



**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)**

Jornadas Maspalomas. Julio 2011

PLAN DE ACTUACIONES CCA 2009

Fiscalización:

- 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.
- 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.

ESTATUTO DE AUTONOMIA → COMPETENCIAS EN MATERIA SANITARIA A LA JA

Ley 8/1986, de 6 de mayo



SERVICIO
ANDALUZ DE
SALUD
SAS

ORGANISMO AUTÓNOMO de carácter administrativo de la Junta de Andalucía, responsable de la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud dependientes de la Junta de Andalucía.

CONSEJERIA DE SALUD

Artículo 45.1 de la Ley
de Salud de Andalucía

SAS

HOSPITALES DE
LA RED SAS

EMPRESAS
PÚBLICAS
HOSPITALARIAS

USUARIOS DEL SSPA



ANTECEDENTES

- En el plan de actuaciones del ejercicio 2008 se planteo el primero de los informes sobre análisis comparativos de dos centros hospitalarios con distintos modelos de gestión
- Los resultados obtenidos aportaron diferencias significativas en la mayor parte de indicadores de eficacia, eficiencia y economía.
- Las diferencias se debían no sólo a las distintas formas jurídicas y de gestión hospitalaria:
 - Ubicación geográfica
 - Infraestructuras (vías de accesos)
 - Instalaciones hospitalarias (edad)
 - Diferencias socio-económicas (población)

SELECCIÓN DE LOS HOSPITALES

- Poblaciones de cobertura similares
- Nivel de complejidad similar
- Hospitales de referencia cercanos
- Edad de los centros

SELECCIÓN DE LOS HOSPITALES

HOSPITAL VIRGEN DE VALME

- HVV: organismo autónomo
- Dependencia: SAS
- Presupuesto limitativo y vinculante.
- Control financiero permanente
- Personal estatutario
- Organización tradicional por servicios y especialidades

HOSPITAL COSTA DEL SOL

- HCS: empresa pública (agencia pública empresarial)
- Dependencia: Consejería de Salud
- Contabilidad financiera. Cuentas anuales
- Auditoría de cuentas
- El personal laboral: normativa mercantil
- Organización Áreas Integrales de Gestión (intermedia entre la tradicional por servicios y la GPP)

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

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

ÁREAS DE TRABAJO

1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
2. FIJACIÓN DE OBJETIVOS:
 - OBJETIVOS ESTRATÉGICOS CONTENIDOS EN EL CP
 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR ÁREAS
3. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y EFICIENCIA:
 - ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTAS
 - ACTIVIDAD QUIRURGICA Y URGENCIAS
4. ANÁLISIS DE INDICADORES ECONÓMICOS
5. PLANES DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
6. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS HOSPITALES


HOSPITAL VIRGEN DE VALME

1. El HVV, integrado en la red de centros hospitalarios dependientes del SAS, se organiza según lo establecido en el Decreto 105/1986.
2. La dirección unipersonal : director gerente del que dependen la subdirección gerencia y el resto de las direcciones.
3. **Ámbito asistencial:** 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.

HOSPITAL COSTA DEL SOL

1. En el HCS (EP): nivel superior de dirección y decisión se encuentra en el Consejo de Administración del que depende el gerente del hospital.
2. Organización de los servicios clínicos como "Áreas Integradas de Gestión" (AIG): Agrupan especialidades asistenciales con objetivos comunes.
3. 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.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA: GPP

- Alternativa a la gestión y organización tradicional de la asistencia sanitaria. (III PLAN ANDALUZ DE SALUD)
- Objetivo GPP: Mejorar la "calidad total" y los resultados asistenciales:  efectividad clínica, satisfacción de los pacientes y de los profesionales y el uso adecuado de los recursos.
- 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.

GESTIÓN POR PROCESOS

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.

FIJACIÓN Y CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS

1. Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa:



Enfoque estratégico y objetivos globales

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

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

OBJETIVOS CONTRATO PROGRAMA

Es el instrumento de la Consejería de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y los recursos de los que éstos dispondrán

HOSPITAL VIRGEN DE VALME

- 1ª Nivel de compromiso:



Consejera de Salud/Gerente del SAS

- 2º Nivel de compromiso:



Gerente SAS/Gerentes hospitales

- 3º Nivel de compromiso y sucesivos:
en cascada: gerente, direcciones,
jefaturas

HOSPITAL COSTA DEL SOL

- 1ª Nivel de compromiso:



Consejera de Salud/Gerente hospital

- 2º Nivel de compromiso



Gerente hospital/Direcciones

- 3º Nivel de compromiso y sucesivos: en cascada Direcciones, directores AIG

FIJACIÓN DE OBJETIVOS

- Se analizaron los procedimientos de fijación y evaluación de objetivos en los dos centros sanitarios.
- Dificultades del análisis: 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.

FIJACIÓN DE OBJETIVOS

EN AMBOS CENTROS

- OBJETIVOS DEFINIDOS Y PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA CONSECUCCIÓN
- EVALUACIÓN SEMESTRAL DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
- LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS MARCADOS SE VINCULA A SUS CORRESPONDIENTES CONCEPTOS RETRIBUTIVOS DE CARÁCTER VARIABLE.
- PUESTA EN FUNCIONAMIENTO A PARTIR DE 2009 SE DISPONE DE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA DE GESTIÓN INTEGRAL DE LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN.
- **HCS:** LAS RETRIBUCIONES DEL PERSONAL DIRECTIVO Y DIRECTORES ÁREAS INTEGRADAS DE GESTIÓN FUERTEMENTE LIGADAS A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS MARCADOS EN EL CONTRATO PROGRAMA (40% DIRECTOR GERENTE, 35% DIRECCIONES AIG)
- **HVV:** EL PORCENTAJE DE PRODUCTIVIDAD CORRESPONDIENTE AL EQUIPO DIRECTIVO HA VARIADO EN UNA HORQUILLA ENTRE EL 12 Y EL 15% DE LAS RETRIBUCIONES PERCIBIDAS.

OBJETIVOS HOSPITAL COSTA DEL SOL

VINCULACIÓN: 1. OBJETIVOS PERSONALES DE CADA INDIVIDUO
2. OBJETIVOS DE LA UNIDAD

MÉTODOS DE MEDICIÓN: 1. OBJETIVOS DE DESARROLLO
2. OBJETIVOS OPERATIVOS

PESO RELATIVO DEL MÉTODO: EN FUNCIÓN DEL GRUPO

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

Grupo I: directores de áreas, responsables de unidad, supervisores y facultativos.

Grupo II: otros profesionales no incluidos en el grupo anterior

El Gerente y Directivos de 1º nivel no están vinculados a los porcentajes regulados en convenio

OBJETIVOS HOSPITAL COSTA DEL SOL

- NIVEL MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO EXIGIDO: 80%
- NIVEL MÁXIMO DE CUMPLIMIENTO (PARA PERCIBIR EL 100%): 120%
- 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).

	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%	-

OBJETIVOS HOSPITAL VIRGEN DE VALME

➤ El concepto de productividad factor variable se establece en la Resolución 2215/07 de la Dirección gerencia del SAS

➤ <u>Vinculación de la Retribución Variable</u>	- Objetivos generales : 60%
	- Objetivos específicos: 40%

➤ El complemento variable por productividad se compone de dos partes:

- **Complemento del rendimiento profesional (CRP):** consecución de los objetivos definidos para una unidad o servicio. Supone hasta un 80% del complemento de productividad.
- **Evaluación del desempeño profesional (EDP):** valoración individual y contribución de cada individuo a los fines establecidos (20% del complemento de productividad).

OBJETIVOS HOSPITAL VIRGEN DE VALME

- 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.
- 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.

COMPARATIVO HVV/HCS

A pesar de la diferencia de vinculación retributiva que el sistema de incentivos o productividad tienen en cada hospital:

En ambos centros se comprobó el cumplimiento generalizado de los objetivos propuestos, el conocimiento y la vinculación de todos los profesionales con el sistema establecido.



EFICACIA Y EFICIENCIA

- 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.
- Para la selección de los indicadores se han aplicado criterios de **validez, relevancia, comparabilidad y "mínimo número-máxima información"**.
- Los sistemas de información que han sido consultados durante el trabajo de campo para el cálculo de indicadores han sido los siguientes: INIHOS, CMBD, INFHOS, SIPRO, AGD

INHIOS

- El “**Sistema de Información Intrahospitalaria**”: Modelo estadístico de evaluación comparativa de la actividad asistencial hospitalaria de los distintos servicios/unidades de especialización.
- Indicadores mensuales: utilización de recursos, productividad y rendimiento asistencial en las áreas de hospitalización, consultas externas, quirófanos, obstetricia, urgencias y servicios centrales.
- El sistema está diseñado para integrar la totalidad de los hospitales andaluces: la red del Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud.

CMBD

- El “**Conjunto Mínimo de Datos Básicos**” : 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.
- El CMBD recoge **información personalizada**:
 - De cada uno de los usuarios del centro sanitario (identificación del paciente y procedencia)
 - De la asistencia sanitaria que recibe durante su estancia en el hospital (diagnósticos y procedimientos sanitarios realizados para la obtención del diagnóstico clínico),
 - 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.

CMBD

- La explotación de los datos se realiza y presenta mediante GRD "Grupos Relacionados por el Diagnóstico": 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 GRD lleva asociado un peso relativo (puntos GRD) como expresión del coste relativo de dicho grupo.
- La información se analiza y valida en los SSCC del SAS.
- Publicación anual de los datos CMBD



PERMITE COMPARACIÓN ENTRE HOSPITALES SSPA

OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- INFHOS: Sistema de información de consultas especializadas del sistema sanitario público de Andalucía (SSPA).
- SICPRO: Sistema de información para el seguimiento de los indicadores propuestos en el contrato programa.
- AGD: Aplicación para la gestión de la demanda quirúrgica.

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

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Se evaluó en ambos centros: la actividad desarrollada y la eficiencia en la utilización de los recursos

Análisis de Indicadores:

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.

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Estancia Media: 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.).

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.

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.

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.

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Indicador	HVV Población 349.376	HCS Población 372.964
N° de Facultativos	404	302
N° camas hospitalización (disponible)	555	348
N° ingresos	24.072	19.201
N° altas	23.442	19.052
Altas con cero días de estancia	90	70
N° 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

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

	HVV	HCS
Nº altas	23.442	19.052
Índice de utilización de estancias (IUE2)	0,95	0,80

- Para el total de altas HCS consume un 15% menos de estancias que el hospital del SAS.
- Un paso más: SELECCIÓN DEL IUE2 DE LOS 30 GRD MÁS FRECUENTES (con mayor nº de altas) .

El IUE2 para el HVV supera sensiblemente la unidad en el 58% GRD mas frecuentes

El HCS supera la unidad sólo en un 8,33% de los GRD más frecuentes

GRD	N° 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 Cesáreas/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 - 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	-	<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

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

- OTRO PASO MÁS: IUE2 para las diez categorías diagnósticas mayores (CDM) mas frecuentes
- En este análisis 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 diagnosticas con número de altas más elevados.
- **RECOMENDACIÓN:** *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", obtendría una importante ganancia potencial con un mejor resultado en el índice de utilización de estancias (IUE2).*

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Categoria 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 pánocr.	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

INDICADORES DE CALIDAD

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.

ÍNDICE CASUÍSTICO (ÍNDICE CASEMIX). Este indicador muestra la complejidad de la casuística del hospital

$$IC = \frac{N^{\circ} \text{ ALTAS GRD} * \text{PESO}}{\text{TOTAL ALTAS HOSP}}$$

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

HVV tiene > IC y < % reingresos. Entre otras posibles causas, la disminución de la estancia por debajo de la media en HCS puede tener como consecuencia un porcentaje de reingresos mayor.

ACTIVIDAD DE CONSULTAS

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: INFHOS / INIHOS

Seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa sobre esta actividad hospitalaria, pendiente de desarrollo y explotación en el sistema de información CMBD.

Indicador	HVV		HCS	
	Objetivo	Resultado	Objetivo	Resultado
Salas de Consultas Ext.	-	147	-	61
T. Consultas externas	s/d	503.721	310.000	324.990
N° Consultas/N° Salas	-	3.427	-	5.328
Índice de rotación usuario/sala (1)	-	13	-	20,3
N° 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

- El contrato programa del HVV carece de objetivos cuantificados en la mayoría de las actividades de consultas.
- 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.
- **MOTIVOS:** concentración física de las salas y la mayor accesibilidad horaria de los profesionales. horario de mañana y tarde, siendo excepcionales las consultas de tarde disponibles en el área hospitalaria de Valme.

Nº DE CONSULTAS EN ACTO ÚNICO

- OBJETIVO CONSEJERIA DE SALUD : 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.
- 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.
- 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

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

- La presión que las urgencias ejercen en la actividad del hospital se calcula relacionando las urgencias ingresadas con el total de ingresos en hospitalización.
- **HCS** 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**.

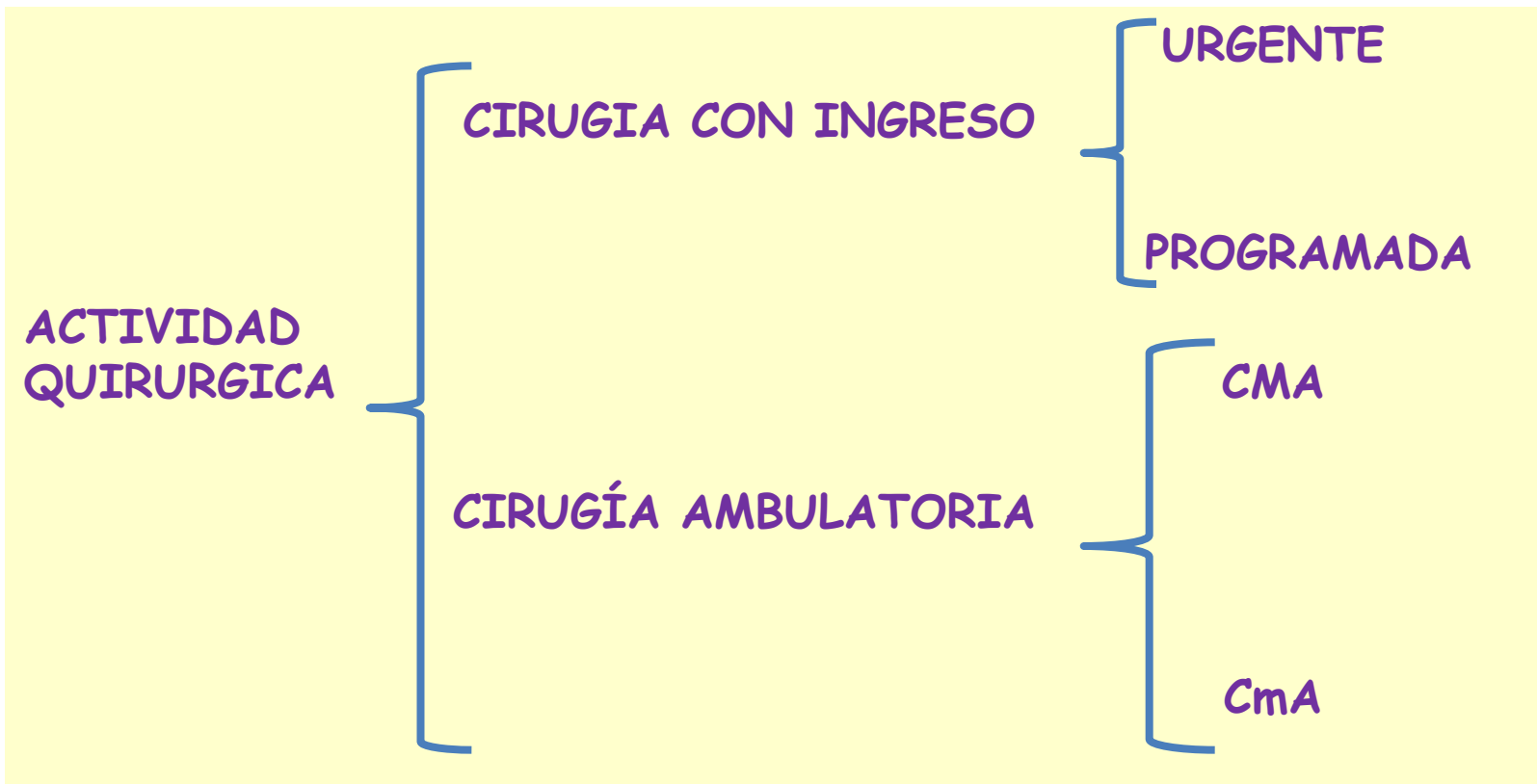


HCS ES MAS EFICIENTE EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

- 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

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA



INFRAESTRUCTURA

Indicador	HVV	HCS
Nº camas	555	348
Nº quirófanos	14	10

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 %

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

- La **actividad quirúrgica total** (programadas más urgentes) es superior en el HVV (dispone de 4 quirófanos + que HCS)
- 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).

➤ **RECOMENDACIÓN** : *Una disminución potencial de las estancias preoperatoria contribuiría a una disminución (potencial) de la estancia media del hospital y del IUE2*

- **INDICADOR DE CALIDAD: reintervenciones**, se contabilizan las intervenciones quirúrgicas sucesivas no programadas ni previstas, fruto de una complicación en el proceso quirúrgico: **Sin datos en HVV/ 23% EN HCS**

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

- **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.

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

- **Prevalencia de infección nosocomial (indicador de calidad)**

	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 %

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

- TASAS DE INDICACIÓN A PACIENTES INSCRITOS EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA (RDQ) del SSPA, en el ejercicio 2008. (Boletín Quirúrgico 2007-2008)

	HVV	HCS
Nº indicaciones (1)	9.023	7.565
Tasa x 100.000 Hb.	2.583	2.028

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

GESTIÓN DE DEMANDA QUIRÚRGICA

- 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.
- 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.
- El seguimiento 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.
- 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).

GESTIÓN DE DEMANDA QUIRÚRGICA

	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)

GESTIÓN DE DEMANDA QUIRÚRGICA

- Se analizó 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.

- En el 100% de los casos analizados en el **Hospital Costa del Sol**, no presentaron incidencias.

CONCLUSIÓN: 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.

- 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:

GESTIÓN DE DEMANDA QUIRÚRGICA

	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%

Esta situación impidió 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.

MODELO DE FINANCIACIÓN

- CADA CENTRO TIENE UN MODELO DE FINANCIACIÓN DISTINTO
- INFORMACIÓN CONTABLE SEGÚN MODELOS TAMBIÉN DISTINTOS
- **HVV:** LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA DE SUS ESTADOS DE GASTOS (CONTABILIDAD PRESUPUESTARIA).
- **HCS:** PRESENTA UNA CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS QUE POSTERIORMENTE SE INTEGRA EN LAS CUENTAS ANUALES DE LA EPHCS (NORMATIVA CONTABLE MERCANTIL).
- Financiación: **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.**
- Los pilares fundamentales del modelo: **la población a financiar y la tarifa básica prospectiva ajustada. EL modelo establece y fija un máximo de autorización de gastos a cada centro**

MODELO DE FINANCIACIÓN

- Por su parte, la Empresa Pública Hospital Costa del Sol deberá presentar antes del 1 de julio de cada año, el **programa de actuación, inversión y financiación** correspondiente al ejercicio siguiente, además las empresas deberán presentar un presupuesto de explotación y otro de capital en los que se detallarán los recursos y dotaciones anuales correspondientes.
- 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.

RESULTADO DEL EJERCICIO

HVV

El HVV presenta una situación deficitaria acumulada. Este déficit se concentra exclusivamente en el capítulo II: 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 €**

EPHCS

El crédito definitivo aprobado para el ejercicio 2008 a la EPHCS (hospital Costa del Sol y hospital de Benalmádena) ascendió a 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.**

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.

MODELO DE FINANCIACIÓN. INDICADORES ECONÓMICOS

HOMOGENIZACIÓN DE DATOS:

1. Agrupar los gastos por naturaleza (con independencia de la clasificación contable)
2. Cálculo de indicadores de eficiencia: 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.

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 SANTARIA	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

GASTOS DE PERSONAL

Régimen jurídico del personal, distintos modelos: estatutario y laboral

- 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:

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 personal (€)	99.197.023	60.722.237

GASTOS DE PERSONAL

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

HCS se comporta de forma más eficiente en la relación entre la población de cobertura, la actividad desarrollada y los subtotales de gastos de personal (personal sanitario y, sobre todo, personal no sanitario).

GASTOS DE PERSONAL: DIRECTIVOS

1º NIVEL DE DIRECCIÓN: GERENCIA, SUBDIRECCIÓN GERENCIA, DIRECCIONES

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

2º NIVEL DE DIRECCIÓN: JEFATURAS DE SERVICIO, DIRECCIÓN UNIDADES CLÍNICAS, DIRECTORES DE AIG

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

- Primer nivel de dirección, la retribución media en el HCS es un 19% más elevada que la recibida por los puestos homólogos en el HVV.
- Segundo nivel de dirección: jefaturas de servicios asistenciales se produce una convergencia desde el modelo laboral al estatutario, al menos desde el punto de vista de las retribuciones.

GASTOS FARMACIA

FARMACIA EXTERNA: incluye el gasto correspondiente a tratamientos dispensados por los facultativos de los centros hospitalarios a pacientes que no suponen estancias en el hospital.

FARMACIA INTERNA: consumo de farmacia en hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias, consumo HDM y gases medicinales.

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

(1) Ambos hospitales con cartera de servicios muy distintas en HDM. Se evitó el comparativo.

INDICADORES: relación de los consumos con indicadores de actividad asistencial (ingresos, altas, CMA), y con los puntos GRD:

GASTOS FARMACIA

CONCEPTO/INDICADOR	HVV	HCS
Consumo farmacia interno (resto interno) (€)	4.981.271	4.041.922
Nª 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

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.

GASTOS MATERIAL FUNGIBLE

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 €.

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.

CONCEPTO/INDICADOR	HVV	HCS
Consumo fungible sanitario (€)	10.907.925	8.588.518
Nª 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

GASTO EN PRÓTESIS

- AGRUPACIÓN DE GASTOS SEGÚN NATURALEZA DE LA PRÓTESIS
- Del total de gasto en prótesis se han analizado los consumos de cardiovasculares y traumatológicas por ser los de importe más significativo.

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

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.

Prótesis cardiovasculares	HVV	HCS
Consumo (€)	4.066.737	2.437.243
Altas GRD (1)	2.021	1.568
Consumo/altas (€)	2.012	1.554
Puntos GRD	6.102	3.562
Consumo/puntos GRD (€)	666	684

Prótesis traumatológica y osteosíntesis	HVV	HCS
Consumo (€)	2.001.564	2.029.676
Altas GRD (2)	1.354	1.126
Consumo/altas (€)	1.478	1.803
Puntos GRD	3.535	2.660
Consumo/puntos GRD (€)	566	763

- (1) ALTAS DE GRD QUE LLEVAN ASOCIADO UN CONSUMO DE PRÓTESIS
- (2) ALTAS DE GRD QUE LLEVAN ASOCIADO UN CONSUMO DE PRÓTESIS Y OSTEOSINTESIS (PLACAS, TORNILLOS, ETC.)

El coste por puntos GRD es superior en el HCS para los dos tipos de prótesis.

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 €).

Analizando el consumo de prótesis y osteosíntesis de forma independiente:

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

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

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.

IMPORTANTE: diferencia significativa en el número de altas en los GRD relacionados con la implantación de prótesis traumatológicas (sin tener en cuenta la osteosíntesis), 97% superior en el HVV . Es decir, que este hospital presenta una **indicación quirúrgica muy superior a la del HCS en relación con estos procedimientos.**

Prótesis traumatológica	HVV	HCS
Altas GRD	668	339
Consumo/altas (€)	1.798	2.634

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.

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

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

PLANES DE INVERSIÓN E INFRAESTRUCTURAS

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.

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%.

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

CENTROS	AHVV	HCS	m2
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	

FONDOS RECIBIDOS Y APLICACIONES A INFRAESTRUCTURA

€		
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

€		
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

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

- Analizar la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria por parte del usuario, destinatario de las prestaciones hospitalarias.
- 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**.
- 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.
- En las encuestas realizadas aparecen todos los hospitales del SAS y las empresas públicas hospitalarias dependientes de la Consejería de Salud.

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

(>)/(<)/= N° de indicadores en los que el hospital está significativamente por encima/debajo/= , respectivamente, que la media de Andalucía en esos indicadores.

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).

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

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.

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 %	<u>65,1 %</u>	<u>65,7 %</u>
Limpieza	81,3 %	85,3 %	76,1 %	75,8 %
Comida	<u>63,9 %</u>	70,3 %	<u>61,6 %</u>	<u>68,4 %</u>
Régimen de visitas	86,7 %	91,4 %	80,4 %	79,7 %
Información sanitaria	92,1 %	89,7 %	<u>87,5 %</u>	87,9 %
Identific. de profesionales	90,6 %	89,1 %	<u>85,8 %</u>	86,0 %
Atención de Médicos	96,6 %	97,9 %	<u>89,8 %</u>	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)

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

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.
- 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.



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

nuria.mendoza@ccuentas.es

www.ccuentas.es