Papeles Médicos

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA

MAYO 1998

VOLUMEN 7 • NUMERO 2

Papeles Médicos. Revista de la Sociedad Española
de Documentación Médica (SEDOM)
Mayo 1998. Volumen 7. Número 2

Apartado de Correos 1593
50080 ZARAGOZA

DIRECTOR
Miguel Moreno Verón
Hospital Miguel Servet. Zaragoza

COMITÉ CIENTÍFICO
Rafael Alexandre Benavent
Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universitat de València
Carolina Conejo Gómez
Hospital Marítimo de Torremolinos. Málaga
Natalia Corominas de Balmases
Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona
Alfredo Fuentes Ruiz
Hospital Universitario San Carlos. Madrid
Alfonso Martínez Reina
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga
Soledad Sañudo García
Hospital del Río Hortega. Valladolid
Javier Yetano Laguna
Hospital de Galdakao. Vizcaya

El envío de información y originales para el próximo número de este boletín deberá realizarse antes del 15 de septiembre de 1998. Los textos deberán entregarse escritos en tratamiento de texto Word. Las fotos y el resto de iconografía en blanco y negro o color sobre papel o diapositiva.

Edita: Sociedad Española de Documentación Médica

Imprime: Sansueña Industrias Gráficas, S. A.

D. L.: Z-268-92

I.S.S.N.: 1133-7591

Puedes consultar Papeles Médicos Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica a través de INTERNET, en la siguiente dirección: http://www.servitel.es/lineo55/Medica/Publica/PMedicos

SUMARIO

8ª Jornadas de Documentación Médica 3

PAPELES PARA EL DEBATE I

Mesa redonda sobre la definición del catálogo de productos de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica

1. *Definición de los productos de los SADC*
   Ponente: CM Elvira y Martínez 4
2. *Valoración, medición y ponderación de los productos de los SADC*
   Ponente: A. Romero Gutiérrez 9
3. *Catálogo de productos: Marco teórico*
   Ponente: RC. Romero Serrano 16

PAPELES PARA EL DEBATE II

Mesa redonda sobre el catálogo de productos, experiencia de aplicación. Problemas y soluciones

1. *Medición del producto en los SADC de cinco hospitales públicos de la provincia de Málaga*
   Ponente: A. Martínez Reina 19
2. *El Catálogo de productos, una experiencia de aplicación. Problemas y soluciones*
   Ponente: P. Torres Llaveras 29
3. *El Catálogo de productos, otra experiencia de aplicación. Problemas y soluciones*
   Ponente: R. Ferrer Ivars 33

PAPELES PARA EL DEBATE III

Mesa redonda sobre las diferentes utilidades del catálogo de productos de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica

1. *La política de calidad en los SADC*
   Ponente: MD. Fluza Pérez 36
2. *Reflexiones en torno al cálculo de los costes en los SADC*
   Ponente: J. Lizcano Alvárez 40
3. *La medida de los productos de admisión y documentación clínica*
   Ponente: J. Grandal Amor 47

SUMMARY

8th National Workshop on Medical Documentation 3

PAPERS FOR DEBATE I

Round table: definition of a catalogue of Admission, Medical Record and Information Unit (AMRIU) products

1. *Identification of AMRIU products*
   Lecturer: CM Elvira y Martínez 4
2. *Assessment, measurement and ponderation of the AMRIU products*
   Lecturer: A. Romero Gutiérrez 9
3. *Catalogue of products. Theoretical frame*
   Lecturer: RC. Romero Serrano 16

PAPERS FOR DEBATE II

Round table: experiences in application of catalogue of products. Problems and solutions

1. *Measurement of the AMRIU products in five public hospitals in the province of Málaga*
   Lecturer: A. Martínez Reina 19
2. *An experience in application of catalogue of products. Problems and solutions*
   Lecturer: P. Torres Llaveras 29
3. *Another experience in application of catalogue of products. Problems and solutions*
   Lecturer: R. Ferrer Ivars 33

PAPERS FOR DEBATE III

Round table: uses of the AMRIU catalogue of products

1. *Quality policy in the AMRIU*
   Lecturer: MD. Fluza Pérez 36
2. *Reflexions upon cost calculation in the AMRIU*
   Lecturer: J. Lizcano Alvarez 40
3. *Measurement of Admission, Medical record and Information products*
   Lecturer: J. Grandal Amor 47

Fe de erratas

En el artículo "Medición del producto en los servicios de admisión y documentación clínica de cinco hospitales públicos de la provincia de Málaga" publicado en Papeles Médicos Volumen 7 número 2 de mayo de 1998 existen dos tablas, las número 5 y 11, con errores que se publican a continuación con las correcciones pertinentes, para su incorporación en su lugar correspondiente.

Tabla 5
Datos de Actividades, Resultados y otros datos. Hospital 1

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	4.268	148,1	632.023
2	3.691	493,6	1.821.928
3	16.478	394,9	6.507.013
4	4.119	148,1	609.958
5	3.787	691,1	2.617.041
6	4.447	98,7	439.020
7	105.314	444,3	46.785.991
8	2.120	197,4	418.584
9	30.322	148,1	4.490.206
10		197,4	
11	52.317	444,3	23.241.950
12	329	148,1	48.720
13	7.777	691,1	5.374.367
14 (9)		4.442,5	
14(4,5)		2.221,3	
14(1,5)		740,4	510.890

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	7.285
URV/dotación A-B	23.676
URV/dotación C-D	10.523
VMP	0,81
ICF	1,20
ICP	1,05
Coste unidad URV	493,6 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	93.497.693 ptas.
Categoría A	6 personas
Categoría B	2 personas
Categoría C	2 personas
Categoría D	16 personas
Número camas	237

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11
Datos de Actividades, Resultados y otros datos. Hospital 4

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	25.387	127,8	3.244.548
2	8.563	426	3.647.939
3	105.887	340,8	36.087.285
4	12.462	127,8	1.592.687
5	1.320	596,4	787.270
6	38.621	85,2	3.290.600
7	59.878	383,4	291.345.260
8	1.315	170,4	224.082
9	252.652	127,8	32.289.816
10	162	170,4	27.606
11	220.695	383,4	84.616.797
12	642	127,8	82.050
13	40.073	596,4	23.900.196
14 (9)	719	3.834,1	2.756.722
14 (4, 5)	123	1.917,1	235.797
14 (1, 5)		639	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	8.481
URV/dotación A-B	103.311
URV/dotación C-D	9.239
VMP	0,77
ICF	1,03
ICP	1,01
Coste unidad URV	426 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	484.128.655 ptas.
Categoría A	6 personas
Categoría B	4 personas
Categoría C	62 personas
Categoría D	59 personas
Número camas	1.150

Fuente: Elaboración propia

Asumir la responsabilidad de establecer el marco de reflexión de la SEDOM (Sociedad Española de Documentación Médica) para este año ha resultado apasionante y aterrador, distribuyéndose en partes iguales y sólo dependiendo del momento de la reflexión.

La SADOM (Sociedad Aragonesa de Admisión y Documentación Médica) asumió este reto y escogió un tema que nos pareció innovador y apasionante, entendiendo que la madurez de la especialidad permite lanzarse a explorar áreas consideradas marginales y que cada vez penetran más descaradamente en nuestra actividad diaria. Para desarrollar el tema no sólo se contó con la inestimable colaboración de todos los ponentes, sino también con la NORDOC (Sociedad del Norte de Documentación Clínica), que participó en la elaboración del catálogo de productos previo, piedra angular sobre la que se ha realizado todo el desarrollo de las Jornadas.

En la situación actual con el INSALUD lanzando las ideas de su plan estratégico, el horizonte de las transferencias, los nuevos modelos de gestión, los nuevos modelos de financiación y la oferta de plazas, parece más necesario reflexionar en común sobre nuestra profesión, impregnándola incluso de un matiz empresarial.

¿Cómo se estableció el marco conceptual? Cuando reflexionábamos sobre nuestros objetivos para estas Jornadas, como Comité Organizador entendimos que deberíamos, por un lado, escoger un tema central innovador y luego aprovechar la posibilidad de convocar a expertos para realizar un repaso a los nuevos horizontes que se vislumbran. En esa línea tenemos la 2 y la 3 ponencia, en las cuales se hablará de los SADC dentro de los nuevos modelos de Gestión (Gestión Clínica, Institutos) y de nuestros Servicios en el marco de otros modelos de financiación.

Como bueno es criticarnos, nos dejamos en el tintero como mínimo un tema del que estamos seguros surgirá en el debate, la externalización. Éste, pronto será, un asunto usual de comentario dentro del sector. La evocación de esta cuestión parece clara cuando hablamos de alguna manera de objetivarnos como empresa. Lo dejamos como un reto para nuevas iniciativas.

El objetivo final de estos días será establecer un catálogo consensuado de actividad del SADC y conseguir que éste sea una herramienta de uso habitual dentro de las actividades de nuestros Servicios.

A todos, gracias por ayudarnos a desarrollar esta tarea y sólo nos queda desear que vuestra presencia en nuestra Comunidad y en mi Ciudad os sea lo más grata posible.

José M. Aldámiz
Presidente del Comité organizador

MESA REDONDA SOBRE LA DEFINICIÓN DEL CATÁLOGO DE PRODUCTOS DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (SADC)

1 DEFINICIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LOS SADC

Ponente: Carlos M. Elvira y Martínez
Hospital La Paz. Madrid

OBJETIVO

Es a mi juicio de gran importancia el tema elegido como eje de discusión en las 8ª Jornadas Nacionales de Documentación Médica sobre "La medida de los productos de admisión y documentación clínica", pues implica un trasfondo mucho más amplio que la simple acción de medir.

El hecho de medir algo conlleva un sentido en sí. Es decir, el cuantificar lo que se hace exige que previamente se haya definido lo que se hace y esto acarrea una labor de normalización y posterior homologación. Por tanto, creo que éste ha de ser un rumbo que necesariamente hemos de cursar.

Pero es buen planteamiento el sentarnos los profesionales especialistas de Admisión y Documentación para consensuar y emitir nuestro catálogo de productos y su medida. Esto nos reportará dos grandes ventajas:

- Facilidad de conexión con los demás servicios del hospital en cuanto a transformación y repercusión de nuestros costes. Esto dará mayor peso a posibles decisiones de justificación de demanda de modificación de nuestra estructura.
- Dará consistencia de homogeneidad en lo que hacemos en los numerosos hospitales de la red asistencial. Esto fortalecerá la razón de existir de los SADC.

No podemos dejar al margen un motor para la elaboración de nuestra cartera de servicios, como es el Proyecto Signo, que nos encamina fundamentalmente a la obtención de los costes por Servicio, utilizando la contabilidad analítica como herramienta.

Pues bien, una vez que sabemos el fin al que queremos llegar todo es cuestión de ir marcando etapas:

1. Definición de los productos de los SADC.
2. Calibrar su ponderación individual respecto al resto.
3. Asignar un valor relativo a cada uno.
4. Establecer los mecanismos de su medida y la forma de recogida de la información.
5. Validación de la medida.
6. Corrección si procede.
7. Puesta en marcha.

A mí se me ha encomendado aportar documentación hasta el punto cuarto, que es lo que a continuación desglosa:

DETERMINACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LOS SADC

Características que deben cumplir los productos resultantes:

- Su conjunto debe ser representativo de la actividad global de los SADC y de las secciones del mismo.
- Deben ser cuantificables fácilmente.
- Deben ser medibles cualitativamente, con un objetivo de homologación, p.ej.
- Deben ser fáciles de identificar y registrar, para que los costes de transacción no superen a lo beneficios de su medida.
- Deben ser de fácil interpretación para los profesionales del hospital.

Cuando nos ponemos a pensar qué es lo que hacemos en un SADC son muchas las cosas que se nos viene a la cabeza y por tanto muchos las posibles respuestas ante esa pregunta.

Tras tener acceso al trabajo realizado por nuestras Sociedades Norte y Aragonesa en una sesión conjunta a finales del año pasado en la cual determinaron una propuesta de productos para el catálogo de los SADC, creo que cumple perfectamente los objetivos. Por tanto, la presento a continuación recordando que el mérito está en ellos y en el grupo de profesionales que elaboraron la propuesta de catálogo del Proyecto Signo, pues esta última versión complementa y mejora el trabajo allí realizado.

Catálogo de productos:

1. Solicitud de ingreso.
2. Programación de ingresos.
3. Gestión de camas.
4. Solicitud de demanda quirúrgica.
5. Programación quirúrgica.
6. Registro de intervención realizada.
7. Solicitud de cita: nueva, revisión.
8. Solicitud de asistencia a otros centros.
9. Urgencia registrada.
10. Tratamiento de pasivos.
11. Movimiento de historia clínica.
12. Solicitud de información clínica a terceros.
13. Episodio codificado.
14. Generación y análisis de información.

Una vez nominados los productos el trabajo consiste en calcular la unidad relativa de valor (urv) de cada uno (Tabla 1). Para ello el método más recomendado por la literatura es especificar cada grupo de profesionales que intervienen en la generación de cada uno de los productos y aplicar en la proporción adecuada cuánto tiempo dedica cada uno. Por ejemplo en el caso de la solicitud de ingreso estimamos que del 100% de la jornada laboral de un facultativo(A) del SADC el 5% lo dedica a este producto, que será de un 2% de su tiempo para cada enfermera(B), de un 3% de su jornada para cada administrativo(C) y no interviene el celador(D).

Tabla 1

CATÁLOGO DE PRODUCTOS PARA DE FACTURACIÓN INTERNA	% DE DEDICACIÓN DE TIEMPO			
	A	B	C	D
1º Solicitud de ingreso	5	2	3	0
2º Programación de ingresos	11	10	9	5
3º Gestión de camas	7	14	6	4
4º Solicitud de demanda quirúrgica	5	2	3	0
5º Programación quirúrgica	16	13	12	14
6º Registro de intervención realizada.	1	1	3	5
7º Solicitud de cita	7	5	19	6
8º Solicitud de asistencia a otros centros	4	3	7	0
9º Urgencia registrada	1	0	6	8
10º Tratamiento de pasivos	2	1	8	10
11º Movimiento de Historia Clínica	1	0	11	48
12º Solicitud de informac. clínica a terceros	4	0	4	0
13º Episodio codificado	9	40	4	0
14º Información	27	9	5	0
	100	100	100	100

Fuente: Grupo de trabajo SADOM y NORDOC

Evidentemente como no en todos los SADC hay esta distribución de profesionales es labor de cada Servicio el ajustar esta tabla a su propia estructura operativa; de ello resultará que el coste de cada urv será mayor o menor en el SADC de un hospital que el de otro. Ahí se podrían determinar eficiencias intrínsecas respecto a un estándar aquí propuesto.

Para determinar el peso en urv de cada uno de los productos del catálogo tendremos que aplicar cada uno de los porcentajes antes señalados por el coste salarial anual de cada uno de los anteriores grupos profesionales (Tabla 2). La lectura que aquí se haría a estos resultados podría hacerse en términos relativos: decir que el producto "Análisis de información" (urv=1,5) tiene un coste un 50% mayor que hacer una "Programación de ingreso" (urv=1,0)

En este nuevo nivel podría determinarse un nuevo rasero de comparación en la eficiencia entre Servicios basada fundamentalmente en el número de profesionales que intervienen de cada grupo (no tanto en su "combinación", que ya se tocó en el párrafo anterior). Por tanto, si un Servicio obtiene los mismos productos que otro con dos enfermeras menos, su coste final unitario por producto será menor.

Tabla 2

CATÁLOGO	URV
14º Información	1,5
5º Programación quirúrgica	1,4
13º Episodio codificado	1,4
2º Programación de ingresos	1,0
7º Solicitud de cita	0,9
11º Movimiento de Historia Clínica	0,9
3º Gestión de camas	0,8
8º Solicitud de asistencia a otros centros	0,4
10º Tratamiento de pasivos	0,4
1º Solicitud de ingreso	0,3
4º Solicitud de demanda quirúrgica	0,3
9º Urgencia registrada	0,3
12º Solicitud de información clínica a terceros	0,3
6º Registro de intervención realizada.	0,2

Fuente: Grupo de trabajo SADOM y NORDOC

Como creo que del trabajo realizados por los profesionales al principio reseñados han surgido unas definiciones conceptuales de cada producto, me ha parecido osado por mi parte el modificar en una coma su redacción y por ello lo presento aquí tal cual de su mérito en la elaboración ha reultado:

DEFINICIÓN DE LOS PRODUCTOS DEL SADC

1º Solicitud de Ingreso

PRODUCTO: Se contabilizarán todas las solicitudes de ingreso recibidas y registradas en la Unidad de Gestión de Ingresos.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio responsable. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de emisión, el Servicio, el médico, el Nº de Historia (entendemos que con este dato tenemos toda la filiación necesaria del paciente), la prioridad y el diagnóstico.

UNIDAD DE MEDIDA: Apunte realizado.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de ingresos, según guía de procedimientos del SADC.

2º Programación de Ingresos

PRODUCTO: Entendemos por el mismo todos aquellos ingresos incluidos en programación independientemente de su realización. Solo consideramos los programados.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio de Ingreso. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de

ingreso, el Servicio, el médico, el Nº de Historia, el diagnóstico, la cama y la unidad de enfermería.

UNIDAD DE MEDIDA: Apunte realizado en el registro de Ingresos, relativo a Ingreso Programado.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de camas, según guía de procedimientos del SADC.

3º Gestión de camas

PRODUCTO: Entendemos por este producto a todos los movimientos registrados en el Fichero de Camas, tanto el primer apunte (ingreso), como los siguientes relativos a movimientos de cama/servicio y por último el alta de hospitalización.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio de ingreso en cada momento. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha del movimiento, el Servicio, el Nº de Historia, el motivo (ingreso, traslado, alta), el facultativo responsable.

UNIDAD DE MEDIDA: Apunte realizado.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de camas, según guía de procedimientos del SADC.

4º Solicitud de demanda quirúrgica

PRODUCTO: Se contabilizarán en este producto, todas las solicitudes de LEQ recibidas y registradas en la base de datos del SADC.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente el servicio que emite la solicitud. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de inclusión, el Nº de Historia, el diagnóstico de inclusión, el procedimiento propuesto, la necesidad de anestesia y/o ingreso, el tipo de preoperatorio, el facultativo responsable, la autorización del paciente, la prioridad, información complementaria para la programación.

UNIDAD DE MEDIDA: Registro realizado.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de lista de espera quirúrgica, según guía de procedimientos del SADC.

5º Programación Quirúrgica

PRODUCTO: Entendemos por el mismo todos aquellos pacientes incluidos en parte para cirugía programada independientemente de su realización posterior. Sólo consideramos los programados. No contabilizaremos aquellos que, aun teniendo solicitud en lista de espera quirúrgica, no se incluyen en parte por renuncia del paciente o por acudir por otra área o por motivos médicos.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio que programa la intervención. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha prevista de intervención, el Servicio, el Nº de Historia, la patología que motiva la intervención, el tipo de intervención, la anestesia, el anestesista, el facultativo responsable y la información complementaria que ayude a la realización de la intervención.

UNIDAD DE MEDIDA: Paciente incluido en parte.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de lista de espera quirúrgica, según guía de procedimientos del SADC.

6º Registro de intervención realizada

PRODUCTO: Entenderemos en este producto los movimientos registrados en el fichero de actividad quirúrgica. Tanto intervención realizada como suspendida.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio que programa la intervención. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de intervención, el Servicio, el Nº de Historia, el tipo (Prg., Urg.), la patología de ingreso, el tipo de intervención, la anestesia, el anestesista, el facultativo responsable, los tiempos, el destino del paciente, los consumos inventariables.

UNIDAD DE MEDIDA: Registro realizado.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de quirófano, según guía de procedimientos del SADC.

7º Solicitud de Cita

PRODUCTO: Entenderemos en este producto los movimientos registrados en el fichero de actividad de consultas externas y hospital de día (ingreso y alta = 1 apunte). Se contabilizarán citas realizadas y no realizadas.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio de cita. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de cita, el Servicio, el Nº de Historia, el tipo de visita, el facultativo responsable.

UNIDAD DE MEDIDA: Registro en fichero actividad de consultas externas (CEX).

RESPONSABLE: Unidad de gestión de citas, según guía de procedimientos del SADC.

8º Solicitud de Asistencia a otros centros

PRODUCTO: Entenderemos en este producto las solicitudes remitidas y tramitadas por los Servicios para canalización de pacientes a otros centros y los trámites relativos al envío de pacientes a centros concertados. Aquellas solicitudes que no ocasionen finalmente traslado no se contabilizarán.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio peticionario. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de petición, el servicio, el Nº de Historia, el centro que se sugiere para su atención, el facultativo responsable, la patología que motiva el traslado y el tipo de atención que se precisa.

UNIDAD DE MEDIDA: Registro en fichero de traslados.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de traslados (CEX o ING.), según guía de procedimientos del SADC.

9º Urgencia registrada

PRODUCTO: Entenderemos en este producto a los movimientos registrados en el fichero de actividad de urgencias.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio responsable de la atención. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de atención, el servicio, el Nº de Historia, la patología que motiva la atención, el facultativo responsable, la procedencia, el destino al alta, las horas de entrada y salida.

UNIDAD DE MEDIDA: Registro realizado.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de urgencias, según guía de procedimientos del SADC.

10º Gestión de Documentación Pasiva

PRODUCTO: Entenderemos en este producto los movimientos registrados en el fichero de archivo pasivo.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio al que pertenece el último episodio existente en la Historia Clínica. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha del movimiento, el Servicio, el Nº de Historia, y el motivo (Digitalización, Microfilmación, expurgue, consulta)

UNIDAD DE MEDIDA: Registro en el fichero de movimientos del fichero pasivo.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de documentación clínica, según guía de procedimientos del SADC.

11º Gestión de la Historia Clínica (Préstamo/devolución)

PRODUTO: Entenderemos en este producto los movimientos registrados en el fichero de movimientos del archivo.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio solicitante en cada momento. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha del movimiento, el Servicio, el Nº de Historia, el motivo (ingreso, CEX, Investigación...).

UNIDAD DE MEDIDA: Registro en el fichero de movimientos del fichero de activos.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de documentación clínica, según guía de procedimientos del SADC.

12º Solicitud recibida de información clínica a terceros

PRODUCTO: Entenderemos en este producto los movimientos registrados en el fichero de solicitudes de información, por el paciente, otros centros, otras instituciones, etc. Excepto motivos asistenciales que haya indicado nuestro centro (se cuenta en solicitudes de asistencias a otros centros)

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio sobre el que se realiza la consulta, en caso de ser varios, se reseñarán de forma independiente. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha del movimiento, el Servicio, el Nº de Historia, el motivo (petición del paciente, juzgado, inspección...).

UNIDAD DE MEDIDA: Registro realizado

RESPONSABLE: Unidad de gestión de documentación clínica, según guía de procedimientos del SADC.

13º Episodios Clínicos codificados

PRODUCTO: Entenderemos en este producto los episodios codificados por la unidad de codificación relativos a atenciones en el área de hospitalización, urgencias, consultas externas, hospital de día, quirófano, cirugía mayor ambulatoria (CMA), lista de espera quirúrgica y otras áreas que lo precisen.

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio responsable de la atención en cada momento. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de atención, el Servicio, el Nº de Historia, el motivo, la patología de ingreso, el tipo de intervención, el facultativo responsable y todos aquellos campos exigidos por la entidad gestora. En la mayoría de los casos existirá un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) establecido.

UNIDAD DE MEDIDA: Episodio codificado, con independencia del número de códigos.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de documentación clínica, según guía de procedimientos del SADC.

14º Elaboración de Información

PRODUCTO: Entenderemos en este producto las salidas de información reglada o no, de las que se disponga registro en el SADC. Dada la complejidad de dicho producto y teniendo en cuenta que en él pueden entrar procesos de gran complejidad y otros de muy poca se propone la siguiente tabla de ponderación para ajustar la complejidad a la facturación.

Tipos de Informes	Valor en Número
Informes analíticos con juicio de valor y proyección	6
Informes de integración con más de 5 Items. O de más de 5 áreas de Gestión y/o Servicios	3
Resto de Informes	1

Fuente: Grupo de trabajo SADOM y NORDIOC

MÍNIMOS DE INFORMACIÓN: Para el catálogo será suficiente con el Servicio solicitante o receptor en cada momento. Para el correcto funcionamiento del SADC, debería contener la fecha de realización y el Servicio. Para aquella información que se remita directamente a dirección se podría facturar a Gerencia o Dirección Médica.

UNIDAD DE MEDIDA: Salida de informe realizada.

RESPONSABLE: Unidad de gestión de la información, según guía de procedimientos del SADC.

LOS SADC A FUTURO

Por último, quisiera esbozar lo que en las jornadas tendrá mayor desarrollo, en relación a nuestro crecimiento profesional de definición y de dedicación.

Cuanto mejor es un SADC organizativa y operativamente hablando, más se aproxima a lo que podríamos llamar el "aburrimiento creativo". Permítaseme esta licencia lingüística para expresar, que a medida que el Servicio funciona solo y más integrado está en la dinámica habitual del flujo de producción asistencial de un hospital, más fácil tiene la tendencia al estancamiento y la curva de crecimiento (avance en nuevos campos, inicio de nuevos programas, etc) sobre el tiempo se tiende a aplanar. Esto es lógico y no es criticable negativamente, pero sí creo que tenemos que buscar nuevos horizontes de actividad para no cesar en este crecimiento y potenciación de los SADC. En este sentido solamente apuntar que amén del lógico perfeccionamiento de los circuitos operativos asistenciales, el futuro está en la información y sobre todo en su análisis. Es muy importante la calidad de la generación, pero aún más es saber generar valor añadido a la actividad asistencial en base al estudio de los datos. Y por ahí acondicionar propuestas de modificación de circuitos, nuevas oportunidades estratégicas, etc. No quisiera olvidar el importante papel que tiene el Sistema de Información como red integrada de soporte de la actividad asistencial rutinaria del hospital, que creo será el eje futuro y ya presente del día a día de la atención especializada. En cuanto a la documentación clínica en sí, le queda un reto crucial en lo que es exploración de nuevos soportes documentales con accesibilidad en tiempo real o "semidiferido" y la aproximación y perfeccionamiento de los métodos de agrupación con un importante componente de adaptación a nuestro propio escenario nacional.

Por último atisbar el irrenunciable planteamiento, dado el entorno actual en que nos movemos, de dinamismo y evolución a futuro, para imaginar y tener la osadía de preparar la adaptación tanto organizativa como de estructura operativa de nuestros SADC tanto en lo concerniente a su encaje en la estructura global del hospital–área como en las reglas de interrelación con los servicios asistenciales. Aquí hablaríamos de cuatro modelos principalmente:

- Central-servidor: un SADC único por área, que presta servicios de forma descentralizada y "personalizada" según necesidades a cada servicio asistencial.
- Parcelado-integrado: el servicio se fragmenta operativamente integrándose en cada departamento o "instituto", pero manteniendo una coordinación única a efectos de homogeneidad, garantía de normalización, etc.
- Autónomo-Externalizado: ¿por qué no podríamos subcontratar un SADC? Incluso podría desde un SADC único prestar servicio diferenciado a cada hospital e incluso a cada servicio.
- Integrado con Atención Primaria a nivel de área: sería probablemente una garantía de mejora en la eternamente perseguida coordinación atención primaria-atención especializada.

Por supuesto aquí encajarían perfectamente las nuevas tendencias sobre institutos, departamentos, autonomía de gestión, etc., que en estos momentos parece que orientan el futuro organizativo asistencial y al cual creo que los SADC no deben dar la espalda y su adaptación y enganche debe ser prioritario, inexcusable y a ser posible en la cabeza del tren, cerca de la locomotora, nunca en la cola.

Tras este desglose filosófico de organización parece evidente que el conocimiento de nuestro catálogo de productos y la posibilidad de la aplicación de una facturación por producto es algo esencial y rueda de desplazamiento en el avance hacia el futuro.

2 VALORACIÓN, MEDICIÓN Y PONDERACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Ponente: Arturo Romero Gutiérrez
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

INTRODUCCIÓN: ENTORNO, UNIDADES, COSTES, HOMOLOGACIÓN

El adecuado equilibrio entre producción y costes es un objetivo clave de toda actividad económica. Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) funcionan como unidades de apoyo estratégico que se especializan en facilitar el cumplimiento de los objetivos asistenciales de las organizaciones sanitarias. Los costes derivados del desarrollo y la explotación de estas estructuras pueden suponer una fracción significativa de los costes de los centros asistenciales. En el ámbito de la estructura de costes de los hospitales, los SADC se consideran unidades intermedias: dan soporte a la actividad principal y facturan a las unidades finales[1].

El adecuado conocimiento y control de los costes asociados a productos y servicios es un signo de madurez de cualquier unidad productiva. La posibilidad de facturar por productos según criterios racionales de imputación es un estímulo para optimizar la efectividad de nuestras actividades y mejorar la satisfacción de los clientes. La existencia de un catálogo de productos y servicios es una condición previa para la homologación de los sistemas de costes analíticos de los SADC.

OBJETIVOS

Asumiendo que contamos con la base de una identificación adecuada de los productos y que somos capaces de cuantificar la producción real, describiremos las características de un sistema de información sobre costes analíticos del SADC que estudia tres aspectos adicionales: 1) valoración de los productos; 2) medición de la producción en unidades homologables, y 3) ponderación de las líneas de producto respecto a la actividad global.

MATERIAL Y MÉTODOS

La organización del SADC del Hospital Virgen de la Salud sigue un esquema radial con tres áreas bien diferenciadas: admisión, información asistencial e información clínica. Existe una dependencia jerárquica directa de la Gerencia del Complejo Hospitalario de Toledo. El Coordinador rinde cuentas al Director Gerente, pero trabaja como colaborador permanente de los directores de división. Existe un alto grado de cooperación con el Servicio de Informática.

Los clientes principales del SADC son la Gerencia, los pacientes y los profesionales del Hospital; distintas entidades y elementos externos pueden actuar como clientes, por efecto de delegación en la línea jerárquica o por el papel del SADC como interfaz con centros asistenciales externos. Todos los clientes descritos expresan demanda de servicios y generan costes.

Aunque las características de la demanda cambian con el tiempo, los parámetros sobre los que tienen lugar las variaciones son muy estables. En general, lo que demandan los clientes es:

- *Cantidad*
- *Calidad*
- *Variedad*
- *Innovación*
- *Coste razonable*

La estructura del catálogo local de productos del SADC ha sido diseñada tratando de facilitar las tareas de valoración de cada producto en unidades estandarizadas. Incluye, por tanto, datos que serían innecesarios en catálogos no orientados a evaluación.

Las líneas de productos se hicieron corresponder con productos homologados y fueron decididas desde el exterior; hemos optado por adoptar catálogos que fueran resultado de un trabajo de conceptualización o generalización realizado por expertos de otros centros. En particular, se han comparado los criterios elaborados por el SADC del Hospital Valdecilla en 1996 [2] y los formulados por el grupo de trabajo SADOM-NORDOC [3] frente a las estimaciones obtenidas en nuestro Servicio. Se efectuaron leves adaptaciones en las líneas relacionadas con la elaboración de informes de gestión, pero los valores modificados no se tuvieron en cuenta en la fase de medición de la actividad, por lo que no influyen en los resultados. En la fase de medición se aplicaron los valores relativos del Hospital Valdecilla.

Las líneas de producto identificadas en esta fase se especifican en la tabla 1.

Tabla 1
Líneas de producto homologables y valoraciones externas e interna

Productos	Valor URV H. Valdecilla	Valor URV NORDOC-SADOM	Valor URV Estimado HVS
CMBD	2,00	1,40	2,00
Programación quirúrgica	1,52	1,40	1,50
Ingreso/Traslado/Alta	1,08	0,80	1,00
Programación de ingreso	1,05	1,00	1,00
Cita previa	0,97	0,90	1,00
Movimiento de Historia Clínica	0,84	0,90	1,00
Registro de Demanda Quirúrgica	0,66	0,30	0,50
Solicitud Asistencia a otros Centros	0,42	0,40	1,00
Solicitud de ingreso	0,40	0,30	0,50
Registro de Intervención Quirúrgica	0,39	0,20	0,50
Información Clínica externa	0,28	0,30	1,00
Registro de Urgencias	0,23	0,30	0,50
Informe Clínico	0,15		2,00
Registro periférico de datos	0,13		0,20
Transporte Sanitario	0,05		0,30
Informe técnico externo		1,50	1,50
Informe sobre operaciones		1,00	0,50
Informe táctico		3,00	3,00
Informe estratégico		6,00	12,00
Tratamiento de pasivos		0,40	0,40

Fuente: Elaboración propia

Los valores relativos obtenidos por diferentes grupos de trabajo para cada una de las líneas de producto adoptadas se combinaron en una nube URV; esta representación gráfica permite identificar las líneas de producto cuya valoración presenta mayor variabilidad entre observadores.

A partir de una combinación de las propuestas de catálogo normalizado disponibles, se realizó una diferenciación jerárquica en clases y subclases de productos hasta obtener un catálogo local. Esta estructura en árbol permite recoger las características más específicas de los productos locales sin comprometer la posibilidad de traducir productos locales a líneas normalizadas y homologables (v. tabla 2).

Tabla 2
Árbol del catálogo local para la línea de productos CMBD

Productos normalizados	Productos locales		
Línea de productos	Categoría	Clase	Subclase
CMBD	CMBD genérico		
	CMBD	Hospitalización	Con ordenación HC
			Sin ordenación HC
		CMA	
	Codificación de registros	Demanda Quirúrgica	
		Actividad Quirúrgica	
		Altas de Urgencias	

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Cada categoría de diferenciación local permite asignar valores relativos locales sin interferir con las valoraciones estándar del producto normalizado. Cuando el sistema de información no distingue productos diferenciados, se asume la existencia de un producto genérico.

Se analizaron los productos catalogados a fin de identificar los costes repercutibles en un esquema de facturación hacia servicios finales. En general, se seleccionaron aquellos productos susceptibles de motivar una demanda explícita por otros servicios.

La valoración de los productos se realizó por un sistema de baremos mixtos, con un componente ligado a la dedicación de personas-niveles-tiempos y otro asociado a los gastos conocidos en material, sistemas y comunicaciones (tabla 3). Para seleccionar los criterios de baremo se efectuó un *ranking* de componentes principales sobre datos históricos de costes del SADC desde 1993 a 1997. El esquema de cálculo se trasladó posteriormente al catálogo local para facilitar las tareas de valoración en URVs y la validación de resultados.

La valoración de productos tomada como referencia fue incorporada a un registro de actividad codificado por líneas homologables. El volumen de producción en URVs se midió para cada uno de los periodos en función de los datos de actividad disponibles con un nivel de fiabilidad razonable. Tras establecer precios de referencia para las URVs, se aplicaron dichos precios al volumen de actividad histórico con la intención de calcular una cuenta de resultados para la actividad global del SADC. A tal efecto, se confrontaron los costes de cada ejercicio anual con el volumen de facturación que se hubiera obtenido aplicando el precio de referencia a la producción total en URVs.

Más que los valores monetarios absolutos, utilizamos como criterio de validación inicial el juicio subjetivo de observadores informados sobre la evolución anual de la cuenta de resultados.

Tabla 3
Esquema de valoración de un producto

ESQUEMA DE VALORACIÓN DE UN PRODUCTO					
Producto:	XXXXX				
Descripción:	Producto de pruebas				
Componente	**Elementos**	**Valor**	**Notas**	**% Estándar**	**% Específico**
Personal	Nivel (costes salariales)	1,0	Aux. Administrativo		
	Tiempo estándar	15,0	Minutos		
Total personal		15,0	Nivel * Tiempo	84%	96%
Informática		0,5		8%	3%
Suministros		0,0		2%	0%
Amortizaciones		0,1		2%	1%
Telefonía		0,0		2%	0%
Componentes específicos	Generales	0,0		0%	0%
	Locales	0,0		0%	0%
Valor UV:		**15,6**	Total de unidades de valor		
Factor de ajuste:		8,0	Ajuste unidades locales / unidades estándar		
Valor URVs:		**2,0**	Total URV unitario		

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo

RESULTADOS

1. Base de datos de costes analíticos

La base de datos de costes analíticos se obtuvo a partir de los datos proporcionados por la Unidad de Control de Gestión del Hospital en informes generados por las aplicaciones SIGNO. Los datos de cada grupo funcional se transcribieron al mismo nivel de detalle que figura en los informes citados, sin ninguna consulta adicional. Un ejemplo de un segmento del registro se presenta en la tabla 4.

Tabla 4
Registros de la base de datos de costes analíticos del SADC

COSTES SADC				
Registro general				
Periodo	GFH	Clase	Concepto	Gasto
1993	ARCH	Propios	Personal	24182000
1993	ARCH	Propios	Suministros	666000
1993	ARCH	Propios	Agua-gas-calor-electricidad	178000
1993	ARCH	Propios	Limpieza	369000
1993	ARCH	Propios	Amortizaciones	1803000
1993	ARCH	Propios	Mantenimiento	160000
1993	ARCH	Propios	Hostelería	26000
1993	ARCH	Propios	Telefonía	700000
1993	ARCH	Propios	Informático	2240000
1993	ARCH	Propios	Fondo maniobra	2000
1993	ARCH	Propios	Audiovisuales	1111000
1993	ARCH	Repercutidos	Conserjería	102000
1993	ARCH	Estructurales	Administración	219000
1993	ARCH	Estructurales	Dirección	502000
1993	ARCH	Estructurales	Medicina Preventiva	46000
1993	ARCH	Estructurales	Estructura	13668000
1993	ARCH	Estructurales	Otro personal	177000

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo

2. Base de datos de actividad

La base de datos de actividad se obtuvo de la base de datos de gestión de pacientes y de registros internos históricos. En la mayor parte de los casos la fiabilidad de los datos era óptima. Los datos de actividad se combinaron con valores unitarios de tablas estándar para obtener los valores globales en URVs. En la tabla 5 se presenta un segmento de la base de datos.

Tabla 5
Registros de la base de datos de actividad del SADC

ACTIVIDAD SADC						
Registro general						
Periodo	Unidad	GFH	Línea	Producción	Valor unitario	Valor global (URVs)
1993	AHC	ARCH	Movimiento HC	231808	0,84	194719,00
1994	AHC	ARCH	Movimiento HC	290996	0,84	244437,00
1995	AHC	ARCH	Movimiento HC	331998	0,84	278878,00
1996	AHC	ARCH	Movimiento HC	370123	0,84	310903,00
1997	AHC	ARCH	Movimiento HC	375252	0,84	315212,00

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo

3. Cuenta de resultados

Con un conjunto de elementos de información como el descrito es posible obtener la cuenta de resultados del SADC. Los resultados obtenidos en el periodo de análisis aparecen en la tabla 6. La estimación del precio es el factor decisivo para determinar el signo del resultado, pero al permanecer constante durante el periodo de análisis se fuerza que los resultados permitan estimar la tendencia del resultado económico de la actividad del servicio.

Tabla 6
Cuenta de resultados

CUENTA DE RESULTADOS SADC 1993-1997						
Indicadores	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**Total**
Coste total SADC	**231.986.000**	**227.480.000**	**254.436.000**	**234.834.000**	**231.831.000**	**1.180.567.000**
Producción UVR	**356.589**	**618.998**	**769.579**	**788.397**	**776.208**	**3.309.771**
Coste por UVR	**650,6**	**367,5**	**330,6**	**297,9**	**298,7**	**356,7**
Variación anual		-43,51%	-10,04%	-9,91%	0,27%	
Precio por URV	350	350	350	350	350	350
Facturación (Ptas.)	124.806.150	216.649.300	269.352.650	275.938.950	271.672.800	1.158.419.850
Resultado	**-107.179.850**	**-10.830.700**	**14.916.650**	**41.104.950**	**39.841.800**	**-22.147.150**
Observaciones	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo
Margen	-86%	-5%	6%	15%	15%	-2%

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo

4. Tablas de análisis de costes por GFHs

El análisis de costes de cada GFH (tabla 7) permite examinar la importancia de cada unidad de responsabilidad como generadora de costes. La comparación de estos pesos con las ponderaciones de las líneas de producto revela fuertes diferencias entre los costes esperados y los reales. Estas diferencias podrían explicarse por, al menos, dos fenómenos interdependientes:

1) Los servicios que sirven a demanda tienden a generar poca facturación y elevado coste relativo en los periodos de subactividad.

2) Los valores estándar de las líneas homologados en los catálogos externos o multicéntricos pueden no estar bien adaptados a los estilos de actividad locales. Diferencias de organización (movilidad de personal, uso de los periodos de subactividad) o de asignación de responsabilidades por grupos profesionales hacen que los SADC tengan escasa convergencia en los valores relativos de los productos. La valoración media no siempre es un buen estimador de los valores típicos.

Estos hechos ponen de manifiesto la importancia de un principio bien conocido, a saber que los datos de contabilidad analítica se interpretan y se aplican primordialmente en un entorno local. Cualquier esfuerzo que busque la uniformidad entre múltiples centros en esta área carece de utilidad.

Tabla 7
Costes analíticos por GFH 1993-97

Suma de Gasto	Periodo					
GFH	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**Total general**
ADMA	54514000	43244000	37489000	39207000	41412000	215866000
ADMC	28680000	26355000	36445000	40586000	32692000	164758000
ADMG	54610000	54506000	55903000	52276000	48655000	265950000
ADMU	35216000	37181000	42394000	39293000	43229000	197313000
ARCH	46151000	49473000	59873000	49237000	51858000	256592000
DCCF	12815000	16721000	22332000	14235000	13985000	80088000
Total general	**231986000**	**227480000**	**254436000**	**234834000**	**231831000**	**1180567000**

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

En la tabla 8 se presenta un detalle de costes, producción y ratios de un GFH con gama de productos limitada (Archivo de Historias Clínicas). Este análisis es derivado de una tabla de seguimiento de costes por componentes combinada con datos de producción brutos.

Tabla 8
Costes, producción y ratios para un GFH

GFH:	ARCH Archivo de Historias Clínicas						
Indicadores	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997P**	**Global 93-97**	**Unidades**
Costes totales	46151000	49473000	59873000	49237000	51858000	256592000	Ptas.
Costes personal	24182000	26370000	29259000	25579000	27560000	132950000	Ptas.
Producción:	231808	290996	331998	370123	375252	1600177	Movimientos
Coste/unidad	199,09	170,01	180,34	133,03	138,20	160,35	Ptas.
Coste personal/unidad	104,32	90,62	88,13	69,11	73,44	83,08	Ptas.
Coste personal/coste total	52%	53%	49%	52%	53%	52%	%

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

5. Tablas de análisis de costes por componentes

El análisis de costes por componentes se realizó para cada uno de los GFHs y para el global del servicio. Los resultados se presentan en la tabla 9. A pesar de que respecto a 1993 los perfeccionamientos y los cambios en los criterios de imputación de costes han reducido la comparabilidad entre ejercicios, los resultados son razonablemente homogéneos desde 1995.

6. Mediciones de producción y costes unitarios

La medición de la producción se realizó a partir de la base de datos de actividad (v. Tabla 5) utilizando como unidades las correspondientes valoraciones globales de cada línea de producto. Las mediciones se analizaron en una hoja de cálculo mediante una tabla dinámica que cruzaba las líneas de producto con los periodos anuales, para cada unidad o para el conjunto del servicio. Los resultados de la tabulación global se presentan en la tabla 10.

Tabla 9
Análisis de costes por componentes (Ptas. corrientes)

GFH	(Todas)

Suma de Gasto		Periodo						Proporción
Clase	Concepto	1993	1994	1995	1996	1997	Total general	Porcentaje
Estructurales	Administración	1521000	1675000	1695000	1895000	3643000	10429000	0,88%
	Dirección	3414000	3361000	3529000	3496000	3526000	17326000	1,47%
	Estructura	22860000	24802000	32200000	25995000	25563000	131420000	11,13%
	Medicina Preventiva	315000	317000	472000	421000	399000	1924000	0,16%
	Otro personal	1335000	937000	1071000	1159000	1155000	5657000	0,48%
	Gastos diversos	0	0	0	0	20000	20000	0,00%
	Admisión-Documen./Archivo	20000	376000	565000	804000	271000	2036000	0,17%
Total Estructurales		29465000	31468000	39532000	33770000	34577000	168812000	14,30%
Propios	Agua-gas-calor-electricidad	475000	3880000	3896000	4195000	4704000	17150000	1,45%
	Amortizaciones	9903000	4400000	4274000	4604000	4546000	27727000	2,35%
	Audiovisuales	1790000	536000	249000	231000	505000	3311000	0,28%
	Fondo maniobra	134000	21000	171000	304000	78000	708000	0,06%
	Hostelería	285000	213000	159000	106000	143000	906000	0,08%
	Informática	11830000	15485000	25438000	14720000	11817000	79290000	6,72%
	Limpieza	623000	0	715000	0	0	1338000	0,11%
	Mantenimiento	1094000	1019000	1684000	1355000	1557000	6709000	0,57%
	Personal	164543000	157567000	166558000	164967000	163374000	817009000	69,20%
	Suministros	6618000	6976000	4706000	5577000	5519000	29396000	2,49%
	Telefonía	3823000	4914000	6231000	4419000	4443000	23830000	2,02%
	Farmacia	700000	287000	0	0	0	987000	0,08%
Total Propios		201818000	195298000	214081000	200478000	196686000	1008361000	85,41%
Repercutidos	Conserjería	703000	639000	823000	586000	568000	3319000	0,28%
	Análisis Clínicos	0	75000	0	0	0	75000	0,01%
Total Repercutidos		703000	714000	823000	586000	568000	3394000	0,29%
Total general		231986000	227480000	254436000	234834000	231831000	1180567000	100,00%
Variaciones	Variación anual		-1,94%	11,85%	-7,70%	-1,28%		
	Variación acumulada		-1,94%	9,68%	1,23%	-0,07%		

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Tabla 10
Mediciones de actividad en URVs a lo largo del periodo 1993-97

Unidad	(Todas)

Suma de Valor global (URVs)	Periodo					
Línea	1993	1994	1995	1996	1997	Total general
Cita previa	37.143	215.760	311.877	299.811	272.685	1.137.276
CMBD	42.840	48.398	47.208	45.508	60.844	244.798
Información Clínica externa	42	50	56	70	84	302
Informe Clínico	0	0	0	0	0	0
Ingreso/Traslado/Alta	48.967	49.800	48.819	45.792	45.588	238.966
Movimiento HC	194.719	244.437	278.878	310.903	315.212	1.344.149
Programación de ingreso	5.250	5.250	5.250	5.250	5.250	26.250
Programación quirúrgica	0	0	6.080	6.080	6.080	18.240
Registro de datos	5.245	31.386	45.553	47.287	43.045	172.516
Registro de Urgencias	16.325	16.850	17.379	18.148	19.274	87.976
Registro Demanda Quirúrgica	5.848	6.815	8.133	9.202	7.474	37.472
Registro Intervención Quirúrgica	0	0	0	0	0	0
Solicitud de Asistencia a otros Centros	210	252	336	336	672	1.806
Solicitud de ingreso	0	0	0	0	0	0
Transporte Sanitario	0	0	10	10	0	20
Total general	**356.589**	**618.998**	**769.579**	**788.397**	**776.208**	**3.309.771**

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

7. Ponderación por líneas de producto

La ponderación de las distintas líneas de producto según su valor global en URVs (tabla 11) reveló las líneas dominantes en la generación de costes [cita previa y movimiento de HC]. Esta información permite formular recomendaciones explícitas acerca de posibles líneas de externalización de actividad (la cita previa desde los centros de salud con acceso en tiempo real al sistema de gestión de pacientes evitaría duplicación de procesos administrativos) y es un fundamento sólido para iniciar estudios de viabilidad de la implantación de sistemas de historia clínica electrónica. No obstante, los resultados vienen condicionados por un elevado componente de amortización que se detecta en los costes de los GFHs responsables de operar con estas dos líneas de producto.

Tabla 11
Ponderación de líneas de producto

Línea	Ponderación	Peso
Cita previa	34,4%	+++++++
CMBD	7,4%	+
Información Clínica externa	0,0%	
Informe Clínico	0,0%	
Ingreso/Traslado/Alta	7,2%	+
Movimiento HC	40,6%	++++++++
Programación de ingreso	0,8%	
Programación quirúrgica	0,6%	
Registro de datos	5,2%	+
Registro de Urgencias	2,7%	+
Registro Demanda Quirúrgica	1,1%	+
Registro Intervención Quirúrgica	0,0%	
Solicitud de Asistencia a otros Centros	0,1%	
Solicitud de Ingreso	0,0%	
Transporte Sanitario	0,0%	
Total:	**100,0%**	

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

DISCUSIÓN

Algunas estrategias genéricas de gestión juegan un papel relevante en el SADC. Sin embargo, diferentes clientes pueden exigir diferentes abordajes en función de sus preferencias y sus prioridades. Algunos ejemplos se presentan en la tabla 12. Los signos "+" califican nuestra impresión sobre el nivel de preferencia de cada cliente respecto a cada estrategia.

Tabla 12
Clientes del SADC y preferencias

Estrategias	Gerencia	Pacientes	Profesionales	Indicadores
Coste global mínimo	+++	+	+	Coste por URV
Segmentación	++	+++	++	Gama de servicios
Diferenciación	+	++	+++	Rango de valores URV

Fuente: Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

De acuerdo con este esquema, los indicadores que permiten evaluar si un catálogo de productos es o no adecuado dependen del tipo de cliente al que orientemos la actividad.

Al analizar en detalle un catálogo puede ser interesante distinguir entre valor añadido y elementos extra, dos conceptos de uso común en producticа. Denominamos *valor añadido* a las características o elementos que se asocian o combinan en un producto como consecuencia de una *decisión de diseño* tomada para sacar provecho de una sinergia o mejorar la aplicabilidad del resultado por los usuarios; *elementos extra* serían, por el contrario, los componentes o servicios adicionales que se asocian a un producto principal como medio de paliar una *disfunción externa*, con intención de salvar obstáculos en el proceso productivo y restablecer la eficiencia global. Las implicaciones de cada uno de estos conceptos para el análisis de costes son bien diferentes, y deberían ser tenidas en cuenta al decidir sobre la asignación de recursos entre unidades o al evaluar condiciones contractuales en proyectos de externalización. Cuando el diseño y el cumplimiento de los circuitos de pacientes no son óptimos, el SADC se dedica básicamente a perseguir información sobre hechos que ya han ocurrido y nadie reporta. La calidad del trato humano, la eficacia en las tareas administrativas y la desburocratización son principios clave de la gestión de pacientes [4], pero llevarlos a la práctica exige asumir costes de formación y control.

Puede ser útil introducir en este análisis el concepto de ciclo vital de los productos; las fases de investigación y desarrollo, estudio de viabilidad, implantación, explotación y control, evaluación y mejora, etc. tienen condicionantes diferentes desde el punto de vista de costes. No contamos con criterios explícitos de financiación de la innovación; esto nos hace vulnerables en un entorno cambiante.

La reingeniería de procesos de negocio ofrece oportunidades estratégicas muy valiosas para la optimización de costes. El esfuerzo puede dirigirse tanto a los costes globales como a los derivados de procesos concretos. En este último caso, la existencia de un catálogo normalizado y con valoraciones realistas de los recursos consumidos es una premisa fundamental para obtener indicadores fiables. Cada centro puede de esta forma examinar el comportamiento de cada centro de coste; la productividad de los recursos es un patrón de medida adecuado para mejorar nuestra posición acercándonos al "mejor SADC". El siguiente paso puede ser una reestructuración de las unidades y una readaptación de las rutinas de trabajo con el objetivo de reducir o al menos controlar el volumen de EJCs (equivalentes de jornada completa). Estas medidas, no obstante, no suelen tener resultados duraderos si no se basan en un rediseño de los métodos de trabajo [5]. Los simples recortes de personal para adaptarse a las ratios consideradas más eficientes son ineficaces. Las principales ideas a valorar son la coordinación de operaciones administrativas, la cobertura de puestos por patrones temporales de demanda, la reducción de horas extra, la reducción de cobertura horaria, la formación polivalente o la eliminación de puestos de supervisión innecesarios. Todas estas medidas han de evaluarse considerando la repercusión potencial sobre el

funcionamiento de otros servicios; en nuestro entorno de relaciones entre grupos profesionales debemos ser muy realistas sobre la inclinación del personal a asumir tareas que anteriormente desempeñaban otros, especialmente si dependen de otros jefes.

Aprovechar el efecto sinergia que subyace en la combinación de procesos productivos es un claro indicador de madurez en los SADC. Un adecuado análisis de posibles sinergias exige un cruce sistematizado de datos sobre usuarios, instrumentos y acciones ejecutadas por las unidades; la integración de actividades sinérgicas debe realizarse a veces salvando dificultades o *barreras* culturales, formativas o corporativas. Acometer estos esfuerzos bajo la forma de un proceso de reingeniería de procesos puede tener resultados favorables. De hecho, el efecto de estas medidas sobre el control de costes puede ser muy notable, pero existe cierta tendencia a publicar solamente las *historias de éxito* y desaprovechar el valor instructivo de los fracasos.

CONCLUSIONES

El proceso de valoración, medición y ponderación de los productos del catálogo de un SADC ofrece oportunidades valiosas para reflexionar acerca de la forma de abordar las misiones del Servicio. Como conclusión me atrevo a proponer algunas *recomendaciones* con la intención de que sirvan como ideas para la discusión

1. Merece la pena esforzarse en utilizar los datos de explotación *estándar* ofrecidos por el sistema de información sobre costes analíticos implantado en cada Hospital; el uso de un catálogo consensuado y normalizado de productos facilitará la comparación entre los SADC y permitirá detectar oportunidades de mejora.
2. Un catálogo local puede ser útil siempre que se construya como una *diferenciación* jerárquica del catálogo normalizado. Con ello se asegura la especificidad de la información sobre productos al tiempo que se asegura la portabilidad de los procesos de análisis.
3. La oferta de productos debe adaptarse a las *necesidades* (posiblemente cambiantes) de los clientes; la detección de nuevas necesidades es una función más del SADC; desarrollar productos útiles, de alta calidad y a un coste razonable es un desafío que nos interesa afrontar.
4. La estabilidad en la información de costes recogida a lo largo del tiempo es imprescindible para poder realizar un seguimiento *sistemático* y analizar correctamente las *variaciones*; vale más un sistema imperfecto pero estable que un ciclo de innovación acelerado sin datos comparables.
5. El desarrollo de registros *informatizados* de producción debe acometerse de forma escalonada; pequeñas bases de datos agregados, fáciles de mantener, son más útiles y eficientes que los voluminosos registros de transacciones individuales, costosos y complicados de explotar.
6. La *innovación* permanente permite *garantizar la adaptación* del SADC para cumplir sus funciones en un entorno cambiante. Las fuentes de ideas para innovación incluyen áreas tan diversas como las tecnologías de información, la epidemiología o el *marketing*.
7. El hecho de incorporar *tecnologías de información* y *métodos de organización* suele ser uno de nuestros puntos fuertes respecto a otros servicios; ello nos permite competir por unos recursos siempre limitados garantizando una óptima relación calidad/coste.
8. Usar *criterios económicos* en las decisiones debe convertirse en algo habitual; el catálogo de productos es un elemento de referencia básico para llevar a la práctica este principio.

Es razonable esperar que un catálogo normalizado con una gama suficiente de líneas de producto cuente con suficiente especificidad como para ser un instrumento de trabajo útil durante un ciclo de 3 a 5 años. Sin embargo, es previsible que la falta de sensibilidad de este esquema a los cambios en la demanda y en la actividad comprometa su aplicabilidad tras ese periodo. En ese momento, un análisis riguroso de los niveles más diferenciados de los catálogos locales puede proporcionar claves prácticas para seguir profundizando en el proceso de normalización de productos. Aunque este fenómeno no difiere de lo ocurrido con la evolución de los catálogos de productos de otras unidades, el proceso de cambio podría verse acelerado en caso de que se extiendan iniciativas de externalización de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

REFERENCIAS

1. Gestión analítica hospitalaria (Proyecto Signo). Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Madrid, 1996.
2. Memoria 1996. Hospital Valdecilla. Santander, 1997.
3. Grupo de trabajo NORDOC-SADOM. La medida de los productos del SADC. Comunicación personal, 1998.
4. Varela J. Gestión de pacientes. En: Cuervo JI *et al.* *Gestión de Hospitales. Nuevos Instrumentos y Tendencias.* Vicens Vives, Barcelona, 1994.
5. The Governance Committee. Million Dollar Cost Savings Ideas. Eighteen Tactics for Reducing Hospital Labor Costs. The CEO Series Vol. I. The Advisory Board Company, Washington DC, 1989.

3 MARCO TEÓRICO

Ponente: Ramón C. Romero Serrano
Hospital "Dr. Peset Aleixandre". Valencia.

El desarrollo de los sistemas de información hospitalaria, producido por el incremento de los recursos humanos y tecnológicos ha sido vehiculizado en la Comunidad Valenciana a través de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión. Estas unidades son la base en dónde asienta el Sistema de Información del Hospital.

Al hablar del Sistema de Información Hospitalario, surgen dos subsistemas que hasta ahora no habían podido integrarse en un único sistema para aquellas cuestiones que le son comunes.

Por un lado el Sistema de Información Asistencial (SIA), apoyado en las diferentes áreas del hospital y gestionado fundamentalmente, en las Unidades de Documentación Clínica y Admisión, y compuesto a su vez de diversos subsistemas: registro individual relativo al movimiento del paciente y a la asistencia prestada al mismo. Este registro debe producirse en paralelo con la acumulación de documentación en la historia clínica, de forma tal, que la información que se precise conocer sobre el paciente pueda obtenerse a partir de dicho registro, sin que sea necesario recurrir a los documentos archivados.

El registro debe estructurarse en dos niveles, uno se correspondería con los datos de filiación y administrativos del paciente (Fichero Índice Paciente) y un segundo nivel se correspondería con los servicios prestados al paciente durante cada proceso asistencial.

Otro subsistema tendría por objeto el registro de la actividad, hechos y situaciones relativos al centro en su conjunto y a las distintas unidades operativas del mismo. Ello conllevaría la fabricación de indicadores de dichas unidades y del hospital globalmente.

Así mismo existen los subsistemas encargados del registro de los movimientos del paciente por las diferentes áreas del hospital, el registro de la demanda asistencial para su posterior gestión, el análisis de la actividad y posterior agrupación de pacientes según los sistemas de clasificación existentes y todos estos subsistemas a su vez teniendo como fuente principal de información la historia clínica y su gestión dentro del Archivo central.

Este desarrollo del SIA está permitiendo un aumento en la capacidad para describir con mayor exactitud y homogeneidad, los diferentes procesos atendidos en el hospital. Esta mayor exactitud y homogeneidad ofrecería la posibilidad de comparabilidad entre los diferentes hospitales.

De otra parte el Sistema de Información Económica (SIE), ha evolucionado hasta ahora de forma independiente a la actividad a la que debían imputarse sus resultados. Este sistema conocido en la Comunidad Valenciana bajo el nombre de Programa SIE, constituye un método para la captación y tratamiento de datos sobre actividad y consumo de recursos en las instituciones sanitarias, de forma que permita el conocimiento y la evaluación de la eficiencia económica y clínica de dichas instituciones, facilitando la toma de decisiones de gestión.

Este sistema, es a su vez un instrumento que no constituye un fin en sí mismo sino que, por el contrario, pretende mejorar a todos los niveles los sistemas de información para la gestión uniendo los dos aspectos de la actividad sanitaria: la médico - asistencial y la asignación de recursos.

Paralelamente, el SIE pretende medir de la forma más exacta posible el coste de cada una de las unidades o servicios en que se divide el hospital y de cada uno de los productos o actividades prestados por el mismo a cada paciente, lo que permitirá determinar posteriormente el consumo de recursos por cada grupo homogéneo de pacientes. A la vez mejora notablemente la información disponible para la actuación de los profesionales médicos y sanitarios en general.

La estructura general de diseño del SIE puede esquematizarse del siguiente modo:

I. Clasificación de los Centros de Actividad:

1.1. Cada centro debe tener homogeneidad económica y operativa, de forma que para cada uno de ellos sea posible identificar una o varias actividades evaluables.

1.2. Cada centro debe tener un responsable a su frente, aunque este puede serlo de varios centros de actividad simultáneamente.

1.3. Concentración física de los medios materiales y humanos correspondientes a cada centro de actividad.

II. Encuadramiento de los Centros de Actividad en la Estructura organizativa general del Hospital

Los Centros de actividad se clasifican de la siguiente forma:

a) Grupo 0: Centros estructurales primarios.

b) Grupo 1: Centros estructurales secundarios.

c) Grupo 2 a 4: Centro intermedios de diagnóstico y tratamiento. Quirófanos y paritorios.

d) Grupo 5 y 6: Centros intermedios logísticos de hospitalización y ambulatorios.

e) Grupo 7 y 8: Centros finales de urgencias, hospitalización y ambulatorios.

f) Grupo 9: Centros no imputables a la actividad asistencial propia.

III. Clasificación de los Tipos de Coste:

- **Personal**:
  - Facultativo.
  - Sanitario no facultativo.
  - No sanitario.
- **Consumo de Productos**:
  - Material sanitario.
  - Material no sanitario.
  - Farmacia.

- **Consumo de Servicios Externos**:
  - Suministros exteriores (agua, combustible...).
  - Servicios contratados (limpieza, seguridad...).
  - Gastos diversos (primas de seguros, tributos...).
- **Prestaciones**:
  - Prótesis.
  - Transporte sanitario.

La Unidad de Documentación Clínica y Admisión está encuadrada como centro estructural secundario y dentro de este en el grupo de administración asistencial, el cual esta constituido por las unidades administrativas de apoyo, o relacionadas con los centros de actividad asistencial.

El punto anteriormente expuesto es fundamental definirlo claramente. Tanto en el SIE Comunidad Valenciana como en otros sistemas de información económica (Servicio Vasco de Salud, Servicio Catalán de Salud....) el Servicio o Unidad de Documentación Clínica y Admisión viene definido como centro estructural. Sería conveniente un replanteamiento para pasar a ser centro logístico o centro intermedio. Esto no influiría en la definición ni en la estructura del catálogo pero tiene alguna diferencia que merece ser analizada. El centro logístico al igual que los estructurales realizan facturación interna, es decir, reparto de costes. Los centros intermedios realizan facturación externa, no reparten, puesto que generan por sí mismos actividades susceptibles de aplicación individualizada al paciente.

Cabe la posibilidad de dividir el Servicio o Unidad de Documentación Clínica y Admisión en subcentros de actividad (hospitalización, c. externas, urgencias...) para poder obtener datos desagregados de las diferentes áreas de actuación.

Con todo lo anterior como preámbulo, es evidente la necesidad de crear una nomenclatura/catálogo de "producto" de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión.

Atendiendo a las definiciones de nomenclatura: que es sinónimo de terminología, ya que "designa el conjunto de las voces técnicas y propias de una facultad", de acuerdo con la definición del diccionario de la Real Academia de la lengua, se puede determinar el concepto de nomenclatura normalizada como la "lista ó catálogo de términos aprobados por una comunidad científica concreta, según unas normas que determinan su relación con los significados".

El término nomenclatura normalizada se confunde a veces con clasificación y ésta, hace referencia según la Real Academia, a la "acción y efecto de clasificar" y clasificar "ordenar o disponer por clases". En el término científico: "proceso de establecer y caracterizar grupos sistemáticos de acuerdo con los conocimientos y recursos disponibles en cada momento", "así como la ordenación resultante de dicho proceso" (Terrado y Peris, 1989).

La construcción de una nomenclatura supone un proceso metodológicamente muy laborioso, puesto que implica una lista exhaustiva de términos sobre una materia y el establecimiento de las relaciones existentes entre ellos.

El diseño y realización del catálogo de Admisión y Documentación Clínica, conlleva en primer lugar la definición de dicho Servicio o Unidad: La especialidad de Documentación se define según B. Borcko como "Ciencia interdisciplinar que investiga las propiedades y el comportamiento de la información, las fuerzas que gobiernan su flujo y su uso, así como las técnicas tanto manuales como mecánicas de procesamiento de información para su óptimo almacenamiento, recuperación y difusión".

Una vez realizada esta primera fase se debe proceder a definir cada uno de los términos-productos de acuerdo a la significación que tienen así como la unidad de medida de los mismos. La normalización y homogeneidad de la lista son fundamentales, para la consistencia del catálogo de productos.

Teniendo diseñada la lista definitiva de términos con su correspondiente significado y vista la necesidad de implementar un factor diferenciador entre ellos que permita imputar costes de manera diversa, con el fin de introducir un factor de gradación entre los diferentes productos ya normalizados, la cual debería ser reflejo del diferente consumo de recursos tanto humanos como materiales para la obtención de los mismos. Con todo lo anterior se conseguiría el objetivo antes fijado de imputación diferenciadora de costes.

El sistema escogido para dicha gradación puede ser, el de Unidades Relativas de Valor (URV), instrumento utilizado en otros escenarios sanitarios y que consiste en la asignación de valor 1 a una unidad de producción, asignando al resto de productos un valor ponderado en unidades relativas en función de su consumo de recursos.

El método se desarrolla de la siguiente manera: Conocido el coste total de un determinado centro de actividad (Documentación Clínica y Admisión), el siguiente paso es la multiplicación de la actividad total de un producto (Episodio codificado) por el valor asignado en Unidades Relativas de Valor (URV) a dicho producto. El resultado nos dará el total de URV para ese producto. La suma total de URV de todos los productos de ese determinado centro de actividad nos ofrecerá el total de URV de dicho centro.

Posteriormente se realiza el cociente entre el coste total del centro de actividad y el total de URV, siendo el resultado el coste de cada uno de los URV del centro estudiado. Averiguado este último punto sólo resta efectuar el producto entre el coste de cada URV por el valor en URV del producto seleccionado y obtendremos el coste de dicho producto.

Una vez conocido el coste de un determinado producto, su multiplicación por el total de actividad de producción del mismo nos permitirá saber el coste total que dicha actividad ha supuesto para el servicio estudiado y el porcentaje que dicho coste supone sobre la totalidad del coste de dicho servicio o centro de actividad.

Es conveniente crear una dinámica de trabajo de forma continuada en el tiempo, tanto para modificar y/o ampliar el catálogo ya existente.

CATÁLOGO DE PRODUCTOS DE LOS SADC
1º SOLICITUD DE INGRESO
2º PROGRAMACIÓN DE INGRESOS
3º GESTIÓN DE CAMAS
4º SOLICITUD DE DEMANDA QUIRÚRGICA
5º PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
6º REGISTRO DE INTERVENCIÓN REALIZADA
7º SOLICITUD DE CITA
8º SOLICITUD DE ASISTENCIA A OTROS CENTROS
9º URGENCIA REGISTRADA
10º TRATAMIENTO DE PASIVOS
11º MOVIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA
12º SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA A TERCEROS
13º EPISODIO CODIFICADO
14º INFORMACIÓN

Fuente: Grupo de trabajo SADOM y NORDOC

El catálogo propuesto para los SADC esta compuesto de 14 productos los cuales abarcan de forma general todos los subcentros de actividad de dichos Servicios. No obstante convendría incidir en la normalización de la terminología empleada, la cual puede variar según el escenario escogido aun teniendo un contenido equivalente. Esto aumentaría la homogeneidad entre los diferentes Servicios y Centros. Es necesario proceder a definir cada producto y que esta definición nos permita identificar claramente el mismo. Bajo una misma definición del producto no deberían existir diferentes procesos de trabajo, es el caso del producto 14: Elaboración de Información. Este paso es previo a contabilizar el producto en si.

Los mínimos de información variarán dependiendo si la facturación es interna (a servicio o centro final) o externa (proceso y/o paciente).

El sistema debe tener siempre la capacidad de recuperar fácilmente los diferentes Unidades de Medida, tanto de forma agregada como individualizada para cada proceso.

Como conclusión es importante señalar la necesidad de un Catálogo de productos de los SADC, el cual normalice los contenidos de la cartera de servicios que los mismos ofrecen tanto al resto de la organización sanitaria como a los usuarios de la misma. El diseño y aplicación del catálogo deberá ser dinámico en el tiempo ampliándolo y adaptándolo como los usos y necesidades profesionales evolucionen.

BIBLIOGRAFÍA

– Conselleria de Sanitat i Consum. Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria. Tomo I. 1995.

– Dove HG. Use of the resource-based relative value scale for private insurers. *Health-Aff-Millwood* 1994; 13(5): 193-201.

– Einstein A. RBRVS 2.0: toward a special theory of resource-based relativity. *Conn-Med* 1995; 59(1): 21-26.

– Feldman R, Hillson SD, Wingert TD. Measuring the dimensions of physician work. *Med Care* 1994; 32(9): 943-957.

– Kahan JP, Morton SC, Farris HH, Kominski GF, Donovan AJ. Panel processes for revising relative values of physicians work. A pilot study 1994; 32(11): 1069-1085.

– Lichtig LK. *Hospital Information Systems for Case Mix Management*. John Wiley & Sons, Inc, 1986.

– Morton SC, Kominski GF, Kahan JP. An examination of the Resource-Based Relative Value Scale cross-speciality linkaje method. *Med-Care* 1994; 32(1): 25-39.

– Ortún V. La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y Limitaciones. EUGE, 1990.

– Peters JP. *El proceso de Planificación Estratégica para Hospitales*. MASSON, 1989.

– Terrada M., Peris R. *Lecciones de Documentación Médica*. IEDHC. Universitat de València-C.S.I.C. 1989: 35-46.

MESA REDONDA SOBRE EL CATÁLOGO DE PRODUCTOS DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (SADC): EXPERIENCIA DE APLICACIÓN, PROBLEMAS Y SOLUCIONES

1 MEDICIÓN DEL PRODUCTO EN LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DE CINCO HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA

Ponente: Martínez Reina, A.
Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: **El análisis del producto final y de los productos intermedios en los hospitales es una tarea necesaria para su adecuada gestión.**

MATERIAL Y MÉTODOS: **Se realizó un estudio descriptivo para analizar los productos de los servicios de admisión y documentación clínica (SADC) durante el año 1997 en los hospitales de la red pública andaluza ubicados en la provincia de Málaga con un catálogo con 14 productos y con una estimación de costes referida sólo a gastos de personal.**

RESULTADOS: **El coste total de la actividad en los SADC para el conjunto de hospitales totalizó 1.011.457.828 ptas. El valor medio de una unidad relativa de valor (URV) fue de 413,04 ptas.**
El valor medio de producción (VMP) para el global de los hospitales resultó 0,77.
El valor más eficiente en el índice coste por funcionamiento (ICF) lo presenta el hospital 4-C con 0,53. El valor menos eficiente lo presentó el hospital 4-A con 1,95.
La mayor complejidad, mayor índice coste por producción (ICP), la tuvo el hospital 5-B con 1,14 y el valor más bajo le correspondió al hospital 4-A con 0,93.

DISCUSIÓN: **Los datos ponen de manifiesto un peor comportamiento de hospitales con más de 400 camas.**
El VMP se puede considerar un indicador fiable para el análisis de la actividad de los SADC.
Los resultados se ven limitados por la presencia de actividades no contempladas y por otras actividades compartidas con alguna estructura ajena al SADC, así como por el grado de certeza de los datos sobre dotación de plantillas y costes aportados por el sistema de contabilidad analítica (COAN)
El trabajo ha permitido elaborar una imagen de la actividad en estos SADC que no correspondía a la visión subjetiva que de ellos se tenía.
En futuros trabajos deberá analizarse la adecuación de los productos a diferentes contextos, el refinamiento de las URV, confirmarse la utilidad de los mismos para la gestión de los SADC contemplado una imputación de costes completa y no sólo de personal e introducir medidas de calidad.

Palabras clave: Producto hospitalario, análisis de costes, admisión, documentación clínica

ABSTRACT

INTRODUCTION: **Final and intermediate product analysis is a necessary task for correct hospital management.**

MATERIAL AND METHODS: **A descriptive study analised the products generated by the Admission Medical Record and Information Units (AMRIU) of the public hospitals in the province of Málaga. A catalogue with forteen products and a personell cost estimates we used.**

RESULTS: **The total activity cost in the AMRIU for the set of hospitals was 1.011.457.828 ptas. The mean value of a relative value unit (RVU) was 413,04 ptas.**
The mean production value (MPV) for the hospitals was 0,77.
The most efficient functional cost index (FCI) corresponded to hospital 4-C with 0,53. The less efficient value was yielded by hospital 4-A with a 1,95 FCI value.
The highest production cost index (PCI), therefore the highest complexity was for hospital 5-B with 1,14 and hospital 4-A had the lowest PCI with a 0,93 value.

DISCUSSION: **Data reveals worse behaviour for hospitals with more than 400 beds.**
MPV can be considered a valid indicator for AMRIU activity analysis. Results could be limited by activities that not were catalogued by activities participated with units outside the AMRIU or by the degree of exactitude of personell cost and asignment data that the analytic accounting system (COAN) yields.
The study has contributed to construct a profile of the AMRIU activity that does not correspond with the previous subjective vision of the AMRIU.
Future studies should analize: appropiateness of the products for different contexts; RVU refinements; usefulness of the products for AMRIU management using complete, and not only personell cost assignment data; finally, introduction of quality controls.

Keywords: Hospital product, cost analysis, admission, medical record and information units.

Agradecimientos: A los responsables de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica de Hospital Carlos Haya, Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Hospital de la Serranía, Hospital Costa del Sol y Hospital de Antequera.

Correspondencia: Alfonso Martínez Reina
Servicio de Documentación Clínica. Hospital Clínico Virgen de la Victoria
Campus de Teatinos s/n. 29010 Málaga
Tel.: 95 264 94 47
Correo electrónico: sdc@victoria.hvv.sas.cica.es

INTRODUCCIÓN

El análisis del producto final y de los productos intermedios en los hospitales es una tarea cada día más necesaria para una adecuada gestión de los servicios hospitalarios y del hospital.

El interés por el producto hospitalario se centró en un principio en la casuística, representado mayoritariamente por los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), tras esta primera fase se plantea la necesidad de conocer los productos intermedios que conforman el producto final hospitalario.

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) son una de las áreas en las que la definición de producto es más conflictiva por su comportamiento como actividad de servicios, compárese con una actividad industrial como por ejemplo la lavandería, donde su definición es clara. Las actividades de servicios se caracterizan por la intangibilidad de los productos, por tener límites difusos entre ellos y por la dificultad para definirlos siendo necesario el consenso para ello. A estas dificultades se une, en los SADC, la poca experiencia en la medición y análisis de productos.

Como propuesta de trabajo para las VIII Jornadas Nacionales de Documentación Médica la Sociedad Norte de Documentación (NORDOC) y la Sociedad Aragonesa de Admisión y Documentación Médica (SADOM) propusieron, basándose en definiciones previas (1), un catálogo de productos para los SADC (Tabla 1).

Las unidades relativas de valor (URV) se calcularon a partir de una distribución del tiempo dedicado a cada actividad por las cuatro categorías consideradas (Tabla 2). La categoría A incluía a los titulados superiores, la categoría B a los titulados medios, la C a los administrativos y la D a los auxiliares administrativos.

Tabla 1
Relación de productos y elementos registrados en cada uno de ellos

	PRODUCTO	CONTENIDO	URV
1	Solicitud de ingreso	• Ingresos urgentes	0,3
2	Programación de ingresos	• Ingresos programados	1
3	Gestión de camas	• Asignación de cama al ingreso • Traslados durante el ingreso • Alta del paciente	0,8
4	Solicitud de demanda quirúrgica	• Apunte lista de espera quirúrgica	0,3
5	Programación quirúrgica	• Elaboración de la hoja de programación de quirófano	1,4
6	Registro de intervenciones realizadas	• Registro de datos de las intervenciones quirúrgicas realizadas	0,2
7	Solicitud de citas	• Cita para consultas externas • Cita para pruebas complementarias • Cita para cirugía mayor ambulatoria	0,9
8	Solicitud de asistencia a otros centros	• Traslados • Pruebas complementarias en centros ajenos	0,4
9	Urgencias registradas	• Registro de prestaciones de urgencias, excepto ingresos	0,3
10	Gestión de documentación pasiva	• Movimientos al archivo pasivo	0,4
11	Gestión de historias clínicas	• Salidas de historias clínicas • Entradas de historias clínicas	0,9
12	Información clínica a terceros	• Reproducción de historias clínicas	0,3
13	Episodios clínicos codificados	• Altas hospitalarias codificadas • Cirugía mayor ambulatoria codificada • Consultas codificadas	1,4
14	Elaboración de información	• Con juicio de valor • Con más de 5 ítems • Con menos de 5 ítems	9 4,5 1,5

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2
Proporción de tiempo dedicada a cada actividad según categoría

	PRODUCTOS	% DE TIEMPO POR CATEGORÍA			
		A	B	C	D
1	Solicitud de ingreso	5%	2%	3%	
2	Programación de ingresos	11%	10%	9%	5%
3	Gestión de camas	7%	14%	6%	4%
4	Solicitud de demanda quirúrgica	5%	2%	3%	
5	Programación quirúrgica	16%	13%	12%	14%
6	Registro de intervención realizada	1%	1%	3%	5%
7	Solicitud de citas	7%	5%	19%	6%
8	Solicitud de asistencia a otros centros	4%	3%	7%	
9	Urgencias registradas	1%		6%	8%
10	Gestión de documentación pasiva	2%	1%	8%	10%
11	Gestión de historias clínicas	1%		11%	48%
12	Información clínica a terceros	4%		4%	
13	Episodios clínicos codificados	9%	40%	4%	
14	Elaboración de información	27%	9%	5%	
	TOTAL	100%	100%	100%	100%

Fuente: Grupo de Trabajo SADOM y NORDOC

Utilizando este catálogo se planteó el análisis de actividad y costes de los SADC en todos los hospitales de la red pública de la provincia de Málaga (Tabla 3). Cinco de ellos están integrados en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) con personal estatutario y uno, el hospital 3, es una empresa pública y pertenece a la Consejería de Salud.

Tabla 3
Hospitales incluidos en el estudio

HOSPITAL	DEPENDENCIA	TIPO	PABELLÓN	CAMAS
HOSPITAL 1	SAS	COMARCAL		237
HOSPITAL 2	SAS	COMARCAL		108
HOSPITAL 3	CONSEJERÍA SALUD	COMARCAL		133
HOSPITAL 4	SAS	REGIONAL		1150
4-A			General	600
4-B			General	425
4-C			Materno Infantil	125
HOSPITAL 5	SAS	ESPECIALIDADES		800
5-A			General	680
5-B			General	120
HOSPITAL 6	SAS	COMARCAL		205

Fuente: Elaboración propia

En el estudio surgieron como problemas la dificultad para determinar los conceptos a incluir en cada pro-

ducto, la dificultad para obtener ciertos datos por déficit o ausencia de registros y la pérdida de uno de los hospitales (hospital 6) por la imposibilidad de que aportaran todos los datos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo para analizar los productos de los SADC durante el año 1997 en los hospitales de la red pública andaluza ubicados en la provincia de Málaga. De los seis hospitales (tabla 3) sólo se estudiaron 5.

Los hospitales 4 y 5 poseían una distribución pabellonal con SADC claramente diferenciados tanto por su estructura como por su dotación y funcionamiento y por ello se optó por considerar en el análisis a cada uno de ellos como un hospital independiente (hospitales 4-A, 4-B, 4-C, 5-A, 5-B), aunque se aporten también los datos conjuntos de los dos hospitales (hospital 4 y hospital 5).

Los hospitales analizados tenían estructuras y funcionamiento similares entre ellos.

Los sistemas de información eran los mismos para los productos 1 (solicitud de ingreso), 2 (programación de ingresos), 3 (gestión de camas), 4 (solicitud de demanda quirúrgica), 6 (registro de intervenciones realizadas) y 7 (solicitud de citas).

Para la medición del producto se utilizó el catálogo descrito en la tabla 1.

La información sobre la actividad de los SADC utilizada en la medición de los productos debía estar basada en algún registro que pudiese ser documentado.

La estimación de costes se realizó, en todos los casos, sólo con los datos referidos a gastos de personal. Como fuente de información se utilizó el sistema de contabilidad analítica establecido en la red de hospitales públicos de Andalucía (COAN) menos en un caso (hospital 4 y todos sus pabellones 4-A, 4-B y 4-C) en el que este dato resultó discordante con la información aportada por los servicios (COAN no contemplaba un treinta por ciento de la plantilla), por ello se usaron los datos aportados por los servicios aplicándoles el coste medio de cada categoría en ese hospital.

Como estándar de referencia para ciertos indicadores se utilizó la suma de datos del conjunto de hospitales.

Para analizar los datos se siguió el modelo de indicadores propuesto por López Domínguez, O.[1] (Tabla 4).

Las razones entre las URV y diferentes medidas en la dotación de personal indican la relación entre producción total y plantilla.

El valor medio de producción (VMP) relaciona el total de URV con respecto al total de unidades brutas producidas e indica el nivel de complejidad de los productos. Un mayor VMP indica que el hospital realiza productos de mayor complejidad.

El índice de coste por funcionamiento (ICF) y el índice de coste por producción (ICP) son semejantes conceptualmente al índice funcional y al índice *case-mix* utilizados en el análisis de los GRD (3)

El ICF mide la eficiencia en el funcionamiento. Para ello previamente se ajustó por producción considerando que el hospital realizó los mismos productos que el estándar pero con sus propios costes. Un valor mayor de 1 indica que se consumieron más recursos para los mismos productos.

Tabla 4
Indicadores para el análisis de actividad

- **URV / dotación total**: número de URV por cada persona del SADC
- **URV / dotación A-B**: número de URV por cada persona en las categorías titulado superior y medio (categorías A y B)
- **URV / dotación C-D**: número de URV por cada persona en las categorías administrativo y auxiliar administrativo (categorías C y D)
- **VMP** (Valor medio de producción): total de URV realizados divido por la cantidad de unidades brutas realizadas
- **ICF**: CFAP / CFEst

$$CFAP = \sum (N_{hi} \times PTAS_{hi}) / \sum N_{hi}$$

ICF: índice coste por funcionamiento
CFAP: coste final ajustado por producción
CFEst: coste final del estándar
N_{hi}: número de casos de productos en el estándar
$PTAS_{hi}$: precio de cada producto en el hospital

- **ICP**: CFAF / CFEst

$$CFAF = \sum (N_{ei} \times PTAS_{ei}) / \sum N_{ei}$$

ICP: índice coste por producción
CFAF: coste final ajustado por funcionamiento
CFEst: coste final del estándar
N_{ei}: número de casos de productos en el hospital
$PTAS_{ei}$: precio de cada producto en el estándar

Fuente: Elaboración propia

El ICP mide la complejidad de la producción. Para ello previamente se ajustó por funcionamiento considerando que el hospital había tenido los mismos costes que el estándar pero con sus propios productos. Un valor mayor de 1 indica que el hospital tuvo mayor número de productos complejos.

RESULTADOS

En las tablas 5 a 15 se exponen los datos correspondientes a los hospitales 1 a 5 así como los del conjunto de todos los hospitales. Los datos de los hospitales 4 y 5 se exponen para el conjunto del hospital y desagregados por pabellones (4-A, 4-B, 4-C, 5-A, 5-B).

El coste global de la actividad en los SADC para el total de los hospitales fue de 1.011.457.828 ptas. La mayor partida, 481.388.033 ptas., correspondió al producto 7 (solicitud de citas), le seguía en importancia el producto 11 (gestión de historias clínicas) con 275.529.849 ptas. En la zona media se encuentran los productos 9 (urgencias registradas), 3 (gestión de camas) y 13 (episodios clínicos codificados) con 68.182.602 ptas., 66.963.216 ptas. y 63.068.549 ptas. respectivamente. La actividad que consumió menos recursos fue el producto 10 (gestión de documentación pasiva) con 2.660.824 ptas.

El valor de una URV varía entre las 805,2 ptas. del hospital 4-A y las 216,8 ptas. del hospital 4-C, siendo el valor medio del total de hospitales de 413,04 ptas.

Estos costes serían los mismos para el producto 2 (ingreso programado) ya que esta actividad se pondera con 1 URV.

El producto 13 (episodio clínico codificado) varía entre las 1.127,3 ptas. del hospital 4-A y las 303,6 ptas. del hospital 4-C siendo el coste medio de todos los hospitales de 578,3 ptas.

El número de URV por persona asignada a los SADC se sitúa entre 17.711 URV por persona en el hospital 4-C y las 4.570 URV por persona del hospital 4-A con un valor medio para el total de hospitales de 7.951 URV por persona.

El VMP oscila entre 0,89 para el hospital 5-B y 0,71 para el hospital 4-A, presentado de media para el conjunto de hospitales un valor de 0,77.

Los valores más eficientes, menos de 1 en el ICF, los presentan el hospital 4-C (0,53), el hospital 2 (0,86), el hospital 3 (0,79) y el hospital 5-B (0,73). El valor más alto del ICF lo presenta el hospital 4-A con 1,95.

La mayor complejidad , más de 1 en el ICP, la presentan el hospital 1 (1,05), el hospital 4-C (1,08) y el hospital 5-B (1,14). El valor más bajo lo presenta el hospital 4-A (0,93).

Los resultados del hospital 2, hospital 3, hospital 4-C y hospital 5-B son muy equilibrados ya que presentan un ICP mayor de 1 o en el límite y un ICF menor de 1. El hospital 1 es el único que presentando un ICP mayor de 1 no tiene un ICF menor de 1.

Tabla 5
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 1

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	7.760	97,3	755.415
2	3.363	324,5	1.091.264
3	23.118	295,6	6.001.268
4	4.181	97,3	407.009
5	1.948	454,3	885.406
6	10.107	64,9	655.926
7	108.361	292	31.645.962
8	3.658	129,8	474.795
9	80.036	97,3	7.791.291
10		129,8	
11	147.334	292	43.027.716
12	802	240,6	78.073
13	16.061	454,3	7.296.312
14 (9)	15	2.920,4	43.806
14 (4,5)	465	1.460,2	678.998
14 (1,5)		486,7	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	7.285
URV/dotación A-B	23.676
URV/dotación C-D	10.523
VMP	0,81
ICF	1,20
ICP	1,05
Coste unidad URV	324,5 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	100.833.243 ptas.
Categoría A	6 personas
Categoría B	2 personas
Categoría C	
Categoría D	44 personas
Número camas	237

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 2

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	4.240	106,8	452.655
2	1.945	355,9	692.150
3	10.708	284,7	3.048.447
4	2.829	106,8	302.019
5	2.803	498,2	1.396.470
6	4.431	71,2	315.364
7	108.181	320,3	34.647.657
8	6.048	142,3	860.899
9	53.400	106,8	5.700.893
10	2.158	142,3	307.179
11	70.848	320,3	22.690.835
12	390	106,8	41.636
13	7.066	498,2	3.520.319
14 (9)	94	3.202,7	301.058
14(4,5)	14	1.601,4	22.419
14(1,5)		533,8	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	9.942
URV/dotación A-B	69.596
URV/dotación C-D	11.599
VMP	0,76
ICF	0,86
ICP	0,99
Coste unidad URV	355,9 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	74.300.000 ptas.
Categoría A	3 personas
Categoría B	0 personas
Categoría C	3 personas
Categoría D	15 personas
Número camas	108

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 3

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	7.760	97,3	755.415
2	3.363	324,5	1.091.264
3	23.118	259,6	6.001.268
4	4.181	97,3	407.009
5	1.949	454,3	885.406
6	10.107	64,9	655.926
7	108.361	292	31.645.963
8	3.658	129,8	474.795
9	80.036	97,3	7.791.291
10		129,8	
11	147.334	292	43.027.716
12	802	97,3	78.073
13	16.061	454,3	7.296.312
14 (9)	15	2.920,4	43.806
14(4,5)	465	1.460,2	678.998
14(1,5)		486,7	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	5.976
URV/dotación A-B	38.843
URV/dotación C-D	7.062
VMP	0,76
ICF	0,79
ICP	1
Coste unidad URV	324,5 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	100.833.243 ptas.
Categoría A	6 personas
Categoría B	2 personas
Categoría C	0 personas
Categoría D	44 personas
Número camas	133

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 4-A

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	9.674	241,6	2.336.916
2	1.669	805,2	1.343.916
3	35.770	644,2	23.042.241
4	2.790	241,6	673.971
5		1.127,3	
6	15.908	161	2.561.895
7	121.366	724,7	87.953.947
8	1.315	322,1	423.547
9	79.573	241,6	19.222.186
10		322,1	
11	46.051	724,7	33.373.162
12	295	241,6	71.262
13	13.095	1.127,3	14.762.140
14 (9)	246	7.247	1.782.762
14(4,5)	40	3.623,5	144.940
14(1,5)		1207,8	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	4.570
URV/dotación A-B	46.619
URV/dotación C-D	5.067
VMP	0,71
ICF	1,95
ICP	0,93
Coste unidad URV	805,2 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	187.692.885 ptas.
Categoría A	2 personas
Categoría B	3 personas
Categoría C	23 personas
Categoría D	23 personas
Número camas	600

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 4-B

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	13.920	150,2	2.090.870
2	4.155	500,7	2.080.356
3	59.212	400,5	23.717.360
4	4.880	150,2	733.066
5	543	701	380.622
6	10.579	100,1	1.059.354
7	141.718	450,6	63.860.772
8		200,3	
9	103.000	150,2	15.471.240
10		200,3	
11	118.644	450,6	53.463.197
12	200	150,2	30.041
13	19.412	701	13.607.081
14 (9)	173	4.506,2	779.570
14(4,5)	53	2.253,1	119.414
14(1,5)		751	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	7.231
URV/dotación A-B	177.149
URV/dotación C-D	7.535
VMP	0,74
ICF	1,21
ICP	0,97
Coste unidad URV	500,7 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	177.392.885 ptas.
Categoría A	1 personas
Categoría B	1 personas
Categoría C	28 personas
Categoría D	19 personas
Número camas	425

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 4-C

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	1.793	65	116.630
2	2.793	216,8	593.883
3	10.905	173,5	1.891.581
4	4.792	65	311.707
5	777	303,6	235.862
6	12.134	43,4	526.191
7	496.794	195,1	96.945.586
8		86,7	
9	70.079	65	4.558.462
10	162	86,7	14.050
11	56.000	195,1	10.927.976
12	147	65	9.562
13	7.566	303,6	2.296.696
14 (9)	300	1.951,4	585.427
14(4,5)	30	975,7	29.271
14(1,5)		325,2	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	17.711
URV/dotación A-B	183.009
URV/dotación C-D	19.608
VMP	0,83
ICF	0,53
ICP	1,08
Coste unidad URV	216,8 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	119.042.885 ptas.
Categoría A	3 personas
Categoría B	0 personas
Categoría C	11 personas
Categoría D	17 personas
Número camas	125

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 4

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	25.387	127,8	3.244.548
2	8.563	426	3.647.939
3	105.887	340,8	36.087.285
4	12.462	127,8	1.592.687
5	1.320	596,4	787.270
6	38.621	85,2	3.290.600
7	759.878	383,4	291.345.260
8	1.315	170,4	224.082
9	252.652	127,8	32.289.816
10	162	170,4	27.606
11	220.695	383,4	84.616.797
12	642	127,8	82.050
13	40.073	596,4	23.900.196
14 (9)	719	3.834,1	2.756.722
14(4,5)	123	1.917,1	235.797
14(1,5)		639	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	8.481
URV/dotación A-B	103.311
URV/dotación C-D	9.239
VMP	0,77
ICF	1,03
ICP	1,01
Coste unidad URV	426 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	177.392.885 ptas.
Categoría A	1 personas
Categoría B	1 personas
Categoría C	28 personas
Categoría D	19 personas
Número camas	425

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 5-A

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	11.877	136,3	1.618.584
2	6.950	454,3	3.157.127
3	41.753	363,4	15.173.471
4	5.125	136,3	698.429
5	3.653	636	2.323.191
6	10.959	90,9	995.653
7	167.983	408,8	68.677.600
8	7.927	181,7	1.440.377
9	133.836	136,3	18.239.019
10	13.785	181,7	2.504.806
11	202.899	408,8	82.952.538
12	55.499	136,3	7.563.341
13	29.788	636	18.944.216
14 (9)	482	4.088,4	1.970.592
14(4,5)	279	2.044,2	570.327
14(1,5)		681,4	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	7.926
URV/dotación A-B	83.222
URV/dotación C-D	8.760
VMP	0,72
ICF	1,09
ICP	0,94
Coste unidad URV	454,26 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	226.829.272 ptas.
Categoría A	6 personas
Categoría B	0 personas
Categoría C	19 personas
Categoría D	38 personas
Número camas	675

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 5-B

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	196	90,9	17.825
2	2.158	303,1	654.191
3	4.708	242,5	31.141.773
4	2.679	90,9	243.639
5	1.366	424,4	579.738
6	5.799	60,6	351.590
7	45.246	272,8	12.344.570
8	396	121,3	48.018
9		90,9	
10		121,3	
11	47.099	272,8	12.850.128
12	374	90,9	34.013
13	8.301	424,4	3.522.992
14 (9)		2.728,3	
14(4,5)	59	1.364,2	80.485
14(1,5)		454,7	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	11.681
URV/dotación A-B	105.127
URV/dotación C-D	13.141
VMP	0,89
ICF	0,73
ICP	1,14
Coste unidad URV	303,14 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	31.868.965 ptas.
Categoría A	1 personas
Categoría B	0 personas
Categoría C	1 personas
Categoría D	7 personas
Número camas	125

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Hospital 5

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	12.073	128,4	1.550.105
2	9.108	428	3.898.051
3	46.461	342,4	15.907.542
4	7.804	128,4	1.001.989
5	5.019	599,2	3.007.252
6	16.758	85,6	1.434.421
7	213.229	385,2	82.132.174
8	8.323	171,2	1.424.834
9	133.836	128,4	17.183.781
10	13.785	171,2	2.359.887
11	249.998	385,2	96.294.965
12	55.873	128,4	7.173.775
13	38.089	599,2	22.821.918
14 (9)	482	3.851,8	1.856.582
14(4,5)	338	1.925,9	650.959
14(1,5)		642	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	8.395
URV/dotación A-B	86.352
URV/dotación C-D	9.299
VMP	0,75
ICF	1,04
ICP	0,97
Coste unidad URV	427,98 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	258.698.237 ptas.
Categoría A	7 personas
Categoría B	0 personas
Categoría C	20 personas
Categoría D	45 personas
Número camas	800

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15
Datos de Actividad, Resultados y Otros datos. Conjunto de hospitales

DATOS ACTIVIDAD

	CANTIDAD	PTAS. UNIDAD	PTAS. TOTAL
1	53.726	123,9	6.657.595
2	26.670	413	11.015.861
3	202.652	330,4	66.963.216
4	31.395	123,9	3.890.247
5	14.878	578,3	8.603.358
6	74.364	82,6	6.143.108
7	1.294.963	371,7	481.388.033
8	21.464	165,2	3.546.223
9	550.246	123,9	68.182.602
10	16.105	165,2	2.660.824
11	741.192	371,7	275.529.849
12	58.036	123,9	7.191.412
13	109.066	578,3	63.068.549
14 (9)	1.310	3.717,4	4.869.779
14(4,5)	940	1.858,7	1.747.173
14(1,5)		619,6	

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS RESULTADOS

INDICADOR	RESULTADO
URV/dotación total	7.951
URV/dotación A-B	64.442
URV/dotación C-D	9.070
VMP	0,77
ICF	
ICP	
Coste unidad URV	413,04 ptas.

Fuente: Elaboración propia

OTROS DATOS

Coste total	1.011.457.828 ptas.
Categoría A	28 personas
Categoría B	8 personas
Categoría C	85 personas
Categoría D	207 personas
Número camas	2.428

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Los datos ponen de manifiesto un mejor comportamiento de los hospitales pequeños con respecto a aquellos que se sitúan por encima de las 400 camas (hospitales 4-A, 4-B y 5-A).

Estos tres hospitales tienen un ICF mayor de 1 y un ICP menor de 1 con lo que se muestran claramente ineficientes. Y ello aún en el caso de hospitales del mismo complejo hospitalario, hospital 4-A y hospital 4-C, donde se presupondría una mayor homogeneidad de estructuras y funcionamientos.

El VMP se puede considerar como un indicador muy fiable para el análisis de la actividad de los SADC. Así los tres hospitales con mejor ICP (hospital 1, hospital 4-C y hospital 5-B) poseen el mejor VMP. A su vez dos de ellos, hospital 4-C y hospital 5-B, poseen también los mejores resultados en el ICF.

La proporción de URV por persona asignada a las categorías C-D también mantiene una adecuada relación con los resultados positivos en los ICF e ICP. Así sólo superan las 10.000 URV por persona de categoría C-D los tres hospitales mencionados en el párrafo anterior. Por el contrario no se produce esta relación con los ICF e ICP cuando la razón es entre las URV y la dotación en las categorías A-B. Ello posiblemente se debe a la poca homogeneidad que se da en las dotaciones de plantilla con respecto a estas categorías.

Los resultados se ven limitados por la presencia de actividades no contempladas en ninguno de ellos, en el hospital 5-A el diez por ciento de su plantilla en las categorías C-D dedicaba las dos terceras partes de su jornada laboral a la ordenación centralizada de historias clínicas, o porque otras actividades se compartían con alguna estructura ajena al SADC, en el producto 14 (elaboración de información) se produjo esta circunstancia sin que se cuantificase.

El grado de certeza de los datos sobre dotación de plantillas y costes aportados por COAN también pudiera limitar el valor de los resultados ya que en algunos casos se demostró que aportaban datos erróneos, en el hospital 4 el treinta por ciento de la plantilla de las categorías C-D no estaba contemplada en la información aportada por la contabilidad analítica.

Otra limitación se planteó con el grado de fiabilidad que tenían algunos registros de actividades. Con alguna dificultad se obtuvieron los datos para los productos 5 (programación quirúrgica), 6 (registro de intervenciones realizadas) y 10 (gestión documentación pasiva). Con gran dificultad y poca fiabilidad se consiguieron los datos para los productos 8 (solicitud de asistencia a otros centros), 12 (información clínica a terceros) y 14 (elaboración de información).

El trabajo ha permitido obtener una imagen de la actividad en estos SADC que no se correspondía con la visión subjetiva que de ellos se tenía.

La baja calidad de algunos registros obligará a replantear su funcionamiento.

Los resultados permiten reflexionar sobre las circunstancias que se producen en alguno de los SADC y plantearse algunas soluciones organizativas que mejorarían nuestros productos. Así por ejemplo el producto 7 (solicitud de citas), que consume casi el cincuenta por ciento de los recursos, está conformado en una gran proporción por las citas de segunda vez o sucesivas. Sólo reorganizando

esta actividad y distribuyéndola como tarea de las consultas se optimizaría de forma notable el coste total de los SADC.

También debería señalarse que en el presente trabajo no hay ningún componente de calidad por lo que no se sabe si aquellos hospitales con mejores resultados tienen o no mejor nivel de calidad.

En futuros trabajos deberá analizarse la adecuación de los productos a diferentes contextos, el refinamiento de las URV, confirmarse la utilidad de los mismos para la gestión de los SADC contemplado una imputación de costes completa y no sólo de personal e introducir medidas de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Domínguez, O. El servicio de admisión y documentación clínica. En: López Domínguez, O. (editor). *Gestión de pacientes en el hospital*. Madrid: Olalla Ediciones S.L., 1977: 105-134.
2. Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación. Servicio de Información y Evaluación. Catálogo de hospitales andaluces 1995. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1995.
3. Casas, M. (editor). *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y perspectiva de utilización*. Barcelona: Masson, S.A., 1991.

2 EL CATÁLOGO DE PRODUCTOS, UNA EXPERIENCIA DE APLICACIÓN. PROBLEMAS Y SOLUCIONES

Ponente: Pilar Torre Lloveras
Hospital del Mar. Barcelona

1. INTRODUCCIÓN. MARCO REFERENCIAL

La evaluación es una de las actividades constituyentes del proceso de gestión, concretamente aquella que permite detectar las desviaciones del objetivo y planificar nuevas actuaciones encaminadas a la resolución de los problemas detectados.

La evaluación de una actividad no es posible sin un conocimiento razonable del resultado o la producción de la misma.Esta es una afirmación de la Dra. Mercè Casas en relación a los sistemas de casuística que es totalmente aplicable a cualquier instrumento que permita cuantificar la producción de una unidad funcional.

A partir de este marco conceptual, presentamos una experiencia de uso más o menos empírico del catálogo de productos de los SADC aplicado a la producción del año 1997 de un Servicio de Documentación Clínica,el del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona.

En el momento de iniciar la monitorización de la actividad del servicio se daba la doble circunstancia siguiente: Necesidad por nuestra parte de llevar a cabo un análisis exhaustivo y preciso de la actividad del Servicio de Documentación Clínica en un momento en que un importante cambio de escenario nos hacía presumir un cambio en la producción que nos interesaba cuantificar y oportunidad tambien de probar el catálogo de productos elaborado por el grupo de expertos de las NORDOC y SADOM.

En este contexto se decidió llevar a cabo la experiencia que presentamos como un intento de aprovechar sinergías de actuación y optimizar los esfuerzos.

La experiencia es necesariamente limitada por los motivos siguientes:

1) Ámbito de aplicación:

Debido a las características de nuestra organización, únicamente hemos aplicado el catálogo a los productos de un Servicio o Unidad de Documentación Clínica. La experiencia no contempla la producción de la Unidad de Admisiones ya que en nuestra institución corresponde a áreas funcionales y estructurales distintas e independientes.

2) Objetivos

Tal como describiremos con detalle mas adelante, esta experiencia se planteó con el objetivo de probar la utilidad del catálogo *en un uso concreto*: cuantificar la producción del Servicio en un momento dado a fin de valorar la adecuación de la plantilla.

El descrito es un objetivo modesto para una herramienta a la que se presumen mayores potencialidades pero determinadas circunstancias de nuestro contexto, que más adelante se describen, hacían prioritaria esta utilización.

3) Duración de la experiencia

Nuestra experiencia se inició el año 1997 y los datos que presentamos corresponden al análisis de la producción de ese año.

A pesar de que planteamos conclusiones específicas pensamos que es necesario un periodo mayor de tiempo para poder llevar a cabo una validación totalmente consistente del catálogo.

2. CARACTERÍSTICAS DEL IMAS Y LOS HOSPITALES MAR Y ESPERANÇA. ENTORNO DE APLICACIÓN DEL CATÁLOGO

2.0. El IMAS

2.0.1 Creación del IMAS

El IMAS (Institut Municipal d'Assistència Sanitària) se constituyó como instituto en el año 1.983 al integrarse los servicios municipales de asistencia sanitaria de la ciudad de Barcelona, y dispone de una amplia autonomía de gestión dentro del Consorcio Sanitario de Barcelona.

2.0.2. Datos generales correspondientes al ejercicio 1996

Actividad asistencial:

- 1.019 camas
- 23.381 altas con 353.655 estancias
- 280.280 visitas: 48.654 primeras y 231.626 sucesivas.
- 134.036 urgencias
- 13.819 intervenciones quirúrgicas

Recursos Humanos:

- Empleados:
  409 Técnicos Superiores.
  634 Técnicos Medios.
  1.069 Otros.
  2.112 (1.956,7 equivalentes 40 h.)
- Alumnos:
  278 Medicina
  245 Dip.Enfermería
  236 Form.Prof.Sanit.

2.0.3. Centros que constituyen el IMAS

El IMAS está constituido por 19 centros distribuidos en del municipio de Barcelona:

HOSPITALES GENERALES:

Hospital del Mar: 414 camas (1)

Hospital Esperanza: 137 camas (2)

HOSPITALES MONOGRÁFICOS:

Centro Sociosanitario: 376 camas (3)

Instituto Psiquiátrico: 92 camas (4)

ATENCIÓN PRIMARIA:

6 Centros de Planif.Familiar (15-20)

1 Centro Toxicomanías (6)

1 Centro de Asist. Psiquiátrica (14)

1 Centro de Urgencias (5)

1 Centro de Asistencia Primaria (13)

DOCENCIA:

Escuela Form. Profesional Sanit. (8)

Escuela Univer. Medicina - UAB (11)

Escuela Univers. Enfermería - UB (9)

INVESTIGACIÓN:

Instituto Municipal de Investigación Médica (7)

OTROS:

Laboratorio Central de Análisis Clínicos (LRC SA) (12)

2.1. El Servicio de Documentación Clínica del IMAS

El IMAS, en la actualidad dispone de un Servicio de Documentación Clínica único para todos sus centros asistenciales.

El proceso de unificación se inició en el año 1994 y no ha finalizado todavía.

Inicialmente la situación era la siguiente:

- Hospitales de agudos (Mar y Esperanza)

  Dos servicios o unidades de Documentación Clínica independientes con responsables, plantilla y aplicación informática propias, independientes y diferenciadas.

  Se partía de una situación en que las plantillas estaban razonablemente ajustadas a las necesidades en ambos hospitales, eran razonablemente eficientes y la distribución de cargas de trabajo era homogénea (similares cargas de trabajo en ambos centros). No disponemos de datos fiables que nos permitan obtener indicadores para documentar las anteriores afirmaciones ya que las aplicaciones informáticas utilizadas en el periodo a que nos referimos no permitían su obtención. Nos basamos por tanto en la percepción existente y las estimaciones en base a indicadores indirectos como los de calidad del archivo, actividad asistencial o satisfacción de los servicios.

- Hospitales monográficos y centros de primaria

  No existía Servicio o Unidad de Documentación Clínica y los movimientos de historias clínicas (HHCC) eran gestionados por el propio personal asistencial. No existía aplicación informática propia.

- Número de Historia Clínica independiente y distinto en cada uno de los centros.

  En el año 1993 el IMAS inicia un proceso de unificación de centros y servicios asistenciales, en el marco del cual se estableció, en el año 1994, una única unidad funcional de Documentación Clínica centralizada.

  El proceso de unificación del Servicio de Documentación Clínica se ha ido llevando a cabo progresivamente y de forma paralela y adaptada al de los servicios asistenciales.

  En el momento actual y a cuatro años de iniciado el proceso la situación podría resumirse de la siguiente forma:

- Hospitales de agudos plenamente integrados desde el punto de vista asistencial y documental. Esto significa básicamente:
  - Una sola unidad funcional de Documentación Clínica con dos ubicaciones físicas distintas.
  - Centralización (unificación) de las tareas relacionadas con el tratamiento de la información (codificación, búsquedas documentales, elaboración de información, etc...)
  - Gestión de la historia clínica (movimientos de historias) descentralizada
  - Un único número de historia clínica desde Junio de 1996
  - Una misma aplicación informática de gestión de archivo desde Agosto 1996
- Hospitales monográficos y centros de primaria parcialmente unificados, es decir:
  - Criterios unificados con los centros de agudos.
  - Número propio de historia clínica de forma provisional y en espera de finalizar el proceso de unificación.

3. OBJETIVOS DE LA EXPERIENCIA

A finales del año 1996 la fusión de los servicios asistenciales de los dos hospitales de agudos estaba completada en un 90%.

A pesar de no haberse producido incrementos importantes de la actividad asistencial global, teníamos la percepción de que el cambio de escenario (filosofía funcional de hospital único, servicios asistenciales unificados, pacientes compartidos por ambos hospitales, etc.) significaba una redistribución de las cargas de trabajo entre los dos hospitales que considerábamos necesaria analizar para poder adaptar los recursos del servicio a la nueva situación.

Estas variaciones de las cargas de trabajo se centraban en aquellas líneas de producto definidas anteriormente como no centralizadas (movimientos de historias clínicas).

Es importante remarcar que nuestro objetivo no ha sido analizar la evolución temporal de la actividad del servicio ya que esto no era posible por la baja fiabilidad de los datos de periodos anteriores, sino establecer ratios producción/plantilla que nos permitieran comparar la producción de ambos hospitales en el periodo analizado.

En el marco general descrito se decidió poner en marcha algún tipo de valoración cuantitativa y cualitativa de la actividad del servicio para lo cual se utilizó, de una forma puramente experimental, el catálogo de productos que nos ocupa.

En relación a éste, se trataría de analizar la correlación existente entre las descripciones y valoraciones que el catálogo haga para cada uno de los productos y la realidad en un entorno determinado.

4. REQUERIMIENTOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL CATÁLOGO. CONTEXTUALIZACIÓN DE LOS MISMOS

4.1 Requisitos previos

La monitorización del catálogo de actividades planteaba como única condición imprescindible la posibilidad de registro automático de las actividades a monitorizar.

4.2. Descripción del contexto

En nuestro caso disponíamos, desde 1996, de una aplicación informática de gestión de archivo, la misma para ambos hospitales cuyo apartado de estadísticas se modificó para que permitiera el seguimiento automático de la mayor parte de los productos que constituyen nuestro particular catálogo.

El grado de monitorización automática de cada uno de los productos del catálogo ha sido el siguiente:

Producto	Control automático
1. **Gestión de la Documentación Pasiva**	Total
2. **Gestión de la Historia Clínica Activa**	Total
3. **Solicitud de documentos clínicos a terceros**	Parcial(*)
4. **Episodios clínicos codificados**	Total
5. **Elaboración de información**	
• Informes analíticos	Parcial(*)
• Búsquedas en Bases de Datos	Parcial(*)
• Resto informes	Parcial(*)

(*) En estas actividades no fue posible el registro automático mediante la aplicación de gestión de archivo de forma que se llevó un registro paralelo mediante un programa de gestor de bases de datos con introducción manual de las solicitudes y automatización de la explotación.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DEL SERVICIO EN EL AÑO 1997

A continuación se describe la producción del servicio de Documentación Clínica del IMAS del año 1997 desagregada por las líneas de producto definidas en el apartado anterior y ponderadas de acuerdo a las URV propuestas por la SADOM y NORDOC.

Teniendo en cuenta las características organizativas del servicio, descritas anteriormente y el objetivo planteado, presentamos de forma independiente la producción de cada una de los hospitales en aquellas líneas de producción descentralizadas.

LÍNEAS DE PRODUCTO DESCENTRALIZADAS

HOSPITAL ESPERANZA

Producto	U. de producto	URV
1. Gestión de la documentación pasiva	8.469	3.387,6
2. Gestión de la historia clínica activa	201.676	181.508,4
3. Solicitud de doc. clínicos por terceros	2.429	728,7
TOTAL	212.574	185.624,7
URV/persona eq. 40 h./año		**61.874,9**

HOSPITAL DEL MAR

Producto	U. de producto	URV
1. Gestión de la documentación pasiva	17.456	6.982,4
2. Gestión de la historia clínica activa	329.974	296.976,6
3. Solicitud de doc. clínicos por terceros	3.267	980,1
TOTAL	350.697	304.939,1
URV/persona eq. 40 h./año		**46.913,71**

LÍNEAS DE PRODUCTO CENTRALIZADAS

4. Episodios clínicos codificados	21.184	29.658
5. Elaboración de información		
Informes analíticos	32	288
Búsquedas en bases de datos	10	45
Resto informes	25	38
TOTAL	21.251	30.028
URV/persona eq. 40 h./año		**15.014**

Fuente: Elaboración propia

6. ANÁLISIS Y VALORACIÓN

6.1. Líneas de producto descentralizadas (movimientos de historias clínicas)

Cuando aplicamos el instrumentos propuesto para medir la producción de estas líneas de producto, observamos una distribución desequilibrada en el sentido de mayor producción relativa en el hospital de la Esperanza.

En una primera lectura podríamos afirmar que, en el periodo analizado, este hospital es más productivo y por tanto más eficiente que el otro (necesita menos recursos para hacer lo mismo).

A partir de esta consideración y ante la carencia de estándares de referencia internos o externos podría plantearse como objetivo el incremento de la productividad en el hospital del Mar.

Por los motivos que a continuación se describen, ésta no fué la lectura que se hizo:

- No disponíamos de medidas de la actividad del Servicio en periodos anteriores que fueran exactas y homogéneas respecto a las utilizadas en esta experiencia. Por esta razón no nos era posible determinar de manera fiable si se habían producido incrementos objetivos de volumen de actividad. Estimábamos que la actividad global del Servicio no había variado a partir

cial (volumen de altas, volumen de visitas en consultas externas, intervenciones quirúrgicas, etc.)

- Al inicio del proceso de fusión ambas plantillas estaban razonablemente equilibradas.
- Las plantillas de ambos hospitales no se han modificado ni cuantitativo ni cualitativamente desde el inicio del proceso.
- Existía la percepción de que la plantilla del hospital aparentemente más productivo estaba sometida a una presión excesiva que entre otras cosas incrementaba los errores, aumentaba el absentismo y diminuía la motivación. Esta percepción fue uno de los motivos de la puesta en marcha de este tipo de valoraciones.
- A lo largo de la experiencia ya habíamos podido constatar que el contenido (los procesos que lo componen) de alguno de los productos definidos (por ej: solicitudes de documentación a terceros) no era homogéneo en los dos hospitales por estar influido por variaciones de los circuitos organizativos de cada uno de los centros. En este sentido, el centro cuyos procesos conlleven mayor complejidad y consecutivamente mayores cargas de trabajo resultará "perjudicado" o "infravalorado" en relación al centro cuyos procesos sean de menor complejidad.

Valorando lo anterior se considerá que la nueva situación asistencial y los nuevos circuitos definidos para los pacientes desplazan producción desde el hospital del Mar hacia el de la Esperanza. Las líneas de actuación se establecieron en base a esta interpretación.

6.2. Líneas de producto centralizadas

Respecto a este tipo de productos (codificación y elaboración de información), nuestro análisis se centra únicamente el la valoración del catálogo.

En este sentido nos resulta especialmente llamativo la diferencia de productividad en relación a los productos descentralizados. Interpretamos que se dan varias circunstancias asociadas: Por una parte nos ha sido difícil identificar alguno de los procesos habituales de ésta área en la descripción de productos del catálogo. Este es el caso por ejemplo de las actividades de asesoría a clínicos o validación de datos. En segundo lugar y relacionado con la anterior, alguno de estos productos parece ser excesivamente heterogéneos en su composición, es decir engloban procesos de muy diversa complejidad lo que hace difícil su valoración global y en tercero, la valoración relativa de estos productos puede estar muy influida por las características del entorno (casuística del centro entre otros).

Creemos que es imprescindible revisar, adaptar y refinar la descripción y ponderación de los productos de esta área.

7. CONCLUSIONES

- Partiendo de una precisa definición de los productos, la monitorización de la actividad resulta un proceso sencillo que no supone incrementos adicionales de las cargas de trabajo y que únicamente requiere como condición imprescindible la automatización de registros y explotaciones.
- La utilización de este tipo de información en la gestión interna del servicio es muy útil en la medida que permite:
  - La cuantificación de la actividad del Servicio.
  - La homogeneización a partir de la ponderación mediante Unidades Relativas de Valor.
  - La monitorización de la evolución (comparaciones con períodos anteriores).
  - Las comparaciones con otros centros o estándar en una línea de evaluación de la productividad.
- Las dificultades no están en la puesta en marcha, sino en establecer una correcta adecuación de las medidas utilizadas al entorno en que se van a utilizar.
- Según nuestra experiencia las URV correspondientes a productos de orden "administrativo" (gestión de la historia clínica) se corresponden con la realidad de nuestro entorno de una forma sensiblemente más exacta que las URL correspondientes a productos del área "documental" (codificación y elaboración de información).

  Creemos que es necesario validar y adaptar las URV a los distintos entornos y organizaciones tanto en la descripción de los productos como en el establecimiento de unidades relativas de producción. Volviendo al paralelismo con los GRD diríamos que ocurre en este caso lo mismo que con la aplicación literal de los pesos USA en otros entornos. Es decir que para determinados productos no parece que exista una estricta correlación entre URV.
- Algunos de los productos definidos como constituyentes de la actividad del SDC nos parecen excesivamente heterogéneos en cuanto a la complejidad de los procesos que comprenden. Tal es el caso del producto "Elaboración de informes" resuelto de forma parcial mediante una tabla suplementaria de ponderación pero otros productos como "Episodios clínicos codificados" podrían ser candidatos de un tratamiento similar o de una mayor desagregación. Manteniendo el símil con las medidas de actividad asistencial que estamos utilizando desde el principio diríamos que algunos de las líneas de producto definidas se comportan con las medidas tradicionales de actividad de asistencia (estancias) en el sentido de no valorar la complejidad del "contenido" Una forma de paliar esta situación podría ser el refinamiento o ajuste de las mismas mediante los factores de conversión que se determinasen. (Por ej. Media de diagnósticos informados por episodio)
- Nuestras conclusiones podrán resumirse en:
  - Disponer de una medida de la producción no sólo es útil sino que es imprescindible para poder gestionar el servicio.
  - Cualquier medida es mejor que ninguna medida.
  - Las medidas que se presentan permiten el inicio del proceso pero deben ser validadas en distintos entornos organizacionales y asistenciales y ajustadas en aquellos aspectos en que sea necesario. Esto es especialmente importante en la línea de producto correspondiente a tratamiento de la información.

3 EL CATÁLOGO DE PRODUCTOS, OTRA EXPERIENCIA DE APLICACIÓN. PROBLEMAS Y SOLUCIONES

Ponente: Rosario Ferrer Ivars
Hospital "Lluís Alcanyís" Xátiva (Valencia)

INTRODUCCIÓN

La definición del catálogo de productos de un servicio, implica una reflexión sobre las prestaciones que dicho servicio ofrece, la organización y asignación de los recursos disponibles, el establecimiento de una valoración ponderada de sus productos y la evaluación de sus resultados de forma cuantitativa y cualitativa de acuerdo a los costes ocasionados.

En base al catálogo de las Unidades de Admisión y Documentación Clínica propuesto por la Sociedad Aragonesa de Admisión y Documentación Clínica, organizadora de estas Jornadas, presentamos la experiencia al aplicarlo en nuestro centro.

Conviene señalar, en primer lugar, algunas características del entorno en que desarrollamos nuestra labor. Así las Unidades de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) de la Comunidad Valenciana surgen a partir de 1989 con la publicación de la Orden de la Conselleria de Sanitat i Consum que regula su creación y funciones en todos los centros hospitalarios públicos. En el pasado mes de abril se ha formalizado su establecimiento también, en los Centros de Especialidades que junto a los hospitales a los que están adscritos, constituyen la red de asistencia especializada en nuestro Comunidad.

Al frente de estas Unidades se encuentran médicos con formación específica y constan de personal sanitario y no sanitario con dependencia, al menos funcional, de la Unidad. Organizativamente dependen de la Dirección Médica del Centro, teniendo representación en la Junta Clínica.

A nivel del Sistema de Información Económica (SIE), sistema de información para la gestión sanitaria de la Comunidad, están catalogados como centros estructurales secundarios incluyendo el hospital y los centros de especialidades (Tabla 1).

Tabla 1
Clasificación de centros de actividad (SIE)

Grupo 0	Centros estructurales	primarios
Grupo 1		secundarios
Grupo 2	Centros intermedios (1)	diagnóstico
Grupo 3		tratamiento
Grupo 4		quirúrgicos y partorios
Grupo 5	Centros intermedios (2)	hospitalización
Grupo 6		ambulatorios
Grupo 7	Centros finales	urgencias
Grupo 8		médicos y quirúrgicos
Grupo 9	Centros no imputables	

(1) De diagnóstico y tratamiento.
(2) Logísticos.

Fuente: Conselleria de Sanitat i Consum

En todos los centros existe una aplicación informática destinada a la gestión básica de los pacientes: urgencias, hospitalización, consultas externas, archivo, quirófano, lista de espera, con mayor o menor grado de desarrollo e implantación dependiendo de cada centro. Actualmente existe un proyecto que incorpora al sistema áreas asistenciales tradicionalmente no integradas como Diálisis, Rehabilitación, y por otra parte, otras actividades asistenciales que cada vez tienen una mayor actividad como el Hospital de día y las Unidades de Hospitalización a domicilio. Del total de centros de la red pública, sólo dos de ellos tienen un sistema informático propio.

Nuestro centro, el Hospital "Lluís Alcanyís" de Xátiva, es un hospital de tipo comarcal que empezó su actividad en 1984, atiende a la población del área sanitaria 13, que supone unos 178.000 habitantes. Se trata de un hospital general con 249 camas funcionantes. El Centro de Especialidades, adscrito al hospital, se encuentra en un edificio aparte en pleno casco urbano a diferencia del centro hospitalario.

La Unidad fue creada en 1989 con un médico documentalista como responsable de la misma. Está estructurada en las siguientes áreas: Admisión General, Admisión de Urgencias, Admisión de Consultas Externas, Admisión del Centro de Especialidades (CE), Cita Previa (CP), Archivo Central del hospital y Archivo Central del CE. En la Tabla 2 se muestra la clasificación del personal adscrito a la misma.

Tabla 2
Clasificación del personal de la UDCA

Grupos	A*	B	C	D	E
Nº	3	1	2	28	5

* Médicos documentalistas (2), técnico de gestión (1).

Fuente: Elaboración propia

Para la aplicación del catálogo propuesto, se presentó como proyecto al personal de la Unidad analizando la definición de cada producto y su unidad de medida, viendo que era asumible. En una segunda fase se clasificó porcentualmente la dedicación de cada grupo estatutario a las diferentes actividades (Tabla 3), aunque nuestro objetivo no era establecer las unidades relativas de valor (URV) para cada producto nos sirvió para reconsiderar algunas posiciones de partida, por ejemplo que la actividad realizada por el personal del grupo E respecto a tratamiento de pasivos y movimientos de historia clínica en el archivo del CE no está registrada y no es por tanto recuperable. Por último se decidió su aplicación, en base a número de productos obtenidos (Tabla 3), durante el primer trimestre del presente año.

Tabla 3
Distribución porcentual por grupo y producto

	A	B	C	D	Nº Productos
1º Solicitud de ingreso	1	0	1	3	2.033
2º Programación de ingresos	2	0	1	2	945
3º Gestión de camas	3	0	1	7	6.482
4º Solicitud de demanda quirúrgica	21	0	5	0	1.389
5º Programación quirúrgica	8	0	17	2	1.570
6º Registro de intervención realizada	4	0	2	0	1.806
7º Solicitud de cita	10	0	38	40	43.192
8º Solicitud de asistencia a otros centros	6	0	12	1	1.252
9º Urgencia registrada	1	0	2	16	13.681
10º Tratamiento de pasivos	5	14	0	2	915
11º Movimiento de Historia Clínica	1	79	0	21	47.439
12º Solicitud de información clínica a terceros	5	0	8	2	182
13º Episodio codificado	11	7	0	2	2.457
14º Información	22	0	13	2	69

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CATÁLOGO

A continuación detallamos nuestra experiencia para cada uno de los los productos y unidad contable del catálogo propuesto:

1º Solicitud de ingreso: Apunte realizado

Hemos tenido dificultades para diferenciarlo del siguiente producto. La decisión ha sido contabilizar en este punto sólo los ingresos solicitados desde el área de urgencias que tienen un registro diferenciado.

2º Programación de ingresos: Apunte realizado en el Registro de Ingresos relativo a ingresos programados

Ya comentado en el punto anterior, en nuestra aplicación informática la solicitud de ingreso constituye un paso previo al ingreso programado por lo que se han contabilizado exclusivamente los ingresos programados.

3º Gestión de camas: Apunte realizado

El número de productos obtenidos hace referencia al total de ingresos y altas, así como cambios de responsabilidad médica o de ubicación de los pacientes hospitalizados.

4º Solicitud de demanda quirúrgica: Registro realizado

Entendemos que contempla sólo las entradas de lista de espera quirúrgica y no se recoge la gestión propia de la lista de espera como, bajas, preoperatorios y consulta de anestesia que, en nuestro caso supone una importante carga de trabajo.

5º Programación quirúrgica: Paciente incluido en parte

En nuestra Unidad se realiza la programación directa de algunas especialidades por acuerdo establecido con los Servicios y el aviso a los pacientes, la supervisión y el cierre del parte quirúrgico diario. Se han contabilizado todas las intervenciones programadas y las suspendidas con posterioridad al cierre del parte.

6º Registro de intervención realizada: Registro realizado

La captura de actividad quirúrgica es realizada por el personal de enfermería de quirófanos, por nuestra parte verificamos dicha actividad revisando la concordancia del parte quirúrgico con el registro quirúrgico y así se ha ponderado en la distribución porcentual de dedicación de tareas.

7º Solicitud de Cita: Registro en fichero de actividad consultas externas (CEX)

Se han contabilizado las solicitudes registradas en consultas externas del hospital y en la cita previa del CE y también las citas realizadas por la Unidad para la asistencia en consultas, normalmente primeras y exploraciones complementarias.

8º Solicitud de asistencia a otros centros: Registro en fichero de traslados

Comprende las solicitudes de asistencia ambulatoria a otros centros, traslados de pacientes hospitalizados y derivación a centros concertados de acuerdo a la definición del producto.

9º Urgencia registrada: Registro realizado

Número total de pacientes que solicitan asistencia en el área de Urgencias.

10º Gestión de documentación pasiva: Registro en el fichero de movimientos del fichero pasivo

Si el producto se etiqueta como gestión de documentación pasiva, es necesario desglosar el simple registro, del tratamiento de los documentos pasivos que suponen diferente asignación en tiempos y coste.

11º Gestión de la historia clínica (Préstamo/devolución): Registro en el Fichero de Movimientos del Fichero de Activos

Igual que en el caso anterior parece conveniente establecer diferentes productos para diferenciar los préstamos con petición previa programada de los que no tengan esta condición y las devoluciones de expedientes de los documentos aislados.

12º Solicitud de información clínica a terceros: Registro realizado

Entendemos registro por solicitud recibida sin tener en cuenta características de la solicitud, copias de iconografía, solicitud de informes específicos, etc.

13º Episodios clínicos codificados: Episodio codificado, con independencia del número de códigos

Corresponde a altas hospitalarias codificadas para cumplimentar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y entrados en lista de espera quirúrgica.

14º Elaboración de información: Salida de informe realizada

Se han contemplado informes a Dirección realizados a demanda, indicadores periódicos para Servicios Centrales e internos, y búsquedas específicas de información clínica, valorados de acuerdo a la definición del producto.

CONCLUSIONES

- El establecimiento del catálogo de productos que presta un servicio o unidad constituye una tarea necesaria para la evaluación de la actividad profesional en el sentido de cómo lo hacemos, quiénes la realizan y cuánto cuesta a la organización.
- En las UDCA como responsables del sistema de información hospitalario, estamos acostumbrados a contabilizar gran número de procedimientos realizados por otros servicios, parece pues lógico el registrar nuestra propia actividad.
- Como especialistas en sistemas de información no tiene que ser difícil el establecer definiciones normalizadas para cada producto y su recuento debe ser riguroso para garantizar su homogeneidad y por tanto su comparabilidad.
- A la hora de establecer los mínimos de información hay que reflexionar sobre si el objetivo final sería imputar costes a otros servicios hospitalarios o al proceso asistencial en su conjunto.
- Algunos de los productos definidos necesitarían ser revisados, partiendo de un consenso entre los profesionales implicados, como ya se ha señalado al analizar cada producto, si bien parece totalmente aceptable partir de unos productos generales tal como se ha propuesto.
- En nuestro, caso la experiencia en la aplicación del catálogo, ha resultado muy interesante y motivadora para el personal de la unidad que ha visto reflejado su trabajo diario de forma sistemática.

BIBLIOGRAFÍA

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. *Sistema de Información Económica para la Gestión Sanitaria. Programa SIE.* Tomo I: Instituciones de asistencia especializada (3ª Edición actualizada). Valencia 1995.

Rodríguez I, Gaja JM, Romero R, Delás A, Navarro MJ. Catálogo de productos del Hospital "Lluís Alcanyís". Implicación del personal y resultados. Jornadas Técnicas de Gestión. Federación Española de Gestión Sanitaria. Sevilla, 1997.

Romero R. Catálogo normalizado de productos hospitalarios. Integración Sistema de Información: Asistencial y Económico. Tesina de Licenciatura. Universidad de Valencia, 1995.

López O. El servicio de Admisión y Documentación Clínica. En: López O. (editor) *La Gestión de pacientes en el hospital.* Madrid: Olalla S.L, 1997.

MESA REDONDA SOBRE LAS DIFERENTES UTILIDADES DEL CATÁLOGO DE PRODUCTOS DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

1 LA POLÍTICA DE CALIDAD EN LOS SADC

Ponente: Mª Dolores Fiuza Pérez
Hospital Ntra. Sra. Pino. Las Palmas de G.C.

INTRODUCCIÓN

Con independencia del desarrollo actual del sistema y servicios sanitarios en cada país, existe una amplia aceptación de que la eficacia y eficiencia de las organizaciones sanitarias, y del conjunto del sistema, está estrechamente ligada a la buena práctica clínica y que por tanto, es necesario superar la barrera que tradicionalmente ha separado el campo de la gestión económica del de la práctica clínica.

En la década de los 70, como consecuencia de la crisis económica generalizada los responsables de la toma de decisiones sobre la atención sanitaria se hicieron cada vez más conscientes de los costes. Se les animaba a conseguir un aumento en la eficiencia, aunque realmente se manifestaba como un aumento en la productividad (*hacer las cosas con un coste menor*). El objetivo era reducir el coste de cada caso asegurando que la atención sanitaria se prestara durante el plazo más corto de tiempo, en el lugar menos costoso, con el profesional menos costoso y con los medios más baratos posibles, pero suficientes para garantizar su efectividad y seguridad. En los 80, aunque se mantuvo la demanda de una mayor eficiencia, surgió un nuevo imperativo, el de mejorar la calidad. Los pacientes mejor informados, más exigentes y mejor organizados aumentaron sus expectativas (acceso más fácil a los servicios, atención sanitaria más efectiva, asistencia más segura, más información y mejor comunicación) reflejando la tendencia general de la sociedad. La respuesta de los servicios sanitarios fue la de *hacer mejor las cosas* utilizando las herramientas del control de calidad y la auditoría clínica. Por lo tanto los gestores de los servicios sanitarios centraron sus esfuerzos en *hacer correctamente las cosas* que implica, hacer mejor las cosas con un coste menor. Pero esto es sólo la mitad de un antiguo lema de la gestión, la otra mitad es *hacer las cosas correctas*, es decir, la idoneidad, aptitud o adecuación al uso.

En el Sistema Nacional de Salud español se están produciendo en la década de los 90 expectativas de cambio que afectan de lleno a los hospitales: mayor autonomía de gestión y competitividad, reingeniería, consorcios, externalización de servicios, tecnología de la información, facturación por proceso, etc. Introduciéndose el concepto de *hospital-empresa de servicios*, sustituyendo la forma tradicional de atención por un sistema de atención integral orientado al paciente o cliente. Estos cambios propiciarán un mayor protagonismo de los servicios clínicos y el desarrollo de la *gestión clínica*.

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) integrantes de una empresa de servicios deben intensificar sus tareas de facilitación y coordinación entre servicios, para ello es básico desarrollar una política de calidad orientada al logro de un producto que satisfaga a sus clientes tanto internos (directivos, servicios asistenciales y de apoyo) como externos (pacientes, usuarios) y a los propios profesionales de los SADC. Para lograrlo, es preciso un plan de calidad de los SADC que a través de las diferentes herramientas disponibles en la evaluación de la calidad garanticen la excelencia.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

La metodología clásica para evaluar la calidad se basa en el paradigma de Donabedian: estructura, proceso y resultado.

El *enfoque estructural* se basa en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condicionan la calidad del mismo. No obstante según muchos autores es el eslabón más débil de la secuencia del control por diversas causas: está muy alejado del producto final, las evaluaciones aisladas de la estructura pueden llevar a conclusiones erróneas acerca de la calidad del resultado y no se ha demostrado que exista relación alguna entre los resultados de las medidas retrospectivas de la calidad de asistencia con métodos estructurales y los obtenidos con el empleo de técnicas de procesos o de resultados. En los SADC existen criterios y estándares establecidos por la "Guía de propuestas para acreditación hospitalaria en España" editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1991, estas recomendaciones incluyen al personal (el responsable del servicio debe ser médico, personal administrativo y auxiliar suficiente, responsable específico para el archivo), horario de funcionamiento de 24 horas, espacio físico y normas de funcionamiento de las diferentes áreas de la gestión de pacientes. O las propuestas desarrolladas mediante consenso entre expertos en el marco del Proyecto Signo, y publicadas recientemente por Orencio López *et al.*, que incorpora la valoración para poder optar a los diferentes niveles de acreditación, que facilitan las acciones y planes de mejora a acometer para elevar el nivel de calidad del SADC auditado.

El *enfoque del proceso* se basa en la asunción de que si se aplica plenamente el conocimiento del momento y la tecnología disponible, es más probable un buen resultado que si se emplea de manera deficiente. Este enfoque está plenamente aceptado y forma parte de los

nuevos sistemas de acreditación de la Joint Commission desde 1995, de la Fundación Avedis Donabedian desde 1996 o de la Fundación PACE (Modelo Holandés de Calidad Asistencial). En los SADC se debe realizar un esfuerzo por desarrollar indicadores enfocados a los procesos propios de la gestión de pacientes, pues la monitorización continua de ellos nos permitirá adecuarlos de una manera dinámica a los nuevos requerimientos del Hospital. A continuación se esbozarán algunos de estos indicadores propuestos por Orencio López *et al.* en 1997 y otros de elaboración propia con el único fin de que sean un punto de partida para establecer un consenso sobre su idoneidad y para que en un futuro sea posible su estandarización. Se han diseñado en base al catálogo de productos del SADC:

De Hospitalización:

Control de ingresos: Se mide por el porcentaje de ingresos no conocidos por el SADC en un periodo de tiempo. Su objetivo es evaluar la capacidad de planificar y autorizar la entrada de pacientes en el área de hospitalización.

– Estándar: 0-0.5%.

– El estudio se realizará a través de un modelo prospectivo concurrente.

Control del tiempo de hospitalización: Se mide el tiempo medio de hospitalización. Teniendo en cuenta que el tiempo de hospitalización es el sumatorio de los tiempos de autorización de ingreso, asignación de cama, habilitación de cama y ocupación de cama. Su objetivo es evaluar la celeridad en el encamamiento del paciente a su ingreso.

– Estándar: 1-5 horas.

– El estudio prospectivo se realiza sobre un muestreo estratificado de los ingresos de un periodo.

Control de camas: Se mide el porcentaje de errores en el conocimiento de la situación de las camas y de la ubicación de los pacientes ingresados. Su objetivo es evaluar la capacidad del SADC para la asignación y gestión de camas.

– Estándar: 0.1-0.5%.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control de ingresos ectópicos: Se mide el porcentaje de ingresos ectópicos en un periodo de tiempo. Su objetivo es evaluar la capacidad de adaptación funcional de la gestión de camas. Su estandarización es compleja depende de cada tipo de hospital, por lo cual se debe basar en datos históricos del propio hospital.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control de la gestión de camas: Su objetivo es evaluar la eficacia de la gestión de camas a través de la adecuación de la oferta y la demanda prevista de ingresos. Se mide por un índice que refleja y pondera los desajustes por exceso o por defecto en la reserva funcional. CC = ISC + (CL x IA).

CC = Control de camas, ISC = Nº ingresos pendientes de cama, CL = Camas libres y IA = Ingresos previstos y anulados en previsión de una escasa disponibilidad de camas.

– Estándar: 2-10.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control de estancias por admisión prematura: El objetivo es evaluar la adecuación de la programación de ingreso para la realización de un procedimiento electivo. Sólo es evaluable en aquellos servicios o procedimientos donde se disponga de un protocolo definido. Se mide a través del número de estancias anteriores al procedimiento y su expresión mediante la estancia media previa.

– Estándar: 0-1.5 días.

– Estudio prospectivo sobre muestreo estratificado.

Control de ingresos y/o estancias innecesarias: El objetivo es determinar el número de ingresos y/o estancias innecesarias que se producen en el hospital por motivos no clínicos. Se incluyen en esta categoría los ingresos producidos por motivos sociales y de abandono, los ingresos para estudio provocados por largas demoras en las citas para consultas y/o para la realización de determinadas exploraciones, las estancias consumidas exclusivamente en la espera de la práctica de un procedimiento, realización del informe, trasporte sanitario o cualquier otro requisito administrativo.

– Estándar: 0-1%.

– Estudio prospectivo sobre muestreo

Del Área Quirúrgica:

Cambios en la programación quirúrgica: El objetivo es evaluar la estabilidad de la programación quirúrgica. Se mide por el porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas por cualquier motivo.

– Estándar: 3-8%.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control de cirugía no programada: El objetivo es conocer el número de procedimientos quirúrgicos electivos que se realizan en el quirófano programado al margen de la programación quirúrgica del hospital. Se mide por el porcentaje de cirugía programada no prevista en el parte de quirófanos.

– Estándar: 0-1%.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control de lista de espera quirúrgica: Se establece a través de la relación entre la espera media de los pacientes de lista de espera que ya han sido intervenidos y la de los pacientes que el mismo periodo de tiempo permanecen en dicha lista. Su objetivo es valorar la gestión de pacientes en lista de espera quirúrgica.

– Estándar: >2.

– Estudio prospectivo concurrente.

De Consultas Externas:

Control de solicitudes de asistencia: El objetivo es conocer la eficacia con que el SADC procesa y resuelve las solicitudes de asistencia que recibe desde otros Centros o hacia otros Centros. Se mide TM + SSR / S x 100 siendo TM la media aritmética de los

tiempos de resolución, SSR solicitudes sin resolver y S el total de solicitudes recibidas. El tiempo medio de resolución debe ser considerada como el tiempo en días transcurrido entre la recepción de la solicitud y la comunicación al interesado del resultado del trámite.

– Estándar: 1-4.

– Estudio retrospectivo sobre muestreo.

De Documentación Clínica:

Disponibilidad de la historia clínica: El objetivo es evaluar la capacidad real de custodia del archivo de historias clínicas. Se mide según dos criterios complementarios: el porcentaje de historias solicitadas que no se encuentran en el archivo y el porcentaje de historias que se encuentran innecesariamente fuera del archivo (historias que continúan en préstamo una vez finalizado el plazo de tiempo autorizado para su uso).

– Estándar: del 5-10% para el primer objetivo y de 1-3 para el segundo.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control de localización de la historia clínica: El objetivo es evaluar la fiabilidad de la información disponible sobre la situación y ubicación de las historias clínicas. Se mide por el porcentaje de errores de localización en préstamos y por el porcentaje de errores de localización en archivo.

– Estándar: de 1-1,5.

– Estudio prospectivo sobre muestreo.

Control de préstamos urgentes de historias clínicas: El objetivo es conocer el número de historias clínicas que se solicitan con carácter urgente. Se mide a tráves del porcentaje de solicitudes urgentes.

– Estándar: < 10%.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control del orden de la historia clínica: El objetivo es conocer el estado de las historias del hospital que permiten una mayor facilidad en su manejo. Es necesario la existencia de un protocolo de ordenación de la historia aceptado por el hospital a propuesta de la comisión de historias clínicas. Se mide por el porcentaje de historias desordenadas devueltas al archivo.

– Estándar: < 10%.

– Estudio prospectivo sobre muestreo.

Control del informe de alta: El objetivo es conocer la situación de los informes de alta que realiza el hospital. Es necesario la existencia de una normativa interna consensuada que estipule el tiempo de entrega del informe. Se mide por el porcentaje de informes de alta trascritos en un tiempo determinado.

– Estándar: <10%.

– Estudio prospectivo concurrente.

Control de la codificación clínica: El objetivo es conocer la validez de la codificación realizada de los términos clínicos. Se mide a través del porcentaje de códigos erróneos, entendiendo como tales el número de literales clínicos codificados que tras el estudio han resultado erróneos, para el código asignado.

– Estándar: 1-5%.

– Estudio retrospectivo sobre muestreo.

Control del conjunto mínimo básico de datos (CMBD): El objetivo es doble, por un lado evaluar el grado de implantación y por otro la validez de sus datos. Se miden por el porcentaje de altas con CMBD incompleto y por el porcentaje de errores detectados.

– Estándar: implantación 95-100%, validez datos administrativos 1-3%, validez de indización del diagnóstico principal 1-3%.

– Estudio prospectivo concurrente.

El enfoque de resultados entraña dificultades para su medición en una empresa de servicios ya que pueden ser sucesos adversos y deberían ser evitados previamente. No obstante pueden constituir alertas en el sistema que nos permitan análisis en profundidad. En los SADC existen pocos indicadores referentes a resultado pero podríamos señalar como ejemplo el del control de citas fallidas cuyo objetivo es evaluar la ocupación indebida de las horas disponibles en la agenda de citación de consultas externas. Se mide a través del porcentaje de citas asignadas a las que finalmente el paciente no acude. Su estándar se considera <1% y nos obliga a un estudio pormenorizado de las causas por las cuales el paciente no acudió (falta de aviso, problemas de trasporte, inadecuación horaria, negativa del paciente, etc.), o el control de recitaciones por anulaciones de consultas referidas a aquellos pacientes que se presentan el día de la anulación, considerando este evento como resultado adverso en la atención.

CALIDAD TOTAL

Con independencia del enfoque utilizado es preciso desarrollar modelos integrados que deberán conseguir evaluar lo que ya se hace, valorar la trascendencia de lo que no se hace, y facilitar la investigación de nuevos métodos para mejorar lo que ya hacemos. Partiendo de la base de que los procesos y los sistemas deben ser constantemente reexaminados, para identificar nuevas oportunidades de mejora o para adaptarlos a situaciones cambiantes, y que por lo tanto, la búsqueda de la calidad es una actividad continua donde se hace necesaria la autoevaluación para llegar a la excelencia. En esta línea creo adecuado el enfoque de la autoevaluación según el modelo de la EFQM (European Foundation for Quality Management) ya que evaluan el grado de madurez del sistema de gestión de la organización según los parámetros de: liderazgo, política y estrategia, gestión de las personas, recursos, procesos, satisfacción del cliente, satisfacción de las personas, impacto sobre la sociedad y resultado de negocio. Y todo ello en la doble vertiente de puntos fuertes y áreas susceptibles de mejora.

Intentemos ahora adaptar este modelo a los SADC :

Liderazgo:

Se trata de identificar los factores de liderazgo que permiten a la organización avanzar hacia la excelencia. Se considera a las personas de la plantilla como socios con un compromiso de colaboración a largo plazo. Por lo tanto estaremos preocupados por su reci-

claje y formación continuada, un indicador de calidad sería el porcentaje de personas que acuden a cursos de formación, número de publicaciones y comunicaciones, etc.

Política y Estrategia:

Debemos descubrir y formalizar los factores críticos de éxito (FCE) y un despliegue de objetivos de forma negociada y escalonada que permita la participación activa de todos.

Gestión de las Personas:

Será preciso un sistema participativo que favorezca el trabajo en equipo y los grupos de mejora. Los círculos de calidad o grupos de mejora es una técnica de participación y aportación de ideas y sugerencias para la mejora del propio trabajo, potenciando y estimulando la creatividad, y la utilización de la inteligencia de todos. Estos círculos de calidad son grupos de personas que se reunen de forma periódica con objeto de mejorar su trabajo, siendo recomendable que los "circulistas" sean de la misma sección, departamento o área de trabajo y, por lo tanto tengan problemas homogéneos y comunes. La participación es voluntaria, pudiendo elegir entre sus miembros los temas a tratar, y una vez terminado el tema de estudio, la conclusión a la que llegue el círculo se entregará al coordinador de estos y, dependiendo del tipo de soluciones que se deba aplicar, será el mismo círculo quien las ponga en marcha.

Recursos y Procesos:

El control de los indicadores desarrollados con anterioridad, es útil para supervisar los niveles de calidad técnica que mantenemos, y la protocolización de los procesos nos permitirá estandarizar conductas asegurando unos mínimos de calidad y racionalización del coste.

Satisfacción del Cliente:

Los SADC deben identificar de forma dinámica los requerimientos del cliente, su grado de satisfacción con las prestaciones recibidas y reducir el desvío entre los primeros y el segundo. Para ello debe manejar indicadores de satisfacción del cliente externo a través de información disponible en los hospitales, como puede ser la encuesta de posthospitalización, analizando el porcentaje de pacientes que se declaran satisfechos con el trato recibido por el Servicio de Admisión, o a través de las quejas y/o reclamaciones referentes a nuestra actividad. Además es vital conocer la opinión de los clientes internos, utilizando indicadores disponibles como por ejemplo el porcentaje de desajustes horarios en las agendas de citación con los requerimientos de los servicios asistenciales, o a través de encuestas de opinión bien diseñadas y validadas, conocer el grado de satisfacción que obtenemos dentro de la organización.

Una vez analizados los principales parámetros, adaptados a los SADC, por medio de este modelo podremos pasar de la etapa de control y aseguramiento o acreditación de la calidad, al concepto más dinámico de mejora continua de la calidad. Ya que esta metodología permite conocer las propias debilidades y fortalezas, y sólo tiene sentido si de la misma resultan acciones de conservación y refuerzo de los puntos fuertes y de acciones para conseguir mejoras en las áreas susceptibles de mejora que nos permitan ser competitivos.

CONCLUSIÓN

En los SADC son necesarias políticas de calidad integradas que añadan valor a nuestros productos y que fortalezcan nuestra labor como facilitadores y coordinadores entre servicios o líneas de producto, integración a nivel de área sanitaria, la codificación de episodios de consulta y urgencia y el almacenamiento masivo de información clínica en soporte informatizado.

BIBLIOGRAFÍA

- López O. El servicio de Admisión y Documentación Clínica. En: López O. (editor) *La Gestión de pacientes en el hospital*. Madrid: Olalla S.L., 1997.
- Muir Gray JA. *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Ed.Churchill Livingstone. Madrid, 1997.
- Varo J. *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1993.
- Ruiz Fernández U, Carrasco Prieto L, González Arias E. *et al. Guía de propuestas para Acreditación Hospitalaria en España*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1991.
- Carrasco Prieto AL, González Arias E. *Manual Práctico de Acreditación de Hospitales*. Ed. Médica Europea. Valladolid, 1993.
- Joint Commission. *Estándares de Acreditación de Hospitales*. Ed. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona 1997.
- Lara Montes I, Varela Reverendo C. *¿Qué son los grupos de mejora?* Rev. Área Norte.16,1995. Ed. Comisión de Dirección Las Palmas Norte. Las Palmas, 1995.
- Talosa E. *La autoevaluación según el Modelo de la EFQM*. Rev. Excelencia. 17, 1997. Ed. Club Gestión de Calidad. Madrid, 1997.

2 REFLEXIONES EN TORNO AL CÁLCULO DE LOS COSTES EN LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Ponente: Jesús Lizcano Álvarez
Universidad Autónoma. Madrid

OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE COSTES

Un sistema de contabilidad de costes debe satisfacer los objetivos de información de la correspondiente entidad, empresa u organización en la que se implanta. Entre estos objetivos cabe destacar los siguientes:

a) *Medir y valorar el coste de productos o servicios.* En una empresa comercial, por ejemplo, el coste de los productos viene dado por el importe facturado más los gastos accesorios que se producen hasta situar los mismos en el almacén. En las empresas de transformación, por su parte, a las materias primas adquiridas, las cuales aparecen valoradas por el precio de adquisición, se le añaden los costes de la mano de obra y los costes generales de fabricación, ya que el proceso de transformación de la materia prima en producto terminado supone un aumento de valor, recogiéndose este valor añadido dentro del producto fabricado, que es el que aparecerá en el inventario.

En las empresas de servicios, como son los centros sanitarios, entran a formar parte del coste del servicio, todos aquellos costes directamente relacionados con la prestación del propio servicio y, según los objetivos específicos que se persigan, una parte, o todos, los demás costes habidos en el centro sanitario.

En este contexto, una de las finalidades concretas más importantes que puede tener el cálculo de los costes de los centros o servicios internos en el seno de una organización, es el de servir como referencia a la hora de calcular un precio de transferencia o de imputación interna, bien entre centros, o bien de un centro al producto o servicio final.

b) *Analizar los costes,* determinando las relaciones que existen entre ellos y cada uno de los recursos productivos que son utilizados en la función de transformación económica (personal, materiales, productos farmacéuticos, instalaciones quirófanos, etc.).

c) *Registrar los costes,* clasificando y asignando los mismos a los correspondientes objetivos de coste.

d) *Informar sobre el coste,* por medio de la agregación, comunicación e interpretación de la información a las partes interesadas de la empresa, sirviendo de base para la planificación y control de la actividad interna.

Se puede resumir, por tanto, que la acumulación, presentación e interpretación de la información que facilita la contabilidad de costes es fundamental en los procesos de planificación y control. Así, de los resultados obtenidos en los informes que suministra un sistema de contabilidad de costes, en los que se establecen comparaciones entre datos reales y datos presupuestados, la dirección toma decisiones y formula las estrategias necesarias para el futuro.

Tales decisiones pueden estar relacionadas, entre otros, con los siguientes aspectos: a) Distribución de los recursos entre los centros o unidades organizativas. b) Adquisición de equipos que economicen gastos de personal. c) Realización de nuevos productos o servicios. d) Modificaciones del proceso de actividad productiva. e) Fijación de precios de venta. f) Determinación de los niveles de venta. g) Control de costes. h) Posibilidades de expansión o reducción de la capacidad productiva, o cierre de un centro. i) Compromisos de compra. j) Sustitución de equipos productivos. k) Subcontratación.

ETAPAS FUNDAMENTALES DE UN SISTEMA DE COSTES

Un sistema de costes puede ser definido como un conjunto de reglas y procedimientos que hace posible la acumulación de datos contables para suministrar información relevante encaminada a tomar decisiones, por parte de la dirección, así como proceder a la valoración de la producción. Por su parte, el proceso de acumulación es aquel que de una forma organizada recoge, agrupa y clasifica los costes relacionados con el proceso productivo con el fin de proporcionar información relevante para el objetivo perseguido.

En los sistemas de costes se distinguen, por lo general, las siguientes fases:

1º *Determinación y clasificación de los costes* de los factores adquiridos: Los costes pueden ser medidos y clasificados atendiendo a distintos criterios; algunos de los criterios que se utilizan con más frecuencia son los que se detallan a continuación.

a) Según la naturaleza de costes: a) Costes de materiales, b) Costes de personal, c) Costes de suministros, d) Costes de amortización, etc.

b) Según la función a la que pertenecen: a) Costes de producción, b) Costes de administración, c) Costes de investigación, etc.

c) Según su relación con el objeto a ser valorado: a) Costes directos, b) Costes indirectos.

d) Según su variación con el volumen de actividad: a) Costes variables, b) Costes fijos, c) Costes semifijos, d) Costes semivariables.

2º *Determinación y análisis de los costes incurridos en los centros donde se realizan las distintas actividades efectuadas en la empresa:* En cada uno de sus puestos de trabajo, fases, secciones, servicios, departamentos, divisiones, etc., ya sea de forma individual o conjunta para cada una de las funciones asumidas para la realización de la actividad económica de la empresa.

3º *Determinación y análisis del coste de los productos o de los servicios realizados:* Se obtiene como consecuencia de la imputación de los costes de las secciones o centros a los productos o servicios finales.

Los tres análisis anteriores referidos a factores productivos, lugares de costes, y producción obtenida, han de realizarse para poder obtener la información demandada por los usuarios de la contabilidad; por tanto, dichos análisis habrán de ser adecuados al tipo de información requerida para las decisiones que éstos hayan de adoptar.

Por tanto, el diseño del ciclo contable de la contabilidad de costes no puede ser independiente de los objetivos de información que quieran alcanzarse por la empresa, esto es, de la información demandada por los usuarios internos y externos de la contabilidad.

En función del objetivo perseguido, dentro del ámbito de la contabilidad de costes, se deberá elaborar o procesar la información de manera adecuada. El método para asignar los costes a los productos de una manera sistemática debe realizarse de acuerdo con los objetivos asignados. Estos objetivos pueden fundamentalmente ser tres:

a) Valoración de los productos de cara a ayudar a la contabilidad financiera o externa a determinar el resultado contable.

b) Proporcionar datos que puedan servir de soporte para la adopción de decisiones.

c) Proporcionar información para la valoración de la actuación de las unidades organizacionales, y para la planificación de las actividades futuras de la empresa.

Por lo general, no existirán unos costes únicos de los productos que proporcionen información para las tres finalidades a la vez, por lo que habrá que efectuar una flexibilización del sistema, que puede provocar, incluso alguna duplicidad, para adaptarlo a cada uno de estos propósitos. En concreto, se suele afirmar que los datos necesarios para tomar decisiones dependen de cada tipo de decisión, mientras que los datos necesarios para valorar las existencias deben ser unos datos generales que no es concebible que puedan depender de situaciones concretas.

Se puede afirmar, en resumen, que los sistemas de costes satisfacen fundamentalmente dos propósitos: El primero está relacionado con la planificación y el control, el cual se materializa en uno de los objetivos de coste como son los centros, esto es, unidades organizativas en donde se acumulan los costes por centros de responsabilidad, lo que permite valorar la contribución que cada uno de ellos realiza a la consecución de los objetivos globales de la empresa.

El segundo propósito está relacionado con el cálculo de costes de los productos y se materializa en el objetivo de las unidades del producto, que permite valorar existencias y calcular resultados.

Nos encontramos, pues, con que no existe un único sistema, sino que existe una gran variedad de sistemas de costes, que se diferencia en algunas de las prácticas que se han ido incorporando a lo largo del tiempo. En cada uno de ellos hay que tomar una decisión contable que, según los casos, puede implicar una gran diferencia en el resultado final.

La elección del sistema de costes debe llevarse a cabo en función de las características de la organización y de las necesidades de la información. Entre los diversos factores que influyen en este proceso de selección cabría destacar, en el momento de su implantación, los siguientes:

a) El tipo de empresa u organización y las características del proceso de producción.

b) Las necesidades informativas de la dirección en la adopción de decisiones.

c) Las características de la estrategia, la estructura organizativa y de la estructura de control de los diferentes centros de responsabilidad.

d) El sistema de contabilidad y las necesidades de los usuarios de dichos sistemas.

e) La disponibilidad efectiva de información por parte de las diferentes áreas de la empresa.

g) Los costes y beneficios que reportan los distintos sistemas de contabilidad de costes.

Con carácter general se pueden llegar a identificar tres parámetros esenciales al proceder a la selección de un sistema de costes como son:

a) Características del proceso productivo, esto es, forma en la que se lleva a cabo o se desarrolla el flujo del proceso de producción.

b) Momento en el que se ha de llevar a cabo el proceso de cálculo.

c) Proporción de los costes totales que se van a imputar al producto.

Sin ánimo de hacer en este trabajo una descripción o análisis exhaustivo de los diversos sistemas de costes existentes, vamos a hacer referencia al menos a uno de los sistemas de costes más recientes y que se vienen desarrollando e implantando de forma creciente en estos últimos años en las empresas y en otro tipo de organizaciones. Nos referimos al *Sistema de gestión y de costes basado en las actividades*.

EL SISTEMA DE GESTIÓN Y DE COSTES BASADO EN LAS ACTIVIDADES (SISTEMA ABC/ABM)

El sistema ABC/ABM es un sistema tanto de gestión de las actividades de una empresa u organización (ABM: Activity-Based-Management), como de cálculo de los costes de dicha organización (ABC: Activity-Based-Costing)[1].

A) *El Activity-Based-Management* (ABM)

En cuanto a la *gestión* de las actividades, el sistema se basa en el principio de que las actividades son realmente la causa que determina la incurrencia en los costes, y no los centros o departamentos, ni tan siquiera los productos. De esto forma, la gestión de los costes podrá ser acometida de forma más exitosa, a través de una buena gestión de las propias actividades.

En este sentido el sistema ABM trata de detectar y eliminar las actividades que no añaden valor a los productos o servicios, esto es, actividades *superfluas*, que consumen recursos y no ofrecen valor añadido para el usuario, de tal forma que se trata de establecer una relación de causalidad directa entre los costes y las actividad.

Algunas notas o características, por tanto, del sistema ABM son las siguientes:

A) Se gestionan las realizaciones, esto es, lo que se hace, más que lo que se gasta; ello significa, en definitiva, el control de las actividades antes que de los costes.

B) Se deben analizar las actividades como partes integrantes de un *proceso* más amplio, y no de forma aislada.

C) Se tiende a simplificar o eliminar aquellas actividades que no añaden valor a la organización, en lugar de mejorar lo que es realmente suprimible.

D) Es necesario buscar el respaldo y el consenso de aquellos directamente implicados en la ejecución de las actividades, ya que son quienes realmente encuentran posibilidades de mejora en las actividades que realizan habitualmente.

E) Se debe mantener un objetivo de mejora permanente en el acometimiento de las actividades dentro de la organización.

Concretando algo más algunos conceptos básicos, el concepto *actividad* se puede definir como un conjunto de tareas que generan costes y que están orientadas a aumentar el valor añadido de la organización. Ejemplos de actividades, a un nivel amplio de consideración (*macroactividades*), pueden ser: A) compras a proveedores. B) pruebas de laboratorio. C) diagnóstico por imagen. D) quirófanos E) urgencias. F) asistencia ambulatoria.

No obstante, se pueden identificar y catalogar otras actividades mucho más concretas (*mesoactividades* o *microactividades*) en todas o en algunas de las áreas de la empresa u organización, dependiendo ello de la naturaleza y objetivos de la implantación del sistema. Para identificar las distintas actividades será necesario un buen conocimiento del centro asistencial, sus características así como los diversos procesos que en el mismo se realizan. Si se seleccionan demasiadas actividades se puede complicar y encarecer el cálculo de los costes. Por el contrario, si el número de actividades es reducido se limitan las posibilidades de análisis. Se debe buscar un equilibrio que permita conocer y reducir los costes, eliminando actividades con poco valor añadido o rediseñando las mismas.

En todo caso, para poder disponer de una visión integral del conjunto de las actividades del centro sanitario será necesario elaborar un *mapa* o catálogo de actividades, que posibilitará a la gerencia apreciar directa y rápidamente la cantidad y el coste de las actividades necesarias para procesar o para realizar cada proceso y cada servicio.

Cabe señalar, finalmente, que las *medidas de ejecución* en torno a las actividades pueden constituir un pilar importante en el proceso de gestión y racionalización de dichas actividades, así como de los *procesos* en los centros sanitarios, suministrando una serie de *indicadores* relacionados con las mejoras, y unas vías que permiten cuantificar el impacto que puede ocasionar la incorporación de determinados cambios.

B) *El Activity-Based-Costing* (ABC)

En lo que se refiere al cálculo de los costes, esto es al sistema ABC., cabe señalar que el mismo permite la determinación del coste de los *outputs* sanitarios a través de un proceso que consta de diferentes etapas[2]:

1) En una primera etapa, los costes considerados directos se pueden imputar directamente a los servicios. Por otro lado, los costes indirectos se reparten por centros de responsabilidad, en los cuales se distinguen y se realizan las distintas actividades.

2) En una segunda etapa, se realiza la reagrupación de los costes en función de actividades homogéneas. Es a este nivel, y conociendo la estimación del coste de actividades, en el que el responsable encontrará la mayor parte de la información que precisa para poder gestionar adecuadamente.

3) En una tercera etapa, se realiza la asignación de los costes de las actividades homogéneas, mediante los inductores de costes o *cost-drivers*, a los *outputs* finales o producción de servicios realizados a los usuarios o pacientes.

Cabe señalar que los denominados *cost-drivers* o inductores de costes, esto es, las unidades de imputación de los costes de cada una de las actividades, no han de estar necesariamente relacionados con el volumen de producción final, o de estancias médicas, sino que, puede ser más interesante analizar el comportamiento de la actividad y de los costes que recaen sobre ella, en base, por ejemplo, al número de veces que se realiza una actividad.

Ejemplos de *inductores* de costes para determinadas actividades pueden ser:

Actividades	Inductores de costes
A) Compras a proveedores	Número de pedidos realizados
B) Pruebas de laboratorio	Número de pruebas
C) Diagnóstico por imagen	Número de exploraciones
D) Quirófanos	Minutos de uso
E) Urgencias	Número de urgencias atendidas
F) Asistencia ambulatoria	Número de consultas realizadas

El sistema de costes ABC permite así enfocar la gestión en base a las actividades realizadas en los distintos centros intermedios, eliminando en su mayor parte la necesidad de cascada o reparto de costes entre centros a distintos niveles.

El sistema ABC viene a facilitar, por otra parte, un cálculo más preciso de los costes, lo que contribuye a reducir los costes indirectos. También permite identificar servicios o centros de responsabilidad no rentables o ineficientes, al poder relacionar fácilmente los costes con sus causas reales, y los *outputs* obtenidos con los mismos, siendo de gran ayuda en la toma de decisiones estratégicas.

LA IMPUTACIÓN DE COSTES A LOS PRODUCTOS O SERVICIOS SANITARIOS

Una cuestión importante es lo que se entiende como producción final en el ámbito de los centros sanitarios. Parece claro, en primer lugar, que el destinatario o usuario final de esos servicios sanitarios finales es el paciente. La cuestión es cómo se mide esa producción sanitaria que recibe. Uno de los procedimientos convencionales, o también llamados *basados en el volumen*, es medirla en días de estancia del paciente. Sin embargo no es un procedimiento demasiado riguroso desde el punto de vista científico, y es contrario totalmente a la filosofía del ABM.

Otra posibilidad más rigurosa y *purista*, sería convertir al propio paciente, o más bien, a los servicios recibidos por cada paciente en concreto, como objetivo final de coste; ello sería en principio lo más estricto, sin embargo, obligaría a llevar un seguimiento contable completamente individualizado para cada persona, lo cual si se desease hacer con el mínimo detalle, resultaría demasiado complejo y caro.

Una forma razonable (si se realiza adecuadamente) y convenientemente simplificadora es medir la producción sanitaria en unidades de GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico). Dichos GRD recogen, en base a experiencias empíricas muy amplias en el espacio y en el tiempo, un muy amplio elenco (más de 600) de patologías y tipos similares de pacientes, lo cual puede originar una gama muy amplia de productos realizados por un centro hospitalario, y fundamentalmente *homogénea* en cuanto al consumo de recursos por pacientes similares, y sostenible razonablemente en el tiempo. Ello permite, por una parte, aprovechar las ventajas de análisis de realizaciones y la comparabilidad que presenta el sistema ABM, e igualmente permite aprovechar el potencial metodológico y rigurosidad contable del sistema de costes ABC.

Otra forma de medir la producción hospitalaria, también compatible con la filosofía ABC/ABM es la utilización de las URV, esto es, las Unidades Relativas de Valor, que presentan conceptualmente bastantes similitudes, a efectos de la imputación de costes, con el sistema antes citado de los GRD.

Se trata de establecer unas relaciones o proporciones, en cuanto al consumo de recursos, entre los distintos *outputs* o productos realizados por un determinado centro, departamento, o servicio. Se basan en apreciaciones técnicas y estadísticas que permiten taxanomizar la distribución de los *inputs* consumidos (cuantificados a través de los costes) entre los distintos *outputs*.

En el caso del sistemas ABC/ABM, la compatibilidad o integración radicaría en hacer llegar los costes acumulados por cada una de las actividades previamente delimitadas a cada uno de los productos o servicios a través de la serie de ponderaciones correspondientes a las URV previamente definidas, en lugar de utilizar puntual y específicamente el *cost-driver* concreto de cada una de las actividades.

DELIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Dentro de los Servicios de Admisión y Documentación clínica, vamos a señalar, simplemente a modo de ejemplo, en función de la metodología anteriormente descrita del sistema ABC/ABM, y siguiendo el correspondiente Catálogo de Productos, una serie de actividades[3], señalando para cada una la correspondiente unidad de actividad o *cost-driver*. De esta forma, podemos distinguir las siguientes actividades:

Actividad 1: *Solicitud de ingreso*

Descripción de la actividad: Registro de pacientes en espera de ingreso.

Tareas que integran la actividad:

a) Inclusión en lista de espera: Captura y registro de datos de pacientes y motivos de asistencia.

b) Mantenimiento: Actualización a tiempo real de los datos y solicitudes registradas.

c) Difusión: Comunicación periódica a cada uno de los Servicios de las solicitudes de asistencia que se encuentra en espera.

Cost-driver: Nº de apuntes realizados.

Actividad 2: *Programación de ingresos*

Descripción de la actividad: Autorización, confirmación y difusión de la programación de ingresos.

Tareas que integran la actividad:

a) Elaboración de la programación prevista de ingresos: Asignación de fecha prevista para el ingreso solicitado.

b) Confirmación de la programación prevista: Reserva de cama para los ingresos programados que finalmente se van a producir en la fecha determinada.

c) Difusión de la programación de ingresos: Comunicación a los Servicios y/o Unidades de enfermería de los ingresos programados y la cama asignada con anterioridad a la llegada del paciente.

d) Aviso previo al paciente.

Cost-driver: Nº de apuntes realizados en el registro de ingresos, relativo a ingresos programados.

Actividad 3: *Gestión de camas*

Descripción de la actividad: Autorización y asignación de camas en el área de hospitalización.

Tareas que integran la actividad:

a) Asignación de camas: Se distribuyen las camas de hospitalización para la totalidad de las solicitudes de ingreso.

b) Control de traslados y/o aislamientos: Se conocen y autorizan los movimientos intrahospitalarios y aislamientos de los pacientes hospitalizados.

c) Mantenimiento del censo de camas: Actualización permanente de la situación física y funcional de la totalidad de las camas instaladas y/o en funcionamiento.

Cost-driver: Número de apuntes realizados.

Actividad 4: *Registro de episodio de hospitalización*

Descripción de la actividad: Se capturan, registran y mantienen los datos básicos de los pacientes y episodios de hospitalización.

Tareas que integran la actividad:

a) Registro de datos al ingreso: Captación y registro inmediato de los datos del paciente y apertura del episodio.

b) Cierre de episodio: Captura y registro inmediato de los datos del alta del paciente.

Cost-driver: Número de episodios.

Actividad 5: *Demanda quirúrgica*

Descripción de la actividad: Registro de los pacientes en espera de intervención quirúrgica.

Tareas que integran la actividad:

a) Inclusión de casos nuevos: Captación y registro de datos del paciente y solicitud de asistencia quirúrgica.

b) Mantenimiento: Actualización a tiempo real de los datos y solicitudes registrados.

c) Difusión: Comunicación a cada uno de los servicios, de los pacientes y naturaleza de las solicitudes de asistencias que se encuentran en espera.

Cost-driver: Número de registros realizados.

Actividad 6: *Programación quirúrgica*

Descripción de la actividad: Preparación, verificación, confirmación y difusión de la programación quirúrgica prevista.

Tareas que integran la actividad:

a) Cumplimentación de la programación quirúrgica prevista: Registro de la programación quirúrgica prevista.

b) Difusión de la programación quirúrgica prevista: comunicación a los Servicios y Unidades del hospital de la actividad quirúrgica prevista.

c) Estudios preoperatorios: Elección, citación y supervisión de estudios preoperatorios ambulantes para cirugía en pacientes provenientes de lista de espera.

Cost-driver: Número de pacientes incluidos en parte.

Actividad 7: *Registro de intervenciones*

Descripción de la actividad: Captura, mantenimiento y difusión de los datos básicos de los pacientes y los procedimientos quirúrgicos que se les ha realizado.

Tareas que integran la actividad:

a) Registro de intervenciones: Captura y registro de los datos principales de la totalidad de intervenciones quirúrgicas realizadas.

b) Difusión del parte quirúrgico realizado.

Cost-driver: Número de registros realizados.

Actividad 8: *Registro de pacientes y asistencia de urgencias*

Descripción de la actividad: Captura de datos básicos mínimos para el conocimiento de la asistencia prestada en el Area de Urgencias.

Tareas que integran la actividad:

a) Registro de entrada: Captura de datos del paciente y solicitud de asistencia

b) Documentación para la asistencia: Elaboración y emisión de aquellos documentos que se generan en relación con la asistencia.

c) Registro de salida: Captura de datos derivados de la asistencia prestada y destino del paciente al alta del área de urgencias.

Cost-driver: Número de registros realizados.

Actividad 9: *Gestión de traslados*

Descripción de la actividad: Programación con otros centros sanitarios la asistencia solicitada.

Tareas que integran la actividad:

a) Recepción de solicitudes de asistencia: Captura y registro de los datos del paciente y solicitud de asistencia.

b) Programación de la asistencia: Autorización, confirmación y difusión de la fecha y procedimiento para la ejecución de la asistencia solicitada.

Cost-driver: Número de pacientes trasladados.

Actividad 10: *Gestión de la documentación clínica*

Descripción de la actividad: Planificación, coordinación y supervisión de las tareas administrativas de soporte para la asistencia, relacionadas con la documentación clínica.

Tareas que integran la actividad:

a) Informes clínicos: Transcripción y difusión.

b) Mantenimiento de la historia clínica en préstamo: Inclusión y ordenación de los documentos de la historia clínica.

c) Custodia y conservación de la historia clínica en préstamo.

Cost-driver: Número de registros en el ficheros de movimientos.

Actividad 11: *Gestión del proceso de admisión*

Descripción de la actividad: Planificación, coordinación y supervisión de las tareas administrativas de soporte para la asistencia relacionadas con admisión.

Tareas que integran la actividad:

a) Mantenimiento de registros: Se capturan y/o actualizan datos del paciente y del episodio asistencial.

b) Tareas periféricas delegadas de Admisión para la gestión de pacientes.

Cost-driver: Número de registros en el ficheros de movimientos.

Actividad 12: *Gestión del archivo de historias clínicas*

Descripción de la actividad: Se autorizan y ejecutan los movimientos y prestamos de las historias clínicas, y se mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad.

Tareas que integran la actividad:

a) Préstamo de historias clínicas: Se autorizan y ejecutan las solicitudes de préstamo de las historias clínicas.

b) Devolución de historias clínicas: Se recepcionan, registran y archivan las historias clínicas devueltas procedentes de un préstamo previo.

c) Control de movimientos y prestamos: Registro y mantenimiento actualizada de la localización de las historias clínicas.

d) Mantenimiento de documentación clínica pasiva: Se identifica, clasifica y trata aquella documentación clínica de menor probabilidad de uso asistencial posterior.

Cost-driver: Número de registros en el fichero de movimientos.

Actividad 13: *Gestión del conjunto mínimo básico de datos*

Descripción de la actividad: Se codifican, elaboran, validan y difunden los datos contenidos en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

Tareas que integran la actividad:

a) Selección de casos: Identificación y preparación de aquellas historias clínicas recepcionadas en el archivo que contienen episodios de ingreso de Servicio y/o Hospital pendientes de codificar.

b) Codificación: Codificación de los diagnósticos, intervenciones y principales procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos generados durante el episodio de ingreso.

c) Registro: Captura y cumplimentación informática de los datos del CMBD.

d) Control de calidad : Verifica y valida el proceso de codificación y registro del CMBD.

e) Difusión: Recuperación y distribución de la información clínica derivada del CMBD.

Cost-driver: Número de episodios codificados.

Actividad 14: *Gestión de la historia clínica*

Descripción de la actividad: Se autoriza, planifica y ejecuta la creación, conservación y mantenimiento de la historia clínica.

Tareas que integran la actividad:

a) Custodia: Supervisión y ejecución de las normas que regulan el acceso y disponibilidad de la historia clínica y la información en ella contenida.

b) Información clínica a terceros: Recuperación, elaboración y difusión de la información clínica solicitada retrospectivamente por personas o entidades ajenas al hospital.

c) Apertura de historia clínica.

d) Control de documentos de la historia clínica: Se conocen, informan, diseñan y evalúan los modelos de documentos empleados en la asistencia al paciente.

Cost-driver: Número de historias clínicas gestionadas.

Actividad 15: *Tutoría de pacientes*

Descripción de la actividad: Se tutoriza la resolución de los problemas y necesidades de los pacientes surgidos como consecuencia del contacto asistencial con el hospital.

Tareas que integran la actividad:

a) Recepción y acompañamiento de pacientes.

b) Información sobre cartera de servicios y prestaciones.

c) Recepción e informe de solución de sugerencias y reclamaciones.

d) Asesoría asistencial al paciente sobre procedimiento de acceso y circulación para prestaciones del sistema sanitario.

Cost-driver: Número de pacientes tutorizados.

Actividad 16: *Elaboración de información*

Descripción de la actividad: Se proporcionan datos adecuados sobre la localización y situación de pacientes, así como sobre el directorio del hospital.

Cost-driver: Número de salidas de informes realizados.

Actividad 17: *Asistencia Social*

Descripción de la actividad: Se informan y coordinan las necesidades socio-sanitarias del paciente.

Tareas que integran la actividad:

a) Historia social del paciente.

b) Asesoría socio-sanitaria.

c) Coordinación con otros servicios y entidades de apoyo socio-sanitario.

d) Elaboración de planes de alta de hospitalización.

Cost-driver: Número de pacientes asistidos.

Actividad 18: *Cuadro de mando de gestión*

Descripción de la actividad: Se capturan, registran, elaboran, validan, y difunden los datos e indicadores que componen el cuadro de mando para el control de gestión del hospital y de cada una de sus unidades de producción.

Tareas que integran la actividad:

a) Definición y codificación de los datos, así como identificación de las fuentes y canales de transmisión.

b) Captación, registro y validación de los datos necesarios para cada paciente, episodio, unidad asistencial y producto final.

c) Elaboración, análisis y difusión de los resultados obtenidos.

Cost-driver: Combinación de varios indicadores de actividad.

Actividad 19: *Informes de actividad y/o casuística*

Descripción de la actividad: Se diseñan, proponen y elaboran informes descriptivos y/o comparativos, de situación y/o previsión sobre actividad o casuística atendida en el hospital y en cualquiera de sus unidades de producción final.

Tareas que integran la actividad:

a) Diseño de informe: Elección de datos, indicadores y estándares de comparación.

b) Elaboración y análisis de la consistencia de los resultados.

c) Difusión y presentación.

Cost-driver: Combinación de varios indicadores de actividad.

Actividad 20: *Control y evaluación del sistema de información asistencial*

Descripción de la actividad: Diseño, análisis y supervisión del sistema de información asistencial del hospital.

Tareas que integran la actividad:

a) Se definen los elementos (fuente, código, canal, mensaje, usuario y retroalimentación) que constituyen el sistema.

b) Se definen los módulos de datos que componen el sistema y sus factores de relación.

c) Se establecen estudios de evaluación sobre las características de fiabilidad, veracidad, precisión, oportunidad y exahustividad de los módulos de datos del sistema.

Cost-driver: Combinación de varios indicadores de actividad.

El anterior *inventario* o relación de actividades, con el contenido y la correspondiente unidad de imputación o *cost-driver* para cada una, no constituye sino una mera propuesta de partida para su discusión o debate.

Resulta evidente la utilidad de cuantificar los costes de cada una de estas actividades, en función del personal y demás recursos adscritos y consumidos por cada una de ellas, así como la definición y utilización de una unidad de imputación de dichos costes hacia el *output* o producto realizado por cada una de ellas.

En todo caso, y según lo comentado anteriormente, esta imputación se podría hacer, bien siguiendo la ortodoxia estricta del ABC, esto es, a través del *cost-driver* de cada actividad, o bien, combinándolo conceptualmente con el sistema de URV, en base a los pesos preestablecidos al respecto.

El cálculo de estos costes podrá servir, en cualquier caso, por una parte, como herramienta para calcular los *precios de transferencia* de cada una de dichas actividades, a efectos de facturación interna, y para poder realizar estudios comparativos, e incluso estudios de cara a la posible subcontratación o externalización real o virtual de determinados servicios, o también para considerar incluso la posible exportación de los mismos a otros centros, según los supuestos.

Por otra parte, los costes anteriormente calculados supondrán una aportación importante de cara a una elaboración eficaz y rigurosa de los Presupuestos corrientes (ingresos y gastos) del correspondiente centro sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castello E, Lizcano J. *El Sistema de gestión y de costes basado en las actividades*. Instituto de Estudios Económicos. Madrid, 1994.
2. Documento nº 14 de la Comisión de Principios de Contabilidad de Gestión de AECA: *La Contabilidad de Gestión en los centros sanitarios*. Ediciones AECA. Madrid, 1996.
3. López O. El servicio de Admisión y Documentación Clínica. En: López O. (editor) *La Gestión de pacientes en el hospital*. Madrid: Olalla S.L., 1997.

3 LA MEDIDA DE LOS PRODUCTOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Ponente: Javier Grandal Amor
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Santos. Ferrol

EL CATÁLOGO DE PRODUCTOS

Es una herramienta básica de gestión encaminada a definir y cuantificar la actividad desarrollada en un centro hospitalario. Permite saber en qué se gasta y con qué resultados, y permite también alcanzar a las unidades hospitalarias un nuevo objetivo, el de tipo económico.

Esta herramienta permitirá a las unidades hospitalarias actuar como empresas y, por lo tanto, como contratista de otros hospitales que externalicen el SADC. Concretamente nuestro Complejo Hospitalario, formado por tres centros, tiene un único SADC.

La empresa es una unidad económica de producción que combina los factores productivos y los transforma en productos o servicios.

Si utilizamos el concepto "empresa" estamos implícitamente utilizando, entre otros, los siguientes términos:

- Mercado
- Cuenta de resultados o de pérdidas y ganancias
- Eficiencia/análisis de costes
- Dirección por objetivos
- Contratos de venta de productos/servicios
- Presupuesto de ingresos y gastos, etc.

Estos términos se corresponden realmente con posibles utilidades del catálogo de productos. En esta exposición analizaremos los dos últimos.

UTILIDADES

a) Elaboración de un contrato con el Hospital de actividad/servicios a vender

Dado que los elementos básicos que se concretarán en el contrato que se firme con la Gerencia, serán: el volumen global de actividad que el servicio venderá al Hospital y su financiación, para la elaboración del contrato es preciso definir ambos elementos

a.1) Determinación del volumen global de actividad a contratar por el SADC

Partiendo del catálogo de productos del SADC y de la *actividad objetivo* de nuestro Centro para 1998, se puede valorar la actividad, (medida en URV y determinada por la suma del número de veces que se realizaría cada actividad, por el valor en URV de la misma), que la cumplimentación de los objetivos del Centro implicará realizar al SADC en ese ejercicio (ver Tabla 1).

Tabla 1
Actividad objetivo del SADC para el año 1998

PRODUCTOS	OBJETIVO CUANTIF.	CATÁLOGO DE PRODUCTOS	URV	TOTAL URV
Estimación en función del histórico y del porcentaje de incremento de actividad objetivo	55.000	14. INFORMACIÓN	1,5	82.500
Intervenciones programadas	5.500	5. PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	1,4	7.700
Porcentaje de codificación de altas y número de altas objetivo	13.500	13. EPISODIOS CODIFICADOS	1,4	18.900
Ingresos programados objetivo	4.000	2. PROGRAMACIÓN DE INGRESOS	1,0	4.000
Totalidad de citas dadas	350.000	7. SOLICITUD DE CITAS	0,9	315.000
Actividad programada ambulatoria, actividad no programada ambulatoria, ingresos programados objetivo, ingresos urgentes objetivo, urgencias no ingresadas objetivo y estimación de historias clínicas solicitadas para otros fines	375.000	11. MOVIMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS	0,9	337.500
Total de ingresos, traslados internos y altas	30.000	3. GESTIÓN DE CAMAS	0,8	4.000
Estimación del número de historias clínicas que pasan a pasivo en 1998	7.000	10. TRATAMIENTO DE PASIVOS	0,4	2.800
Traslados a otros centros	9.500	8. SOLICITUD ASISTENCIA A OTROS CENTROS	0,4	3.800
Ingresos programados objetivo e ingresos urgentes objetivo	16.000	1. SOLICITUD DE INGRESOS	0,3	4.800
Solicitud lista espera quirúrgica	7.500	4. SOLICITUD DEMANDA QUIRÚRGICA	0,3	2.250
Estimación en función del histórico y del porcentaje de incremento de actividad	100	12. SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA A TERCEROS	0,3	30
Urgencia prevista	50.000	9. URGENCIAS REGISTRADAS	0,3	15.000
Registro de toda la actividad	7.000	6. REGISTRO DE INTERVENCIONES REALIZADAS	0,2	1.400
TOTAL				**819.680**

Fuente: Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Santos. Ferrol

Conocida la actividad que el Hospital demandará al SADC, corresponde a éste determinar si le es posible realizarla, lo que puede hacer comparando la actividad realizada en 1997 y la que le demandan.

En la tabla 2, se refleja la actividad, medida en URV, realizada por el SADC en nuestro Centro, en el año 1997.

Tabla 2
Actividad real del SADC en 1997

	Catálogo	URV	Actividad 1997	Total URV
14	Información (1)	1,5	51.100	76.650,0
5	Programación quirúrgica	1,4	5.752	8.052,8
13	Episodio codificado	1,4	13.506	18.908,4
2	Programación de ingresos	1,0	3.970	3.970,0
7	Solicitud de cita	0,9	367.958	331.162,2
11	Movimiento de historia clínica	0,9	373.617	336.255,3
3	Gestión de camas	0,8	28.621	22.896,8
8	Solicitud de asistencia a otros centros	0,4	9.404	3.761,6
10	Tratamiento de pasivos (1)	0,4	6.864	2.745,6
1	Solicitud de ingreso	0,3	16.123	4.836,9
4	Solicitud de demanda quirúrgica	0,3	7.350	2.205,0
9	Urgencia registrada	0,3	52.486	15.745,8
12	Solicitud de información clínica a terceros	0,3	86	25,8
6	Registro de intervenciones realizadas	0,2	6.943	1.388,6
	TOTAL			**828.604,8**

(1) Valores estimados por el Servicio, por carecer de ficheros de registro.

Fuente: Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Santos. Ferrol

En la Tabla 3 se presenta la comparación

Tabla 3

	Catálogo	Activ. 1998	Activ. 1997	Variación
14	Información (1)	55.000	51.100	3.900
5	Programación quirúrgica	5.500	5.752	-252
13	Episodio codificado	13.500	13.506	-6
2	Programación de ingresos	4.000	3.970	30
7	Solicitud de cita	350.000	367.958	-17.958
11	Movimiento de historia clínica	375.000	373.617	1.383
3	Gestión de camas	30.000	28.621	1.379
8	Solicitud de asistencia a otros centros	9.500	9.404	96
10	Tratamiento de pasivos (1)	7.000	6.864	136
1	Solicitud de ingreso	16.000	16.123	-123
4	Solicitud de demanda quirúrgica	7.500	7.350	150
9	Urgencia registrada	50.000	52.486	-2.486
12	Solicitud de información clínica a terceros	100	86	14
6	Registro de intervenciones realizadas	7.000	6.943	57
	TOTAL	**930.100**	**943.780**	**-13.680**

Fuente: Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Santos. Ferrol

La diferencia de -13.680, que representa el 1,44%, pone de manifiesto la capacidad del servicio para hacer frente a la demanda solicitada, y por tanto, tomar la decisión de suscribir el contrato en lo concerniente al elemento actividad.

a. 2) Determinación de la financiación precisa para lograr la actividad objetivo

Una vez determinado el volumen de actividad que se contratará por el SADC, es preciso determinar el coste que para el Servicio representará su ejecución.

Ello lo conseguiremos calculando el coste de la URV del SADC y aplicando su valor actualizado a la actividad objetivo.

Conocidas, la producción y el coste del SADC, podremos determinar el coste de la URV

$$\text{COSTE DE URV} = \frac{\text{COSTE SADC}}{\Sigma\ \text{URV PRODUCIDAS}}$$

El coste total del SADC de nuestro Centro es el reflejado en la Tabla 4

Tabla 4
Coste del SADC 1997

CONCEPTO	GFHs DCL	GFHs ADM	SERVICIO ADC	SERVICIO %
PERSONAL	34.189	44.316	78.505	76,81
SUMINISTROS	1.186	2.848	4.034	3,95
MANTENIMIENTO	1.885	1.739	3.624	3,55
OTROS GASTOS - CAJA	1.545	514	2.059	2,01
AMORTIZACIONES	2.249	2.617	4.866	4,76
COSTES PROPIOS	**41.054**	**52.034**	**93.088**	**91,08**
COSTES ESTRUCTURALES	6.185	2.931	9.116	8,92
COSTE TOTAL	**47.239**	**54.966**	**102.204**	**100**

Fuente: Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Santos. Ferrol

La actividad real del SADC es la que se ha reflejado en la tabla 2.

Por tanto, el coste de la URV será el siguiente:

$$\text{COSTE DE URV} = \frac{102.204.000}{828.604,8} = 123,34 \text{ pts.}$$

Teniendo en cuenta que el incremento del presupuesto para el ejercicio 1998 fue del 1'6 por ciento, supondremos que el coste de la U.R.V. del SADC sufrirá ese incremento. El valor actualizado será, por tanto: (Ver Tabla)

Coste actualizado URV (1998) = 123'34 x 1'6% = 125'31 ptas.

El coste total de la producción objetivo, viene determinado por la suma de su valor en URV por el valor actualizado de la URV (ver tabla 5).

Tabla 5

CATÁLOGO DE PRODUCTOS	URV OBJETIVO	COSTE ACTIVIDAD 1998
14. INFORMACIÓN	82.500	10.338.075
5. PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA	7.700	964.887
13. EPISODIOS CODIFICADOS	18.900	2.368.359
2. PROGRAMACIÓN DE INGRESOS	4.000	501.240
7. SOLICITUD DE CITAS	315.000	39.472.650
11. MOVIMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS	337.500	42.292.125
3. GESTIÓN DE CAMAS	4.000	501.240
10. TRATAMIENTO DE PASIVOS	2.800	350.868
8. SOLICITUD ASISTENCIA A OTROS CENTROS	3.800	476.178
1. SOLICITUD DE INGRESOS	4.800	601.488
4. SOLICITUD DEMANDA QUIRÚRGICA	2.250	281.948
12. SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA A TERCEROS	30	3.759
9. URGENCIAS REGISTRADAS	15.000	1.879.650
6. REGISTRO DE INTERVENCIONES REALIZADAS	1.400	175.434
TOTAL FINANCIACIÓN AÑO 1998	819.680	102.714.101

Fuente: Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Santos, Ferrol

La financiación precisa coincidirá con el coste total de producción anteriormente calculado: 102.714.101 ptas.

b) Elaboración del presupuesto de ingresos y gastos del ejercicio 1998

Tras la firma del contrato de actividad-financiación, es preciso elaborar el presupuesto de ingresos y gastos del ejercicio, con el objeto de hacer su seguimiento y en caso de producirse desviaciones corregirlas.

Por ser el SADC una empresa sin ánimo de lucro, el presupuesto de ingresos y el de gastos coincidirá inicialmente con la cifra pactada como financiación.

Por lo tanto, su importe será 102.714.101 ptas.

En todo caso, si la cifra de ingresos fuese distinta a la de gastos, ello nos indicaría la eficiencia o no eficiencia del SADC.

PREMIO PAPELES MEDICOS

La Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) *convoca el Premio* Papeles Médicos *como reconocimiento y estímulo a la labor científica y de investigación desarrollada en las páginas de la revista sobre temas relacionados con su ámbito de actuación.*

BASES PARA OPTAR AL PREMIO:

1 Podrán concurrir todos los autores que publiquen sus trabajos en *Papeles Médicos. Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica*, a excepción de aquéllos en los que hayan participado algún miembro del Jurado.

2 Los trabajos que opten al premio deberán reunir las siguientes condiciones:

a) Ser un trabajo original sobre *Documentación Médica* o algún área o tema de especial interés para el médico documentalista.

b) Haber sido desarrollado en España.

c) No haber sido publicado total o parcialmente en otra publicación.

d) Ajustarse a las normas para la presentación de originales a *Papeles Médicos*.

3 El jurado del Premio estará constituido por el director de *Papeles Médicos*, los miembros del comité científico de la revista y dos profesionales propuestos por la *Junta directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica*.

4 Las decisiones del Jurado se basarán en criterios de objetividad e independencia, y se considerará inapelable.

5 El premio podrá declararse desierto en caso de que el Jurado considere que ningún trabajo publicado tenga suficiente nivel científico o técnico.

6 La dotación económica será :

Un Premio de 75.000 pesetas
Un Accésit de 25.000 pesetas.

NORMAS DE PUBLICACION

Papeles Médicos publicará tres números al año, con editoriales, revisiones de actualidad, artículos originales, comunicaciones breves, páginas de autoevaluación, críticas de libros, sección bibliográfica y sección de noticias. Todos los artículos deberán ser inéditos y no estar sometidos a examen por otra publicación.

Trabajos originales: Se aceptará cualquier tema de interés en documentación médica en todas sus vertientes: documentación clínica, documentación científico-médica, admisión y sistemas de información. Se recomienda ser breves y concisos

Comunicaciones breves: Pueden incluir notas previas sobre experiencias, metodología, etc. con propuestas validadas que aporten alguna novedad. Se recomienda no sobrepasar las 500 palabras de texto, unas 10 citas bibliográficas y un máximo de tres figuras o tablas.

Cartas al director: Pueden incluirse breves noticias, novedades, hipótesis, metodología, comentarios o críticas. No se acompañarán de resumen. En caso necesario pueden acompañarse de una ilustración o figura y hasta 5 citas bibliográficas. Su extensión máxima será de 300 palabras. Cada carta se acompañará de una carta de envío al director firmada por el autor o autores.

Presentación del trabajo: Los trabajos se remitirán a la dirección de ***Papeles Médicos***. *Apartado 1593. 50080 Zaragoza (España).* La redacción acusará recibo e informará sobre su aceptación y fecha próxima de publicación. Serán preferentemente en procesador de textos para PC, disquette 3.5 y en su defecto mecanografiados a doble espacio en folio de buena calidad, por una sola cara y amplios márgenes. Cada hoja llevará en el ángulo superior izquierdo el apellido del primer autor y en el margen superior derecho la numeración correlativa.

La primera hoja comprenderá: a) Título del trabajo, b) Uno o dos apellidos de cada autor seguidos por las iniciales del nombre, c) Centro o centros donde se haya realizado el trabajo, d) A pie de página se colocará una nota que diga Correspondencia: Indicando a continuación nombre de uno de los autores, su dirección y teléfono

Segunda hoja: Debe de contener un resumen del trabajo de una extensión de 100 a 200 palabras o más corto en las comunicaciones breves. Este resumen se acompañará de una traducción inglesa. En apartado aparte incluirá palabras clave, hasta un máximo de cinco.

Tercera hoja: Comenzará el texto del artículo. En casos apropiados la última página del texto podrá contener una nota de agradecimiento de colaboración, ayudas, becas, etc. que se refieran al trabajo presentado. A continuación y en hojas aparte, las citas bibliográficas estructuradas según ***normas Vancouver,*** pudiendo localizarlas en el documento ampliamente conocido como ***Requisitos Uniformes para el Envío de Manuscritos a Revistas Biomédicas.***

Tablas: Deben de limitarse al mínimo imprescindible. En lo posible no excederán la extensión de un folio. Irán independientes del texto en hoja aparte. Si sobrepasa el folio se utilizará un nuevo folio separado del anterior donde se realizará nuevamente el encabezamiento. Deben ir con título y numeradas con números romanos.

Dibujos: Deberán hacerse a tinta china o con la descripción del programa informático utilizado. Usar, en caso contrario, letras, flechas, etc. del tipo letraset, nunca manuales.

Figuras: Deberán enviarse diapositivas o fotografías en color de buena calidad, marcadas con un número arábigo. Deberán relacionarse con alguna referencia al texto. Los pies de las figuras deben realizarse en folio aparte del texto.

Estructuración de los trabajos: Siempre que sea posible los trabajos se estructurarán según el siguiente orden: Introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones. Es aconsejable que el autor/es conserve una copia del trabajo presentado.

NOTES FOR CONTRIBUTORS

Papeles médicos will be published every four months, with editorials, reviews of currents subjects, original papers, short communications, letters to the editor, bibliographic section and specially news section.

Original papers: All subjects on medical documentation will be preferred: medical records, scientific-medical documentation, patients admission and information systems. The authors are requested to be brief and concise.

Short communication: This cathegory includes preliminary communications on personal experiencies, methodology, etc. Short communications should not exceed about 500 words of the text, about 10 references, and 3 figures or tables.

Letters to the editor: This cathegory will accept brief news, hypotheses, methodology, or comments and criticism on papers. If required they may contain one figure, and up to five references. They should not exceed 300 words.

All papers should be accompanied by a letter of presentation signed by the author or authors.

Preparation of manuscripts: All papers will be submitted to ***Papeles médicos.*** *Apartado 1593. 50080 Zaragoza (Spain),* and sent on a disquette 3.5. If not, will be typed double spaced in folio white paper, on one side only, and be free of erasures and handwritten corrections.

All pages will be numbered correlatively, starting with the first on title page, by arabic numerals placed in the upper right hand corner.

The family name of the author will by typed on all pages in the upper left hand corner.

The first or title page shall contain: a) The title of the paper b) Family name or names of each author, followed by the initials of their given names c) Institution or Institutions where the work was carried out d) Name and full address of the person to whom correspondence regarding that papers is to be directed, together with telephone number and area code.

The second or abstract page: Shall contain again the full title of the paper and a summary about 100 to 200 words in extension, condensating its content in the same order as in the full text. Shall be included also a traslation of this summary into english. Up to five "key terms" are to be listed at the end of the summary.

The third page: Is the beginning of the text of the paper. At the end of the paper if required, an acknowledgement of particularly significant help, or of grants or financial help received.

Then, in a new page, the bibliographic references according to ***Vancouver norms (International Comitee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals).***

Tables: Should be restricted to the minimum indispensable number. If possible they should not exceed the extension of one type-written page. However, if continues in a second page, it must be repeat the table heading. All tables will be numbered consecutively with roman numerals, according to their order of mention in the text, and will have a title which explains its content adequately.

Figures: For reproduction send goodquality positives. They should be marked with an arabic number for identification being reference to the text. Type the figure legends in an extra page or pages.

Framework: If possible, the order will be: introduction, material and method, results, discussion, and conclussions. The author should keep a copy of the paper.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA

SEDOM