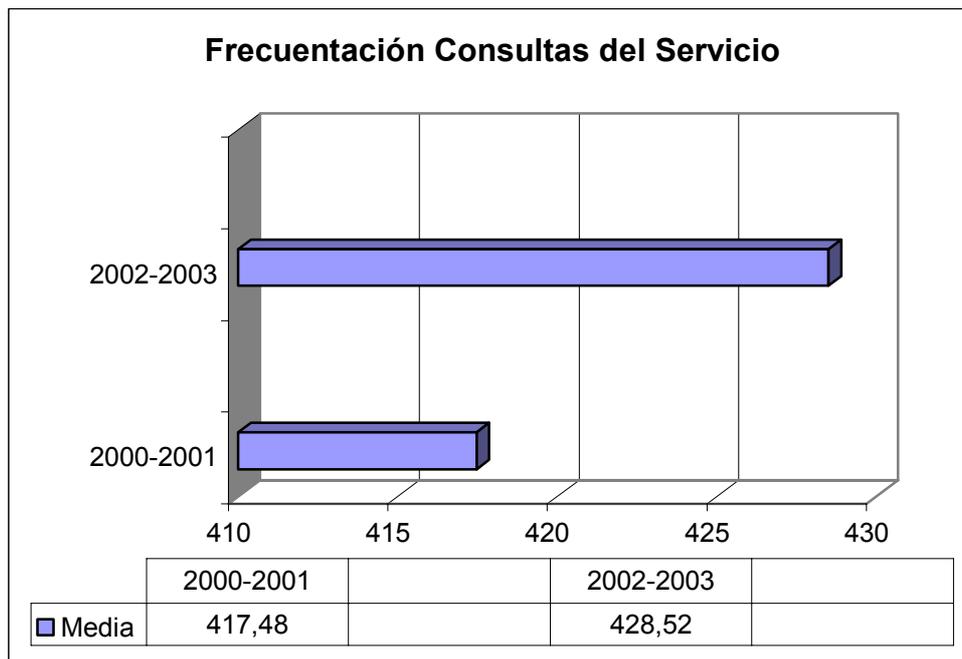


Figura 36

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

Durante el bienio 2000-2001, fueron *asistidos un total* de 16.336 *pacientes*, y durante el bienio 2002-2003 se asistieron un total de 17.137 (4,9 % más) (Tabla 43, Fig. 37). De forma más detallada se pueden apreciar en la Tabla 44.

El *número de GRDs quirúrgicos totales* (con ingreso + CMA) en ambos bienios fue el mismo (Tabla 45, Fig. 38), con un *Peso Medio* discretamente superior en el segundo bienio (Tabla 46, Fig. 39). Sin embargo, se registró un número inferior de *GRDs Quirúrgicos con ingreso* (-8,43 %) (Tabla 47, Fig. 40), con un *Peso Medio* muy similar (Tabla 48, Fig. 41). Por el contrario, se registró un mayor número de GRDs Quirúrgicos en CMA (+ 66,66 %), y *Peso Medio* semejante (Tablas 49 y 50, Fig. 42 y 43). 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 51 y Fig. 44.

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 43

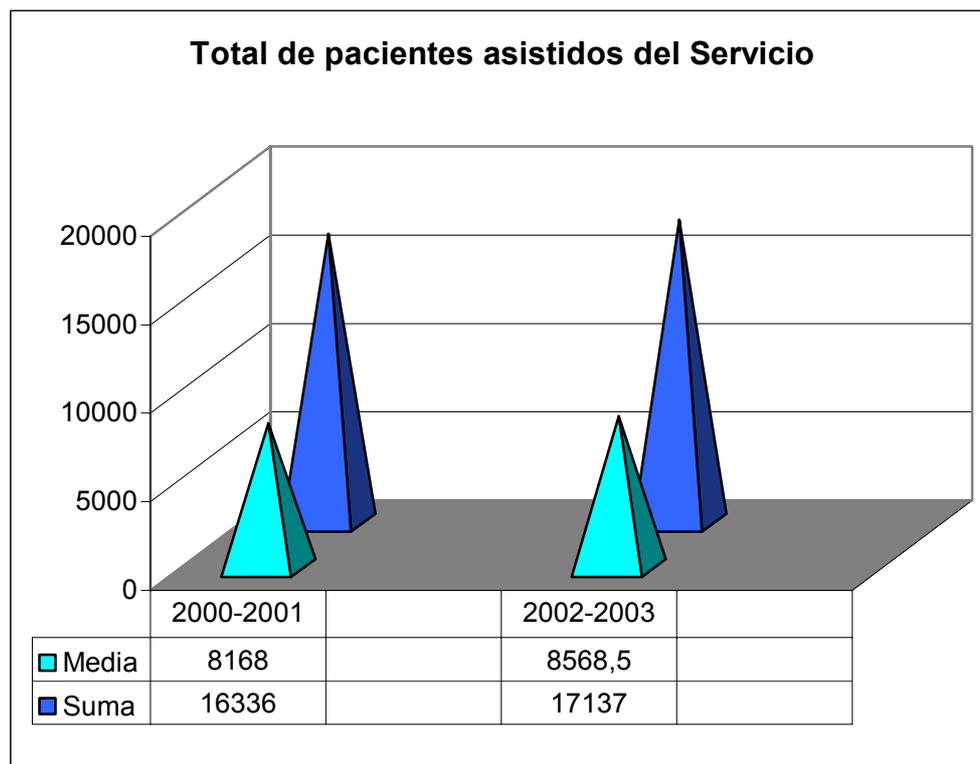


Figura 37

<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
<i>TOTAL</i>	8.371	7.965	8.954	8.183	16.336	17.137

Tabla 44

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

Tabla 45

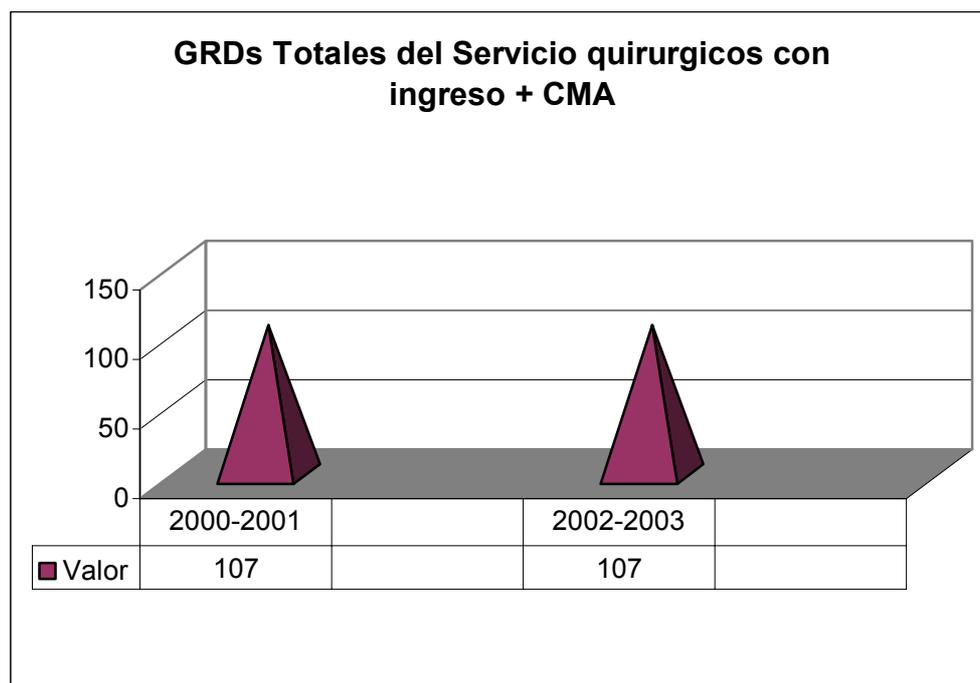


Figura 38

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

Tabla 46

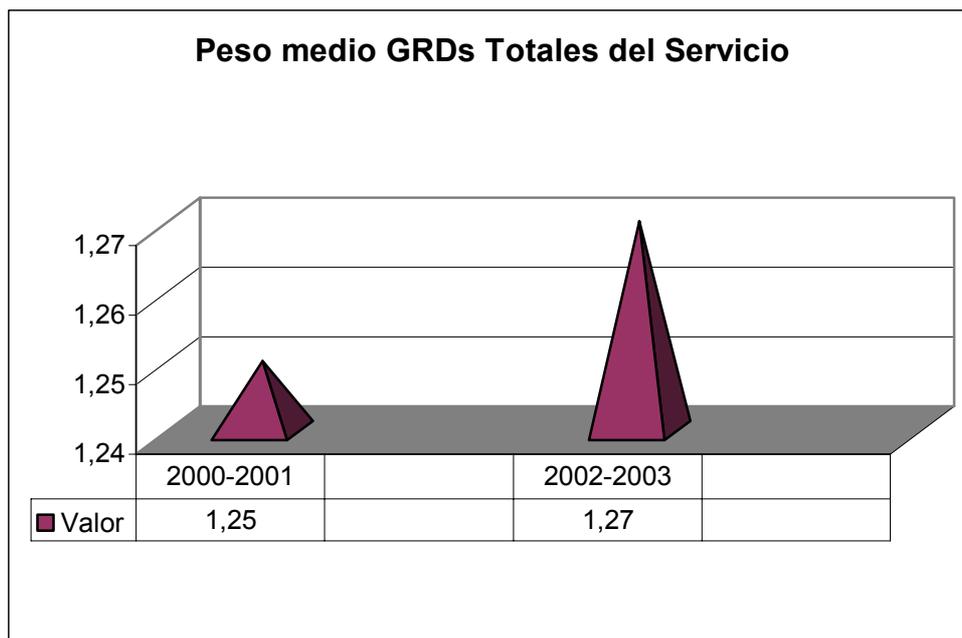


Figura 39

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

Tabla 47

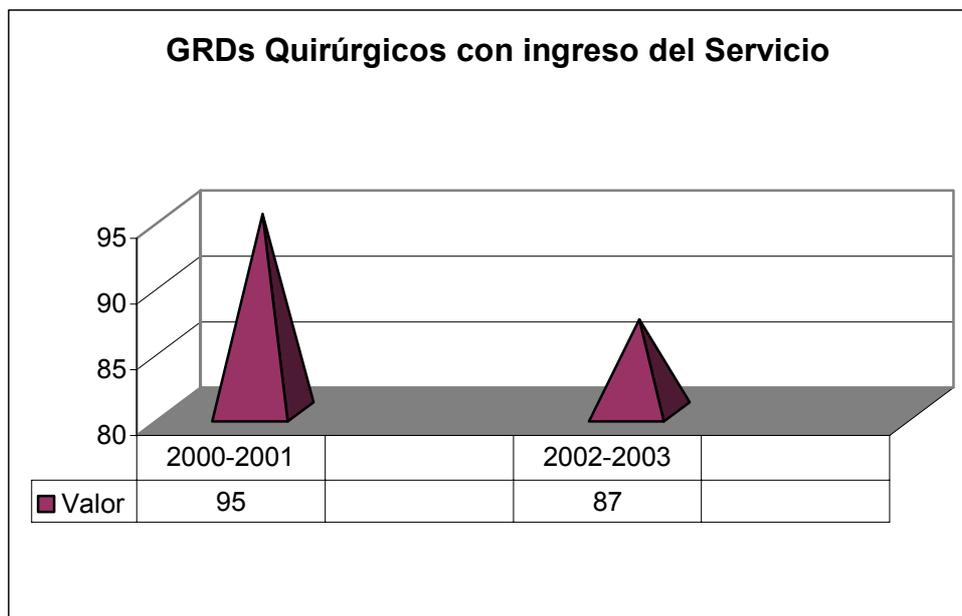


Figura 40

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

Tabla 48

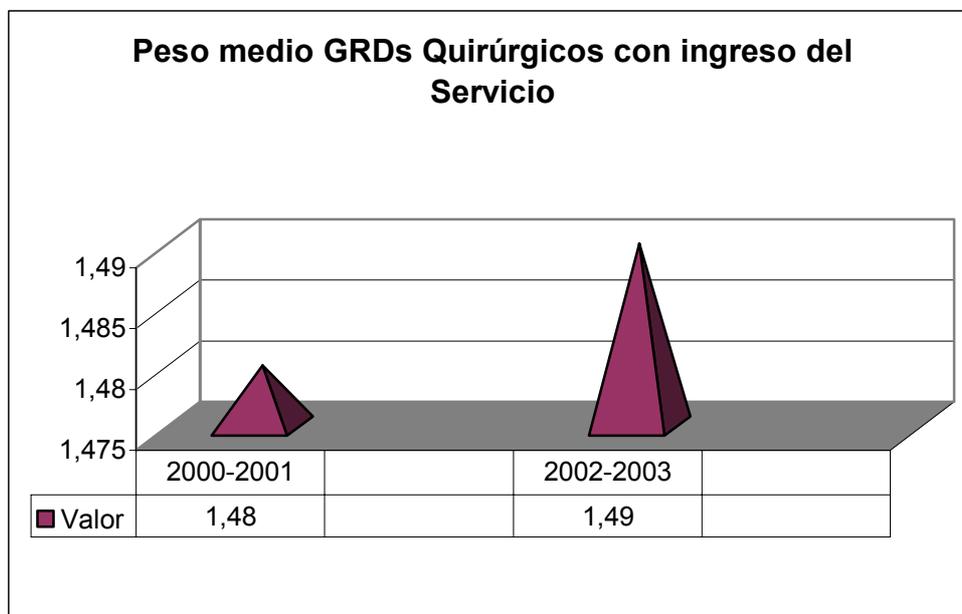


Figura 41

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

Tabla 49

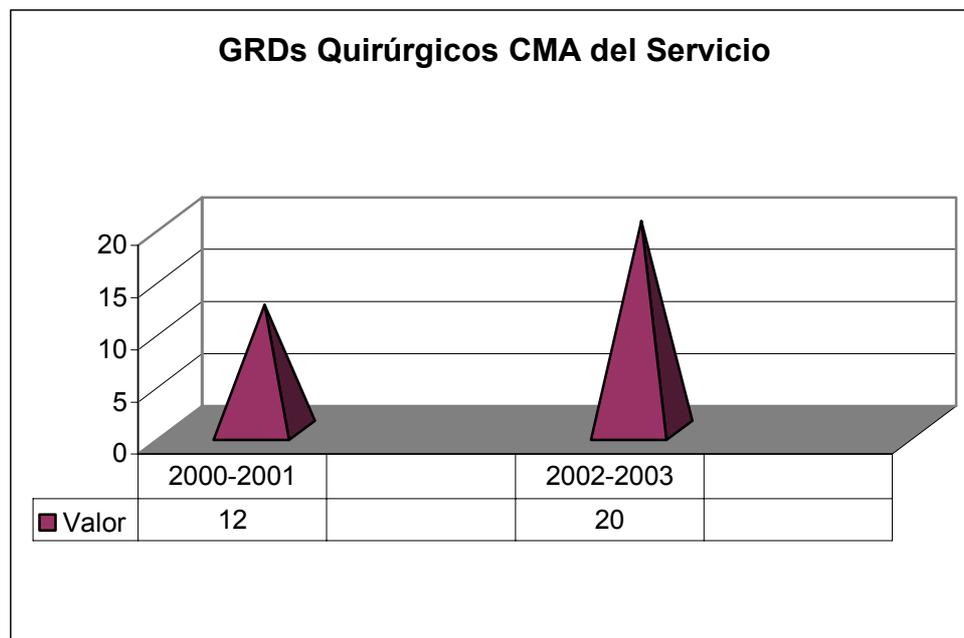


Figura 42

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

Tabla 50

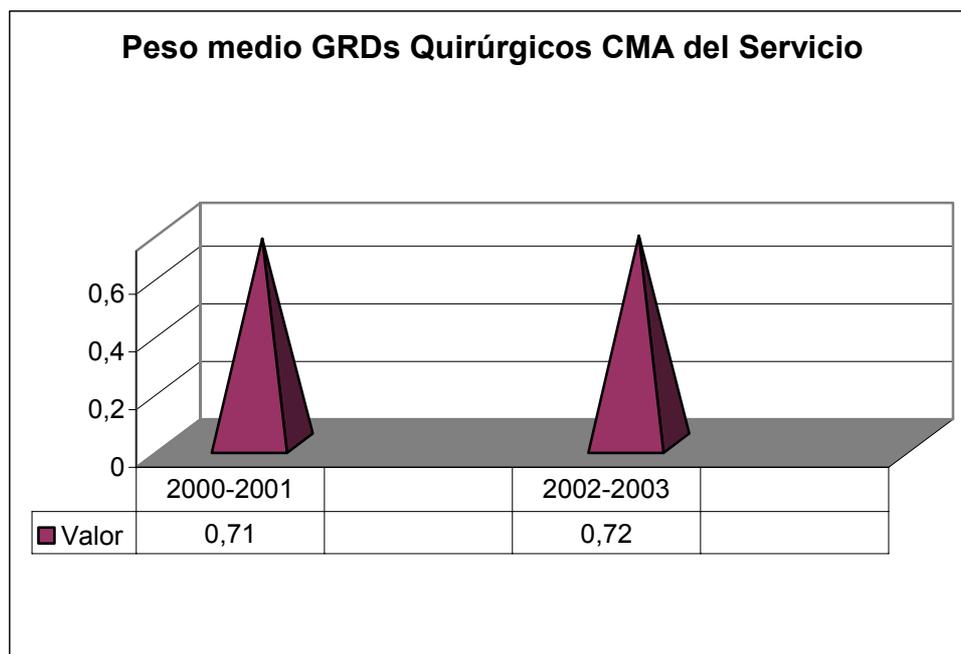


Figura 43

Puntos GRD Totales del Servicio				
Bienio	Año	Valor	Media	Suma
2000-2001	2000	1621,33	1620,425	3240,85
	2001	1619,52		
2002-2003	2002	1731,87	1678,54	3357,08
	2003	1625,21		

Tabla 51

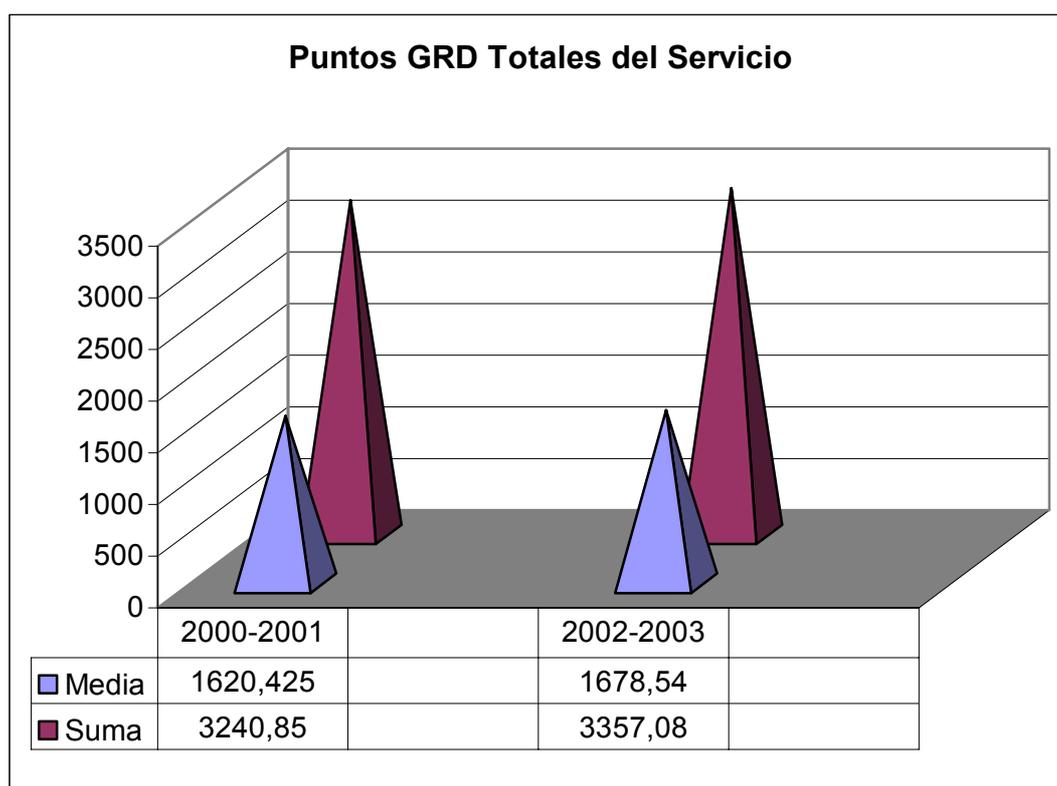


Figura 44

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 52, Fig., 45).

El *porcentaje de Exitus* aumentó del 1,48 % al 2,09 % (+ 42,2 % en relación con los ingresos totales) (Tabla 53, Fig., 46).

El *porcentaje de Reingresos* aumentó del 0,49 al 1,31 % (+ 167,3 % en relación con los ingresos totales) (Tabla 54, Fig. 47)

El *Case Mix* pasó del 1,36 al 1,34 (- 1,5 %) (Tabla 55, Fig. 48)

El *total de Altas Codificadas* se mantuvo invariable con el 100 % (Tabla 56, Fig. 49).

El *número de pacientes en lista de espera* se redujo de 508 a 351 en el segundo bienio (- 69,09 %) (Tabla 57, Fig. 50).

La media de días en lista de espera se redujo de 122,5 a 95 en el segundo periodo (- 77,55 %) (Tabla 58, Fig. 51).

La media de la Demora Media de cirugía del Servicio se redujo de 61,5 a 40 días (- 65,04 %) (Tabla 59, Fig. 52).

El Índice global de Satisfacción del Usuario pasó de una media 82,865 % en el primer bienio, al 90,595 % en el segundo, apreciándose un ascenso de 7, 73 puntos, que se traduce en 9, 32 % (Tabla 60, Fig. 53)

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 52

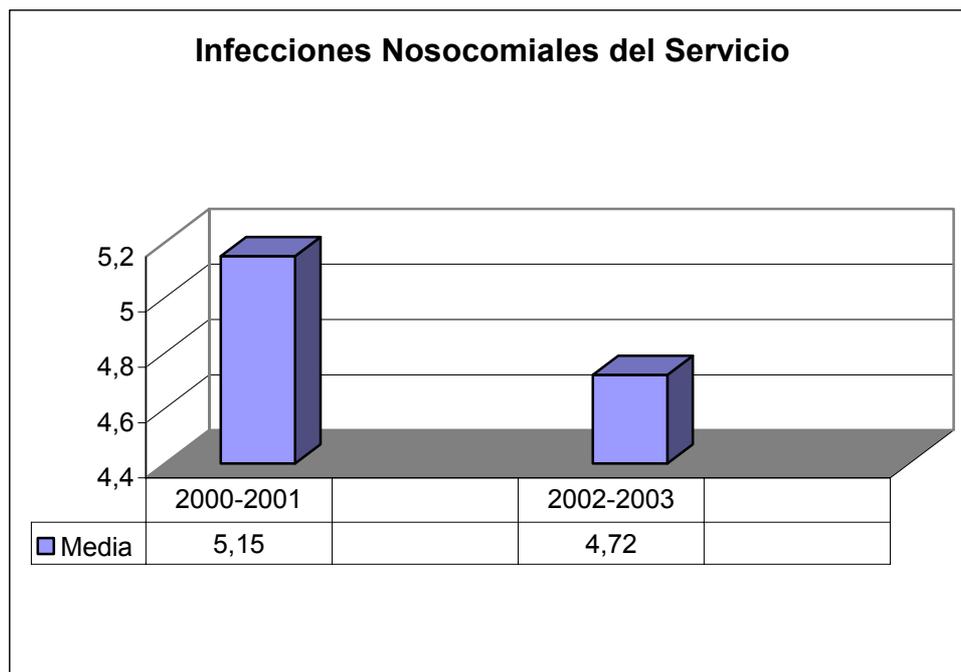


Figura 45

% 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 53

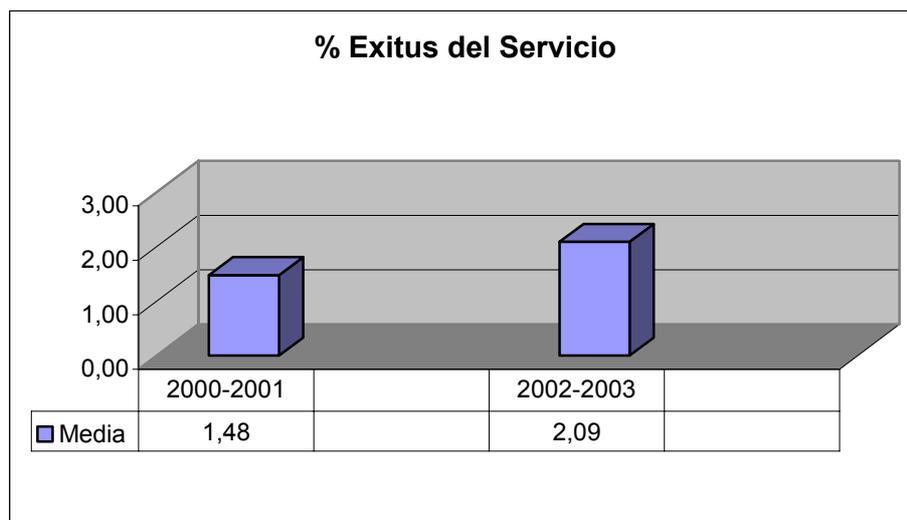


Figura 46

% 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 54

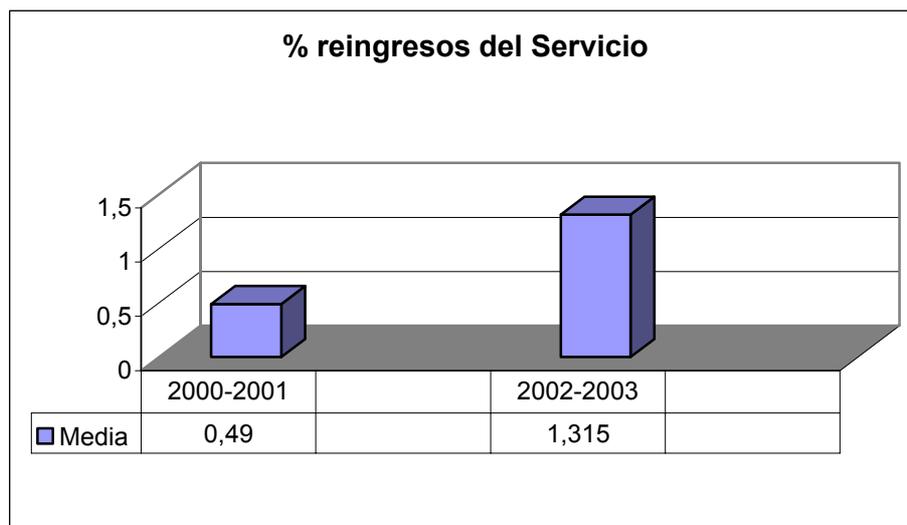


Figura 47

Case Mix del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	1,34	1,365
	2001	1,39	
2002-2003	2002	1,25	1,34
	2003	1,43	

Tabla 55

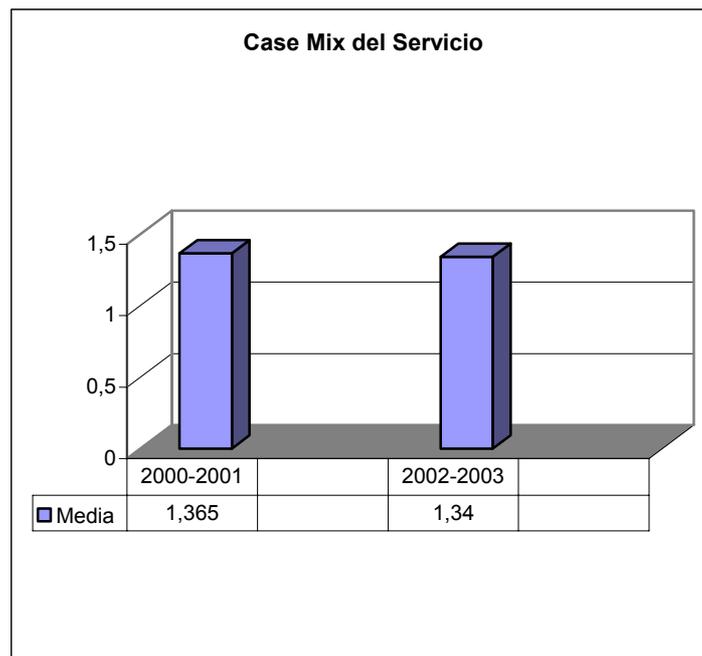


Figura 48

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 56

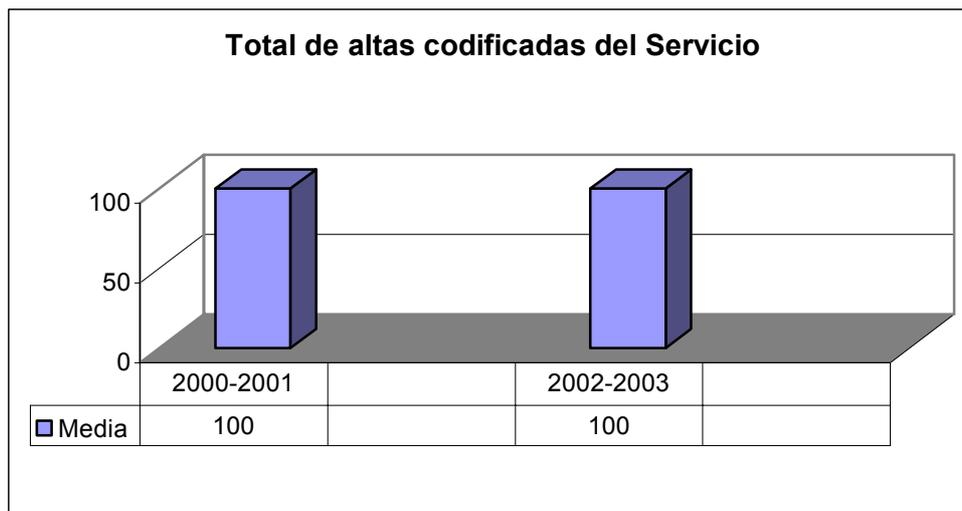


Figura 49

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 57

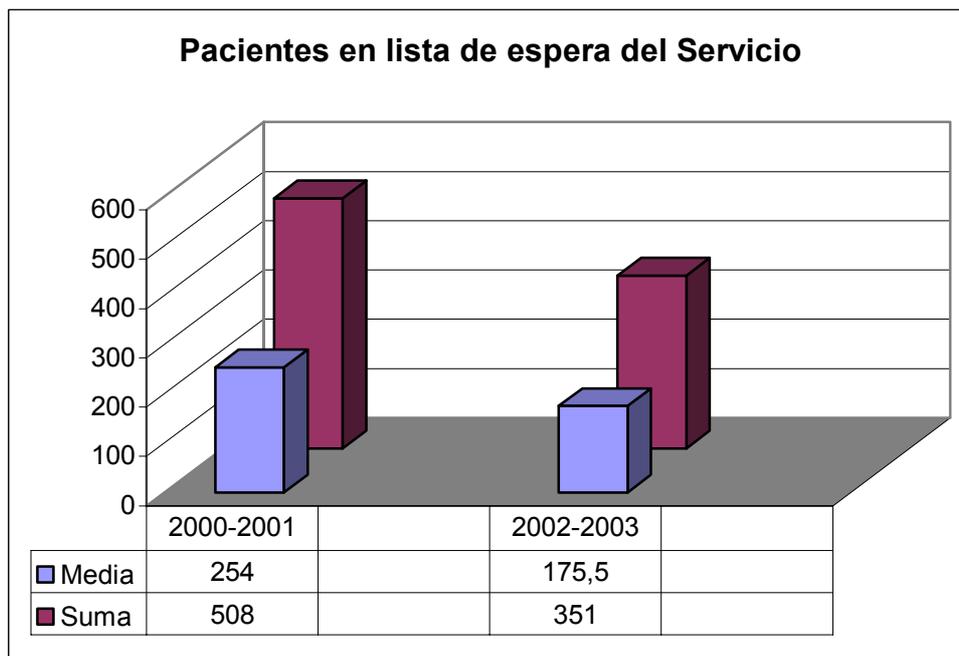


Figura 50

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 58

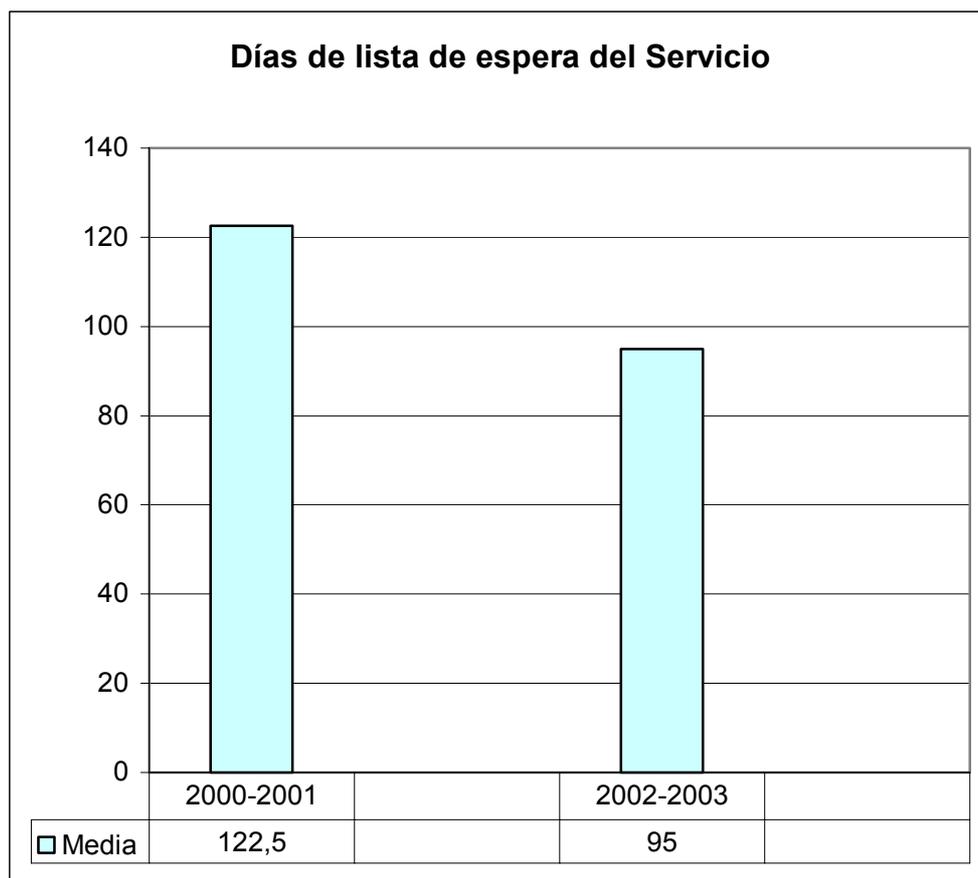


Figura 51

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 59

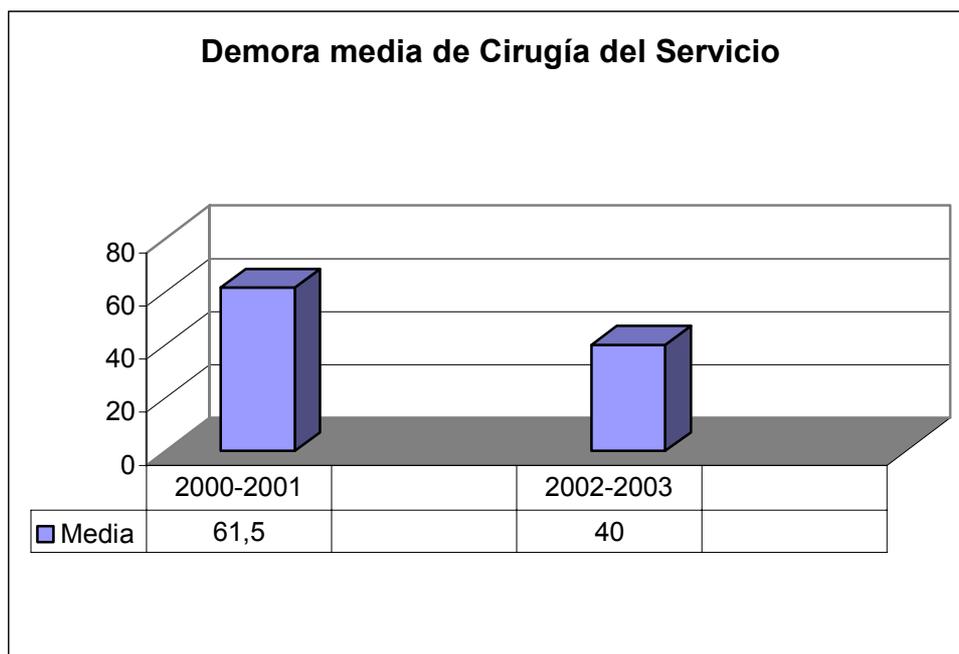


Figura 52

% Satisfacción del Usuario del Servicio			
Bienio	Año	Valor	Media
2000-2001	2000	82,85	82,865
	2001	82,88	
2002-2003	2002	92,31	90,595
	2003	88,88	

Tabla 60

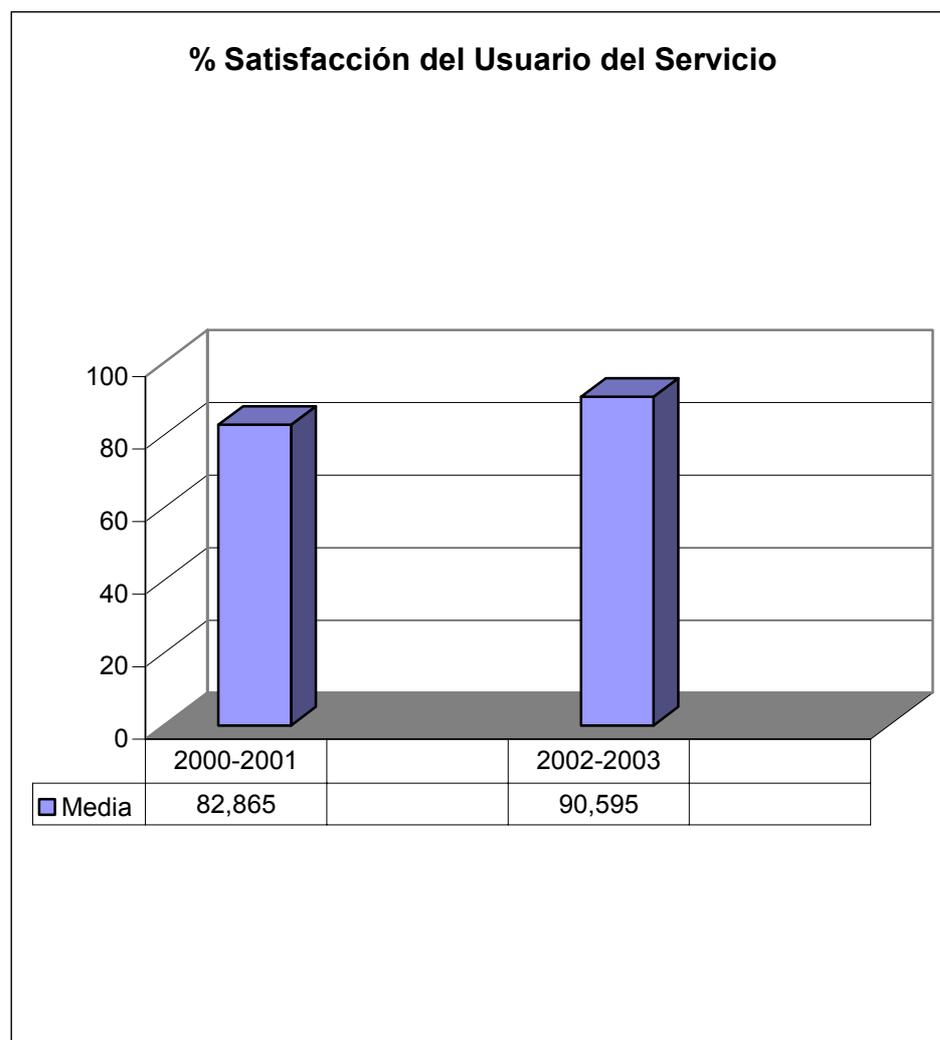


Figura 53

5.3.8 En relación con las Variables, sobre Docencia e Investigación

En la Tabla 61, se describen las actividades docentes y de formación/investigación de los *cirujanos* del servicio/UGC.

Los Cursos de Formación Externa a los que asistieron los Cirujanos del Servicio, se redujeron de 22 en el primer bienio, a 15 en el segundo (- 31, 82 %) (Fig. 54).

Los Cursos de Formación Interna pasaron de 3 en el primer bienio a 8 en el segundo (+ 166, 6 %) (Fig. 55).

Las Comunicaciones Científicas a Congresos y Reuniones, pasaron de, 18 en el primer periodo, a 28 en el segundo (+ 55,55 %) (Fig. 56)

Los Trabajos Publicados se redujeron de 5 en el primero a 2 en el segundo (- 60 %) (Fig. 57)

Las Ponencias en Cursos, Congresos y Reuniones se mantuvieron estables en ambos periodos (seis en ambos) (Fig. 58)

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN	BIENIO 2000-2001	BIENIO 2002-2003
CURSOS DE FORMACIÓN EXTERNA	12 + 10 = 22	8 + 7 = 15
CURSOS DE FORMACIÓN INTERNA	1 + 2 = 3	4 + 4 = 8
COMUNICACIONES CIENTÍFICAS	7 + 11 = 18	16 + 12 = 28
TRABAJOS CIENTÍFICOS	3 + 2 = 5	1 + 1 = 2
PONENCIAS A CURSOS Y CONGRESOS	1 + 5 = 6	3 + 3 = 6

Tabla 61

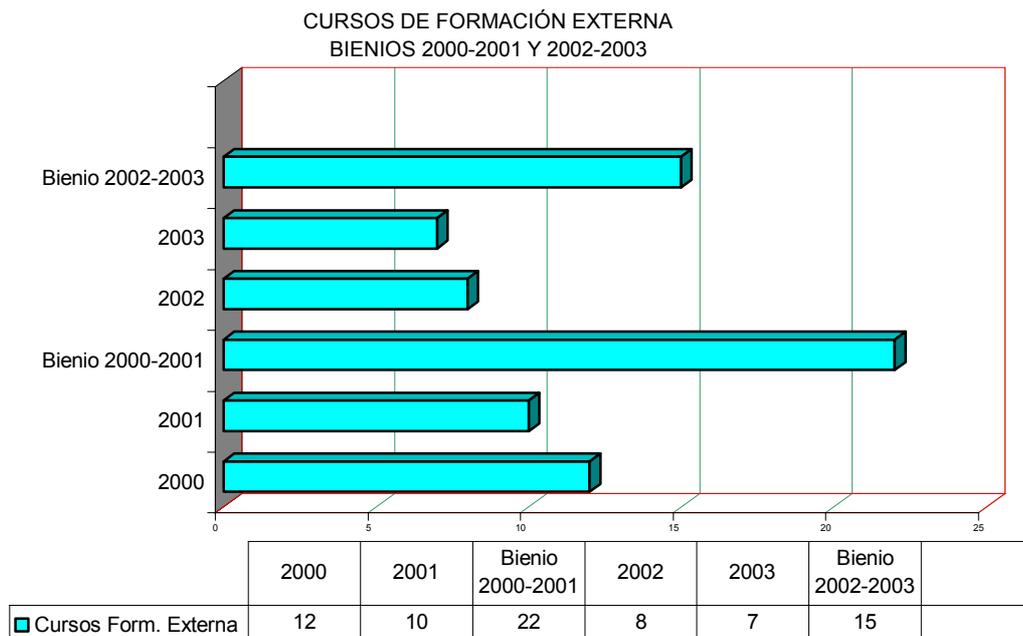


Figura 54

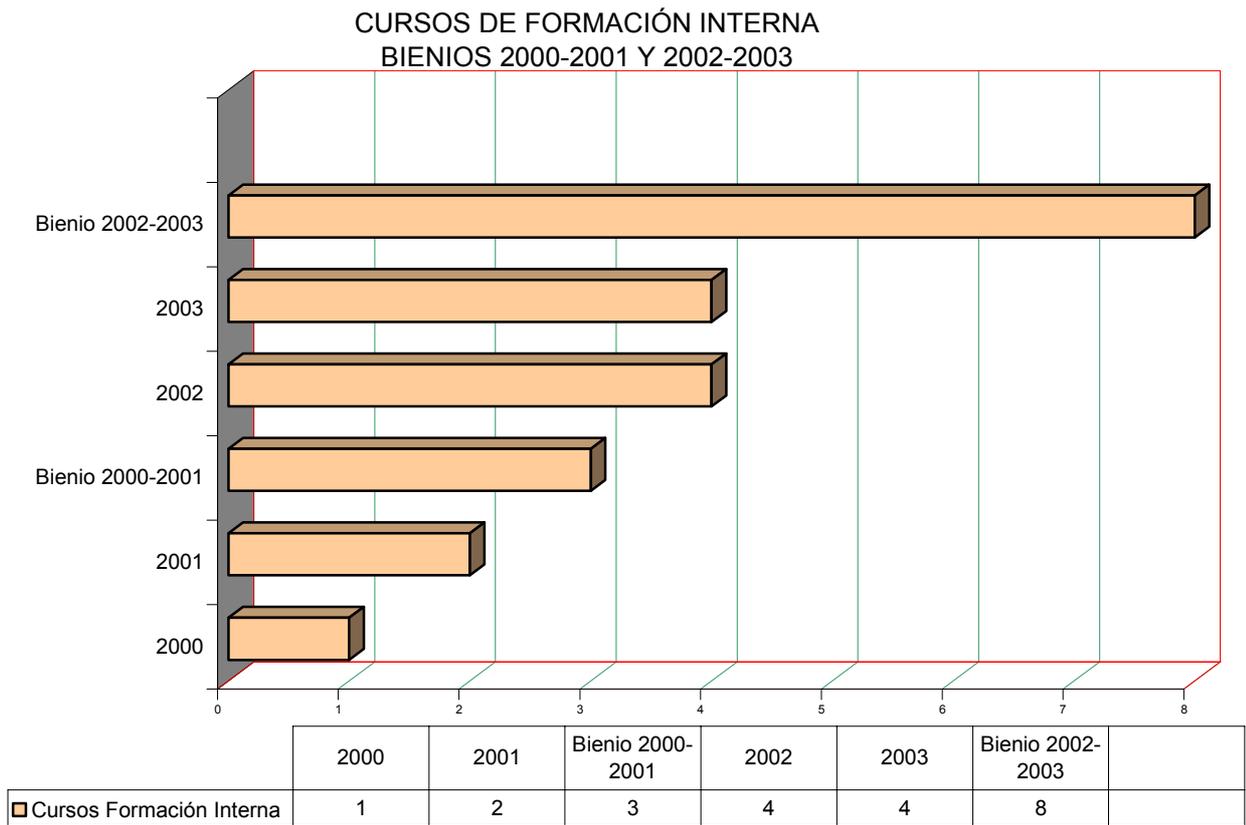


Figura 55

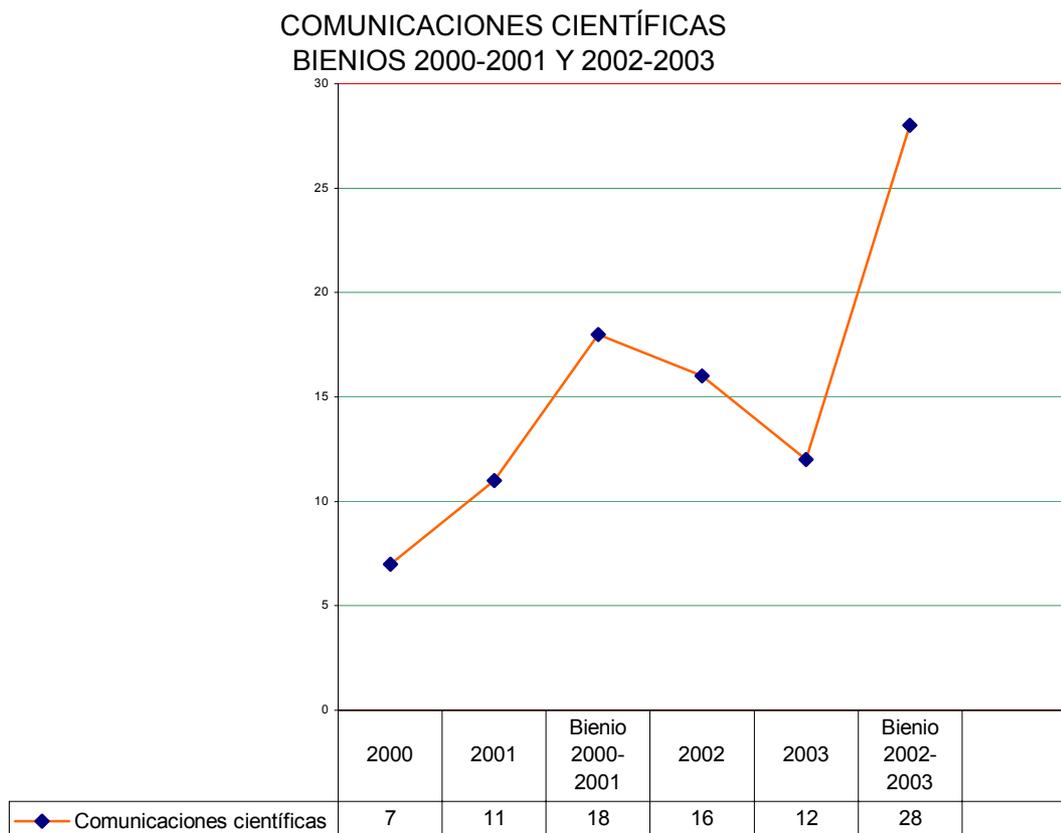


Figura 56

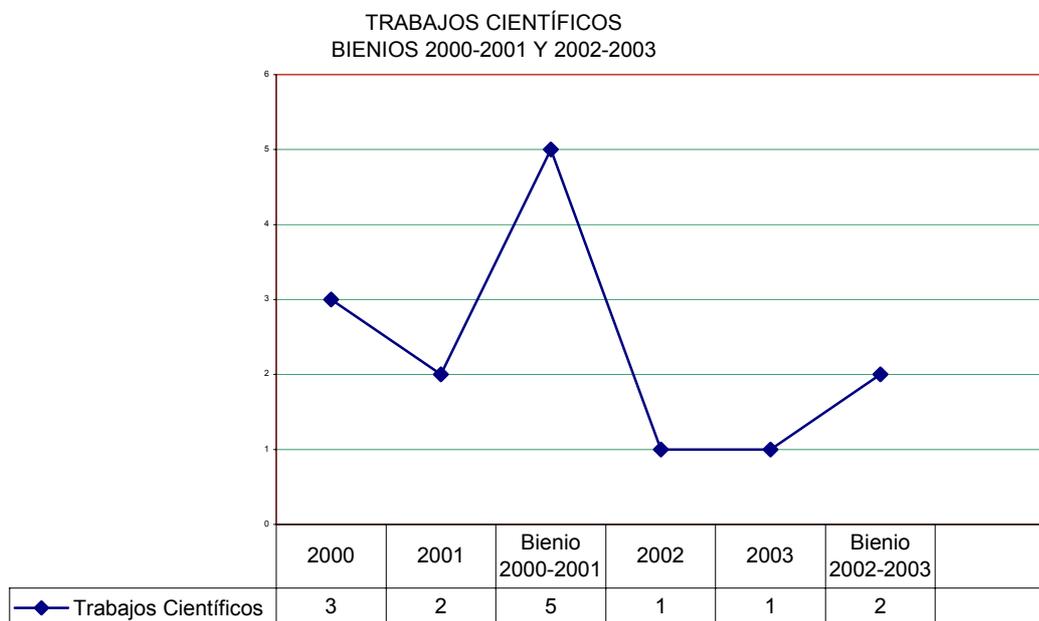


Figura 57

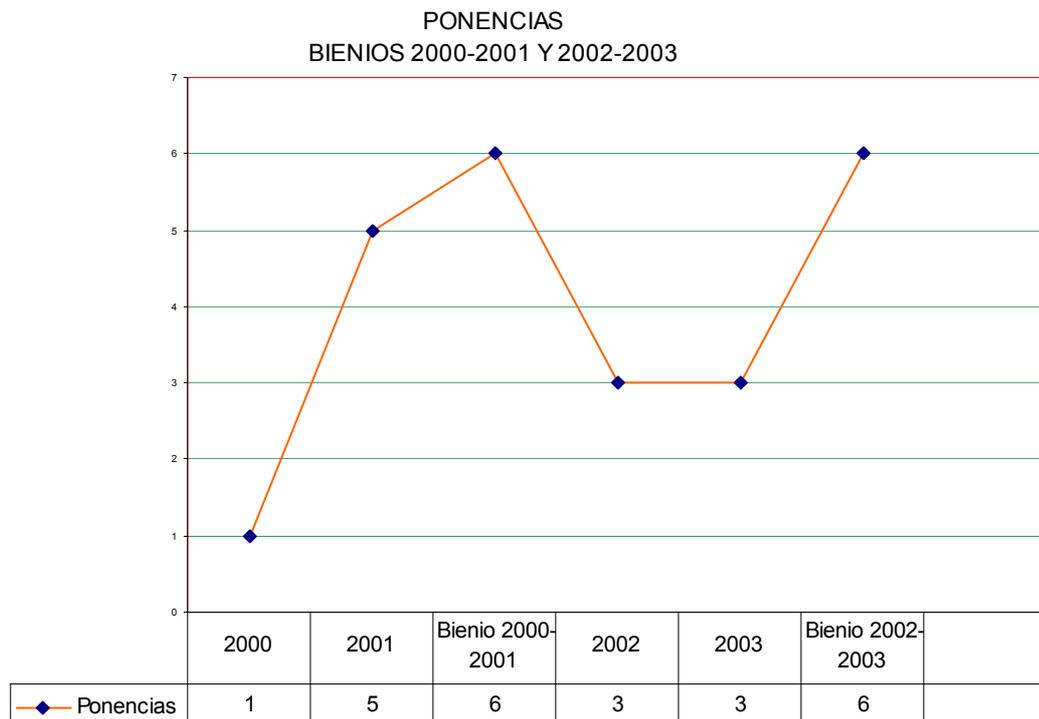


Figura 58

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
PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC	191	2	4,49		
PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	192	4	2,21	4	2,19
PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	193	8	3,53	10	3,46
	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 RIÑÓN & 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: Aná

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 & fémur	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 cc	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 cc	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 cc	0	1

DISCUSIÓN

6 DISCUSIÓN

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 otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente.

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es una estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión.

Ateniéndonos a estos conceptos, vamos a comenzar la discusión de los resultados obtenidos de las variables previstas en 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) .Las variables publicadas por el SAS sobre los mismos, son evidentemente inferiores a las tratadas en este proyecto de investigación que se propone como Tesis Doctoral.

6.1 Sobre los recursos materiales disponibles

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 11, Fig. 5).

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 %. El del Hospital Infanta Elena tienen una disminución del 2, 3 %. El del Hospital San Juan de La Cruz, tiene un aumento de horas disponibles del 23, 4 %. Nuestro Servicio/UGC, junto al del San Juan de La Cruz, aumentan el nº de horas disponibles, si bien este último nos duplica el porcentaje ¹²²⁻¹²⁵ .

En cuanto al **Nº de Horas Disponibles de Consulta** se aprecia un mínimo ascenso con una media de 1.367 y 1.374 (+ 0.5 %). (Tabla 12, Fig. 6). No tenemos datos de los Hospitales de nuestro Grupo.

6.2 Sobre las variables asistenciales estancias/ingresos

Los **Ingresos Totales** (Tabla 13 y Fig. 7) experimentaron un notable descenso en el bienio 2002-2003, con respecto al 2000-2001, pasándose de 2447 a 2343 (- 4,25 %), y especialmente si correlacionamos el segundo año del bienio 2000-2001 (1.210 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 ¹²²⁻
¹²⁵, apreciamos que el Hospital Infanta Margarita, de Cabra (Córdoba), durante el bienio 2000-2001 hubo una media de 1.505,5 ingresos y en el 2002-2003, se redujo a 1.392,5 (- 7,5 %). El Hospital Infanta Elena, de Huelva, pasó de una media de 1.470 ingresos a 1.445,5 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 1.462,5 a 1.292,5 (- 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 ¹²²⁻¹²⁵: 1.335 ingresos, 1.294, 1.317 y 1.183 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 14 y Fig. 8). Se pasa de 1.404 a 1.260, de un bienio al siguiente (- 10, 26 %), especialmente por el aumento de la CMA, como ya se ha comentado previamente. No disponemos de datos al respecto sobre los demás Hospitales de nuestro Grupo.

El nº de **Ingresos Urgentes** (Tabla 15, Fig. 9), experimenta un discreto aumento: de 1.043 a 1.083 (+ 3, 83 %), 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 ¹²²⁻¹²⁵: 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 16, Fig. 10). 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 17, Fig. 11), por la misma razón del aumento de la CMA. Comparativamente con

los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo ¹²²⁻¹²⁵: 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 18, Fig. 12). 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 ¹²²⁻¹²⁵ : 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...)^{126, 127}

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 Hospitalización ¹²⁸.

Se define “Utilización Inapropiada o Inadecuada”, el empleo de tecnologías sanitarias de eficacia demostrada, en situaciones en las que no están indicadas. Algunos estudios ¹²⁹ 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 ^{130, 131}.

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.¹³², 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) ^{133, 134}, 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 % ¹³⁵

Polder et al.¹³⁶ 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.¹³⁷, 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.¹³⁸, evaluaron con AEP una muestra de historias clínicas provenientes de cincuenta hospitales, encontrando un 55% de las estancias inadecuadas. Strumwasser et al.¹³⁹, 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.¹⁴⁰ obtuvieron un 39% de inadecuación.

En Israel, también se han realizado evaluaciones de este tipo, siendo de destacar los trabajos de Mozes et al.¹⁴¹, 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.¹⁴², evaluaron con AEP una muestra de historias clínicas provenientes de dos hospitales, encontrando hasta un 33% de inadecuación. Mozes et al.¹⁴³, 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.¹⁴⁴, obtuvieron con AEP un 41% de estancias inadecuadas. En Suiza, los trabajos de Winterhalter¹⁴⁵ y Burdet¹⁴⁶ 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 Rupérez¹⁴⁷, 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 Saturno¹⁴⁸, 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.¹⁴⁹, 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.¹⁵⁰, 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.¹⁵¹, 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.¹⁵², 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.¹⁵³, 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.¹⁵⁴, 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.¹⁵⁵, estudiaron 639 estancias producidas en un Hospital terciario de Barcelona, hallando un 29% de inadecuación de las estancias.

Amargos ¹⁵⁶ analizó las estancias de 102 ingresos en el Hospital General de Granollers, encontrando un 64% de inadecuación.

Sánchez et al.¹⁵⁷, analizaron las estancias consecuentes a 102 ingresos por apendicitis en un Hospital de Bilbao, hallando un 21,4% de estancias innecesarias. Esperalba et al.¹⁵⁸ 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.¹⁵⁹, 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.

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 19, Fig. 13), 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 %^{160-162, 115}, inferior al porcentaje de nuestro Servicio /UGC.

En relación con los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo¹²²⁻¹²⁵, 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 20, Fig. 14), 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 21, Fig. 15), 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 ^{160-162, 115, 163-166} 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 ¹²²⁻¹²⁵ 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 1.989,5 (- 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* ^{160-162, 115, 163-166} –como hemos referido antes-

, *si bien es el que menor población asiste* ^{165, 166} (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 ¹¹⁶. 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 (Tabla 22, Fig. 16), suponiendo un aumento del 22, 91 %, y la Media del % de Urgencias no Ingresadas ha aumentado del 59,7 % al 61, 6 % (Tabla 23, Fig. 17) , 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 %) ¹²²⁻¹²⁵.

La **Media de Urgencias atendidas / día** en el Servicio /UGC fue de 3,55 y 3,86 pacientes respectivamente (8,76 % más) (Tabla 24, Fig. 18) que vemos en relación con el nº Total de Urgencias.

En los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo ¹²²⁻¹²⁵: 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 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 25, Fig. 19). 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 26, Fig. 20), 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 27, Fig. 21), 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 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 28, Fig. 22), 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 %) ¹²²⁻¹²⁵. 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

Las **Intervenciones Programadas con Ingreso** (Tabla 29, Fig. 23) 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 %) ¹²²⁻¹²⁵. La reducción se explica por el aumento de la CMA.

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 30, Fig. 24).

En cuanto a *cifras globales de los Hospitales del Grupo* ¹⁶³⁻¹⁶⁶, 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 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 como “*Intervenciones Ambulatorias*” ¹²²⁻¹²⁵ en los Servicios de Cirugía General de los diferentes hospitales son sumatorios de la CMA y la cirugía menor, por lo que no disponemos de datos específicos de CMA en los mismos.

Si ponemos en relación 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 31 y Fig. 25) un **ahorro de 491, 66 estancias en el primer bienio, y de 2.119, 72 en el segundo (+ 331, 13 %)**

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 a 191 en el 2º bienio (+ 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*. 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* (Tabla 31 a, Fig. 25 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*. En el *segundo bienio*, la estancia media de este GRD en cirugía con ingreso estaba en 1, 4. Se *ahorraron 175 estancias* (Tabla 31 b, Fig. 25 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*. En 2002-2003, la estancia media para el mismo GRD era de 5.1 días; *se ahorraron 392, 7 estancias* (Tabla 31 c, Fig. 25 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*. En 2002-2003, la estancia media del procedimiento era 1,7 días, *se ahorraron 108,8 estancias* (Tabla 31 d, Fig. 25 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 estancias. En 2002-2003 la estancia media fue 2, 6 días; *se ahorraron 75, 4 estancias* (Tabla 31 e, Fig. 25 e).

Como se aprecia, *estos datos de ahorro en Estancias, 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. *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 ¹⁶⁷. 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 ¹⁶⁸.

Como también refieren Docobo et al. ¹⁶⁸ desde su Unidad de CMA de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, de Sevilla - haciéndose eco del artículo de De Lathouwer ¹⁶⁹- 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.¹⁷⁰, 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.¹⁷¹ 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 2003¹⁷².

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^{173, 174}, 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 32, Fig. 26). 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 %) ¹²²⁻¹²⁵.

La cirugía menor ambulatoria (cma), pasó de 1.332 pacientes a 1.502 (aumento del 12, 76 %) (Tabla 33, Fig. 27). 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 (ya analizados en apartado previo 6.1 sobre Recursos materiales) con la actividad quirúrgica “per se”. Así, en cuanto al **nº de horas de quirófano utilizadas** (Tabla 34, Fig., 28) supusieron una media de 1.076,5 y 1.398,5 en su correspondiente (+ 29, 9 %), y el **Índice de Utilización de Quirófanos** (Tabla 35, Fig. 29), 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 %) ¹²²⁻¹²⁵.

El **Índice de Intervenciones Suspendidas** descendió del 2,59 % al 1,87 % en el segundo periodo (-72,2 %) (Tabla 36, Fig. 30), fruto del esfuerzo de nuestro Servicio/UGC. No disponemos de datos comparativos suministrados por el SAS.

6.5 Sobre las Variables asistenciales de 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 37, Fig. 31). 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 38, Fig. 32), 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 39, Fig. 33).

Los datos disponibles sobre estas variables en los Servicios de Cirugía de los Hospitales del Grupo son los siguientes ^{122- 125}.

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 (- 79, 5 %). 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 inferior ¹⁶³⁻¹⁶⁶, 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.

El *Nº de Horas Disponibles de Consulta*, ya se comentó en el apartado 6.1 Sobre los *Recursos Materiales Disponibles* (Tabla 12, Fig. 6). Se aprecia un mínimo ascenso en el **número de horas Utilizadas** con media de 1.358,5 y 1.374 (+ 1,2 %), así como el **Índice de Utilización de Consultas** (99,37 y 100), pero suficiente para llegar al 100 % en el segundo bienio (Tablas 40 y 41, Fig. 34 y 35)

Los referentes del Grupo ¹²²⁻¹²⁵, 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 42, Fig. 36) 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 43, Fig. 37). De forma más detallada se pueden apreciar en la Tabla 44. Desconocemos datos al respecto sobre los demás Servicios relacionados.

El **número de GRDs quirúrgicos totales** (con ingreso + CMA) en ambos bienios fue el mismo (Tabla 45, Fig. 38), con un **Peso Medio** discretamente superior en el segundo bienio (Tabla 46, Fig. 39). Sin embargo, se registró un número inferior de **GRDs Quirúrgicos con ingreso** (-8,43 %) (Tabla 47, Fig. 40), con un **Peso Medio** muy

similar (Tabla 48, Fig. 41). Por el contrario, se registró un mayor número de **GRDs Quirúrgicos en CMA** (+ 66,66 %), y **Peso Medio** semejante (Tablas 49 y 50, Fig. 42 y 43). *Todo ello en consonancia con lo descrito previamente sobre el cambio en la actividad quirúrgica del Servicio/UGC en el segundo bienio (Ver comentario en el apartado 6.4 Sobre las Variables asistenciales de Actividad Quirúrgica), con un aumento espectacular del porcentaje de la CMA sobre la cirugía con ingreso.* En el *Anexo I* se desglosan los *procedimientos quirúrgicos con ingresos* realizados en el Servicio, agrupados por GRDs, y en el *Anexo II* los procedimientos quirúrgicos - también en GRDs- realizados en régimen de CMA.

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 51 y Fig. 44, lo que denota 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 52, Fig., 45). No tenemos datos comparativos con los Servicios del Grupo, pero en las escasas referencias de la literatura sobre este tema en Hospitales Comarcales¹⁷⁵⁻¹⁷⁸, 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 1998¹⁷⁸.

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 %, 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 53, Fig., 46). 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 éxitus de los desahuciados se produzca en la planta (siempre que no requieran respiración asistida), en función de una mayor humanización asistencial¹⁷⁹.

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 54, Fig. 47). 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, C¹⁸⁰ 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.¹⁸¹, en Holanda, concluyen que hospitales de poblaciones o estados con corta estancia muestran altas tasas de readmisión, y viceversa. Por otra parte, Rossell¹⁸², 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 55, Fig. 48). 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 56, Fig. 49).

El **número de pacientes en lista de espera** se redujo de 508 a 351 en el segundo bienio (- 69, 09 %) (Tabla 57, Fig. 50). Esto se produjo a expensas del mayor número de pacientes intervenido mediante CMA programada (Tabla 30, Fig., 24)

La **media de días en lista de espera** se redujo de 122,5 a 95 en el segundo periodo (- 77, 55 %) (Tabla 58, Fig. 51).

La **media de la Demora Media de cirugía del Servicio/UGC** se redujo de 61,5 a 40 días (- 65, 04 %) (Tabla 59, Fig. 52), 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 gestión clínica en el contexto del Hospital San Agustín, de Linares se enmarca en un Acuerdo anual de gestión donde se explicitan los objetivos y resultados esperados junto a los medios disponibles que se asignan. En los acuerdos de gestión de la UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo de este Hospital (bajo la dirección del Dr. Juan Díaz Oller) se establece como uno de los objetivos de **satisfacción de los clientes** de la Unidad: el grado de satisfacción media del usuario con la Unidad y el proceso de atención recibida, medida por encuesta. De hecho el Contrato Programa de nuestro Hospital, dedica un apartado especial a “Atención al usuario”, donde marca objetivos específicos de satisfacción y la necesidad de medirla. El resultado de la asistencia sanitaria ahora además de medirse en términos de efectividad, eficiencia y eficacia, se mide en términos de satisfacción del paciente con el resultado obtenido.

La satisfacción es definida como el punto de vista, positivo o negativo, del usuario sobre los servicios recibidos y los resultados del tratamiento (Sheppard, 1993) ¹⁸³. Los servicios, en general, son: intangibles, inseparables, inconsistentes, perecederos y su calidad depende de las personas que los proporcionan. El nivel de satisfacción de un paciente según la teoría de las expectativas es el resultado de la diferencia entre lo que

esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido. El nivel de satisfacción es una función de la diferencia entre el valor percibido y las expectativas. La satisfacción, por tanto, es el grado de disonancia entre las expectativas y la realidad percibida por el paciente (Kotler, 2000) ¹⁸⁴. *Satisfacción = Percepciones – Expectativas*. Los estudios para medir el nivel de satisfacción son sistemas para canalizar la información de los usuarios, reflejan la opinión de los usuarios cuyos efectos operan en la realidad con independencia de cuáles sean las variables personales que puedan influir en su formación.

La encuesta de satisfacción de usuarios de la UGC del Hospital San Agustín, de Linares, es una iniciativa gestionada desde el Servicio de Atención al Usuario con la finalidad de evaluar los acuerdos de gestión firmados por la Dirección Gerencia de nuestro Hospital y el Director de la UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

El Índice global de Satisfacción del Usuario pasó de una media 82,865 % en el primer bienio, al 90,595 % en el segundo, apreciándose un ascenso de 7, 73 puntos, que se traduce en 9, 32 % (Tabla 60, Fig. 53)

En el contexto global de Hospitales del SAS, los datos suministrados por este concepto son ¹⁶⁶:

Año 2000: 88,8 %. 2001: 88,4 %. 2002: 88,2 %. 2003: 87.7 %

Media 2000-2001: 88,6 %

Media 2002-2003: 87,95 %

Nuestro Servicio de Cirugía/UGC ha pasado de estar por debajo de la media en el primer bienio, a superarla en el segundo.

En consonancia con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, hacemos una apuesta clara por la **calidad de la atención sanitaria**, entendiendo ésta como un concepto integral donde intervienen múltiples dimensiones siendo la satisfacción del ciudadano/ciudadana el elemento irrenunciable que define el enfoque de calidad que se persigue ¹⁸⁵.

6.8 En relación con las Variables, sobre Docencia e Investigación

En la Tabla 61 y Figuras 54-58, se describen las actividades docentes y de formación/investigación de los *cirujanos* del servicio/UGC.

Los Cursos de Formación Externa a los que asistieron los Cirujanos del Servicio, se redujeron de 22 en el primer bienio, a 15 en el segundo (- 31,82 %) (Fig. 54).

Los Cursos de Formación Interna aumentaron de 3 a 8 (+ 166,6 %) (Fig. 55).

Las Comunicaciones Científicas a Congresos y Reuniones, pasaron de, 18 en el primer periodo, a 28 en el segundo (+ 55,55 %) (Fig. 56)

Los Trabajos Publicados se redujeron de 5 en el primero a 2 en el segundo (- 60 %) (Fig. 57)

Las Ponencias en Cursos, Congresos y Reuniones se mantuvieron estables en ambos periodos (seis en ambos) (Fig. 58)

Globalmente podemos comentar que se aprecia una disminución sensible en los Cursos de Formación Externa y en los Trabajos Científicos publicados, mientras que aumenta el número de Cursos de Formación Interna y las Comunicaciones y se mantiene el número de las Ponencias.

La explicación que se puede dar a esta situación es que la dedicación a la actividad asistencial en el segundo bienio, cuando funcionó la UGC, fue proporcionalmente mayor que en el primero, en detrimento de actividades científicas que requerían mas tiempo, como era la asistencia a actividades externas y las publicaciones, mientras que el esfuerzo en formación se derivó hacia los Cursos de Formación Interna, y el sentido investigador se canalizó hacia las Comunicaciones a Congresos (que requerían menos tiempo). Todo ello unido a que la persona que más publicaba, pasó a ser el Jefe del Servicio y al mismo tiempo el Director de la UGC, implicándose concomitantemente en la dirección activa de dos proyectos de investigación (éste entre ellos), que se presentan como Tesis Doctorales.

Del análisis de los resultados, cabe destacar:

Que con recursos similares, tanto humanos como estructurales y materiales, se han obtenido resultados asistenciales distintos, habiendo sido estos mayoritariamente mejorados durante el segundo bienio, tanto en el ámbito de consultas, de quirófanos e incluso en hospitalización. Por este motivo debemos plantearnos la siguiente cuestión:

¿Esta mejora de los resultados, se debe al modelo de gestión, o a la gestión del modelo?

Para poder responder imparcialmente a la primera parte de esta pregunta, (¿esta mejora se debe al modelo de gestión?) tendríamos que haber comparado los resultados de los dos modelos, con el mismo responsable. Esta situación no ha sido posible, ya que con fecha 7 de febrero del 2002, la responsabilidad del Servicio y/o de la Unidad clínica fue asumida por el Dr. Díaz Oller. Pero a lo que sí podemos dar respuesta es a la segunda parte de la cuestión, (¿esta mejora se debe a la gestión del modelo?). Tomando como base el citado de UGC, podemos afirmar que su gestión, durante el segundo bienio (en el que se instauró), ha sido mas eficiente que durante el primer bienio en el que no existía esa modalidad.

Para la Consejería de Salud y el SAS la Gestión Clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos. Bajo la filosofía de Gestión Clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Los principales instrumentos de la Gestión Clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo, así como el uso de herramientas de evaluación (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc.).

Tanto la Gestión Clínica como los Procesos Asistenciales Integrados desarrollados en el marco del Plan de Calidad de la Consejería de Salud trascienden los conceptos de coordinación interniveles, e intentan potenciar la "continuidad asistencial" y la mejora continua de la calidad, para orientar el Sistema Sanitario Público de Andalucía hacia la excelencia. Las dos herramientas se encuentran ahora, tras el camino recorrido, en un momento de madurez y de revisión constructiva que permite su expansión y desarrollo con seguridad y con entusiasmo por parte de los profesionales.

CONCLUSIONES

7 CONCLUSIONES

Atendiendo a los objetivos que nos proponíamos en la hipótesis de trabajo del presente estudio de investigación que se propone como Tesis Doctoral, y como consecuencia de los datos obtenidos en nuestro análisis, podemos concluir:

1. 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. Con ello se ha obtenido una mejora en la gestión en este apartado.
2. 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.
3. 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.
4. La actividad quirúrgica total se ha incrementado notablemente en el segundo bienio (UGC) en relación al primero. En su conjunto, se ha disminuido el número de intervenciones quirúrgicas programadas compensado por el incremento de la actividad quirúrgica en CMA.

5. 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.

6. La actividad quirúrgica de CMA, independientemente de otros factores, ha generado un aumento importante del ahorro en relación a las estancias -y costos consecuentes a las mismas- 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”.

7. Se ha reducido el número de infecciones nosocomiales en el segundo bienio, lo que se debe relacionar con el apartado Ingresos/ Estancia y costos por paciente.

8. 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.

9. El Índice de Satisfacción del Usuario ha experimentado un notable aumento, siendo superior a la media de los Hospitales del SAS en el segundo bienio.

10. Se ha advertido una disminución en las publicaciones científicas y las actividades de formación externa de la UGC, compensado por el aumento de actividades de formación interna, Comunicaciones a Congresos y dirección de Tesis Doctorales, en aras de una mayor dedicación asistencial.

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

BIBLIOGRAFÍA

8 BIBLIOGRAFÍA

1.- Martínez Borrego F, Ramírez JM. El Hospital comarcal tipo. Todo Hospital 1988, 50: 89-97

2.- Giménez Hernández FJ. Edición anotada y concordada. Ley General de Sanidad: (Ley 14/1986 de 25 de Abril, BOE 102 de 29 de Abril). Ley Orgánica de Medidas Especiales en materia de Salud Pública: (Ley 3/1986 de 14 de Abril). 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986

3.- Marrón Gallardo A. El Hospital. conceptos básicos. En: Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. 2ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2000

4.- Keller Rebellan I, Pérez Lázaro J. Los Hospitales Comarcales en Andalucía. Todo Hospital 1988; 50: 37-45

5.- Castro Álvarez JC. Contrato-Programa. Periodo 2001-2004. Servicio Andaluz de Salud .Hospital San Agustín (año 2001). Publicación Interna. SAS. 2001 (<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>)

6.- De Miguel J. La sociedad enferma: las bases sociales de la política sanitaria española. Madrid: Akal ; 1979

7.- 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

8.- Ministerio de Trabajo. Subsecretaría de la Seguridad Social: Libro Blanco de la Seguridad Social. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo. Madrid; 1977

9.- Tortosa Simancas J. Legislación Hospitalaria. Monografías Beecham. Barcelona: Talleres Gráficos Vila Sala Hnos., S.A.; 1982

10.- Gámez Gámez M, Cabrero García B. Derecho Sanitario de Andalucía. <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/a01.pdf>

11.- Orden de 25 de Abril de 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE nº 102 de 28 de Abril), por la que se dictan normas para la jerarquización de Instituciones Sanitarias Abiertas de la Seguridad Social

12.- Orden de 7 de Marzo de 1985, de la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía (BOJA nº 25 de 15 de Marzo)

13.- 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>

14.- 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>

15.- 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>

16.- 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>

17.- 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>

18.- 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>

19.- 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>

20.- 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>

21.- 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>

22.- 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>

23.- 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>

24.- 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> , desglosada en el Decreto 238/2004 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, de 18 de Mayo, por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (BOJA nº 104 de 28 de Mayo) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d01bis.pdf> y por la Orden de 31 de Mayo de 2004 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (BOJA nº 110 de 7 de Junio) de creación del fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía <http://www.andaluciajunta.es/SP/AJ/CDA/Secciones/Boja/AJ-BojaPagina/2004/06/AJ-verPagina-2004-06/0.20752.bi=69999531785.00.html>

25.- Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE nº 280/2003, de 22 de Noviembre) <http://www.diariomedico.com/asesor/lopsdefinitiva.pdf>

26.- Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud (BOE nº 301/2003, de 17 de Diciembre) <http://www.diariomedico.com/asesor/emdefinitivo.pdf>

27- Decreto 96/2004 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 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 nº 62/2004, de 30 de Marzo) <http://www.derechosanitarioandaluz.com/pdf/d09bis.pdf>

- 28.- La Planificación para la Salud: enfoques perspectivas y procesos en general. En: Pineault R, Daveluy C: La Planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1989. p. 1-41
- 29.- Los elementos de la planificación estratégica. En: Peters JP: El proceso de planificación estratégica para hospitales. Barcelona: Masson; 1989. p. 9-15
- 30.- Luque RD, Begun JW. Strategy making in health care management: organization design and behavior. 3ª ed. New York: Delmar Publishers Inc., 1994. p. 355-391
- 31.- Las nuevas tareas de la planificación. En: Peters JP. El proceso de planificación estratégica para hospitales. Barcelona. Masson; 1989. p. 61-102
- 32.- Fortuny Organs G. Disseny, Aplicació i Avaluació d'un model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total (GESHQUAT). Tesis Doctoral. Universitat Politècnica de Catalunya. Escuela Técnica Superior de Ingeniería Industrial. 2002
- 33.- Información y herramientas para planificar. En: Peters JP: El proceso de planificación de estrategias para hospitales. Barcelona: Masson; 1989. p.17-31
- 34.- Análisis de mercados y clientes. En: Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 47 - 86

- 35.- Alfonso JL. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria. Barcelona: Doyma; 1991
- 36.- Política de productos. En: Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 87-116
- 37.- Romeo Martínez JM. El proyecto de gestión de un Servicio Clínico. En: Jiménez Jiménez J. Editor. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. 2ª Ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2000. p. 645-662
- 38.- Muñoyerro Muñiz 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
- 39.- Mauri J. Proyecto de gestión de un hospital. Todo Hospital 1996; 123: 11-16
- 40.- Campagna R, Rollins D. Employee planning days. An event sponsored by an Oregon facility encourages brainstorming on the part of staff members. Health Prog 2003;84:40-4
- 41.- Brasel N, Connolly KF, Evans JE, Karlik BA, Richards A, A'Hearn A. Utilization management advancement system: a career ladder for nonclinical nursing. J Healthc Qual 1995;17:6-10

42.- Rodríguez-Bello J, López-Sánchez A, Martínez-Mora M, Balsera-Balsera M, Gómez-Fernández C, Jiménez-Zarco C, Muñoz Alba J, Sánchez-Ferragut I. Unidad de Cuidados Intensivos. Qué piensan los profesionales sobre su implementación. Rev Enferm 2002 Mar;25:50-5

43.- Peiró S, Artells Herrero J. La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante la técnica de grupo nominal. Gaceta Sanitaria 2001; 15: 245-250

44.- Silos Muñoz JL. Consenso en el perfil de los profesionales de los Servicio de Admisión y Documentación Clínica de Extremadura obtenido por grupo nominal. Papeles Médicos 1998; 7: 26-34

45.- López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. La Planificación sanitaria (I). Semergen 2003; 29: 244-254

46.- La determinación de prioridades. En: Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1989. p. 213-260

47.- La planificación de la ejecución. En Pineault R, Daveluy C.: La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1989. p. 295-325

48.- La selección de programas y la compra de equipamiento. En: Peters JP: El proceso de planificación estratégica para hospitales. Barcelona: Masson; 1989. p. 121-128

49.- Leatt P. Physicians in health care management: 1. Physicians as managers: roles and future challenges. CMAJ 1994 ;15:171-6.

50.- Shaw J. Hospital managers of the future--what are their needs? World Hosp Health Serv 2000;36:11-4, 44-5.

51.- Weinstein MC. Should physicians be gatekeepers of medical resources? J Med Ethics 2001;27:268-74.

52.- Brown GD. The role of accreditation in transforming health services management education. J Health Adm Educ 2000 Winter;18:37-54; discussion 55-61.

53.- Morrison I. The future of physician's time. Ann Intern Med 2000 ;132:80-4.

54.- Gonnella JS, Hojat M. Biotechnology and ethics in medical education of the new millennium: physician roles and responsibilities. Med Teach 2001;23:371-377.

55.- Goodson JD, Bierman AS, Fein O, Rask K, Rich EC, Selker HP. The future of capitation: the physician role in managing change in practice. J Gen Intern Med 2001;16:250-256.

56.- Guo KL. A study of the skills and roles of senior-level health care managers. *Health Care Manag (Frederick)* 2003;22:152-158.

57.- Prideaux D, Alexander H, Bower A, Dacre J, Haist S, Jolly B, Norcini J, Roberts T, Rothman A, Rowe R, Tallett S. Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. *Med Educ.* 2000 ;34:820-826.

58.- Wetenkamp V. Multidisciplinary management: why me?. *Clin Leadersh Manag Rev* 2002;16:175-180.

59.- Classen DC, Kilbridge PM. The roles and responsibility of physicians to improve patient safety within health care delivery systems. *Acad Med* 2002;77:963-972.

60.- Griffith JR, Warden GL, Neighbors K, Shim B. A new approach to assessing skill needs of senior managers. *J Health Adm Educ* 2002; 20:75-98.

61.- Porto JV. A culture of expertise, not conflict. *Healthc Pap* 2003;3:58-64; discussion 66-71.

62.- Spallina JM. Clinical program leadership: skill requirements for contemporary leaders. *J Oncol Manag* 2002;11:24-6.

63.- Andersen RM, Davidson PL, Hilberman DW, Nakazono TT. Program directors' recommendations for transforming health services management education. *J Health Adm Educ* 2000 ;18:153-173; discussion 174-179.

- 64.- Schwartz RW, Pogge C. Physician leadership: essential skills in a changing environment. *Am J Surg* 2000;180:187-192
- 65.- Ingle B. From R.T. to entry-level manager: how to climb the clinical ladder. *Radiol Manage* 2001;23:46-50
- 66.- Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001;52:203-213
- 67.- Goode LD, Clancy CM, Kimball HR, Meyer G, Eisenberg JM. When is "good enough"? The role and responsibility of physicians to improve patient safety. *Acad Med* 2002;77:947-952.
- 68.- Rossiter AM, Greene BR, Kralewski JE. The American College of Medical Practice Executives' competency study. *J Ambul Care Manage* 2000 ;23:1-8.
- 69.- Yarmo Roberts D. Reconceptualizing case management in theory and practice: a frontline perspective. *Health Serv Manage Res* 2002;15:147-164.
- 70.- Finkler SA. Teaching future healthcare financial managers to use evidence. *J Health Adm Educ* 2003;20:243-261.
- 71.- von Vultee PJ, Arnetz B. The impact of management programs on physicians' work environment and health. A prospective, controlled study comparing different interventions. *J Health Organ Manag* 2004;18:25-37

72.- Cooper J, Black C. Physicians and foundation hospitals. Clin Med 2003 ;3: 546-549

73.- Owen M. Disease management: Breaking down silos to improve chronic care. Case Manager 2004;15:45-47

74.- Poon EG, Wang SJ, Gandhi TK, Bates DW, Kuperman GJ. Design and implementation of a comprehensive outpatient Results Manager. J Biomed Inform 2003;36:80-91

75.- Bea RG. Human and organizational factors in reliability assessment and management of offshore structures. Risk Anal 2002;2: 29-34

76.- Charns MP, Lockhart CA. Work design. En : Shortell SM, Kaluzny AD: Health care management: Organization design and behavior. 3^a ed. New York: Delmar Publishers Inc. ;1994. p. 164-81

77.- Young GJ, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Henderson W, Khuri SF. Best practices for managing surgical services: the role of coordination. Health Care Manage Rev 1997 ;22:72-81.

78.- Khuri SF, Daley J, Henderson WG. The comparative assessment and improvement of quality of surgical care in the Department of Veterans Affairs. Arch Surg 2002;137:20-27

79.- Gibbs J, Clark K, Khuri S, Henderson W, Hur K, Daley J. Validating risk-adjusted surgical outcomes: chart review of process of care. *Int J Qual Health Care* 2001;13:187-196

80.- Johnson ML, Gordon HS, Petersen NJ, Wray NP, Shroyer AL, Grover FL, Geraci JM. Effect of definition of mortality on hospital profiles. *Med Care* 2002; 40:7-16

81.- Ossip-Klein DJ, Karuza J, Tweet A, Howard J, Obermiller-Powers M, Howard L, Katz P, Griffin-Roth S, Swift M. Benchmarking implementation of a computerized system for long-term care. *Am J Med Qual* 2002;17:94-102.

82.- Yano EM, Washington DL, Goldzweig C, Caffrey C, Turner C. The organization and delivery of women's health care in Department of Veterans Affairs Medical Center. *Women's Health Issues* 2003;13:55-61.

83.- O'Brien MM, Shroyer AL, Moritz TE, London MJ, Grunwald GK, Villanueva CB, Thottapurathu LG, MaWhinney S, Marshall G, McCarthy M Jr, Henderson WG, Sethi GK, Grover FL, Hammermeister KE; VA Cooperative Study Group on Processes, Structures, and Outcomes of Care in Cardiac Surgery. Relationship between processes of care and coronary bypass operative mortality and morbidity. *Med Care* 2004 ;42:59-70

84.- Mohr JJ, Batalden PB. Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems. *Qual Saf Health Care* 2002;11:45-50

85.- Ayanian JZ, Weissman JS. Teaching hospitals and quality of care: a review of the literature. *Milbank Q* 2002;80:569-593

86.- Jette AM, Keysor JJ. Uses of evidence in disability outcomes and effectiveness research. *Milbank Q* 2002;80:325-345

87.- Beyea SC. Creating a culture of safety. *AORN J* 2002;76:163-166

88.- Washington DL, Caffrey C, Goldzweig C, Simon B, Yano EM. Availability of comprehensive women's health care through Department of Veterans Affairs Medical Center. *Women's Health Issues* 2003;13:50-54

89.- Rosen AK, Loveland SA, Rakovski CC, Christiansen CL, Berlowitz DR. Do different case-mix measures affect assessments of provider efficiency? Lessons from the Department of Veterans Affairs. *J Ambul Care Manage* 2003;26:229-242

90.- Khuri SF, Najjar SF, Daley J, Krasnicka B, Hossain M, Henderson WG, Aust JB, Bass B, Bishop MJ, Demakis J, DePalma R, Fabri PJ, Fink A, Gibbs J, Grover F, Hammermeister K, McDonald G, Neumayer L, Roswell RH, Spencer J, Turnage RH; VA National Surgical Quality Improvement Program. Comparison of surgical outcomes between teaching and nonteaching hospitals in the Department of Veterans Affairs. *Ann Surg* 2001;234:370-82; discussion 382-383

91.- Murphy PA, Cowper DC, Seppala G, Stroupe KT, Hynes DM. Veterans Health Administration inpatient and outpatient care data: an overview. *Eff Clin Pract* 2002;5(3 Suppl):E4

92.- Shen Y, Hendricks A, Zhang S, Kazis LE. VHA enrollees' health care coverage and use of care. *Med Care Res Rev* 2003;60:253-267

93.- Jaipaul CK, Rosenthal GE. Do hospitals with lower mortality have higher patient satisfaction? A regional analysis of patients with medical diagnoses. *Am J Med Qual* 2003;18:59-65

94.- Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. *Qual Manag Health Care* 2002 Winter;10:29-38

95.- Vincent C, Moorthy K, Sarker SK, Chang A, Darzi AW. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Ann Surg* 2004;239:475-482

96.- Birkmeyer JD, Skinner JS, Wennberg DE. Will volume-based referral strategies reduce costs or just save lives? *Health Aff (Millwood)* 2002;21:234-241

97.- Borowsky SJ, Nelson DB, Fortney JC, Hedeem AN, Bradley JL, Chapko MK. VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care. *Med Care* 2002;40:578-586

- 98.- Boelle PY, Golliot F, Valleron AJ. A framework for benchmarking hospital performance: application to surgical site infection. *Stud Health Technol Inform* 2003;95:777-782
- 99.- Bhatara V, Vogt HB, Ellis R, Alshari G, Patrick S. Web-based classroom data collection in ADHD: a best practices case study. *S D J Med* 2003;56:385-389
- 100.- Maule CO, Moyer CA, Lovato CY. Application of a better practices framework to review youth tobacco use cessation. *Am J Health Behav* 2003;27 Suppl 2:S132-43
- 101.- D'Aunno TA, Fottler MD. Motivating people. En: Shortell SM, Kaluzny AD: *Health care management. Organization design and behavior*. 3ª ed. New York: Delmar Publishers Inc. 1994; p. 164-181
- 102.- Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Hum Resour Health* 2003;1:10
- 103.- Hendricks C. Motivating staff to excel. *Emerg Med Serv*. 2003;32:38
- 104.- Manshor AT, Abdullah A. Job-related motivational factors among Malaysian employees. *Psychol Rep* 2002 ;91:1187-1193
- 105.- Mazanec V, Wagner R, Stofko J, Hlavacka S. Motivational climate and attitudes to change: a hospital study. *Bratisl Lek Listy* 2001;102(4):209-217.

106.- Longest BB, Klingensmith JM. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny AD. Health care management: Organization design and behavior. 3ª ed. New York: Delmar Publisher Inc; 1994. p. 182-211

107.- Moss J, Xiao Y. Improving operating room coordination: communication pattern assessment. *J Nurs Adm.* 2004;34:93-100

108.- Bricon-Souf N, Dufresne E, Beuscart-Zephir MC, Beuscart R. Communication of information in the homecare context. *Stud Health Technol Inform* 2003;95:113-118

109.- van der Meijden MJ, Solen I, Hasman A, Troost J, Tange HJ. Two patient care information systems in the same hospital: beyond technical aspects. *Methods Inf Med* 2003;42:423-427

110.- Ash JS, Berg M, Coiera E. Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11:104-112

111.- Malone TW. Bringing the market inside. *Harv Bus Rev* 2004;82:106-14, 142

112.- Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, ten Asbroek AH, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care* 2003;15:377-398

113.- Chilingierian JA, Sherman HD. Managing physician efficiency and effectiveness in providing hospital services. Health Serv Manage Res 1990;3:3-15.

114.- Stefanelli M. The role of methodologies to improve efficiency and effectiveness of care delivery processes for the year 2013. Int J Med Inf 2002 Nov 20;66:39-44.

115.- Memoria 2003. Hospital San Agustín. Linares (Jaén). 2004

116.- Instituto de Estadística de Andalucía.

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

117.- Plan de Calidad. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>

118.- Torres Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. Aten Primaria 2003; 31: 561-563

119.- 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

120.- 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>

121.- 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>

122.- 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

123.- 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.

124.- 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.

125.- 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

126.- Matorras Galan 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

127.- 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

128.- Gertman PM, Restuccia JD: The Appropriateness Evaluation Protocol a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19:855-871

129.- 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

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

131.- Peiro 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

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

133.- 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

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

135.- 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

136.-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

137.- Klein JD, Beshansky JR, Selker HP. Using the delay tool to attribute causes for unnecessary pediatric hospital days. Med Care 1990; 28:982-989.

138.- 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

- 139.- 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
- 140.- Wynne J, Hull D. Why are children admitted to hospital ?. *Br. Med J* 1987; 2: 1140-1142.
- 141.- Mozes B, Halkin H, Katz A, Schiff I, Modan B. Reduction of redundant hospital stay through controlled Intervention. *Lancet* 1987; 1: 968-969.
- 142.- 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.
- 143.- Mozes B, Schiff E, Modan B. Factors affecting inappropriate hospital stay. *Qual Assur Health Care* 1991; 3: 211-217.
- 144.- 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
- 145.- Winterhalter G, Blanc T, Kulc Z, Ki E. Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée a l'hôpital de ST Loup. Lausanne. Service de la Santé publique. 1991

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

147.- 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.

148.- 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.

149.- 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.

150.- Oterino de la Fuente D, Peiró S, Portella E, Marchan C, Aymerich S. Utilización innecesaria de la hospitalización a nivel de servicio. Rev Calidad Asistencial1994, 1:8-16.

151.- 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

152.- 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

153.- Lorenzo S, Díez 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

154.- 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

155.- Baré ML, Vicente R, Valeribera P, Vía JM. El impacto de la inadecuación hospitalaria en el Sistema Sanitario Catalán. *Puntexpress*. 1994. 145:1-2

156.- 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

157.- 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

158.- 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

159.- 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

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

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

162.- Memoria 2002. Hospital San agustín. Linares (Jaén). 2003

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

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

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

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

167.- 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

168.- 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

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

170.- 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

171.- 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

172.- 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 Asecma 2005; 10: 31-33

173.- 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

174.- 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

175.- 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

176.- 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

177.- 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.

178.- 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

179.- 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

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

181.- 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

182.- 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.

183.- Sheppard M.. Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. J Adv Nursing 1993;18: 246-259

184.- Kotler P. Dirección de marketing. London, Prentice-Hall International. 2000

185.- Torres Olivera A. El enfoque de calidad: un marco estratégico para la Consejería de Salud. Hipatia 2000; 8: 2-4