

Seguridad del Paciente e Ineficiencia: Estudio de Campo en un Hospital de Primer Nivel

María Mercedes Lobo López

Instituto Andaluz de Administración Pública | Premios Blas Infante 2008



JUNTA DE ANDALUCÍA

Instituto Andaluz de Administración Pública
CONSEJERÍA DE JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**SEGURIDAD DEL PACIENTE E INEFICIENCIA:
ESTUDIO DE CAMPO EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL**

Trabajo galardonado con una mención especial del Premio Blas Infante de Estudio e Investigación sobre Administración y Gestión Pública, en su XII Edición, en su modalidad C, sobre “El estudio de la práctica administrativa de la Administración Pública de Andalucía, de modo que puedan contribuir a mejorar la realización de las funciones y la prestación de los servicios públicos”

**SEGURIDAD DEL PACIENTE E INEFICIENCIA:
ESTUDIO DE CAMPO EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL**

María Mercedes Lobo López

Instituto Andaluz de Administración Pública

Sevilla - 2009

LOBO LÓPEZ, M^a Mercedes
Seguridad del paciente e ineficiencia: estudio de campo en un hospital de primer nivel / María Mercedes Lobo López– 1^a Ed .
Sevilla: Instituto Andaluz de Administración Pública, 2009
143 p. ; 24 cm. – (Estudios)
Trabajo galardonado con la mención especial del Premio Blas Infante de Estudio e Investigación, en su XII Edición, en su modalidad C.
D.L. SE-6034-2009
I.S.B.N. 978-84-8333-448-5

Sanidad . – Salud Pública .
Instituto Andaluz de Administración Pública .

614

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS. NO ESTÁ PERMITIDA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL EN NINGÚN TIPO DE SOPORTE SIN PERMISO PREVIO Y POR ESCRITO DEL TITULAR DEL COPYRIGHT

TÍTULO: SEGURIDAD DEL PACIENTE E INEFICIENCIA: ESTUDIO DE CAMPO EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

AUTORA: María Mercedes Lobo López

© INSTITUTO ANDALUZ DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



Gestión de publicaciones en materias de Administraciones Públicas

Edita: Instituto Andaluz de Administración Pública

Diseño y producción: Iris Gráfico Servicio Editorial, S.L.

Impresión: J. de Haro Artes Gráficas, S.L.

ISBN: 978-84-8333-448-5

Depósito Legal: SE-6034-2009

A mi padre

| **ÍNDICE GENERAL**

AGRADECIMIENTOS	11
1. INTRODUCCIÓN	13
2. GRD'S, COAN H Y D, ANTECEDENTES	15
2.1. Consideraciones generales sobre las características del sistema de clasificación de pacientes. Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD's) ..	15
2.1.1. Producto hospitalario. Sus características	16
2.1.2. Sistemas de medida del producto hospitalario	18
2.1.3. El GRD como sistema de clasificación integrado de pacientes	19
2.2. Sistema de control de gestión hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud. Consideraciones sobre las características y limitaciones del programa de Contabilidad Analítica COAN H y D	26
2.2.1. COAN H y D. Características fundamentales	27
2.2.2. Ventajas e inconvenientes del aplicativo COAN H y D	40
2.3. Antecedentes	41
3. OBJETIVOS, MÉTODO Y TRABAJO DE CAMPO	57
3.1. Objetivos generales y específicos	57
3.2. Método	58
3.3. Trabajo de Campo	61

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS	67
4.1. Consideraciones sobre los resultados de los gráficos de sobrecostes inducidos por complicaciones infecciosas de cuidados médicos y quirúrgicos	67
4.2. Consideraciones sobre los resultados de los gráficos de sobrecostes inducidos por flebitis	70
4.3. Consideraciones sobre los resultados de los gráficos de sobrecostes inducidos por hemorragias	73
4.4. Consideraciones sobre los resultados de los gráficos de sobrecostes inducidos por úlceras de decúbito	75
4.5. Consideraciones sobre los resultados de los gráficos de sobrecostes inducidos por anticoagulantes	77
5. CONCLUSIONES Y FUTURAS EXTENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN ...	81
6. BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	95

| **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer el apoyo y la atención de un grupo de personas sin las que no hubiese podido realizar este trabajo de investigación.

A los directores del mismo, José A. Domínguez Machuca, Bernabé Escobar Pérez y José Sala Turrens.

Muy especialmente, me siento en deuda con el profesor Bernabé Escobar por el esfuerzo que ha llevado a cabo para que este trabajo viese la luz y con el Dr. José Sala por la confianza depositada en mi, su enorme paciencia y dedicación.

Al Instituto Andaluz de Administración Pública por considerar este trabajo merecedor de la mención especial en la modalidad C de la XII Edición de los Premios Blas Infante y así poder formar parte de sus obras premiadas.

Asimismo, a mi compañero y amigo, José Manuel Brenes Quirós por su colaboración en el diseño de este trabajo.

Finalmente, a mi familia, especialmente a mi madre, y a mis amigos y amigas por el tiempo que me han dedicado y que les debo.

A todos y a todas, muchísimas gracias.

La Autora
Sevilla, 29 de septiembre de 2008

Las notas introducidas en el texto van referidas a la relación bibliográfica insertada en la página 89

1 | INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI la seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario. A su vez, los efectos adversos, considerados como acontecimientos asociados al proceso asistencial que suponen consecuencias negativas para los pacientes, implican problemas de ineficiencia en los diferentes sistemas sanitarios existentes.

Así, aunque la preocupación por la seguridad del paciente siempre ha estado muy presente entre los profesionales sanitarios, se convirtió en algo prioritario a raíz de la publicación en 1999 del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System”¹, que situaba los errores médicos como la séptima causa de muerte en Estados Unidos.

Estos errores médicos, traducidos en sobrecostes, afectan a todos los sistemas sanitarios, ya que ambos conceptos están directamente relacionados con la seguridad del paciente.

El panorama descrito anteriormente nos ha movido a analizar la relación entre las incidencias adversas en los tratamientos de pacientes hospitalizados y la evolución de los costes. Para ello hemos estudiado el caso de un hospital andaluz de primer nivel utilizando los datos de los últimos cuatro años.

En concreto, con este estudio pretendemos cubrir los siguientes objetivos:

- a) Validar la idoneidad del sistema de registro de la actividad económico-asistencial para la identificación de problemas de ineficiencia en la atención hospitalaria.
- b) Identificar los factores que producen sobrecoste en la atención hospitalaria, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Para alcanzar estos objetivos, en primer lugar, hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de revistas científicas, libros y cuadernos de trabajo publicados en la última década, tanto del concepto de seguridad del paciente como de otros conceptos relacionados directamente con él, como son la calidad asistencial, los costes, los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD's) y el programa de contabilidad para la gestión hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS) denominado Contabilidad Analítica de Hospitales y Distritos (COAN H y D), con la idea de reflejar los antecedentes de la cuestión.

Por su parte, el trabajo de campo se ha desarrollado en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, aunque engloba también el Área Hospitalaria de dicho hospital. El periodo en el que se ha centrado el estudio ha sido el comprendido entre los años 2004 y 2007, ambos inclusive, periodo durante el cual se han obtenido indicadores de gestión, por años y por servicios, en cinco grupos de complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos.

Los resultados obtenidos del estudio nos han permitido elaborar una serie de gráficos en los que se representan los sobrecostes de los diferentes grupos de complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos. Por último, el análisis e interpretación de las tendencias observadas en los gráficos nos han permitido extraer las principales conclusiones de nuestro estudio.

En consecuencia, la estructura del trabajo que nos ocupa comienza con la introducción, para pasar después a estudiar los GRD's, el COAN H y D y los antecedentes relacionados con los conceptos de seguridad del paciente, costes y calidad asistencial. Un tercer apartado abarca los objetivos, el método y el trabajo de campo. En el cuarto se presentan los resultados obtenidos y el análisis de los mismos y, por último, en el quinto apartado se contienen las conclusiones y las futuras extensiones de este trabajo de investigación.

2 | GRD'S, COAN H Y D, ANTECEDENTES

Como se ha señalado en la introducción, existen varios conceptos directamente relacionados, tales como, la seguridad del paciente, la calidad asistencial, los costes, los GRD's y el programa de contabilidad COAN H y D.

Es evidente que la seguridad del paciente está directamente relacionada con la calidad asistencial y ambos, a su vez, con los costes. Éstos últimos están relacionados con los GRD's, en la medida en que éstos miden los servicios hospitalarios, y con el COAN H y D, en la medida en que forman parte del sistema de control de gestión hospitalaria en el SAS.

Pues bien, estos conceptos han ido evolucionando en los últimos tiempos. A esta evolución dedicamos este apartado.

2.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES. GRUPOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO (GRD'S)

La gestión hospitalaria es, desde la doble perspectiva clínica y gerencial, uno de los retos más complejos en el mundo de la empresa, sea esta pública o privada.

Las características del hospital son el paradigma de la llamada “organización basada en el conocimiento”. Esta peculiaridad supone un desplazamiento de responsabilidades de gestión desde un ámbito de decisión tradicionalmente gerencial a otro muy singular que descansa en la condición de *ejecutivos de facto* de los profesionales sanitarios, especialmente los médicos.

Son los médicos los ejecutivos por antonomasia del hospital, en ellos descansa, paciente a paciente a través de sus decisiones, (decisiones clínicas), la asignación de los recursos de la empresa y la responsabilidad de la producción hospitalaria, en un sentido global, y desagregadas en sus diferentes líneas de producto.

Las modernas corrientes de gestión hospitalaria abogan porque la estructura organizativa del hospital debe de compaginar la realidad operativa con las funciones gerenciales inherentes a toda empresa de servicios. En esta encrucijada organizativa adquiere especial relevancia la gestión compartida, cooperativa e integrada, de los recursos hospitalarios, de forma que los diferentes ámbitos de decisión supongan un sistema integrado de gestión que permita, sin solución de continuidad, la definición de la estrategia corporativa, su desarrollo funcional y la ejecución operativa en el quehacer clínico diario del hospital, que se plasma en la interacción permanente entre los recursos asistenciales y el propio paciente. Siendo finalmente el producto hospitalario el resultado de la agregación o sumatorio de todos los procesos asistenciales que, confeccionados a medida de cada paciente y sus circunstancias clínicas, personales y sociales, mediante la sucesión de decisiones clínicas que implican la utilización de amplios arsenales de medios diagnósticos y terapéuticos en el paciente, y la verificación de su impacto en un circuito de retroalimentación permanente, determinan el output de la producción asistencial global del hospital, también conocido como *case-mix*.

Por ello, la actividad asistencial hospitalaria lleva aparejado un consumo de recursos que constituyen los costes del proceso asistencial cuando relacionamos los mismos con la cuantificación de la actividad o producto hospitalario.

2.1.1. Producto hospitalario. Sus características

De lo mencionado hasta ahora se puede deducir la complejidad de definir el producto hospitalario y la consiguiente dificultad en su cuantificación.

Según J. Sala (2007)², podemos definir el producto hospitalario a través de sus características principales:

- Complejo e integrado, ya que presupone la adición de una amplia panoplia de actuaciones diagnósticas y terapéuticas que confluyen en el paciente y varían según las características de éste, siendo el propio paciente el eje integrador del proceso.
- Heterogéneo, pues son las características inherentes a cada paciente en lo referente a su edad, otras posibles patologías o complicaciones ulteriores y su propia respuesta evolutiva a los tratamientos administrados, las que van a determinar las valencias esenciales de la manifestación clínica de su enfermedad en cada proceso de hospitalización.
- Moldeado por decisiones clínicas, adoptadas por el médico, fundamentalmente, y que suponen la aplicación de un amplio bagaje de conocimientos científicos a la resolución de las situaciones clínicas complejas que cada paciente manifiesta en sus procesos de hospitalización.
- Alto y creciente componente tecnológico, que viene dado por la incorporación de las más avanzadas tecnologías de la bioquímica, la informática, la robótica, la electrónica o la física a los soportes esenciales, tanto diagnósticos como terapéuticos.
- Esencial impacto del *know how científico-médico* en constante actualización y ampliación. Constituye, sin duda, uno de los principales activos de una organización hospitalaria y, como es lógico, está subordinado a su activo más importante que es su personal, su cualificación a partir de su formación, experiencia y permanente actualización.
- Costes crecientes, reflejo lógico de los elevados y crecientes costes de cada uno de los medios humanos y técnicos que intervienen en su consecución, derivados del alto nivel de formación y especialización del personal médico y de la constante renovación tecnológica.
- Difícil cuantificación y medida, dada su variabilidad y la necesidad de integración de todos sus inputs asistenciales y consiguientemente económicos que lo conforman. Por ello, y a pesar de la heterogeneidad y variabilidad de la casuística hospitalaria, es indispensable para su manejabilidad como instrumento de gestión que el número de clases de producto sea relativamente reducido.
- Problemática comparabilidad para la definición de estándares de calidad y eficiencia, que no es sino el corolario de todas las circunstancias antes reseñadas.

2.1.2. Sistemas de medida del producto hospitalario

Dadas las características definitorias del producto hospitalario es evidente que cualquier sistema de medida del mismo debe de reunir al menos las siguientes características:

- Significación clínica, ya que es el médico el principal factor de producción y, por tanto, el receptor de la información directo en orden a la optimización de las decisiones que conforman el producto hospitalario en un gran porcentaje, como ya se señaló en el apartado anterior. Lo que no sea interpretable y útil desde la perspectiva clínica no será útil para facilitar los procesos de gestión asistencial.
- Orientado al proceso completo, ya que las medidas parciales (estancia, pruebas diagnósticas o incluso los propios diagnósticos aislados de la comorbilidad secundaria, entendiendo por comorbilidad las patologías que acompañan a la patología principal, pudiendo ser éstas agudas o crónicas, o las condiciones intrínsecas del paciente) privan de significación global al sistema y sobre todo son un impedimento para la cuantificación real de la eficiencia y complejidad de la producción asistencial hospitalaria y consiguientemente de la posible utilización para la medida de sus costes, tanto unitarios como globales. Todo ello sin perjuicio de permitir disgregaciones parciales del producto que permitan el análisis cuantitativo de sus componentes.
- Su confección debe realizarse a partir de datos de fácil disponibilidad en los sistemas de información hospitalaria al uso, de forma que su confección no suponga un *sobrecoste in asumible* para el hospital que llegue a encarecer su producto hasta el punto de no hacerlo competitivo.
- Precisamente el hecho de que esta medida del producto hospitalario se apoye en sistemas de información al uso, que responden a las siglas de ICD-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Modificación Clínica) o de CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), permiten en un ámbito territorial o empresarial concreto la definición de estándares que faciliten la comparabilidad y la evaluación de resultados de forma homogénea, siendo ambos, sistemas de información y registro de uso universalizado entre los países civilizados.
- Precisamente por utilizar sistemas de información existentes, que ya son alimentados en gran medida de forma automatizada y simultánea, cuando tiene lugar la asistencia supone una simplificación en sus costes, que, no obstante,

acaban reflejando el componente indispensable del personal altamente cualificado que opera el sistema.

- La condición final e indispensable es que este sistema de información suponga un vehículo de comunicación entre todos los responsables de la gestión del proceso asistencial, de una forma global, pero a la vez y simultáneamente desagregable en función de propios ámbitos competenciales de gestión, aunando tanto la utilidad para la toma y mejora de las decisiones clínicas como las gerenciales, sin olvidar su indispensable utilización como componente básico del sistema de información económico-asistencial que nos permitirá la obtención de los costes del producto obtenido.

2.1.3. El GRD como sistema de clasificación integrado de pacientes

Es un sistema de clasificación de episodios completos de hospitalización, en los que según criterios *isoconsumo* de recursos, quedan agrupados los pacientes de patologías de análoga etiología o localización por órganos o sistemas³.

Los datos necesarios para definir un GRD en un episodio de hospitalización son los siguientes:

- a) Edad.
- b) Sexo.
- c) Diagnóstico Principal.
- d) Diagnóstico Secundario.
- e) Procedimiento Quirúrgico.
- f) Otros Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos.
- g) Situación al Alta (ÉXITUS).

Estos datos están codificados según las normas de la ICD-9-MC y deben estar disponibles, obligatoriamente, en el informe de alta que se facilita al paciente al salir del hospital y sobre el que se realiza el proceso de codificación según el esquema básico de cumplimentación de la Historia Clínica (Gráfico 1).

La estructura general que presenta la clasificación de GRD's es la siguiente³:

- a) 25 Categorías Diagnósticas Mayores: Corresponden a los grandes sistemas anatómo-fisiológicos del organismo, tales como Sistema Nervioso, Respiratorio, Cardiovascular, Digestivo, etc., o bien a grupos de patologías con entidad

propia y diferenciada, tales como Enfermedades Infecciosas, SIDA, Politraumatismos o Patología del Embarazo, Parto y Puerperio.

b) 612 Clases de GRD's finales, que a su vez se dividen en:

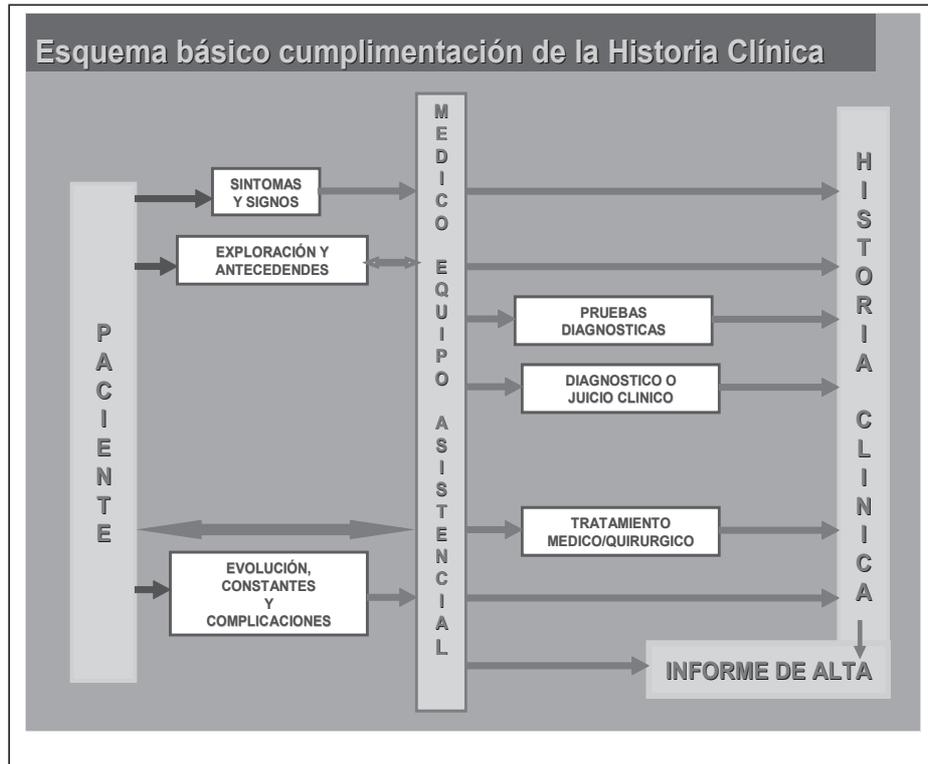
- Médicos.
- Quirúrgicos.

Y, ambos grupos, a su vez, se dividen en complicados, no complicados o con complicación mayor.

c) Cada GRD tiene atribuido un índice de complejidad y coste relativo denominado "peso del GRD" y que es compartido por todos los pacientes que se encuentran agrupados en un mismo GRD. Este peso medio representa una referencia, actualizable anualmente, de la intensidad del consumo de recursos de los pacientes integrados en cada GRD.

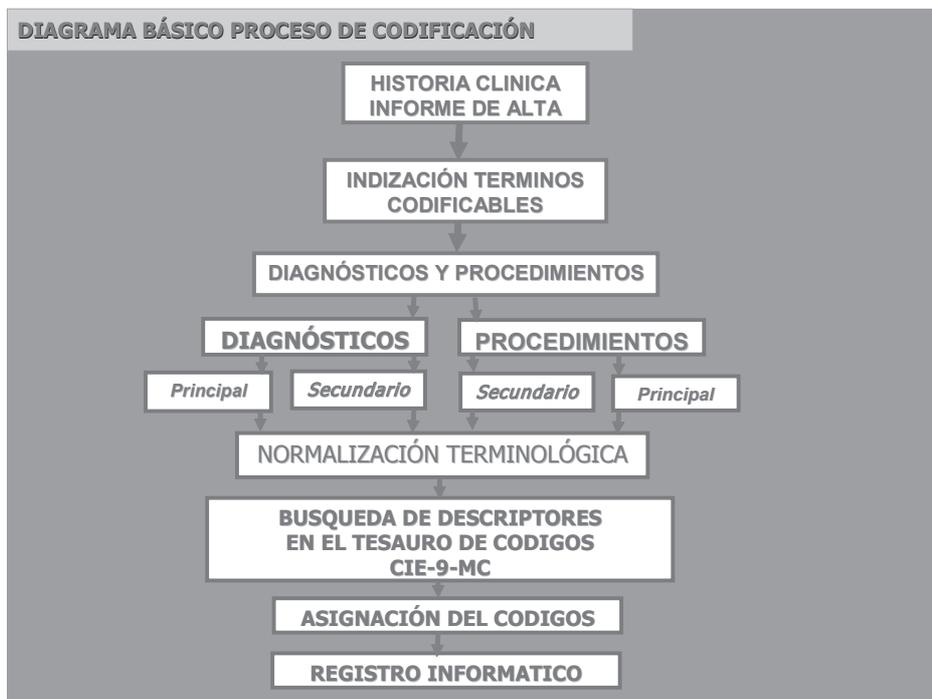
El proceso de formulación del GRD comienza con la confección de la historia clínica y del informe de alta como base del sistema de información clínica³. En este sentido hay que tener en cuenta que la validez de las fuentes de información clínica que se refleja en la documentación clínica es la base fundamental en la que se apoya la calidad y fiabilidad de los datos de gestión elaborados a partir de la misma. Es, como se describirá más adelante, la fuente de error más frecuente en el proceso de formulación del GRD y el que tiene un impacto más negativo en la asignación de los costes, ya que la omisión de complicaciones o de intervenciones quirúrgicas va a reflejarse en la asignación de GRD's de menor complicación (peso medio) del real y, por tanto, a una minusvaloración del coste del proceso. Lo realiza el médico que ha atendido a cada paciente y en él se deja constancia exhaustiva de todo el proceso asistencial, i.e., el resultado de la interacción del los medios asistenciales con el paciente bajo la dirección del médico.

Gráfico 1. Esquema Básico Cumplimentación de la Historia Clínica

Fuente: J. Sala (2007)²

La segunda fase en el proceso de formulación del GRD es el proceso de codificación de diagnósticos y procedimientos³. La asignación de los códigos de la CIE-9-MC a los diferentes diagnósticos y procedimientos reflejados en el informe de alta (auténtico abstract de la historia clínica), es un proceso altamente normalizado, regido por estrictas normas de observancia internacional, que le confieren cierta automatización y desde luego un elevado grado de normalización. En este proceso es fundamental la elección del diagnóstico principal que se convierte en la puerta de entrada para la asignación del GRD a partir de la categoría diagnóstica principal a la que pertenece ese diagnóstico. La fuente de errores más frecuente radica en la elección por el codificador del diagnóstico principal, ya que de entrada puede situar el episodio no sólo en un GRD diferente del correcto, sino también en una categoría diagnóstica mayor distinta de la adecuada. Este proceso es realizado en los Servicios de Documentación Clínica de los Hospitales por personal médico y de enfermería con cualificación específica.

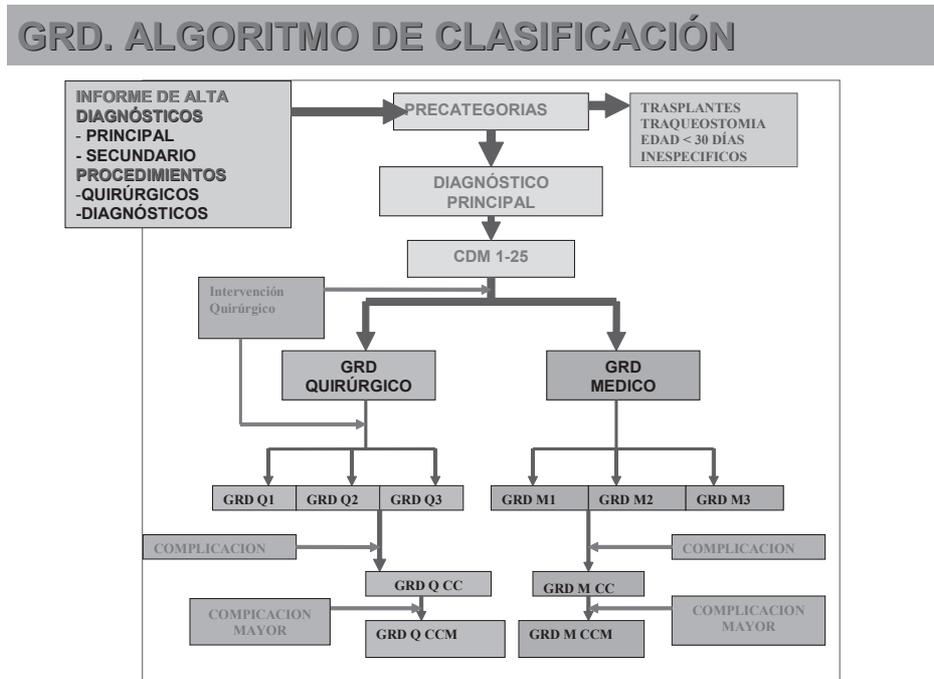
Gráfico 2. Diagrama Básico Proceso de Codificación



Fuente: J. Sala (2007)²

La tercera y última fase en el proceso de formulación del GRD es el proceso de asignación del mismo. Este proceso se encuentra totalmente automatizado por la informatización del algoritmo de clasificación, y recoge los registros codificados con una estructura predefinida, CMBD, asignando el correspondiente GRD a cada proceso. En esta fase la generación de errores es prácticamente nula.

Gráfico 3. GRD. Algoritmo de Clasificación

Fuente: AA. VV. (2000)³

El GRD presenta las siguientes características³:

- El GRD es homogéneo respecto a la variable de agrupación que rige la asignación de los pacientes a un mismo GRD en cada categoría diagnóstica mayor: el isoconsumo de recursos o coste. Y, como variable de mayor relación con el coste, esa homogeneidad se pone de manifiesto en la limitada variabilidad en las estancias consumidas por los episodios incardinados en una misma clase o GRD.
- Posee un número razonablemente manejable de clases que permite resolver el compromiso entre un suficiente nivel de desagregación para, por un lado, disponer de un elevado grado de significación en la práctica clínica y, por otra parte, contar con clases robustas estadísticamente en número de casos, indispensables para la formulación de estándares y como soporte esencial de la formulación de los costes de producción.

- La clasificación es excluyente respecto a las clases adyacentes, de forma que las variaciones en los costes que sean significativas van a traer consigo la asignación de GRD's diferentes, aún cuando se comparta el diagnóstico principal y, siempre que, la información permita identificar los elementos de sobrecoste de índole clínica que lo determinen.
- Las clases resultantes de la asignación de GRD's poseen una evidente significación clínica que los habilitan como un instrumento de gestión clínica de primera magnitud en manos de los facultativos.
- La importante generalización de su uso son el elemento de medida de la producción hospitalaria de los procesos asistenciales de hospitalización médica y quirúrgica establecida, tanto a nivel del Sistema Nacional de Salud como en nuestro ámbito inmediato del Servicio Andaluz de Salud, y le confiere una determinante ventaja sobre otros sistemas de medida del producto sanitario a la hora de crear estándares y facilitar la comparabilidad de resultados.

Las aplicaciones de los GRD's son las siguientes³:

- Cuantificación del producto hospitalario.
- Conocimiento de la demanda asistencial y su cuantificación en base a variables clínicas, demográficas o sociales.
- Cálculo de costes promedio.
- Control de gestión, presupuestación, y planificación estratégica, funcional y operativa.
- Control de calidad y eficiencia.
- Prevención de efectos adversos.
- Estudios epidemiológicos, docentes y de investigación.

El rol del facultativo en la “fabricación del GRD” es esencial y refleja su papel en el proceso clínico hasta el punto que podemos decir que:

- Dirige la fabricación del GRD desde que da comienzo su génesis con la orden de ingreso hasta que concluye con el alta del paciente (ambos hechos son decisiones clínicas).

- Coordina la integración en el producto principal de otros inputs intermedios en forma de pruebas diagnósticas o terapéuticas realizadas en diferentes unidades asistenciales, que a su vez son responsabilidad de otros facultativos que dirigen los subprocesos productivos cuyos productos constituyen los inputs intermedios mencionados y, consiguientemente, costes intermedios del producto final.
- Es además la fuente primordial de datos sobre los que se construye el GRD.
- Es el principal cliente de la información generada por el sistema, tanto para la práctica clínica diaria y su mejora como para la investigación y la docencia.

Por último señalar que, quizás, la mayor limitación que presenta el GRD viene de su uso forzado para resolver cuestiones que no son abordables desde esta metodología (*el GRD no sirve para todo*). Al margen de este “inconveniente” podemos señalar las siguientes limitaciones:

- Muy sensible en su calidad a las deficiencias en las fuentes de datos y a los errores de codificación.
- Ausencia de clases marginales para discriminar la agrupación de pacientes muy complejos por la acumulación de complicaciones de diferente origen, lo cual viene determinado por el número de clases existentes, que de otra forma se incrementaría enormemente con GRD's de escaso número de pacientes y débil o nula significación estadística.
- Inadecuación relativa en pacientes crónicos o psiquiátricos.
- Importante impacto de la estancia en la formulación de los costes.
- Su estandarización casi obliga a la asunción implícita de protocolos de gestión clínica o de organización asistencial que importen los de los hospitales eficientes si se pretende alcanzar la eficiencia relativa que determina en estándar correspondiente. Ello no siempre es posible por inadecuaciones estructurales que inciden negativamente en la función de costes.

2.2. SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN HOSPITALARIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSIDERACIONES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS Y LIMITACIONES DEL PROGRAMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA COAN H Y D

La Contabilidad Presupuestaria sigue siendo en gran medida el elemento sustancial en la gestión económica de los hospitales del SAS. Y, el seguimiento periódico de su ejecución mensual es uno de los índices más utilizado para medir la gestión económica de un hospital, siendo el control de sus desviaciones frente a la periodificación teórica de su ejecución un objetivo prioritario de los diferentes equipos directivos de los centros, conjuntamente con la ejecución al 100% y sin desviaciones al concluir el ejercicio. Sin embargo, la Contabilidad Analítica se muestra sólo por sí misma insuficiente para la gestión analítica de cualquier centro hospitalario, ya que *per se* no permite el cálculo del coste de las diferentes líneas de producción hospitalaria, y, propiciar así, el conocimiento del nivel de eficiencia o ineficiencia de cada centro en la producción de sus servicios.

Es, por otra parte, un hecho indiscutible las insuficiencias de los sistemas de información hospitalaria al uso, que deben de nutrir con sus datos los registros de actividad y consumo de recursos necesarios para la construcción de una adecuada Contabilidad de Costes.

La mejora de estos sistemas de información hospitalaria en Andalucía, basada en la implantación de subsistemas de registro de actividad y consumos estandarizados, tales como INHIOS, CMBD, GERONTE y SICIPRO, entre otros (los cuales veremos más adelante), y el desarrollo de aplicativos informáticos para dar soporte a estos sistemas y subsistemas de información, han sentado unas bases sólidas para garantizar la implantación de una Contabilidad de Costes adecuada a las necesidades de un hospital moderno.

Por tanto, podemos decir que la introducción de la Contabilidad Analítica en los hospitales del SAS ha sido un proceso lento y dificultoso, condicionado por las carencias de los sistemas de información necesarios para su formulación, pero que ha evolucionado de forma importante en los últimos años.

Es a partir del año 1988, con la puesta en marcha, por el antiguo INSALUD, del proyecto SIGNO, cuando se introduce en los hospitales públicos el primer modelo moderno de Contabilidad Analítica. Este aplicativo de Contabilidad Analítica estuvo en uso en los hospitales del SAS hasta el año 1995, año en el que se desarrolla un programa propio que da soporte a la Contabilidad Analítica de los

hospitales de los mismos denominado COAN (Contabilidad Analítica de Hospitales). Ulteriormente este aplicativo ha evolucionado para dar servicio también a los distritos de atención primaria, dando lugar en 2003 al denominado COAN H y D (Contabilidad Analítica de Hospitales y Distritos), actualmente de uso obligatorio en todos los hospitales del SAS.

2.2.1. COAN H y D. Características fundamentales

Este aplicativo informático, de uso obligatorio y generalizado en todos los hospitales del SAS, responde a un modelo de *full costing* modificado, con imputación en cascada desde los centros básicos de costes hasta los intermedios y finales, y cuenta con tres elementos fundamentales, cuales son, el mapa o estructura de centros de coste y actividad, los sistemas de información estadísticos de actividad y consumo de recursos y las unidades de producción, y sus criterios de reparto o imputación de costes⁴.

El mapa o estructura de centros de coste refleja la organización real del hospital, de forma que su creación responde a la existencia de un producto homogéneo y diferenciado, a la asignación de un personal concreto, e incluso se tiene en cuenta, a efectos funcionales, la localización física, y, finalmente a un responsable adecuadamente identificado. Cada centro de coste presenta una cuenta principal o “cuenta padre” en la terminología del COAN que, a su vez, se desagrega en diferentes cuentas secundarias o “cuentas hijas” en función de las necesidades de registro de consumos y actividad. La cuenta padre agrega los consumos recogidos en las cuentas hijas, pero no admite imputaciones directas de otros centros de coste, que deben realizarse siempre a través de las cuentas hijas en que se desagrega. Es un principio básico, al definir la estructura de centros y cuentas, que todos los centros deben de disponer de una actividad registrada (producción) y de un consumo de recursos asignado⁴. Como se comprobará a continuación la enorme complejidad del Hospital Virgen Macarena, con estructura multicéntrica y con numerosos servicios asistenciales duplicados en razón a su actividad parcialmente diferenciada, complica extraordinariamente la estructura del mapa, multiplicando el número de centros de coste y cuentas fundamentalmente en los niveles intermedios y finales para recoger adecuadamente la realidad asistencial del centro. Todo ello, a pesar de tener como criterio básico la simplificación de la estructura.

Los centros de coste se dividen en tres tipos básicos⁴:

1. Centros primarios o básicos, que son los que recogen aquellas unidades o servicios del Hospital que prestan un servicio de soporte a las demás unidades del

centro en cuestiones administrativas o logísticas. Su serie de cuentas principales o “cuentas padre”, en la nomenclatura del COAN H y D, son fácilmente identificables por comenzar con la serie numérica “1.10...”. En el caso concreto del Hospital Virgen Macarena los centros básicos definidos son los siguientes:

Tabla 1. Centros Básicos

1	CENTROS BÁSICOS
1.10001	Limpieza-Desinfección-Desratización
1.10002	Seguridad
1.10003	Docencia e Investigación
1.10004	Administración
1.10005	Admisión-Documentación-Gestaría de Usuarios
1.10006	Personal Subalterno
1.10007	Mantenimiento
1.10008	Lavandería-Lencería
1.10009	Cocina

Fuente: AHVM (2007)⁵

Sus costes propios son, básicamente, personal (Capítulo I de la Contabilidad Presupuestaria) y fungibles o consumos propios de su actividad (Capítulo II). Y, además, aparecen determinados centros cuyo coste, al ser contratados externamente, están recogidos en el capítulo de conciertos (Capítulo IV) de la Contabilidad Presupuestaria.

La imputación de sus costes hacia otros centros se realiza por criterios de reparto que tienen en cuenta parámetros de proporcionalidad, como el personal adscrito a otros centros (costes administrativos), el número de pacientes atendidos (costes de admisión y gestión de usuarios), la superficie (costes de limpieza) o el registro real de producto consumido por servicio (cocina o kilos de ropa lavada).

2. Centros secundarios o intermedios, que corresponden a la serie numérica “2.70...”. Contempla, principalmente, tres grandes grupos de centros de coste intermedios, los que contienen al personal de enfermería y los de los servicios de diagnóstico centrales puros (Radiología, Bioquímica, Microbiología, Anatomía Patológica y Electrofisiología) y las cuentas de costes correspondientes a

la línea de producción de pruebas complementarias en aquellos servicios mixtos que disponen, además, de líneas de producción como la hospitalización, o consultas externas como Hematología o Medicina Nuclear. Y, finalmente, se encuentran servicios que podemos definir como centrales, tales como Farmacia o Nutrición y Dietética que aportan a los Servicios Clínicos o finales su producción en forma de fármacos facturados o consultas realizadas por los mismos. Dentro de este grupo de centros de coste son también muy relevante los que agrupan a las líneas de producción de anestesia, de capital importancia en la génesis de costes de los servicios quirúrgicos. Además, y dado el mencionado carácter multicéntrico del Área Hospitalaria, en varios de estos servicios se diferencian cuentas hijas para los Hospitales de San Lázaro y Macarena propiamente dicho, así como para centros periféricos de especialidades y sus consultas externas.

En estos centros sus costes viene definidos por los directos (personal y fungibles) y por la imputación proporcional de los costes primarios, así como por la imputación de los costes correspondientes a los consumos de facturados por otros servicios intermedios. En el caso del personal médico su asignación, en aquellos servicios que hemos llamado mixtos, se realiza en función del porcentaje de dedicación horaria a cada línea de producción. Tomando como referencia la nómina total, ésta se distribuye en función del porcentaje de horas que en cómputo mensual dedica el conjunto de facultativos a cada actividad.

Quizás, el dato más llamativo sea la distribución de los costes del personal de enfermería, que de una parte está concentrado en gran medida en la cuenta de Enfermería, 2.70002, y, a su vez, en la 2.70031, Unidades de Hospitalización. En la primera tiene gran importancia la cuenta hija 2.70002.90000 que corresponde al retén y que concentra más del 40% de los costes de personal atribuibles a enfermería. Ésta anomalía refleja el sistema de gestión de personal de enfermería, que se basa en la disponibilidad de un pool de personas o plantilla colchón siempre disponible para el refuerzo de unidades o cobertura de bajas y vacaciones, aunque, en este caso, su número está sobredimensionado debido a la interinidad de muchos trabajadores y muchas trabajadoras. Pero además, por razones de la eventualidad que frecuentemente existe en este Hospital, la asignación del personal registrada en el programa GERONTE (Gestión de Personal y Nóminas) no se corresponde con la realidad, al observarse un número no desdeñable de personas que, aunque está en teoría adscrito al retén, en realidad desarrolla su trabajo de forma continuada en una unidad de enfermería concreta. De todas formas, al realizarse la imputación de sus costes en base al número de personal de enfermería existente en otras unidades se producen claras distorsiones, pues dada la necesaria prontitud en la cobertura temporal y cambiante de muchos puestos, el registro

real de la plaza sustituida adolece de exactitud y puede llevar a imputaciones de coste erróneas. Este es el motivo por el cual en el presente trabajo se ha partido del número promedio de personal de enfermería existente realmente en cada centro de coste secundario (excluido el retén) para asignar sus costes en función del coste promedio en el Hospital de la nómina de un enfermero o enfermera o auxiliar de clínica multiplicado por el número de enfermeros o enfermeras o auxiliares existente. A esta cantidad se le ha sumado la distribución de los costes de sustituciones en función de los días de vacaciones totales teóricos disfrutados por el personal de cada centro. Por tanto, ante las dificultades para la asignación nominativa del personal de enfermería, se ha optado por un sistema simplificado que tiene como referencia el inventario de la plantilla promedio que realmente está trabajando en cada centro de coste.

El segundo gran grupo de costes de enfermería se referencia a las plantas de hospitalización, cuya cuenta principal 2.70031 Unidades de Hospitalización, se desgrega ulteriormente en función de la planta de hospitalización y de las cuatro alas existentes en cada una, y, finalmente, las cuentas de enfermería de las diferentes consultas externas.

Los centros de coste, o cuentas de enfermería, agrupan pues, los costes directos correspondientes al personal asignado y los de los fungibles (incluye medicamentos en las plantas en las que no existe unidosis que permite la asignación directa paciente-servicio clínico final del consumo de medicamentos) y distribuyen éstos a los servicios clínicos o cuentas finales en función de la relación existente entre la unidad de enfermería y el servicio clínico. Así, si en un control de enfermería de una planta concreta sólo se atienden pacientes de un sólo servicio, por ejemplo, 7-A con Medicina Interna B, la imputación será unívoca. Pero, esta circunstancia no es posible en controles de plantas donde se atiendan pacientes de diferentes servicios finales. En este caso los costes inherentes a las unidades de enfermería se reparten en función de las estancias que los pacientes de cada servicio han ocasionado en esa planta o a la atendida por la unidad de enfermería en cuestión. Este criterio es el más lógico, ya que es la ocupación de cada cama y no la mera existencia de la misma lo que realmente está ocasionando la carga de trabajo y, por tanto, los costes imputables.

En las unidades de enfermería de los dispositivos de consultas externas se sigue el mismo criterio.

No obstante, en las llamadas Unidades Clínicas, donde la gestión de los recursos humanos (médicos, enfermeros, etc.) se realiza de forma integrada por un mismo

responsable, los costes de enfermería se consideran directos de cada unidad. Este criterio es el que se ha seguido a la hora de calcular los costes de hospitalización que sirven de base al presente estudio.

Los centros intermedios definidos en el Área Hospitalaria Virgen Macarena son los siguientes (aparecen en **negrita** las cuentas padre):

Tabla 2. Centros Intermedios

2	CENTROS INTERMEDIOS
2.70002	Enfermería
2.70002.90000	Retén
2.70002.90001	Enfermería
2.70003	Esterilización
2.70005	Radioprotección
2.70007	Área Quirúrgica y Anestesia
2.70007.00001	Quirófanos programados
2.70007.00001.90000	Quirófanos 2ª planta
2.70007.00001.90001	Quirófano Cirugía Cardíaca (Enfermería)
2.70007.00001.90002	Quirófanos 3ª planta
2.70007.00001.90003	Quirófanos San Lázaro
2.70007.00001.90004	Quirófano Inteligente (endo-alfa) (Enfermería)
2.70007.00001.90005	Quirófanos Planta Baja
2.70007.00003	Consultas de pre-anestesia
2.70007.00131	Consultas de Clínica del Dolor
2.70007.00132	Unidad de Reanimación
2.70007.00133	Clínica del Dolor en HDM
2.70008	Hospital de Día Quirúrgico
2.70009	Hospital de Día Médico
2.70011	Anatomía Patológica
2.70012	Bioquímica
2.70013	Inmunología
2.70015	Medicina Nuclear
2.70015.00005	Unidad Diagnóstica Medicina Nuclear
2.70015.00110	Hospitalización Medicina Nuclear
2.70016	Microbiología y Parasitología
2.70017	Neurofisiología Clínica
2.70017.00005	Unidad Diagnóstica Neurofisiología Clínica
2.70017.00160	Hospital Día Médico Neurofisiología Clínica
2.70018	Hematología (Laboratorio)
2.70019	Radiodiagnóstico
2.70019.90000	Rx Hvm
2.70019.90001	Rx San Lázaro

2.70019.90002	Rx Policlínico
2.70019.90003	Rx. Ceem
2.70019.90004	Rx San Jerónimo
2.70020	Centros Periféricos
2.70020.90000	Consultas en CEEM
2.70020.90001	Consultas en CESJ
2.70030	Consultas Externas
2.70030.90000	Consultas Externas VM
2.70030.90001	Consultas Externas SL
2.70031	Unidades de Hospitalización
2.70031.90000	Planta 2 ^a
2.70031.90000.90000	2 ^a A
2.70031.90000.90001	2 ^a B
2.70031.90000.90002	2 ^a C
2.70031.90000.90003	2 ^a D
2.70031.90001	Planta 3 ^a
2.70031.90001.90000	3 ^a A
2.70031.90001.90001	3 ^a B
2.70031.90001.90002	3 ^a C
2.70031.90001.90003	3 ^a D
2.70031.90002	Planta 4 ^a
2.70031.90002.90000	4 ^a A
2.70031.90002.90001	4 ^a B
2.70031.90002.90002	4 ^a C
2.70031.90002.90003	4 ^a D
2.70031.90003	Planta 5 ^a
2.70031.90003.90000	5 ^a A
2.70031.90003.90001	5 ^a B
2.70031.90003.90002	5 ^a C
2.70031.90003.90003	5 ^a D
2.70031.90004	Planta 6 ^a
2.70031.90004.90014	6 ^a A
2.70031.90004.90015	6 ^a B
2.70031.90004.90016	6 ^a C
2.70031.90004.90017	6 ^a D
2.70031.90004.90018	6 ^a N-Neonatología
2.70031.90005	Planta 7 ^a
2.70031.90005.90000	7 ^a A
2.70031.90005.90001	7 ^a B
2.70031.90005.90002	7 ^a C
2.70031.90005.90003	7 ^a D
2.70031.90006	Planta 8 ^a
2.70031.90006.90000	8 ^a A
2.70031.90006.90001	8 ^a B
2.70031.90006.90002	8 ^a C

2.70031.90006.90003	8ª D
2.70031.90007	San Lázaro
2.70031.90007.90000	HSL Baja
2.70031.90007.90001	HSL 1ª Norte
2.70031.90007.90002	HSL 1ª Sur
2.70031.90007.90003	HSL 2ª Norte
2.70031.90007.90004	HSL 2ª Sur
2.70031.90008	UCIG
2.70031.90010	Coronarias
2.70031.90011	Urgencias
2.70031.90012	Estancias Cortas M-Q
2.70031.90013	Psiquiatría
2.70031.90013.90000	Psiquiatría Baja ala B
2.70031.90013.90001	Psiquiatría Baja ala C
2.70031.90014	Pediatría UCI Enfermería
2.70160	Farmacología Clínica
2.70161	Farmacia
2.70331	Nutrición y Dietética
2.70680	Medicina Preventiva

Fuente: AHVM (2007)⁵

3. Centros finales o clínicos que corresponden a las unidades y servicios que gestionan de forma integrada el proceso asistencial del paciente, ya sea en hospitalización, urgencias o en consultas externas, siendo responsables del mismo hasta su finalización.

La estructura de sus cuentas (identificables en el mapa COAN por comenzar por “3.70...”) responde a un modelo estandarizado que contempla una cuenta padre y tantas cuentas hijas como líneas de producción disponga el servicio en función de su cartera de servicios y modalidades asistenciales de prestarla.

Estas líneas asistenciales son hospitalización, consultas externas, urgencias, hospital de día médico, pruebas funcionales, a las que se añade en los servicios quirúrgicos la CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) u hospital de día quirúrgico. Los servicios no necesariamente disponen siempre de todas estas líneas de producción.

La asignación de costes de fungibles consumidos es directa, así como la de personal propio (criterios de Unidades Clínicas que hacen considerar todos los costes de personal, incluido el de enfermería, como directos). Se consideran costes directos de los servicios clínicos los derivados de consumos de pruebas diagnósticas

(radiología, exploraciones especiales), transporte sanitario o hemodiálisis, realizados en régimen de concierto externo. El reparto de las nóminas del personal médico y de enfermería por línea de producción es proporcional al tiempo de dedicación en horas y cómputo mensual del total de la plantilla a cada línea.

Además, integra los costes en cascada que le revierten los centros básicos e intermedios en función de los criterios de imputación y reparto establecidos.

Sus unidades de medida de productos finales por línea de producción son los puntos de GRD para la hospitalización, las primeras visitas para consultas externas, el número de sesiones, pruebas o procesos en el caso del hospital de día médico, el número de pruebas funcionales y sus puntos de GRD equivalentes para éstas, los puntos de GRD equivalentes para el hospital de día quirúrgico y el número de las urgencias no ingresadas para la cuenta de urgencias.

Tabla 3. Centros Finales

3.70150.00110	HOSPITALIZACIÓN
3.70150.00110.90000	Hospitalización Cirugía General y Digestivo I
3.70150.00110.90001	Hospitalización Cirugía General y Digestivo II
3.70150.00110.90002	Hospitalización Unidad de Isquemia
3.70150.00110.90003	Hospitalización Cirugía General y Digestivo SL y Móvil
3.70150.00120	Consultas Externas
3.70150.00120.90000	Consultas Externas Cirugía General y Digestivo I
3.70150.00120.90001	Consultas Externas Cirugía General y Digestivo II
3.70150.00120.90002	Consultas Externas Unidad de Isquemia
3.70150.00120.90003	Consultas Externas Cirugía General y Digestivo SL y Móvil
3.70150.00130	CMA
3.70150.00130.90000	CMA Cirugía General y Digestivo I
3.70150.00130.90001	CMA Cirugía General y Digestivo II
3.70150.00130.90002	CMA Unidad de Isquemia
3.70150.00130.90003	CMA Cirugía General y Digestivo SL y Móvil
3.70199	Cirugía Cardiovascular
3.70199.00110	Hospitalización
3.70199.00120	Consultas Externas
3.70199.00130	CMA
3.70219	Cirugía Maxilofacial
3.70219.00110	Hospitalización
3.70219.00120	Consultas Externas
3.70219.00120.90000	Consultas Externas Cirugía Maxilofacial
3.70219.00120.90001	Consultas Externas Estomatología
3.70219.00130	CMA

3.70229	Neurocirugía
3.70229.00110	Hospitalización
3.70229.00120	Consultas Externas
3.70230	Cirugía Infantil
3.70230.00110	Hospitalización
3.70230.00120	Consultas Externas
3.70230.00130	CMA
3.70249	Cirugía Plástica
3.70249.00110	Hospitalización
3.70249.00120	Consultas Externas
3.70249.00130	CMA
3.70250	Cirugía Torácica
3.70250.00110	Hospitalización
3.70250.00120	Consultas Externas
3.70260	Dermatología
3.70260.00110	Hospitalización
3.70260.00120	Consultas Externas
3.70260.00130	CMA
3.70270	Medicina Interna
3.70270.00110	Hospitalización
3.70270.00110.90000	Hospitalización Medicina Interna A
3.70270.00110.90001	Hospitalización Medicina Interna A San Lázaro
3.70270.00110.90002	Hospitalización Medicina Interna A Larga Estancia
3.70270.00110.90003	Hospitalización Medicina Interna B
3.70270.00110.90004	Hospitalización Medicina Interna UEC
3.70270.00120	Consultas Externas
3.70270.00120.90000	Consultas Externas Medicina Interna A
3.70270.00120.90001	Consultas Externas Medicina Interna B
3.70270.00160	Hospital Día Médico
3.70271	Unidad de Infecciosos
3.70271.00110	Hospitalización
3.70271.00120	Consultas Externas
3.70271.00160	Hospital Día Médico
3.70272	Hospital a Domicilio
3.70272.00120	Consultas Externas
3.70310	Cardiología
3.70310.00110	Hospitalización
3.70310.00110.90000	Hospitalización Cardiología
3.70310.00110.90001	Hospitalización Coronarias
3.70310.00120	Consultas Externas
3.70310.00150	Pruebas Funcionales
3.70310.00160	Hospital Día Médico
3.70320	Digestivo
3.70320.00110	Hospitalización
3.70320.00120	Consultas Externas

3.70320.00150	Pruebas Funcionales
3.70320.00160	Hospital Día Médico
3.70330	Endocrinología
3.70330.00110	Hospitalización
3.70330.00120	Consultas Externas
3.70330.00160	Hospital Día Médico
3.70340	Hematología Clínica
3.70340.00110	Hospitalización
3.70340.00120	Consultas Externas
3.70340.00160	Hospital Día Médico
3.70350	Nefrología
3.70350.00110	Hospitalización
3.70350.00120	Consultas Externas
3.70350.00300	Hemodiálisis propia
3.70350.00300.90000	Hemodiálisis 7ª planta
3.70350.00300.90001	Hemodiálisis CVM
3.70350.00310	Hemodiálisis concertada
3.70360	Neumología
3.70360.00110	Hospitalización
3.70360.00120	Consultas Externas
3.70360.00150	Pruebas Funcionales
3.70360.00160	Hospital Día Médico
3.70370	Neurología
3.70370.00110	Hospitalización
3.70370.00120	Consultas Externas
3.70380	Oncología Médica
3.70380.00110	Hospitalización
3.70380.00120	Consultas Externas
3.70380.00160	Hospital Día Médico
3.70392	U.C.I. Pediátrica
3.70392.00110	Hospitalización
3.70395	Urgencias y Observación
3.70395.00200	Urgencias Generales
3.70399	Medicina Intensiva
3.70399.00110	Hospitalización
3.70420	Oftalmología
3.70420.00110	Hospitalización
3.70420.00110.90000	Hospitalización Oftalmología VM
3.70420.00110.90001	Hospitalización Oftalmología SL
3.70420.00120	Consultas Externas
3.70420.00120.90000	Consultas Externas Oftalmología VM
3.70420.00120.90001	Consultas Externas Oftalmología SL
3.70420.00130	CMA
3.70420.00130.90000	CMA Oftalmología VM
3.70420.00130.90001	CMA Oftalmología SL

3.70430	Otorrinolaringología
3.70430.00110	Hospitalización
3.70430.00120	Consultas Externas
3.70430.00130	CMA
3.70449	Pediatría y Neonatología
3.70449.00110	Hospitalización
3.70449.00110.90000	Hospitalización Pediatría
3.70449.00110.90001	Hospitalización Neonatología
3.70449.00110.90002	Hospitalización Pediatría Oncológica
3.70449.00120	Consultas Externas
3.70449.00120.90000	Consultas Externas Pediatría
3.70449.00120.90001	Consultas Externas Pediatría Oncológica
3.70449.00160	Hospital Día Médico
3.70449.00160.90000	Hospital Día Médico Pediatría
3.70449.00160.90001	Hospital Día Médico Pediatría Oncológica
3.70460	Oncología Radioterápica
3.70460.00120	Consultas Externas
3.70460.00300	Sesiones de Radioterapia
3.70480	Rehabilitación
3.70480.00120	Consultas Externas
3.70480.00120.90000	Consultas Externas Rehabilitación VM
3.70480.00120.90001	Consultas Externas Rehabilitación SL
3.70480.00300	Sesiones de Fisioterapia
3.70480.00300.90000	Sesiones de Fisioterapia VM
3.70480.00300.90001	Sesiones de Fisioterapia SL
3.70490	Salud Mental
3.70490.00102	Comunidades Terapéuticas
3.70490.00103	Equipos de Salud Mental de Distrito
3.70490.00103.90000	Equipos de Salud Mental de Distrito Camas
3.70490.00103.90001	Equipos de Salud Mental de Distrito La Rinconada
3.70490.00103.90002	Equipos de Salud Mental de Distrito Carmona
3.70490.00103.90003	Equipos de Salud Mental de Distrito Macarena Centro
3.70490.00103.90004	Equipos de Salud Mental de Distrito Macarena Norte
3.70490.00110	Hospitalización
3.70490.00110.90000	Hospitalización Psiquiatría VM
3.70490.00110.90001	Hospitalización Psiquiatría SL (V. Rocío)
3.70490.00120	Consultas Externas
3.70490.00120.90000	Consultas Externas de Psiquiatría VM
3.70490.00120.90001	Consultas Externas de Psiquiatría Infantil
3.70539	Traumatología
3.70539.00110	Hospitalización
3.70539.00110.90000	Hospitalización Traumatología I
3.70539.00110.90001	Hospitalización Traumatología II
3.70539.00110.90002	Hospitalización Traumatología SL y Móvil
3.70539.00120	Consultas Externas

3.70539.00120.90000	Consultas Externas Traumatología I
3.70539.00120.90001	Consultas Externas Traumatología II
3.70539.00120.90002	Consultas Externas Traumatología SL y Móvil
3.70539.00130	CMA
3.70539.00130.90000	CMA Traumatología I
3.70539.00130.90001	CMA Traumatología II
3.70539.00130.90002	CMA Traumatología SL y Móvil
3.70539.00160	Hospital Día Médico
3.70540	Urología
3.70540.00110	Hospitalización
3.70540.00120	Consultas Externas
3.70540.00120.90000	Consultas Externas Urología VM
3.70540.00120.90001	Consultas Externas Urología SL
3.70540.00130	CMA
3.70540.00160	Hospital Día Médico
3.70550	Obstetricia y Ginecología
3.70550.00110	Hospitalización
3.70550.00120	Consultas Externas
3.70550.00130	CMA
3.70580	Reumatología
3.70580.00110	Hospitalización
3.70580.00120	Consultas Externas
3.70580.00120.90000	Consultas Externas Reumatología VM
3.70580.00120.90001	Consultas Externas Reumatología SL

Fuente: AHVM (2007)⁵

El segundo elemento fundamental con el que cuenta el COAN son los sistemas de información de actividad y consumo de recursos y de unidades de producción⁴, que ya han sido mencionados de pasada. Son los siguientes:

- INHIOS (Información Interhospitales), para la actividad de consultas externas, urgencias no ingresadas, pruebas complementarias, y estancias de hospitalización.
- CMBD (Conjunto Mínimo de Datos Básicos) de hospitalización, para la producción de puntos de GRD en hospitalización.
- CMBD de hospital de día quirúrgico, para la producción de puntos de GRD correspondiente al Hospital Día Quirúrgico (HDQ).
- CMBD de hospital de día médico, para la producción de puntos de GRD correspondiente al Hospital Día Médico (HDM).

- GERONTE (Gestión de, para personal y nóminas (complementado por el programa interno del centro).
- SICIPRO (Sistema de Información de Seguimiento de Contrato Programa), para pruebas complementarias.
- CASICX (Compra Almacén Suministro), programa de Contabilidad Presupuestaria ligado a la gestión de almacenes y pedidos.
- Adicionalmente, existen programas departamentales, fundamentalmente para la gestión de los Servicios Diagnósticos Centrales y Farmacia, cuya información no está directamente integrada en el sistema de información central del Área, obligando, a veces, a procelosos procesos que restan exactitud a los datos generados. En el caso de Farmacia la unidad de imputación son las unidades monetarias equivalentes al precio de los fármacos consumidos en cada servicio.

Es una peculiaridad distorsionadora la existencia de unidades de producto para la cuantificación de la producción de los servicios diagnósticos, denominadas Unidades de Valor Relativo (URV's) que no permite la imputación directa en unidades monetarias de costes indirectos derivados del consumo de las diferentes pruebas diagnósticas. Lógicamente, sí puede hallarse el coste del punto de URV dividiendo los costes totales de producción de cada servicio diagnóstico entre su producción agregada en URV's. Pero, de todas formas, el aplicativo COAN H y D no permite esa imputación directamente.

Los criterios de reparto o imputación de costes⁴, tercer elemento fundamental con el que cuenta el COAN, se caracterizan porque existen criterios estandarizados con carácter general que vienen implícitos en el propio aplicativo de forma obligatoria o por defecto. El criterio fundamental de definición, en aquellos casos donde no exista un criterio predefinido, es el de la racionalidad, a partir del cual la pertinencia e idoneidad del mismo deben de ser la clave de su definición. En todo caso, es evidente que debe de primarse la definición de criterios directos ligados al consumo real de los recursos, siempre que se disponga de ello, y alternativamente los que sean secundarios a la actividad que básicamente de lugar al consumo de recursos asignables, de suerte que la condición de coste del proceso sea más evidente. Estos criterios deben ser homogéneos en el tiempo para permitir la realización de comparaciones y seguimientos evaluativos.

2.2.2. Ventajas e inconvenientes del aplicativo COAN H y D

Como principales aportaciones del aplicativo COAN H y D hay que reseñar las siguientes⁴:

- La ventaja más importante es la disponibilidad misma de la propia herramienta.
- Homogeneidad en los criterios de definición de estructura, unidades de medida de actividad y producción y criterios de imputación de costes intermedios y finales.
- Unificación metodológica.
- Estandarización de resultados.
- Comparabilidad interhospitalares e interservicios equivalentes.
- Fijación, seguimiento y evaluación de objetivos, tanto de gestión económica como asistencial.
- Aproximación a la medida de la eficiencia, tanto por servicio global como por línea de producción o producto final o intermedio.

Y en el campo de las carencias cabe señalar entre otras las siguientes⁴:

- Imposibilidad de incorporación de las amortizaciones al coste intermedio o final de producción, que es más una carencia de la Contabilidad Presupuestaria de los hospitales del SAS que del propio COAN.
- Imposibilidad de incorporación de costes de pruebas diagnósticas al coste final de los procesos por utilización de URV's como unidad de imputación.
- Dificultades para la adecuación de las estructuras reales de los hospitales a la estructura tipo del mapa de centros de costes.
- Específicamente, en el Área Virgen Macarena, la asignación de la elevada proporción del personal de enfermería al retén es sin duda una distorsión que obliga a la incorporación de metodologías compensadoras para minimizar la irracionalidad de su impacto.

- En el momento en que se realizó este estudio existían distorsiones en el registro e imputación de los costes derivados de las URV's por problemas de integración de la información de los sistemas de información departamentales que daban soporte a los servicios diagnósticos.

2.3. ANTECEDENTES

Los efectos adversos de los cuidados médicos constituyen un acontecimiento centinela de las posibles carencias en la calidad asistencial de la atención prestada.

Clásicamente, A. Donabedian⁶, en su clásico tratado sobre la calidad de la atención sanitaria, establece una relación entre la presencia de complicaciones o efectos adversos en la atención sanitaria y deficiencias en lo que el autor sistematiza como causas fundamentales de las deficiencias de la calidad asistencial:

- La estructura.
- El proceso.
- Los resultados.

Por tanto, las desviaciones en las estancias medias esperadas en sobrecoste de los procesos de hospitalización deben de abordarse desde la triple perspectiva apuntada por Donabedian⁶.

Así, la relación entre la presencia de úlceras de decúbito y la inadecuación de elementos básicos como los colchones de las camas de hospitalización, cuando éstos adolecen de prestaciones antiescaras, es un factor identificable como de estructura que puede a su vez potenciar la existencia de déficit de calidad en la movilización periódica y aseo del paciente prolongadamente encamado que entra de lleno en lo que consideran el proceso de prestación de unidades (en este caso, singularmente, de enfermería), que indiscutiblemente en su conjugación sinérgica van a dar lugar a un deficiente resultado desde la perspectiva de la calidad asistencial.

Del mismo modo, y aplicando una vez más el modelo de Donabedian⁶, los déficit de calidad observados a partir de los resultados tienen detrás deficiencias en la estructura y/o el propio proceso de prestación de cuidados; ergo, si consideramos la estancia esperada en relación a cada proceso asistencial, según estándares pre-establecidos, la prolongación de esta estancia, en tanto en cuanto, un resultado

parcial de la prestación de cuidados, induce a colegir que nos encontramos ante un problema de calidad.

Por tanto, en el presente estudio creemos que se pone claramente de manifiesto la relación entre la prolongación de la estancia y aquellos efectos adversos estudiados, de forma que se cierra el círculo: efectos adversos->prolongación de estancia->sobrecoste->déficit de calidad; confirmando lo ya apuntado por Donabedian⁶, en el sentido de considerar las ineficiencias, y en este caso, el sobrecoste evidentemente lo es, como un elemento que contradice la noción misma de calidad.

Lo primero que hay que plantearse es: ¿qué es la calidad?

Según la definición del Diccionario de la Lengua Española, es el “grado de excelencia”.

Según la define la norma de calidad ISO 9000, aceptada internacionalmente, es el “conjunto de características de una entidad que le confieren aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas”.

Según los conceptos empresariales, “la calidad es la adecuación del producto o servicio a las necesidades presentes y futuras de los usuarios, contribuyendo a la satisfacción del cliente”.

Anónimamente, en el Plan Nacional de Calidad Industrial⁷, se define “como el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio, que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”.

La calidad es un valor que está en continuo crecimiento, aunque no existe la calidad absoluta, ya que la calidad consiste en hacerlo cada vez mejor. Además, está ligada directamente a la salud, *tenemos derecho a una salud de calidad*.

En los últimos años hemos asistido al gran afán de los servicios sanitarios por mejorar la calidad en la asistencia sanitaria. La satisfacción del usuario como objetivo y resultado de la asistencia sanitaria constituye el eje central del servicio y, por tanto, una medida útil de su calidad⁸.

A nadie se le escapa que los servicios sanitarios satisfacen las necesidades de sus usuarios y usuarias, sin embargo, éstos y éstas buscan la excelencia a través de la “supersatisfacción”. Los distintos servicios sanitarios han llevado a cabo cuestionarios para valorar la preciada supersatisfacción, como el SERQVHOS, llevado

a cabo por el Hospital de Sierrallana integrado en el Servicio Cántabro de Salud, para, a través del mismo, valorar las necesidades de sus clientes y satisfacer las expectativas reales y potenciales de los mismos.

Y son esos servicios sanitarios, cada vez más complejos, junto con pacientes cada vez más informados, los que conforman ese binomio que desata en los tan polémicos efectos adversos.

Ya nadie duda de que el informe “To Err is Human: Building a Safer Health System”¹, publicado en 1999, marcó un antes y un después en lo relacionado con los efectos adversos o acontecimientos adversos. Dicho informe estimaba que en EE.UU. entre 44.000 y 98.000 pacientes fallecían anualmente por errores médicos, cifras alarmantes que dejaban ver que el 10% de los pacientes hospitalarios presentaban efectos adversos.

La edad, la comorbilidad y la presencia de múltiples factores de riesgo intrínseco incrementan la probabilidad de sufrir efectos adversos. Estos efectos adversos pueden ser evitables o no. Los inevitables suelen estar condicionados por las características del paciente o por la historia natural de la enfermedad.

“Los pacientes no están capacitados para valorar la calidad del acto médico, pero sí aquello que comprenden, como el trato humano, la educación, una sonrisa, la limpieza... Si los únicos datos que el paciente puede comprender resultan ser negativos y además el resultado del acto médico no es el esperado, la denuncia es muy probable. El informar a diario e implicar a la familia y al paciente da una impresión de interés constante y les permite recuperar en parte la sensación de control sobre acontecimientos extraños en un medio inhabitual”⁹, y en consecuencia éstas son las cuestiones de interés a las que ha de responder el sanitario.

Para poder paliar la inseguridad generada se necesita de información actualizada que recoja, analice y difunda la información relacionada con los incidentes, además de una cultura de comunicación, en la que el personal perciba un clima de confianza para comunicar los incidentes; una cultura justa, en la que esté claramente diferenciada la conducta inaceptable y que no será tolerada, y aquella que, aunque errónea, es comprensible y aceptada en un sistema de comunicación y análisis; una cultura flexible, en la que se produzcan alteraciones de la estructura jerárquica para adaptarse a situaciones de peligro; y una cultura de aprendizaje, caracterizada por el deseo de extraer conclusiones del sistema de información y la disposición a adoptar las reformas necesarias por importantes que sean¹⁰.

Se necesita que la cultura sanitaria cambie a una de seguridad en la que se busquen las debilidades del sistema más que culpar a los individuos. Para que tenga éxito un sistema de comunicación debería ser no punitivo, confidencial e independiente de las autoridades; la información obtenida había de ser analizada por expertos de acuerdo con un enfoque centrado en el sistema, y debería disponer de mecanismos rápidos de retroalimentación, de manera que pudieran extenderse recomendaciones de prácticas seguras dirigidas a evitar la repetición de los problemas¹¹.

Los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad se pueden considerar como la oportunidad de detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y, por tanto, una oportunidad de mejora.

La seguridad del paciente, basada en el principio hipocrático *primum non nocere* (ante todo no dañar), es la dimensión más importante de la calidad asistencial, pero no debe ser un objetivo último, sino un vehículo para la obtención de la calidad¹². La gestión, en este caso tanto de la calidad como del riesgo, supone, entre otros, obtener mayores beneficios que los derivados de la simple suma de las partes, y una de las claves es el análisis previo que sirva de base para tomar decisiones con aprendizaje y revisión continua de la estrategia (planificación, análisis, diseño, implementación y seguimiento)¹³. Formados en la idea de que hay que hacer buena medicina basada en nuestra formación y conocimientos, así como en principios éticos y legales, es preciso añadir a nuestra práctica clínica elementos de gestión clínica, calidad y seguridad asistencial¹⁴.

Una de las guías de referencia más difundidas para el conocimiento, desarrollo y consolidación de estrategias de seguridad es la que elaboró la Agencia para la Seguridad del Paciente del Reino Unido. Esta guía, que consta de siete pasos, describe las fases que las organizaciones deben seguir para mejorar la seguridad y contribuir a conseguir los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos. Los pasos son los siguientes:

1. Construir una cultura de seguridad.
2. Liderazgo del equipo de personas.
3. Integrar las tareas de gestión de riesgos.
4. Promover que se informe.
5. Involucrarse y comunicarse con pacientes y público.
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad.
7. Implementar soluciones para prevenir daños.

Relacionado directamente con los siete pasos anteriores podemos establecer las estrategias necesarias para mejorar la seguridad tales como la formación de profesionales, la detección de riesgos en las áreas de atención al paciente, el análisis de los casos en los que se ha producido un evento adverso, la comunicación con los pacientes para que mejoren su conocimiento sobre su propia seguridad y el registro y notificación de eventos adversos.

Existe una verdadera conjunción por parte de todos los profesionales, las administraciones sanitarias, organismos internacionales, sociedades científicas e instituciones privadas por la seguridad del paciente.

Un ejemplo a destacar es la creación del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios¹⁵ por la Comunidad de Madrid. Fue creado mediante el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, como órgano consultivo y de asesoramiento en materia de riesgos sanitarios y prevención de los mismos. Desarrolla un Plan de Riesgos Sanitarios con seis programas:

1. Impulso y difusión de la cultura de la gestión de riesgos.
2. Creación de una estructura organizativa para la gestión de riesgos sanitarios.
3. Establecimiento de líneas de información.
4. Formación continuada de los profesionales.
5. Desarrollo de herramientas para la identificación y valoración de los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria.
6. Establecimiento de medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.

Construir una cultura de seguridad requiere reconocer la seguridad del paciente como principal elemento de la calidad asistencial y, por tanto, integrarla en la misión y objetivos de la organización, contemplándola en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo.

Pero todavía podemos ir más allá al hablar de las infecciones hospitalarias como un problema mayor aún que la seguridad del paciente. Estas infecciones complican los cuidados de los enfermos y en algunos casos la muerte o la incapacidad del paciente, por no hablar del coste adicional que conlleva. Afectan en mayor medida a ancianos que a la población joven y constituyen una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población geriátrica^{16,17}.

Entre las medidas más eficaces para paliar este gran problema se encuentra la higiene de las manos por parte del personal sanitario, personal que por motivos

variados, algunos de ellos ajenos a su voluntad, no cumplen con estas medidas provocando este gran problema. Todos los esfuerzos que los profesionales lleven a cabo para paliar el mismo salvarán vidas, mejorarán la seguridad del paciente y ofrecerán una mejor calidad de vida a todos los enfermos y las enfermas.

Y, en definitiva, es una cuestión de calidad, de calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), salud y buena calidad de vida es “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”.

Hoy en día se puede afirmar que la calidad es la base para mejorar y actualizar el conocimiento y aprendizaje de los profesionales sanitarios.

No cabe la menor duda que conseguir la excelencia en los servicios sanitarios es la meta que todos y cada uno de dichos servicios se han marcado. Para obtenerla hay que conseguir que los profesionales y las profesionales obtengan un sistema formativo coherente y orientado a las necesidades sociales, instrumentada mediante programas que actualicen las bases de conocimiento operativo y ayuden al progreso con unos costes socialmente sostenibles¹⁸.

Es el capital intelectual lo más innovador que poseen las instituciones sanitarias y el avance del Servicio Nacional de Salud dependerá de cómo los gobiernos hagan uso de este capital intelectual, junto con el capital humano, organizativo, social, relacional, científico y tecnológico con el que está directamente relacionado.

Cambiar la filosofía de la calidad desde la política sanitaria supone integrar en el modelo asistencial nuevas dimensiones para su desarrollo que fomenten las relaciones humanas, la cultura de equipo y la comunicación interna, además de fortalecer los estándares éticos comportamentales. Desde esta concepción, es posible crear un mayor espíritu de servicio, un sentido profundo de responsabilidad y respeto al usuario, y una mayor confianza en la relación entre cliente interno y externo. La calidad debe formar parte consustancial del sistema cultural y de valores de la organización, a su vez que los usuarios deben tener en todo momento el autoconvencimiento de que la prestación asistencial tiene una garantía incondicional en sus profesionales¹⁹.

En los últimos años, los sistemas de calidad han pasado a ser considerados y entendidos como un proceso de innovación y de gestión del conocimiento, bajo una filosofía organizativa orientada a satisfacer las necesidades de los pacientes y conseguir resultados socialmente eficientes.

Existe un amplio consenso en que las prestaciones sanitarias de la seguridad social sean de la máxima calidad y alcancen a todos los ciudadanos y ciudadanas, de manera que no se retroceda en la sociedad del bienestar alcanzada. Pero conseguirlo con los recursos disponibles nos lleva a plantearnos nuevos modelos de gestión, dando protagonismo y participación a las personas directamente implicadas y desarrollando una cultura de responsabilidad. Todos los profesionales y las profesionales del sistema sanitario deberían contribuir a dar satisfacción al paciente/cliente con el menor gasto posible, para así obtener una mayor productividad con los mismos recursos asignados.

Debería tenderse hacia un sistema de gestión basado en incentivar la responsabilidad individual de resultados y de imagen. Una gestión más abierta por parte de las profesionales y los profesionales implicados, que si bien se hallan comprometidos con la calidad y con la profundización del conocimiento de su profesión, deben buscar nuevos estímulos en publicaciones, ponencias y prestigio académico.

Hoy en día las consideraciones económicas son una parte integral de la práctica médica. La introducción de una nueva técnica debe evaluarse no sólo por su rentabilidad y complicaciones, sino también por su coste-efectividad.

Entre la fuente de información más utilizada por los profesionales sanitarios para cuantificar la calidad asistencial se encuentra la historia clínica. Otra fuente sería el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), derivado de la codificación y agrupación de la casuística reflejada en la historia clínica, a partir de la cual se formulan los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD's).

No cabe duda que existe una relación directa entre la satisfacción general de los pacientes hospitalizados y su satisfacción con los cuidados de enfermería realizados durante su estancia, porque no tenemos que olvidar que la calidad asistencial tiene dos componentes claramente diferenciados, por un lado la calidad intrínseca, que mide la resolución del problema, y por otro lado, la calidad percibida o extrínseca, que mide la satisfacción del paciente con respecto a la percepción del servicio recibido, teniendo en cuenta sus expectativas previas.

Desde 1958 hasta nuestros días se han dado en nuestro país avances muy importantes en la gestión de la sanidad. Destacamos las siguientes medidas:

1. RD 521/1987 de Reglamentos de Hospitales.
2. Introducción de los contratos programa como nuevo método de gestión, en 1992.

3. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
4. Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente la preocupación por la calidad es compartida por clínicos, pacientes y gestores sanitarios. El concepto actual de gestión de la calidad implica que las acciones directivas clásicas de planificación, organización, coordinación, dirección y control se ponen al servicio de la calidad, con el objetivo de lograr la excelencia.

Los principios de la calidad total²⁰ se han incorporado también al sector sanitario y, hoy día, se busca: ejemplaridad de la dirección, preocupación por la mejora continua, cooperación de todos los profesionales, trabajo en equipo, incorporación del punto de vista del paciente y gestión basada en datos y no en opiniones. Los servicios deben procurar satisfacer no sólo las necesidades técnicas, sino también otros aspectos relativos a la percepción de la misma por parte del usuario como seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía.

Los programas de gestión de calidad se rigen por los principios de calidad total y constan de seis etapas secuenciales:

1. Creación de un grupo de gestión de calidad en el servicio.
2. Formación básica y asesoramiento en calidad de los miembros del grupo de gestión de calidad.
3. Inicio del trabajo del grupo de gestión de calidad.
4. Creación de los equipos de mejora de procesos.
5. Monitorización de las actividades de gestión de calidad.
6. Autoevaluación anual y memoria de calidad.

Pero la calidad lleva ligada problemas que son resueltos a través de la Gestoría de Usuarios, usuarios que sólo utilizan la vía de la reclamación para asuntos relevantes o cuando no encuentran solución a sus problemas. Así, la información que la Gestoría de Usuarios nos proporciona sirve para analizar los problemas de calidad existentes, todo esto ligado a la cada vez más difícil comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios y ante el crecimiento de la desconfianza del paciente que, ante cualquier efecto adverso, plantea litigios, reclamaciones y demandas, lo que provoca profesionales cada vez más presionados. Cada vez más médicos se encuentran con que sus pacientes acuden a la consulta con toda la información sobre su proceso “bajada de internet”²¹.

También se han buscado las opiniones de los pacientes a través de encuestas. Concretamente en 2001 se utilizaron dos encuestas posthospitalización para, por un lado, buscar posibles aspectos que necesitásemos mejorar, y por otro, conseguir mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. La primera consistió en un informe del usuario y la segunda fue una encuesta denominada SERVQHOS que fue una adaptación al sector sanitario de la encuesta SERVQUAL, utilizada para detectar la calidad percibida en empresas de servicios.

En la actualidad se pretende no sólo conseguir la calidad, sino conseguir la excelencia de la calidad, y es, en base a esta idea, como en 1996 14 importantes empresas europeas (Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Suizer y Volkswagen) constituyen La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad y elaboran el Modelo EFQM (European Foundation Management Quality) de excelencia, con la finalidad de promover que las empresas y organizaciones realizaran sus autoevaluaciones con el modelo de calidad referenciado.

Al hablar de excelencia se nos dice que debemos reflexionar continuamente sobre nuestros comportamientos respecto a las Personas, a los Pacientes, a los Procesos. Que debemos mirar a nuestro interior para mejorar.

El Modelo Europeo responde a ese principio atemporal tan sencillo y poderoso como es progresar mediante la observación interior, y ahí reside su fortaleza.

El modelo EFQM²² tiene un doble objetivo:

1. Dar soporte a las empresas europeas en su gestión para el proceso de convertir la calidad en un elemento decisivo para obtener ventajas competitivas globales.
2. Estimular y ayudar a que todas las instituciones y organizaciones europeas participen en actividades de mejora que les lleven a lograr la excelencia en sus resultados (calidad de servicios y productos) y la máxima satisfacción de sus clientes y personal, con el consiguiente impacto en la sociedad.

El Modelo EFQM se identifica a sí mismo como un “marco de trabajo no prescriptivo”. Dicha imagen “no prescriptiva” se potencia por el hecho de ser un modelo basado en la autoevaluación interna de las organizaciones más que en su evaluación externa por sujetos u organizaciones independientes. Sólo la propia organización juzga autónomamente en qué grado se ajusta a los criterios y sub-criterios establecidos por el modelo²³. Es perfectamente compatible y engloba en

su aplicación a cualquier otro sistema de mejora de la calidad, su aseguramiento (normas ISO) o los sistemas de acreditación.

El modelo comprende nueve criterios²². Cada criterio va acompañado de un número variable de subcriterios que deben tenerse en cuenta en el momento en que se realiza la evaluación. A la vez, cada subcriterio cuenta con un listado de áreas que deben abordarse y que tienen como objetivo aportar ejemplos que aclaren el significado de cada criterio. Los nueve criterios son los que se desarrollan a continuación.

Criterio 1: Liderazgo. Se entiende por liderazgo la forma en que el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de otros líderes de la organización estimulan, facilitan y promueven la consecución de la misión de la institución.

Criterio 2: Políticas y estrategias. Comprende de qué manera la organización formula, desarrolla y revisa su política y qué estrategias establece para convertirla en objetivos, planes y acciones.

Criterio 3: Personas. Este criterio incluye el modo en que la organización gestiona la totalidad del conocimiento y el potencial de su personal.

Criterio 4. Alianzas y recursos. Hace referencia a cómo la organización gestiona de forma eficaz y eficiente sus recursos y sus alianzas externas.

Criterio 5: Procesos. Se refiere a cómo la organización elabora, gestiona y mejora sus procesos.

Criterio 6: Resultados en los clientes. Este criterio incorpora todo lo relacionado con la satisfacción de los clientes externos.

Criterio 7: Resultados en las personas. Comprende el tipo de logros que está alcanzando la organización con relación a su personal.

Criterio 8: Resultados en la sociedad. Se refiere a los logros conseguidos por la organización en la sociedad.

Criterio 9: Resultados clave. Este criterio incluye los logros que se están alcanzando en relación con los objetivos previamente planificados.

Las principales ventajas²² que posee el modelo de excelencia EFQM son las siguientes:

- Establece una evaluación fundamentada en hechos objetivos.
- Aporta consenso a la organización y coherencia a la dirección.
- Da sentido a los principios en los que se basa la calidad total (Total Quality Management).
- Es un potente instrumento de formación.
- Permite integrar iniciativas de calidad en el trabajo habitual.
- Consta de una metodología fácilmente aplicable.
- Potencia el entusiasmo del personal involucrándolo en los procesos de mejora de la calidad.
- Proporciona oportunidades para promover y compartir los mejores enfoques entre los diferentes servicios/unidades de una institución.
- Actúa como vínculo entre los objetivos y resultados que la institución ha de conseguir, y las estrategias para lograrlos.
- Al contar con un sistema de puntuaciones, establece puntos de referencia que permiten conocer en qué nivel se encuentra la organización en su camino hacia la excelencia.

El modelo presentado es una herramienta para la Gestión de la Calidad que posibilita orientar la organización hacia el cliente, siendo uno de sus frutos la sensibilización de los directivos, mandos intermedios y profesionales.

En el sector sanitario la autoevaluación podría servir como instrumento facilitador en la potenciación de la Gestión de la Calidad. La utilización del modelo de excelencia EFQM puede constituir un marco idóneo para abordar estrategias de evaluación y mejora de la calidad en el ámbito de la Enfermería Hospitalaria, ya que el mismo sintetiza todos los aspectos básicos que deben ser evaluados en los servicios de enfermería.

Y, como no podía ser de otra forma, la calidad está directamente relacionada con los costes. En este sentido, los profesionales deben interiorizar los nuevos valores emergentes, entre los que destaca la responsabilidad en la administración de los costes que complementa su tradicional compromiso con el paciente y sus familiares, precepto que es uno de los fundamentos de la gestión clínica actual²⁴. Esta perspectiva establece una nueva concepción en la que basar las decisiones clínicas, la de la ética de la eficiencia.

El concepto de microgestión o gestión clínica implica el uso del conocimiento clínico (combinación de evidencia científica y experiencia) para optimizar el proceso asistencial y proporcionar la mejor atención posible al paciente²⁵.

La bibliografía anglosajona define dos grandes tipos de sistema de análisis de costes en los servicios clínicos que hemos traducido como “método de análisis descendente” y “método de análisis ascendente”.

El primero, que consiste en la asignación de una parte de los costes hospitalarios totales a cada servicio clínico, se ha aplicado en Gran Bretaña por el Intensive Care Nacional Working Group on Costing²⁶.

El segundo enfoque es el de elección para la mayoría de las evaluaciones económicas aplicables. Los costes registrados a determinado nivel de objeto de coste (generalmente el paciente) permiten al profesional conocer el coste por paciente, enfermedad o procedimiento²⁷.

La sanidad no responde a mecanismos habituales del mercado. La superioridad de la sanidad pública sobre la privada es evidente. Cuanta más sanidad privada, mayor aumento del coste global. Cuánta más sanidad pública menor aumento de coste. Este aumento irrefrenable es debido a varios factores. El más profundo es que las nuevas tecnologías y las nuevas medicinas mejoran substancialmente la calidad pero no ahorran costes, en promedio, sino que los aumentan. Otro factor es que la demanda de atención sanitaria no para de aumentar (psiquiatría, prolongación de la vida, salud bucodental) al contrario de lo que pasa en muchos otros servicios. Tampoco el mecanismo básico del mercado (quien compra es el que paga directamente, quien encarga y quien consume) funciona porque son respectivamente el sector público o privado, el médico y el paciente. Al no ser una unidad no minimizan costes. Todo ello sumado es lo que hace que los gastos de la sanidad aumenten en todos los países y aún más si es algo privado y aún mucho más si es mayoritariamente privado²⁸.

Según manifestó Ernest Lluch²⁸, la sanidad, por su propia naturaleza, tiene algunos mecanismos que hacen que el mercado no sea eficaz. Sabido es que el mercado, en muchas ocasiones, asigna mejor y de una manera más económica. Más, en el terreno de la sanidad se manifiesta insuficiente y, además, la evolución de la tecnología no es la más favorable para que la presión del gasto no se manifieste con toda dureza. Explicar estos fenómenos que afectan a la sanidad en su naturaleza más profunda es, según Ernest Lluch²⁸, explicar que está sometida a tres grilletes que la condicionan en gran manera. Los tres grilletes que dificultan la vida sanitaria son los siguientes:

- Unas innovaciones tecnológicas que indudablemente han mejorado mucho la calidad pero que no han reducido los costos.
- No existe en el interior de la sanidad un mecanismo autorregulador suficiente.
- Ante la sensación directa de que no existe precio en la sanidad y la dificultad de establecerlo, la demanda de este tipo de servicios tiende al infinito.

Cada vez vivimos más años y cada vez utilizamos tecnologías más sofisticadas, que a su vez son más costosas. Los servicios sanitarios españoles cada vez están más obligados a ser más eficientes en la gestión de los recursos que reciben y, sin embargo, el gasto sanitario es cada vez mayor.

Los servicios de salud autonómicos que gestionan los hospitales públicos precisan instrumentos integrados y flexibles que sean capaces de proporcionar información útil a los responsables de la gestión sanitaria, con el propósito de facilitarles la toma de decisiones y mejorar, en última instancia, la gestión²⁹. Con este propósito surge la necesidad de implantación de modelos de costes en los centros hospitalarios.

Son varios los modelos implantados actualmente en España y esta implantación se ha llevado a cabo en dos fases debido a que algunas comunidades autónomas han llegado después a la total autoría de la sanidad. Coexisten, pues, los siguientes modelos:

1. Del territorio INSALUD: Modelo GECLIF (Gestión Clínico-Financiera y Coste por Proceso, heredero de los modelos SIGNO I y SIGNO II).
2. De Andalucía: Modelo COAN H y D (Sistema de Control de Gestión Hospitalaria del SAS).

3. De Cataluña: Modelo SCS (Modelo de Contabilidad Analítica del Instituto Catalán de Salud).
4. De Valencia: Modelo SIE (Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria del Servicio Valenciano de Salud [SERVASA]).
5. Del País Vasco: Modelo ALDABIDE (Modelo de Gestión Económico-Financiero del Servicio Vasco de Salud [OSAKIDETZA]).

Cualquier decisión que se tome en el marco sanitario, ya sea médica o de gestión, necesita contar con información de costes.

La gestión del riesgo es una de las cuatro dimensiones de la calidad asistencial, junto con la calidad científico-técnica, la utilización adecuada de recursos y la satisfacción del paciente³⁰.

La correcta gestión del riesgo, además de mejorar la seguridad del paciente, reduce los costes y aumenta la calidad asistencial³⁰.

El conocimiento de la calidad asistencial es esencial para poderla evaluar y mejorar. El uso de indicadores de calidad para realizar el seguimiento de la calidad asistencial es una herramienta ampliamente extendida en las actividades de calidad³¹. Entre los indicadores de calidad asistencial, los hospitalarios y, específicamente, los del área de hospitalización son especialmente interesantes, por ser donde se asiste a los pacientes más graves y donde se emplean más recursos. En España desde el año 1990 disponemos de la información del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD)³². Su origen puede situarse en la creación del Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDSS) en 1972 por el National Committee on Vital and Health Statistics³³ en Estados Unidos.

La calidad de los datos clínicos del CMBD, los diagnósticos de los pacientes y los procedimientos realizados dependen de su codificación con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª, Modificación Clínica³⁴ (CIE-9-MC) y está normalizada y soportada por la Unidad Técnica de la CIE-9-MC que depende del Consejo Interterritorial³⁵. Por otra parte, el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad Autonómicas fijan normas de registro³⁶ y de auditoría del CMBD³⁷ y lo auditan periódicamente³⁸⁻⁴².

El CMBD tiene la ventaja de estar disponible a un coste marginal bajo. Utilizados inteligentemente y con sentido crítico, los sistemas de clasificación de pacientes

son un instrumento de extraordinaria utilidad para la toma de decisiones en gestión sanitaria, para la evaluación de la calidad asistencial y para la financiación hospitalaria⁴³.

Es una base de datos con enormes posibilidades de explotación que contiene la información relevante de todos los enfermos ingresados (más de cuatro millones de altas anuales en España). La calidad de la información que ofrece es variable (unos codifican sobre el informe de alta y otros sobre toda la historia clínica completa) y no está suficientemente auditada⁴³. Sin embargo, ha ido mejorando y se utiliza para obtener los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD's)^{3,44,45}. Como los GRD's se usan en la gestión hospitalaria⁴⁶, en los contratos programa⁴⁷, e incluso en la facturación, han obligado a un control de calidad de éstos y a la mejora de los datos del CMBD.

Los GRD's fueron desarrollados a finales de la década de 1960 por la Universidad de Yale. Posteriormente, en 1983, se implantó el sistema GRD como forma de pago prospectivo para los pacientes de Medicare y tenía como objetivo la reducción del gasto sanitario⁴⁸.

A partir de entonces se implantaron en muchos hospitales europeos, y son revisados anualmente. Estas revisiones, que en general introducen pequeños cambios, permiten que se mantengan adaptadas a la evolución de la tecnología y a los avances médicos⁴⁶.

Los GRD's se basan en la agrupación de procesos hospitalarios con un consumo de recursos similar y con significado clínico⁴⁹.

A pesar de las limitaciones del sistema GRD, su universalidad permite una comparación válida entre servicios o centros diferentes referidos a un estándar homogéneo^{50,51}.

La sistematización de los procesos hospitalarios por GRD proporciona una herramienta de trabajo aplicable a distintos centros, y permite conocer su casuística y establecer patrones de comparación entre servicios que tratan una misma patología (GRD)⁵².

La estancia media es el determinante más importante en el coste de la atención hospitalaria^{53,54}, y, por ello, es el indicador más frecuente utilizado en la valoración de la eficiencia de los hospitales⁵⁵, bien sea de manera directa o bien formando parte del núcleo esencial de indicadores más complejos, como los GRD's.

El CMBD sirve para reflejar problemas de calidad y resultados adversos. Es necesario lograr cambios en la cultura médica, quizás un enfoque más científico de la medición de los resultados para aceptar, entre otras cosas, la cuantificación de los resultados adversos. En cualquier caso el debate sobre este tema está servido.

3 | OBJETIVOS, MÉTODO Y TRABAJO DE CAMPO

El análisis de datos concretos ha tenido como resultado una relación de tablas y la interpretación de las mismas nos ha llevado a las conclusiones finales de este estudio. Los objetivos que nos hemos marcado junto con el método utilizado y el trabajo de campo en sí es lo que nos ocupará este apartado.

3.1. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Los objetivos generales, que se centran en los aspectos globales a conseguir en cualquier sistema sanitario, son los siguientes:

- Validar la idoneidad del sistema de registro de la actividad económico-asistencial para la identificación de problemas de eficiencia en la atención hospitalaria.
- Identificar los factores que producen sobrecoste en la atención hospitalaria del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, y aplicar las medidas necesarias para disminuir los mismos, aumentando de esta forma la productividad.

Los objetivos específicos, por el contrario, se centran en aspectos concretos que necesitan de una prevención y vigilancia continua para que el hospital Virgen Macarena de Sevilla sea más competitivo a nivel de costes. Son los siguientes:

- Exponer la relación directa existente entre la seguridad del paciente, la calidad asistencial, los costes, los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD's) y el sistema de gestión hospitalaria del SAS (COAN H y D).
- Comprobar que los sobrecostes están relacionados directamente con las estancias hospitalarias y éstas, a su vez, con la gestión hospitalaria, especialmente en los casos en que afloran complicaciones de los cuidados médicos.
- Exponer la necesidad de reciclaje del personal sanitario del hospital y la necesidad de implantación de mejoras para el mejor funcionamiento del mismo.
- Indicar la necesidad de la utilización de un modelo de Gestión de la Calidad para conseguir una gestión excelente del hospital en la obtención de ventajas competitivas globales.
- Identificar las incidencias negativas en los cuidados médicos hospitalarios, tanto de una forma global como específica, por áreas y servicios.
- Alcanzar más eficacia y más valor añadido al tratamiento del paciente, con los mismos recursos asignados, a través de una mejora de la gestión hospitalaria.

3.2. MÉTODO

Se trata de un estudio analítico, descriptivo y retrospectivo que se ha llevado a cabo en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, englobándose en el mismo, también, su Área Hospitalaria. Es analítico en la medida en que en el análisis del estudio se establecen relaciones entre variables. Es descriptivo porque se han utilizado datos concretos que describen la situación real del hospital. Por último, es retrospectivo porque nos hemos basado en un periodo de tiempo ya pasado, concretamente hemos centrado nuestro estudio en el periodo 2004-2007.

El Área Hospitalaria, que cuenta con una población de referencia de 547.462 habitantes, está ubicada en la Zona Norte de la Ciudad de Sevilla. Los Centros que la componen son los siguientes:

- Hospital Virgen Macarena.
- Hospital San Lázaro.
- Policlínico.

- Centro Especialidades Esperanza Macarena.
- Centro Especialidades San Jerónimo.
- Centro Periférico de Diálisis.
- Comunidad Terapéutica.
- Unidad Rehabilitación de Salud Mental.
- Equipos de Salud Mental.
- Dispositivos de Apoyo en 31 Centros de Atención Primaria.

Cuenta con 58 centros de atención primaria, 12 en Sevilla y 46 distribuidos en diferentes pueblos de la Sierra Norte de Sevilla.

La propuesta para la realización de este estudio surge entre el Departamento de Contabilidad y Economía Financiera y el Departamento de Economía Financiera y Dirección de Operaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Sevilla. Se planteó la posibilidad de analizar y profundizar en temas de costes y sobrecostes que pudiesen existir en el Área Hospitalaria del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

El siguiente paso fue la puesta en contacto, a partir del curso académico 2006-2007, con el Jefe del Departamento de Codificación del Área Hospitalaria del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. A partir de esta primera entrevista se manifiesta la idea de abordar el tema del sobrecoste en el hospital teniendo en cuenta la relación que este tiene con los efectos adversos y los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD's), estudiados en profundidad anteriormente. Se han mantenido entrevistas semanales durante el curso académico 2007-2008 en el Área del Servicio de Codificación del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Estas entrevistas han proporcionado gran cantidad de notas y referencias con las que se ha confeccionado gran parte de este trabajo.

En este estudio la metodología que se ha utilizado ha sido la obtención de indicadores de gestión del CASE MIX del Área Hospitalaria Virgen Macarena para los años 2004, 2005, 2006 y 2007 en pacientes mayores de 50 años y con la exclusión de servicios no significativos, a través de:

- a) Indicadores globales por años.
- b) Indicadores globales por servicios.

Se han elegido cinco grupos de complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos porque son los considerados globalmente como etiología de mayor y/o más

frecuente desviación en costes, según los datos obrantes en el Hospital. Son los siguientes:

- Infecciones.
- Flebitis.
- Hemorragias.
- Úlceras de decúbito.
- Anticoagulantes.

Se trata de un estudio empírico en el que se han recogido datos de los últimos cuatro años (2004-2007). Estos datos, una vez procesados, han derivado en tablas que se han utilizado para obtener las conclusiones finales.

El periodo en el que se ha centrado el estudio ha sido el comprendido entre los años 2004 y 2007, ambos inclusive. Se ha tenido en cuenta este periodo porque es el 2004 el primer año que el hospital Virgen Macarena cuenta con información completa sobre costes y se finaliza con el año 2007 porque es el último año en el que existen datos completos de costes y actividad.

Se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica de lo publicado durante la última década, tanto de revistas académicas especializadas como de libros y algunos trabajos publicados en actas de congresos y seminarios.

Concretamente, se ha revisado la más reciente literatura relacionada con el tema y publicada en las siguientes revistas médicas:

- Cirugía Española.
- Enfermería Clínica.
- Nursing.
- Revista Clínica Española.
- Calidad Asistencial.
- Cuadernos de Gestión.
- Gaceta Sanitaria.
- Revista de Administración Sanitaria.
- Revista Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
- Annal Internal Medical Review.
- New England Journal of Medicine Clinical.

3.3. TRABAJO DE CAMPO

Para realizar este trabajo se ha integrado la información que brindan los sistemas de información de la actividad asistencial (GRD's) y los costes derivados de la misma calculados según el aplicativo COAN H y D. Dadas las limitaciones señaladas en la operativa del programa COAN se ha procedido a una adecuación de sus criterios de imputación a la realidad asistencial del Área Hospitalaria Virgen Macarena durante el periodo 2004-2007.

Estas modificaciones en los resultados parciales obtenidos de la explotación del COAN han sido previas y necesarias para el ulterior trabajo de campo.

Los puntos que el mismo presenta son los siguientes:

- Consideración de los costes de personal de enfermería de los servicios finales como costes directos e internos del propio servicio eludiendo los criterios de imputación por estancia, según el modelo descrito para las unidades clínicas de gestión.
- Paralelamente, los costes de material fungible y medicamentos referidos a los controles de enfermería de las plantas de hospitalización han pasado a ser directos e internos de los servicios finales considerados.
- Aquellos costes derivados de consumos de pruebas diagnósticas o transporte sanitario sujetos a conciertos, siempre que su imputación pueda individualizarse a la línea de producción de hospitalización de cada servicio.
- Se han despreciado los costes derivados de las pruebas complementarias cuya imputación se hace en puntos de URV's, al no traducirlos a unidades monetarias ya que el COAN no permite su imputación directa traducido a tales.
- Como consecuencia de lo anterior, sólo se han considerado los costes indirectos provenientes de los centros básicos imputados directamente al servicio clínico final. Por el contrario, no se han podido imputar aquellos costes de la misma naturaleza que revestirán en el centro final, al ser incorporados en el coste de los productos intermedios de los centros diagnósticos.
- Búsqueda en la base de pacientes del Área Hospitalaria Virgen Macarena, con el aplicativo informático 3M-Estancia Clínica, de aquellos pacientes en los que concurriera la existencia como diagnóstico secundario codificado de cualquiera

de los códigos diagnósticos CIE-9-MC correspondiente a las consideradas complicaciones más frecuentes, excluyendo a aquellos pacientes en los que concurriera más de una de las complicaciones estudiadas.

- Tabulación de los resultados agrupando todos los pacientes seleccionados para la totalidad del hospital y año. La tabla general se ha utilizado para el cálculo de los costes unitarios por día de estancia, por día de estancia evitable y por punto de GRD, dividiendo los costes totales entre las estancias consumidas y los días de estancias evitables, así como por la producción asistencial medida en puntos de GRD (resultado de multiplicar el peso medio o índice de complejidad teórico de cada servicio por su número de altas).
- Se conviene un coste unitario por día de estancia, considerando un isoconsumo de recursos en todos los días de estancia, por lo que las estancias evitables tienen el mismo coste de las no evitables debido a haberse considerado un coste promedio.
- Tabulación de los resultados obtenidos según las tablas referenciadas en los anexos para cada complicación en los diferentes servicios considerados.
- Cálculo de los costes totales y de los costes de hospitalización, tanto totales como de personal y fungibles, por cada servicio considerado.
- Obtención de los costes globales y por servicios de la hospitalización y del porcentaje correspondiente a personal y a material fungible.
- Cálculo de los costes teóricos por día de hospitalización y la repercusión porcentual de los de personal y de material fungible.
- Cálculo de los costes de las estancias evitables globales y por servicios.
- Obtención de los costes diferenciales globales y por servicio (si ha lugar) y por estancia, tanto de personal como de material fungible, para los diferentes grupos de estudio definidos según la presencia de condiciones de riesgo clínico (diagnóstico secundario).
- Cuantificación de los resultados.
- Discusión de los mismos.

– Estudio de posibles acciones alternativas para aminorar los sobrecostes y valoración económica de las mismas.

– Conclusiones.

Hemos trabajado con cinco grupos de complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos: infecciones, úlceras de decúbito, flebitis, anticoagulantes y hemorragias, entendiendo que por la literatura científica consultada eran, tanto por su frecuencia de presentación como por la incidencia en la prolongación de la estancia, los más importantes cuantitativa y cualitativamente.

Los datos que aparecen en las tablas, las cuales se adjuntan en los anexos, son datos obtenidos de la base de datos del Hospital Virgen Macarena de Sevilla durante el periodo 2004-2007, ambos inclusive.

Hemos obtenido una primera tabla general y a partir de esos datos hemos obtenido el resto de tablas para los cinco grupos enumerados anteriormente.

Las tablas originales contemplaban estos datos, siendo todos necesarios para el cálculo de los diferentes tipos de costes considerados. Sin embargo, en la presentación de las tablas finales sólo se muestran aquellos que corresponden a los costes finales omitiendo las columnas que sólo han tenido un valor instrumental para el cálculo de los mismos. A continuación se relacionan todos los datos considerados en las tablas originales:

- Año de alta.
- Total Pacientes.
- Estancia Media.
- Estancia Media SAS.
- Estancias Reales= Total pacientes x estancia media.
- Estancias Esperadas= Total pacientes x estancia media SAS.
- Estancia Diferencial.
- Estancia Impacto.
- Estancia Máxima.
- Estancia Radio= Estancia media/estancia media SAS.
- Coste Total por Estancia.
- Coste Personal por Estancia.
- Coste Fungible por Estancia.
- Esperado Coste Total= Coste total por estancia x estancias esperadas.
- Esperado Coste Personal= Coste personal por estancia x estancias esperadas.

- Esperado Coste Fungible= Coste fungible por estancia x estancias esperadas.
- Reales Coste Total= Coste total por estancia x estancias reales.
- Reales Coste Personal= Coste personal por estancia por estancias reales.
- Reales Coste Fungible= Coste fungible por estancia x estancias reales.
- Diferencia Coste Total= Reales costes total – esperado coste total.
- Coste Total Alta Esperado= Esperado coste total/total pacientes.
- Coste Total Alta Real= Real coste total/total pacientes.
- Esperado % Coste Personal Coste Total= Esperado coste personal/esperado coste total x 100.
- Esperado % Coste Fungible Coste Total= Esperado coste fungible/esperado coste total x 100.
- Coste/Día Total= Esperado coste total/estancias esperadas.
- Coste/Día Personal= Esperado coste personal/estancias esperadas.
- Coste/Día Fungible= Esperado coste fungible/estancias esperadas.
- Coste/Día Total Real= Reales coste total/estancias reales.
- Coste/Día Personal Real= Reales coste personal/estancias reales.
- Coste/Día Fungible Real= Reales coste fungible/estancias reales.
- Sobrecoste Total/Día= (Reales coste total – esperado coste total)/estancias reales.
- Sobrecoste Personal/Día= (Reales coste personal – esperado coste personal)/estancias reales.
- Sobrecoste Fungible/Día= (Reales coste fungible – esperado coste fungible)/estancias reales.
- Sobrecoste Total Pacientes= [(Coste total por estancia) x (estancias reales – estancias esperadas)/total pacientes].
- Peso GRD Media.
- Puntos GRD Total= Peso GRD media x total pacientes.
- Real Coste Punto GRD= Reales coste total/Puntos GRD total.
- Esperado Coste Punto GRD= Esperado coste total/Puntos GRD total.
- Edad en Años Media.
- Descripción.

Los datos que se han tenido en cuenta en las tablas que se presentan en los anexos adjuntos, son los siguientes:

- Año de alta.
- Total Pacientes.
- Estancia Media.
- Estancia Media SAS.
- Coste Total por Estancia.
- Coste Personal por Estancia.

- Coste Fungible por Estancia.
- Esperado Coste Total.
- Esperado Coste Personal.
- Esperado Coste Fungible.
- Reales Coste Total.
- Reales Coste Personal.
- Reales Coste Fungible.
- Diferencia Coste Total.
- Sobrecoste Total/Día.
- Sobrecoste Personal/Día.
- Sobrecoste Fungible/Día.
- Sobrecoste Total Pacientes.
- Peso GRD Media.
- Descripción.

4 | RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS

Como se ha indicado anteriormente, los datos recogidos en el periodo comprendido entre 2004-2007, una vez procesados, han derivado en 24 tablas que han originado un total de 12 gráficos que son la interpretación de los resultados obtenidos en las mismas y que seguidamente exponemos.

Se han obtenido dos gráficos como interpretación de las tablas generales y dos gráficos por cada uno de los cinco grupos de cuidados médicos y quirúrgicos sobre los que hemos trabajado.

Las tablas, que se pueden enlazar con los gráficos obtenidos, se pueden consultar en el apartado de Anexos que figura al final de este estudio.

A continuación se analizan los resultados obtenidos en los cinco grupos de complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos considerados.

4.1. CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS GRÁFICOS DE SOBRECOSTES INDUCIDOS POR COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE CUIDADOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Como ya se ha señalado, las variables que mejor explican el sobrecoste de cualquier complicación postoperatoria es la estancia y su eventual prolongación, de

forma que un mayor número de estancias adicionales a las esperadas, según el estándar del SAS para el conjunto de patologías atendidas por un servicio u hospital, deben considerarse, en términos estadísticos, como sobrecoste respecto al esperado según los mencionados estándares del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

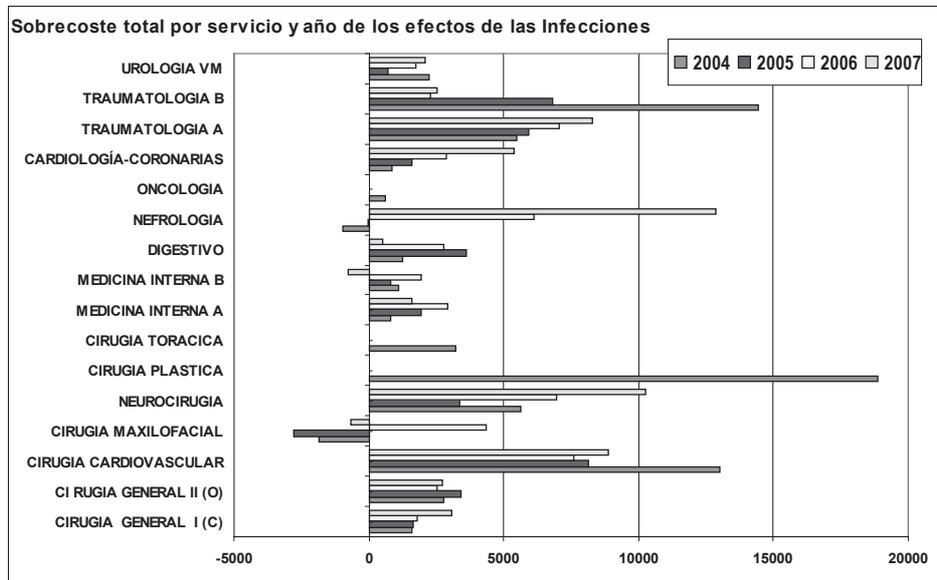
El segundo factor a tener presente para valorar este sobrecoste estriba en la naturaleza del ingreso, es decir, si es médico o quirúrgico, y dentro de estos últimos la utilización de prótesis o dispositivos artificiales que, por su importante coste unitario, conferirán a los GRD's correspondientes un plus de complejidad y potenciarán el posible sobrecoste, al tener en la tabla de GRD's en vigor un mayor peso medio asignado.

Por todo lo dicho, al interpretar estas tablas y gráficos hay que tener presente adicionalmente los costes fijos de estos servicios, de forma que si un servicio es estructuralmente ineficiente, ya sea por su organización, ya sea por partir de unos costes fijos desproporcionados para su producción, es evidente que cualquier ineficiencia marginal se verá también amplificada por estas circunstancias.

En consecuencia, no es de extrañar que las complicaciones infecciosas en Servicios como Traumatología o sobre todo Cirugía Cardiovascular, tengan una mayor incidencia en los sobrecostes finales. El motivo está en el tipo de infecciones y en el correspondiente peso medio de sus GRD's, y, consecuentemente, en sus costes medios unitarios. Así, las complicaciones más costosas que se reflejan en este cuadro, en el caso de traumatología, se refieren a pacientes con sustitución de caderas por prótesis y, en menor medida, a complicaciones de fracturas (osteomielitis e infecciones de tejidos blandos). Por el contrario, en el caso de Cirugía Cardiovascular han sido las complicaciones de las heridas de la estereotomía en la cirugía abierta cardiaca el factor fundamental del sobrecoste y prolongación de la estancia, es decir, sobrecoste sobre GRD's unitarios que en circunstancias normales (sin complicación) presentan ya un coste unitario elevado. En el caso de Cirugía Cardiovascular, habría que valorar adicionalmente el impacto de la prolongación de las estancias en UCI que dichas complicaciones han provocado, aunque nos encontramos con la dificultad de no encontrar, en nuestro medio, estándares de referencia para la comparación de dichas estancias desagregadas. No obstante, es lógico esperar que, dado el enorme coste unitario de una estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en una proporción aproximada de 1:5 respecto al coste medio estándar de la estancia en el hospital, las complicaciones que prolonguen la estancia en UCI incidirán de forma muy determinante en el coste unitario.

Al interpretar el gráfico 4, en el caso específico del Servicio de Cirugía Plástica en el año 2004, no podemos olvidar que se trata de un sólo paciente con 78 días de estancia, y que la establecida por el estándar del SAS para la patología por la que fue atendido (complicaciones infecciosas de heridas y fracturas) era entonces de 15 días, luego el sobrecoste es aquí el resultado directo de multiplicar los días adicionales por el coste unitario/día del Servicio partido por 1, pues hay un sólo paciente en estas circunstancias. Esta circunstancia, de presentar un denominador de escasa casuística, puede sesgar la interpretación del resultado.

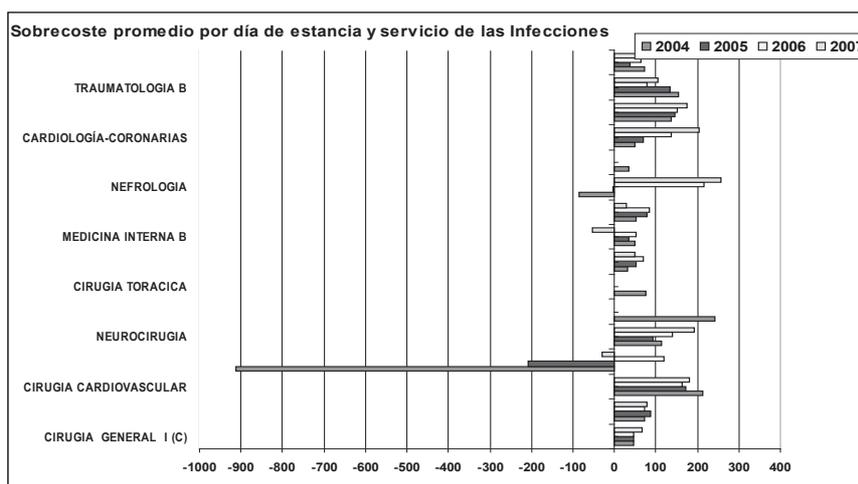
Gráfico 4. Sobrecoste total por servicio y año de los efectos de las Infecciones



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico 5 la representación de los sobrecostes promedio por días es más homogénea. Y podemos hacer análogas consideraciones respecto al impacto de los costes fijos de cada servicio.

Gráfico 5. Sobrecoste promedio por día de estancia y servicio de las Infecciones



Fuente: Elaboración Propia

La prevención de la infección intrahospitalaria es, indudablemente, uno de los elementos esenciales de la mayoría de los programas de calidad asistencial, involucrando a la totalidad de los estamentos que forman parte de la atención al paciente. Por ello, las estrategias de prevención de este evento adverso involucra tanto al personal médico como al de enfermería, y se articula mediante la introducción de protocolos asistenciales que básicamente se basan en la profilaxis antibiótica (especialmente la prequirúrgica y aquella aplicable a pacientes críticos), los protocolos de cuidados de pacientes en aislamiento y los protocolos de cuidados de enfermería centrados en la medidas higiénicas que deben de regir el día a día de estos pacientes en planta.

4.2. CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS GRÁFICOS DE SOBRECOSTES INDUCIDOS POR FLEBITIS

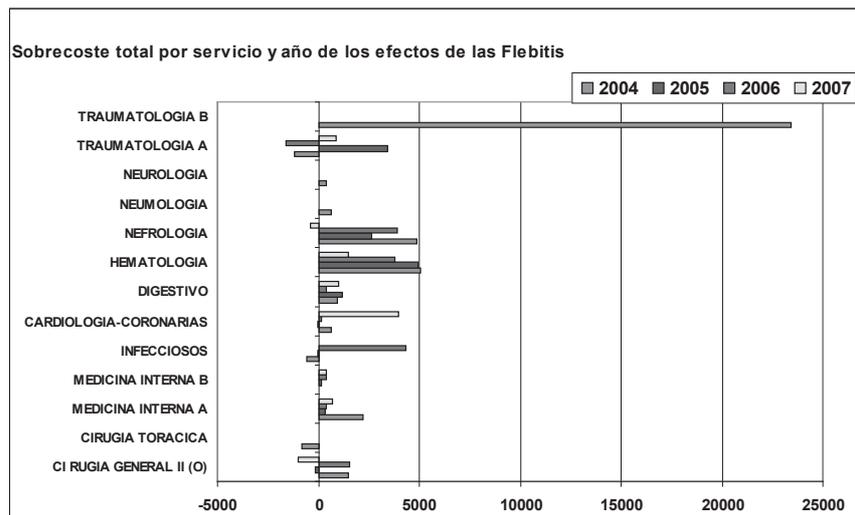
Lo más llamativo de los gráficos correspondientes a las complicaciones por flebitis estriba en el elevado sobrecoste unitario de unos de los dos pacientes registrados en 2004 en el servicio de Traumatología B y que corresponden a un paciente que *per se* consume 220 días de estancias debido a las complicaciones de una fractura, de forma que la prolongación de la estancia es el factor de riesgo principal que

va a determinar la presencia de la flebitis (inflamación de vaso sanguíneo por la acción continuada de un catéter) y, por tanto, por un posible déficit en la calidad de los cuidados de enfermería.

De todas formas, la estancia media de este grupo de pacientes y la ausencia de otras adicionales complicaciones si pudieran inducir a pensar que es evidenciable la existencia de posibilidades de mejora en los cuidados de enfermería que de forma preventiva deberían minimizar tanto el impacto de esta eventualidad en estancias evitables, como su frecuencia. Es por ello en este grupo de complicaciones donde mayor incidencia en la disminución de su presentación tienen los programas de entrenamiento y formación continuada dirigidos al personal de enfermería para su prevención, especialmente dirigido al adscrito a unidades donde la patología atendida conlleve la necesidad permanente de mantener cateterizadas vías venosas para infusión de nutrientes o medicamentos de forma más o menos prolongada, debido a la relación existente entre la presencia de la flebitis y el tiempo de permanencia del catéter en la vena.

En el gráfico 6 la representación de los sobrecostes totales por servicio y año es más homogénea, por lo que no hay que hacer ninguna mención específica, a excepción del servicio de traumatología que ha quedado explicado más arriba.

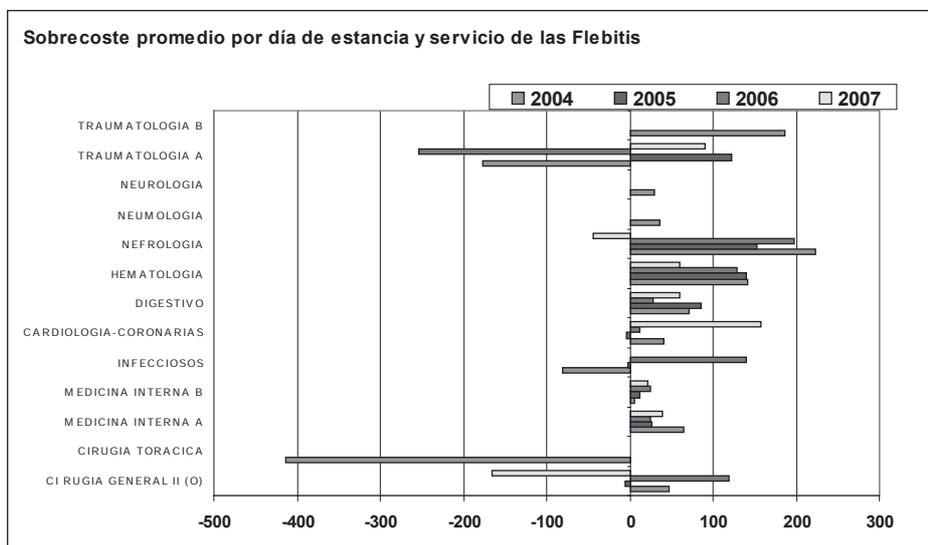
Gráfico 6. Sobrecoste total por servicio y año de los efectos de las Flebitis



Fuente: Elaboración Propia

A la hora de interpretar el gráfico 7, en el caso concreto del Servicio de Cirugía Torácica en el año 2004, no podemos olvidar que se trata de un sólo paciente con 2 días de estancia, y que la establecida por el estándar del SAS para la patología por la que fue atendido era entonces de 8 días, luego existe un menor coste objetivo debido básicamente a la abrupta interrupción del proceso de hospitalización por éxitus.

Gráfico 7. Sobrecoste promedio por día de estancia y servicio de las Flebitis



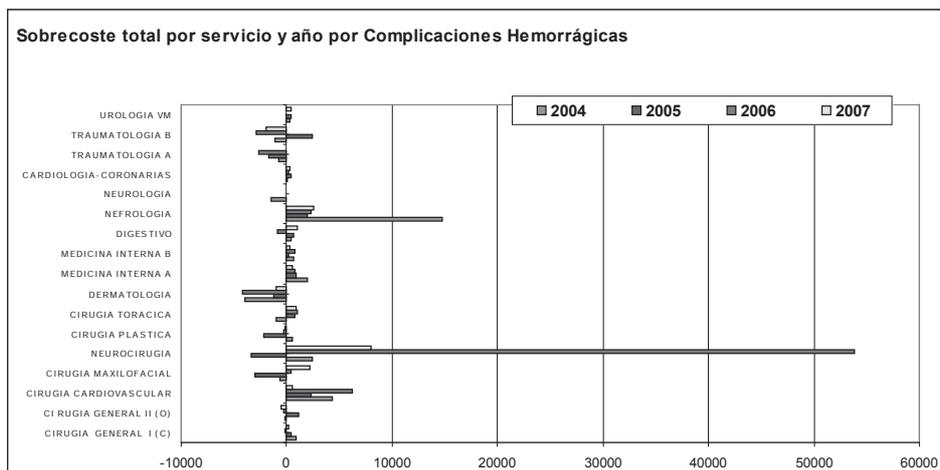
Fuente: Elaboración Propia

Aprovechamos este caso concreto para poner de manifiesto una de las debilidades del presente trabajo, cual es el impacto de los éxitus en las desviaciones marcadamente inferiores a lo esperado en el estándar del SAS para determinados grupos de pacientes en los que la proporción de éxitus sobre el total de la casuística sea importante. El motivo es fácilmente deducible y estriba en el criterio mismo de clasificación de pacientes, que es el isoconsumo de recursos en grupos de casos que se suponen con un nivel de gravedad clínica semejante, dándose en los pacientes que son éxitus una disociación entre las expectativas de supervivencia, que condicionan la estancia hospitalaria esperada y la reducida duración real de la misma como consecuencia del éxitus.

4.3. CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS GRÁFICOS DE SOBRECOSTES INDUCIDOS POR HEMORRAGIAS

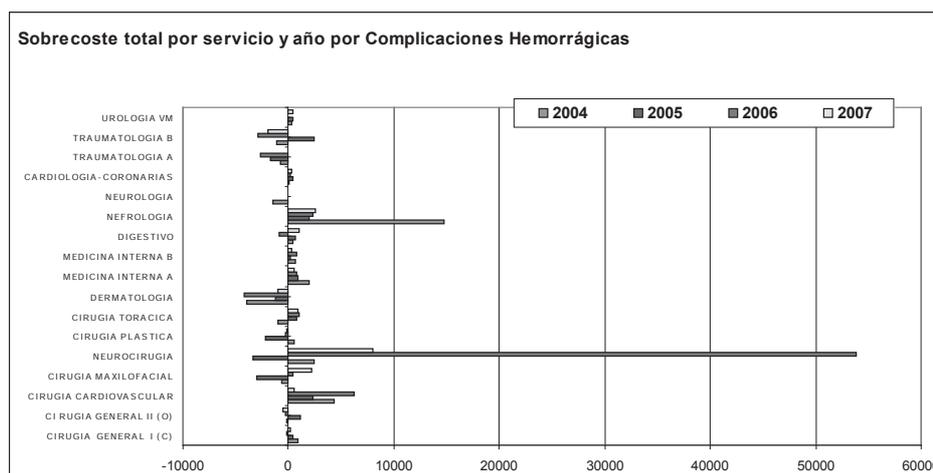
El dato más llamativo de estos dos gráficos (gráficos 8 y 9) y de sus respectivas tablas de origen estriba en la mayor presencia de hemorragias en los servicios quirúrgicos que en los servicios médicos. Este resultado era lógicamente esperado ya que el principal tipo de hemorragia era el hematoma postoperatorio, y evidentemente su origen estaba incardinado en las intervenciones quirúrgicas realizadas en esos servicios. No obstante, y con la excepción de neurocirugía que se tratará mas adelante, estas complicaciones hemorrágicas, aunque son relativamente frecuentes, suponen un reducido coste unitario, tanto por paciente como por servicio y año globalmente considerado, o incluso ponen de manifiesto una gestión eficiente de la complicación en varios servicios quirúrgicos que como Traumatología B presentan estancias medias inferiores a la esperada, implicando, por tanto, una minoración de coste respecto a lo esperado según el estándar del SAS para este tipo de pacientes y complicaciones, siendo destacable también la excelente gestión de las complicaciones de este tipo que se observa en el servicio de dermatología, con costes unitarios y medios claramente inferiores a los esperados.

Gráfico 8. Sobrecoste total por servicio y año de los efectos de las Complicaciones Hemorrágicas



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 9. Sobrecoste promedio por día de estancia y servicio de las Complicaciones Hemorrágicas



Fuente: Elaboración Propia

No obstante, aunque la casuística con complicación en términos absolutos no es tan abundante en el caso de Cirugía Cardíaca, ésta complicación incide en pacientes con intervenciones que, aún sin complicación, presentan un elevado coste unitario, y, por tanto, la complicación índice sobre procesos cuyos GRD's son, ya de por sí, de los más costosos del hospital. Esto da lugar a que con menos casos por año su coste global por año sea de forma constante de los más elevados del centro y, por otra parte, esa misma circunstancia se observe en los costes medios por día y lógicamente por paciente.

En el caso de los servicios médicos o no quirúrgicos sólo destacar la presencia de un paciente en el servicio de nefrología que durante 2004, y por complicaciones hemorrágicas derivadas de su situación de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, prolongó su estancia durante 174 días, siendo este paciente el origen de la importante desviación en estancia respecto a la esperada y sobre todo del 86% del sobrecoste estimado en ese año. Lo que vuelve a poner de manifiesto la posible limitación que la presencia de valores muy fuera del rango esperado en estancia y en el consiguiente sobrecoste pueda incidir en los resultados del presente estudio.

El caso del importante sobrecoste observado en el servicio de neurocirugía en el año 2006 está concentrado en un sólo paciente cuya complicación hemorrágica

consistió en un hemorragia cerebral que lo mantuvo en coma hasta su fallecimiento tras 215 días de estancia, volviendo a incidir este caso en lo contemplado en el punto anterior.

Las medidas preventivas de estos accidentes o efectos adversos de los cuidados médicos son más complicadas de implementar. No obstante, el seguimiento estricto de la tasa de complicaciones hemorrágicas resulta indispensable para determinar si su frecuencia en el centro es superior a la recogida en los estándares existentes a partir de las estadísticas autonómicas y nacionales desagregadas por GRD. Y de ser así el análisis centrado en el proceso se hace indispensable en aquellos GRD's o servicios que presenten desviaciones superiores al estándar.

4.4. CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS GRÁFICOS DE SOBRECOSTES INDUCIDOS POR ÚLCERAS DE DECÚBITO

La úlcera por decúbito es la complicación por antonomasia que más se relaciona con deficiencias en la calidad de los cuidados de enfermería, es además prácticamente función directa de la duración de la estancia.

Es por ello que llama la atención la incidencia de casos y el sobrecoste observado en el servicio de nefrología, donde año tras año y de forma muy constante presenta complicaciones. Todo ello sin que, salvo un paciente de 160 días de estancia en 2006, exista una estancia media por año que lo justifique. Es, por tanto, un objetivo evidente de aplicación de programas de mejora, específicamente orientado al personal de enfermería del servicio.

El sobrecoste observado en cirugía cardiaca en 2007 está condicionado por la elevada complejidad (ver tabla correspondiente) alcanzada por los pacientes con esta complicación en el mencionado año, y que alcanza los 11,6 puntos, extraordinariamente superior al promedio del hospital en general y de los otros servicios contemplados en la tabla concretamente. Dicho índice de complejidad o peso medio es, como es sabido, la variable que correlaciona complejidad o gravedad clínica y coste, y, en este caso, y como ya se ha comentado en otros apartados anteriores, es el reflejo del sobrecoste producido por esta complicación en pacientes que ya de por sí tienen un elevado coste sin que tuviera que incidir complicación alguna. Concretamente este sobrecoste pone de manifiesto las prolongadas estancias en UCI de pacientes sometidos a sustituciones de válvulas cardiacas, todo ello,

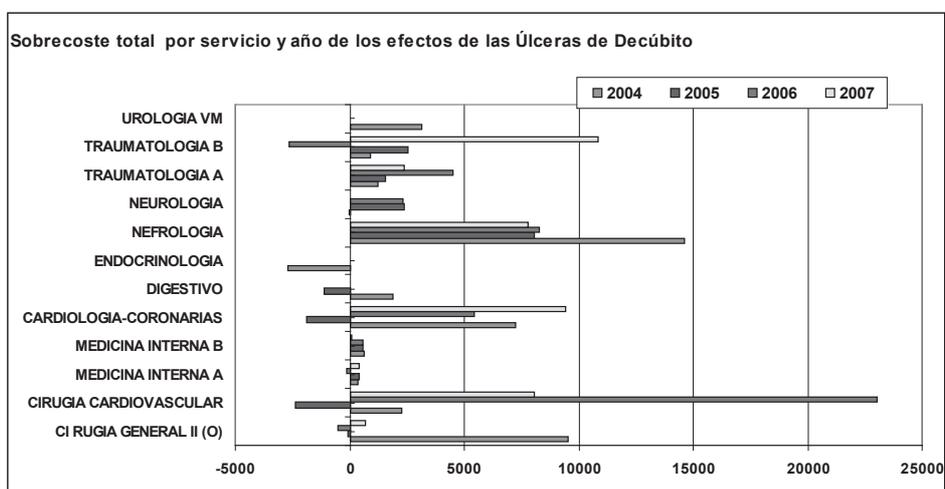
independientemente de que la incidencia en 2006 de un paciente de 160 días de estancia sea un sesgo incidental particularmente significativo *per se*.

En 2004 el sobrecoste más llamativo se presenta en cirugía general B y corresponde a un paciente de 120 días de estancia.

En este tipo de complicación, es complejo dirimir, como se señaló al comienzo de este apartado, la incidencia real de úlcera de decúbito en la prolongación de la estancia, pues es más asumible que sean otras complicaciones (insuficiencias respiratorias o cardíacas o renales, por ejemplo) las que ocasionen o justifiquen la prolongación de las estancias y sea precisamente ésta mayor permanencia encamado del paciente el factor determinante de la úlcera de decúbito, conjuntamente con el déficit o inadecuación de cuidados de enfermería, y, no al revés, el origen del sobrecoste.

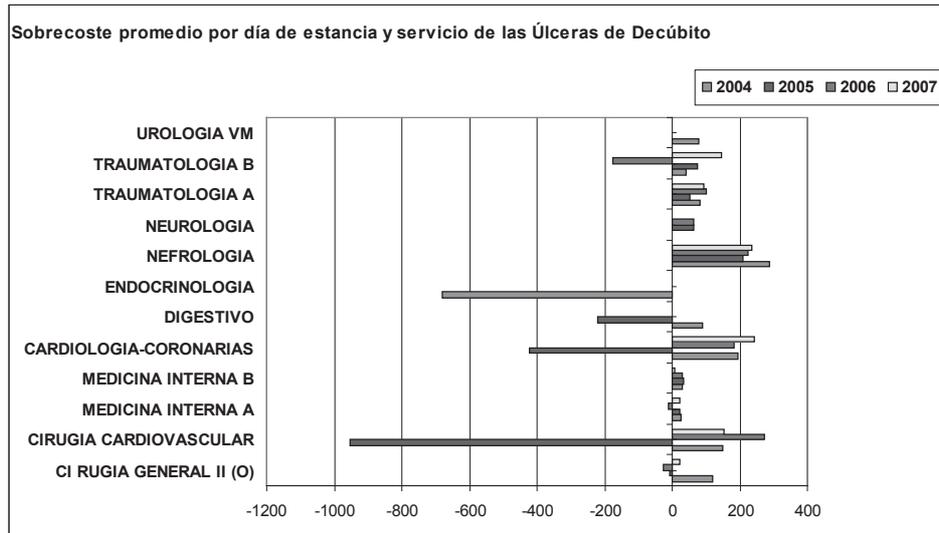
Los gráficos relacionados son los gráficos 10 y 11, que se muestran a continuación.

Gráfico 10. Sobrecoste total por servicio y año de los efectos de las Úlceras de Decúbito



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 11. Sobrecoste promedio por día de estancia y servicio de las Úlceras de Decúbito



Fuente: Elaboración Propia

4.5. CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS GRÁFICOS DE SOBRECOSTES INDUCIDOS POR ANTICOAGULANTES

La anticoagulación profiláctica es una medida muy extendida en tres tipos de pacientes: los portadores de prótesis valvulares cardíacas, los que presentan una arritmia cardíaca potencialmente productora de embolias y aquellos que han tenido un antecedente importante tromboembólico, siempre en orden a evitar la producción o repetición de estos eventos.

Estos pacientes suelen ser de edad superior a los 50 años y suelen tener una comorbilidad más o menos florida, encontrándose usualmente polimedicados, circunstancia a la que se une la necesidad de anticoagulación de por vida. Además, los controles de los niveles de anticoagulantes en sangre deben de ser periódicos y realizados fundamentalmente en atención primaria.

El control de la anticoagulación es fundamentalmente una responsabilidad médica y la prevención y corrección de sus efectos también, por ello, es este estamento

el objetivo de cualquier actuación de mejora en la frecuencia de presentación de estos eventos adversos.

La presentación de estos eventos puede tener un origen intra o extra hospitalario, pero una vez ingresado el paciente en el hospital su atención corresponde a los servicios de medicina interna y cardiología, en atención a la condición de pluri-patológicos o a la enfermedad de base de estos pacientes. Por ello, es coherente la incidencia observada en las tablas de pacientes en estos servicios, que, de forma casi constante, suponen entre el 60-65% del total de casos. Sin embargo, la adecuada gestión de esta complicación reduce su efecto sobre la dilatación de la hospitalización en estos servicios y su sobrecoste promedio por paciente al año así como sus costes acumulados. Si bien el sobrecoste de cardiología es superior al de las medicinas internas, lo que en aquellos ejercicios anteriores al año 2007 venían a poner de manifiesto el diferencial general de eficiencia existentes entre estos servicios.

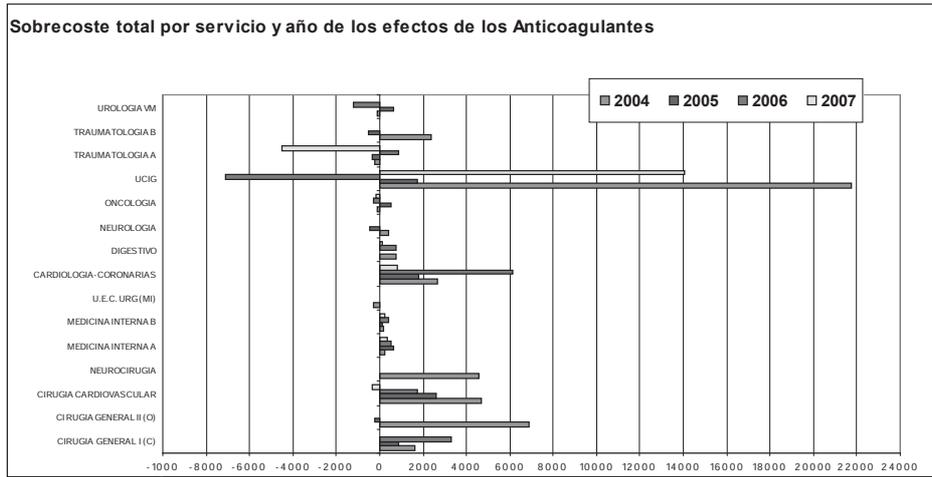
Los casos y el sobrecoste apreciado en UCI corresponden a EXITUS. La actividad de la UCI se refleja fundamentalmente como un coste intermedio de los servicios clínicos y, como se ha señalado, se vuelca en ellos sobre el alta final. Por este criterio, sólo los pacientes que “salen” o son alta desde las UCIs aparecerían reflejados en estas tablas al pasar de ser la UCI un servicio intermedio a otro final, con todas sus consecuencias. Lo que ocurre es que estas altas finales directas de UCI son fundamentalmente ÉXITUS. Por ello, la valoración de este sobrecoste, por otra parte muy importante por la complejidad y coste de la UCI, ya reseñada, es muy aleatoria, ya que está ligada a la supervivencia del paciente.

Finalmente, llama la atención el sobrecoste en pacientes traumatológicos que son anticoagulados, como profilaxis de complicaciones embólicas de fracturas (especialmente en caderas y en ancianos), de forma que, como ya se ha señalado referido a otras complicaciones, el infracoste aparente corresponde, tanto en 2007 en traumatología A como en urología en 2006 a pacientes fallecidos que sesgan la estancia esperada, y, consiguientemente, el principal vector de coste del episodio.

Por su frecuencia general su prevención debe de ser prioritaria, pero no sólo a nivel hospitalario sino global (incluyendo atención primaria), mediante la implementación de programas de formación continuada interniveles.

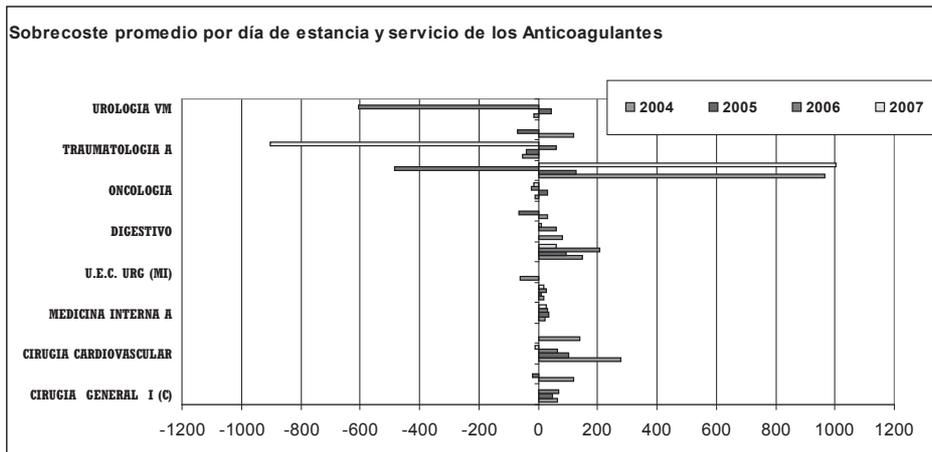
Los gráficos relacionados son los gráficos 12 y 13 que se muestran a continuación.

Gráfico 12. Sobrecoste total por servicio y año de los efectos de los Anticoagulantes



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 13. Sobrecoste promedio por día de estancia y servicio de los Anticoagulantes



Fuente: Elaboración Propia

5 | CONCLUSIONES Y FUTURAS EXTENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación pasamos a exponer las conclusiones alcanzadas que se corresponden con los objetivos que nos habíamos marcado para este estudio.

1. Los resultados obtenidos por la exhaustiva tabulación de cada uno de los eventos o efectos adversos testados por separado y el efecto global recogido en los gráficos generales (gráficos 14 y 15, al final de las conclusiones), ponen de manifiesto que todos los efectos adversos han producido un incremento en la estancia media de la mayoría de los servicios en los que se manifestaron. Teniendo en cuenta la relación entre la variable estancia y la generación de costes hospitalarios, este incremento en la estancia ha supuesto de forma directa un aumento de los costes en línea con el objetivo enunciado. Además, el modelo aplicado ha permitido identificar aquellos servicios en los que la gestión de la complicación o efecto adverso ha sido adecuadamente gestionado sin que se tradujese en incrementos en la estancia superiores a los registrados en el estándar del SAS para los GRD's equivalentes correspondientes a las patologías de los pacientes considerados.

Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto la limitación que la presencia de éxitus precoces ocasionan al modelo general, ya que existe una disociación entre la gravedad clínica del paciente y la estancia esperada para su tratamiento y la estancia realmente registrada que es muy inferior a la esperada por haberse interrumpido tempranamente por el desencadenamiento del fallecimiento o éxitus, con lo cual la variable estancia no adquiere los valores máximos esperados y, con-

siguientemente, presenta un valor netamente inferior respecto al esperado para el conjunto de pacientes de esas patologías que no son éxitos precoces.

Asimismo, pudiera, hasta cierto punto, considerarse una distorsión parcial la presencia de casos de pacientes aislados con estancias extraordinariamente dilatadas con relación a la esperada según el estándar del SAS.

2. Se confirma que los cinco grupos de efectos adversos elegidos son responsables de importantes bolsas de ineficiencia cuya importancia cuantitativa global queda reflejada en los gráficos generales (gráficos 14 y 15, al final de las conclusiones).

Dada la naturaleza de estos cinco grupos de eventos adversos y su relación directa con deficiencias en la calidad asistencial que, a su vez, han implicado, de forma simultánea, desviaciones palmarias en las variables elegidas para su identificación (básicamente estancia media, estancias evitables, sobrecoste por día y sobrecoste anual) es evidente considerar como objetivo de posibles actuaciones preventivas y correctivas, tanto a los procesos asistenciales en los que se presenta como a aquellos servicios donde eventualmente pueden tener mayor incidencia.

Por ello, resulta evidente que en el caso de la incidencia de flebitis, úlceras de decúbito e infecciones nosocomiales de heridas post-operatorias, el peso fundamental de las actuaciones debe estar orientado a mejorar los cuidados de enfermería, especialmente, en aquellos pacientes cuyas patologías hagan prever una estancia prolongada, siendo desde el punto de vista concreto de los servicios una actuación prioritaria los servicios de Cardiología, Nefrología, Cirugía Cardiovascular, sobre todo teniendo en cuenta que parte de las estancias de estos pacientes corresponden a periodos intermedios en UCI.

En el caso de la flebitis los servicios en los que deben implementarse medidas de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería son aquellos en los que se realiza un número elevado de perfusiones intravenosas (hematología), o cuentan con pacientes con presencia permanente de diversos tipos de catéter (nefrología por los pacientes dializados).

En el caso de las infecciones nosocomiales, la revisión exhaustiva de los protocolos de profilaxis antibiótica, junto con la mejora de los cuidados de enfermería de heridas operativas en los servicios de Traumatología, Cirugía Cardiovascular y UCI, son los instrumentos previsiblemente más adecuados para disminuir la tasa de infecciones y su importante impacto en la ineficiencia derivada de la prolongación de las estancias.

Mientras que las complicaciones hemorrágicas, teniendo en cuenta el origen de su presentación, quizá sea el grupo de complicaciones de más problemática prevención, sin perjuicio de que su gestión a lo largo de estos años en el hospital, puede considerarse como aceptable a partir de su impacto en los niveles de ineficiencia que recogen los indicadores utilizados. Por tanto, resulta muy importante la vigilancia de sus tasas de incidencias.

Finalmente, la prevención de los efectos adversos de los anticoagulantes requiere de medidas transversales apoyadas en mejorar simultáneamente el seguimiento de los pacientes anticoagulantes, tanto en la atención primaria como en el propio hospital, mediante la actualización permanente de los mencionados protocolos de seguimiento.

3. Ha quedado demostrada la existencia de una relación directa entre la seguridad del paciente y la calidad asistencial, en función de los resultados obtenidos en este estudio. Es evidente también la relación entre la variable estancia y la generación de costes hospitalarios, aumentando éstos cuando aumenta el número de estancias y la relación del modelo utilizado, a través de los GRD's, que ha permitido calcular los costes hospitalarios utilizando el aplicativo COAN H y D.

Un claro ejemplo lo podemos encontrar en los resultados que nos muestran los gráficos de sobrecostes inducidos por las flebitis. Comprobamos el incremento en días de estancia sufrido por un paciente debido a las complicaciones que se le presentan, complicaciones relacionadas directamente con la seguridad del mismo y con un claro déficit en la calidad de los cuidados recibidos por el paciente. Este incremento en días ha provocado directamente un sobrecoste.

4. La prolongación de la estancia es, con frecuencia, reflejo de descoordinaciones entre servicios con distintos factores que, por ejemplo, pueden dar lugar a retrasos no asumibles en la realización de pruebas diagnósticas imprescindibles para acortar la estancia del paciente en el hospital. Asimismo, deficiencias en la planificación y gestión de los recursos asistenciales pueden dar lugar a cuellos de botella en los procesos de hospitalización que redundan en la prolongación de la duración de los mismos, condicionando la presencia de posibles úlceras de decúbito por dos vías evidentes:

- La prolongación misma de la estancia.
- La sobrecarga de trabajo de enfermería en las plantas al encontrarse en ellas pacientes que eventualmente podrían estar de alta y cuya permanencia en la planta

incide en un incremento de la carga de trabajo por enfermero o enfermera que, a su vez, puede ser origen de un déficit en la prestación de los cuidados (cambios posturales).

Como ya se apuntó en las consideraciones sobre los resultados de los gráficos de sobrecostes inducidos por úlceras de decúbito esta mayor permanencia encamado del paciente es el factor determinante de la úlcera de decúbito, conjuntamente con el déficit o inadecuación de cuidados de enfermería, y no al revés, el origen del sobrecoste.

5. Estos programas de reciclaje deben estar acompañados de periodos de entrenamiento y acogida que permitan la adaptación de nuevos profesionales a aquellas unidades donde la naturaleza de los cuidados y las patologías de los pacientes potencien la presencia de estos efectos adversos.

Se señaló anteriormente en las consideraciones de sobrecostes inducidos por las flebitis que era éste el grupo de complicaciones donde habría que hacer más hincapié en los programas de entrenamiento y formación continuada dirigidos al personal de enfermería para su prevención.

6. La necesidad de implantar programas de formación se ha justificado a lo largo de las actuaciones parciales, como por ejemplo, el caso de gestión de enfermería. Se emplearían programas de calidad que instrumentalizan la formación para corregir las posibles deficiencias detectadas en la fase de diagnóstico. Se trataría de un instrumento de formación que permitiría conocer en qué nivel se encuentra la organización en su camino hacia la excelencia.

7. Hemos identificado los efectos adversos en las tablas de forma desagregada y además dentro de cada grupo de incidencias negativas hemos podido identificar aquel servicio o servicios donde su incidencia era mayor y, consecuentemente, donde los posibles sobrecostes, derivados de una gestión ineficiente, hacen más perentoria la implementación de las acciones correctoras.

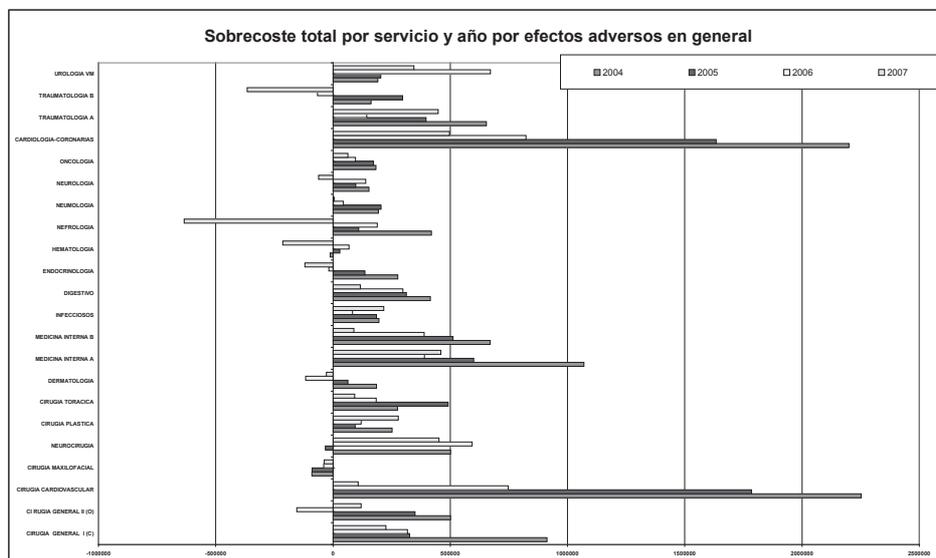
Esta circunstancia está ampliamente detallada en las tablas que se acompañan como anexos al presente trabajo, siendo desde nuestro punto de vista una demostración de la validez de los GRD's como instrumento de control de calidad y de elemento indispensable para la evaluación de los sobrecostes registrados.

8. El coste de oportunidad, tanto económico como asistencial y social, es quizás uno de los riesgos más evidente de las ineficiencias en la gestión de los cuidados

médicos, especialmente destacables cuando estas ineficiencias han tenido su origen en problemas de calidad asistencial que incluso pueden poner en peligro o agravar las condiciones del paciente.

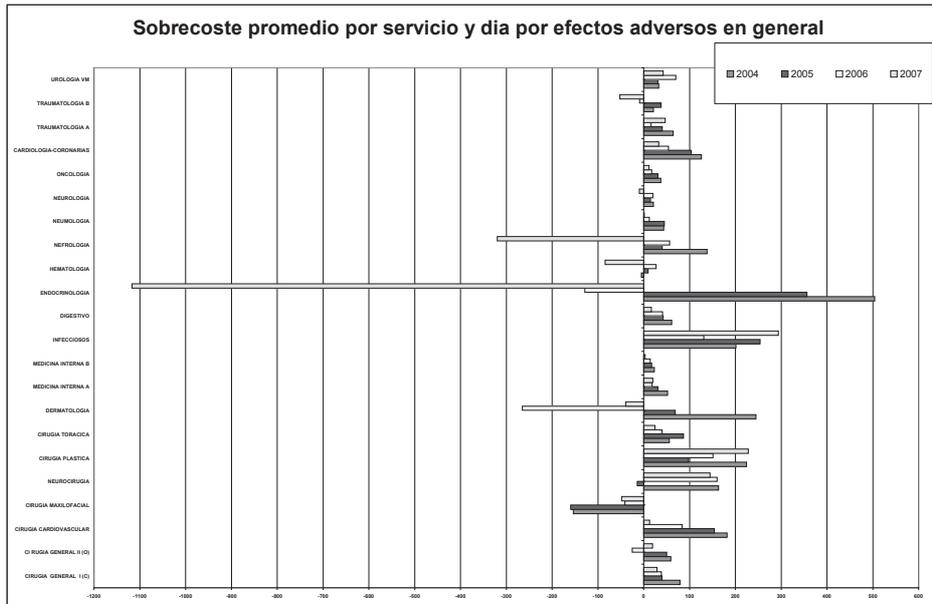
Por ello, la resolución de los problemas de calidad permiten disminuir o incluso anular el coste de oportunidad asistencial. Dicho coste proviene de las restricciones marginales a la atención en número o intensidad de cuidados a una población determinada. Supondría, en sentido estricto, un valor añadido sustancial a aquellas medidas implantadas para la mejora de la calidad que conllevarán mejoras simultáneas de la eficiencia. A su vez, esto se traduciría en incrementos de productividad que, sin duda alguna, permitirían ampliar la oferta asistencial sin incrementos sustanciales de recursos. Por tanto, la eliminación de la totalidad o parte de las bolsas de ineficiencia supondría el aumento de los recursos existentes en el sistema, ya que permitiría eludir una carga de trabajo marginal de actividad que eventualmente podría producir la necesidad de contratar personal adicional.

Gráfico 14. Sobrecoste total por servicio y año por efectos adversos en General



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 15. Sobrecoste promedio por día de estancia y servicio por efectos adversos en General



Fuente: Elaboración Propia

Quizá la primera extensión que se derive de este estudio es la necesidad de realizar un estudio prospectivo donde, una vez identificados los problemas, según lo manifestado en el mismo, se implementen las medidas correctivas apuntadas, con valoración estricta de los costes de su realización y, posteriormente, se vuelva a realizar este estudio para determinar su impacto, tanto desde la perspectiva estrictamente asistencial como de la económica, en un periodo de tiempo de al menos un año, desde que las actuaciones tuvieran lugar. De esta forma se mejorarían los resultados obtenidos disminuyendo el sobrecoste que se genera en algunos servicios.

Asimismo, en un análisis de costes, posiblemente llegaríamos a la conclusión de que el coste de la no calidad es superior a los costes de las medidas correctivas, sobre todo en un ámbito tan sensible, desde el punto de vista social e incluso vital, como es la sanidad.

Por último, no queremos finalizar este trabajo sin manifestar nuestro deseo de continuar este estudio, en un futuro cercano, para que constituya la base de una futura tesis doctoral, en la que se contemplara la incidencia de acciones preventivas y correctoras de diferente índole, la evaluación de sus resultados y la valoración de la eficiencia de las actuaciones en función de la comparación entre los costes de estas actuaciones y la posible reducción de los sobrecostes previos y comparar los resultados con los obtenidos en otros hospitales del mismo nivel que se hayan visto envueltos en situaciones semejantes.

6 | BIBLIOGRAFÍA

1. KOHN, L.; CORRIGAN, J. y DONALDSON, M.: “To err is human. Building a safer health system”, 1st ed. Washington, National Academy Press, 2000.
2. SALA, J.: “Valoración del impacto de los errores de codificación en la producción de outliers en el Hospital Virgen Macarena”, *X Congreso Andaluz de Admisión y Documentación Clínica*, Córdoba, 17-19 octubre 2007.
3. AVERIL; RICHARD, F; BONAZELLI, JANICE A.; MULLIN; ROBERT, L.; GOLLFIELD; NORBERT; MCCULLOUGH, ELIZABETH C.: “AP-GRDs. All Patient Diagnosis Related Groups”, Definition Manual, Version 18.0, 3M, Health Information Systems, Wallingford, Connecticut, 2000.
4. MANUAL DEL USUARIO: Escuela de Salud Pública de Granada, 2003.
5. AHVM (Área Hospitalaria Virgen Macarena): Memoria Existencial y de Gestión, Hospital Virgen Macarena, 2007.
6. DONABEDIAN, A.: “La calidad de la atención médica”, *Ediciones científicas*, La Prensa Médica Mexicana, S. A., 1980.
7. PLAN NACIONAL DE CALIDAD INDUSTRIAL: Ministerio de Industria y Energía, Subdirección General de Seguridad y Calidad Industrial, 1996.
8. DÍAZ, R.: “Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios”, *Revista Calidad Asistencial*, 17:22-9, 2002.

9. ABREU, M. A.: "Denuncias por mala praxis: causa, consecuencias y prevención", *Med Clin (Barc)*, 103:543-6, 1994.
10. RUNCIMAN, W. B.; FERRY, A. F. y TITO, F.: "Error, blame and the law in health care-an antipodean perspective", *Ann Intern Med*, 138:974-9, 2003.
11. LEAPE, LL.: "Reporting of adverse events", *N Engl J Med*, 347:1633-8, 2002.
12. SEOANE, J. A.: "Una aproximación jurídica a la seguridad clínica", en Lorenzo S. editor, Monografías humanitas, Seguridad Clínica, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona, pp. 161-79, 2006.
13. DEL CASTILLO, A.: "Propuesta de un nuevo modelo de gestión clínica en medicina interna", Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), Buenos Aires, Argentina, publicado el 2 de mayo de 2006.
14. DEL CASTILLO, S. y KHOSRAVI, P.: "Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia hospitalaria", *An Med Intern*, 22:509-10, 2005.
15. PORTAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID: "Organización. Gestión y Control. Observatorios Regionales. Observatorio de Riesgos Sanitarios", Disponible en <http://www.madrid.org>.
16. YOSHIKAWA, T. T.: "Epidemiology and unique aspectos of aging and infectious diseases", *Clin Infect Dis*, 30:931-3, 2000.
17. HIGH, K. P.: "Infection as a cause of morbidity and mortality in the aged", *Aging Res Rev*, 3:1-14, 2004.
18. TESSA, R. I.: "Continuing medical education", *BMJ*, 316:246, 1988.
19. OTEO, L. A.: "Capitalización global en el Sistema Nacional de Salud", *Revista Administración Sanitaria*, vol. 2, núm. 4, 2004.
20. GARCÍA, J. L.: "La calidad total como herramienta estratégica en el sector financiero español. La banca del futuro", Pirámide, Madrid, 1990.
21. MIRA, J. J.; PÉREZ-JOVER, V. y LORENZO, S.: "Navegando en Internet en busca de información sanitaria: no es oro todo lo que reluce".
22. PEYA, M.: "El Modelo Europeo de Calidad", *Revista Nursing*, vol. 22, núm. 10, pp. 62-65, 2004.

23. SIMÓN, P.; HERNANDO, P.; MARTÍNEZ, S.; RIVAS, F.; DE LOS REYES, M.; SAINZ, A.; GONZÁLEZ, J. y MÁRQUEZ, F.: “Estándares éticos para una organización sanitaria excelente”, *Revista Calidad Asistencial*, 18(6):379-404, 2003.
24. HENNING, R. J.; MCCLISH, D. y DALY, B.: “Clinical characteristics and resource utilization of ICU patients: Implications for organization of intensive care”, *Crit Care med*, 15:264-9, 1987.
25. KAHN, J.: “Gestión de calidad en los centros sanitarios”, SG Editores, Barcelona, 1990.
26. EDBROOKE, D.; HIBBERT, C.; RIDLEY, S.; LONG, T. y DICKIE, H.: “The development of a method for comparative costing of individual intensive care units. The Intensive Care Working Group on Costing”, *Anaesthesia*, 54:110-20, 1999.
27. EDBROOKE, D. L.; STEVENS, V. G.; HIBBERT, C. L.; MANN, A. J. y WILSON, A. J.: “A new method of accurately identifying costs of individual patients in intensive care: the inicial results”, *Intensive Care me*, 23:645-50, 1997.
28. LLUCH, E.: “Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos”, *Revista de Administración Sanitaria*, 1(1):35-45, 1997.
29. GONZÁLEZ, B.: “Aplicación de la metodología de cálculo del coste en los hospitales públicos gallegos”, *Revista de Administración Sanitaria*, 4(4):745-57, 2006.
30. PRADHAN, M.; EDMONDS, M. y RUNCIMAN, W.: “Quality in healthcare: process”, *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 15:555-71, 2001.
31. AHRQ Quality Indicators-Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of care in hospitals-Volume, Mortality and Utilization, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002, Revision 2 (septembre 4, 2003), AHRQ Pub, No. 02-R0204.
32. DECRETO 303/1992: (BOPV de 01-12-92) por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria y se crea el Registro de altas hospitalarias de Euskadi.
33. Department of Health, Education, and Welfare: Nationa Committee on Vital and Health Statistics, Uniform hospital Discharge Data Minimum Data Set, DHEW Pub. No. (PHS) 80-1157. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1980.
34. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica, 5ª ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006.
35. Boletín de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC. Ministerio de Sanidad, números 1 al 20, Madrid.

36. Manual Técnico del Registro del CMBD del alta hospitalaria de Euskadi. Versión 2, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
37. Manual de auditoria del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios Andaluz (CMBDA): proceso de acreditación 2000. Ediciones Al Sur, Sevilla, 2001.
38. Informe del Registro de altas hospitalarias, 2004, Servicio de Registros e información sanitaria, Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Vitoria, 2005.
39. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
40. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales del Insalud 1999. Instituto nacional de la Salud, Madrid, 2000.
41. Sistema Nacional de Salud. Año 1999. Explotación de bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de los registros de pacientes (GDR). Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2002.
42. Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitais do Servicio Galego de Saúde. Resultados bienio 1998/99. Sergas. Secretaría Xeral, Subdirección Xeral de Información Sanitaria.
43. LIBRERO, J.; ORDIÑANA, R. y PEIRÓ, S.: “Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajustes de riesgos”, *Gaceta Sanitaria*, 12:9-21, 1998.
44. CASAS, M.: “Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Experiencia y perspectivas de utilización Masson”, Barcelona, 1991.
45. Manual de descripción de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud, Bilbao, 2000.
46. ESCRIBANO, M. A. y ABAD, I.: “Grupos relacionados por el diagnóstico: patrones de comparación intrahospitalaria entre servicios”, *Revista Calidad Asistencial*, 119:61-8, 2004.
47. Servicio Andaluz de Salud. Plan estratégico. Contrato Programa de los hospitales del Servicio Andaluz de la Salud 2005-2008, Sevilla 2005.
48. FETTER, R. B.; SHIN, Y.; FREEMAN, J. L. y AVERIL, R. F.: “Case mix definition by Diagnosis Related Groups”, *Medical Care*, 18 (Suppl. 2):1-53, 1980.

49. Fundación Signo. Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v. 14.1), Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Servicio Vasco de Salud, Bilbao, 2000.
50. TOMÁS, R.: "Evaluación del comportamiento de los GRD en nuestro medio", en Casas, M., editor. "Los Grupos Relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización", *Masson y SG*, pp. 85-132, Barcelona, 1991.
51. SANDERSON, H. F.: "DRGs: how well do they define hospital products in Europe?" en Casas, Wiley, M. M., editors, "Diagnosis related groups in Europe. Uses and perspectives Belin", *Springer Verlag*, pp. 46-60, 1993.
52. DÍEZ, A.; TOMÁS, R.; VARELA, J.; CASAS, M. y GONZÁLEZ-MACÍAS, J.: "La medicina interna en un grupo de 52 hospitales españoles. Análisis de casuística y eficiencia", *Med Clin (Barc)*, 106:361-7, 1996.
53. BARBEITO, J. E.; ARANAZ, J. M. y BOLÚMAR, F.: "Análisis de la eficiencia relativa de los hospitales de Valencia según tamaño, estancia media y casuística", *Todo Hospital*, 143:15-21, 1998.
54. STOSKOPF, C.: "Predicting length of stay for patients with psychoses", *Health Serv Res*, 26:743-66, 1992.
55. MATIAS-GUIU, J. y GÓMEZ, R.: "La importancia sanitaria económica de la estancia media hospitalaria", *Med Clin (Barc)*, 100:396-7, 1993.

| **ANEXOS**

Tabla 4. Cuadro General de Servicios 2004

Año del Alta por Servicio de Alta-TODOS											
SAS 2007											
		Estancia	Estancia	Coste	Coste	Coste	% Coste personal	% Coste fungible	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	Total	Personal	Fungible	Coste Total	Coste Total	TOTAL	PERSONAL	FUNGIBLE
2004											
	623	18,52	11,44	1.472.303	1.157.717	314.586	78,6330667	21,3669333	206,5775517	162,438264	44,13928768
	562	15,04	12,22	2.172.287	1.808.949	363.338	83,27394124	16,72605876	316,3076399	263,4018382	52,9058017
	534	23,15	15,77	4.811.079	1.143.787	3.667.292	23,77402242	76,22597758	571,3069902	135,8226519	435,4843383
	77	7,62	10,2	356.250	228.856	127.394	64,2402807	35,7597193	453,5905271	291,3878279	162,2026993
	174	17,63	12,62	1.263.244	756.540	506.704	59,88866759	40,11133241	575,2791592	344,5270233	230,7521358
	119	9,39	6,84	672.405	585.425	86.980	87,06434366	12,93565634	826,0909627	719,2306747	106,860288
	280	17,48	13,44	913.623	656.612	257.011	71,86903132	28,13096868	242,7782207	174,4823554	68,29586522
	72	10,49	7,41	445.191	420.242	24.949	94,39588851	5,604111494	834,4410706	787,6780627	46,76300795
	1.478	13,95	9,53	2.305.519	1.715.646	589.873	74,41474132	25,58525868	163,6821688	121,8036625	41,87850631
	2.469	11,87	9,65	2.911.065	2.440.994	470.071	83,85226713	16,14773287	122,1809505	102,451497	19,72945351
	64	15,25	12,41	857.766	809.054	48.712	94,32106192	5,678938079	1.079,98338	1.018,651793	61,33158743
	574	11,77	9,48	1.716.154	1.064.278	651.876	62,015297	37,984703	315,381364	195,5846896	119,7966745
	45	12,18	8,23	575.946	325.468	250.478	56,51015894	43,48984106	1.555,139733	878,8119347	676,327798
	172	13,72	13,86	1.190.988	965.505	225.483	81,06756743	18,93243257	499,5922682	405,0072989	94,58496929
	241	12,57	9,92	1.570.964	1.558.076	12.888	99,17961201	0,820387991	657,1091554	651,7183108	5,390844599
	302	14,77	10,95	556.580	458.512	98.068	82,38025082	17,61974918	168,3086879	138,6531192	29,65556866
	569	12,72	11,14	1.082.083	871.344	210.739	80,52469173	19,47530827	170,7116331	137,4650163	33,24661679
	347	14,2	11,33	723.702	563.449	160.253	77,85649342	22,14350658	184,0773647	143,3161813	40,76118336
	1.364	12,79	9,02	5.269.562	4.585.869	683.693	87,02561997	12,97438003	428,30546	372,7354819	55,56997809
	779	13,04	10,51	2.722.466	1.238.846	1.483.620	45,50455359	54,49544641	332,5234601	151,3133161	181,210144
	759	10,15	9,63	2.998.290	1.399.285	1.599.005	46,66943491	53,33056509	410,2093671	191,4423936	218,7669735
	703	8,28	7,12	1.167.436	988.030	179.406	84,63247664	15,36752336	233,2371698	197,3943932	35,84277654

Continuación Tabla 4. Cuadro General de Servicios 2004

COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD	
TOTAL REAL	PERSONAL REAL	FUNGIBLE REAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	
127,6051399	100,3398348	27,26530513	78,97241176	62,09842921	912.258,8628	2,1875	CIRUGÍA GENERAL I (C)
256,9999574	214,0139935	42,98596388	59,30768248	49,38784466	500.993,3447	2,5013	CIRUGÍA GENERAL II (O)
389,179751	92,52368125	296,6560698	182,1272392	43,29897068	225.1463,718	4,8644	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
607,1684221	390,0466987	217,1217234	-153,577895	-98,65887085	-89.919,7861	1,8957	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
411,7993754	246,6211591	165,1782163	163,4797837	97,90586426	501.603,1572	2,5349	NEUROCIRUGÍA
601,7531613	523,9124404	77,84072095	224,3378014	195,3182344	251.561,22	1,3751	CIRUGÍA PLÁSTICA
186,6670072	134,1557699	52,51123733	56,11121347	40,32658558	274.594,3065	2,9508	CIRUGÍA TORÁCICA
589,438354	556,4055714	33,03278254	245,0027166	231,2724912	184.962,2077	1,4665	DERMATOLOGÍA
111,8201483	83,21067412	28,6094742	51,86202052	38,59298841	1.069.849,571	1,7808	MEDICINA INTERNA A
99,32992187	83,29039142	16,03953045	22,85102866	19,16110559	670.628,023	1,8408	MEDICINA INTERNA B
878,8586066	828,9487705	49,90983607	201,1247738	189,7030224	195.973,7842	2,4416	INFECCIOSOS
254,0199941	157,5312538	96,48874035	61,36136989	38,05343578	414.701,2632	1,5885	DIGESTIVO
1.050,804598	593,8113483	456,9932494	504,335135	285,0005864	276.006,1998	1,0113	ENDOCRINOLOGÍA
504,6901485	409,1400264	95,55012204	-5,097880288	-4,13272754	-11.655,48762	3,7876	HEMATOLOGÍA
518,5777901	514,3234402	4,254349914	138,5313653	137,3948706	420.043,8854	2,2414	NEFROLOGÍA
124,7786142	102,7929354	21,98567886	43,53007365	35,86018385	193.839,4328	2,138	NEUMOLOGÍA
149,5068862	120,3899592	29,11692697	21,20474687	17,07505705	153.575,5993	2,181	NEUROLOGÍA
146,8729959	114,3501644	32,52283151	37,20436878	28,96601693	182.936,085	2,0385	ONCOLOGÍA
302,0574863	262,8674001	39,19008619	126,2479737	109,8680818	2.199.982,429	2,5096	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
268,0077888	121,9557479	146,0520409	64,51567133	29,35756824	654.396,1939	2,7547	TRAUMATOLOGÍA A
389,1937148	181,6345074	207,5592074	21,01565231	9,807886174	162.430,6031	2,756	TRAUMATOLOGÍA B
200,561431	169,7401062	30,82132476	32,67573876	27,65428697	191.403,751	1,429	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 5. Cuadro General de Servicios 2005

Año del Alta por Servicio de Alta-TODOS										
SAS 2007										
		Estancia	Estancia	Coste	Coste	Coste	% Coste personal	% Coste fungible	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	Total	Personal	Fungible	Coste Total	Coste Total	TOTAL	PERSONAL
2005										
	614	13,28	10,95	1.531.195,12	1.204.025,68	327.169,44	78,6330667	21,3669333	227,7445778	179,0825458
	581	12,08	10,46	2.259.178,48	1.881.306,96	377.871,52	83,27394124	16,72605876	371,7429368	309,5649948
	537	21,52	15,86	5.003.522,16	1.189.538,48	3.813.983,68	23,77402242	76,22597758	587,4871325	139,6693226
	87	6,43	8,47	370.500	238.010,24	132.489,76	64,2402807	35,7597193	502,7887473	322,9929026
	204	11,6	11,9	1.313.773,76	786.801,6	526.972,16	59,88866759	40,11133241	541,1821387	324,1067721
	126	7,7	6,78	69.9301,2	60.8842	90.459,2	87,06434366	12,93565634	818,5854755	712,6960715
	268	21,1	13,91	950.167,92	682.876,48	267.291,44	71,86903132	28,13096868	254,8815734	183,1809178
	106	8,74	7,68	462.998,64	437.051,68	25.946,96	94,39588851	5,604111494	568,7385024	536,8657626
	1.494	12,98	10,38	2.397.739,76	1.784.271,84	613.467,92	74,41474132	25,58525868	154,6158791	115,0570064
	2.582	11,54	9,87	3.027.507,6	2.538.633,76	488.873,84	83,85226713	16,14773287	118,7987446	99,6154407
	50	14,62	12,1	892.076,64	841.416,16	50.660,48	94,32106192	5,678938079	1.474,506843	1.390,770512
	664	11,06	9,41	1.784.800,16	1.106.849,12	677.951,04	62,015297	37,984703	285,6484642	177,1457434
	38	10,11	8,23	598.983,84	338.486,72	260.497,12	56,51015894	43,48984106	1.915,277355	1.082,326277
	201	14,75	14,42	1.238.627,52	1.004.125,2	234.502,32	81,06756743	18,93243257	427,3457677	346,4388184
	249	10,96	10,27	1.633.802,56	1.620.399,04	13.403,52	99,17961201	0,820387991	638,8954298	633,6540084
	315	14,53	10,73	578.843,2	476.852,48	101.990,72	82,38025082	17,61974918	171,257918	141,0827024
	558	11,95	11	1.125.366,32	906.197,76	219.168,56	80,52469173	19,47530827	183,3441382	147,6373021
	403	13,95	11,35	752.650,08	585.986,96	166.663,12	77,85649342	22,14350658	164,5478471	128,1111837
	1.340	11,77	9,07	5.480.344,48	4.769.303,76	711.040,72	87,02561997	12,97438003	450,9161316	392,412559
	770	12,87	11,28	2.831.364,64	1.288.399,84	1.542.964,8	45,50455359	54,49544641	325,9837708	148,3374597
	738	10,67	9,74	3.118.221,6	1.455.256,4	1.662.965,2	46,66943491	53,33056509	433,8021068	202,4529919
	823	8,04	6,89	1.214.133,44	1.027.551,2	186.582,24	84,63247664	15,36752336	214,1151333	181,2109402

Continuación Tabla 5. Cuadro General de Servicios 2005

COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD	
FUNGIBLE	TOTAL REAL	PERSONAL REAL	FUNGIBLE REAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	
48,66203204	187,78638	147,6621895	40,12419057	39,95819776	31,4203563	326.467,2974	2,1779	CIRUGÍA GENERAL I (C)
62,17794203	321,8899933	268,0504839	53,83950941	49,85294351	41,51451089	349.181,858	2,1238	CIRUGÍA GENERAL II (O)
447,8178099	432,9714648	102,9347331	330,0367317	154,5156678	36,73458949	1.784.292,419	4,8411	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
179,7958447	662,3049284	425,4665451	236,8383833	-159,5161811	-102,4736425	-89.521,53646	1,6279	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
217,0753666	555,1782285	332,4888438	222,6893847	-13,99608979	-8,382071693	-33.001,28682	2,3371	NEUROCIRUGÍA
105,8894039	720,7804576	627,5427747	93,23768295	97,80501785	85,15329686	94.407,46289	1,3826	CIRUGÍA PLÁSTICA
71,7006556	168,0285633	120,7605008	47,26806253	86,8530101	62,42041703	491.187,3778	3,0864	CIRUGÍA TORÁCICA
31,87273978	499,7610639	471,7538966	28,00716722	68,9774385	65,11186594	63.488,27902	1,5044	DERMATOLOGÍA
39,55887261	123,6450558	92,01014845	31,63490737	30,97082323	23,04685799	600.044,1266	2,1758	MEDICINA INTERNA A
19,18330394	101,6068986	85,19968801	16,40721056	17,19184606	14,41575268	511.833,6994	1,9769	MEDICINA INTERNA B
83,73633058	1.220,351081	1.151,048098	69,30298222	254,1557623	239,7224139	185.507,7059	2,2399	INFECCIOSOS
108,5027208	243,0336391	150,7180331	92,315606	42,61482513	26,42771037	312.962,1704	1,5283	DIGESTIVO
832,9510776	1.559,122911	881,0628351	678,060076	356,1544439	201,2634423	136.540,1226	0,967	ENDOCRINOLOGÍA
80,9069493	417,7848115	338,6879838	79,09682773	9,560956159	7,750834581	28.854,38623	4,1102	HEMATOLOGÍA
5,241421382	598,6729986	593,7615572	4,911441386	40,22243126	39,89245126	109.302,2301	2,4342	NEFROLOGÍA
30,17521561	126,4691989	104,1856433	22,28355564	44,7887191	36,89705913	205.112,1833	2,1001	NEUMOLOGÍA
35,7068361	168,7686627	135,9004454	32,86821733	14,57547542	11,73685665	96.725,03353	2,0985	NEUROLOGÍA
36,43666335	133,8794311	104,2338305	29,64560065	30,66841595	23,87735324	172.228,9406	2,1506	ONCOLOGÍA
58,50357255	347,4774268	302,3943849	45,08304188	103,4387048	90,01817412	1.634.025,368	2,5839	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
177,6463111	285,7107176	130,0113866	155,699331	40,27305327	18,32607311	397.214,4846	2,853	TRAUMATOLOGÍA A
231,3491149	395,9918013	184,807136	211,1846654	37,81030547	17,6458559	296.677,2608	2,7	TRAUMATOLOGÍA B
32,90419313	183,4892125	155,2914649	28,19774759	30,62592081	25,91947528	204.312,9425	1,3831	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 6. Cuadro General de Servicios 2006

Año del Alta por Servicio de Alta-TODOS										
SAS 2007										
		Estancia	Estancia	Coste	Coste	Coste	% Coste personal	% Coste fungible	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	Total	Personal	Fungible	Coste Total	Coste Total	TOTAL	PERSONAL
2006										
	625	13,21	11,02	1.601.630,096	1.259.410,861	342.219,2342	78,6330667	21,3669333	232,5415747	182,8545715
	594	10,2	10,91	2.363.100,69	1.967.847,08	395.253,6099	83,27394124	16,72605876	364,6456453	303,6548004
	515	17,25	15,1	5.233.684,179	1.244.257,25	3.989.426,929	23,77402242	76,22597758	673,012818	160,0022182
	109	8,69	9,67	387,543	248.958,711	138.584,289	64,2402807	35,7597193	367,6773906	236,1969878
	207	17,93	12,52	1.374.207,353	822.994,4736	551.212,8794	59,88866759	40,11133241	530,2462352	317,5574052
	130	6,14	5,27	731.469,0552	636.848,732	94.620,3232	87,06434366	12,93565634	1.067,682171	929,5704744
	266	17,45	14,72	993.875,6443	714.288,7981	279.586,8462	71,86903132	28,13096868	253,8297964	182,4250159
	78	5,63	7,41	484.296,5774	457.156,0573	27.140,52016	94,39588851	5,604111494	837,9123455	790,9548034
	1.723	12,42	10,75	2.508.035,789	1.866.348,345	641.687,4443	74,41474132	25,58525868	135,4066482	100,762507
	2.487	11,17	9,95	3.166.772,95	2.655.410,913	511.362,0366	83,85226713	16,14773287	127,9729144	107,30819
	44	14,36	13,19	933.112,1654	880.121,3034	52.990,86208	94,32106192	5,678938079	1.607,816124	1.516,509241
	657	10,96	9,45	1.866.900,967	1.157.764,18	709.136,7878	62,015297	37,984703	300,6935433	186,4759939
	16	8,94	9,21	626.537,0966	354.057,1091	272.479,9875	56,51015894	43,48984106	4.251,744684	2.402,667679
	166	15,03	14,28	1.295.604,386	1.050.314,959	245.289,4267	81,06756743	18,93243257	546,557822	443,0811309
	277	12,1	10,89	1.708.957,478	1.694.937,396	14.020,08192	99,17961201	0,820387991	566,5309073	561,8831558
	314	11,63	10,85	605.469,9872	498.787,6941	106.682,2931	82,38025082	17,61974918	177,7187435	146,4051466
	567	12,19	10,9	1.177.133,171	947.882,857	229.250,3138	80,52469173	19,47530827	190,4653772	153,3716578
	413	13,47	12,01	787.271,9837	612.942,3602	174.329,6235	77,85649342	22,14350658	158,7200303	123,5738499
	1.542	9,89	8,65	5.732.440,326	4.988.691,733	743.748,5931	87,02561997	12,97438003	429,772934	374,0125603
	716	12,63	12,04	2.961.607,413	1.347.666,233	1.613.941,181	45,50455359	54,49544641	343,5484388	156,3301834
	763	9,41	9,6	3.261.659,794	1.522.198,194	1.739.461,599	46,66943491	53,33056509	445,2899456	207,8143013
	880	10,93	7,15	1.269.983,578	1.074.818,555	195.165,023	84,63247664	15,36752336	201,841001	170,823038

Continuación Tabla 6. Cuadro General de Servicios 2006

COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD	
FUNGIBLE	TOTAL REAL	PERSONAL REAL	FUNGIBLE REAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/ DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	
49,68700316	193,9900191	152,5403011	41,449718	38,55155553	30,31427037	317.784,3397	2,2072	CIRUGÍA GENERAL I (C)
60,99084489	390,0278422	324,7915561	65,23628605	-25,38219688	-21,13675571	-154.817,6016	2,187	CIRUGÍA GENERAL II (O)
513,0105998	589,130061	140,0599128	449,0701482	83,88275703	19,94230546	746.633,6902	4,7484	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
131,4804028	409,1415842	262,8337022	146,3078821	-41,46419364	-26,63671439	-39.198,08661	1,8322	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
212,68883	370,2555976	221,7411441	148,5144535	159,9906376	95,81626113	593.414,4692	2,599	NEUROCIRUGÍA
138,1116964	916,398215	797,8560912	118,5421238	151,2839558	131,7143832	120.391,8416	1,0822	CIRUGÍA PLÁSTICA
71,40478052	214,1188884	153,885171	60,23371744	39,71090797	28,53984489	183.942,8385	3,4386	CIRUGÍA TORÁCICA
46,95754206	1.102,82957	1.041,025771	61,8037987	-264,9172247	-250,070968	-116.352,5083	1,5805	DERMATOLOGÍA
34,6441412	117,1997961	87,21392511	29,98587101	18,20685205	13,54858185	390.457,2566	2,3304	MEDICINA INTERNA A
20,66472437	113,9955683	95,58786848	18,40769987	13,97734607	11,72032156	388.469,4601	2,0052	MEDICINA INTERNA B
91,30688207	1.476,817178	1.392,949644	83,86753305	130,998946	123,559597	83.220,56255	2,6664	INFECCIOSOS
114,2175494	259,2658744	160,784502	98,4813724	41,42766883	25,69149186	298.251,9117	1,5532	DIGESTIVO
1.849,077005	4.380,153081	2.475,231468	1.904,921613	-128,4083965	-72,56378895	-18.239,98469	1,1841	ENDOCRINOLOGÍA
103,4766911	519,2844776	420,971294	98,31318356	27,27334441	22,10983687	68.062,84557	4,0389	HEMATOLOGÍA
4,647751529	509,8778166	505,6948402	4,182976376	56,65309073	56,18831558	188.841,7473	2,6741	NEFROLOGÍA
31,31359685	165,7995156	136,5860568	29,2134588	11,91922785	9,8190898	43.601,51653	2,1678	NEUMOLOGÍA
37,09371936	170,3094841	137,1411871	33,16829705	20,15589308	16,23047076	139.138,7674	2,0731	NEUROLOGÍA
35,14618035	141,5165229	110,1798023	31,33672056	17,20350736	13,39404758	95.706,59104	2,3918	ONCOLOGÍA
55,76037374	375,8883599	327,1191756	48,76918432	53,88457414	46,89338471	822.551,0139	2,4919	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
187,2182553	327,4998577	149,0273483	178,4725095	16,04858107	7,302835173	144.170,1023	3,0555	TRAUMATOLOGÍA A
237,4756443	454,2809222	212,0103393	242,2705829	-8,990976585	-4,196037965	-66.414,99539	2,6921	TRAUMATOLOGÍA B
31,01796298	132,0368854	111,7460862	20,2907992	69,80411562	59,07695185	670.937,653	1,4749	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7. Cuadro General de Servicios 2007

Año del Alta por Servicio de Alta-TODOS										
SAS 2007										
		Estancia	Estancia	Coste	Coste	Coste	% Coste personal	% Coste fungible	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	Total	Personal	Fungible	Coste Total	Coste Total	TOTAL	PERSONAL
2007										
	639	12,09	10,64	1.651.280,628	1.298.452,598	352.828,0305	78,6330667	21,3669333	242,8725318	190,9781199
	618	9,99	9,52	2.436.356,811	2.028.850,34	407.506,4718	83,27394124	16,72605876	414,1097624	344,8455202
	518	15,31	15,02	5.395.928,389	1.282.829,225	4.113.099,164	23,77402242	76,22597758	693,5319688	164,8804457
	83	9,37	10,34	399.556,833	256.676,4311	142.880,4019	64,2402807	35,7597193	465,564579	299,0799924
	184	16,9	12,82	1.416.807,781	848.507,3023	568.300,4786	59,88866759	40,11133241	600,6273235	359,7077012
	149	8,19	5,98	754.144,5959	656.591,0427	97.553,55322	87,06434366	12,93565634	846,383466	736,8982096
	235	16,08	14,74	1.024.685,789	736.431,7508	288.254,0385	71,86903132	28,13096868	295,8185252	212,6019085
	92	7,7	8,15	499.309,7713	471.327,8951	27.981,87628	94,39588851	5,604111494	665,9239415	628,6048214
	1.888	12,19	10,35	2.585.784,898	1.924.205,143	661.579,7551	74,41474132	25,58525868	132,327484	98,47115488
	2.927	10,31	10,04	3.264.942,911	2.737.728,651	527.214,2598	83,85226713	16,14773287	111,1013041	93,16096228
	50	14,68	11,99	962.038,6426	907.405,0638	54.633,5788	94,32106192	5,678938079	1.604,735017	1.513,603109
	685	10,01	9,44	1.924.774,897	1.193.654,869	731.120,0283	62,015297	37,984703	297,6578772	184,5934166
	16	6,69	8,21	645.959,7466	365.032,8795	280.926,8671	56,51015894	43,48984106	4.917,476756	2.778,87393
	210	12,06	14,36	1.335.768,122	1.082.874,723	252.893,3989	81,06756743	18,93243257	442,9526867	359,0909679
	296	6,71	10,49	1.761.935,16	1.747.480,455	14.454,70446	99,17961201	0,820387991	567,443627	562,7883876
	430	10,79	10,71	624.239,5568	514.250,1126	109.989,4442	82,38025082	17,61974918	135,5480765	111,6648454
	594	10,46	11,02	1.213.624,299	977.267,2255	236.357,0735	80,52469173	19,47530827	185,4027723	149,2950108
	406	13,2	12,25	811.677,4152	631.943,5733	179.733,8418	77,85649342	22,14350658	163,2004454	127,062144
	1.576	9,61	8,86	5.910.145,976	5.143.341,177	766.804,7995	87,02561997	12,97438003	423,2610186	368,3455255
	790	12,11	10,56	3.053.417,243	1.389.443,886	1.663.973,357	45,50455359	54,49544641	366,0118483	166,5520577
	801	8,72	9,78	3.362.771,247	1.569.386,338	1.793.384,909	46,66943491	53,33056509	429,2654692	200,3357687
	888	9,08	7,19	1.309.353,069	1.108.137,93	201.215,1388	84,63247664	15,36752336	205,0760361	173,5609283

Continuación Tabla 7. Cuadro General de Servicios 2007

COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	COSTE/DÍA	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD	
FUNGIBLE	TOTAL REAL	PERSONAL REAL	FUNGIBLE REAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/ DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	
51,89441187	213,7438989	168,0733826	45,67051632	29,12863284	22,90473729	225.441,5701	2,0512	CIRUGÍA GENERAL I (C)
69,26424217	394,6271209	328,6215568	66,00556411	19,48264147	16,22396341	119.752,2611	1,8716	CIRUGÍA GENERAL II (O)
528,6515231	680,3951778	161,7573021	518,6378757	13,13679105	3,123143649	106.866,3411	4,8787	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
166,4845866	513,7606987	330,041315	183,7193837	-48,19611971	-30,96132259	-37.533,81636	1,9794	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
240,9196223	455,623804	272,8670254	182,7567786	145,0035195	86,8406758	451.473,5403	2,6094	NEUROCIRUGÍA
109,4852565	617,9942768	538,052661	79,94161583	228,3891892	198,8455486	278.299,3475	1,2773	CIRUGÍA PLÁSTICA
83,21661667	271,1669814	194,8850828	76,28189861	24,65154376	17,71682571	92.582,32382	3,4414	CIRUGÍA TORÁCICA
37,31912015	704,8415745	665,3414668	39,50010769	-38,91763295	-36,7366454	-28.048,71642	1,6079	DERMATOLOGÍA
33,85632907	112,3535241	83,60758433	28,74593978	19,97395984	14,86357055	459.728,1749	2,1591	MEDICINA INTERNA A
17,9403418	108,1917646	90,72124745	17,47051714	2,909539486	2,439714822	89.122,13309	2,0316	MEDICINA INTERNA B
91,13190793	1.310,67935	1.236,246681	74,43266867	294,0556672	277,356428	215.965,2386	1,881	INFECCIOSOS
113,0644606	280,7083278	174,0821032	106,6262246	16,94954945	10,51131343	116.172,8929	1,5516	DIGESTIVO
2.138,602825	6.034,750996	3.410,24738	2.624,503617	-1.117,27424	-631,3734491	-120.035,6076	0,8827	ENDOCRINOLOGÍA
83,86171871	527,4295672	427,57432	99,85524716	-84,47688054	-68,4833521	-214.123,3287	4,2664	HEMATOLOGÍA
4,655239372	887,1063558	879,8286418	7,277714011	-319,6627288	-317,0402541	-634.617,6036	2,5916	NEFROLOGÍA
23,8832311	134,5430861	110,8369318	23,70615432	1,004990373	0,82791359	4.685,897005	2,1363	NEUMOLOGÍA
36,10776144	195,3287333	157,2878604	38,04087296	-9,92596104	-7,992849528	-62.022,78941	2,1172	NEUROLOGÍA
36,13830137	151,4549588	117,91752	33,53743877	11,7454866	9,144624002	63.545,35742	2,4641	ONCOLOGÍA
54,91549308	390,2281607	339,5984761	50,62968457	33,03285785	28,74704934	497.268,2077	2,6204	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
199,4597906	319,1647496	145,2344945	173,9302551	46,84709867	21,31756312	447.983,8618	2,6573	TRAUMATOLOGÍA A
228,9297004	481,4468221	224,6885113	256,7583108	-52,18135291	-24,35274253	-365.729,8871	2,6906	TRAUMATOLOGÍA B
31,51510775	162,3895044	137,4342593	24,95524501	42,68653174	36,12666901	345.626,9482	1,5039	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 8. Cuadro General de Infecciones 2004

Año del Alta por Servicio de Alta-INFECCIONES											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2004											
	45	35,29	19,52	100,66	79,15	21,51	88.419,744	69.525,36	18.894,384	159.853,113	125.694,1575
	42	37,64	21,03	165,8	138,07	27,73	146.444,508	121.951,7082	24.492,7998	262.109,904	218.272,1016
	18	61,06	21,7	331,03	78,7	252,33	129.300,318	30.740,22	98.560,098	363.828,4524	86.497,596
	1	2	9,42	246,11	158,1	88,01	2.318,3562	1.489,302	829,0542	492,22	316,2
	7	48,86	28,15	270,82	162,19	108,63	53.365,081	31.959,5395	21.405,5415	92.625,8564	55.472,2238
	1	78	15,34	300,77	261,86	38,91	4.613,8118	4.016,9324	596,8794	23.460,06	20.425,08
	6	42,17	18,26	134,79	96,87	37,92	14.767,5924	10.613,0772	4.154,5152	34.104,5658	24.510,0474
	4	25,5	16,7	90,59	67,41	23,18	6.051,412	4.502,988	1.548,424	9.240,18	6.875,82
	1	22	8,13	78,27	65,63	12,64	636,3351	533,5719	102,7632	1.721,94	1.443,86
	3	25	18,01	181,52	112,57	68,95	9.807,5256	6.082,1571	3.725,3685	13.614	8.442,75
	2	11,5	14,05	379,86	376,74	3,12	10.674,066	10.586,394	87,672	8.736,78	8.665,02
	1	17	11,58	108,86	84,75	24,11	1.260,5988	981,405	279,1938	1.850,62	1.440,75
	7	17,43	14,52	300,45	261,47	38,98	30.537,738	26.575,8108	3.961,9272	36.657,9045	31.901,9547
	14	39,86	19,13	263,93	120,1	143,83	70.685,7326	32.165,182	38.520,5506	147.283,4972	67.020,604
	5	93,2	22,77	205,31	95,82	109,49	23.374,5435	10.909,107	12.465,4365	95.674,46	44.652,12
	13	30,54	12,67	126,22	106,82	19,4	20.789,6962	17.594,3222	3.195,374	50.111,8644	42.409,6764

Continuación Tabla 8. Cuadro General de Infecciones 2004

REALES	DIFE		SOBRE COSTE		SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD	
Coste fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
34.158,9555	71.433,369	44,98181354	35,36966563	9,612147917	1.587,4082	4,1629	CIRUGÍA GENERAL I (C)	
43.837,8024	115.665,396	73,1651966	60,92833953	12,23685707	2.753,938	4,5702	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
277.330,8564	234.528,1344	213,3858631	50,73095316	162,6549099	13.029,3408	6,6313	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
176,02	-1.826,1362	-913,0681	-586,551	-326,5171	-1.826,1362	2,5738	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
37.153,6326	39.260,7754	114,790876	68,74651862	46,04435735	5.608,6822	8,6647	NEUROCIRUGÍA	
3.034,98	18.846,2482	241,6185667	210,3608667	31,2577	18.846,2482	3,4579	CIRUGÍA PLÁSTICA	
9.594,5184	19.336,9734	76,42468342	54,92439412	21,50028931	3.222,8289	4,4811	CIRUGÍA TORÁCICA	
2.364,36	3.188,768	31,26243137	23,26305882	7,999372549	797,192	4,0305	MEDICINA INTERNA A	
278,08	1.085,6049	49,34567727	41,37673182	7,968945455	1.085,6049	1,3888	MEDICINA INTERNA B	
5.171,25	3.806,4744	50,752992	31,474572	19,27842	1.268,8248	4,0848	DIGESTIVO	
71,76	-1.937,286	-84,22982609	-83,538	-0,691826087	-968,643	4,6429	NEFROLOGÍA	
409,87	590,0212	34,70712941	27,02029412	7,686835294	590,0212	1,867	ONCOLOGÍA	
4.755,9498	6.120,1665	50,16118761	43,65333907	6,507848537	874,3095	5,7323	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
80.262,8932	76.597,7646	137,26214	62,46043653	74,80170346	5.471,2689	4,459	TRAUMATOLOGÍA A	
51.022,34	72.299,9165	155,1500354	72,40989914	82,74013627	14.459,9833	5,3907	TRAUMATOLOGÍA B	
7.702,188	29.322,1682	73,85564506	62,5040406	11,35160445	2.255,5514	3,1789	UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 9. Cuadro General de Infecciones 2005

Año del Alta por Servicio de Alta-INFECCIONES											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2005							0				
	36	35,86	20,2	104,6864	82,316	22,3704	76.127,95008	59.860,1952	16.267,75488	135.145,9549	106.266,6634
	35	38,23	18,56	172,432	143,5928	28,8392	112.011,8272	93.277,88288	18.733,94432	230.722,6376	192.134,346
	18	47,11	23,52	344,2712	81,848	262,4232	145.750,6552	34.651,16928	111.099,486	291.935,0922	69.405,46704
	2	13,5	24,4	255,9544	164,424	91,5304	12.490,57472	8.023,8912	4.466,68352	6.910,7688	4.439,448
	3	36	24,02	281,6528	168,6776	112,9752	20.295,90077	12.154,90786	8.140,992912	30.418,5024	18.217,1808
	7	36,86	16,05	94,2136	70,1064	24,1072	10.584,89796	7.876,45404	2.708,44392	24.308,99307	18.088,85333
	5	22,8	13,16	81,4008	68,2552	13,1456	5.356,17264	4.491,19216	864,98048	9.279,6912	7.781,0928
	2	45,5	26,27	188,7808	117,0728	71,708	9.918,543232	6.151,004912	3.767,53832	17.179,0528	10.653,6248
	1	8	8,06	395,0544	391,8096	3,2448	3.184,138464	3.157,985376	26,153088	3.160,4352	3.134,4768
	7	22,43	17,37	312,468	271,9288	40,5392	37.992,98412	33.063,82279	4.929,161328	49.060,60068	42.695,54089
	20	40,95	19,41	274,4872	124,904	149,5832	106.555,931	48.487,7328	58.068,19824	224.805,0168	102.296,376
	7	50,43	18,47	213,5224	99,6528	113,8696	27.606,3111	12.884,11051	14.722,20058	75.375,54242	35.178,43493
	13	19	13,59	131,2688	111,0928	20,176	23.191,2589	19.626,76498	3.564,49392	32.423,3936	27.439,9216

Continuación Tabla 9. Cuadro General de Infecciones 2005

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
28.879,29158	59.018,00486	45,71636988	35,94725488	9,769115003	1.639,389024	4,2483	CIRUGÍA GENERAL I (C)	
38.588,29156	118.710,8104	88,71926341	73,88099336	14,83827005	3.391,73744	3,7945	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
222.529,6251	146.184,4369	172,3913736	40,98480832	131,4065652	8.121,357608	8,2579	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
2.471,3208	-5.579,80592	-206,6594785	-132,7571556	-73,90232296	-2.789,90296	4,1451	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
12.201,3216	10.122,60163	93,72779289	56,13215689	37,595636	3.374,200544	7,5742	NEUROCIRUGÍA	
							CIRUGÍA PLÁSTICA	
							CIRUGÍA TORÁCICA	
6.220,139744	13.724,09511	53,19004384	39,57987477	13,61016907	1.960,585016	3,9365	MEDICINA INTERNA A	
1.498,5984	3.923,51856	34,41682947	28,85877754	5,55805193	784,703712	2,8565	MEDICINA INTERNA B	
6.525,428	7.260,509568	79,78581943	49,47933943	30,30648	3.630,254784	5,9321	DIGESTIVO	
25,9584	-23,703264	-2,962908	-2,938572	-0,024336	-23,703264	2,9131	NEFROLOGÍA	
							ONCOLOGÍA	
6.365,059792	11.067,61656	70,48988319	61,3446156	9,145267588	1.581,08808	5,8565	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
122.508,6408	118.249,0858	144,3822781	65,70041905	78,68185905	5.912,454288	4,3842	TRAUMATOLOGÍA A	
40.197,1075	47.769,23133	135,3197681	63,1549373	72,16483078	6.824,175904	4,4453	TRAUMATOLOGÍA B	
4.983,472	9.232,134704	37,37706358	31,63221305	5,744850526	710,164208	3,2716	UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 10. Cuadro General de Infecciones 2006

Año del Alta por Servicio de Alta-INFECCIONES												
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES	
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste	
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal	
2006												
	30	38,17	22	109,5019744	86,102536	23,3994384	72.271,3031	56.827,67376	15.443,62934	125.390,7109	98.596,01397	
	47	34,53	20,49	180,363872	150,1980688	30,1658032	173.695,8197	144.645,2462	29.050,57346	292.714,3315	243.757,9478	
	17	46,47	25,36	360,1076752	85,613008	274,4946672	155.249,6209	36.909,48001	118.340,1409	284.481,4623	67.633,42019	
	5	37	20,69	267,7283024	171,987504	95,7407984	27.696,49288	17.792,10729	9.904,385594	49.529,73594	31.817,68824	
	2	50	26,43	294,6088288	176,4367696	118,1720592	15.573,02269	9.326,447641	6.246,575049	29.460,88288	17.643,67696	
	3	41,67	12,19	98,5474256	73,3312944	25,2161312	3.603,879354	2.681,725436	922,153918	12.319,41367	9.167,145113	
	8	37,5	14,93	85,1452368	71,3949392	13,7502976	10.169,74708	8.527,411538	1.642,335545	25.543,57104	21.418,48176	
	4	33	18,96	197,4647168	122,4581488	75,006568	14.975,72412	9.287,226005	5.688,498117	26.065,34262	16.164,47564	
	9	28,33	13,54	413,2269024	409,8328416	3,3940608	50.355,83033	49.942,23008	413,6002491	105.360,4633	104.495,0796	
	6	21	12,28	326,841528	284,4375248	42,4040032	24.081,68378	20.957,35683	3.124,326956	41.182,03253	35.839,12812	
	16	47	22,34	287,1136112	130,649584	156,4640272	102.625,8892	46.699,3873	55.926,50188	215.909,4356	98.248,48717	
	6	28,83	18,68	223,3444304	104,2368288	119,1076016	25.032,44376	11.682,86377	13.349,57999	38.634,11957	18.030,88665	
	13	27,54	14,95	137,3071648	116,2030688	21,104096	26.685,64748	22.584,06642	4.101,581058	49.158,71114	41.603,02269	

Continuación Tabla 10. Cuadro General de Infecciones 2006

REALES	DIFE		SOBRE COSTE			SOBRE COSTE	Peso GRD	
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Media	Descripción
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES			
26.794,69691	53.119,40778	46,38844449	36,4757141	9,912730388	1.770,646926	4,8122		CIRUGÍA GENERAL I (C)
48.956,38367	119.018,5119	73,33648314	61,07097845	12,26550469	2.532,308763	4,4045		CIRUGÍA GENERAL II (O)
216.848,0421	129.231,8414	163,5866801	38,89155582	124,6951243	7.601,873023	9,9605		CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
17.712,0477	21.833,24306	118,0175301	75,81395109	42,20357897	4.366,648612	4,3767		CIRUGÍA MAXILOFACIAL
11.817,20592	13.887,86019	138,8786019	83,17229319	55,70630871	6.943,930095	8,0344		NEUROCIRUGÍA
								CIRUGÍA PLÁSTICA
								CIRUGÍA TORÁCICA
3.152,268561	8.715,53432	69,71869706	51,87920708	17,83948999	2.905,178107	3,0678		MEDICINA INTERNA A
4.125,08928	15.373,82396	51,24607986	42,97023407	8,275845782	1.921,727995	4,058		MEDICINA INTERNA B
9.900,866976	11.089,6185	84,01226133	52,10037603	31,91188529	2.772,404624	3,584		DIGESTIVO
865,3836822	55.004,63298	215,729823	213,9579148	1,771908197	6.111,625886	3,4228		NEFROLOGÍA
								ONCOLOGÍA
5.342,904403	17.100,34874	135,7170535	118,109296	17,60775752	2.850,058124	4,2403		CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
117.660,9485	113.283,5464	150,6430139	68,54933492	82,09367895	7.080,221652	5,278		TRAUMATOLOGÍA A
20.603,23292	13.601,67581	78,63149388	36,69801638	41,9334775	2.266,945969	4,5839		TRAUMATOLOGÍA B
7.555,68845	22.473,06366	62,77041412	53,12260843	9,647805688	1.728,697205	4,4847		UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 11. Cuadro General de Infecciones 2007

Año del Alta por Servicio de Alta-INFECCIONES											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2007											
	32	45,81	18,66	112,8965356	88,77171462	24,12482099	67.412,77934	53.007,36623	14.405,41311	165.497,2895	130.132,2319
	27	34,78	20,18	185,955152	154,8542089	31,1009431	101.319,5241	84.373,86428	16.945,65986	174.623,0451	145.417,3934
	25	49,56	25,61	371,2710131	88,26701125	283,0040019	23.7706,2662	56.512,95395	181.193,3122	460.004,7853	109.362,8269
	1	22	24,4	276,0278798	177,3191166	98,70876315	6.735,080266	4.326,586446	2.408,493821	6.072,613355	3.901,020566
	3	53,67	19,86	303,7417025	181,9063095	121,835393	18.096,93063	10.837,97792	7.258,952717	48.905,45152	29.288,73489
	6	32,17	16,62	101,6023958	75,60456453	25,99783127	10.131,79091	7.539,287175	2.592,503734	19.611,29444	14.593,19304
	5	14	22,63	87,78473914	73,60818232	14,17655683	9.932,843234	8.328,765829	1.604,077405	6.144,93174	5.152,572762
	3	18,67	16,07	203,586123	126,2543514	77,33177161	9.814,886991	6.086,722282	3.728,164709	11.402,85875	7.071,506223
	3	50	19,86	426,0369364	422,5376597	3,499276685	25.383,28067	25.174,79376	208,4869049	63.905,54046	63.380,64895
	3	26,33	10,35	336,9736154	293,2550881	43,7185273	10.463,03076	9.105,570485	1.357,460273	26.617,54588	23.164,21941
	17	47,12	19,2	296,0141331	134,6997211	161,314412	96.619,01306	43.965,98897	52.653,02409	237.119,1612	107.899,8646
	7	24,14	13,13	230,2681077	107,4681705	122,7999372	21.163,94178	9.877,39955	11.286,54223	38.910,70485	18.159,97145
	30	28,03	13,4	141,5636869	119,8053639	21,75832298	56.908,60214	48.161,7563	8.746,845836	119.040,9043	100.744,3305

Continuación Tabla 11. Cuadro General de Infecciones 2007

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
35.365,05759	98.084,51013	66,90986557	52,61191993	14,29794564	3.065,140942	4,1517	CIRUGÍA GENERAL I (C)	
29.205,65163	73.303,52093	78,06052961	65,00492957	13,05560004	2.714,94522	4,3368	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
350.641,9583	222.298,5191	179,417691	42,65526472	136,7624263	8.891,940764	9,4509	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
2.171,592789	-662,4669115	-30,11213234	-19,34390363	-10,76822871	-662,4669115	4,1451	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
19.616,71663	30.808,52088	191,3453878	114,5938573	76,75153044	10.269,50696	4,7823	NEUROCIRUGÍA	
							CIRUGÍA PLÁSTICA	
							CIRUGÍA TORÁCICA	
5.018,101391	9.479,503528	49,11150931	36,54494804	12,56656127	1.579,917255	4,1231	MEDICINA INTERNA A	
992,3589778	-3.787,911494	-54,11302134	-45,37418667	-8,738834672	-757,5822988	5,8468	MEDICINA INTERNA B	
4.331,352528	1.587,97176	28,35157578	17,58228782	10,76928796	529,3239199	2,2196	DIGESTIVO	
524,8915027	38.522,25979	256,8150652	254,7057013	2,109363986	12.840,75326	5,5648	NEFROLOGÍA	
							ONCOLOGÍA	
3.453,326471	16.154,51512	204,5134209	177,9801104	26,53331053	5.384,838374	5,5314	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
129.219,2966	140.500,1482	175,3971689	79,81358687	95,58358201	8.264,714597	4,2671	TRAUMATOLOGÍA A	
20.750,7334	17.746,76306	105,0228611	49,01510179	56,00775928	2.535,251866	3,2878	TRAUMATOLOGÍA B	
18.296,57379	62.132,30218	73,88786084	62,53130483	11,35655602	2.071,076739	3,7639	UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 12. Cuadro General de Flebitis 2004

Año del Alta por Servicio de Alta-FLEBITIS										
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total
2004										
	2	31,5	22,46	165,8	138,07	27,73	7.447,736	6.202,1044	1.245,6316	10.445,4
	1	2	8,13	134,79	96,87	37,92	1.095,8427	787,5531	308,2896	269,58
	2	34,5	9,95	90,59	67,41	23,18	1.802,741	1.341,459	461,282	6.250,71
	5	9,2	8,61	78,27	65,63	12,64	3.369,5235	2.825,3715	544,152	3.600,42
	1	7	9,23	253,78	239,37	14,41	2.342,3894	2.209,3851	133,0043	1.776,46
	7	15,71	13,6	300,45	261,47	38,98	28.602,84	24.891,944	3.710,896	33.040,4865
	2	13	7,88	181,52	112,57	68,95	2.860,7552	1.774,1032	1.086,652	4.719,52
	2	36	21,09	340,43	275,98	64,45	14.359,3374	11.640,8364	2.718,501	24.510,96
	2	22	9,11	379,86	376,74	3,12	6.921,0492	6.864,2028	56,8464	16.713,84
	1	18	11,52	99,44	81,92	17,52	1.145,5488	943,7184	201,8304	1.789,92
	3	14	10,34	112,59	90,66	21,93	3.492,5418	2.812,2732	680,2686	4.728,78
	2	6,5	10,87	263,93	120,1	143,83	5.737,8382	2.610,974	3.126,8642	3.431,09
	2	125,5	11,51	205,31	95,82	109,49	4.726,2362	2.205,7764	2.520,4598	51.532,81

Continuación Tabla 12. Cuadro General de Flebitis 2004

REALES	REALES	DIFE							
Coste	Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
personal	fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
8.698,41	1.746,99	2.997,664	47,58196825	39,62389841	7,958069841	1.498,832	4,5395	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
193,74	75,84	-826,2627	-413,13135	-296,90655	-116,2248	-826,2627	1,3888	CIRUGÍA TORÁCICA	
4.651,29	1.599,42	4.447,969	64,46331884	47,96856522	16,49475362	2.223,9845	1,7491	MEDICINA INTERNA A	
3.018,98	581,44	230,8965	5,01948913	4,208880435	0,810608696	46,1793	1,7343	MEDICINA INTERNA B	
1.675,59	100,87	-565,9294	-80,84705714	-76,25644286	-4,590614286	-565,9294	0,5837	INFECCIOSOS	
28.753,8559	4.286,6306	4.437,6465	40,35324634	35,1178676	5,23537874	633,9495	4,6852	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
2.926,82	1.792,7	1.858,7648	71,49095385	44,33526154	27,15569231	929,3824	1,4425	DIGESTIVO	
19.870,56	4.640,4	10.151,6226	140,9947583	114,3017167	26,69304167	5.075,8113	7,2126	HEMATOLOGÍA	
16.576,56	137,28	9.792,7908	222,5634273	220,7353909	1,828036364	4.896,3954	1,4253	NEFROLOGÍA	
1.474,56	315,36	644,3712	35,7984	29,4912	6,3072	644,3712	1,9777	NEUMOLOGÍA	
3.807,72	921,06	1.236,2382	29,43424286	23,70111429	5,733128571	412,0794	1,4689	NEUROLOGÍA	
1.561,3	1.869,79	-2.306,7482	-177,4421692	-80,74415385	-96,69801538	-1.153,3741	1,6512	TRAUMATOLOGÍA A	
24.050,82	27.481,99	46.806,5738	186,4803737	87,03204622	99,44832749	23.403,2869	2,3743	TRAUMATOLOGÍA B	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 13. Cuadro General de Flebitis 2005

Año del Alta por Servicio de Alta-FLEBITIS										
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total
2005										
	3	25,33	26,27	172,432	143,5928	28,8392	13.589,36592	11.316,54857	2.272,817352	13.103,10768
	5	13	9,45	94,2136	70,1064	24,1072	4.451,5926	3.312,5274	1.139,0652	6.123,884
	16	12	10,25	81,4008	68,2552	13,1456	13.349,7312	11.193,8528	2.155,8784	15.628,9536
	2	10,5	10,61	263,9312	248,9448	14,9864	5.600,620064	5.282,608656	318,011408	5.542,5552
	1	12	12,17	312,468	271,9288	40,5392	3.802,73556	3.309,373496	493,362064	3.749,616
	2	14	7,62	188,7808	117,0728	71,708	2.877,019392	1.784,189472	1.092,82992	5.285,8624
	1	35	21,12	354,0472	287,0192	67,028	7.477,476864	6.061,845504	1.415,63136	12.391,652
	4	17,25	10,6	395,0544	391,8096	3,2448	16.750,30656	16.612,72704	137,57952	27.258,7536
	2	28	15,49	274,4872	124,904	149,5832	8.503,613456	3.869,52592	4.634,087536	15.371,2832

Continuación Tabla 13. Cuadro General de Flebitis 2005

REALES	REALES	DIFE						
Coste	Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD	
personal	fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción
10.911,61687	2.191,490808	-486,25824	-6,398976707	-5,328749783	-1,070226925	-162,08608	5,9321	CIRUGÍA GENERAL II (O)
								CIRUGÍA TORÁCICA
4.556,916	1.566,968	1.672,2914	25,72756	19,14444	6,58312	334,45828	1,6567	MEDICINA INTERNA A
13.104,9984	2.523,9552	2.279,2224	11,87095	9,953883333	1,917066667	142,4514	2,0284	MEDICINA INTERNA B
5.227,8408	314,7144	-58,064864	-2,764993524	-2,607993143	-0,157000381	-29,032432	1,763	INFECCIOSOS
3.263,1456	486,4704	-53,11956	-4,42663	-3,852324667	-0,574305333	-53,11956	2,8934	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
3.278,0384	2.007,824	2.408,843008	86,03010743	53,35174743	32,67836	1.204,421504	1,4961	DIGESTIVO
10.045,672	2.345,98	4.914,175136	140,4050039	113,8236142	26,58138971	4.914,175136	7,0953	HEMATOLOGÍA
27.034,8624	223,8912	10.508,44704	152,2963339	151,04544	1,250893913	2.627,11176	1,6864	NEFROLOGÍA
								NEUMOLOGÍA
								NEUROLOGÍA
6.994,624	8.376,6592	6.867,669744	122,6369597	55,80532286	66,83163686	3.433,834872	3,8101	TRAUMATOLOGÍA A
								TRAUMATOLOGÍA B

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 14. Cuadro General de Flebitis 2006

Año del Alta por Servicio de Alta-FLEBITIS										
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total
2006										
	1	13	4,39	180,363872	150,1980688	30,1658032	791,7973981	659,369522	132,427876	2.344,730336
	8	17	12,77	98,5474256	73,3312944	25,2161312	10.067,605	7.491,525036	2.576,079963	13.402,44988
	8	16,75	11,96	85,1452368	71,3949392	13,7502976	8.146,696257	6.831,067783	1.315,628474	11.409,46173
	1	31	15,29	276,0720352	260,3962608	15,6757744	4.221,141418	3.981,458828	239,6825906	8.558,233091
	7	13,71	13,21	326,841528	284,4375248	42,4040032	30.223,03609	26.301,93792	3.921,098176	31.366,98144
	4	12,75	10,9	197,4647168	122,4581488	75,006568	8.609,461652	5.339,175288	3.270,286365	10.070,70056
	2	29,5	19,3	370,3333712	300,2220832	70,111288	14.294,86813	11.588,57241	2.706,295717	21.849,6689
	6	19,83	10,37	413,2269024	409,8328416	3,3940608	25.710,97787	25.499,7994	211,178463	49.165,73685
	3	6,33	11,93	287,1136112	130,649584	156,4640272	10.275,79614	4.675,948611	5.599,847533	5.452,287477

Continuación Tabla 14. Cuadro General de Flebitis 2006

REALES	REALES	DIFE							
Coste	Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
personal	fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
1.952,574894	392,1554416	1.552,932938	119,4563798	99,47733634	19,9790435	1.552,932938	1,2598	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
								CIRUGÍA TORÁCICA	
9.973,056038	3.429,393843	3.334,844882	24,52091825	18,24655149	6,274366763	416,8556103	2,9446	MEDICINA INTERNA A	
9.566,921853	1.842,539878	3.262,765474	24,34899608	20,41682142	3,932174657	407,8456843	2,3551	MEDICINA INTERNA B	
8.072,284085	485,9490064	4.337,091673	139,906183	131,9621051	7,94407793	4.337,091673	2,1366	INFECCIOSOS	
27.297,46926	4.069,512187	1.143,945348	11,91982232	10,37335977	1,546462553	163,420764	4,7692	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
6.245,365589	3.825,334968	1.461,238904	28,65174322	17,76843728	10,88330595	365,3097261	2,1561	DIGESTIVO	
17.713,10291	4.136,565992	7.554,800772	128,0474707	103,8056016	24,24186907	3.777,400386	6,9366	HEMATOLOGÍA	
48.761,91149	403,825354	23.454,75898	197,1319464	195,5127928	1,619153564	3.909,126497	2,4247	NEFROLOGÍA	
								NEUMOLOGÍA	
								NEUROLOGÍA	
2.481,0356	2.971,251877	-4.823,508668	-254,0025628	-115,5825704	-138,4199925	-1.607,836223	2,3167	TRAUMATOLOGÍA A	
								TRAUMATOLOGÍA B	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 15. Cuadro General de Flebitis 2007

Año del Alta por Servicio de Alta-FLEBITIS										
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total
2007										
	1	6	11,35	185,955152	154,8542089	31,1009431	2.110,590976	1.757,595271	352,9957042	1.115,730912
	9	17,56	10,82	101,6023958	75,60456453	25,99783127	9.894,041302	7.362,372494	2.531,668809	16.057,24263
	15	16,8	12,55	87,78473914	73,60818232	14,17655683	16.525,47714	13.856,74032	2.668,736822	22.121,75426
	12	25,5	13,63	336,9736154	293,2550881	43,7185273	55.115,40453	47.964,8022	7.150,602325	103.113,9263
	4	16,25	11,41	203,586123	126,2543514	77,33177161	9.291,670655	5.762,248598	3.529,422056	13.233,098
	1	25	21,12	381,8137057	309,5289678	72,28473793	8.063,905465	6.537,251799	1.526,653665	9.545,342643
	4	9,75	10,74	426,0369364	422,5376597	3,499276685	18.302,54679	18.152,21786	150,3289264	16.615,44052
	1	27	16,14	0	0	0	0	0	0	0
	1	14	16,94	0	0	0	0	0	0	0
	2	10	6,93	296,0141331	134,6997211	161,314412	4.102,755885	1.866,938135	2.235,817751	5.920,282663
	5	46	16,37	0	0	0	0	0	0	0

Continuación Tabla 15. Cuadro General de Flebitis 2007

REALES	REALES	DIFE					Peso	
Coste	Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	GRD	
personal	fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/ DÍA	FUNGIBLE/ DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción
929,1252536	186,6056586	-994,8600634	-165,8100106	-138,0783363	-27,73167426	-994,8600634	2,1054	CIRUGÍA GENERAL II (O)
								CIRUGÍA TORÁCICA
11.948,54538	4.108,697253	6.163,201329	38,9977305	29,01906406	9,978666443	684,8001476	2,1413	MEDICINA INTERNA A
18.549,26194	3.572,49232	5.596,27712	22,20744889	18,62111755	3,58633134	373,0851413	2,9079	MEDICINA INTERNA B
								INFECCIOSOS
89.736,05695	13.377,86935	47.998,52177	156,8579143	136,5073684	20,35054584	3.999,876814	5,3885	CARDIOLOGÍA- CORONARIAS
8.206,532842	5.026,565155	3.941,427342	60,63734372	37,60437297	23,03297074	985,3568354	2,5666	DIGESTIVO
7.738,224194	1.807,118448	1.481,437178	59,25748713	48,0388958	11,21859133	1.481,437178	7,0953	HEMATOLOGÍA
16.478,96873	136,4717907	-1.687,106268	-43,25913508	-42,90382391	-0,355311171	-421,776567	2,2531	NEFROLOGÍA
0	0	0	0	0	0	0	3,619	NEUMOLOGÍA
0	0	0	0	0	0	0	4,7899	NEUROLOGÍA
2.693,994422	3.226,288241	1.817,526778	90,87633888	41,35281438	49,5235245	908,7633888	1,2781	TRAUMATOLOGÍA A
0	0	0	0	0	0	0	3,2566	TRAUMATOLOGÍA B

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 16. Cuadro General de Hemorragias 2004

Año del Alta por Servicio de Alta-HEMORRAGIAS											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2004											
	25	25,84	16,75	100,66	79,15	21,51	42.151,375	33.144,0625	9.007,3125	65.026,36	51.130,9
	48	18,38	19,42	165,8	138,07	27,73	154.552,128	128.703,3312	25.848,7968	146.275,392	121.810,8768
	30	38,23	25,25	331,03	78,7	252,33	250.755,225	59.615,25	191.139,975	379.658,307	90.261,03
	4	14,75	17,26	246,11	158,1	88,01	16.991,4344	10.915,224	6.076,2104	14.520,49	9.327,9
	5	37,8	28,77	270,82	162,19	108,63	38.957,457	23.331,0315	15.626,4255	51.184,98	30.653,91
	4	14,75	12,76	300,77	261,86	38,91	15.351,3008	13.365,3344	1.985,9664	17.745,43	15.449,74
	7	14,71	22,37	134,79	96,87	37,92	21.106,7661	15.168,8733	5.937,8928	13.879,3263	9.974,7039
	2	14	24,3	380,74	359,4	21,34	18.503,964	17.466,84	1.037,124	10.660,72	10.063,2
	5	32,4	10,85	90,59	67,41	23,18	4.914,5075	3.656,9925	1.257,515	14.675,58	10.920,42
	8	18,75	10,48	78,27	65,63	12,64	6.562,1568	5.502,4192	1.059,7376	11.740,5	9.844,5
	7	15,29	12,81	181,52	112,57	68,95	16.276,8984	10.094,1519	6.182,7465	19.428,0856	12.048,3671
	4	57,5	18,76	379,86	376,74	3,12	28.504,6944	28.270,5696	234,1248	87.367,8	86.650,2
	1	18	31,59	112,59	90,66	21,93	3.556,7181	2.863,9494	692,7687	2.026,62	1.631,88
	48	15,25	14,84	300,45	261,47	38,98	214.016,544	186.250,3104	27.766,2336	219.929,4	191.396,04
	18	23,11	25,83	263,93	120,1	143,83	122.711,6142	55.839,294	66.872,3202	109.789,6014	49.959,198
	12	19,92	25,6	205,31	95,82	109,49	63.071,232	29.435,904	33.635,328	49.077,3024	22.904,8128
	26	15,58	13,2	126,22	106,82	19,4	43.318,704	36.660,624	6.658,08	51.129,1976	43.270,6456

Continuación Tabla 16. Cuadro General de Hemorragias 2004

REALES	DIFE					Peso GRD	
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Media	Descripción
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES		
13.895,46	22.874,985	35,4101935	27,8434017	7,566791796	914,9994	3,9302	CIRUGÍA GENERAL I (C)
24.464,5152	-8.276,736	-9,381501632	-7,812448313	-1,569053319	-172,432	4,6866	CIRUGÍA GENERAL II (O)
289.397,277	128.903,082	112,3926079	26,72053361	85,67207429	4.296,7694	10,5557	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
5.192,59	-2.470,9444	-41,88041356	-26,90379661	-14,97661695	-617,7361	3,9607	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
20.531,07	12.227,523	64,69588889	38,74538889	25,9505	2.445,5046	8,3732	NEUROCIRUGÍA
2.295,69	2.394,1292	40,57846102	35,32890847	5,249552542	598,5323	3,0178	CIRUGÍA PLÁSTICA
3.904,6224	-7.227,4398	-70,18976207	-50,44352141	-19,74624065	-1.032,4914	5,9367	CIRUGÍA TORÁCICA
597,52	-7.843,244	-280,1158571	-264,4157143	-15,70014286	-3.921,622	6,8894	DERMATOLOGÍA
3.755,16	9.761,0725	60,25353395	44,83597222	15,41756173	1.952,2145	3,1296	MEDICINA INTERNA A
1.896	5.178,3432	34,522288	28,94720533	5,575082667	647,2929	2,9153	MEDICINA INTERNA B
7.379,7185	3.151,1872	29,44209287	18,25857423	11,18351864	450,1696	2,6245	DIGESTIVO
717,6	58.863,1056	255,9265461	253,82448	2,102066087	14.715,7764	5,191	NEFROLOGÍA
394,74	-1.530,0981	-85,00545	-68,4483	-16,55715	-1.530,0981	10,872	NEUROLOGÍA
28.533,36	5.912,856	8,077672131	7,029685246	1,047986885	123,1845	5,7976	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
59.830,4034	-12.922,0128	-31,06402423	-14,13552575	-16,92849849	-717,8896	6,3291	TRAUMATOLOGÍA A
26.172,4896	-13.993,9296	-58,54220884	-27,32216867	-31,22004016	-1.166,1608	6,351	TRAUMATOLOGÍA B
7.858,552	7.810,4936	19,28136072	16,31781772	2,963543004	300,4036	4,0038	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 17. Cuadro General de Hemorragias 2005

Año del Alta por Servicio de Alta-HEMORRAGIAS											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2005											
	25	25,68	21,59	104,6864	82,316	22,3704	56.504,4844	44.430,061	12.074,4234	67.208,6688	52.846,872
	36	30,22	23,41	172,432	143,5928	28,8392	145.318,7923	121.014,2681	24.304,52419	187.592,2214	156.217,479
	18	29,22	22,65	344,2712	81,848	262,4232	140.359,3682	33.369,4296	106.989,9386	181.072,8804	43.048,77408
	3	15,33	27,06	255,9544	164,424	91,5304	20.778,37819	13.347,94032	7.430,437872	11.771,34286	7.561,85976
	2	15	26,89	281,6528	168,6776	112,9752	15.147,28758	9.071,481328	6.075,806256	8.449,584	5.060,328
	4	6,25	13,21	312,8008	272,3344	40,4664	16.528,39427	14.390,1497	2.138,244576	7.820,02	6.808,36
	6	24,83	19,68	140,1816	100,7448	39,4368	16.552,64333	11.895,94598	4.656,697344	20.884,25477	15.008,9603
	3	23,67	26,88	395,9696	373,776	22,1936	31.930,98854	30.141,29664	1.789,691904	28.117,8013	26.541,83376
	11	24,55	15,25	94,2136	70,1064	24,1072	15.804,3314	11.760,3486	4.043,9828	25.442,38268	18.932,23332
	14	15,93	13,72	81,4008	68,2552	13,1456	15.635,46566	13.110,45882	2.525,006848	18.154,00642	15.222,2747
	6	15,5	11,82	188,7808	117,0728	71,708	13.388,33434	8.302,802976	5.085,53136	17.556,6144	10.887,7704
	14	17,07	12,2	395,0544	391,8096	3,2448	67.475,29152	66.921,07968	554,21184	94.410,10051	93.634,65821
	40	15,53	14,17	312,468	271,9288	40,5392	177.106,8624	154.129,2438	22.977,61856	194.105,1216	168.922,1706
	27	20,52	26,88	274,4872	124,904	149,5832	199.211,8303	90.650,32704	108.561,5032	152.076,8883	69.201,81216
	9	33,22	21,89	213,5224	99,6528	113,8696	42.066,04802	19.632,59813	22.433,4499	63.838,92715	29.794,19414
	21	16,76	13,69	131,2688	111,0928	20,176	37.738,46731	31.938,06907	5.800,39824	46.201,36685	39.100,22189

Continuación Tabla 17. Cuadro General de Hemorragias 2005

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
14.361,7968	10.704,1844	16,67318442	13,11029751	3,562886916	428,167376	4,962	CIRUGÍA GENERAL I (C)	
31.374,74246	42.273,42912	38,85711185	32,35827161	6,498840238	1.174,26192	5,5473	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
138.024,1063	40.713,51211	77,40800082	18,40319507	59,00480575	2.261,861784	8,7772	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
4.209,483096	-9.007,035336	-195,8476916	-125,8117104	-70,03598121	-3.002,345112	5,7279	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
3.389,256	-6.697,703584	-223,2567861	-133,7051109	-89,5516752	-3.348,851792	6,7073	NEUROCIRUGÍA	
1.011,66	-8.708,374272	-348,3349709	-303,2715878	-45,06338304	-2.177,093568	3,3024	CIRUGÍA PLÁSTICA	
5.875,294464	4.331,61144	29,07512042	20,89551832	8,179602094	721,93524	5,4921	CIRUGÍA TORÁCICA	
1.575,967536	-3.813,187248	-53,69929937	-50,68952091	-3,009778454	-1.271,062416	6,6367	DERMATOLOGÍA	
6.510,14936	9.638,05128	35,68987699	26,55761792	9,132259063	876,18648	4,384	MEDICINA INTERNA A	
2.931,731712	2.518,540752	11,2928919	9,46917715	1,823714752	179,895768	4,4478	MEDICINA INTERNA B	
6.668,844	4.168,280064	44,82021574	27,79534865	17,0248671	694,713344	2,3927	DIGESTIVO	
775,442304	26.934,80899	112,7073772	111,7816492	0,925727944	1.923,914928	3,629	NEFROLOGÍA	
							NEUROLOGÍA	
25.182,95104	16.998,2592	27,36358532	23,81346864	3,550116677	424,95648	5,5361	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
82.875,07613	-47.134,94198	-85,07498012	-38,71293567	-46,36204444	-1.745,738592	6,5449	TRAUMATOLOGÍA A	
34.044,73301	21.772,87913	72,8238649	33,98754437	38,83632053	2.419,208792	5,2082	TRAUMATOLOGÍA B	
7.101,14496	8.462,899536	24,04506062	20,34933747	3,69572315	402,995216	3,7357	UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 18. Cuadro General de Hemorragias 2006

Año del Alta por Servicio de Alta-HEMORRAGIAS											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2006											
	30	20,57	21,92	109,5019744	86,102536	23,3994384	72.008,49837	56.621,02767	15.387,47069	67.573,6684	53.133,87497
	50	18,16	19,52	180,363872	150,1980688	30,1658032	176.035,1391	146.593,3151	29.441,82392	163.770,3958	136.379,8465
	12	43,92	26,66	360,1076752	85,613008	274,4946672	115.205,6474	27.389,31352	87.816,33393	189.791,1491	45.121,47974
	7	22,86	21,11	267,7283024	171,987504	95,7407984	39.562,21125	25.414,59347	14.147,61778	42.841,88295	27.521,44039
	1	215	32,38	294,6088288	176,4367696	118,1720592	9.539,433877	5.713,0226	3.826,411277	63.340,89819	37.933,90546
	4	9,5	10,47	327,1896368	284,8617824	42,3278544	13.702,70199	11.930,01145	1.772,690542	12.433,2062	10.824,74773
	9	26,56	19,29	146,6299536	105,3790608	41,2508928	25.456,42624	18.294,85875	7.161,567499	35.050,42411	25.189,81069
	2	2,5	12,57	414,1842016	390,969696	23,2145056	10.412,59083	9.828,978157	583,6126708	2.070,921008	1.954,84848
	15	22,4	13,99	98,5474256	73,3312944	25,2161312	20.680,17726	15.388,57213	5.291,605132	33.111,935	24.639,31492
	8	22,88	14,35	85,1452368	71,3949392	13,7502976	9.774,673185	8.196,13902	1.578,534164	15.584,98414	13.068,12967
	4	6	10,53	197,4647168	122,4581488	75,006568	8.317,213872	5.157,937227	3.159,276644	4.739,153203	2.938,995571
	15	20,2	14,48	413,2269024	409,8328416	3,3940608	89.752,8832	89.015,6932	737,1900058	125.207,7514	124.179,351
	1	11	16,94	0	0	0	0	0	0	0	0
	33	15,15	14,52	326,841528	284,4375248	42,4040032	156.609,3866	136.291,0844	20.318,30217	163.404,4219	142.204,5405
	57	17,04	26,29	287,1136112	130,649584	156,4640272	430.248,3598	195.782,3211	234.466,0387	278.867,7083	126.897,3279
	12	13,58	26,27	223,3444304	104,2368288	119,1076016	70.407,09824	32.859,61791	37.547,48033	36.396,20838	16.986,43362
	21	15,29	15,55	137,3071648	116,2030688	21,104096	44.837,65467	37.946,11212	6.891,542549	44.087,95755	37.311,64336

Continuación Tabla 18. Cuadro General de Hemorragias 2006

REALES	DIFE					Peso GRD	
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Media	Descripción
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES		
14.439,79344	-4.434,82963	-7,186566137	-5,650871347	-1,53569479	-147,8276654	5,2572	CIRUGÍA GENERAL I (C)
27.390,54931	-12.264,7433	-13,50742654	-11,24831352	-2,259113015	-245,2948659	4,4916	CIRUGÍA GENERAL II (O)
144.669,6694	74.585,50169	141,5177248	33,64482054	107,8729043	6.215,458474	11,999	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
15.320,44256	3.279,671704	20,49538623	13,16614751	7,329238723	468,5245292	4,0772	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
25.406,99273	53.801,46432	250,2393689	149,8645715	100,3747974	53.801,46432	8,8935	NEUROCIRUGÍA
1.608,458467	-1.269,495791	-33,40778397	-29,08588726	-4,321896712	-317,3739477	2,8535	CIRUGÍA PLÁSTICA
9.860,613415	9.593,997864	40,13553323	28,84434383	11,29118941	1.065,999763	5,0108	CIRUGÍA TORÁCICA
116,072528	-8.341,66982	-1.668,333964	-1.574,825935	-93,50802856	-4.170,83491	3,2939	DERMATOLOGÍA
8.472,620083	12.431,75774	36,99927899	27,53197259	9,467306401	828,7838493	3,7601	MEDICINA INTERNA A
2.516,854473	5.810,310959	31,74339466	26,61708179	5,126312873	726,2888699	4,5661	MEDICINA INTERNA B
1.800,157632	-3.578,060668	-149,0858612	-92,45590234	-56,62995884	-894,5151671	1,1657	DIGESTIVO
1.028,400422	35.454,86823	117,0127664	116,0516759	0,961090484	2.363,657882	4,3529	NEFROLOGÍA
0	0	0	0	0	0	4,7899	NEUROLOGÍA
21.199,8814	6.795,035367	13,59142988	11,82809509	1,763334787	205,9101626	5,4826	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
151.970,3803	-151.380,6515	-155,8568605	-70,92186925	-84,93499129	-2.655,800904	6,5234	TRAUMATOLOGÍA A
19.409,77476	-34.010,88986	-208,7069825	-97,40540188	-111,3015806	-2.834,240822	6,5208	TRAUMATOLOGÍA B
6.776,314185	-749,6971198	-2,334850415	-1,975984165	-0,35886625	-35,69986285	4,6986	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 19. Cuadro General de Hemorragias 2007

Año del Alta por Servicio de Alta-HEMORRAGIAS											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
Año de Alta	Total Pac.	Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
		Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2007											
	22	19,86	17,9	112,8965356	88,77171462	24,12482099	44.458,65572	34.958,30122	9.500,354506	49.326,75434	38.786,13755
	28	16,57	19,14	185,955152	154,8542089	31,1009431	99.657,08508	82.989,46765	16.667,61743	86.275,75234	71.846,15878
	27	29,96	28,37	371,2710131	88,26701125	283,0040019	284.389,8833	67.611,64795	216.778,2354	300.328,5479	71.400,95074
	7	28,57	20,58	276,0278798	177,3191166	98,70876315	39.764,57636	25.544,59194	14.219,98442	55.202,81568	35.462,05013
	2	51	24,77	303,7417025	181,9063095	121,835393	15.047,36394	9.011,638571	6.035,725371	30.981,65365	18.554,44356
	2	12,5	12,96	337,3325155	293,6924977	43,64001789	8.743,658803	7.612,509539	1.131,149264	8.433,312889	7.342,312441
	11	27,55	21,32	151,1754822	108,6458117	42,52967048	35.453,67408	25.479,61576	9.974,05832	45.813,72987	32.925,11323
	1	14	16,22	427,0239118	403,0897566	23,93415527	6.926,32785	6.538,115852	388,2119985	5.978,334766	5.643,256592
	8	20,25	14,98	101,6023958	75,60456453	25,99783127	12.176,03111	9.060,451013	3.115,580099	16.459,58812	12.247,93945
	13	17,31	14,12	87,78473914	73,60818232	14,17655683	16.113,76672	13.511,51795	2.602,248771	19.754,19985	16.564,04927
	14	18,21	13,44	203,586123	126,2543514	77,33177161	38.306,76491	23.756,01876	14.550,74615	51.902,2462	32.187,28435
	7	25	18,92	426,0369364	422,5376597	3,499276685	56.424,33185	55.960,88765	463,4442041	74.556,46387	73.944,09045
	4	20	27,43	0	0	0	0	0	0	0	0
	26	16,77	15,99	336,9736154	293,2550881	43,7185273	140.093,4109	121.917,8703	18.175,54054	146.927,2358	127.865,0835
	11	23,64	23,79	296,0141331	134,6997211	161,314412	77.463,9385	35.249,57002	42.214,36849	76.975,51518	35.027,31548
	13	17,38	25,75	230,2681077	107,4681705	122,7999372	77.082,24907	35.974,97007	41.107,27899	52.026,77626	24.281,35844
	55	15,6	12,61	141,5636869	119,8053639	21,75832298	98.181,49506	83.091,01016	15.090,4849	121.461,6434	102.793,0023

Continuación Tabla 19. Cuadro General de Hemorragias 2007

REALES	DIFE					Peso GRD	
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción
10.540,61679	4.868,098615	11,14185346	8,760954715	2,380898748	221,2772098	4,3829	CIRUGÍA GENERAL I (C)
14.429,59356	-13.381,33274	-28,84156552	-24,01782239	-4,823743136	-477,9047407	4,3803	CIRUGÍA GENERAL II (O)
228.927,5972	15.938,66459	19,70363521	4,684397459	15,01923775	590,3209109	10,4383	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
19.740,76554	15.438,23932	77,19505633	49,58977045	27,60528588	2.205,462759	4,2854	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
12.427,21009	15.934,28971	156,2185266	93,55691171	62,66161489	7.967,144856	8,1241	NEUROCIROLOGÍA
1.091,000447	-310,3459143	-12,41383657	-10,80788391	-1,605952658	-155,1729571	3,1037	CIRUGÍA PLÁSTICA
12.888,61664	10.360,05579	34,18596203	24,56854471	9,617417317	941,8232539	5,9026	CIRUGÍA TORÁCICA
335,0781738	-947,9930843	-67,71379174	-63,91851854	-3,795273193	-947,9930843	4,8852	DERMATOLOGÍA
4.211,648665	4.283,557007	26,44170992	19,67585457	6,765855347	535,4446258	4,7169	MEDICINA INTERNA A
3.190,150582	3.640,433132	16,1775458	13,5649972	2,6125486	280,0333179	3,8246	MEDICINA INTERNA B
19.714,96185	13.595,4813	53,32816073	33,07156816	20,25659256	971,1058068	2,484	DIGESTIVO
612,3734198	18.132,13201	103,6121829	102,7611588	0,85102409	2.590,304573	5,9109	NEFROLOGÍA
0	0	0	0	0	0	7,4647	NEUROLOGÍA
19.062,15227	6.833,82492	15,67319141	13,63977154	2,033419874	262,83942	6,2707	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
41.948,19971	-488,4233197	-1,878262266	-0,854693662	-1,023568604	-44,40211997	5,8042	TRAUMATOLOGÍA A
27.745,41782	-25.055,4728	-110,8943649	-51,75538475	-59,13898014	-1.927,344062	6,3494	TRAUMATOLOGÍA B
18.668,64111	23.280,14831	27,13303999	22,96269475	4,170345237	423,2754239	3,3315	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 20. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2004

Año del Alta por Servicio de Alta-ÚLCERAS												
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES	
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste	
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal	
2004												
	4	78,75	21,19	165,8	138,07	27,73	14.053,21	11.702,81	2.350,39	52.227,00	43.492,05	
	4	15,5	8,57	331,03	78,7	252,33	11.347,71	2.697,84	8.649,87	20.523,86	4.879,40	
	12	14,33	10,26	90,59	67,41	23,18	11.153,44	8.299,52	2.853,92	15.577,86	11.591,82	
	31	20,23	12,04	78,27	65,63	12,64	29.213,49	24.495,74	4.717,75	49.085,47	41.158,54	
	2	37	12,85	300,45	261,47	38,98	7.721,57	6.719,78	1.001,79	22.233,30	19.348,78	
	1	21	10,53	181,52	112,57	68,95	1.911,41	1.185,36	726,04	3.811,92	2.363,97	
	1	4	9,15	527,22	297,93	229,29	4.824,06	2.726,06	2.098,00	2.108,88	1.191,72	
	4	51	12,56	379,86	376,74	3,12	19.084,17	18.927,42	156,75	77.491,44	76.854,96	
	2	21	21,22	112,59	90,66	21,93	4.778,32	3.847,61	930,71	4.728,78	3.807,72	
	3	15,33	10,66	263,93	120,1	143,83	8.440,48	3.840,80	4.599,68	12.138,14	5.523,40	
	2	21	16,7	205,31	95,82	109,49	6.857,35	3.200,39	3.656,97	8.623,02	4.024,44	
	3	39,33	14,65	126,22	106,82	19,4	5.547,37	4.694,74	852,63	14.892,70	12.603,69	

Continuación Tabla 20. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2004

REALES	DIFE						
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD	
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción
8.734,95	38.173,79	121,19	100,92	20,27	9.543,45	4,81	CIRUGÍA GENERAL II (O)
15.644,46	9.176,15	148,00	35,19	112,82	2.294,04	3,45	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
3.986,03	4.424,42	25,73	19,15	6,58	368,70	2,12	MEDICINA INTERNA A
7.926,92	19.871,97	31,69	26,57	5,12	641,03	2,44	MEDICINA INTERNA B
2.884,52	14.511,74	196,10	170,66	25,44	7.255,87	4,75	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
1.447,95	1.900,51	90,50	56,12	34,38	1.900,51	1,17	DIGESTIVO
917,16	-2.715,18	-678,80	-383,58	-295,21	-2.715,18	0,98	ENDOCRINOLOGÍA
636,48	58.407,27	286,31	283,96	2,35	14.601,82	2,78	NEFROLOGÍA
921,06	-49,54	-1,18	-0,95	-0,23	-24,77	6,21	NEUROLOGÍA
6.614,74	3.697,66	80,40	36,59	43,82	1.232,55	1,59	TRAUMATOLOGÍA A
4.598,58	1.765,67	42,04	19,62	22,42	882,83	3,68	TRAUMATOLOGÍA B
2.289,01	9.345,33	79,20	67,03	12,17	3.115,11	3,92	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 21. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2005

Año del Alta por Servicio de Alta-ÚLCERAS												
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES	
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste	
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal	
2005												
	2	12	12,53	172,432	143,5928	28,8392	4.321,15	3.598,44	722,71	4.138,37	3.446,23	
	4	2,5	9,42	344,2712	81,848	262,4232	12.972,14	3.084,03	9.888,11	3.442,71	818,48	
	20	16,15	12,08	94,2136	70,1064	24,1072	22.762,01	16.937,71	5.824,30	30.430,99	22.644,37	
	27	18,19	11,07	81,4008	68,2552	13,1456	24.329,89	20.400,80	3.929,09	39.978,37	33.522,18	
	2	4,5	10,57	312,468	271,9288	40,5392	6.605,57	5.748,57	857,00	2.812,21	2.447,36	
	1	5	10,86	188,7808	117,0728	71,708	2.050,16	1.271,41	778,75	943,90	585,36	
	6	38,67	18,25	395,0544	391,8096	3,2448	43.258,46	42.903,15	355,31	91.660,52	90.907,66	
	2	36,5	16,17	117,0936	94,2864	22,8072	3.786,81	3.049,22	737,58	8.547,83	6.882,91	
	3	28,67	23,04	274,4872	124,904	149,5832	18.972,56	8.633,36	10.339,19	23.608,64	10.742,99	
	3	35	22,99	213,5224	99,6528	113,8696	14.726,64	6.873,05	7.853,59	22.419,85	10.463,54	

Continuación Tabla 21. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2005

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
692,14	-182,78	-7,62	-6,34	-1,27	-91,39	1,92	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
2.624,23	-9.529,43	-952,94	-2.26,56	-726,39	-2.382,36	4,10	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
7.786,63	7.668,99	23,74	17,67	6,08	383,45	2,73	MEDICINA INTERNA A	
6.456,20	15.648,49	31,86	26,72	5,15	579,57	2,22	MEDICINA INTERNA B	
364,85	-3.793,36	-421,48	-366,80	-54,68	-1.896,68	4,67	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
358,54	-1.106,26	-221,25	-137,21	-84,04	-1.106,26	1,55	DIGESTIVO	
							ENDOCRINOLOGÍA	
752,86	48.402,07	208,61	206,90	1,71	8.067,01	4,63	NEFROLOGÍA	
1.664,93	4.761,03	65,22	52,52	12,70	2.380,51	3,62	NEUROLOGÍA	
12.865,65	4.636,09	53,90	24,53	29,37	1.545,36	5,62	TRAUMATOLOGÍA A	
11.956,31	7.693,21	73,27	34,20	39,07	2.564,40	5,08	TRAUMATOLOGÍA B	
							UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 22. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2006

Año del Alta por Servicio de Alta-ÚLCERAS											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2006											
	3	18	20,73	180,363872	150,1980688	30,1658032	11.216,83	9.340,82	1.876,01	9.739,65	8.110,70
	4	84,5	20,48	360,1076752	85,613008	274,4946672	29.500,02	7.013,42	22.486,60	121.716,39	28.937,20
	27	12,48	13,85	98,5474256	73,3312944	25,2161312	36.851,81	27.422,24	9.429,57	33.206,54	24.709,71
	32	19,75	13,18	85,1452368	71,3949392	13,7502976	35.910,86	30.111,53	5.799,33	53.811,79	45.121,60
	2	29,5	12,85	326,841528	284,4375248	42,4040032	8.399,83	7.310,04	1.089,78	19.283,65	16.781,81
	1	20	13,05	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3	37,33	17,23	413,2269024	409,8328416	3,3940608	21.359,70	21.184,26	175,44	46.277,28	45.897,18
	2	36	16,94	122,4799056	98,6235744	23,8563312	4.149,62	3.341,37	808,25	8.818,55	7.100,90
	5	44,8	29,02	287,1136112	130,649584	156,4640272	41.660,18	18.957,25	22.702,93	64.313,45	29.265,51
	1	15	26,89	223,3444304	104,2368288	119,1076016	6.005,73	2.802,93	3.202,80	3.350,17	1.563,55

Continuación Tabla 22. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2006

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
1.628,95	-1.477,18	-27,36	-22,78	-4,58	-492,39	6,44	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
92.779,20	92.216,37	272,83	64,86	207,97	23.054,09	7,44	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
8.496,83	-3.645,27	-10,82	-8,05	-2,77	-135,01	3,24	MEDICINA INTERNA A	
8.690,19	17.900,93	28,32	23,75	4,57	559,40	3,10	MEDICINA INTERNA B	
2.501,84	10.883,82	184,47	160,54	23,93	5.441,91	4,75	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
							DIGESTIVO	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,60	ENDOCRINOLOGÍA	
380,10	24.917,58	222,50	220,67	1,83	8.305,86	4,69	NEFROLOGÍA	
1.717,66	4.668,93	64,85	52,22	12,63	2.334,47	4,79	NEUROLOGÍA	
35.047,94	22.653,26	101,13	46,02	55,11	4.530,65	7,37	TRAUMATOLOGÍA A	
1.786,61	-2.655,57	-177,04	-82,63	-94,41	-2.655,57	6,71	TRAUMATOLOGÍA B	
							UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 23. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2007

Año del Alta por Servicio de Alta-ÚLCERAS											
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal
2007											
	3	29,33	25,67	185,955152	154,8542089	31,1009431	14.320,41	11.925,32	2.395,08	16.362,19	13.625,62
	2	52,5	30,79	371,2710131	88,26701125	283,0040019	22.862,87	5.435,48	17.427,39	38.983,46	9.268,04
	29	17,38	13,37	101,6023958	75,60456453	25,99783127	39.394,30	29.314,16	10.080,14	51.209,64	38.106,21
	40	15,18	13,94	87,78473914	73,60818232	14,17655683	48.948,77	41.043,92	7.904,85	53.302,89	44.694,89
	1	39	10,97	336,9736154	293,2550881	43,7185273	3.696,60	3.217,01	479,59	13.141,97	11.436,95
	1	33	14,67	426,0369364	422,5376597	3,499276685	6.249,96	6.198,63	51,33	14.059,22	13.943,74
	10	25,4	17,29	296,0141331	134,6997211	161,314412	51.180,84	23.289,58	27.891,26	75.187,59	34.213,73
	2	74	26,89	230,2681077	107,4681705	122,7999372	12.383,82	5.779,64	6.604,18	34.079,68	15.905,29
	1	47	13,6	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Continuación Tabla 23. Cuadro General de Úlceras de Decúbito 2007

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
2.736,57	2.041,79	23,20	19,32	3,88	680,60	5,41	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
29.715,42	16.120,59	153,53	36,50	117,03	8.060,29	11,60	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
13.103,43	11.815,34	23,44	17,44	6,00	407,43	3,46	MEDICINA INTERNA A	
8.608,01	4.354,12	7,17	6,01	1,16	108,85	3,56	MEDICINA INTERNA B	
1.705,02	9.445,37	242,19	210,77	31,42	9.445,37	2,66	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
							DIGESTIVO	
							ENDOCRINOLOGÍA	
115,48	7.809,26	236,64	234,70	1,94	7.809,26	5,90	NEFROLOGÍA	
							NEUROLOGÍA	
40.973,86	24.006,75	94,51	43,01	51,51	2.400,67	4,02	TRAUMATOLOGÍA A	
18.174,39	21.695,86	146,59	68,42	78,18	10.847,93	6,71	TRAUMATOLOGÍA B	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,41	UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 24. Cuadro General de Anticoagulantes 2004

Complicaciones por anticoagulantes por Año del Alta y por Servicio de Alta 2004-2007												
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES	
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste	
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal	
2004												
	2	31,5	10,69	100,66	79,15	21,51	2.152,1108	1.692,227	459,8838	6.341,58	4.986,45	
	1	70	20,28	165,8	138,07	27,73	3.362,424	2.800,0596	562,3644	11.606	9.664,9	
	1	70	10,75	331,03	78,7	252,33	3.558,5725	846,025	2.712,5475	23.172,1	5509	
	1	55	26,89	270,82	162,19	108,63	7.282,3498	4.361,2891	2.921,0607	14.895,1	8.920,45	
	14	13,79	10,3	90,59	67,41	23,18	13.063,078	9.720,522	3.342,556	17.489,3054	13.014,1746	
	29	13,55	10,52	78,27	65,63	12,64	23.878,6116	20.022,4004	3.856,2112	30.756,1965	25.789,3085	
	1	7	11,03	102,61	69,66	32,95	1.131,7883	768,3498	363,4385	718,27	487,62	
	8	20,38	10,27	300,45	261,47	38,98	24.684,972	21.482,3752	3.202,5968	48.985,368	42.630,0688	
	1	15	8,13	181,52	112,57	68,95	1.475,7576	915,1941	560,5635	2.722,8	1.688,55	
	4	17,25	12,54	112,59	90,66	21,93	5.647,5144	4.547,5056	1.100,0088	7.768,71	6.255,54	
	1	11	12,25	108,86	84,75	24,11	1.333,535	1.038,1875	295,3475	1.197,46	932,25	
	5	25,4	14,42	2.229,99	1.981,07	248,92	160.782,279	142.835,147	17.947,132	283.208,73	251.595,89	
	1	9	10,75	263,93	120,1	143,83	2.837,2475	1.291,075	1.546,1725	2.375,37	1.080,9	
	2	43	18,1	205,31	95,82	109,49	7.432,222	3.468,684	3.963,538	17.656,66	8.240,52	
	1	7	7,87	126,22	106,82	19,4	993,3514	840,6734	152,678	883,54	747,74	

Continuación Tabla 24. Cuadro General de Anticoagulantes 2004

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
1.355,13	4.189,4692	66,49951111	52,28925397	14,21025714	1.647,1115	1,8037	CIRUGÍA GENERAL I (C)	
1.941,1	8.243,576	117,7653714	98,06914857	19,69622286	6.864,8404	3,5882	CIRUGÍA GENERAL II (O)	
17.663,1	19.613,5275	280,19325	66,61392857	213,5793214	4.662,975	1,238	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
5.974,65	7.612,7502	138,41364	82,89383455	55,51980545	4.559,1609	6,7073	NEUROCIRUGÍA	
4.475,1308	4.426,2274	22,92669326	17,06025381	5,866439449	235,2609	1,5877	MEDICINA INTERNA A	
4.966,888	6.877,5849	17,5024428	14,67593358	2,826509225	198,8589	2,0145	MEDICINA INTERNA B	
230,65	-413,5183	-59,07404286	-40,10425714	-18,96978571	-280,7298	3,5968	U.E.C. URG (MI)	
6.355,2992	24.300,396	149,0456084	129,7086212	19,33698724	2.643,4617	2,9078	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
1.034,25	1.247,0424	83,13616	51,55706	31,5791	773,3559	1,3888	DIGESTIVO	
1.513,17	2.121,1956	30,74196522	24,75412174	5,987843478	427,0086	2,9592	NEUROLOGÍA	
265,21	-136,075	-12,37045455	-9,630681818	-2,739772727	-105,9375	2,3682	ONCOLOGÍA	
31.612,84	122.426,451	963,9878031	856,3838031	107,604	21.752,1486	4,6174	UCIG	
1.294,47	-461,8775	-51,31972222	-23,35277778	-27,96694444	-210,175	1,238	TRAUMATOLOGÍA A	
9.416,14	10.224,438	118,888814	55,48646512	63,40234884	2.385,918	3,9553	TRAUMATOLOGÍA B	
135,8	-109,8114	-15,68734286	-13,2762	-2,411142857	-92,9334	0,964	UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 25. Cuadro General de Anticoagulantes 2005

Complicaciones por anticoagulantes por Año del Alta y por Servicio de Alta 2004-2007												
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES	
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste	
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal	
2005												
	1	17	8,89	104,6864	82,316	22,3704	930,662096	731,78924	198,872856	1.779,6688	1.399,372	
	1	13	14,32	172,432	143,5928	28,8392	2.469,22624	2.056,248896	412,977344	2.241,616	1.866,7064	
	2	25,5	17,92	344,2712	81,848	262,4232	12.338,67981	2.933,43232	9.405,247488	17.557,8312	4.174,248	
	29	17,62	10,9	94,2136	70,1064	24,1072	29.780,91896	22.160,63304	7.620,28592	48.141,26533	35.822,96827	
	36	12,28	10,62	81,4008	68,2552	13,1456	31.121,15386	26.095,32806	5.025,825792	35.985,66566	30.174,25882	
	6	18,83	13,06	312,468	271,9288	40,5392	24.484,99248	21.308,34077	3.176,651712	35.302,63464	30.722,51582	
	4	8,25	8,16	188,7808	117,0728	71,708	6.161,805312	3.821,256192	2.340,54912	6.229,7664	3.863,4024	
	1	7	10,97	117,0936	94,2864	22,8072	1.284,516792	1.034,321808	250,194984	819,6552	660,0048	
	5	15,8	11,3	113,2144	88,14	25,0744	6.396,6136	4.979,91	1.416,7036	8.943,9376	6.963,06	
	4	13,25	12,51	2.319,1896	2.060,3128	258,8768	116.052,2476	103.098,0525	12.954,19507	122.917,0488	109.196,5784	
	3	8,67	9,87	274,4872	124,904	149,5832	8.127,565992	3.698,40744	4.429,158552	7.139,412072	3.248,75304	
	1	7	9,31	213,5224	99,6528	113,8696	1.987,893544	927,767568	1.060,125976	1.494,6568	697,5696	
	8	14,75	9,94	131,2688	111,0928	20,176	10.438,49498	8.834,099456	1.604,39552	15.489,7184	13.108,9504	

Continuación Tabla 25. Cuadro General de Anticoagulantes 2005

REALES	DIFE		SOBRE COSTE			Peso GRD	
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Media	Descripción
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES		
380,2968	849,006704	49,94157082	39,26957412	10,67199671	849,006704	0,9786	CIRUGÍA GENERAL I (C)
374,9096	-227,61024	-17,50848	-14,580192	-2,928288	-227,61024	2,1477	CIRUGÍA GENERAL II (O)
13.383,5832	5.219,151392	102,3363018	24,32971922	78,00658259	2.609,575696	5,9761	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
							NEUROCIRUGÍA
12.318,29706	18.360,34637	35,93163405	26,73751464	9,19411941	633,115392	2,6892	MEDICINA INTERNA A
5.811,406848	4.864,511808	11,00369121	9,22668013	1,777011075	135,125328	2,245	MEDICINA INTERNA B
							U.E.C. URG (MI)
4.580,118816	10.817,64216	95,74829315	83,32603165	12,4222615	1.802,94036	3,8391	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS
2.366,364	67,961088	2,059426909	1,277157818	0,782269091	16,990272	1,3332	DIGESTIVO
159,6504	-464,861592	-66,40879886	-53,47385829	-12,93494057	-464,861592	2,5674	NEUROLOGÍA
1.980,8776	2.547,324	32,24460759	25,10316456	7,141443038	509,4648	2,0728	ONCOLOGÍA
13.720,4704	6.864,801216	129,5245512	115,0665262	14,45802506	1.716,200304	3,8951	UCIG
3.890,659032	-988,15392	-37,99130796	-17,28775087	-20,70355709	-329,38464	1,53	TRAUMATOLOGÍA A
797,0872	-493,236744	-70,462392	-32,885424	-37,576968	-493,236744	1,2033	TRAUMATOLOGÍA B
2.380,768	5.051,223424	42,80697817	36,22755037	6,579427797	631,402928	1,5411	UROLOGÍA VM

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 26. Cuadro General de Anticoagulantes 2006

Complicaciones por anticoagulantes por Año del Alta y por Servicio de Alta 2004-2007												
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES	REALES	
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste	Coste	
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total	personal	
2006												
	1	49	18,65	109,5019744	86,102536	23,3994384	2.042,211823	1.605,812296	436,3995262	5.365,596746	4.219,024264	
	1	26	21,17	360,1076752	85,613008	274,4946672	7.623,479484	1.812,427379	5.811,052105	9.362,799555	2.225,938208	
	1	11	10,97	0	0	0	0	0	0	0	0	
	33	16,55	11,04	98,5474256	73,3312944	25,2161312	35.902,79809	26.716,05718	9.186,740919	53.821,67649	40.049,88644	
	28	14,57	9,71	85,1452368	71,3949392	13,7502976	23.149,28698	19.410,85607	3.738,430911	34.735,8508	29.126,2794	
	4	6	8,29	0	0	0	0	0	0	0	0	
	4	29,5	10,77	326,841528	284,4375248	42,4040032	14.080,33303	12.253,56857	1.826,764458	38.567,3003	33.563,62793	
	5	12,4	8,61	197,4647168	122,4581488	75,006568	8.500,856058	5.271,823306	3.229,032752	12.242,81244	7.592,405226	
	11	11,09	13,4	118,4222624	92,19444	26,2278224	17.455,44148	13.589,46046	3.865,981022	14.446,33179	11.246,79974	
	4	14,75	17,69	2.425,872322	2.155,087189	270,7851328	171.654,7255	152.493,9695	19.160,756	143.126,467	127.150,1441	
	2	14,5	11,49	287,1136112	130,649584	156,4640272	6.597,870785	3.002,32744	3.595,543345	8.326,294725	3.788,837936	
	1	2	10,81	137,3071648	116,2030688	21,104096	1.484,290451	1.256,155174	228,1352778	274,6143296	232,4061376	

Continuación Tabla 26. Cuadro General de Anticoagulantes 2006

REALES	DIFE							
Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
1.146,572482	3.323,384923	67,8241821	53,33085648	14,49332562	3.323,384923	3,1468	CIRUGÍA GENERAL I (C)	
							CIRUGÍA GENERAL II (O)	
7.136,861347	1.739,320071	66,89692582	15,90426264	50,99266318	1.739,320071	6,0501	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
0	0	0	0	0	0	2,5674	NEUROCIRUGÍA	
13.771,79005	17.918,8784	32,80944502	24,41422551	8,395219511	542,9963151	2,4391	MEDICINA INTERNA A	
5.609,571409	11.586,56382	28,40122518	23,81464684	4,586578335	413,8058508	1,7461	MEDICINA INTERNA B	
0	0	0	0	0	0	1,2483	U.E.C. URG (MI)	
5.003,672378	24.486,96728	207,5166718	180,5937234	26,92294847	6.121,741819	3,4426	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
4.650,407216	3.741,956383	60,35413522	37,42874064	22,92539457	748,3912767	1,3442	DIGESTIVO	
							NEUROLOGÍA	
3.199,532055	-3.009,109688	-24,66685538	-19,20371113	-5,463144251	-273,5554261	2,9252	ONCOLOGÍA	
15.976,32284	-28.528,2585	-483,5298051	-429,5563617	-53,97344342	-7.132,064626	4,3028	UCIG	
4.537,456789	1.728,423939	59,6008255	27,12105158	32,47977392	864,2119697	2,1973	TRAUMATOLOGÍA A	
							TRAUMATOLOGÍA B	
42,208192	-1.209,676122	-604,8380609	-511,8745181	-92,96354288	-1.209,676122	1,7345	UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 27. Cuadro General de Anticoagulantes 2007

Complicaciones por anticoagulantes por Año del Alta y por Servicio de Alta 2004-2007										
SAS 2007							ESPERADO	ESPERADO	ESPERADO	REALES
		Estancia	Estancia	Coste total	Coste personal	Coste fungible	Coste	Coste	Coste	Coste
Año de Alta	Total Pac.	Media	Media SAS	por estancia	por estancia	por estancia	total	personal	fungible	total
2007										
	1	30	30,98	371,2710131	88,26701125	283,0040019	11.501,97599	2.734,512008	8.767,463978	11.138,13039
	28	13,54	9,96	101,6023958	75,60456453	25,99783127	28.334,87614	21.084,60096	7.250,275184	38.519,50029
	52	13,21	10,6	87,78473914	73,60818232	14,17655683	48.386,94821	40.572,83009	7.814,118122	60.301,09301
	4	7,5	9,09	0	0	0	0	0	0	0
	8	13,63	11,2	336,9736154	293,2550881	43,7185273	30.192,83594	26.275,65589	3.917,180046	36.743,60302
	10	8,8	8,34	203,586123	126,2543514	77,33177161	16.979,08266	10.529,61291	6.449,469752	17.915,57883
	2	10,5	13,96	0	0	0	0	0	0	0
	10	10,5	11,68	122,0933525	95,05246764	27,04088489	14.260,50358	11.102,12822	3.158,375356	12.819,80202
	2	14	8,39	2.501,074364	2.221,894892	279,1794719	41.968,02782	37.283,39628	4.684,631539	70.030,08218
	1	5	20,23	296,0141331	134,6997211	161,314412	5.988,365914	2.724,975358	3.263,390556	1.480,070666

Continuación Tabla 27. Cuadro General de Anticoagulantes 2007

REALES	REALES	DIFE							
Coste	Coste	COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	SOBRE COSTE	Peso GRD		
personal	fungible	TOTAL	TOTAL/DÍA	PERSONAL/DÍA	FUNGIBLE/DÍA	TOTAL PACIENTES	Media	Descripción	
								CIRUGÍA GENERAL I (C)	
								CIRUGÍA GENERAL II (O)	
2.648,010337	8.490,120056	-363,8455929	-12,12818643	-2,883389034	-9,244797395	-363,8455929	9,2302	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
								NEUROCIROLOGÍA	
28.663,2025	9.856,29779	10.184,62415	26,86385354	19,98998087	6,873872669	363,7365769	2,0377	MEDICINA INTERNA A	
50.562,9326	9.738,160415	11.914,1448	17,34429744	14,54332747	2,800969971	229,1181692	2,2399	MEDICINA INTERNA B	
0	0	0	0	0	0	0	1,7507	U.E.C. URG (MI)	
31.976,5348	4.767,068217	6.550,767083	60,07673407	52,28245517	7,794278895	818,8458853	2,9303	CARDIOLOGÍA-CORONARIAS	
11.110,38292	6.805,195902	936,4961659	10,64200189	6,599659278	4,042342607	93,64961659	1,5056	DIGESTIVO	
0	0	0	0	0	0	0	3,6787	NEUROLOGÍA	
9.980,509102	2.839,292914	-1.440,70156	-13,72096724	-10,68208684	-3,038880398	-144,070156	2,2129	ONCOLOGÍA	
62.213,05697	7.817,025214	28.062,05436	1.002,216227	890,3450244	111,8712027	14.031,02718	1,8606	UCIG	
673,4986055	806,5720602	-4.508,295248	-901,6590496	-410,2953505	-491,3636991	-4.508,295248	5,9864	TRAUMATOLOGÍA A	
								TRAUMATOLOGÍA B	
								UROLOGÍA VM	

Fuente: Elaboración Propia

