

3. Otras disposiciones

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

RESOLUCIÓN de 9 de noviembre de 2010, por la que se ordena la publicación del Informe de análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del sistema sanitario público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol, correspondiente al ejercicio 2008.

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 22 de septiembre de 2010,

R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del sistema sanitario público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol, correspondiente al ejercicio 2008.

Sevilla, 9 de noviembre de 2010, El Consejero Mayor, Rafael Navas Vázquez

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA POR DOS HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA: HOSPITAL VIRGEN DE VALME Y HOSPITAL COSTA DEL SOL
Ejercicio 2008

(OE 04/2009)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 22 de septiembre de 2010, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del sistema sanitario público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol, correspondiente al ejercicio 2008.

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO
- III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN
 - III.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS HOSPITALES
 - III.2 FIJACIÓN DE OBJETIVOS
 - III.2.1 Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa
 - III.2.2 Objetivos específicos por áreas
 - III.3 EFICACIA Y EFICIENCIA
 - III.3.1 Indicadores de actividad en hospitalización y consultas
 - III.3.1.1 Actividad de hospitalización
 - III.3.1.2 Actividad de consultas
 - III.3.2 Indicadores relativos a la actividad de urgencias
 - III.3.3 Indicadores relativos a la actividad quirúrgica
 - III.4 ANÁLISIS DE INDICADORES ECONÓMICOS
 - III.4.1 Modelos de financiación y estructura financiera
 - III.5 PLANES DE INVERSIÓN: INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
 - III.6 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
- IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- V. ANEXOS

VI. ALEGACIONES

- VI.1 ALEGACIONES AL HOSPITAL VIRGEN DE VALME
- VI.2 ALEGACIONES AL HOSPITAL COSTA DEL SOL

ABREVIATURAS

AGD	Aplicación para la Gestión de la Demanda Quirúrgica
AIG	Áreas Integradas de Gestión
CARE	Centro de Alta Resolución de Especialidades
CDM	Categorías Diagnósticas Mayores
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CmA	Cirugía menor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo de Datos Básicos
CRP	Complemento del Rendimiento Profesional
€	Euros
EDP	Evaluación del Desempeño Profesional
EME	Estancia Media Esperada
EPHCS	Empresa Pública Hospital Costa del Sol
GERHONTE	Sistema de Gestión de Recursos Humanos
GPP	Gestión por Procesos
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
H	Hospital
Hb	Habitantes
HAR	Hospital de Alta Resolución
HCS	Hospital Costa del Sol
HDM	Hospital de Día Médico
HDQ	Hospital de Día Quirúrgico
HVV	Hospital Virgen de Valme
IESA	Instituto de Estudios Sociales de Andalucía
IN	Infecciones Nosocomiales
INFHOS	Sistema de Información de Consultas Hospitalarias
INIHOS	Sistema de Información Interhospitalaria
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IUE	Índice Utilización de Estancias
LGHP	Ley General de Hacienda Pública
PVCIN	Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales
RDQ	Registro de Demanda Quirúrgica
SAS	Servicio Andaluz de Salud
S/D	Sin datos
SICPRO	Sistema de Información Seguimiento del Contrato Programa
SSCC	Servicios Centrales
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
T	Total
UGC	Unidades de Gestión Clínica

I. INTRODUCCIÓN

1. La Cámara de Cuentas de Andalucía de acuerdo con las funciones atribuidas por la Ley 1/1988, de 17 de marzo, incluyó en el Plan de Actuaciones para 2009, un informe de fiscalización sobre el análisis comparativo de la gestión desarrollada en el ejercicio 2008 por la Empresa Pública Hospital Costa del Sol, dependiente de la Consejería de Salud y el Área Hospitalaria Virgen de Valme, dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

2. El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios.

3. Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía en su artículo 55, confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), de conformidad con lo establecido en el artículo 45.1 de la Ley de Salud de Andalucía, está compuesto por los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo, así como por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas (agencias públicas empresariales) o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, adscritas a la administración sanitaria de la Junta de Andalucía, y por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

5. La Empresa Pública Hospital Costa del Sol se crea adscrita a la Consejería de Salud por la Disposición Adicional Decimoctava de la Ley 4/1992, de 30 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993.

6. La constitución efectiva de la empresa tiene lugar con la aprobación de sus Estatutos por el decreto 104/1993, de 3 de agosto, como Entidad de Derecho Público de las previstas en el art. 6.1.b de la Ley 5/1983, de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía (LGHP).

7. Su objeto social, modificado mediante la Disposición Final Primera del Decreto 190/2006 de 31 de Octubre, es *“llevar a cabo la gestión del Hospital Costa del Sol de Marbella, la gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en la provincia de Málaga, así como prestar asistencia sanitaria a las personas incluidas en el ámbito geográfico y poblacional que se le asigne, así como aquellas funciones que en razón de su objeto se le encomienden.”*

8. La empresa goza de personalidad jurídica y patrimonio propio, de plena capacidad jurídica y de obrar para el cumplimiento de sus fines. Su personal se rige por el derecho laboral, las relaciones patrimoniales por el derecho privado, y el régimen de contratación se ajusta a las previsiones de la Ley de Contratos del Sector Público.

9. Los centros que componen la EPHCS son el Hospital Costa del Sol (Marbella), el Centro de Especialidades de Mijas (C.A.R.E.) y el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Este último centro completó el inicio de su actividad en el ejercicio 2008.

10. El régimen presupuestario, económico financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero de la empresa es el establecido en la LGHP. Las cuentas anuales se presentan de acuerdo con la legislación mercantil vigente y con las normas establecidas en el Plan General de Contabilidad.

11. El HCS da cobertura a una población de 372.964 (según datos publicados en el Padrón diciembre de 2008). Dispone de 348 camas y la plantilla media durante el ejercicio 2008 ha sido de 1.412 trabajadores (1.283 personal sanitario y 129 personal no sanitario).¹

¹ Punto 11 modificado por la alegación presentada.

12. El área hospitalaria de Valme (Sevilla) está constituida por dos centros hospitalarios, el Hospital de Virgen de Valme (HVV) y el Hospital El Tomillar, y tres centros periféricos de especialidades: Alcalá de Guadaira, Dos Hermanas y Morón de la Frontera, además de disponer de consultas de ginecología y obstetricia, medicina interna y rehabilitación en centros de salud de la comarca. También pertenecen al área cuatro equipos periféricos de salud mental.

13. El HVV de Sevilla, incluido en la red de centros de atención especializada del Servicio Andaluz de salud, (SAS), es el centro neurálgico del área sanitaria. Se crea en el año 1984 y en la actualidad dispone de 555 camas (de las que 94 están en el hospital El Tomillar).

14. La plantilla media durante el ejercicio 2008 ha sido de 2.481 personas (1.875 personal sanitario y 606 personal no sanitario). La población de cobertura atendida por el hospital es de 349.964 habitantes (Padrón diciembre de 2008).

15. En cuanto a su estructura directiva responde al modelo clásico de los hospitales del SAS, y cuenta con los puestos de dirección gerencia, subdirección gerencia, dirección médica, dirección de enfermería y dirección de servicios generales.

16. El régimen jurídico del personal del hospital es el estatutario, regulado por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre que aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

II. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO

17. El objetivo que se plantea en el presente trabajo de fiscalización es el análisis comparativo de la gestión desarrollada en el ejercicio 2008 por dos centros hospitalarios públicos (hospital Costa del Sol y hospital Virgen de Valme), ambos integrados en el grupo II (hospital de especialidades) del SSPA, con el fin de determinar si la diferencia de régimen jurídico y dependencia funcional, refleja diferencias en términos de eficacia, eficiencia, economía, equidad y calidad de las prestaciones sanitarias.

18. Como alcance de la fiscalización se ha considerado el área hospitalaria de Valme en su conjunto, integrando todos los datos e información sobre su actividad en el HVV, ya que el hospital El Tomillar no tiene actividad propia, funcionando como una delegación asistencial del HVV.

19. En cuanto a la empresa pública, se considera la actividad desarrollada por el HCS y el centro de especialidades de Mijas, no se incluye en el alcance el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena ya que termina de implantar toda su actividad en el ejercicio 2008.

20. El trabajo ha consistido en realizar un análisis comparativo de la gestión integral de ambos centros sanitarios, desde el punto de vista de la actividad asistencial, actividad quirúrgica, gestión de las listas de espera, calidad de la atención hospitalaria y gestión económica de los recursos.

21. El análisis se ha realizado utilizando los sistemas de información e indicadores definidos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud. Para la selección de los indicadores se han aplicado criterios de validez, relevancia, comparabilidad y “mínimo número-máxima información”.

22. El trabajo de campo se ha llevado a cabo en los dos centros hospitalarios, validando los datos aportados por los distintos sistemas de información. Esta fase del trabajo de fiscalización se concluyó el 16 de abril de 2010.

23. Se han analizado los niveles de fijación de objetivos y su grado de integración, tanto los incluidos en los contratos programa de los dos centros hospitalarios, como los objetivos internos fijados por las direcciones de los centros.

24. Por otra parte, se ha comprobado en ambos hospitales el cumplimiento del decreto de garantías de tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas (Decreto 209/2001, de 18 de septiembre).

25. La comprensión adecuada del presente informe requiere una lectura global del mismo.

Cualquier conclusión sobre un párrafo o epígrafe pudiera no tener sentido aisladamente considerada.

III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

III.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS HOSPITALES

26. Aunque ambos centros hospitalarios pertenecen al SSPA, se diferencian en la estructura organizativa.

- Organigrama del HCS

27. El nivel superior de dirección y decisión se encuentra en el Consejo de Administración del que depende la dirección gerencia del hospital y de ésta, a su vez, la subdirección gerencia y las direcciones: médica, de enfermería, investigación, económica, recursos humanos, asesoría jurídica y servicios generales.

28. Desde su creación, el HCS introduce el concepto de organización de los servicios clínicos como “Áreas Integradas de Gestión” (AIG). Estas áreas, dependen orgánica y funcionalmente de la dirección y subdirección médica y agrupan especialidades asistenciales con objetivos comunes.

29. La organización por AIG se diferencia de la tradicional por servicios de especialidades asistenciales, en que aquéllas disponen de autonomía en la gestión de sus recursos económicos y de personal. (§ Organigrama en Anexo I).

- Organigrama del HVV

30. El HVV se organiza según lo establecido en el Decreto 105/1986, modificado por el Decreto 462/1996, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales.

31. Según el citado decreto la dirección unipersonal del hospital recae en el director gerente del que dependen la subdirección gerencia, y las direcciones médicas, enfermería, servicios generales y económico-administrativa, además de

nueve subdirecciones (3 médicas, 2 de enfermería, 2 económica financiera, 2 de servicios generales).

32. El puesto de director económico administrativo y una de las subdirecciones médicas se encuentran vacante en el ejercicio 2008 debido a que sus titulares están cedidos a otros centros. En estas situaciones administrativas el centro origen retribuye al personal que, provisionalmente, presta sus servicios en otro centro de trabajo del organismo autónomo.

33. En cuanto a la parte asistencial, el hospital se encuentra en un momento de transición desde la tradicional organización por servicios de especialidades, a la organización por “Unidades de Gestión Clínica” (UGC), concepto asimilable a las “Áreas integradas de Gestión” del HCS.

34. Actualmente el HVV cuenta con once UGC: continuidad asistencial, enfermedades infecciosas, salud mental, medicina interna, radiodiagnóstico, farmacia, bloque quirúrgico, neurología, neumología, microbiología y enfermedades digestivas. El resto de especialidades continúan con la estructura de servicios. (§Organigrama en Anexo II).

35. En el cuadro siguiente se exponen los datos de interés general, desde el punto de vista de organización, correspondiente a ambos hospitales:

HOSPITALES	HVV	HCS
Población	349.376	372.964
Plantilla media	2.481	1.412 ²
Puestos directivos	15(*)	13
Direcciones/Jefaturas asistenciales	36	16
Nº camas hospitalización	555	348

Cuadro nº 1

(*) Dos de los cuales se encuentran vacantes por cesión de sus titulares a otros centros.

36. Se ha analizado el grado de implantación en los dos hospitales de la “Gestión por proceso” (GPP) como modelo de organización y gestión de los recursos.

² Cuadro nº 1 modificado por la alegación presentada.

La GPP se propone en el III Plan Andaluz de Salud y el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, como una alternativa a la gestión y organización tradicional de la asistencia sanitaria. Es una herramienta que tiene como objetivos mejorar la “calidad total” y los resultados asistenciales en términos de efectividad clínica, satisfacción de los pacientes y de los profesionales y el uso adecuado de los recursos.

37. El proceso asistencial integrado se define como “El conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios”.

38. La GPP exige la interconexión entre distintos niveles de la atención sanitaria: atención primaria, atención especializada y hospitalaria. Consiste en establecer un continuo asistencial para cada proceso o síntoma concreto, de forma que, con independencia del recurso elegido por el ciudadano, la asistencia prestada responda a los parámetros de eficiencia y calidad esperados por los usuarios.

39. En definitiva y simplificando, esta forma de organización de la asistencia está orientada a los problemas de salud que presenta el paciente, más que a las áreas de conocimiento o especialidades.

40. La GPP se dirige en dos vertientes diferenciadas:

- Como gestión integral de recursos en los centros sanitarios (organigrama, funciones, objetivos, infraestructuras de los servicios, etc.).
- Aplicación de protocolos clínicos orientada al proceso asistencial integrado.

41. Tanto en el HVV, como en el HCS, la gestión por procesos se encuentra implantada en la vertiente de gestión clínica, pero no en cuanto a la gestión de recursos que en ambos centros está orientada a la dirección o gestión por objetivos.

III.2 FIJACIÓN DE OBJETIVOS

42. En cada uno de los hospitales se distinguen los siguientes niveles de fijación de objetivos:

III.2.1 Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa

43. Desde hace más de una década, cada año se han aprobado los distintos contratos programas como instrumentos de relación entre la Consejería de Salud y las diferentes instituciones y centros que prestan servicios de salud de modo directo.

En estos contratos programa se establecen anualmente las prioridades, actuaciones y objetivos a alcanzar.

44. Las líneas estratégicas se encuentran definidas en el III Plan Andaluz de Salud y en el II Plan de Calidad, ambos con vigencia hasta el 2008. En el ejercicio 2005 se aprueba el contrato programa que recogía el enfoque estratégico y objetivos globales para los cuatro años siguientes y en cada uno de los ejercicios, desde entonces, se presentan y fijan los objetivos específicos encaminados a conseguir los objetivos generales.

45. En el caso de los hospitales que tienen forma jurídica de empresa pública, el contrato programa se compromete y firma por la Consejera de Salud y la dirección gerencia del hospital.

46. A partir de este primer nivel de compromiso, los objetivos a cumplir se establecen en cascada entre el director gerente y las distintas direcciones de la empresa y estas a su vez, con las líneas de responsabilidad de ellas dependientes.

47. En el caso de los hospitales dependientes del SAS, es el gerente del organismo autónomo el que compromete los objetivos a cumplir por los centros hospitalarios de su competencia con la Consejera de Salud.

48. El contrato programa es el instrumento del que se dota a la dirección gerencia del SAS para establecer las actividades a realizar por sus cen-

tros y los recursos de los que éstos dispondrán. Estos objetivos se individualizan posteriormente con cada uno de los gerentes de los distintos hospitales que a su vez, siguiendo el proceso en cascada, negociarán con los niveles siguientes de las líneas jerárquicas de su centro hospitalario.

49. Los principios generales que deben tenerse en cuenta para la determinación de los objetivos son:

1. La dirección por objetivos implica un proceso continuo de medición y valoración.
2. Los objetivos deben ser participativos.
3. Deben ser definidos de forma que sus resultados sean medibles.
4. Deben ser retos pero alcanzables.
5. Los indicadores para su revisión deben ser verificables.

50. Se han analizado los procedimientos de fijación y evaluación de objetivos en los dos centros sanitarios, comprobando el cumplimiento de los principios generales definidos en el párrafo anterior, así como, el cumplimiento de la normativa aplicable a cada uno de los centros y su vinculación con el concepto retributivo variable de productividad.

51. Una de las dificultades del análisis ha sido la falta de definición de indicadores cuantitativos para la medición de algunos de los objetivos propuestos, llegando a plantearse más como declaración de intenciones que como objetivos concretos, medibles y alcanzables.

III.2.2 Objetivos específicos por áreas

- Hospital Costa del Sol

52. Para la fijación y evaluación de los objetivos generales y específicos la empresa cuenta con un cuadro de mando en el que se describen todos los niveles de objetivos, los indicadores para su medición, los resultados obtenidos y el grado de consecución, todo ello a partir de las directrices del contrato programa.

53. En el ejercicio 2008 el cuadro de mandos se realizaba de forma manual por las distintas di-

recciones del centro. Hasta avanzado el ejercicio 2009 no se dispone de una herramienta informática para la gestión del cuadro de mandos.

54. Los objetivos se fijan anualmente y se evalúan y revisan con una periodicidad semestral.

La consecución de los objetivos marcados se vincula a sus correspondientes conceptos retributivos de carácter variable.

55. En el HCS, las retribuciones del personal, a excepción del personal directivo, se rigen por lo acordado en el convenio colectivo de la EPHCS, actualmente con vigencia 2006/2009. El artículo 28 del convenio colectivo define la estructura retributiva de la empresa, incluyendo entre sus incentivos variables el denominado "incentivo".

56. Se trata de un concepto salarial variable, no consolidable. Está vinculado a la evaluación del cumplimiento de los objetivos marcados por el área correspondiente.

57. Para cada individuo se establecen dos vinculaciones, una a los objetivos de la unidad a la que pertenece y otra a objetivos personales para la contribución a los fines comunes.

58. En el primer trimestre de cada año se evalúan los resultados obtenidos en el ejercicio anterior. Esta evaluación se realiza a través de la combinación de dos métodos: medición de objetivos operativos y objetivos de desarrollo.

59. El peso relativo de estos métodos es diferente dependiendo del grupo profesional al que pertenezca el trabajador. Los porcentajes regulados en el convenio colectivo son los siguientes:

	Objetivos Operativos	Objetivos de Desarrollo	Total
Grupo I	102%	18%	120%
Grupo II	90%	30%	120%

Cuadro nº 2

Grupo I: directores de áreas, responsables de unidad, supervisores y facultativos.
Grupo II: otros profesionales no incluidos en el grupo anterior

60. Para devengar el incentivo, es preciso alcanzar, al menos, un determinado nivel de conse-

60. El nivel mínimo se establece en un 80% del cumplimiento fijado. Frente a éste, el nivel máximo de consecución de un objetivo se fija en el 120%.

	Cumplimiento 120%	Cumplimiento 80%
Personal regulado por convenio		
% descendentes según clasificación profesional	33%-13%	20%- 5%
Direcciones Gerencia	40%	-
Dirección Áreas Integradas de Gestión	35%	-

Cuadro nº 3

62. En términos generales el hospital ha cumplido los objetivos fijados en el contrato programa, este hecho determina que todos los puestos directivos hayan percibido el 100% de las retribuciones en concepto de incentivo.

63. Se han analizado tanto la fijación como el despliegue de objetivos por áreas y su evaluación. En todos los casos se ha podido comprobar la negociación y aceptación expresa del trabajador. La documentación justificativa archivada en los expedientes de cada una de las direcciones, en general, está completa y contiene toda la información necesaria para que el trabajador conozca los objetivos marcados, la evaluación que le corresponde y las áreas de mejora.

- **Hospital Virgen de Valme**

64. Para estimular las actuaciones afines a los objetivos establecidos por la organización, se establece un sistema retributivo que incentiva a los profesionales que prestan servicio en los centros sanitarios integrantes del SAS.

65. La Resolución 2215/07 de 20 de agosto, de la dirección gerencia del SAS, modificada por la Resolución 2514/07 de 14 de diciembre, establece el complemento de productividad factor variable, vinculado al rendimiento profesional por la consecución de resultados.

66. En la misma resolución se establecen las cuantías a percibir por las distintas categorías profesionales, vinculando el 60% al cumplimiento de objetivos generales y el 40% restante al cumplimiento de objetivos específicos de cada área o servicio.

61. Las cuantías del incentivo se establecen en porcentajes aplicados sobre la suma del salario base más el complemento funcional que el trabajador tenga en ese momento (concepto retributivo equivalente al complemento específico en los hospitales del SAS).

67. Los objetivos, cuyo número será reducido, deben ser pactados y alcanzables por el equipo, adecuándose a las características de cada unidad, servicio o centro. El documento donde se definen y pactan los objetivos se denomina “Acuerdo de objetivos”, donde se especifica la relación nominal de los miembros del equipo, categoría y vinculación laboral, así como todos los objetivos, tanto comunes como específicos y sus fichas de evaluación correspondiente.

68. El complemento variable por productividad se compone de dos partes:

- Complemento del rendimiento profesional (CRP): se refiere a la consecución de los objetivos definidos para una unidad o servicio. Supone hasta un 80% del complemento de productividad.

- Evaluación del desempeño profesional (EDP): se refiere a la valoración individual del individuo y su contribución a los fines establecidos (20% del complemento de productividad).

69. El sistema establece un reparto de remanentes entre las unidades de un mismo centro que cumplan al menos el 60% de los objetivos marcados. Los remanentes correspondientes a aquellas unidades que no alcancen el punto de corte podrán percibirse otras que lo superen.

70. El complemento de productividad se regula anualmente en la resolución de retribuciones. Para el ejercicio objeto de fiscalización corresponde la Resolución 0205/2008. Los porcentajes de CRP y EDP oscilan entre una media del

10% del total de retribuciones para un jefe de servicio facultativo, y el 4% para las categorías profesionales inferiores.

71. El porcentaje correspondiente al equipo directivo no se publica en la resolución. Es el gerente del SAS el que designa un importe anual para el equipo en su conjunto, si el centro cumple los objetivos marcados en contrato programa. En el ejercicio 2008, el porcentaje de productividad correspondiente al equipo directivo ha variado en una horquilla entre el 12 y el 15% del total de sus retribuciones.

72. Al igual que el hospital Costa del Sol, el HVV dispone de un cuadro de mandos para la fijación y evaluación de los objetivos generales y específicos del centro, en el que se describen todos los niveles de objetivos, los indicadores para su medición, los resultados obtenidos y el grado de consecución, todo ello a partir de las directrices del contrato programa.

73. Aunque en el ejercicio 2008 la gestión de los objetivos se realizaba de forma manual, a partir del 2009 el hospital dispone de una herramienta informática de gestión integral de los objetivos de la organización.

74. Una vez evaluados los objetivos por las direcciones del hospital, la información se vuelca en el sistema de gestión de recursos humanos (GERHONTE), para el cálculo de los importes retributivos en concepto de productividad.

75. Se han analizado el establecimiento y evaluación de los objetivos por áreas, tanto asistenciales como administrativas y de servicios generales. En todos los casos analizados los resultados obtenidos han sido satisfactorios.

76. En los epígrafes siguientes se definen y evalúan los indicadores establecidos por el sistema para la consecución de los objetivos en cumplimiento de los criterios de eficacia, eficiencia, calidad y equidad en las prestaciones sanitarias.

III.3 EFICACIA Y EFICIENCIA

77. Para medir la eficacia, eficiencia y calidad asistencial alcanzada por los hospitales objeto de análisis, se han utilizado los indicadores que la Consejería de Salud tiene definidos como instrumento de información y gestión, y que permiten, desde el ejercicio 1984, disponer de una información comparada de la actividad desarrollada por los hospitales integrantes del SSPA.

78. Los sistemas de información que han sido consultados durante el trabajo de campo para el cálculo de indicadores han sido los siguientes:

79. - **INIHOS:** El “Sistema de Información Intrahospitalaria”, es un modelo estadístico de evaluación comparativa de la actividad asistencial hospitalaria de los distintos servicios o unidades de especialización.

Con periodicidad mensual se obtienen un conjunto de indicadores referente a la utilización de recursos, productividad y rendimiento asistencial en las áreas de hospitalización, consultas externas, quirófanos, obstetricia, urgencias y servicios centrales.

80. La recogida de datos de entrada se establece a partir de los registros existentes en los hospitales que integran el sistema, de acuerdo con un conjunto de definiciones únicas. El sistema está diseñado para integrar la totalidad de los hospitales andaluces: la red del Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud.

81. - **CMBD:** El “Conjunto Mínimo de Datos Básicos” es un sistema de información nacional individualizado, centralizado en el Ministerio de Sanidad y Consumo al que cada comunidad autónoma aporta con periodicidad sus datos de actividad.

82. A diferencia del INIHOS, el CMBD recoge información personalizada de cada uno de los usuarios del centro sanitario (identificación del paciente y procedencia) y de la asistencia sanitaria que recibe durante su estancia en el hospital (diagnósticos y procedimientos sanitarios realizados para la obtención del diagnóstico clínico),

además de datos de carácter administrativos (fecha de ingreso, alta, intervención, etc.). La información se obtiene de la historia clínica de cada paciente. Los diagnósticos y procedimientos se codifican siguiendo la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC), publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

83. La explotación de los datos se realiza y presenta mediante GRD “Grupos Relacionados por el Diagnóstico”. Consiste en un sistema de clasificación de pacientes en el que los episodios asistenciales tienen cierto nivel de homogeneidad clínica y un consumo esperado de recursos similar. Cada clase o grupo de GRD lleva asociado un peso relativo (puntos GRD) como expresión del coste relativo de dicho grupo.

84. La información se analiza y valida en los SSCC del SAS. Anualmente se publica la explotación de los datos del CMBD de todos los hospitales del sistema sanitario público, lo que permite la comparación de los resultados obtenidos.

85. - INFHOS: Sistema de información de consultas especializadas del sistema sanitario público de Andalucía (SSPA).

86. - SICPRO: Sistema de información para el seguimiento de los indicadores propuestos en el contrato programa.

87. - AGD: Aplicación para la gestión de la demanda quirúrgica.

88. La definición de los indicadores que a continuación se exponen se ha obtenido del manual de INIHOS, no obstante los cálculos, en todos los casos en los que ha sido posible, se han efectuado tomando como base los datos aportados por el CMBD publicado por la Consejería de Salud y referente a la actividad desarrollada por los hospitales en el ejercicio 2008.

89. La documentación soporte de la información codificada ha sido objeto de comprobación por el equipo de fiscalización mediante procedimientos de auditoría, con el fin de garantizar su integridad y fiabilidad.

III.3.1 Indicadores de actividad en hospitalización y consultas

III.3.1.1 Actividad de hospitalización

90. En este epígrafe se analizarán los indicadores definidos por los sistemas de información sanitaria para evaluar, en ambos centros, la actividad desarrollada y la eficiencia en la utilización de los recursos de los que disponen.

91. Algunos de los indicadores seleccionados han sido definidos por la Consejería de Salud para medir la consecución de los objetivos propuestos en el contrato programa (eficacia), otros indicadores relacionan input/output de forma que permiten valorar la eficiencia de cada hospital en la actividad desarrollada.

92. Todos los indicadores obtenidos de los datos CMBD se calculan a partir del número de altas y los obtenidos del INIHOS se obtienen a partir del número de ingresos. Aunque las definiciones de los distintos indicadores puedan ser similares se han detectado diferencias en los datos aportados por los dos sistemas de información. Las justificaciones de estas diferencias son las siguientes:

93. En el INIHOS pueden existir duplicidades de registro que difícilmente pueden ser detectadas al no disponer de datos identificativos del paciente.

94. El dato de “nº de altas” aportados por CMBD no contabiliza los episodios con cero días de estancias. El ingreso en este sistema de información se entiende como la ocupación de una cama hospitalaria durante una estancia superior o igual a un día. No se incluyen las estancias en observación.

95. No obstante, utilizando el dato “ingreso/alta” según ambos sistemas de información, se puede observar las siguientes diferencias:

Indicador	HVV	HCS
Población	349.376	372.964
Ingresos INIHOS	24.072	19.201
Altas INIHOS	24.028	19.177
Altas CMBD sin 0 días estancias	23.442	19.052
Altas CMBD con 0 días estancias	90	70

Cuadro nº 4

Fuente: Subdirección de Atención Especializada. Servicio de Producto Sanitario

96. En la subdirección de atención especializada no se realiza conciliación entre las informaciones obtenidas por los dos sistemas, ambos se procesan, explotan y gestionan con total independencia.

97. En el contrato programa se establecen indicadores de actividad que obtienen datos de ambos sistemas sin tener en cuenta las diferencias observadas en el número de registros contabilizados, por lo que los resultados de los indicadores pueden no ser homogéneos.

98. La ventaja del sistema INIHOS es la inmediatez con la que el hospital dispone de la información (mensual), frente al CMBD en el que los datos se tramitan con periodicidad trimestral, siendo objeto de comprobaciones y validación en los SSCC, por lo que la información obtenida no tiene la necesaria inmediatez que la dirección del hospital necesita para la gestión.

99. Para el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa los datos se obtienen del INIHOS.

100. La selección de dos hospitales clasificados en un mismo nivel, y con poblaciones de cobertura muy similares, determina que la actividad

esperada en relación al número de ingresos y por tanto, el índice de frecuentación hospitalaria (nº de ingresos por cada 10.000 habitantes) resulten muy similares.

Indicador	HVV	HCS
Pobl. cobertura	349.376	372.964
Nº Ingresos	24.072	19.201
Frecuentación hospitalaria	689	515

Cuadro nº 5

El HCS con una población de cobertura mayor que el HVV tiene una menor frecuentación hospitalaria.

101. Los datos relacionados en el cuadro anterior no aportan información para analizar la eficiencia de la actividad desarrollada por los hospitales, pero sirven de base para ubicarnos en sus respectivos entornos de actividad y para el cálculo de otros indicadores más representativos de la gestión.

102. En el siguiente cuadro se exponen algunos de los indicadores seleccionados para evaluar la actividad de los hospitales, relacionando los recursos con los que cuentan y los resultados obtenidos.

Indicador	HVV	HCS
	Población 349.376	Población 372.964
Nº de Facultativos	404	302 ³
Nº camas hospitalización (disponible)	555	348
Nº ingresos	24.072	19.201
Nº altas	23.442	19.052
Altas con cero días de estancia	90	70
Nº de estancias (CMBD)	167.995	104.919
Porcentaje de ocupación	82,88%	82,60%
Índice de sustitución	1,48	1,16
Rotación enfermo/cama	43,35	55,18
Estancia media (CMBD)	7,17	5,51
Estancia Media Esperada (EME)	7,39	6,79
Índice de utilización de estancias (IUE2)	0,95	0,80

Fuente: Publicación CMBD 2008. Subdirección de Atención Especializada. Servicio de Producto Sanitario

Cuadro nº 6

³ Cuadro nº 6 modificado por la alegación presentada.

103. Estancia hospitalaria (CMBD). Se refiere al concepto cama ocupada a la hora censal (00:00 horas). Como concepto general es el conjunto de pernoctas y tiempo que corresponde al suministro de al menos una comida principal en el hospital.

104. Estancia media (CMBD). Es la relación entre las estancias hospitalarias y los ingresos. Representa la media de días que un paciente permanece ingresado en el hospital (estancias totales/ ingresos totales).

105. Este es uno de los indicadores en el que los dos hospitales presentan mayor diferencia. La estancia media resulta un 30% superior en el HVV respecto de HCS. Este resultado afecta de forma negativa al resto de indicadores (rotación, índice de utilización de estancias, coste de explotación por ingresos, por altas, etc.).

106. El sistema define también el indicador **estancia media esperada**, que es la que se calcula para el estándar de los hospitales de Andalucía (en nuestro caso aplicamos la calculada para el grupo II) en relación con un GRD determinado. Es decir, es el consumo de estancias que como media y para un GRD concreto presentan los hospitales del SSPA.

107. Porcentaje de ocupación. Representa el nivel de utilización del recurso cama. Su cálculo es el siguiente:

$$\frac{\text{Estancias totales} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de camas} \times \text{días naturales}}$$

108. El objetivo previsto en el contrato programa para este indicador se establecía en un 85%. Aunque algo por debajo de este objetivo, ambos hospitales presentan un porcentaje de ocupación alto y muy similar (82,88% y 82,60%), lo que indica que los centros realizan una gestión eficiente de la infraestructura hospitalaria, adaptando los recursos de los que disponen a la demanda de hospitalización en cada momento.

109. Rotación enfermo-cama (INIHOS). Representa el número de pacientes que por término medio pasa por cada cama en el periodo estudiado (Nº ingresos/nº de camas). El

resultado obtenido indica que el HCS tiene una rotación mayor en un 27% a la que presenta HVV, compensando en parte la diferencia de camas entre los dos hospitales.

110. Intervalo o índice de sustitución (CMBD). Este indicador relaciona la ocupación con la estancia media. Representa el tiempo medio que una cama permanece desocupada entre un alta y un nuevo ingreso durante el periodo en estudio. Su cálculo es:

$$\frac{\text{Estancia media} \times (100 - \% \text{ ocupación})}{\% \text{ ocupación}}$$

111. El objetivo para este indicador no se cuantifica ni en el contrato programa, ni en los objetivos específicos establecidos por áreas, pero una eficiente gestión de recursos debe conseguir que el resultado tienda a cero, indicando así que el recurso cama presenta una utilización óptima. En ambos hospitales el resultado es mayor que la unidad, por lo que nos indica que la cama está más de un día desocupada entre dos ingresos sucesivos.

El índice de sustitución más favorable es el aportado por el HCS, consiguiendo de esta forma compensar el menor número de camas disponibles frente al HVV.

112. Índice de utilización de estancias (CMBD). Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística (estancia media esperada §106). Se presentan dos procesos de estandarización: respecto del total de altas del conjunto de hospitales (IUE1) y respecto al conjunto de hospitales de su nivel, en este caso nivel II (IUE2).

113. En el cuadro nº 6 puede observarse que para ambos centros el índice de utilización de estancias (IUE2) está por debajo de la unidad, es decir, el consumo de estancias totales es inferior a la media de consumo de los hospitales de su nivel.

114. Un análisis del índice de utilización de estancias por grupo relacionado de diagnóstico permite observar el comportamiento en la gestión de los dos centros sanitarios en los días

gnósticos que representan el mayor número de altas (GRD más frecuentes):

GRD	Nº ALTAS		ESTANCIA MEDIA Y ESTANCIA MEDIA ESPERADA		ÍNDICE DE UTILIZACIÓN DE ESTANCIAS (IUE2)	
	HVV	HCS	HVV	HCS	HVV	HCS
014 Ictus con infarto	259	253	7,81 - 10,09	7,08 - 10,09	0,82	0,74
125 Trastornos circulatorios	219	268	5,25 - 4,93	3,57 - 4,93	1,05	0,71
127 Insuf. Card. y shock	319	289	9,24 - 8,88	7,15 - 8,88	1,01	0,78
359 Proc. sobre utero	286	199	4,31 - 4,60	2,60 - 4,60	0,90	0,54
371 Cesárea s/complic.	685	439	5,11 - 5,04	4,22 - 5,04	1,03	0,85
372 Parto Vaginal c/complic.	590	1.193	3,43 - 3,17	2,96 - 3,17	1,11	0,96
373 Parto Vaginal s/complic.	2.576	1.650	2,77 - 2,54	2,25 - 2,54	1,09	0,88
381 Aborto con dilat.	545	126	1,75 - 1,54	1,91 - 1,54	1,09	1,19
494 Colecist. laparosc.	277	218	2,22 - 3,67	2,26 - 3,67	0,57	0,58
541 Neumonía simple	654	567	10,82 - 11,18	9,03 - 11,18	0,93	0,78
209 Sust.articulac. mayor	385	-	6,74 - 6,90	-	0,89	-
430 Psicosis	345	-	18,57 - 19,26	-	1,01	-
140 Angina de pecho	-	208	-	3,89-6,83	-	0,58
332 Otros diag. riñón	-	204	-	5,05-5,49	-	0,95

Fuente: CMBD

Cuadro nº 7

115. En el cuadro anterior puede observarse que el IUE2 para el HVV supera sensiblemente la unidad en el 58% de los grupos relacionados de diagnósticos que han sido seleccionados de los 30 más frecuentes. No obstante, y como se observa en el cuadro nº 6, para el total de altas en el ejercicio el resultado del índice es de 0,95 y, por lo tanto, se encuentra por debajo de la estancia media esperada para el conjunto de los hospitales de su nivel, con un 5% menos que la estancia esperada para la casuística.

116. El HCS supera la unidad sólo en un 8,33% de los GRD más frecuentes, siendo el IUE2 para el total de altas 0,80 (20% menos de estancias esperada para la casuística), resultado más favorable que el aportado por el HVV (Cuadro nº 6). Simplificando, se puede decir que el HCS consume un 15% menos de estancias que el hospital del SAS.

117. El mismo análisis realizado por las diez categorías diagnósticas mayores con número de altas más elevado, aporta los siguientes resultados:

Categoría Diagnostica	HVV				HCS			
	Altas	EME	IUE2	Índice Casuístico	Altas	EME	IUE2	Índice Casuístico
01. Sist.nervioso	1.265	8,06	0,82	2,13	780	7,52	0,79	1,98
04. Apar. respiratorio	1.887	9,95	0,95	2,03	1.588	8,03	0,79	1,97
05. Apar. circulatorio	3.314	9,05	0,98	2,62	2.394	6,04	0,76	2,00
06. Apar. digestivo	2.203	7,63	0,93	1,47	1.990	6,45	0,81	1,45
07. Sist. Hepat. y páncr.	1.145	8,83	0,92	1,90	1.069	6,94	0,72	1,84
08. Sist. Musc.esquel.	2.085	6,77	0,87	2,19	1.634	5,44	0,69	2,07
11. Riñón y v. urinarias	810	8,28	1,03	1,36	1.173	6,24	0,88	1,21
13. Apar. Reprod. Fem.	722	4,66	0,92	1,15	594	3,09	0,62	1,23
14. Emb., parto y puerp.	5.147	3,20	1,06	0,63	4.412	2,94	0,89	0,66
15. Patología perinatal	542	8,00	0,97	1,30	518	8,70	0,99	1,45

Fuente: CMBD

Cuadro nº 8

118. Se observa en este segundo análisis que el HCS está por debajo de la media en todos los casos, en cambio, el HVV supera la estancia media esperada en dos de las categorías diagnósticas con número de altas más elevados (CDM 11 y 14).

119. Se debe completar los análisis anteriores con un indicador de calidad como es el porcentaje de reingresos. Se entiende que se produce un reingreso no programado cuando un paciente ingresa en el hospital antes de que haya transcurrido 30 días desde el alta y por una misma categoría diagnóstica mayor.

120. Se incluye en el comparativo el “índice casuístico” (índice Casemix). Este indicador muestra la complejidad de la casuística del hospital. Se obtiene multiplicando el número de altas de cada GRD en el hospital por su correspondiente peso relativo (puntos GRD o estimación de consumo de recursos) y dividido por el total de altas del hospital.

Indicador	HVV	HCS
IUE2	0,95	0,80
% Reingresos	4,15	4,78
Puntos GRD	37.413	27.238
Índice casuístico	1,59	1,43

Fuente: Servicios Centrales SAS Cuadro nº 9

121. Puede observarse que, aunque el IUE2 sea mayor en el HVV, la casuística o la complejidad de los episodios de hospitalización también resulta superior y obtiene, además, un resultado más favorable en el indicador de reingresos.

4

122. Si el HVV disminuyera la estancia media en los GRD con mayor número de altas (concretamente el 373 “parto vaginal sin complicaciones”), gestionando la estancia media de la categoría diagnóstica mayor “embarazo, parto y puerperio” (5.147 altas según datos Cuadro nº 8), obtendría una importante ganancia potencial con un mejor resultado en el índice de utilización de estancias (IUE2).

III.3.1.2 Actividad de consultas

123. Los indicadores para medir la actividad realizada por los hospitales en el área de consultas se obtienen de los sistemas de información INFHOS e INIHOS, a partir de los cuales se realiza el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa sobre esta actividad hospitalaria, pendiente de desarrollo y explotación en el sistema de información CMBD.

124. Los datos obtenidos sobre la actividad de consulta desarrollada durante el ejercicio 2008 por los hospitales fiscalizados son los siguientes:

⁴ Punto 121 modificado por la alegación presentada.

Indicador	HVV		HCS	
	Objetivo	Resultado	Objetivo	Resultado
Salas de Consultas Ext.	-	147	-	61
T. Consultas externas	s/d	503.721	310.000	324.990
Nº Consultas/Nº Salas	-	3.427	-	5.328
Índice de rotación usuario/sala (1)	-	13	-	20,3
Nº facultativos especialistas	-	404	-	302
T. Primeras consultas	s/d	123.191	84.000	84.677
Primeras consulta convencionales	s/d	s/d	33.000	36.552
Primeras Consultas acto único	s/d	s/d	51.000	48.125
T. interconsultas atenc. especializ.	s/d	93.613	40.000	41.156
Interconsultas convencionales	s/d	s/d	19.000	17.065
Interconsultas acto único	s/d	s/d	21.000	24.091
%Consulta única/primer+intercon.	s/d	s/d	58,0%	57,4%
T. Consultas sucesivas	s/d	286.917	161.000	184.432
% Consultas sucesivas	s/d	57%	55,0%	57%
Revisiones en el día	s/d	s/d	25.000	14.725
Frecuentación consultas (2)	s/d	13.880	s/d-	8.319

(1) Por día de consulta. Se consideran una media de 262 días hábiles de consulta.

Cuadro nº 10 ⁵

(2) Para el cálculo de este indicador no se incluyen las revisiones en el día.

⁵ Cuadro nº 10 modificado por la alegación presentada.

125. La **Consulta externa** se define como el acto asistencial ambulatorio realizado para la obtención de un diagnóstico, para la instauración de un tratamiento o para el seguimiento del proceso de un paciente con base en la exploración física o en la revisión de datos clínicos (anamnesis). Las pruebas diagnósticas no tienen consideración de consulta.

Este acto asistencial puede realizarse en primera consulta, consulta sucesiva, interconsulta o consulta de acto único.

126. La **Consulta en acto único** es el acto asistencial ambulatorio asociado a una primera visita en que queda establecido un diagnóstico, al menos de presunción, junto con su correspondiente tratamiento, tras la realización, en su caso, de las exploraciones complementarias o interconsultas precisas, quedando todo reflejado en un informe clínico, siendo realizada estas actividades en una sola jornada. Estas consultas pueden tener pruebas diagnósticas asociadas que se realizan en el acto único.

127. Se define **Interconsulta** como el acto asistencial ambulatorio y programado, que se realiza por primera vez a un paciente, derivado de una consulta de atención especializada o urgencias y que tiene como destino una primera consulta de una especialidad distinta.

128. Tanto las consultas como las interconsultas en acto único suponen un avance en la calidad de la prestación sanitaria, facilitando la accesibilidad del ciudadano a los servicios sanitarios y recibiendo toda la atención necesaria en el menor tiempo posible. El contrato programa de los hospitales para el ejercicio 2008 continua con el objetivo de potenciar en todos los centros las consultas de acto único, aunque éste no se cuantifica en el HVV.⁶

129. El objetivo marcado desde la Consejería de Salud es minimizar el número de consultas sucesivas de forma que se simplifiquen los trámites y se consiga el alta del paciente lo antes posible, cumpliendo siempre los requisitos de calidad de la prestación.

130. Para que estos actos asistenciales puedan realizarse, los hospitales deben reunir determinadas condiciones de organización y distribución de recursos: técnicos, personales, espacios, etc., puesto que al paciente se le realizan, en una misma jornada, todos los procedimientos, exploraciones e interconsultas necesarios para llegar a un juicio clínico.

131. Según se expone en el cuadro anterior, el contrato programa correspondiente al HVV carece de objetivos cuantificados en la mayoría de las actividades de consultas, sobre la que tampoco hemos podido disponer de los resultados obtenidos alcanzados en el ejercicio.

132. Para interpretar los datos referidos al número de salas de consulta contenidos en el cuadro nº 10, debemos tener en cuenta que en el HVV se incluyen las salas de consultas del hospital más las que se localizan en el resto del área hospitalaria (Tomillar y centros de especialidades §12), ya que son atendidas por facultativos del hospital que se desplazan a los centros periféricos. En el caso del HCS, se incluyen las salas del hospital y las situadas en el centro de especialidades de Mijas.

133. El número total de consultas externas es un 54% superior en el HVV. Si se considera el número de salas disponibles en un centro y otro, se observa una utilización de las salas muy superior en el HCS, en el que cada espacio físico es utilizado para una media de 20 consultas diarias, frente a las 13 calculadas para el HVV.

134. Los factores que influyen en la mayor rotación de las salas de consulta disponibles en el HCS, son la concentración física de las salas y la mayor accesibilidad horaria de los profesionales. En este hospital, las consultas se atienden en horario de mañana y tarde, siendo excepcionales las consultas de tarde disponibles en el área hospitalaria de Valme.

135. Ambos hospitales presentan el mismo porcentaje de consultas sucesivas (57%), lo que quiere decir que en un 43% de los casos se consigue el alta del paciente en una primera consulta (Cuadro nº 10). Para cumplir el objetivo propuesto en contrato programa el HCS debe con-

⁶ Párrafo 128 modificado por la alegación presentada.

tinuar enfocando la actividad de consultas al incremento de la asistencia en “acto único”, dato de actividad del que no se dispone en el HVV.

III.3.2 Indicadores relativos a la actividad de urgencias

136. La actividad de los hospitales analizados respecto al área de urgencias ha sido la siguiente:

Indicador	HVV	HCS
Población cobertura	349.376	372.964
Nº urgencias atendidas	128.088	129.439
Frecuentación urg.	3.666	3.471
Nº urgencias ingresadas	14.965	13.916
%Urg. no ingresadas	88,32	89,25
Nº ingr. hospitalización	24.072	19.201
Presión de urgencias	62,17%	72,48%
Traslados otros centros	1.846	803
% Traslados/ Atendidas	1,44%	0,62%

Cuadro nº 11

137. El HCS tiene una mayor población de cobertura y atiende a un número ligeramente superior de pacientes en el servicio de urgencias. La presión que las urgencias ejercen en la actividad del hospital se calcula relacionando las urgencias ingresadas con el total de ingresos en hospitalización.

138. A la vista de los datos del cuadro anterior, se puede observar una gestión más eficiente en el HCS, que resuelve los episodios de urgencias con un menor número de ingresos desde este servicio y con un porcentaje de traslados a otros centros considerablemente inferior al del HVV.

139. La elevada frecuentación de urgencias tiene como consecuencia inmediata demoras en la prestación de asistencia al usuario. Por lo tanto, estos servicios son los más afectados por el número de reclamaciones.

Indicador	HVV	HCS
Total reclamaciones	975	970
Nº Urg. atendidas	128.088	129.439
Recl. Serv. Urgencia	252	596
-Recl. demora en atención	155	338

Cuadro nº 12

140. Ambos hospitales tienen un número muy similar de reclamaciones de usuarios. El servicio de urgencia del HCS recibe un 137% más de reclamaciones que el HVV.

141. En el HCS, el 61% del total de reclamaciones afectan al servicio de urgencia, alegando el usuario como motivo la demora en la atención en un 57% de los casos.

Según indica el hospital, se ha acometido un proyecto reorganizativo del servicio, creando las figuras de coordinador médico y supervisor de enfermería de tarde, con el fin de dar respuesta a las necesidades del servicio.

142. En el HVV, las reclamaciones al servicio de urgencia sólo suponen un 26% del total.

III.3.3 Indicadores relativos a la actividad quirúrgica

143. El análisis de la actividad quirúrgica de los hospitales se realiza distinguiendo entre la cirugía con ingreso (programada y urgente) y la cirugía ambulatoria, distinguiendo a su vez entre CMA (cirugía mayor ambulatoria) y CmA (cirugía menor ambulatoria). La cirugía ambulatoria se realiza en el área de actividad denominado hospital de día quirúrgico (HDQ).

144. Los recursos de infraestructura con los que cuentan los hospitales para la actividad de cirugía, tanto con ingreso como ambulatoria son los siguientes:

Indicador	HVV	HCS
Nº camas	555	348
Nº quirófanos	14	10

Cuadro nº 13

145. Según los datos referidos en el cuadro nº 14, la actividad quirúrgica total (programadas más urgentes) es superior en el HVV, el cual dispone de cuatro quirófanos más que el HCS.

146. La estancia preoperatoria, en el caso de cirugía con ingreso, es superior en el HVV. Según los indicadores obtenidos, en el hospital de Valme el paciente ingresa un día antes de la intervención quirúrgica (1,03 días), mientras que

en el HCS la estancia preoperatoria es mínima (0,04 días).

Una disminución potencial de las estancias preoperatoria contribuiría a una disminución (potencial) de la estancia media del hospital y del IUE2.

147. En el concepto **reintervenciones**, configurado como indicador de calidad, se contabilizan las intervenciones quirúrgicas sucesivas no programadas ni previstas, fruto de una complicación en el proceso quirúrgico.

148. El porcentaje de reintervenciones se calcula sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como urgentes. No ha sido posible disponer del dato de reintervenciones correspondiente al HVV, aunque ha sido solicitado tanto al hospital como a los SSCC del SAS.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	HVV	HCS
Estancia media preoperatoria	1,03	0,04
Programadas totales	15.630	11.890
Cirugía con Ingreso	4.857	3.983
CMA	5.486	4.787
CmA	5.287	3.120
Urgentes totales	4.308	2.877
Cirugía U. con Ingreso	2.811	2.675
Cirugía U. sin Ingreso	1.497	202
% Reintervenciones	s/d	0,23%
% Intervenciones Suspendidas	5,8%	6,5%
% Causas hospitalarias	3,9%	5,3%
% Incomparencias	1,9%	1,2%
% Resolución de CMA	72,8%	70,8%
% Ingresos tras CMA		
- Después de 1 semana	0,44%	0,65%
- Después de 2 semanas	0,64%	0,77%
Prevalencia Infec. nosocomial	9,2%	5,7%
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	8,3 %	4,6 %

Cuadro nº 14

149. Índice de resolución de CMA se obtiene seleccionando del total de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria, los que se han realizado efectivamente por CMA, es decir sin hospitalización. Observamos que el HVV tiene un 2,8% más de resolución de CMA que el HCS.

150. El porcentaje de ingresos tras una intervención de CMA (indicador de calidad), resulta sensiblemente más favorable en el HVV.

151. Prevalencia de infecciones nosocomiales. Una infección nosocomial (IN) es la contraída en el hospital por un paciente que fue ingresado por un diagnóstico distinto al que corresponde a esta infección. Comprende las

infecciones contraídas en el hospital (manifestadas antes o después del alta), y también las infecciones ocupacionales del personal del sanitario. En la prevalencia de las infecciones nosocomiales afectan distintos factores, como son: el agente microbiano, la vulnerabilidad del paciente y aspectos ambientales.

152. El informe del Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales (PVCIN), publicado por la Consejería de Salud y correspondiente al ejercicio 2008, detalla las líneas de vigilancia del Plan de “mínimos” del SAS en este ámbito, llevadas a cabo en cada hospital y en el total de la red del SSPA durante el año. En el informe se revisan y describen de forma resumida cada uno de los indicadores básicos

contemplados en el Plan, contrastando los datos del año con los de años anteriores y valores de referencia nacionales e internacionales.

Se han considerado los dos primeros indicadores relacionados en el citado informe:

- **“Prevalencia de infecciones nosocomiales”**, calculado como:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecciones nosocomiales}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados}} \%$$

- **“Prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales”**, calculado por el cociente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con infec. Nosocomial}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados}} \%$$

153. Según se expone el cuadro número 13, ambos indicadores resultan más favorables en el HCS, con un porcentaje considerablemente menor de la incidencia global de este tipo de infecciones.

154. Realizando un comparativo con los valores medios tanto nacionales como del total de hospitales del SSPA, obtenemos el siguiente cuadro:

	Media Hosp. Nacionales	Media Hosp. Andalucía	HVV	HCS
Prevalencia IN	8,2%	7,9 %	9,2 %	5,7%
Prevalencia pacientes con IN	7%	6,8 %	8,3 %	4,6 %
Fuente: PVCIN, 2008			Cuadro n° 15 ⁷	

⁷ Cuadro n° 15 modificado por la alegación presentada.

155. Puede observarse que los porcentajes de prevalencia del HVV están por encima de la media tanto nacional como del global de hospitales andaluces, frente al HCS que presenta valores de prevalencia en los dos indicadores más bajos que las medias del global de centros.

156. Se concluye el análisis de la actividad quirúrgica mostrando las tasas de indicación a pacientes inscritos en el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) del SSPA, correspondiente a los dos hospitales en el ejercicio 2008, según los datos mostrados en el “Boletín Quirúrgico 2007-2008”, publicado por la Subdirección de Evaluación y Producción Asistencial del SAS como información de apoyo a las gerencias de los hospitales para la toma de decisiones:

	HVV	HCS
Nº indicaciones (1)	9.023	7.565
Tasa x 100.000 Hb.	2,58%	2,02%

Cuadro nº 16

(1) Pacientes incluidos en el Decreto 209/2001 (§ 160)

157. En el mismo estudio se calcula la “tasa de indicación estandarizada” para determinados grupos de procedimientos, obteniendo el número de casos esperados en las distintas áreas hospitalarias si las incidencias en cada uno de los subgrupos de edad y sexo fueran las de la población estándar.

158. La tasa estandarizada permite comparar las indicaciones realizadas por cada hospital con la tasa esperada, obteniendo así los porcentajes de desviación respecto al estándar.

159. Las desviaciones sobre el estándar deben analizarse y en su caso, corregirse, ajustando las decisiones de indicación (tasa de indicación óptima) y teniendo en cuenta que, tan importante es realizar un procedimiento quirúrgico cuando la situación del paciente así lo requiera, como evitar tal acción en los casos de posibles alternativas no quirúrgicas. En el Anexo III de este informe se expone la información correspondiente a las tasas de indicación quirúrgica de los dos centros analizados, comparadas con el estándar y por procedimientos. Uno de los objetivos de esta información es ayudar a la gerencia de los hospitales en la toma de decisiones para optimización de los recursos disponibles.

160. En el ámbito de la equidad y la accesibilidad a los servicios sanitarios se propone el análisis de los **tiempos medios de respuesta quirúrgica**. Estos plazos deben ajustarse al Decreto 209/ 2001, del 18 de septiembre de la Consejería de Salud, que establece un tiempo máximo de espera de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas, reducido a 120 días para 11 procesos comunes, por la Orden de 20 de diciembre de 2006.

161. En el caso que el tiempo de espera supere los plazos garantizados, el usuario puede ser intervenido en un centro privado sin que ello le suponga coste alguno.

162. El seguimiento del cumplimiento por los hospitales del SSPA, de los plazos de garantía quirúrgica se lleva a cabo mediante el “Sistema de Información de Gestión de la Demanda” (AGD), en el cual se incluyen todos los pacientes inscritos en el Registro de demanda quirúrgica, pendientes de un procedimiento de cirugía incluido en el decreto.

163. Con el fin de garantizar el tiempo máximo de respuesta quirúrgica previsto en el Decreto 209/2001, el SSPA puede ofertar la posibilidad de llevar a cabo la intervención quirúrgica en otro centro público o en un centro concertado. El rechazo de la oferta conlleva la pérdida de garantía de respuesta si la hubiera, aunque no su antigüedad en el RDQ (artículo 5 Decreto 209/2001).⁸

164. En el HCS, el trámite de la oferta se realiza en el momento de la inscripción del paciente en el RDQ, por lo que, en el caso de renuncia del paciente, éste debe firmar in situ el documento de rechazo de la oferta concertada.

165. En el HVV se ha comprobado que se deja constancia en el sistema de aquellos pacientes que rechazan la oferta, pero éstos no pierden la garantía en caso de que la tuviesen, y además conservan su antigüedad.

166. Según informa el centro, este trámite se realiza telefónicamente, por lo que encuentran

⁸ Punto 163 modificado por la alegación presentada.

dificultad para que el paciente firme el documento de rechazo de la oferta.

	HVV	HCS
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica Decreto 209/2001	2.069	1.826
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica Orden 20/12/2006	1.082	1.060
Tiempo medio de demora quirúrgica Decreto 209/2001	77	53
Tiempo medio de demora quirúrgica Orden 20/12/2006	63	48
Total Indicaciones quirúrgicas a pacientes Decreto 209/2001	9.023	7.565
Salidas totales RDQ	9.066	8.099
Total salidas por intervención	7.664	6.838
Salidas por intervención concertadas	1.120	1.269
Salidas por actividad extraordinaria	1.144	48

Fuente: Boletín Quirúrgico 2007/2008. Dirección General de Asistencia Sanitaria (SAS)

Cuadro nº 17

167. En el cuadro anterior se expone la información publicada correspondiente al ejercicio 2008, de pacientes en lista de espera quirúrgica por procedimientos incluidos en el Decreto 209/2001. Según los datos publicados, en los dos centros hospitalarios se cumple el decreto de garantía, por lo que ningún paciente sobrepasa el plazo previsto para ser intervenido.

168. Se ha analizado la documentación soporte de los ficheros de AGD en los dos hospitales, con el objeto de verificar que la fecha del RDQ coincida con la fecha de presentación del anexo II (documento de demanda quirúrgica) en el servicio de gestoría de usuario de cada uno de los hospitales.

169. En el 100% de los casos analizados en el Hospital Costa del Sol, la fecha de registro coincide con el sello de entrada en gestoría de usuario, por lo que podemos concluir que los datos aportados por el RDQ sobre pacientes incluidos en el Decreto 209/2001, reflejan la realidad de la lista de espera del centro hospitalario, cumpliéndose en todos los casos analizados el plazo de garantía quirúrgica.

170. Para la comprobación en el Hospital de Valme se ha seleccionado una muestra de 56 pacientes intervenidos en 2008, cuyos procedimientos estaban sujetos a al decreto de garantía. El resultado del análisis ha sido el siguiente:

	MUESTRA	%
Sin incidencia	20	36%
Con incidencia	36	64%
Total muestra	56	100 %
Tipo de incidencia detectada		
No coincide fecha anexo II con RDQ	19	53%
Falta el documento anexo II	9	25%
Proced. sujeto a garantía y no inscrito en AGD	6	17%
Otras	2	5%
Total incidencias	36	100%

Cuadro nº 18

171. Del total de documentos analizados se han observado incidencias en 36 casos (64%). En 19 de ellos no coincide la fecha del documento anexo II con la fecha de inscripción en el RDQ. La demora media de registro observada ha sido de 58 días y se incumple el plazo de garantía en 14 de los 19 casos.

En el resto de incidencias detectadas no se han podido comprobar las fechas y cumplimientos de plazos por faltar documentos esenciales para el seguimiento (Cuadro nº 18).

172. Esta situación impide confirmar los datos publicados correspondientes al HVV respecto al cumplimiento de los tiempos medios de respuesta quirúrgica y de los plazos de garantía definidos en el Decreto 209/2001.

La dirección del hospital argumenta las incidencias detectadas en errores y debilidades del procedimiento administrativo seguido en el hospital para las inscripciones en el RDQ.

III.4 ANÁLISIS DE INDICADORES ECONÓMICOS

III.4.1 Modelos de financiación y estructura financiera

173. Cada uno de los hospitales responde a un modelo de financiación de su presupuesto distinto y rinden la información contable en función de las normas que le son de aplicación.

174. El HVV, dada su forma jurídica de organismo autónomo, realiza la liquidación presupuestaria de sus estados de gastos (contabilidad presupuestaria). El HCS, presenta una cuenta de pérdidas y ganancias que posteriormente se integra en las cuentas anuales de la EPHCS (normativa contable mercantil).

175. En relación a los ingresos debemos indicar que la financiación de los hospitales responde también a dos modelos distintos.

176. En el HVV, el Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud establece entre sus objetivos desarrollar un modelo de financiación para los hospitales del SAS de carácter prospectivo con base en la población.

177. Desde el año 2003, el modelo de financiación que se aplica a los centros del Servicio Andaluz de Salud es un modelo "capitativo" ajustado a cada centro en función del tipo de población y servicios que realmente presta, considerando las características propias de cada centro ligadas a su gasto histórico y la asignación de población en función de la actividad realizada.

178. El modelo financiero de distribución interna del SAS a los hospitales, distritos de atención primaria y áreas de gestión sanitaria, se estructura mediante el ajuste de una tarifa a rembolsar a cada centro proveedor sobre una base capitativa.

179. Los pilares fundamentales del modelo son, por tanto, la población a financiar y la tarifa básica prospectiva ajustada. Ambas variables se obtienen a partir del análisis de los sistemas de información de costes y actividad y de la organización y estructura de los servicios.

180. Basado en dichas variables, el modelo establece y fija un máximo de autorización de gastos a cada centro con el objeto de promover la utilización de servicios coste-efectivo.

181. Por su parte, la Empresa Pública Hospital Costa del Sol, y tal y como se establece en la Ley 5 /1983 de 19 de julio, General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, deberá presentar antes del 1 de julio de cada año, el programa de actuación, inversión y financiación correspondiente al ejercicio siguiente, complementado con una memoria explicativa del contenido del programa y de las principales modificaciones que presente en relación con el que se halle en vigor, además las empresas deberán presentar un presupuesto de explotación y otro de capital en los que se detallarán los recursos y dotaciones anuales correspondientes.

182. Una vez aprobado el presupuesto de la Comunidad Autónoma de cada ejercicio, las empresas procederán, en su caso, a ajustar los presupuestos de explotación y de capital así como los programas de actuación.

183. Partiendo de los dos sistemas de financiación expuestos, analizamos el resultado económico de la gestión y la situación financiera correspondiente al ejercicio 2008 para ambos hospitales.

184. El HVV presenta una situación deficitaria acumulada. Este déficit se concentra exclusivamente en el capítulo II del presupuesto de gastos del centro, y en concreto en los conceptos de gastos contabilizados en el artículo 22 del presupuesto: consumo de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis. El déficit total acumulado al final del ejercicio asciende a un importe total de 3.892.993 €.

€			
Artículos	Gasto Devengado	Gasto Contabilizado	Déficit
Artículo 20	114.082	115.743	1.661
Artículo 21	4.641.779	4.912.146	270.367
Artículo 22	60.661.296	55.730.540	-4.930.757
Artículo 23	64.698	63.331	-1.367
Artículo 25	5.001.962	5.769.065	767.103
TOTAL	70.483.818	66.590.825	-3.892.993

Cuadro nº 19

185. La Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el ejercicio 2008, aprobó el presupuesto de explotación de la EPHCS (hospital Costa del Sol y hospital de Benalmádena) con un crédito definitivo en el concepto de transferencia de financiación por importe de 129.445.942 €. Durante el ejercicio 2008 se aprueba un expediente de modificación presupuestaria por importe de 338.300 € para cubrir el déficit de explotación del ejercicio.

€	
Concepto	Importe
Transferencias Financiación.	129.445.942
Otros ingresos	9.519.561
Total Ingresos	138.965.503
Gasto Devengado	139.303.781
Déficit del ejercicio	338.278
Modificación Transf Financ.	338.300
Resultado Ejercicio	22

Cuadro nº 20 ⁹

186. La EPHCS presenta anualmente un presupuesto equilibrado desde su creación, aplicando las transferencias de financiación recibidas para la compensación de la cuenta de pérdidas y ganancias.

187. Para poder analizar de forma homogénea la información económica de ambos centros sanitarios y calcular los indicadores de eficiencia, se han agrupado los gastos por naturaleza, con independencia de los grupos de cuentas que les correspondan en cada modelo contable (Cuadro nº 21).

188. No se ha podido considerar la información analítica por centros de coste al tener cada uno de los hospitales sistemas y criterios de imputación distintos.

⁹ Cuadro nº 20 modificado por la alegación presentada.

	€	
CONCEPTO DE GASTOS	HVV	HCS
PERSONAL (1)	99.197.023	60.722.237
TOTAL CONSUMO MATERIAL SANITARIO	47.248.053	33.741.356
Consumo productos farmacéuticos	20.175.620	11.883.138
Fungible sanitario	10.907.925	8.588.518
Reactivos y material de laboratorios	4.995.052	4.268.877
Prótesis e implantes quirúrgicos	6.867.733	4.806.435
Ortoprótesis	2.485.148	1.482.961
Oxigenoterapia	1.816.575	887.625
Hemodiálisis (2)	-	1.823.801
CONCIERTOS DE SERV. DE CARÁCTER DIAGNÓSTICOS	934.642	800.155
OTROS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA	38.100	203.282
OTROS GASTOS DE EXPLOTACIÓN (3)	10.598.791	8.601.585
TRABAJOS REALIZADOS POR OTRAS EMPRESAS	12.209.328	7.717.014
TRANSPORTES SANITARIO Y OTROS TRANSPORTES USUARIOS	2.405.173	1.072.860
TOTAL GASTOS DE EXPLOTACIÓN	172.631.110	112.908.489
INVERSIONES	6.896.878	8.156.905
TOTAL (4)	179.527.988	121.015.394

Cuadro nº 21

(1) El total de gastos de personal sólo incluye el importe de las retribuciones.

(2) Hospital de Valme deriva el servicio de hemodiálisis al Hospital Virgen del Rocío.

(3) No se incluyen los conceptos de provisiones y amortizaciones.

(4) No se reflejan en los estados contables del HVV aquellos conceptos de gastos que asumen los SSCC del SAS como centro neurálgico de su red de hospitales (inversiones centralizadas, mantenimiento de equipos informáticos, asesoría jurídica, gestión de nóminas, etc.). El HCS asume en sus presupuestos estos gastos.

Gastos de personal

189. Las diferencias en la estructura de la plantilla de personal entre los dos hospitales es consecuencia de los distintos modelos, estatutario y laboral, en la que se organizan los hospitales.

190. El HCS (modelo laboral) puede gestionar la contratación del personal a su servicio en función de las necesidades asistenciales. El HVV (modelo estatutario) cuenta con una plantilla orgánica más rígida, en la que no puede disponer de las plazas ocupadas de forma definitiva por los profesionales. La distribución de las plantillas en ambos hospitales es la siguiente:

HOSPITALES	HVV	HCS
Población	349.376	372.964
Plantilla	2.481	1.412 ¹⁰
Puestos directivos	15	13
Direcciones/Jefat. asistenciales	34	16
% Absentismo (*)	5,59%	4,64%
Gasto pnal sanitario(€)	85.900.467	56.115.584
Gto pnal. no sanitario(€)	13.296.556	4.606.653
Total Gasto. pnal (€)	99.197.023	60.722.237

Cuadro nº 22

(*) No se incluyen los permisos por maternidad, paternidad y las suspensiones por riesgo de embarazo y lactancia.

191. En el HCS, los servicios de cita previa y centralita son prestados por empresas externas, por lo que para el cálculo de indicadores se incluye el coste de estos servicios como gastos de personal (un total de 935.841 € contabilizados por el HCS en el concepto de “trabajos realizados por otras empresas”).

192. A partir de los datos disponibles y homogeneizando en la medida de lo posible la información correspondiente a los dos centros hospitalarios, se han calculado los siguientes indicadores de gestión:

¹⁰ Cuadro nº 22 modificado por la alegación presentada.

	€		
Indicador	HVV	HCS	(1)/(2)
Gasto personal/Población cobertura	284	165	1,72
Gastos de personal/altas	4.232	3.236	1,31
Gasto personal sanitario/altas	3.664	2.945	1,24
Gasto personal no sanitario/altas	567	291	1,95

(*) Altas según CMBD

Cuadro nº 23

193. Puede observarse que todos los indicadores calculados con relación a los gastos de personal son más favorables en el HCS, que se comporta de forma más eficiente en la relación entre la población de cobertura, así como la actividad desarrollada, y los totales de gastos de personal (personal sanitario y, sobre todo, personal no sanitario).

194. En cuanto a la estructura directiva, en el cuadro nº 25 puede observarse la diferencia en el número de profesionales que ocupan puestos de direcciones o jefaturas asistenciales. El HVV dispone de un total de 36 puestos, entre jefes de servicio y directores de unidades de gestión clínica frente a los 16 puestos de categoría homologable con los que cuenta el HCS.

195. Si se desciende en el análisis de la composición de la estructura de dirección de cada hospital y el coste económico de la misma en términos comparativos obtenemos la siguiente información:

DIRECTIVOS	HVV	HCS
Personal directivos (nº)	15	13
Total retribuciones (€)	956.493	927.010
Retribución media(1)(2)	68.016	81.293

Cuadro nº 24

- (1) HVV: No se ha considerado a un directivo, ni su retribución, por no ser representativo el tiempo de desempeño del cargo.
 (2) HCS: No se han considerado a 2 directivos, ni sus retribuciones, por no ser representativo el tiempo de desempeño de los cargos.

196. Consideramos el primer nivel de estructura directiva del centro hospitalario los puestos clasificados en el organigrama entre la categoría de gerente hasta la de subdirección (Anexos I y II). En el total de retribuciones percibidas se incluye el concepto variable de incentivo/productividad.

En el caso del HCS todos los directivos han recibido el porcentaje máximo de incentivo (35% del total retribuciones básicas) por la con-

secución en todos los casos del 120% de los objetivos propuestos. (§ 60)

197. En el caso del HVV, el importe total percibido en concepto de productividad, una vez que el hospital ha cumplido con los objetivos propuestos en el contrato programa, ha incrementado las retribuciones en una media del 13%. (§ 71)

198. Se ha realizado la misma comparación en relación con los puestos correspondientes a jefaturas de servicio o sus homólogos de unidades de gestión clínica y direcciones de áreas integradas de gestión, es decir, la línea directiva vinculada directamente con la asistencia sanitaria al usuario y se han obtenido los siguientes resultados:

DIRECTORES	HVV	HCS
Direc. asistenciales (nº)	36	16
Total retribuciones (€)	2.664.787	1.311.998
Retribución media(1)	88.217	82.000

Cuadro nº 25

- (1) HVV: No se han considerado 4 directores por no percibir sus retribuciones directamente del hospital, y a 3 directores por no ocupar el puesto durante un tiempo representativo

199. Puede observarse como en los puestos de jefaturas de servicios asistenciales se produce una convergencia desde el modelo laboral al estatutario, al menos desde el punto de vista de las retribuciones.

En cuanto a los puestos correspondientes a la primera línea de dirección, la retribución media en el HCS es un 19% más elevada que la recibida por los puestos homólogos en el HVV.

Gasto de farmacia

200. En el cuadro siguiente se muestra el desglose del consumo de productos farmacéuticos en el ejercicio 2008 para cada uno de los hospitales objeto de análisis.

€		
CONCEPTOS	HVV	HCS
Gases medicinales	554.712	132.469
Hospital de día (1)	6.035.830	1.499.650
Resto consumo interno	4.981.271	4.041.922
T. Farmacia interna	11.571.813	5.674.041
T. Farmacia externa	8.281.804	6.209.097
TOTAL	19.853.617	11.883.138

Cuadro nº 26

(1) No se incluye en el gasto Hospital de día del HVV el importe correspondiente a los tratamientos de hormonas de crecimiento (322.003 €), ya que éstos no se hacen en el HCS.

201. En el concepto denominado *farmacia externa* se incluye el gasto correspondiente a tratamientos dispensados por los facultativos de los centros hospitalarios a pacientes que no suponen estancias en el hospital.

202. Para el cálculo de indicadores económicos, se relaciona el consumo en cada uno de los hospitales del importe clasificado como *resto interno*, equivalente al consumo de farmacia en hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias, con indicadores de actividad asistencial (ingresos, altas, CMA), y con los puntos GRD (estimación de consumo de recursos).¹¹

203. Los datos obtenidos para cada hospital han sido los siguientes:

¹¹ Punto 202 modificado por la alegación presentada.

CONCEPTO/INDICADOR	HVV	HCS
Consumo farmacia interno (resto interno) (€)	4.981.271	4.041.922
Nº de altas CMBD	23.442	19.052
Consumo/altas (€)	212	212
Ingresos más CMA	29.558	23.988
Consumo/ingresos más CMA(€)	169	169
Puntos GRD	37.413	27.238
Consumo/Puntos GRD (€)	133	148

Cuadro nº 27

204. El indicador que relaciona el consumo de farmacia interno con las altas y los ingresos más CMA es idéntico en el HVV y en el HCS.

205. No obstante, teniendo en cuenta que los puntos GRD suponen una estimación del consumo asociado a los distintos procedimientos realizados en el hospital, el indicador de consumo por puntos GRD resulta más favorable a HVV, al tener este centro un número superior

de puntos, lo que indica que el hospital realiza procedimientos con un mayor peso, y por lo tanto asociado a un consumo de recursos (tarifa) superior.

Gasto en fungible sanitario

206. Se analiza el consumo de material fungible sanitario en los dos hospitales estableciendo una relación con datos de la actividad desarrollada:

CONCEPTO/INDICADOR	HVV	HCS
Consumo fungible sanitario (€)	10.907.925	8.588.518
Nº de altas CMBD	23.442	19.052
Consumo/altas (€)	465	451
Ingresos más CMA	29.558	23.988
Consumo/ingresos más CMA (€)	369	358
Puntos GRD	37.413	27.238
Consumo/Puntos GRD (€)	292	315

Cuadro nº 28

207. Los resultados obtenidos aportan datos muy similares entre ambos hospitales en términos globales. La diferencia del consumo por altas entre ambos hospitales es de 14 €.

208. En cambio, si se relaciona el consumo total por puntos GRD, al igual que en el caso de gastos de farmacia, el consumo de material fungible resulta superior en el HCS.

Gastos en prótesis

209. Para realizar el análisis del gasto imputado por cada uno de los dos hospitales en los distintos conceptos de prótesis, se han agrupado los datos aportados por cada uno de los centros según naturaleza de la prótesis. Los gastos por estos conceptos se describen en el cuadro siguiente:

Tipo de Prótesis	€	
	HVV	HCS
Cardio-vasculares	4.066.737	2.437.243
Neuromodelacion	43.327	-
Traumatológicas	2.001.564	2.029.676
Reparadoras	219.278	33.649
Urológ. y genitales	109.237	58.558
Digestivas	43.244	65.310
Oftalmológicas	232.681	176.924
Otorrinolaringológ.	151.667	5.075
Total	6.867.735	4.806.435

Cuadro nº 29

210. Del total de gasto en prótesis se han analizado los consumos de cardiovasculares y traumatológicas por ser estos los de importe más significativo.

211. Los indicadores se han calculado teniendo en cuenta las altas correspondientes a GRD que llevan asociado la implantación de una prótesis, y en el caso de traumatología se han incluido también los procedimientos de osteosíntesis (placas,

tornillos, agujas, etc., en los diagnósticos de traumatismos y politraumatismos).

El total de altas multiplicadas por el peso de cada grupo relacionado de diagnóstico son los puntos que corresponden a cada hospital por los procedimientos realizados (Anexo IV).

212. La información ha sido facilitada por cada uno de los centros y los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Prótesis cardiovasculares	HVV	HCS
Consumo (€)	4.066.737	2.437.243
Altas GRD	2.021	1.568
Consumo/altas (€)	2.012	1.554
Puntos GRD	6.102	3.562
Consumo/puntos GRD (€)	666	684

Cuadro nº 30

Prótesis traumatológica y osteosíntesis	HVV	HCS
Consumo (€)	2.001.564	2.029.676
Altas GRD	1.354	1.126
Consumo/altas (€)	1.478	1.803
Puntos GRD	3.535	2.660
Consumo/puntos GRD (€)	566	763

Cuadro nº 31

213. Puede observarse que el coste por puntos GRD es superior en el HCS para los dos tipos de prótesis.

214. Para las prótesis cardiovasculares, aunque más favorable para el HVV, la diferencia no es significativa, pero el mismo indicador calculado para prótesis de trauma y osteosíntesis supone un coste por puntos un 34% superior en el HCS (763 € frente a 566 €).

215. Analizando el consumo de prótesis y osteosíntesis de forma independiente, obtenemos los siguientes resultados:

Prótesis traumatológica	HVV	HCS
Consumo (€)	1.200.938	893.057
Altas GRD	668	339
Consumo/altas (€)	1.798	2.634
Puntos GRD	2.395	1.417
Consumo/puntos GRD (€)	501	630

Cuadro nº 32

Osteosíntesis	HVV	HCS
Consumo (€)	800.626	1.136.618
Altas GRD	686	787
Consumo/altas (€)	1.167	1.444
Puntos GRD	1.140	1.243
Consumo/puntos GRD (€)	702	914

Cuadro nº 33

216. Por lo tanto, y a la vista de los resultados obtenidos, se puede decir que el HVV realiza una gestión más eficiente de los recursos disponibles, realizando una actividad mayor que el HCS a menor coste.

217. En este aspecto se debe prestar atención a la significativa diferencia en el número de altas en los GRD relacionados con la implantación de prótesis traumatológicas (sin tener en cuenta la osteosíntesis), un 97% superior en el HVV (Cuadro nº 32).

Es decir, que este hospital presenta una indicación quirúrgica muy superior a la del HCS en relación con estos procedimientos.

218. En el Anexo IV se relacionan todos los GRD considerados en este análisis. En los datos expuestos se observa que la mayor diferencia en el número de altas se presenta en el GRD 209 "Sustitución articulación mayor excepto cadera".

En el cuadro siguiente se detallan, para este GRD, las tasas de indicación estandarizada de cada uno de los hospitales analizados y tasa media estandarizada para el grupo II de hospitales de Andalucía son las siguientes:

Procedimiento "Prótesis de rodilla"	HVV	HCS
Altas GRD 209 (1)	385	86
Tasa indicación estandarizada del hospital (%)	142,4	42,3
Tasa indicación estandarizada grupo II hospitales (%)	91,5	91,5
% Variación	55,6%	-53,8%

(1) Sustitución articulación mayor excepto cadera.

Cuadro nº 34

219. Puede observarse como los dos hospitales presentan tasas estandarizadas de indicación quirúrgica, para el GRD 209, muy alejadas de la tasa media de los hospitales del grupo II. Estos datos suponen que en ambos casos, el HVV por exceso y el HCS por defecto, se desvían de una tasa de indicación media para una población estándar.

Otros indicadores económicos

220. Para concluir el análisis económico se calculan indicadores genéricos (respecto a población de cobertura, altas y puntos GRD) relacionándolos con las partidas más representativas de los restantes conceptos que conforman la liquidación de gastos en ambos hospitales.

Indicadores	HVV	HCS	€ (1)/(2)
Gasto total/población de cobertura	514	324	1,58
Gasto total/altas*	7.658	6.352	1,20
Gasto total/puntos GRD	4.799	4.443	1,08
Total gastos de explotación/población cobertura	494	303	1,63
Total gastos de explotación/altas*	7.364	5.924	1,24
Total gastos de explotación/puntos GRD	4.614	4.145	1,11
Gastos de consumo sanitario/población cobertura	135	90	1,49
Gastos de consumo sanitario/altas*	2.016	1.771	1,14
Gastos de consumo sanitario/puntos GRD	1.263	1.239	1,01

(*) Altas según CMBD

Cuadro nº 35

221. La relación de gastos totales con la población de cobertura y con el total de altas en el ejercicio, como indicador de la actividad del hospital, resulta más favorable al HCS.

222. El gasto total de explotación por habitante es un 63% superior en el HVV. Este hospital resulta penalizado en los indicadores calculados con el dato de población, al ser esta menor que la asignada al HCS. No obstante, las diferencias disminuyen cuando relacionamos los gastos con la actividad desarrollada ya que, a pesar de tener menos población asignada, en el hospital dependiente del SAS el número de altas y todos los datos relativos a actividad son superiores a los del HCS.

- Ingresos por facturación de asistencia sanitaria a terceros

223. Los conceptos de facturación de asistencia sanitaria a compañías médicas privadas, aseguradoras por accidentes de tráfico, mutualidades

por accidentes de trabajo, pacientes privados y otros son los siguientes:

Facturación ingresos	HVV	HCS
Pacientes privados	-	1.640.606
Accidentes de trabajo	144	314.562
Accidentes de tráfico	628.463	755.958
Cías aseguradoras	-	469.114
Subtotal Prest.. Servicios	628.607	3.180.240
Reintegros y otros	14.028	-
Facturación no asistencial	-	604.695
TOTAL	642.635	3.784.935

Cuadro nº 36

224. En el caso del hospital de Valme, los importes correspondientes a las facturaciones realizadas se ingresan en la Tesorería del SAS, cuenta restringida de ingresos, es decir, que el hospital no dispone directamente de los importes facturados correspondientes a la asistencia sanitaria que ha prestado.

225. Por el contrario, los importes facturados por el HCS, sí se imputan a la tesorería propia del hospital, por lo que el centro puede determinar el destino de los fondos en el momento de su devengo.

226. Esta diferencia supone una mayor motivación para el HCS en aras de invertir recursos humanos y técnicos en las funciones dedicadas a la identificación, gestión y facturación de los cargos a terceros.

227. Por otro lado, el HCS ha grabado en la aplicación del INSS (FISS WEB) las prestaciones de servicios asistenciales realizadas a ciudadanos extranjeros cubiertos mediante convenios internacionales por un importe de 8.393.345 €. Este importe no se ingresa en la tesorería del hospital, ni se contabiliza como ingreso en los estados financieros de la empresa, formando parte de compensaciones que se realizan en la Tesorería General de la Seguridad Social.

III.5 PLANES DE INVERSIÓN: INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

228. Contar con adecuadas instalaciones y medios técnicos permite llevar a cabo una gestión más eficiente de los recursos.

Por esta razón se han analizado los planes de inversiones realizados en los dos hospitales durante los últimos ejercicios.

229. El HVV se crea en el año 1984 y el HCS inicia su actividad en 1993. Para el mantenimiento del estado de uso y la adaptación a las necesidades del incremento de la población de cobertura, se han ido realizando obras de renovación y ampliación de infraestructuras que en el caso del HCS supondrá un incremento aproximado de su superficie en un 60%.

230. La superficie total construida para en el Área hospitalaria de Valme y el HCS es la siguiente:

CENTROS	m2	
	AHVV	HCS
H. V. Valme	76.329	
H. El Tomillar	16.885	
C.P.E. Alcalá de G.	3.323	
C.P.E. Dos Hermanas	3.730	
C.P.E. Morón Fra.	3.532	
Hospital Costa del Sol		50.000
C.A.R.E. Mijas		1.500
TOTAL m2	103.799	51.500

Cuadro nº 37

231. En el cuadro siguiente se exponen las cantidades recibidas por ambos hospitales como dotación del plan de inversiones para la renovación de su estructura fija.

Ejercicios	€	
	AHVV	HCS
2006	2.904.527	4.652.320
2007	2.359.743	5.091.448
2008	8.031.378	8.156.905
TOTAL	13.295.648	17.900.673

Cuadro nº 38

232. El detalle de los créditos destinados a inversiones en el último ejercicio ha sido el siguiente:

INVERSIONES 2008	€	
	AHVV	HCS
Inver. nueva construcción	17.000	5.614.444
Inver. nueva maqu. e instal.	265.507	2.207.494
Inver. reposic.construcciones	4.246.191	-
Inver. reposic.maqu. e instal.	1.338.621	334.967
Inver. reposic. mobiliario	628.038	-
Inver. reposic. sist.proc.infor.	400.419	-
Inver. reposic. otro inmov.	1.102	-
Inver. Centralizadas	1.134.500	-
TOTAL	8.031.378	8.156.905

Cuadro nº 39

233. El "Plan de modernización Valme 2008-2010", aprobado por un importe total de 12 millones de euros, permitirá al hospital aumentar la superficie destinada a la asistencia sanitaria e incorporar nuevas prestaciones.

234. La obra de ampliación del Hospital Costa del Sol comenzó en septiembre de 2008. El proyecto comprende los trabajos necesarios para la construcción del nuevo edificio de hospitalización y consultas externas, aparcamiento subterráneo e infraestructuras complementarias

en el recinto del hospital. El presupuesto base de licitación asciende a 48.470.078 euros.

235. La ampliación permitirá al Hospital disponer finalmente de 550 habitaciones, 150 de las cuales, serán individuales. El plazo de ejecución de las obras se estima en tres años desde su comienzo.

236. En el cuadro nº 38 puede observarse que las inversiones en el HCS son superiores a las realizadas en los últimos ejercicios en el área hospitalaria Virgen de Valme en un 34%.

III.6 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

- Encuesta de satisfacción de los hospitales

237. Una vez analizada la actividad de ambos hospitales desde el punto de vista de la eficacia, la eficiencia y la economía, se propone analizar la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria por parte del usuario, destinatario de las prestaciones hospitalarias.

238. Los indicadores de calidad obtenidos en los epígrafes anteriores, aportan una visión de esta variable desde un punto de vista técnico (reingresos, enfermedades nosocomiales, traslados a otros centros). Para conocer lo que los usuarios perciben y el nivel de satisfacción que les aporta la asistencia prestada es necesario conocer los resultados obtenidos a partir de las encuestas de satisfacción.

239. Anualmente, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA), en el marco de un convenio de colaboración, realizan encuestas de satisfacción a usuarios entre los pacientes con ingreso hospitalario en los centros pertenecientes al SSPA.

240. En las encuestas realizadas aparecen todos los hospitales del SAS y las empresas públicas hospitalarias dependientes de la Consejería de Salud.

241. Las 42 preguntas de las que consta la encuesta se dividen en tres bloques de indicadores:

- Indicadores de satisfacción general respecto al hospital: limpieza, confidencialidad, información, calidad de la comida, etc.

- Indicadores de uso y demanda, referidos a la percepción por el usuario de la prestación recibida: días de hospitalización, realización de pruebas médicas, etc.

- Bloque específico de parto

Si se comparan los resultados de ambos hospitales respecto a la media obtenida en los hospitales de Andalucía, la posición de los centros sanitarios es la siguiente:

Indicadores	HVV	HCS
	Nº	Nº
	Indicadores	Indicadores
Satisfacción	27	27
>	-	9
=	21	18
<	6	-
Uso y Demanda	7	7
>	-	2
=	7	5
<	-	-
Partos	8	8
>	1	4
=	7	4
<	-	-

Cuadro nº 40

(>)/(<)/= Nº de indicadores en los que el hospital está significativamente por encima/debajo/=, respectivamente, que la media de Andalucía en esos indicadores.

242. A la vista del cuadro anterior, observamos que en relación con la calidad percibida, el HVV está en la media de los hospitales andaluces (35 de los 42 indicadores se posicionan en este punto).

243. La valoración por el usuario del HCS es sensiblemente superior respecto a la del HVV, al ser valorado por encima de la media andaluza en un total de 15 indicadores y no presenta ninguna percepción de calidad por debajo de esta.

- Valoración de la atención hospitalaria

244. Además de las encuestas de satisfacción comentadas en el punto anterior, los propios centros hospitalarios, al objeto de conocer con inmediatez la opinión de los usuarios sobre la calidad de la asistencia que reciben, y en cumplimiento de uno de los objetivos propuestos en

el contrato programa, realizan cuestionarios de satisfacción al alta del paciente. Los cuestionarios cumplimentados se remiten al Servicio Andaluz de Salud que trimestralmente emite un informe con los resultados obtenidos.

245. El cuestionario contiene 13 preguntas cerradas sobre la valoración integral de la atención

recibida por el paciente durante su estancia en el centro hospitalario. En este caso, los resultados del HVV y su centro dependiente, hospital El Tomillar, se extraen de forma independiente. En el cuadro siguiente se exponen los resultados obtenidos de las encuestas autocumplimentadas correspondientes al cuarto trimestre del ejercicio 2008.

Indicadores de Satisfacción	HVV	H. ELTOMILLAR	HCS	SAS Grupo II
Atención sanitaria	94,8 %	95,4 %	94,4 %	93,2 %
Recomendaría este hospital	89,7 %	90,9 %	89,3 %	87,9 %
Confort de habitación	73,3 %	71,5 %	65,1 %	65,7 %
Limpieza	81,3 %	85,3 %	76,1 %	75,8 %
Comida	63,9 %	70,3 %	61,6 %	68,4 %
Régimen de visitas	86,7 %	91,4 %	80,4 %	79,7 %
Información sanitaria	92,1 %	89,7 %	87,5 %	87,9 %
Identific. de profesionales	90,6 %	89,1 %	85,8 %	86,0 %
Atención de Médicos	96,6 %	97,9 %	89,8 %	93,9 %
Atención de enfermeros/as	96,4 %	98,5 %	95,4 %	94,5 %
Atención de auxiliares enfermería	94,4 %	95,9 %	93,4 %	92,1 %
Atención personal no sanitario	90,4 %	96,4 %	88,3 %	87,8 %
Trato recibido	96,3 %	97,9 %	94,3 %	94,1 %

Fuente: Informe del Instituto de Marketing y Comunicación S.L. (IMC)

Cuadro nº 41

246. La tasa media de respuestas de los hospitales del grupo II ha sido del 22%. El HVV con una tasa de respuesta del 39,6% y el Tomillar con un 29,3% se encuentran por encima de la tasa media de respuesta. Por el contrario, el HCS obtiene una tasa del 19,6% de respuestas de usuario, por debajo de la media de hospitales de su grupo.

247. Se consideran “debilidades del sistema” aquellas que no superen una satisfacción media del usuario por encima del 70%.

248. Puede observarse que la media de los hospitales andaluces no alcanzan ese porcentaje en las variables de “confort de las habitaciones”, y “comida”. El HCS presenta debilidades en estas dos variables, el HVV supera la satisfacción mínima exigida en cuanto al confort de las habitaciones pero queda por debajo en relación con la comida. Los resultados del hospital El Tomillar se sitúan por encima de la media de satisfacción en todos los aspectos valorados por el usuario.

249. Si se comparan las valoraciones obtenidas por el HVV y HCS, se puede observar que, en contraste con los resultados de las encuestas realizadas, los cuestionarios cumplimentados al alta asignan valores de satisfacción sensiblemente superiores al HVV, que sólo se encuentra por debajo de la media en la valoración de la comida.

250. La satisfacción percibida por el usuario del HCS, aunque sin duda alta, se encuentra por debajo de la media andaluza en un total de cinco variables, sin olvidar que la tasa de respuesta obtenida también ha resultado la más baja de los tres centros analizados.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones más relevantes del trabajo realizado son las siguientes:

Estructura organizativa

251. Aunque ambos centros hospitalarios pertenecen al SSPA, se diferencian en la estructura organizativa.

En el HCS, constituido jurídicamente como empresa pública, el nivel superior de dirección y decisión se encuentra en el Consejo de Administración del que depende la dirección gerencia del hospital y de ésta, a su vez, la subdirección gerencia y las direcciones: médica, de enfermería, investigación, económica, recursos humanos, asesoría jurídica y servicios generales.

Desde su creación, el HCS introduce el concepto de organización de los servicios clínicos como “Áreas Integradas de Gestión” (AIG). Estas áreas, dependen orgánica y funcionalmente de la dirección y subdirección médica y agrupan especialidades asistenciales con objetivos comunes.

La organización por AIG se diferencia de la tradicional por servicios de especialidades asistenciales, en que aquellas disponen de autonomía en la gestión de sus recursos económicos y de personal. (§ 27 a 29)

252. El HVV, integrado en la red de centros hospitalarios dependientes del SAS, se organiza según lo establecido en el Decreto 105/1986, modificado por el Decreto 462/1996, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales.

Según el citado decreto la dirección unipersonal del hospital recae en el director gerente del que dependen la subdirección gerencia, y las direcciones médicas, enfermería, servicios generales y económico-administrativa, además de nueve subdirecciones (3 médicas, 2 de enfermería, 2 económica financiera, 2 de servicios generales).

En cuanto a la parte asistencial, el hospital se encuentra en un momento de transición desde la tradicional organización por servicios de especialidades, a la organización por “Unidades de Gestión Clínica”, concepto asimilable a las “Áreas integradas de Gestión” del HCS.

Actualmente el HVV cuenta con once UGC: continuidad asistencial, enfermedades infecciosas, salud mental, medicina interna, radiodiagnóstico, farmacia, bloque quirúrgico, neurología, neumología, microbiología y enfermedades digestivas. El resto de especialidades continúan

con la estructura de servicios. (§ 30 a 34)

253. Tanto en el HVV, como en el HCS, la gestión por procesos se encuentra implantada en la vertiente de gestión clínica, pero no en cuanto a la gestión de recursos que en ambos centros está orientada a la dirección o gestión por objetivos. (§41)

Fijación y consecución de objetivos

254. Los dos hospitales tienen definidos sus objetivos en el contrato programa, y en ambos sistemas de gestión los profesionales se sienten implicados en su consecución.

Los objetivos generales del contrato programa se despliegan en objetivos específicos por áreas de trabajo o acción.

Según la evaluación realizada, los dos centros sanitarios han alcanzado, en términos generales, los objetivos marcados en el contrato programa. (§ 63 y 75)

255. El establecimiento de objetivos se realiza anualmente y se evalúan y revisan con una periodicidad semestral. La consecución de los objetivos marcados se vincula a sus correspondientes conceptos retributivos de carácter variable.

Aunque en el ejercicio 2008 en ambos hospitales la gestión de los objetivos se realizaba de forma manual, a partir del 2009 se dispone de una herramienta informática de gestión integral de los objetivos de la organización. (§ 53 y 73)

256. Se han analizado los procedimientos de fijación y evaluación de objetivos en los dos centros sanitarios, comprobando el cumplimiento de los principios generales definidos en el contrato programa además del cumplimiento de los objetivos específicos por áreas establecidos por cada uno de los hospitales. En todos los casos se ha podido comprobar la negociación y aceptación expresa del trabajador. La documentación justificativa archivada en los expedientes de cada una de las direcciones, en general, está completa y contiene toda la infor-

mación necesaria para que el trabajador conozca los objetivos marcados, la evaluación que le corresponde y las áreas de mejora. (§ 63 y 75)

257. Una de las dificultades del análisis ha sido la falta de definición de indicadores cuantitativos para la medición de algunos de los objetivos propuestos en el contrato programa del HVV, llegando a plantearse más como declaración de intenciones que como objetivos concretos, medibles y alcanzables. (§ 51)

258. Las retribuciones del personal directivo y directores de líneas de procesos del HCS se encuentran fuertemente ligadas a la consecución de los objetivos marcados en el contrato programa (40% director gerente, 35% direcciones AIG).

En términos generales, el hospital ha cumplido los objetivos fijados en el contrato programa, este hecho determina que todos los puestos directivos hayan percibido el 100% de las retribuciones en concepto de incentivo. (§ 61 y 62)

259. En el caso del HVV, que también alcanza los objetivos marcados en el contrato programa, los conceptos retributivos vinculados a la consecución son inferiores que en el HCS. En el ejercicio 2008, el porcentaje de productividad correspondiente al equipo directivo ha variado en una horquilla entre el 12 y el 15% de las retribuciones percibidas. (§ 70 y 71)

Eficacia y eficiencia

260. Para la medición de la eficacia y la eficiencia, la Consejería de Salud y el SAS utilizan una importante batería de indicadores obtenidos a partir de múltiples sistemas de información, con objetivos y prestaciones distintas para sus usuarios (CMBD, INIHOS, SICPRO,...) (§ 77 y siguientes)

Deben analizarse desde los Servicios Centrales del SAS y la Consejería de Salud las prestaciones de los distintos sistemas de información, con el objeto de simplificar la solicitud y tramitación de los datos a los hospitales.

- Actividad de hospitalización

261. El HCS, aunque con mayor población de cobertura, presenta un número menor de ingresos en el ejercicio. La frecuentación hospitalaria es superior en el HVV. (§ 100)

262. El indicador que mide la “estancia media” es uno de los que presenta más diferencia entre los dos hospitales. En el HVV la estancia media resulta un 30% superior respecto del HCS. Este resultado afecta de forma negativa al resto de indicadores (rotación, índice de utilización de estancias, etc.). El IUE2 para los dos hospitales presenta valores por debajo del valor medio esperado, un 20% en el HCS y un 5% en el HVV. (§ 105 y 115 y siguientes)

263. En este caso, y según los resultados obtenidos, la disminución de la estancia por debajo de la media esperada para la casuística tiene como consecuencia, entre otras posibles causas, un porcentaje de reingresos mayor en el HCS (4,78% frente al 4,15 del HVV). (§ 121)¹²

Si el HVV disminuyera la estancia media en los GRD con mayor número de altas (concretamente el 373 “parto vaginal sin complicaciones”, gestionando la estancia media de la categoría diagnóstica mayor “embarazo, parto y puerperio” (5.147 altas según datos Cuadro nº 8), obtendría una importante ganancia (ganancia potencial) y un mejor resultado en el IUE2.

- Actividad de consultas

264. El HVV no tiene definidos objetivos cuantificados de consultas en el contrato programa. (§ 131)

265. El número total de consultas externas realizadas en el ejercicio es un 54% superior en el HVV a pesar de tener menor población de cobertura.

Si se considera el número de salas disponibles en un centro y otro, puede observarse una utilización de las salas muy superior en el HCS, en el que cada espacio físico es utilizado para una media de 20 consultas diarias, frente a las 13

¹² Punto 263 modificado por la alegación presentada.

calculadas para el HVV. Los factores que influyen, en la mayor utilización de los recursos disponibles en el HCS son la accesibilidad horaria de los profesionales y la ubicación más centralizada de las salas de consulta. (§ 133 y 134)

266. Ambos hospitales presentan el mismo porcentaje de consultas sucesivas (57%), lo que quiere decir que en un 43% de los casos se consigue el alta del paciente en una primera consulta. (§ 135)

Deben definirse objetivos cuantificables, motivadores y alcanzables para la actividad de consultas en el contrato programa del HVV.

Para cumplir el objetivo propuesto en contrato programa, el HCS debe continuar enfocando la actividad de consultas al incremento de la asistencia en "acto único", dato de actividad del que no se dispone en el HVV.

- Actividad de urgencias

267. El HCS tiene una mayor población de cobertura y atiende a un número más elevado de pacientes en el servicio de urgencias. La presión que las urgencias ejercen en la actividad del hospital se calcula relacionando las urgencias ingresadas con el total de ingresos en hospitalización. (§ 137)

268. Según los resultados obtenidos, el HCS realiza una gestión del servicio de urgencias más eficiente que el HVV, al resolver los episodios de urgencias con un menor número de ingresos y con un porcentaje inferior que el HVV de traslados a otros centros. (§ 138)

269. La elevada frecuentación de urgencias tiene como consecuencia inmediata demoras en la prestación de asistencia al usuario. Por lo tanto, estos servicios son los más afectados por el número de reclamaciones. (§ 139)

270. Ambos hospitales tienen un número muy similar de reclamaciones de usuarios, aunque el servicio de urgencia del HCS recibe un 137% más de reclamaciones que el HVV. (§ 140)

- Actividad quirúrgica

271. La actividad quirúrgica tanto programada, como urgente y la resolución de CMA, resulta superior en el HVV, centro que cuenta con un número superior de quirófanos y de camas en hospitalización. (§ 144 y 145)

272. La estancia preoperatoria, en el caso de cirugía con ingreso, es superior en el HVV. Según los indicadores obtenidos, en el hospital de Valme el paciente ingresa un día antes de la intervención quirúrgica (1,03 días), mientras que en el HCS la estancia preoperatoria es mínima (0,04 días). (§ 146)

Una disminución potencial de las estancias preoperatoria contribuiría a una disminución (potencial) de la estancia media del hospital y del IUE2.

273. El indicador relacionado con la calidad de la asistencia, prevalencia de enfermedades nosocomiales, ofrece resultados más favorables en el HCS. (§ 151 y siguientes)

274. Del análisis comparativo de las tasas de indicación quirúrgica se observa que en el HVV se prescribe más cirugía por 100.000 habitantes que en el HCS.

En concreto, la tasa de indicación quirúrgica en el GRD 209 "Sustitución de articulación mayor excepto rodilla", presenta unos valores muy alejados de la media en los dos hospitales, muy por encima en el caso del HVV (55,6%) y muy por debajo en el HCS (-53,8%). (§ 156 y anexo III)

Las direcciones de los dos hospitales deben revisar sus tasas de indicación quirúrgica por procedimientos, al objeto de corregir las posibles desviaciones sobre la tasa esperada y conseguir optimizar los recursos disponibles adecuándolo a las necesidades reales de los usuarios del sistema sanitario.

275. En el ámbito de la equidad y la accesibilidad a los servicios sanitarios se ha realizado el análisis de los tiempos medios de respuesta quirúrgica, establecidos en el Decreto 209/2001, del 18 de septiembre de la Consejería de Salud y en la Orden de 20 de diciembre de 2006. (§ 160)

276. Según el análisis realizado, el HCS cumple los plazos establecidos en el decreto de garantía. (§ 169)

277. En relación con el HVV, las incidencias detectadas en el RDQ impiden confirmar los datos aportados por el sistema de Gestión de Demanda, sobre el cumplimiento de plazos de garantía quirúrgica en este centro sanitario. (§ 170 y 172)

- Conclusiones de carácter económico

278. El HVV presenta una situación deficitaria acumulada, ascendiendo el total de gastos pendiente de imputación a presupuestos al cierre del ejercicio 2008 a un importe total de 3.892.993 €. (§ 184)

279. La situación financiera de la empresa pública permanece saneada, sin que se acumulen pérdidas de ejercicios anteriores. Anualmente se aplican transferencias de financiación para compensar la cuenta de pérdidas y ganancias. Durante el ejercicio 2008 se aprueba un expediente de modificación presupuestaria por importe de 338.300 € para cubrir el déficit de explotación del ejercicio. (§ 185)

280. Todos los indicadores calculados con relación a los gastos de personal son más favorables en el HCS, que se comporta de forma más eficiente en la relación entre la población de cobertura, así como la actividad desarrollada, y los totales de gastos de personal (personal sanitario y, sobre todo, personal no sanitario). (§ 193)

281. Puede observarse como en los puestos de jefaturas de servicios asistenciales se produce una convergencia desde el modelo laboral al estatutario, al menos desde el punto de vista de las retribuciones. En cuanto a los puestos correspondientes a la primera línea de dirección, la retribución media en el HCS es un 19% más elevada que la recibida por los puestos homólogos en el HVV. (§ 199)

282. Los consumos en farmacia y material fungible relacionados con los puntos GRD, como estimación del coste de los procedimientos realizados en los centros sanitarios, resultan más favorables para el HVV. (§ 205 y 208)

283. Para las prótesis cardiovasculares, el indicador de consumo por puntos GRD, aunque más favorable para el HVV, la diferencia no es significativa, pero el mismo indicador calculado para prótesis de trauma y osteosíntesis supone un coste por puntos un 34% superior en el HCS (763 € frente a 566 €). (§ 214)

284. El gasto total por habitante es un 58% superior en el HVV. A este respecto se debe tener en cuenta que no se han incluido los importes correspondientes a los gastos centralizados que asumen directamente los SSCC del SAS como centro director del organismo autónomo (inversiones centralizadas, mantenimiento de equipos informáticos, asesoría jurídica, gestión de nóminas, etc.).

La relación del total gastos de explotación con la complejidad y el coste estimado de los procesos realizados, representado por el peso y los puntos GRD, aportan resultados más favorables para el HCS, excepto para los consumos de farmacia, fungible sanitario y prótesis. (§ 205, 208, 214, 221 y 222)

285. La facturación a terceros en el ejercicio 2008 ha ascendido a 642.635 € en el HVV y 3.784.935 € para el HCS.

En el caso del HVV, los importes correspondientes a las facturaciones realizadas se ingresan en la Tesorería del SAS, cuenta restringida de ingresos, es decir, que el hospital no dispone directamente de los importes facturados correspondientes a la asistencia sanitaria que ha prestado.

Por el contrario, los importes facturados por el HCS, sí se imputan a la tesorería propia del hospital, por lo que el centro puede determinar el destino de los fondos en el momento de su devengo.

Esta diferencia supone una mayor motivación para el HCS en aras de invertir recursos humanos y técnicos en las funciones dedicadas a la identificación, gestión y facturación de los cargos a terceros.

Las prestaciones de servicios asistenciales realizadas a ciudadanos extranjeros cubiertos mediante convenios internacionales, grabadas por

el HCS en la aplicación del INSS (FISS WEB) han ascendido en el ejercicio 2008 a un total de 8.393.345 €. Este importe no se ingresa en la tesorería del hospital, ni se contabiliza como ingreso en los estados financieros de la empresa, formando parte de compensaciones que se realizan en la Tesorería General de la Seguridad Social. (**§ 223 y siguientes**)

- Satisfacción de los usuarios

286. En relación con la satisfacción de los usuarios se observa un alto nivel de satisfacción en ambos hospitales públicos.

La valoración por el usuario del HCS, medida a través de encuestas de satisfacción, es sensiblemente superior respecto a la del HVV, al ser valorado por encima de la media andaluza en un total de 15 indicadores y no presenta ninguna percepción de calidad por debajo de esta.

En contraste con los resultados de las encuestas realizadas, los cuestionarios cumplimentados al alta asignan valores de satisfacción sensiblemente superiores al HVV, que sólo se encuentra por debajo de la media en la valoración de la comida.

La satisfacción percibida por el usuario del HCS, aunque sin duda alta, se encuentra por debajo de la media andaluza en un total de cinco variables, sin olvidar que la tasa de respuesta obtenida también ha resultado la más baja de los centros analizados. (**§ 237 y siguientes**)

287. Como resultado de los análisis realizados y las conclusiones expuestas en los puntos anteriores, se puede concluir que:

- Ambos hospitales alcanzan los objetivos estratégicos definidos desde la Consejería de Salud y el SAS.

- Las diferencias fundamentales entre los dos modelos se centran en el diseño de la estructura y régimen jurídico del personal. La dirección gerencia del hospital Costa del Sol dispone de la competencia y capacidad de selección de los profesionales que entran a formar parte de la organización (relación laboral). La estructura de

personal del hospital Virgen de Valme le viene impuesta a su dirección (relación estatutaria). El mantenimiento del alto coste de personal afecta de forma definitiva a la relación coste/ actividad.

- La gestión económica y financiera, resulta más flexible e independiente en el HCS que sin encorsetamientos presupuestarios permite a la empresa gestionar su estructura de gastos, ingresos e inversiones.

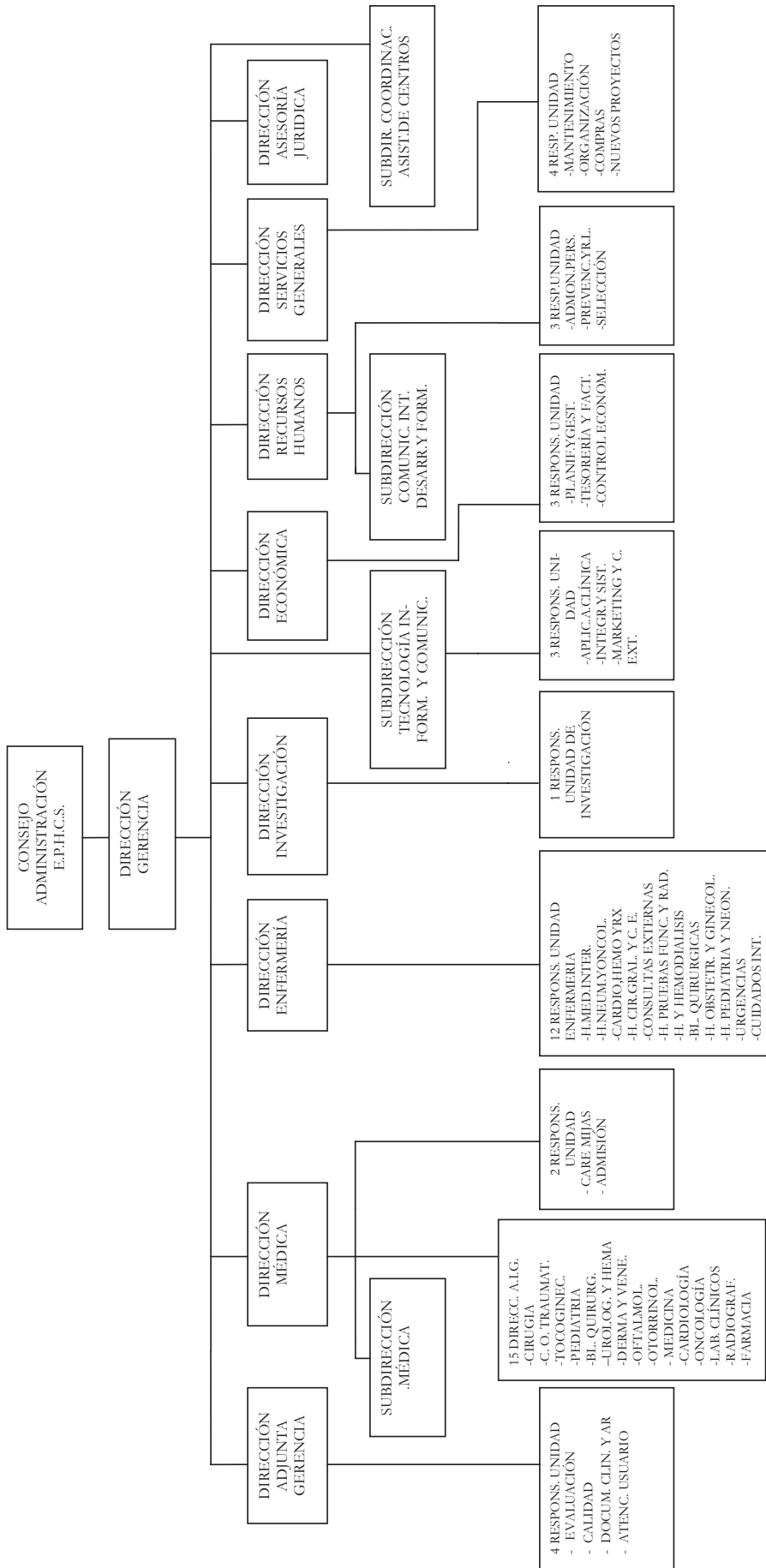
- El HCS resulta más económico y eficiente en la gestión de los recursos disponibles, con un coste total de la asistencia prestada por habitantes un 58% menor que el HVV.

- En los consumos de farmacia, material fungible y prótesis, la eficiencia, medida en la relación coste/complejidad, resulta favorable al HVV.

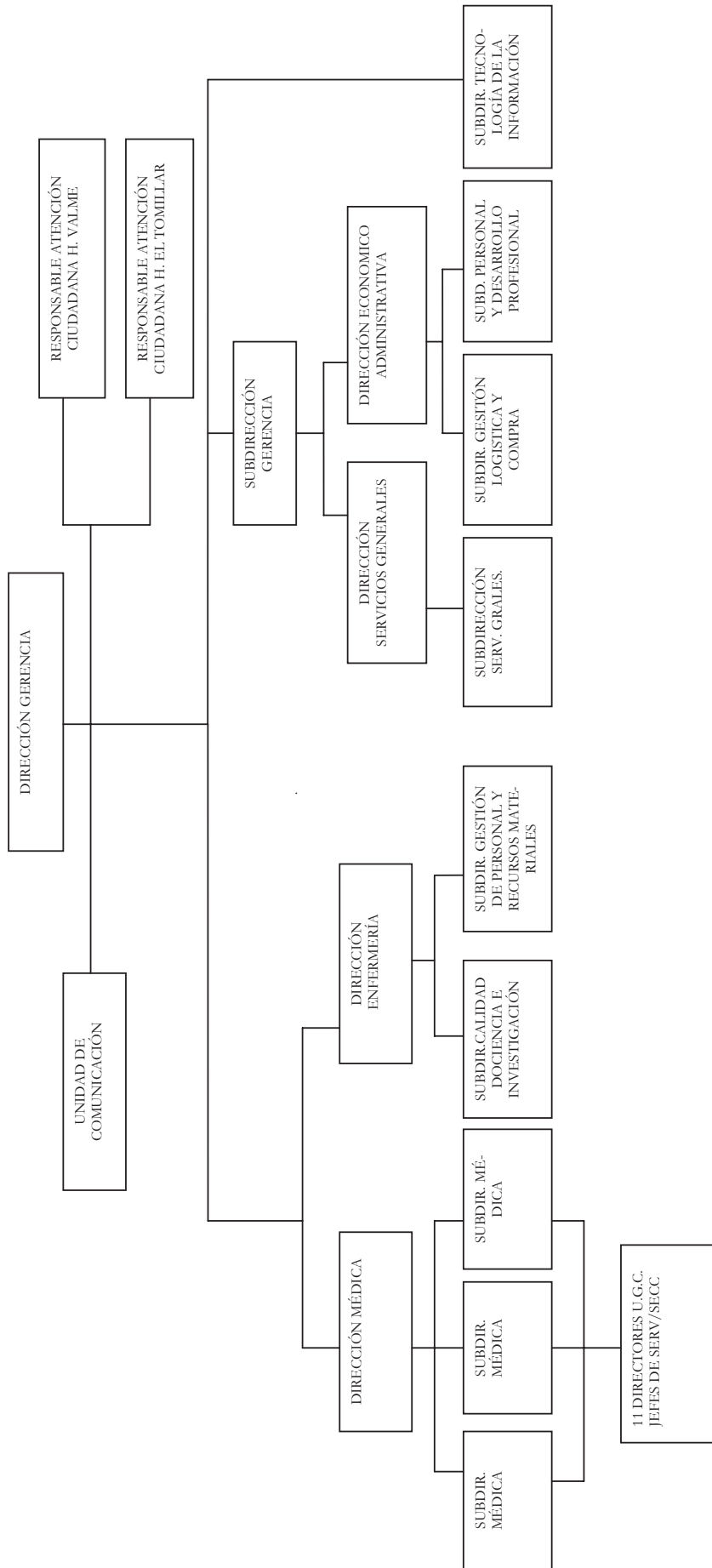
288. La calidad de la asistencia prestada en los dos hospitales se encuentra por encima de la media de los hospitales andaluces de su nivel, siendo alta en los dos centros sanitarios que cumplen los requisitos de accesibilidad exigidos por la Consejería de Salud.

V. ANEXOS

HOSPITAL COSTA DEL SOL



AREA HOSPITALARIA DE VALME



ANEXO III

COMPARATIVO TASAS DE INDICACIONES ESTANDARIZADAS POR 100.000 HABITANTES

GRUPO PROCEDIMIENTOS	TASA ESTANDARIZADA		PORCENTAJE DE VARIACIÓN		TASA ESTANDARIZADA		PORCENTAJE DE VARIACIÓN	
	GRUPO HOSPITALES	ENE-DIC 2008.	HVV	HVV	ENE-DIC 2008.	HCS	HCS	
1. EXTRACCIÓN CATARATAS	661,6	951,1	43,7%	677,1	2,3%			
2. REPAR. HERNIAS PARED ABD.	243,1	297,4	22,4%	258,1	6,2%			
3. EXCISIÓN AMÍGDALAS Y ADENOIDES	109,2	128,4	17,6%	97,1	-11,0%			
4. HALLUX VALGUS Y OTRAS REPAR.	102,8	81,9	-20,3%	52,6	-48,9			
5. PRÓTESIS DE RODILLA	91,5	142,4	55,6%	42,3	-53,8%			
6. ARTROSCOPIA	88,9	89,6	0,8%	98,5	10,8%			
7. INTERV. VESÍCULA BILIAR	99,9	108,4	8,5%	110,3	10,4%			
8. FIMOSIS	203,5	245,1	20,4%	136,4	-33,0%			
9. EXCISIÓN Y RESECCIÓN MAMA	56,4	84,0	48,9%	47,2	-16,4%			
10. LIBERACIÓN TUNEL CARPO	73,9	48,7	-34,1%	89,7	21,4%			
11. EXCISIÓN QUISTE PILONOIDAL	57,9	65,0	12,2%	52,8	-8,8%			
12. INTERV. VEJIGA.	55,3	46,7	-15,7%	72,6	31,1%			
13. INTERV. PRÓSTATA	80,3	62,4	-22,3%	107,0	33,3%			
14. EXCISIÓN Y REPAR. LARINGE	42,8	59,2	38,1%	38,8	-9,5%			
15. PRÓTESIS DE CADERA	35,1	31,1	-11,4%	27,1	-22,8%			
16. REPAR. HEMORROIDES	33,3	44,5	33,3%	22,6	-32,3%			
17. INTERV. OVARIOS	55,7	71,9	29,1%	39,3	-29,5%			
18. INCISIÓN Y EXCIS. TIROIDES	34,9	40,9	17,2%	40,6	16,4%			
19. REPAR. FÍSTULA ANAL	29,2	22,2	-24,1%	31,5	8,1%			
20. INTERV. INTESTINO GRUESO Y RECTO	16,9	25,3	50,0%	30,8	82,5%			
21. REPAR. OÍDO MEDIO	20,4	25,1	22,6%	27,3	33,5			
22. MIRINGOTOMÍA	22,3	11,8	-47,1%	52,9	137,0%			
23. INTERV. RIÑÓN Y URÉTER	24,0	13,4	-44,2%	22,4	-6,6%			
24. ARTRODESIS	10,9	9,0	-17,2%	7,9	-27,4%			
25. INTERV. URETRA	11,6	0,3	-97,0%	9,2	-20,6%			
26. INCONTINENCIA URINARIA	13,5	9,4	-30,8%	20,1	48,5%			

ANEXO IV.1

ALTAS CMBD POR GRD TRAUMATOLOGÍA

GRD	Descripción GRD - Traumatología	HVV			HCS		
		Peso GRD	Altas CMBD	Puntos GRD	Altas CMBD	Puntos GRD	Puntos GRD
Osteosíntesis							
210	Intervención cadera y fémur exc. articular myr edad >= 18 c/cc	3,4516	52	179,48	90	310,64	
211	Intervención cadera y fémur exc. articular myr edad >= 18 s/cc	2,2291	165	367,80	96	213,99	
212	Intervención cadera y fémur exc. articular myr edad 0 - 17	2,0625	19	39,19	11	22,69	
218	Intervención extr. Inf. Y húmero, exc. cad., pie y fémur, edad >= 18 c/cc	2,4414	24	58,59	34	83,01	
219	Intervención extr. Inf. Y húmero, exc. cad., pie y fémur, edad >= 18 s/cc	1,3329	195	259,92	190	253,25	
220	Intervención extr. Inf. Y húmero, exc. cad., pie y fémur, edad 0 - 17	1,4373	31	44,56	42	60,37	
224	Intervención hombro/codo/antebrazo, exc. articulaciones myr, s/cc	0,8782	84	73,77	183	160,71	
225	Intervenciones del pie	1,1391	64	72,90	67	76,32	
229	Intervenciones muñeca y mano, exc. articulaciones myr, s/cc	0,8467	52	44,03	74	62,66	
Implantes prótesis							
209	Sustitución articulación mayor exc. cadera & reimplante miembro inferior	3,5778	385	1.377,45	86	307,69	
461	Proc. quirúrgico con diag. de otro contacto con servicios sanatorios	0,6708	9	6,04	8	5,37	
471	Proc. mayores sobre artic. miembro inferior, bilateral o múltiple	6,7948	2	13,59	2	13,59	
491	Interv. articular myr o reimplante miembro extremidad superior	2,4523	7	17,17	4	9,81	
558	Proc. musculoesquelético mayor exc. artic. mayor bilat. o múltiple con cc	6,694	25	167,35	58	388,25	
731	Proc. s. columna, cadera, fémur o miembros por trauma múltiple significativo	6,1735	2	12,35	2	12,35	
755	Fusión vertebral excepto cervical con cc	3,1762	6	19,06	5	15,88	
756	Fusión vertebral excepto cervical sin cc	2,2116	73	161,45	10	22,12	
789	Rev. sustitución cadera & Reimpl. miembro extr. inferior & artic. mayor por cc	3,7523	13	48,78	7	26,27	
817	Revisión o sustitución de cadera por complicaciones	4,5455	13	59,09	12	54,55	
818	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	3,8764	131	507,81	143	554,33	
836	Intervenciones espinales c/cc	4,0466	-	-	1	4,05	
837	Intervenciones espinales sin cc	2,2879	2	4,58	1	2,29	
TOTAL		-	1.354	3.534,94	1.126	2.660,16	

ANEXO IV.2

ALTAS CMBD POR GRD CARDIOVASCULARES

GRD	Descripción GRD Cardiovasculares	Peso GRD	HVV			HCS		
			Altas CMBD	Puntos GRD	Puntos GRD	Altas CMBD	Puntos GRD	
111	Proc. cardiovasculares mayores sin cc	2,8254	6	16,95	1	2,83		
112	Proc. Cardiovasculares percutáneos sin IAM, insuficiencia cardiac.	1,6302	87	141,83	10	16,30		
115	Implant. Marcapasos card.perm. con IAM, F. Cardiaco, shock, desfibr.	4,585	11	50,44	9	41,27		
116	Otras implantaciones de marcapasos cardiacos permanentes	3,6664	100	366,64	71	260,31		
117	Revisión de marcapasos cardiacos exc. sustitución de generador	2,1138	6	12,68	17	35,93		
123	Trast.circulatorios con IAM, exitus	3,2297	24	77,51	18	58,13		
125	Trast.circulatorios exc.IAM, con cateterismo sin diag. complejo	0,752	219	164,69	268	201,54		
139	Arritmias cardiacas & trastornos de conducción sin cc	0,7353	55	40,44	74	54,41		
140	Angina de pecho	0,8866	105	93,09	204	180,87		
145	Otros diag.de aparato circulatorio sin cc	0,8388	21	17,61	30	25,16		
218	Roc. Extr. inferior & Humero exc. cadera, pie, fémur edad>17 años con cc	2,4414	24	58,59	34	83,01		
467	Otros factores que influyen en el estado de salud	0,3148	54	17,00	45	14,17		
543	Trast. circulat. exc. IAM, endocarditis, icc & arritmia con cc mayor	2,6637	262	697,89	83	221,09		
544	ICC & arritmia cardiaca con cc mayor	3,4901	453	1.581,02	264	921,39		
548	Implante o revisión de marcapasos cardiacos con cc mayor	6,7764	24	162,63	11	74,54		
549	Proc. Cardiovasculares mayores con cc mayor	9,8452	74	728,54	16	157,52		
550	Otros procedimientos cardiovasculares con cc mayor	5,7017	187	1.066,22	49	279,38		
568	Insuficiencia renal con cc mayor	3,5678	34	121,31	18	64,22		
808	Proc. Cardiovasculares percutáneos con IMA, fallo cardiaco o shock	2,5808	63	162,59	63	162,59		
852	Proc. Cardiovasculares percutáneos con stent no liberados de fármaco,	2,0305	50	101,53	46	93,40		
853	Proc. Cardiovasculares percutáneos con stent liberados de fármaco, con IAM	3,0478	61	185,92	82	249,92		
854	Proc. Cardiovasculares percutáneos con stent liberados de fármaco, sin IAM	2,3464	101	236,99	155	363,69		
TOTAL		-	2.021	6.102,11	1.568	3.561,67		

ANEXO V

CENTROS SANITARIOS	SEVILLA	MÁLAGA
Hospitales	Hospital Virgen del Rocio Hospital Virgen Macarena	Hospital General de Málaga
Hospitales de Especialidades	Hospital Virgen del Valme	Hospital Costa del Sol Hospital Virgen de la Victoria
Hospitales Comarcales	Cons.S.P. Aljarafe (H.San Juan de Dios) H. La Merced (A.G.S. Osuna)	H. Antequera (A.G.S. Norte de Málaga) H.Axarquía (A.G.S. Este de Málaga) H.Serranía(A.S. Sierra de Málaga)
Hospitales de Alta Resolución	H.A.R. Écija H.A.R. Morón de la Fra. H.A.R. Utrera H.A.R. Sierra Norte	H.A.R. Benalmádena
Centros de Especialidades	C.P.E. Alcalá de Guadaira C.P.E. de Écija C.P.E. Dr. Fleming de Sevilla C.P.E. Dos Hermanas C.P.E. Esperanza Macarena de Sevilla C.P.E. Morón de la Fra. C.P.E. San Jerónimo de Sevilla C.P.E. Virgen de los Reyes Sevilla C.D.T. Virgen del Rocio Edif. Anatomía Patológ. H.V.Rocio H. Duque del Infantado H. El Tomillar H. Materno-Infantil V. Del Rocio H. Provincial de San Lázaro Policlínico V. Macarena Cons. S.P.Aljarafe H.San Juan de Dios	C.A.R.E. José Estrada de Málaga C.P.E. Marbella Hospital Civil H. Marítimo de Torremolinos H. Materno-Infantil de Málaga
Población asignada a Área Hospitalaria V. Valme y H. Costa del Sol. Zona Básica de Salud (ZBS)	ZBS Los Alcores (El Viso y Mairena) ZBS Alcalá de Guadaira ZBS Dos Hermanas (*) ZBS El Arahal (Arahal y Paradas) ZBS Las Cabezas de San Juan ZBS Lebrija (El Cuervo y Lebrija) ZBS Los Palacios ZBS Montellano (Coripe y Montellano) ZBS Morón de la Fra (Morón y Pruna)	ZBS Marbella (Benahavis, Istán, Marbella y Ojén) ZBS Fuengirola (Fuengirola y Mijas) ZBS Estepona (Casares, Estepona, y Manilva)

(*) Excluido el Barrio de Montequinto

VI.1 ALEGACIONES AL HOSPITAL VIRGEN DE VALME

CUESTIÓN OBSERVADA (Epígrafe III. 3.1)

ALEGACIÓN Nº 1

Los indicadores utilizados no tienen en cuenta la pirámide de población. Al ser la edad un factor que influye en la frecuentación entendemos que los auditores deberían haber contemplado en su análisis indicadores ajustados por edad como puede ser la TAE (Nº de tarjetas ajustadas por edad).

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 104)

104. Estancia media (CMBD). Es la relación entre las estancias hospitalarias y los ingresos. Representa la media de días que un paciente permanece ingresado en el hospital (estancias totales/ ingresos totales).

ALEGACIÓN Nº 2

Al ser un indicador poco fino de la actividad, se puede ver influenciado por conceptos como el índice de resolución por CMA, que es del 2.8% a favor del HVV, esto por ejemplo influye favoreciendo la estancia media del menos eficaz.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 121)

121. _____

ALEGACIÓN Nº 3

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 124)

124. _____

ALEGACIÓN Nº 4

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 128)

128. _____

ALEGACIÓN Nº 5

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 131 y 264)

131. Según se expone en el cuadro anterior, el contrato programa correspondiente al HVV carece de objetivos cuantificados en la mayoría de las actividades de consultas, sobre la que tampoco hemos podido disponer de los resultados obtenidos alcanzados en el ejercicio.

264. El HVV no tiene definidos objetivos cuantificados de consultas en el contrato programa. (§ 131)

ALEGACIÓN Nº 6

El contrato programa 2008 entre SAS y el Hospital traslada estos objetivos a nivel de las UGC, donde se recogen objetivos de consultas de acto único que son orientados a procesos asistenciales (Cáncer Colorrectal, Cáncer de Mama, dolor, etc.). No es posible asignar el criterio de consultas de acto único a demandas indeterminada y genéricas de la especialidad y menos poder medirlo, pero si podemos aportar datos de esas consultas específicas como indicadores de calidad de los diferentes procesos asistenciales, que probablemente no se podrán utilizar en el análisis comparativo con otro Centro por no ser iguales cualitativamente.

Adicionalmente, con carácter anual se firma el Acuerdo de Gestión Interniveles con Atención Primaria donde se recogen el nú-

mero de primeras consultas que las distintas especialidades asistenciales deben tener disponibles para dar respuesta a la frecuentación esperada de Atención Primaria y además cumplir con lo establecido en el Decreto 96/2004 de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el SSPA.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 135 y 266)

135. Ambos hospitales presentan el mismo porcentaje de consultas sucesivas (57%), lo que quiere decir que en un 43% de los casos se consigue el alta del paciente en una primera consulta (Cuadro nº 10). Para cumplir el objetivo propuesto en contrato programa el HCS debe continuar enfocando la actividad de consultas al incremento de la asistencia en “acto único”, dato de actividad del que no se dispone en el HVV.

266. Ambos hospitales presentan el mismo porcentaje de consultas sucesivas (57%), lo que quiere decir que en un 43% de los casos se consigue el alta del paciente en una primera consulta. (§ 135)

Deben definirse objetivos cuantificables, motivadores y alcanzables para la actividad de consultas en el contrato programa del HVV.

Para cumplir el objetivo propuesto en contrato programa, el HCS debe continuar enfocando la actividad de consultas al incremento de la asistencia en “acto único”, dato de actividad del que no se dispone en el HVV.

ALEGACIÓN Nº 7

Tal y como se ha indicado en la ALEGACION a la cuestión observada Nº 124, existe un error en el dato nº total de consultas del Hospital Costa del Sol, siendo el dato correcto 310.265 consultas en lugar de las 324.990, luego el % de consultas sucesivas es de 59,44% en lugar del 57% que constan en el Informe Provisional.

Teniendo en cuenta los datos disponibles, el citado Centro da el alta en primera consulta más interconsultas de acto único a 72.216, lo que supone un 23,27%, y no el 40% que se deduciría del razonamiento expuesto en los párrafos objeto de alegación (135 y 266).

Por tanto, solicitamos la eliminación de tales párrafos puesto que tanto el cálculo como las valoraciones son erróneas.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 148 y 149)

148. El porcentaje de reintervenciones se calcula sobre el total de intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como urgentes. No ha sido posible disponer del dato de reintervenciones correspondiente al HVV, aunque ha sido solicitado tanto al hospital como a los SSCC del SAS.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	HVV	HCS
Estancia media preoperatoria	1,03	0,04
Programadas totales	15.630	11.890
Cirugía con Ingreso	4.857	3.983
CMA	5.486	4.787
CmA	5.287	3.120
Urgentes totales	4.308	2.877
Cirugía U. con Ingreso	2.811	2.675
Cirugía U. sin Ingreso	1.497	202
% Reintervenciones	s/d	0,23%
% Intervenciones Suspendidas	5,8%	6,5%
% Causas hospitalarias	3,9%	5,3%
% Incomparencias	1,9%	1,2%
% Resolución de CMA	72,8%	70,8%
% Ingresos tras CMA		
- Después de 1 semana	0,44%	0,65%
- Después de 2 semanas	0,64%	0,77%
Prevalencia Infec. nosocomial	9,2%	5,7%
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	8,3 %	4,6 %

Cuadro nº 14

149. Índice de resolución de CMA se obtiene seleccionando del total de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria, los que se han realizado efectivamente por CMA, es decir sin hospitalización. Observamos que el HVV tiene un 2,8% más de resolución de CMA que el HCS.

ALEGACIÓN Nº 8

Se le da poca relevancia a la superioridad del HVV en lo que respecta a CMA. El % de resolución en CMA se considera un indicador de Calidad, ya que la CMA origina mayor seguridad y confort para el paciente por disminuir el riesgo de infección nosocomial y otras yatrogenias y no desubicarlo de su medio. Es también considerado un indicador indirecto de eficiencia al generar economía de recursos. Del análisis aportado por la Cámara de Cuentas se puede deducir también que en este caso las indicaciones de CMA en los casos susceptibles no sólo son mayores sino mejor ajustados en la

indicación, ya que se produce menor porcentaje de ingresos tras CMA, siendo este otro indicador de Calidad.

En el mismo cuadro aparece el % de intervenciones suspendidas que también favorece la gestión del HVV y que tampoco se comenta en el articulado. El menor % de intervenciones suspendidas, y tanto más cuanto que la distancia se aumenta en el caso de las suspensiones por causas hospitalarias, está mostrando una mejor coordinación y uso del recurso quirófono y mayor precisión en la confección de los partes quirúrgicos en el HVV.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 154 y 155)

154. Realizando un comparativo con los valores medios tanto nacionales como del total de hospitales del SSPA, obtenemos el siguiente cuadro:

	Media Hosp. Nacionales	Media Hosp. Andalucía	HVV	HCS
Prevalencia IN	8,2%	7,9 %	9,2 %	5,7%
Prevalencia pacientes con IN	7%	6,8 %	8,3 %	4,6 %

Fuente: PVCIN, 2008

Cuadro nº 15

155. Puede observarse que los porcentajes de prevalencia del HVV están por encima de la media tanto nacional como del global de hospitales andaluces, frente al HCS que presenta valores de prevalencia en los dos indicadores más bajos que las medias del global de centros.

ALEGACIÓN Nº 9

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

En cuanto a la obtención de los datos, tanto la media de los Hospitales nacionales como los datos andaluces proceden de estudios transversales, por tanto estos datos corresponden al resultado de un análisis efectuado a una fecha de corte concreta y no reflejan necesariamente la situación del Hospital en su extensión durante el año completo.

Adicionalmente, los datos nacionales proceden del estudio EPINE y los de Andalucía de PVCIN, por lo que son dos estudios transversales diferentes.

A mayor abundamiento, en los resultados provisionales de PVCIN 2009, se han modificado los indicadores de ambos hospitales, situándose el Hospital de Valme en un 8,7 y el Hospital Costa del Sol en un 6,3.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 156)

156. Se concluye el análisis de la actividad quirúrgica mostrando las tasas de indicación a pacientes inscritos en el Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) del SSPA, correspondiente a los dos hospitales en el ejercicio 2008, según los datos mostrados en el “Boletín Quirúrgico 2007-2008”, publicado por la Subdirección de Evaluación y Producción Asistencial del SAS como información de apoyo a las gerencias de los hospitales para la toma de decisiones:

	HVV	HCS
Nº indicaciones (1)	9.023	7.565
Tasa x 100.000 Hb.	2,58%	2,02%

Cuadro nº 16

(2) Pacientes incluidos en el Decreto 209/2001 (§ 160)

ALEGACIÓN Nº 10

Tal y como se indica en el Informe Provisional, el “Boletín Quirúrgico 2007-2008” es una herramienta de apoyo a las Gerencias de los Hospitales para la toma de decisiones, siendo, por tanto de difusión interna. El uso de la expresión “publicado” puede inducir a confusión por lo que se sugiere sustituir este término por “editado”.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 162)

162. El seguimiento del cumplimiento por los hospitales del SSPA, de los plazos de garantía quirúrgica se lleva a cabo mediante el “Sistema de Información de Gestión de la Demanda” (AGD), en el cual se incluyen todos los pacientes inscritos en el Registro de demanda quirúrgica, pendientes de un procedimiento de cirugía incluido en el decreto.

ALEGACIÓN Nº 11

AGD es una aplicación para la gestión de la demanda quirúrgica en la que se contempla toda la actividad y no sólo el Registro de Demanda Quirúrgica de los pacientes en garantía por el Anexo del Decreto 209/2.001. La descripción que aparece en el Informe Provisional corresponde al Registro de Demanda Quirúrgica.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 163)

163. _____

ALEGACIÓN Nº 12

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 167)

167. En el cuadro anterior se expone la información publicada correspondiente al ejercicio 2008, de pacientes en lista de espera quirúrgica

por procedimientos incluidos en el Decreto 209/2001. Según los datos publicados, en los dos centros hospitalarios se cumple el decreto de garantía, por lo que ningún paciente sobrepasa el plazo previsto para ser intervenido.

ALEGACIÓN Nº 13

Tal y como se indica en el apartado Nº 156 del Informe Provisional, el Boletín Quirúrgico 2007-2008” es una herramienta de uso interno, de apoyo a las Gerencias de los Hospitales para la toma de decisiones, siendo, por tanto de difusión interna. El uso de las expresiones “información publicada”

	MUESTRA	%
Sin incidencia	20	36%
Con incidencia	36	64%
Total muestra	56	100 %
Tipo de incidencia detectada		
No coincide fecha anexo II con RDQ	19	53%
Falta el documento anexo II	9	25%
Proced. sujeto a garantía y no inscrito en AGD	6	17%
Otras	2	5%
Total incidencias	36	100%

Cuadro nº 18

171. Del total de documentos analizados se han observado incidencias en 36 casos (64%). En 19 de ellos no coincide la fecha del documento anexo II con la fecha de inscripción en el RDQ. La demora media de registro observada ha sido de 58 días y se incumple el plazo de garantía en 14 de los 19 casos.

En el resto de incidencias detectadas no se han podido comprobar las fechas y cumplimientos de plazos por faltar documentos esenciales para el seguimiento (Cuadro nº 18).

172. Esta situación impide confirmar los datos publicados correspondientes al HVV respecto al cumplimiento de los tiempos medios de respuesta quirúrgica y de los plazos de garantía definidos en el Decreto 209/2001.

La dirección del hospital argumenta las incidencias detectadas en errores y debilidades del procedimiento administrativo seguido en el hospital para las inscripciones en el RDQ.

y “datos publicados” puede inducir a confusión por lo que se sugiere sustituir el término por “información contenida” o “datos incluidos”.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 170 a 172)

170. Para la comprobación en el Hospital de Valme se ha seleccionado una muestra de 56 pacientes intervenidos en 2008, cuyos procedimientos estaban sujetos a al decreto de garantía. El resultado del análisis ha sido el siguiente:

ALEGACIÓN Nº 14

Con relación a los aspectos de interés puestos de manifiesto en el Informe Provisional, a continuación se aporta información complementaria que permite matizar la interpretación de los resultados obtenidos, solicitando sean tenidas en cuenta tales matizaciones de cara a la redacción del Informe Definitivo.

Respecto de la ausencia del documento anexo II en nueve de las historias clínicas analizadas, tenemos que informar que en el Área hospitalaria de Valme los archivos de historias clínicas no están unificados, por una parte existe la historia clínica con los episodios asistenciales generados en el Hospital de Valme y el Hospital del Tomillar y por otra las historias clínicas con las asistencias recibidas en los Centros Periféricos de Especialidades (CPE) de Morón, Dos Hermanas y Alcalá.

Muchas inclusiones en lista de espera se realizan en las consultas de los CPE y este episodio clínico es fotocopiado y junto con las pruebas complementarias practicadas enviado a la Historia clínica de Valme, para que este disponible el día de la intervención quirúrgica. Este procedimiento complicado y en el que intervienen distintos actores, (facultativo, administrativos, celadores...) justifica que en algunas ocasiones no aparezca el anexo II en la historia clínica de Valme aunque puede estar en la historia clínica del CPE y que al no ser información clínica no se seleccione para su posterior copia.

Por lo tanto, aportamos, que para auditar este ítem se deberían haber revisado también las historias clínicas del CPE donde se realizó la inclusión en lista de espera. Nosotros hemos revisado las historias clínicas de los 9 casos detectados en la auditoria y hemos encontrado el anexo II en la historia clínica del CPE en 7 de los casos, que no estaban en la Historia del Hospital de Valme.

Con relación a los seis pacientes no inscritos en AGD, la casuística se corresponde con casos oncológicos o procedimientos que, por sus características clínicas o por su urgencia no son de obligada inclusión en AGD.

Finalmente, con respecto a la concordancia de fechas, para subsanar las incidencias observadas se han adoptado las siguientes líneas de actuación:

1. Se ha elaborado un documento con el "Procedimiento de inclusión en AGD para los facultativos", dicho documento ha sido distribuido a todos los facultativos de las especialidades quirúrgicas del hospital y analizado en la Comisión del Bloque quirúrgico del Centro.

2. Formación de todos los administrativos de la unidad de lista de espera en el procedimiento administrativo del RDQ. Seguimiento estricto de los criterios de cumplimiento de las garantías y mecanismo fehacientes de comunicación.

3. Revisión administrativa de la cumplimentación de los documentos de inclusión previo a su registro en AGD.

4. Por otra parte y hasta que se realice la unificación de las historias clínicas del Área Hospitalaria, se están analizando alternativas para la simplificación de los circuitos de documentación de pacientes en lista de espera quirúrgica. En breve se va implantar la digitalización de la historia de oftalmología de los CPE.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 184)

184. El HVV presenta una situación deficitaria acumulada. Este déficit se concentra exclusivamente en el capítulo II del presupuesto de gastos del centro, y en concreto en los conceptos de gastos contabilizados en el artículo 22 del presupuesto: consumo de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis. El déficit total acumulado al final del ejercicio asciende a un importe total de 3.892.993 €.

€			
Artículos	Gasto Devengado	Gasto Contabilizado	Déficit
Artículo 20	114.082	115.743	1.661
Artículo 21	4.641.779	4.912.146	270.367
Artículo 22	60.661.296	55.730.540	-4.930.757
Artículo 23	64.698	63.331	-1.367
Artículo 25	5.001.962	5.769.065	767.103
TOTAL	70.483.818	66.590.825	-3.892.993

Cuadro nº 19

ALEGACIÓN N° 15

Entendemos no fundamentada la afirmación “El HUV presenta una situación deficitaria acumulada”, a no ser que venga referida al acumulado en el ejercicio 2.008.

Entendiendo que la situación de Déficit vendría determinado por la diferencia entre el presupuesto y el gasto devengado, cabría concluir que el déficit sería equivalente a 782.050€, lo que supone el 1,12% del presupuesto. Si atendemos al artículo 22, el gasto devengado resultó inferior al presupuesto en un 0,34%.

	Capítulo II	Artículo 22
Presupuesto CP	69.701.768	60.869.776
Gasto devengado	70.483.818	60.661.296
Déficit	1,12%	-0,34%

La diferencia entre el gasto devengado y el contabilizado se explica, además de por el criterio temporal inherente al concepto de venigo frente al contabilizado, por la habilitación de crédito inferior al presupuesto en capítulo II del HVV. De esta forma el crédito habilitado supone un límite al gasto contabilizado, alcanzándose una ejecución presupuestaria igual al 99,9% del crédito habilitado.

	Capítulo II
Crédito Habilitado	66.597.010
Gasto Contabilizado	66.590.825
Ejecución Presupuestaria	99,99%

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 193)

193. Puede observarse que todos los indicadores calculados con relación a los gastos de personal son más favorables en el HCS, que se comporta de forma más eficiente en la relación entre la población de cobertura, así como la actividad desarrollada, y los totales de gastos de personal (personal sanitario y, sobre todo, personal no sanitario).

ALEGACIÓN N° 16

Ver alegación efectuada a la cuestión observada n° 287. Se solicita se complete la información con la resultante de efectuar el análisis teniendo en cuenta la complejidad y actividad de ambos centros, a través del uso de indicadores calculados en términos de GRD.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 205)

205. No obstante, teniendo en cuenta que los puntos GRD suponen una estimación del consumo asociado a los distintos procedimientos realizados en el hospital, el indicador de consumo por puntos GRD resulta más favorable a HVV, al tener este centro un número superior de puntos, lo que indica que el hospital realiza procedimientos con un mayor peso, y por lo tanto asociado a un consumo de recursos (tarifa) superior.

ALEGACIÓN N° 17

No se entiende muy bien la afirmación con que termina el párrafo “...lo que indica que el hospital realiza procedimientos con un mayor peso, y por lo tanto asociado a un consumo de recursos (tarifa) superior”. Solicitamos una modificación en el sentido siguiente: Aunque el consumo por ingresos y altas es idéntico en ambos hospitales, si se considera la complejidad, el HVV es más eficiente en coste de farmacia, ya que en el HVV el punto GDR cuesta un 11% menos que en el HCS.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 206)

206. Se analiza el consumo de material fungible sanitario en los dos hospitales estableciendo una relación con datos de la actividad desarrollada:

CONCEPTO/INDICADOR	HVV	HCS
Consumo fungible sanitario (€)	10.907.925	8.588.518
Nº de altas CMBD	23.442	19.052
Consumo/altas (€)	465	451
Ingresos más CMA	29.558	23.988
Consumo/ingresos más CMA (€)	369	358
Puntos GRD	37.413	27.238
Consumo/Puntos GRD (€)	292	315

Cuadro nº 28

ALEGACIÓN Nº 18

En el mismo sentido, al considerar la complejidad, el coste en fungible sanitario/punto GDR es un 8% más eficiente en el HVV.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 212)

212. La información ha sido facilitada por cada uno de los centros y los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Prótesis cardiovasculares	HVV	HCS
Consumo (€)	4.066.737	2.437.243
Altas GRD	2.021	1.568
Consumo/altas (€)	2.012	1.554
Puntos GRD	6.102	3.562
Consumo/puntos GRD (€)	666	684

Cuadro nº 30

Prótesis traumatológica y osteosíntesis	HVV	HCS
Consumo (€)	2.001.564	2.029.676
Altas GRD	1.354	1.126
Consumo/altas (€)	1.478	1.803
Puntos GRD	3.535	2.660
Consumo/puntos GRD (€)	566	763

Cuadro nº 31

ALEGACIÓN Nº 19

Lo mismo sucede en prótesis cardiovasculares y traumatológicas.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 222)

222. El gasto total de explotación por habitante es un 63% superior en el HVV. Este hospital resulta penalizado en los indicadores calculados

con el dato de población, al ser esta menor que la asignada al HCS. No obstante, las diferencias disminuyen cuando relacionamos los gastos con la actividad desarrollada ya que, a pesar de tener menos población asignada, en el hospital dependiente del SAS el número de altas y todos los datos relativos a actividad son superiores a los del HCS.

ALEGACIÓN Nº 20

Ver alegación a la cuestión observada nº 287. Se solicita que el comentario de variaciones se realice sobre los resultados de los indicadores calculados en términos de GRD (11% superior en Hospital de Valme respecto a Hospital Costa del Sol) en lugar de los obtenidos sobre la población (63%). El propio informe provisional en el segundo párrafo del punto 222 matiza la conclusión plasmada. Sería más adecuado invertir el orden del comentario, esto es, enfatizar en los resultados obtenidos teniendo en cuenta no sólo la población, sino también actividad y complejidad y matizar que las diferencias aumentan cuando se relacionan los gastos exclusivamente con la población.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 267)

267. El HCS tiene una mayor población de cobertura y atiende a un número más elevado de pacientes en el servicio de urgencias. La presión que las urgencias ejercen en la actividad del hospital se calcula relacionando las urgencias ingresadas con el total de ingresos en hospitalización. (§ 137)

ALEGACIÓN Nº 21

Si bien todos los datos recogidos son ciertos y, desde nuestro punto de vista, los comen-

tarios correctamente razonados, entendemos que debería ser reseñado que la facturación potencial del H. de Valme es claramente inferior a la del H. Costa del Sol, al atender menor número de accidentes de tráfico y al menor número de pacientes extranjeros.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 261 y 263)

261. El HCS, aunque con mayor población de cobertura, presenta un número menor de ingresos en el ejercicio. La frecuentación hospitalaria es superior en el HVV. (§ 100)

263. En este caso, y según los resultados obtenidos, la disminución de la estancia por debajo de la media esperada para la casuística tiene como consecuencia, entre otras posibles causas, un porcentaje de reingresos mayor en el HCS (4,78% frente al 4,15 del HVV). (§ 121)

Si el HVV disminuyera la estancia media en los GRD con mayor número de altas (concretamente el 373 “parto vaginal sin complicaciones”, gestionando la estancia media de la categoría diagnóstica mayor “embarazo, parto y puerperio” (5.147 altas según datos Cuadro nº 8), obtendría una importante ganancia (ganancia potencial) y un mejor resultado en el IUE2.

ALEGACIÓN Nº 22

Dado que le área de consultas externas puede ser puerta de entrada para los ingresos y al no disponer el HCS de las especialidades mencionadas puede determinar la diferencia en la frecuentación de ingreso y en la EM respecto a Valme. En la estancia media también influye el índice casuístico que en Valme es superior al HCS, aunque ambos se comportan con una EM inferior a la esperada según los ingresos que han generado.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 264)

264. El HVV no tiene definidos objetivos cuantificados de consultas en el contrato programa. (§ 131)

ALEGACIÓN Nº 23

Ver la ALEGACION expuesta a la cuestión observada nº 131.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 265 y 266)

265. El número total de consultas externas realizadas en el ejercicio es un 54% superior en el HVV a pesar de tener menor población de cobertura.

Si se considera el número de salas disponibles en un centro y otro, puede observarse una utilización de las salas muy superior en el HCS, en el que cada espacio físico es utilizado para una media de 20 consultas diarias, frente a las 13 calculadas para el HVV. Los factores que influyen, en la mayor utilización de los recursos disponibles en el HCS son la accesibilidad horaria de los profesionales y la ubicación más centralizada de las salas de consulta. (§ 133 y 134)

266. Ambos hospitales presentan el mismo porcentaje de consultas sucesivas (57%), lo que quiere decir que en un 43% de los casos se consigue el alta del paciente en una primera consulta. (§ 135)

Deben definirse objetivos cuantificables, motivadores y alcanzables para la actividad de consultas en el contrato programa del HVV.

Para cumplir el objetivo propuesto en contrato programa, el HCS debe continuar enfocando la actividad de consultas al incremento de la asistencia en “acto único”, dato de actividad del que no se dispone en el HVV.

ALEGACIÓN Nº 24

Procede analizar las derivaciones desde AP. El distrito Costa del Sol que tiene asignada como área de referencia la hospital Costa del Sol deriva un 64% a este Hospital mientras que el hospital Virgen de la Victoria recibe el 26% de la demanda que genera este Distrito. Fundamentalmente en las especialices de endocrinología, nefrología,

neurología, oncología médica, rehabilitación, salud mental y reumatología, en las que las derivaciones del distrito a este hospital superan el 98% (ver ANEXOS I y II al presente Informe de Alegaciones).

El Hospital de Valme incluye todas estas especialidades en su cartera de servicios excepto nefrología.

Por otro lado el Distrito Costa del Sol presenta una desviación de la tasa estándar de derivación en el global de sus especialidades del -7,90% mientras que el Hospital de Valme recibe derivaciones por encima de lo esperado en un 3,79% (ANEXOS III y IV). Por tanto esta demanda está inducida por Atención Primaria y no es imputable a la gestión del al hospital.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 266)

266. Ambos hospitales presentan el mismo porcentaje de consultas sucesivas (57%), lo que quiere decir que en un 43% de los casos se consigue el alta del paciente en una primera consulta. (§ 135)

Deben definirse objetivos cuantificables, motivadores y alcanzables para la actividad de consultas en el contrato programa del HVV.

Para cumplir el objetivo propuesto en contrato programa, el HCS debe continuar enfocando la actividad de consultas al incremento de la asistencia en "acto único", dato de actividad del que no se dispone en el HVV.

ALEGACIÓN Nº 25

Ver ALEGACION a la cuestión observada nº 135.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 284 y 287)

284. El gasto total por habitante es un 58% superior en el HVV. A este respecto se debe tener en cuenta que no se han incluido los importes correspondientes a los gastos centralizados que

asumen directamente los SSCC del SAS como centro director del organismo autónomo (inversiones centralizadas, mantenimiento de equipos informáticos, asesoría jurídica, gestión de nóminas, etc.).

La relación del total gastos de explotación con la complejidad y el coste estimado de los procesos realizados, representado por el peso y los puntos GRD, aportan resultados más favorables para el HCS, excepto para los consumos de farmacia, fungible sanitario y prótesis. (§ 205, 208, 214, 221 y 222)

287. Como resultado de los análisis realizados y las conclusiones expuestas en los puntos anteriores, se puede concluir que:

- Ambos hospitales alcanzan los objetivos estratégicos definidos desde la Consejería de Salud y el SAS.

- Las diferencias fundamentales entre los dos modelos se centran en el diseño de la estructura y régimen jurídico del personal. La dirección gerencia del hospital Costa del Sol dispone de la competencia y capacidad de selección de los profesionales que entran a formar parte de la organización (relación laboral). La estructura de personal del hospital Virgen de Valme le viene impuesta a su dirección (relación estatutaria). El mantenimiento del alto coste de personal afecta de forma definitiva a la relación coste / actividad.

- La gestión económica y financiera, resulta más flexible e independiente en el HCS que sin encorsetamientos presupuestarios permite a la empresa gestionar su estructura de gastos, ingresos e inversiones.

- El HCS resulta más económico y eficiente en la gestión de los recursos disponibles, con un coste total de la asistencia prestada por habitantes un 58% menor que el HVV.

- En los consumos de farmacia, material fungible y prótesis, la eficiencia, medida en la relación coste/complejidad, resulta favorable al HVV.

ALEGACIÓN N° 26

Entendiendo que la eficiencia en la gestión de recursos viene determinada por la relación entre los resultados alcanzados y los recursos empleados, ambos hospitales muestran un nivel de eficiencia parecido si los resultados alcanzados los interpretamos en términos de puntos GRD.

INDICADORES	HVV	HCS	HVV/HCS
Gasto total/puntos GRD	4.799	4.443	1,08
Total gastos de explotación/puntos GRD	4.614	4.145	1,11
Gastos de consumo sanitario/puntos DRD	1.263	1.239	1,02

Si solo atendemos al indicador Gasto total/Población de cobertura estaríamos obviando factores como la edad media de la población cubierta o la posibilidad de derivar pacientes de determinada complejidad a otros centros. Estos elementos quedarían superados si corregimos la actividad en términos de puntos GRD.

En base a lo expuesto, se solicita, tal y como se ha indicado anteriormente en las ALEGACIONES a las cuestiones observadas n° 193 y 222, que los comentarios relativos a análisis comparativo de gasto que se incluyen en el Informe Provisional se realicen sobre los indicadores calculados en términos de puntos GRD en lugar de los calculados sobre población.

VI.2 ALEGACIONES AL HOSPITAL COSTA DEL SOL

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 11, 35, 190 y 195)

11. El HCS da cobertura a una población de 372.964 (según datos publicados en el Padrón diciembre de 2008). Dispone de 348 camas y la plantilla media durante el ejercicio 2008 ha sido de 1.412 trabajadores (1.283 personal sanitario y 129 personal no sanitario).

35. En el cuadro siguiente se exponen los datos de interés general, desde el punto de vista de organización, correspondiente a ambos hospitales:

HOSPITALES	HVV	HCS
Población	349.376	372.964
Plantilla media	2.481	1.412
Puestos directivos	15(*)	13
Direcciones/Jefaturas asistenciales	36	16
N° camas hospitalización	555	348

Cuadro n° 1

(*) Dos de los cuales se encuentran vacantes por cesión de sus titulares a otros centros.

190. El HCS (modelo laboral) puede gestionar la contratación del personal a su servicio en función de las necesidades asistenciales. El HVV (modelo estatutario) cuenta con una plantilla orgánica más rígida, en la que no puede disponer de las plazas ocupadas de forma definitiva por los profesionales. La distribución de las plantillas en ambos hospitales es la siguiente:

HOSPITALES	HVV	HCS
Población	349.376	372.964
Plantilla	2.481	1.412
Puestos directivos	15	13
Direcciones/Jefat. asistenciales	34	16
% Absentismo (*)	5,59%	4,64%
Gasto pnal sanitario(€)	85.900.467	56.115.584
Gto pnal. no sanitario(€)	13.296.556	4.606.653
Total Gasto. pnal (€)	99.197.023	60.722.237

Cuadro n° 22

(*) No se incluyen los permisos por maternidad, paternidad y las suspensiones por riesgo de embarazo y lactancia.

195. Si se desciende en el análisis de la composición de la estructura de dirección de cada hospital y el coste económico de la misma en términos comparativos obtenemos la siguiente información:

DIRECTIVOS	HVV	HCS
Personal directivos (n°)	15	13
Total retribuciones (€)	956.493	927.010
Retribución media(1)(2)	68.016	81.293

Cuadro n° 24

(3) HVV: No se ha considerado a un directivo, ni su retribución, por no ser representativo el tiempo de desempeño del cargo.

(4) HCS: No se han considerado a 2 directivos, ni sus retribuciones, por no ser representativo el tiempo de desempeño de los cargos.

ALEGACIÓN Nº 1

Los datos de la plantilla media y Direcciones/Jefaturas asistenciales se refieren a toda la Empresa Pública. Los datos referidos únicamente a HCS son:

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Direcciones/Jefaturas Asistenciales: 14 personas.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 11, 124 y 144)

11. El HCS da cobertura a una población de 372.964 (según datos publicados en el Padrón diciembre de 2008). Dispone de 348 camas y la plantilla media durante el ejercicio 2008 ha sido de 1.412 trabajadores (1.283 personal sanitario y 129 personal no sanitario).

124. Los datos obtenidos sobre la actividad de consulta desarrollada durante el ejercicio 2008 por los hospitales fiscalizados son los siguientes:

Indicador	HVV		HCS	
	Objetivo	Resultado	Objetivo	Resultado
Salas de Consultas Ext.	-	147	-	61
T. Consultas externas	s/d	503.721	310.000	324.990
Nº Consultas/Nº Salas	-	3.427	-	5.328
Índice de rotación usuario/sala (1)	-	13	-	20,3
Nº facultativos especialistas	-	404	-	302
T. Primeras consultas	s/d	123.191	84.000	84.677
Primeras consulta convencionales	s/d	s/d	33.000	36.552
Primeras Consultas acto único	s/d	s/d	51.000	48.125
T. interconsultas atenc. especializ.	s/d	93.613	40.000	41.156
Interconsultas convencionales	s/d	s/d	19.000	17.065
Interconsultas acto único	s/d	s/d	21.000	24.091
%Consulta única/primer+intercon.	s/d	s/d	58,0%	57,4%
T. Consultas sucesivas	s/d	286.917	161.000	184.432
% Consultas sucesivas	s/d	57%	55,0%	57%
Revisiones en el día	s/d	s/d	25.000	14.725
Frecuentación consultas (2)	s/d	13.880	s/d-	8.319

(1) Por día de consulta. Se consideran una media de 262 días hábiles de consulta.

Cuadro nº 10

(2) Para el cálculo de este indicador no se incluyen las revisiones en el día.

144. Los recursos de infraestructura con los que cuentan los hospitales para la actividad de cirugía, tanto con ingreso como ambulatoria son los siguientes:

Indicador	HVV	HCS
Nº camas	555	348
Nº quirófanos	14	10

Cuadro nº 13

ALEGACIÓN Nº 2

En la descripción de la infraestructura queda patente la carencia de espacio físico que tenemos en nuestro centro (camas, consultas, quirófanos) que dificultan notablemente la actividad.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 102 y 124)

102. En el siguiente cuadro se exponen algunos de los indicadores seleccionados para evaluar la actividad de los hospitales, relacionando los recursos con los que cuentan y los resultados obtenidos.

Indicador	HVV	HCS
	Población 349.376	Población 372.964
Nº de Facultativos	404	302
Nº camas hospitalización (disponible)	555	348
Nº ingresos	24.072	19.201
Nº altas	23.442	19.052
Altas con cero días de estancia	90	70
Nº de estancias (CMBD)	167.995	104.919
Porcentaje de ocupación	82,88%	82,60%
Índice de sustitución	1,48	1,16
Rotación enfermo/cama	43,35	55,18
Estancia media (CMBD)	7,17	5,51
Estancia Media Esperada (EME)	7,39	6,79
Índice de utilización de estancias (IUE2)	0,95	0,80

Fuente: Publicación CMBD 2008. Subdirección de Atención Especializada. Servicio de Producto Sanitario

Cuadro nº 6

124. Los datos obtenidos sobre la actividad de consulta desarrollada durante el ejercicio 2008

por los hospitales fiscalizados son los siguientes:

Indicador	HVV		HCS	
	Objetivo	Resultado	Objetivo	Resultado
Salas de Consultas Ext.	-	147	-	61
T. Consultas externas	s/d	503.721	310.000	324.990
Nº Consultas/Nº Salas	-	3.427	-	5.328
Índice de rotación usuario/sala (1)	-	13	-	20,3
Nº facultativos especialistas	-	404	-	302
T. Primeras consultas	s/d	123.191	84.000	84.677
Primeras consulta convencionales	s/d	s/d	33.000	36.552
Primeras Consultas acto único	s/d	s/d	51.000	48.125
T. interconsultas atenc. especializ.	s/d	93.613	40.000	41.156
Interconsultas convencionales	s/d	s/d	19.000	17.065
Interconsultas acto único	s/d	s/d	21.000	24.091
%Consulta única/primera+intercon.	s/d	s/d	58,0%	57,4%
T. Consultas sucesivas	s/d	286.917	161.000	184.432
% Consultas sucesivas	s/d	57%	55,0%	57%
Revisiones en el día	s/d	s/d	25.000	14.725
Frecuentación consultas (2)	s/d	13.880	s/d-	8.319

(1) Por día de consulta. Se consideran una media de 262 días hábiles de consulta.

Cuadro nº 10

(2) Para el cálculo de este indicador no se incluyen las revisiones en el día.

ALEGACIÓN Nº 3

El número de facultativos se refiere a los de toda la Empresa Pública. El número de HCS asciende a 272 (sin incluir MIR).

En el informe no se precisa si se ha tenido en cuenta en los cálculos a los Médicos residentes en formación que influyen en la capacidad asistencial de los centros. Los facultativos residentes en formación en el año 2008 en el HCS eran 42. En la memoria del Hospital de Valme de 2006, hacen referencia a que tenían 141 MIR/FIR.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 114)

114. Un análisis del índice de utilización de estancias por grupo relacionado de diagnóstico permite observar el comportamiento en la gestión de los dos centros sanitarios en los diagnósticos que representan el mayor número de altas (GRD más frecuentes):

GRD	Nº ALTAS		ESTANCIA MEDIA Y ESTANCIA MEDIA ESPERADA		ÍNDICE DE UTILIZACIÓN DE ESTANCIAS (IUE2)	
	HVV	HCS	HVV	HCS	HVV	HCS
014 Ictus con infarto	259	253	7,81 - 10,09	7,08 - 10,09	0,82	0,74
125 Trastornos circulatorios	219	268	5,25 - 4,93	3,57 - 4,93	<u>1,05</u>	0,71
127 Insuf. Card. y shock	319	289	9,24 - 8,88	7,15 - 8,88	<u>1,01</u>	0,78
359 Proc. sobre utero	286	199	4,31 - 4,60	2,60 - 4,60	0,90	0,54
371 Cesárea s/complic.	685	439	5,11 - 5,04	4,22 - 5,04	<u>1,03</u>	0,85
372 Parto Vaginal c/complic.	590	1.193	3,43 - 3,17	2,96 - 3,17	<u>1,11</u>	0,96
373 Parto Vaginal s/complic.	2.576	1.650	2,77 - 2,54	2,25 - 2,54	<u>1,09</u>	0,88
381 Aborto con dilat.	545	126	1,75 - 1,54	1,91 - 1,54	<u>1,09</u>	<u>1,19</u>
494 Colecist. laparosc.	277	218	2,22 - 3,67	2,26 - 3,67	0,57	0,58
541 Neumonía simple	654	567	10,82 -	9,03 - 11,18	0,93	0,78
209 Sust.articulac. mayor	385	-	6,74 - 6,90	-	0,89	-
430 Psicosis	345	-	18,57 -	-	<u>1,01</u>	-
140 Angina de pecho	-	208	-	3,89-6,83	-	0,58
332 Otros diag. riñón	-	204	-	5,05-5,49	-	0,95

Fuente: CMBD

Cuadro nº 7

ALEGACIÓN Nº 4

Consideramos se debería incluir los datos referidos al GRD 209 facilitados en su momento:

Nº altas HCS : 86.

Estancia media y estancia media esperada: 2,60 y 6,90 respectivamente.

Índice de utilización de estancias IUE2 : 0,3457.

Asimismo se debería eliminar de este cuadro nº 7 el GRD 430 Psicosis, dado que al no tener Psiquiatría en nuestra cartera de servicios no se considerar en el Informe.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 119)

119. Se debe completar los análisis anteriores con un indicador de calidad como es el porcentaje de reingresos. Se entiende que se produce un reingreso no programado cuando un paciente ingresa en el hospital antes de que haya transcurrido 30 días desde el alta y por una misma categoría diagnóstica mayor.

ALEGACIÓN Nº 5

Dicho punto alude a que “se debe completar los análisis anteriores con un indicador de calidad como es el porcentaje de reingresos. Se entiende que se produce un reingreso no programado cuando un paciente ingresa en el hospital antes de que haya transcurrido 30 días desde el alta y por una misma categoría diagnóstica mayor”.

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE**CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 121)**

121. _____

ALEGACIÓN Nº 6

En relación con un mayor número de reingresos (4,78 % vs 4,15%), con una diferencia en el valor absoluto de 0,63 %, consideramos se debería hacer un análisis pormenorizado por diagnósticos. Para una variable de esta índole, no se puede hacer una comparación estadística sin conocer la tendencia central (DE o coeficiente de variación), midiendo

estas tasas más de un año, pues no se puede descartar un factor aleatorio, con la imposibilidad de inferencia de un valor aislado.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 151)

151. Prevalencia de infecciones nosocomiales. Una infección nosocomial (IN) es la contraída en el hospital por un paciente que fue ingresado por un diagnóstico distinto al que corresponde a esta infección. Comprende las infecciones contraídas en el hospital (manifestadas antes o después del alta), y también las infecciones ocupacionales del personal del sanitario. En la prevalencia de las infecciones nosocomiales afectan distintos factores, como son: el agente microbiano, la vulnerabilidad del paciente y aspectos ambientales.

ALEGACIÓN Nº 7

La prevalencia de infección nosocomial se relaciona exclusivamente con la actividad quirúrgica. No queda claro en el texto si se trata de la infección nosocomial de todos los ingresos o en los servicios quirúrgicos.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 185)

185. _____

ALEGACIÓN Nº 8

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Cuadro nº 21)

	€	
CONCEPTO DE GASTOS	HVV	HCS
PERSONAL (1)	99.197.023	60.722.237
TOTAL CONSUMO MATERIAL SANITARIO	47.248.053	33.741.356
Consumo productos farmacéuticos	20.175.620	11.883.138
Fungible sanitario	10.907.925	8.588.518
Reactivos y material de laboratorios	4.995.052	4.268.877
Prótesis e implantes quirúrgicos	6.867.733	4.806.435
Ortoprótisis	2.485.148	1.482.961
Oxigenoterapia	1.816.575	887.625
Hemodiálisis (2)	-	1.823.801
CONCIERTOS DE SERV. DE CARÁCTER DIAGNÓSTICOS	934.642	800.155
OTROS CONCIERTOS DE ASISTENCIA SANITARIA	38.100	203.282
OTROS GASTOS DE EXPLOTACIÓN (3)	10.598.791	8.601.585
TRABAJOS REALIZADOS POR OTRAS EMPRESAS	12.209.328	7.717.014
TRANSPORTES SANITARIO Y OTROS TRANSPORTES USUARIOS	2.405.173	1.072.860
TOTAL GASTOS DE EXPLOTACIÓN	172.631.110	112.908.489
INVERSIONES	6.896.878	8.156.905
TOTAL (4)	179.527.988	121.015.394

Cuadro nº 21

- (1) El total de gastos de personal sólo incluye el importe de las retribuciones.
- (2) Hospital de Valme deriva el servicio de hemodiálisis al Hospital Virgen del Rocío.
- (3) No se incluyen los conceptos de provisiones y amortizaciones.
- (4) No se reflejan en los estados contables del HVV aquellos conceptos de gastos que asumen los SSCC del SAS como centro neurálgico de su red de hospitales (inversiones centralizadas, mantenimiento de equipos informáticos, asesoría jurídica, gestión de nóminas, etc.). El HCS asume en sus presupuestos estos gastos.

ALEGACIÓN Nº 9

No se realiza en el Informe provisional ningún análisis comparativo de los gastos en ortoprótesis, oxigenoterapia, trabajos realizados por otras empresas y transporte sanitario recogidos en el cuadro nº 21. En estas partidas de gastos, como se observa en el cuadro, hay unas diferencias muy significativas entre ambos hospitales, cuyo análisis hubiera enriquecido y completado el informe en línea con lo indicado en el apartado de Objetivos y alcance del trabajo.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 198)

198. Se ha realizado la misma comparación en relación con los puestos correspondientes a jefaturas de servicio o sus homólogos de unidades de gestión clínica y direcciones de áreas integradas de gestión, es decir, la línea directiva vinculada directamente con la asistencia sanitaria al usuario y se han obtenido los siguientes resultados:

DIRECTORES	HVV	HCS
Direc. asistenciales (nº)	36	16
Total retribuciones (€)	2.664.787	1.311.998
Retribución media(1)	88.217	82.000

Cuadro nº 25

(2) HVV: No se han considerado 4 directores por no percibir sus retribuciones directamente del hospital, y a 3 directores por no ocupar el puesto durante un tiempo representativo

ALEGACIÓN Nº 10

Los Directores Asistenciales son 14, y el total de su retribución asciende a 1.140.761 euros. Siendo por ello su retribución media de 81.483 euros.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 199 y 281)

199. Puede observarse como en los puestos de jefaturas de servicios asistenciales se produce una convergencia desde el modelo laboral al estatutario, al menos desde el punto de vista de las retribuciones.

En cuanto a los puestos correspondientes a la primera línea de dirección, la retribución media en el HCS es un 19% más elevada que la recibida por los puestos homólogos en el HVV.

281. Puede observarse como en los puestos de jefaturas de servicios asistenciales se produce una convergencia desde el modelo laboral al estatutario, al menos desde el punto de vista de las retribuciones. En cuanto a los puestos correspondientes a la primera línea de dirección, la retribución media en el HCS es un 19% más elevada que la recibida por los puestos homólogos en el HVV. (§ 199)

ALEGACIÓN Nº 11

En este punto se dice de manera textual: "Puede observarse como en los puestos de jefaturas de servicios asistenciales se produce una convergencia desde el modelo laboral al estatutario, al menos desde el punto de vista retributivo". No se entiende el significado de la frase. En la pág. 27 (punto 198) se describe una diferencia numérica sustancial entre los Jefes de Servicio y los DAIGs del HCS, que una vez modificado el dato con la alegación anterior, de 6.734 euros (7,6% superior la retribución media de HVV).

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 200 al 208)

200. En el cuadro siguiente se muestra el desglose del consumo de productos farmacéuticos en el ejercicio 2008 para cada uno de los hospitales objeto de análisis.

CONCEPTOS	HVV	HCS
Gases medicinales	554.712	132.469
Hospital de día (1)	6.035.830	1.499.650
Resto consumo interno	4.981.271	4.041.922
T. Farmacia interna	11.571.813	5.674.041
T. Farmacia externa	8.281.804	6.209.097
TOTAL	19.853.617	11.883.138

Cuadro nº 26

(2) No se incluye en el gasto Hospital de día del HVV el importe correspondiente a los tratamientos de hormonas de crecimiento (322.003 €), ya que éstos no se hacen en el HCS.

201. En el concepto denominado *farmacia externa* se incluye el gasto correspondiente a tratamientos dispensados por los facultativos de los centros hospitalarios a pacientes que no suponen estancias en el hospital.

202. Para el cálculo de indicadores económicos, se relaciona el consumo en cada uno de los hospitales del importe clasificado como *resto interno*,

CONCEPTO/INDICADOR	HVV	HCS
Consumo farmacia interno (resto interno) (€)	4.981.271	4.041.922
Nº de altas CMBD	23.442	19.052
Consumo/altas (€)	212	212
Ingresos más CMA	29.558	23.988
Consumo/ingresos más CMA(€)	169	169
Puntos GRD	37.413	27.238
Consumo/Puntos GRD (€)	133	148

Cuadro nº 27

204. El indicador que relaciona el consumo de farmacia interno con las altas y los ingresos más CMA es idéntico en el HVV y en el HCS.

205. No obstante, teniendo en cuenta que los puntos GRD suponen una estimación del consumo asociado a los distintos procedimientos realizados en el hospital, el indicador de consumo por puntos GRD resulta más favorable a HVV, al tener este centro un número superior

equivalente al consumo de farmacia en hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias, con indicadores de actividad asistencial (ingresos, altas, CMA), y con los puntos GRD (estimación de consumo de recursos).

203. Los datos obtenidos para cada hospital han sido los siguientes:

de puntos, lo que indica que el hospital realiza procedimientos con un mayor peso, y por lo tanto asociado a un consumo de recursos (tarifa) superior.

Gasto en fungible sanitario

206. Se analiza el consumo de material fungible sanitario en los dos hospitales estableciendo una relación con datos de la actividad desarrollada:

CONCEPTO/INDICADOR	HVV	HCS
Consumo fungible sanitario (€)	10.907.925	8.588.518
Nº de altas CMBD	23.442	19.052
Consumo/altas (€)	465	451
Ingresos más CMA	29.558	23.988
Consumo/ingresos más CMA (€)	369	358
Puntos GRD	37.413	27.238
Consumo/Puntos GRD (€)	292	315

Cuadro nº 28

207. Los resultados obtenidos aportan datos muy similares entre ambos hospitales en términos globales. La diferencia del consumo por altas entre ambos hospitales es de 14 €.

208. En cambio, si se relaciona el consumo total por puntos GRD, al igual que en el caso de gastos de farmacia, el consumo de material fungible resulta superior en el HCS.

ALEGACIÓN Nº 12

En cuanto al apartado de Gasto de Farmacia es necesario realizar las siguientes alegaciones:

El análisis efectuado no es un análisis de la eficiencia en el coste en medicamentos sino sólo de una parte minoritaria de éstos. El coste total del ejercicio en fármacos es de

19.853.617 € en HVV y 11.883.138 € en HCS. A pesar de la magnitud de las diferencias, es llamativo que la conclusión sea la de una mayor eficiencia en el HVV en los consumos de farmacia, como se expresa en la página 40.

El análisis excluye los conceptos *farmacia externa* y *hospital de día*, para estudiar los costes de hospitalización relacionados con los GRDs. Siendo el coste de la farmacia externa y hospital de día tan elevado (72% en HVV, 65% en HCS), un análisis de eficiencia en el consumo farmacéutico no debería haber excluido estos datos.

Para la comparación de los datos, hubiera sido más razonable el cálculo del coste en medicamentos por habitante, que se emplea habitualmente en la literatura científica y en las propias estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo¹. Este análisis, es aún más útil en hospitales con un similar nivel asistencial y población de referencia. Los datos brutos muestran una cifra de 53 € en HVV y 34 € en HCS; los costes por habitante atendido en HVV son un 57% más elevados, que no evidencia en absoluto, una peor gestión de la medicación del HCS. El análisis bien realizado, en todo caso, exigiría eliminar de los costes de los servicios que no se presten en ambos centros (neurología, psiquiatría, hemodiálisis, endocrinología y oncología).

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Por otra parte encontramos erróneo que no se contabilice el coste del HVV de hormonas de crecimiento (322.003 €) y sí se incluyan los consumos de medicación de hemodiálisis del HCS (tanto propios como de centros externos) que suman 418.978 €; como el propio informe menciona en el cuadro nº 21 *el Hospital de Valme deriva el servicio de hemodiálisis al Hospital Virgen del Rocío*. Además, esta cifra se imputa completamente en la variable que los auditores emplean en el estudio (*resto interno*). Por tanto, los valores de consumo analizados no son correctos,

siendo su cifra corregida sin el valor de la hemodiálisis de 3.622.944 €, con un coste por alta en el HCS de 190 € y un valor de consumo / ingresos más CMA de 151 €.

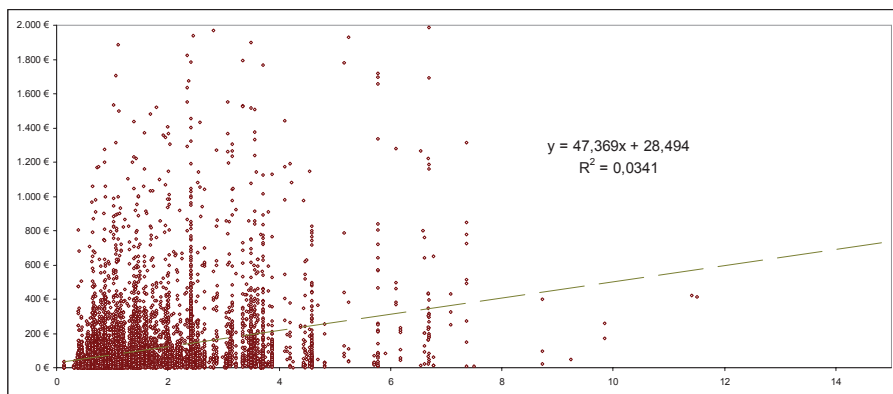
El análisis de costes en medicamentos por alta, con los datos correctos muestra una cantidad inferior al HCS que a HVV. Sin embargo, como hemos comentado, este coste es minoritario respecto al coste total, y por tanto, aunque sea más favorable a nuestro centro, no permite concluir una mejor gestión del medicamento. Entendemos además, que este análisis es superficial, dado que el coste no determina la gestión adecuada del medicamento, sino el binomio coste-resultado. Al no presentar datos de resultado, los autores del análisis asumen una equivalencia en este término, cuando el resto del contenido del informe muestra lo contrario. Los medicamentos contribuyen a que el resultado en el paciente sea óptimo, prevenga la morbi-mortalidad, acelere la curación, y permita un alta temprana, todo ello al menor coste posible. Un tratamiento mal indicado, sea de bajo o alto coste, redundará en peores resultados en el paciente y más complicaciones.

El análisis de costes en medicamentos ajustados a punto GRD no tiene fundamento, ni técnico, ni estadístico; no hemos encontrado ningún estudio en la literatura científica que realice una aproximación parecida sobre el gasto en medicamentos. El peso de los GRDs es una puntuación que se refiere a su coste relativo de manera *global*; no puede relacionarse de manera parcial a ninguna de las variables que conforman el gasto en un paciente, incluidos los gastos de farmacia².

Para demostrar la futilidad del análisis realizado presentamos los datos de los costes en medicamentos por GRD de nuestro centro durante 2008 (Anexo I). Como se observa no existe relación entre el Peso de los GRD y su coste en medicación. La gráfica 1 muestra esta relación con 14.755 altas analizadas. La correlación entre coste y complejidad (peso) es prácticamente nula, con un coeficiente de correlación R^2 de 0.03, es decir, el peso del

GRD explica sólo el 3% del coste en medicamentos de un paciente. Estas mismas conclusiones las exponen expertos españoles³ cuando proponen disponer de datos de valores propios del coste en medicamentos relacionados con los GRD en España, dada

la falta de correlación con los Pesos relativos de éstos, proyecto que actualmente está en marcha con el grupo EPIMED de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).



Gráfica 1. Relación entre gastos por GRD en medicamentos (ordenadas) y Peso del GRD (Ordenadas) en 2008. Se muestra la ecuación de correlación lineal y su coeficiente de correlación.

Por tanto, utilizar el peso relativo del GRD como variable para estudiar el coste en medicamentos carece de rigor; normalizar los datos de consumo interno por los puntos GRD obtenidos en cada centro no tiene sentido, y genera una conclusión paradójica, habida cuenta de la magnitud de la diferencia en el gasto en medicamentos, en dos hospitales de similar nivel asistencial y población de referencia. Hasta que exista un estándar español respecto a los pesos específicos de la medicación con los GRDs, el único análisis posible con estos valores debe hacerse por comparación directa entre GRDs iguales, tal como viene realizando el grupo EPIMED, que publica anualmente un informe sobre costes por GRD en Hospitales Españoles⁴.

tos conceptos de prótesis, se han agrupado los datos aportados por cada uno de los centros según naturaleza de la prótesis. Los gastos por estos conceptos se describen en el cuadro siguiente:

Tipo de Prótesis	€	
	HVV	HCS
Cardio-vasculares	4.066.737	2.437.243
Neuromodelacion	43.327	-
Traumatológicas	2.001.564	2.029.676
Reparadoras	219.278	33.649
Urológ. y genitales	109.237	58.558
Digestivas	43.244	65.310
Oftalmológicas	232.681	176.924
Otorrinolaringológ.	151.667	5.075
Total	6.867.735	4.806.435

Cuadro nº 29

Por todo ello, rogamos a los responsables de la redacción del informe corrijan los aspectos mencionados en este apartado de Gasto de Farmacia, y sus conclusiones mantengan el buen nivel que el informe, en otros apartados sí presenta.

ALEGACIÓN Nº 13

Se menciona que para realizar el análisis del gasto imputado por cada uno de los dos hospitales en los distintos conceptos de prótesis, se han agrupado los *datos aportados por cada uno de los centros* según naturaleza de la prótesis. El punto 283 incide en que “para las prótesis cardiovasculares, el indicador de consumo por puntos GRD, aunque más favorable para el HVV, la diferencia no es significativa, pero el mismo indicador calculado para prótesis de trauma y osteo-

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 209)

209. Para realizar el análisis del gasto imputado por cada uno de los dos hospitales en los distin-

síntesis supone un coste por puntos un 34% superior en el HCS (763 € frente a 566 €) (Punto 214)". Y en el Punto 216 se menciona literalmente: "(...) Por lo tanto, y a la vista de los resultados obtenidos, se puede decir que el HVV realiza una gestión más eficiente de los recursos disponibles, realizando una actividad mayor que el HCS a menor coste". Consideramos que un estudio de eficiencia relaciona unidades de costes por unidades de efectividad. Puesto que no se ha realizado ningún estudio de efectividad, cabe mencionar que no se puede afirmar sobre la eficiencia en ningún sentido, sino exclusivamente sobre costes. Además consideramos se debería matizar, de cualquier forma, que ese menor coste se desprende de las estimaciones de consumo prótesis y osteosíntesis/GRD.

Entrar en discusión sobre la "gestión eficiente de recursos" llevaría, además, como pone de manifiesto la propia Cámara, a los de personal que en el HCS que corresponden a 1.283 trabajadores sanitarios y a 1875 en HVV, existiendo una simetría proporcional en las plantillas de ambos Servicios de Traumatología. A estos costes hay que añadir el de las estancias como se detalla igualmente más abajo, alrededor de un 259% mayor la estancia media en el HVV. Como hemos expresado para aplicar conceptos de eficiencia sería necesario indicadores de efectividad, no habiéndose encontrado estudios clínicos sobre el GRD 209 por parte del HVV.

Con respecto a la gestión de implantes no ya de cirugía ortopédica sino de traumatología (aquellos dedicados al tratamiento de fracturas) sabemos que para un suministrador común (Synthes) los precios son aproximadamente un 2% menores en el HCS. Esto se debe, entre otras razones, a programas de formación a cirujanos clientes de Europa de dicha empresa que el HCS ofrece. Con respecto a otros implantes de compañías menores el HCS no las considera, sobre todo porque el coste de agujas y pequeños implantes con relación a su baja calidad los hace muy ineficientes. El HCS durante estos años no

solo ha verificado los costes de los implantes, sino también la efectividad de las intervenciones mediante estudios científicos que han sido publicado en revistas internacionales de impacto. Por ser importantes los estudios de efectividad de los tratamientos para análisis de eficiencia, se referencias algunos de los publicados solo en este año (Bibliografía 11-17).

En la gestión de ambos hospitales, como muy bien pone de manifiesto la Cámara en el punto 227, se debe tener presente que "el HCS ha grabado en la aplicación del INSS (FISS WEB) las prestaciones de servicios asistenciales realizadas a ciudadanos extranjeros cubiertos mediante convenios internacionales por un importe de 8.393.345 €. Este importe no se ingresa en la tesorería del hospital, ni se contabiliza como ingreso en los estados financieros de la empresa, formando parte de compensaciones que se realizan en la Tesorería General de la Seguridad Social", sabiendo que el HCS interviene a un 35% de extranjeros los costes por habitante para el propio GRD 209 serían aún muy inferiores.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 214)

214. Para las prótesis cardiovasculares, aunque más favorable para el HVV, la diferencia no es significativa, pero el mismo indicador calculado para prótesis de trauma y osteosíntesis supone un coste por puntos un 34% superior en el HCS (763 € frente a 566 €).

ALEGACIÓN N° 14

En línea con la alegación anterior, de acuerdo con la información disponible, las diferencias en el precio unitario de las prótesis y osteosíntesis no son significativas entre uno y otro hospital. Llama por tanto la atención, la diferencia sustancial que existe al comparar el consumo/puntos GRD entre ambos Hospitales, desconociendo si en el caso de HVV, pudiera estar afectado por otras consideraciones.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 216)

216. Por lo tanto, y a la vista de los resultados obtenidos, se puede decir que el HVV realiza una gestión más eficiente de los recursos disponibles, realizando una actividad mayor que el HCS a menor coste.

ALEGACIÓN Nº 15

Además de lo indicado en las alegaciones anteriores, no consideramos adecuada esta conclusión dado que sólo se ha analizado el ratio consumos de prótesis y osteosíntesis por puntos GRD. Para concluir sobre una gestión más eficiente de los recursos disponibles se deben incluir en el análisis otros factores que afectan muy significativamente en una gestión más eficiente de los recursos disponibles, como son entre otros, además de la plantilla disponible, la estancia media, la cual es muy inferior en el caso de HCS en comparación con el HVV, (para el GRD 209, la estancia es HVV: 6,74 y HCS: 2,60, es decir un 259% más en el HVV), con el alto ahorro en recursos que se produce al disminuir la estancia media.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 219)

219. Puede observarse como los dos hospitales presentan tasas estandarizadas de indicación quirúrgica, para el GRD 209, muy alejadas de la tasa media de los hospitales del grupo II. Estos datos suponen que en ambos casos, el HVV por exceso y el HCS por defecto, se desvían de una tasa de indicación media para una población estándar.

ALEGACIÓN Nº 16

El informe se refiere a que puede observarse como los dos hospitales presentan tasas estandarizadas de indicación quirúrgica, para el GRD 209, muy alejadas de la tasa media de los hospitales del grupo II y que, en estos datos suponen que en ambos casos, el HVV por exceso y el HCS por defecto, se desvían de una tasa de indicación media para una población estándar. Efectivamente el punto

274 concluye que del análisis comparativo de las tasas de indicación quirúrgica se observa que en el HVV se prescribe más cirugía por 100.000 habitantes que en el HCS. En concreto, “la tasa de indicación quirúrgica en el GRD 209 *“Sustitución de articulación mayor excepto rodilla”* (existe un error, quiere decir excepto cadera), presenta unos valores muy alejados de la media en los dos hospitales, muy por encima en el caso del HVV (55,6%) y muy por debajo en el HCS (-53,8%). (punto 218 y anexo III)”. En las conclusiones se manifiesta que: *“Las direcciones de los dos hospitales deben revisar sus tasas de indicación quirúrgica por procedimientos, al objeto de corregir las posibles desviaciones sobre la tasa esperada y conseguir optimizar los recursos disponibles adecuándolo a las necesidades reales de los usuarios del sistema sanitario”*. En el Anexo III del informe se expone “la información correspondiente a las tasas de indicación quirúrgica de los dos centros analizados, comparadas con el estándar y por procedimientos. Uno de los objetivos de esta información es ayudar a la gerencia de los hospitales en la toma de decisiones para optimización de los recursos disponibles”. Hay que clarificar que existe una tasa media, no un estándar, ni siquiera una mediana o una moda. Por otra parte, según se establece en el punto 43 del informe, “Desde hace más de una década, cada año se han aprobado los distintos contratos programas como instrumentos de relación entre la Consejería de Salud y las diferentes instituciones y centros que prestan servicios de salud de modo directo”. Precisamente el contrato programa, tanto el del HVV como el del HCS, insisten en que para el GRD 209 hay que estar por debajo de la media andaluza cuando afirma “El hospital cuya tasa de indicación estandarizada por edad y sexo, de los procedimientos “Cataratas”, “Amígdalas/Adenoides” y “Prótesis de Rodilla” esté por encima de la tasa estandarizada media de su grupo de hospitales, deberá disminuir esa diferencia por lo menos en un tercio. En el caso de que ésta, sea igual o menor que la media del grupo, deberá mantener la tasa igual a la media o por debajo de la media”. Nosotros comenzamos en 1994 con un pro-

yecto sobre utilización eficiente de las artroplastias de rodilla, continuando con otros proyectos de investigación financiados, y publicaciones que muestran que nuestra tasa es la adecuada para el grupo poblacional (Bibliografía 1-10). Por otra parte la bibliografía internacional es unánime al afirmar que las intervenciones quirúrgicas de rodilla están sobredimensionadas en número y en costes (Bibliografía 10). No hemos encontrado publicaciones o comunicaciones

con respecto a la tasa del HVV por parte de dicho Hospital.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 220)

220. Para concluir el análisis económico se calculan indicadores genéricos (respecto a población de cobertura, altas y puntos GRD) relacionándolos con las partidas más representativas de los restantes conceptos que conforman la liquidación de gastos en ambos hospitales.

Indicadores	HVV	HCS	€ (1)/(2)
Gasto total/población de cobertura	514	324	1,58
Gasto total/altas*	7.658	6.352	1,20
Gasto total/puntos GRD	4.799	4.443	1,08
Total gastos de explotación/población cobertura	494	303	1,63
Total gastos de explotación/altas*	7.364	5.924	1,24
Total gastos de explotación/puntos GRD	4.614	4.145	1,11
Gastos de consumo sanitario/población cobertura	135	90	1,49
Gastos de consumo sanitario/altas*	2.016	1.771	1,14
Gastos de consumo sanitario/puntos GRD	1.263	1.239	1,01

(*) Altas según CMBD.

Cuadro nº 35

ALEGACIÓN Nº 17

El gasto total incluye las Inversiones, lo cual no lo vemos mencionado.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 221)

221. La relación de gastos totales con la población de cobertura y con el total de altas en el ejercicio, como indicador de la actividad del hospital, resulta más favorable al HCS.

ALEGACIÓN Nº 18

Habría que añadir que el gasto total de explotación por habitante del HCS está penalizado por la importante población no censada de su zona de cobertura.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 246 y 286)

246. La tasa media de respuestas de los hospitales del grupo II ha sido del 22%. El HVV con una tasa de respuesta del 39,6% y el Tomillar con un 29,3% se encuentran por encima de la tasa media de respuesta. Por el contrario, el HCS obtiene una tasa del 19,6% de respuestas de usuario, por debajo de la media de hospitales de su grupo.

286. En relación con la satisfacción de los usuarios se observa un alto nivel de satisfacción en ambos hospitales públicos.

La valoración por el usuario del HCS, medida a través de encuestas de satisfacción, es sensiblemente superior respecto a la del HVV, al ser valorado por encima de la media andaluza en un total de 15 indicadores y no presenta ninguna percepción de calidad por debajo de esta.

En contraste con los resultados de las encuestas realizadas, los cuestionarios cumplimentados al alta asignan valores de satisfacción sensible-

mente superiores al HVV, que sólo se encuentra por debajo de la media en la valoración de la comida.

La satisfacción percibida por el usuario del HCS, aunque sin duda alta, se encuentra por debajo de la media andaluza en un total de cinco variables, sin olvidar que la tasa de respuesta obtenida también ha resultado la más baja de los centros analizados. (§ 237 y siguientes)

ALEGACIÓN N° 19

La población no censada mencionada en los párrafos anterior y preferentemente extranjera que no domina el idioma, justifica la menor participación en las encuestas posthospitalización, pues no se dispone de encuesta en múltiples idiomas. Este aspecto se está tratando en la Comisión de Participación Ciudadana.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos 247 a 250 y 286)

247. Se consideran “debilidades del sistema” aquellas que no superen una satisfacción media del usuario por encima del 70%.

248. Puede observarse que la media de los hospitales andaluces no alcanzan ese porcentaje en las variables de “confort de las habitaciones”, y “comida”. El HCS presenta debilidades en estas dos variables, el HVV supera la satisfacción mínima exigida en cuanto al confort de las habitaciones pero queda por debajo en relación con la comida. Los resultados del hospital El Tomillar se sitúan por encima de la media de satisfacción en todos los aspectos valorados por el usuario.

249. Si se comparan las valoraciones obtenidas por el HVV y HCS, se puede observar que, en contraste con los resultados de las encuestas realizadas, los cuestionarios cumplimentados al alta asignan valores de satisfacción sensiblemente superiores al HVV, que sólo se encuentra por debajo de la media en la valoración de la comida.

250. La satisfacción percibida por el usuario del HCS, aunque sin duda alta, se encuentra por debajo de la media andaluza en un total de cinco variables, sin olvidar que la tasa de respuesta obtenida también ha resultado la más baja de los tres centros analizados.

286. En relación con la satisfacción de los usuarios se observa un alto nivel de satisfacción en ambos hospitales públicos.

La valoración por el usuario del HCS, medida a través de encuestas de satisfacción, es sensiblemente superior respecto a la del HVV, al ser valorado por encima de la media andaluza en un total de 15 indicadores y no presenta ninguna percepción de calidad por debajo de esta.

En contraste con los resultados de las encuestas realizadas, los cuestionarios cumplimentados al alta asignan valores de satisfacción sensiblemente superiores al HVV, que sólo se encuentra por debajo de la media en la valoración de la comida.

La satisfacción percibida por el usuario del HCS, aunque sin duda alta, se encuentra por debajo de la media andaluza en un total de cinco variables, sin olvidar que la tasa de respuesta obtenida también ha resultado la más baja de los centros analizados. (§ 237 y siguientes)

ALEGACIÓN N° 20

Consideramos necesario indicar las mejoras más significativas introducidas, así como sus fechas de implantación, con el objetivo de mejorar la satisfacción del paciente:

Confort habitaciones:

- **Implantación de check-list: con el fin de mejorar la percepción, de los pacientes y familiares, sobre las habitaciones y sus instalaciones, además de mejorar el servicio prestado por la unidad de mantenimiento, se ha implantado un sistema de chequeo de todas las dependencias del hospital y el CARE de Mijas, con una periodicidad mensual, de forma que cada mes se detectan las averías, anomalías y defectos, incluido el mobiliario**

y la limpieza, que no hayan sido notificados por el servicio, y se procede a su reparación. Para ello se ha dispuesto de dos técnicos dotados de PDA's, con comunicación on-line. Este procedimiento se ha implantado en marzo de 2.009.

- Camas, mesas de noche y sillones de pacientes. Planning de sustitución del mobiliario de habitaciones para 2010.

La planificación de sustitución del mobiliario de habitaciones de pacientes de todas las unidades hospitalarias del H.C.S., se realizará durante el segundo semestre de 2.010. En esta planificación se contempla la sustitución de las camas hospitalarias hidráulicas actuales por camas eléctricas con un fácil manejo, tanto para el paciente como para el personal asistencial, estableciéndose un mayor confort en la estancia de los pacientes y un factor positivo de prevención de riesgos laborales para el personal asistencial que manipula dicha cama. El proyecto de modificación de las camas hospitalarias se extrapolará igualmente a otros elementos de la habitación, en el mismo período, como son la mesa de noche como complemento a la cama y los sillones de pacientes con una ergonomía totalmente adaptada a las necesidades de uso por parte de los pacientes.

- Sistema de llamada paciente-enfermera: dada la obsolescencia de los sistemas de llamada paciente/enfermera existentes en el hospital, se está llevando a cabo un programa de sustitución de dicho sistema por otro de última generación que mejorará la seguridad y la comunicación con los pacientes, así como la información que se puede aportar al personal sanitario. Durante el mes de febrero se procederá a la sustitución del sistema en una unidad de hospitalización. Para la elección del sistema se llevó a cabo un proceso de selección, entre distintos fabricantes, y con la participación de personal asistencial, para la decisión final, se montaron dos sistemas distintos en la unidad 5400. El resto de las unidades se irán sustituyendo progresivamente, de for-

ma que afecte lo mínimo posible el funcionamiento del hospital, estando prevista su terminación para 2011.

- Temperatura de habitaciones: siguiendo con la línea de mejorar el confort del paciente, se han llevado a cabo diferentes actuaciones encaminadas a controlar las temperaturas ambientes de las habitaciones, por un lado se han instalado controladores en el sistema de control centralizado que nos permiten visualizar y cambiar dichas temperaturas, por otro lado, se ha establecido un procedimiento de actuación en caso de detectar problemas puntuales de temperatura, de forma que los usuarios pueden dar el aviso a través de centralita, que se encarga de enviar un mensaje al móvil del técnico de mantenimiento. Por último, se dispone de un libro donde se registran todas las incidencias de temperatura, sus causas y las actuaciones llevadas a cabo.

- Reforma de baños de público: debido al estado de los aseos públicos por el uso de los mismos, se está procediendo a su reforma gradualmente. Hasta el momento se han reformado los baños masculino, femenino y de minusválidos de planta baja (salón de actos), en urgencias se han reformado dos aseos en sala de observación de sillones, un aseo de minusválidos, dos aseos en sala de espera de banales y uno en precamas, en planta semisótano se han reformado los aseos masculinos y femeninos de consultas externas. En estos momentos se están ejecutando los aseos públicos masculinos y femeninos de planta tercera, tras lo cual se ejecutarán los de planta primera.

- Obra de reforma y ampliación de Urgencias: consiste en la ampliación de 169 metros cuadrados y la reforma de 343 m², las zonas a reformar abarcan las actuales áreas de urgencias pediátricas, sala de espera, traumatología y triajes. Se ha terminado la fase de ampliación (fase 1), la nueva sala de espera y se ha trasladado la antigua sala de espera a su nueva ubicación. Del mismo modo se ha concluido la segunda fase, dando lugar a la nueva área de urgencias pediá-

tricas, formada por un triaje, dos consultas, sala de observación, sala de juegos y espera y baños de niños. Esta fase está ya ocupada y funcionando. También se incluye en la segunda fase dos consultas nuevas de traumatología, que no se pondrán en funcionamiento hasta la terminación de la tercera fase, cuando terminada, de lugar a la nueva área de traumatología, y que incluirá sala de cura y yesos, y sala de espera. Se espera finalizar esta fase a finales del mes de febrero.

- Pequeñas reformas realizadas: reforma del baño asistido; adaptación de triajes provisionales; ampliación de la sala de técnicas; reforma del área de semisótano para reubicación de despachos; conversión de despachos y sala de reuniones como sala de observación de sillones; remodelación del control de la sala de observación de sillones y sustitución de sillones por camillas; instalación de puerta automática.

- Neonatos: se reformará en un total de 1.085 metros cuadrados, es decir, la actual neonatología y la recién desmantelada unidad de pediatría (UH-3100), que pasará a ser completamente de la unidad de neonatología, donde se encontrarán las UCI's de cuidados medios e intensivos, habitaciones para madres e hijos, locales de apoyo, así como despachos y consultas. Se ha terminado la demolición y los trabajos de albañilería de la primera fase, es decir, de la antigua unidad 3100. En este momento se están ejecutando las instalaciones, está prevista su terminación a finales del mes de marzo. Después se iniciará la 2ª fase (actual neonatología) con un tiempo estimado de ejecución de 3 meses.

- Régimen de visitas: Una vez puesto en servicio el sistema integral de seguridad que se está instalando en la actualidad, se procederá a establecer un control de visitas, mediante la incorporación de un puesto de control junto a la puerta previa a los ascensores de público, en el que se ubicará un vigilante de seguridad, durante la jornada establecida de visita. La implantación de este sistema será a lo largo del 2010.

Comida

Para mejorar el servicio de alimentación de pacientes e incrementar el grado de percepción de la satisfacción del usuario (por el paciente, familiar y/o acompañante) hemos implantado varias medidas de mejora.

- Creación de una Comisión de Nutrición orientada a conseguir que la alimentación del paciente forme parte importante del tratamiento terapéutico al mismo, durante su estancia en el Hospital así como su continuidad tras el alta.

- Se ha adquirido y puesto en funcionamiento un equipo técnico constituido por carros disociados de frío/calor y sus bases regeneradoras que permiten servir cada ingesta a la temperatura adecuada; esto ha permitido incluso mejoras perceptibles por los usuarios en las cualidades organolépticas de los alimentos que conforman la dieta.

- Se ha incluido en el servicio de dietas de cada ingesta principal (almuerzo y cena), un botellín de agua para el paciente.

- Se ha implantado el servicio a pie de cama constituido por un equipo humano con la contratación de camareras, que con el apoyo del servicio de dietética, con la toma de contacto cotidiano con el paciente en el momento del servicio a pie de cama recopilan información de su grado satisfacción (implantación de la encuesta diaria por PDA a prácticamente el 100 % de los pacientes con dieta basal y se recopila la información de la elección de dieta al 100% de pacientes con este menú diariamente para las ingestas del día siguiente.

- Se ha implantado el servicio opcional de elección personalizada para las ingestas del desayuno y la merienda, a pie de cama.

- Incorporación de un Licenciado en Nutrición con un rol relevante en la Comisión de Nutrición para abordar la adecuación del contenido nutricional de la dieta al perfil del paciente.

- Elección de la dieta pediátrica opcional para pacientes que no requieren una dieta terapéutica “conflictiva.”
- Modificación del menú de los pacientes del servicio de Hemodiálisis adecuándolo a las necesidades terapéuticas, y con la reciente mejora de la implantación de dieta electiva y encuesta a pie de cama
- Se ha reformado la instalación de cocina para poder garantizar las condiciones higiénico sanitarias de la comida dispensada a pacientes.

A nivel global desde la Dirección de Servicios Generales también hemos implantado formularios de encuestas que se distribuyen diariamente en la ingesta de la merienda, se recopilan desde puntos estratégicos en buzones y cuya información se procesa segmentada por edad y género mensualmente.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 287)

287. Como resultado de los análisis realizados y las conclusiones expuestas en los puntos anteriores, se puede concluir que:

- El HCS resulta más económico y eficiente en la gestión de los recursos disponibles, con un coste total de la asistencia prestada por habitantes un 58% menor que el HVV.

ALEGACIÓN N° 21

Las conclusiones generales de la eficiencia relativa de nuestro centro es un reconocimiento del esfuerzo de todos los profesionales que formamos parte del mismo. En el informe se hace referencia exclusiva a la población censada. Como es bien conocido nuestro hospital, por su localización, tiene una población flotante extranjera y española, que no menciona en ningún epígrafe del informe. En la Memoria del hospital de 2008 se comenta de manera literal que : “La elevada presencia de ciudadanos extranjeros en la Costa del Sol se refleja en que un 41% de los partos, 27% de ingresos, 26% de urgen-

cias y 18% de las consultas atendidas en el HCS correspondieron a pacientes extranjeros, porcentajes que han ido ascendiendo año a año. El 85,5% de los pacientes atendidos en urgencias, el 90% de los hospitalizados y el 88% de los atendidos en consultas del HCS residían en el área de cobertura del centro. Por tanto un 14,5% de las urgencias, un 10% de los ingresos y un 12% de las consultas no están contempladas en la población atendida (censada). De tenerse en cuenta esta circunstancia en el denominador poblacional en los cálculos presentados la diferencia en la eficiencia hubiera sido mayor.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 287)

287. Como resultado de los análisis realizados y las conclusiones expuestas en los puntos anteriores, se puede concluir que:

- En los consumos de farmacia, material fungible y prótesis, la eficiencia, medida en la relación coste/complejidad, resulta favorable al HVV.

ALEGACIÓN N° 22

En este último párrafo se dice: *“En los consumos de farmacia, material fungible y prótesis, la eficiencia, medida en la relación coste/complejidad, resulta favorable al HVV”*. Además de las posibles modificaciones que pudieran dar lugar las alegaciones anteriores sobre consumos de farmacia y prótesis, en nuestra opinión, la redacción de esta conclusión general es incompleta y puede dar lugar a interpretaciones erróneas. Consideramos que como conclusión general es más adecuado el segundo párrafo del punto 284 del propio informe, al recoger de forma más completa y fidedigna el análisis realizado por la Cámara de Cuentas en este trabajo, al decir: *“La relación del total gastos de explotación con la complejidad y el coste estimado de los procesos realizados, representado por el peso y los puntos GRD, aportan resultados más favorables para el HCS, excepto para los consumos de farmacia, fungible sanitario y prótesis”*.