

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Único. En virtud de lo establecido en el artículo 2.4.b de la Orden de 14 de julio de 2004, de delegación de competencias, y de conformidad con lo establecido en el artículo 118 de la Constitución y 17.2 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, y 104 y siguientes de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, he dispuesto el cumplimiento en sus propios términos del expresado auto judicial.

En consecuencia,

DISPONGO

Único. Ejecutar en sus propios términos el Auto de 6 de junio de 2011, dictado por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. Nueve de Sevilla, en el recurso contencioso-administrativo núm. 839/2008, interpuesto por doña María Coto Rodríguez.

Sevilla, 1 de agosto de 2011.- La Secretaria General Técnica, Lourdes Medina Varo.

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

RESOLUCIÓN de 3 de noviembre de 2011, por la que se ordena la publicación del Informe de Auditoría Operativa del Área Sanitaria Campo de Gibraltar, correspondiente al ejercicio 2009.

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 19 de septiembre de 2011,

RESUELVO

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de Auditoría Operativa del Área Sanitaria Campo de Gibraltar, correspondiente al año 2009.

Sevilla, 3 de noviembre de 2011.- El Presidente, Antonio M. López Hernández.

AUDITORÍA OPERATIVA DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA
CAMPO DE GIBRALTAR

Ejercicio 2009

(OE 03/2010)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 19 de septiembre de 2011, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de auditoría operativa del Área Sanitaria Campo de Gibraltar, correspondiente al ejercicio 2009.

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO
- III. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN
 - III.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA
 - III.1.1. Organigrama
 - III.1.2. Plantilla media

- III.2. FIJACIÓN DE OBJETIVOS
 - III.2.1. Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa
 - III.2.2. Objetivos por servicios
- III.3. EFICACIA Y EFICIENCIA
 - III.3.1. Indicadores de actividad en hospitalización y consultas de especialidades
 - III.3.1.1. Actividad de hospitalización
 - III.3.1.2. Actividad de consultas de especialidades
 - III.3.2. Indicadores relativos a la actividad de urgencias
 - III.3.3. Indicadores relativos a la actividad quirúrgica
 - III.3.4. Actividad en atención primaria
- III.4. ANÁLISIS DE INDICADORES ECONÓMICOS
- III.5. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
- III.6. ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. ANEXOS

VI. ALEGACIONES

ABREVIATURAS

AGD	Aplicación para la Gestión de la Demanda Quirúrgica
AGS	Área de Gestión Sanitaria
AGSCG	Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar
AIG	Áreas Integradas de Gestión
BDU	Base de Datos de Usuarios
CCyU	Cuidados Críticos y Urgencias
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
COANHyD	Contabilidad Analítica de Hospitales y Distritos
CRP	Complemento del Rendimiento Profesional
CS	Centro de Salud
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
€	Euros
EDP	Evaluación del Desempeño Profesional
EME	Estancia Media Esperada
FOG	Fondo del Órgano Gestor
G	Grupo
GERHONTE	Sistema de Gestión de Recursos Humanos
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
H	Hospital
HDM	Hospital de Día Médico
HDQ	Hospital de Día Quirúrgico
HLL	Hospital de La Línea
HPE	Hospital Punta de Europa
IESA	Instituto de Estudios Sociales de Andalucía
I	Ingresos
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
m€	Miles de Euros
MIR	Médico Interno Residente
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
SS	Seguridad Social
SSGG	Servicios Generales
SSCC	Servicios Centrales
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TSAE	Tarjeta Sanitaria Ajustada por Edad
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
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 2010, una fiscalización operativa sobre la gestión desarrollada durante el ejercicio 2009 por el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).¹

2. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en el artículo 56 que las Comunidades Autónomas delimitarán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud. Estas se definen como estructuras fundamentales del Sistema Sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

3. Por otra parte, la Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en el artículo 48 señala que el área de salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario. En el apartado 2 del artículo 51 referido a la ordenación funcional, establece que la asistencia sanitaria se organizará en niveles de Atención Primaria y Atención Especializada, que actuarán bajo criterios de coordinación.

4. Asimismo, en su artículo 57 prevé que la Consejería de Salud podrá establecer otras estructuras con criterios de gestión y/o funcionales para la prestación de los servicios sanitarios, atendiendo a razones de eficacia, del nivel de especialización de los centros y de la innovación tecnológica.

5. En el marco de estos preceptos, se crean en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) las demarcaciones territoriales denomi-

nadas “Áreas de Gestión Sanitaria”. En Andalucía están en funcionamiento hasta la fecha nueve áreas de gestión sanitaria: Osuna, Norte de Córdoba, Norte de Almería, Serranía de Málaga, Norte de Málaga, Este de Málaga-Axarquía, Sur de Granada, Norte de Huelva y Campo de Gibraltar.

6. El Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar” (AGSCG), se constituye por la Orden de 2 de diciembre de 2002 de la Consejería de Salud, para la gestión unitaria de los recursos de las Áreas Hospitalarias de La Línea y Punta Europa, de Algeciras, y el Distrito de Atención Primaria del Campo de Gibraltar (6 zonas básicas de salud, 11 centros de salud, 18 consultorios locales y 6 consultorios auxiliares) y aquellos otros centros del SSPA que se adscriban.

7. Las funciones y competencias que se le asignan al AGSCG son las de dirección, gestión y evaluación de todas las actividades de las instituciones y centros sanitarios integrados en la misma, en concreto:

a) La organización, gestión y evaluación de las actividades y programas de atención sanitaria a la población de su ámbito, en lo relativo a la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con las directrices y criterios generales fijados por la Consejería de Salud y los objetivos marcados por el SAS, conforme con los principios de coordinación de Servicios, integración de los niveles asistenciales y colaboración intersectorial.

b) La gestión de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas a las que tengan derecho los ciudadanos de su ámbito territorial.

c) La organización y el desarrollo de las funciones que corresponden al SAS en materia de formación, docencia e investigación en el conjunto de los planes, proyectos y programas de su ámbito territorial.

d) La gestión de los acuerdos, convenios y conciertos en su ámbito territorial y competencial.

¹ Punto modificado por la alegación presentada.

e) La elaboración y presentación al SAS de las previsiones presupuestarias del área, integrando los de las instituciones y centros adscritos a la misma.

f) La administración y gestión de los centros y servicios sanitarios que se le adscriban.

g) La gestión y administración de los recursos presupuestarios correspondientes, sin perjuicio de las competencias que corresponden a otros órganos.

h) La dirección y gestión de personal adscrito al conjunto de las instituciones y centros integrados en el AGSCG.

8. Los órganos de dirección y gestión están constituidos por el Consejo de Dirección y el Gerente del Área.

9. Según la disposición adicional segunda de la citada Orden, el personal y los recursos afectos a las Áreas hospitalarias de La Línea y Punta Europa de Algeciras, y el Distrito de Atención Primaria del Campo de Gibraltar pasan a estar adscritos al AGSCG.

10. La aprobación de la estructura y organización del Área sanitaria corresponderá al Director Gerente del SAS a propuesta del Gerente del AGSCG.

11. El régimen jurídico del personal del área 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.

12. Los datos generales correspondientes al Área sanitaria durante el ejercicio 2009 son los siguientes:

- Población de cobertura según padrón a 1 de enero de 2009:

MUNICIPIOS	POBLACIÓN
Algeciras	116.209
Los Barrios	22.311
Tarifa	17.793
La Línea	64.595
San Roque	29.249
Jimena	10.431
Castellar de la Fra.	3.161
AGSCG	263.749

Cuadro n°1

- Los recursos económicos con los que ha contado el AGSCG para el desarrollo de su actividad, según la liquidación del presupuesto del ejercicio 2009 son los siguientes:

CONCEPTO	IMPORTE
Cap. I Personal	119.965.483
Cap. II Gtos. Bienes y servicios	73.720.326
Cap. IV Transf. corrientes	1.785.172
Cap. VI Inversiones	3.050.187
TOTAL	198.521.169

Cuadro n°2

- La plantilla media durante el ejercicio 2009 ha sido de 3.095 personas distribuidas según la siguiente clasificación:

PUESTOS	NÚMERO
Directivos	9
Facultativos	574
Personal Sanitario no Facultativo	1.635
Personal no sanitario	834
Facultativos en formación	43
TOTAL PERSONAL	3.095

Cuadro n°3

13. En el mes de febrero del ejercicio 2009, el Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud resolvió el nombramiento de una nueva gerencia del AGSCG, con el objetivo de impulsar cambios en pro de una mayor eficacia y eficiencia en el desempeño de su actividad.

II. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO

14. El objetivo del presente trabajo de fiscalización consiste en concluir sobre los niveles de eficacia, eficiencia y economía alcanzados por el AGSCG durante el ejercicio 2009, así como concluir sobre el cumplimiento de los principios de equidad y calidad en el desarrollo de la actividad asistencial que tiene encomendada.

15. Como alcance de la fiscalización se ha considerado el área de gestión sanitaria en su conjunto, integrando todos los datos e información sobre su actividad.

16. El trabajo ha consistido en realizar un análisis operativo de la gestión integral del área, 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. No obstante, en todos los casos en los que ha sido posible, se han tomado de forma independiente los indicadores de eficacia, eficiencia y economía por centro hospitalario (La Línea y Punta Europa) y atención primaria, con el objeto de poder obtener datos comparativos entre los distintos centros de gasto que integran el área de gestión.

17. 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”.

18. 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 concluyó el 15 de marzo de 2011.

19. Se han analizado los niveles de fijación de objetivos y su grado de integración, tanto los incluidos en los Contratos Programa, como los objetivos internos fijados por la dirección del Área.

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

21. 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 DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

III.1.1 Organigrama

22. La Orden de 2 de diciembre de 2002, por la que se constituye el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, en su Disposición Final Segunda establece que “El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, a propuesta del Gerente de AGSCG, aprobará la estructura y organización del Área, de acuerdo con las disposiciones vigentes al respecto”.

23. Según la disposición adicional segunda de la citada Orden, *el personal y los recursos afectos a las Áreas hospitalarias de La Línea y Punta Europa de Algeciras y el Distrito de Atención Primaria del Campo de Gibraltar pasan a estar adscritos al AGSCG.*

No obstante, la falta de adaptación de las normas relacionadas con la contratación de personal, que vinculan cada contrato a uno de los centros sanitarios y no al área de gestión, dificulta la movilidad de los recursos en función de las necesidades de prestación del servicio sanitario a la población de cobertura.

24. Desde creación del AGSCG, y debido a la ausencia de normativa específica, los puestos directivos se han creado conforme al Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales.

25. En el ejercicio 2003 el director gerente del Servicio Andaluz de Salud, emite la resolución 31/2003, de 24 de enero, donde aprueba con carácter provisional la estructura directiva del Área, estableciéndose los siguientes puestos:

PUESTOS DE TRABAJO	Nº PLAZAS
Gerente de Área	1
Director gerente de hospital (*)	2
Director médico	2
Subdirector médico	1
Director enfermería	2
Dtor económico-admtivo	1
Dtor servicios generales	1
Dtor econ. admntivo/serv. grales	1
Subdtr econ. admntivo/serv. grales	1
Director distrito sanitario A.P	1
Admdor distrito sanitario A.P	1
Coordinador enfermería de A.P	1
TOTAL	15

Cuadro nº 4

26. En la misma resolución se ordena la tramitación de expedientes de modificación de plantilla presupuestaria al objeto de integrar en la nueva estructura las plazas preexistentes en los hospitales de La Línea y Punta Europa y en el distrito sanitario Campo de Gibraltar. En el último punto de la citada resolución, se encomienda al gerente del área sanitaria la elaboración de propuesta de estructura directiva para su aprobación por Consejo de Dirección del Área antes de la finalización del ejercicio 2003.

27. Se han solicitado las actas del Consejo de Dirección desde el ejercicio 2002, confirmando la dirección actual que no se han levantado actas en ninguna de las posibles reuniones del Consejo, por lo que no se puede conocer si se realizaron otras propuestas de estructura.

28. Desde el ejercicio 2003 y hasta el 2009, al objeto de adecuar la plantilla aprobada provisionalmente a las necesidades directivas del área, se fueron nombrando puestos de dirección con distintas denominaciones, niveles de jerarquía y responsabilidades, sin aprobación de una resolución de la dirección gerencia del SAS que permita adecuar en el tiempo los nombramientos, las funciones desempeñadas y las retribuciones realmente percibidas. En el ejercicio 2009 la organización ha dispuesto de hasta tres organigramas distintos.

29. El desbloqueo de la situación descrita en los puntos anteriores no tiene lugar hasta el 12 de julio de 2010, fecha en la que se publica la Resolución SC 232/10, y que aprueban las estructuras directivas y organizativas de las Áreas de Gestión Sanitaria del SAS.

30. La organización directiva aprobada en 2010 para el AGSCG establece los siguientes puestos:

DEFINICIÓN PUESTO	Nº PLAZAS
Gerente del área	1
Director/a médico	1
Subdirector/a médico (*)	2
Director/a enfermería	1
Subdirector/a enfermería	2
Director/a econ-admtvo/SSGG	1
Subdirector/a econ. adm/SSGG	3
TOTAL	11

Cuadro nº5

(*) De las 2 plazas autorizadas, sólo 1 está ocupada.

31. La resolución de julio 2010 establece además que todos los puestos directivos de las Áreas de Gestión Sanitaria quedan adscritos, a efectos retributivos, al Grupo G2 de la Resolución de Retribuciones del personal del SAS (clasificación de conceptos retributivos por categorías).

32. Los ceses y nombramientos que tienen lugar a partir de la aprobación de la resolución 232/10 se producen entre el mes de noviembre de 2010 y enero 2011.

33. EL desfase temporal entre la creación del AGSCG (Orden 2/12/2002), la aprobación de la estructura directiva provisional (resolución 31/2003), la resolución del ejercicio 2010 y la efectividad de los cargos hasta que se firman los correspondientes ceses y nombramientos, ha tenido como consecuencia la falta de correspondencia entre las funciones realmente desempeñadas y las retribuciones percibidas por los titulares de los puestos directivos.

34. Del análisis de las nóminas realizado, destacan las siguientes situaciones:

1. Las retribuciones percibidas tanto por el gerente del área, como por el subdirector gerente, se correspondían con las establecidas para el Grupo G1 de la Resolución de Retribuciones. El puesto de “subdirector gerente” no aparece en la resolución del 2003, pero ha estado ocupado hasta febrero de 2009 realizando funciones de gerente del hospital de Algeciras.

2. El puesto de la plantilla denominado “director gerente hospital Grupo 2”, designado en el organigrama como “subdirector gerente”, tenía asignadas funciones y retribuciones de gerencia en el hospital de la Línea desde el ejercicio 2003. A partir del mes de julio de 2009, meses después del cambio de gerencia en el AGSCG, se modifican sus funciones pasando a desempeñar el puesto de “director de atención ciudadana” el resto del ejercicio.

En 2010 se le asignan las funciones correspondientes al puesto de “subdirección de atención ciudadana” (la denominación de estos puestos en la resolución 0063/09 de retribuciones del personal SAS para el ejercicio 2009, se corres-

ponde con la Dirección y Subdirección Económico-Administrativa, respectivamente).

Desde el ejercicio 2003 hasta noviembre de 2010, fecha de cese efectivo como gerente y nombramiento como subdirector económico (aunque con funciones relacionadas con los sistemas de información) ha venido percibiendo las retribuciones correspondientes al puesto de gerente hospital G2.

3. En diciembre de 2009, el puesto de subdirector médico es ocupado por un profesional con nombramiento de “médico de familia EBAP”, y recibe las retribuciones correspondientes a esta clasificación. En esta misma situación se encuentra el facultativo que ocupa el puesto de “director de salud” (correspondiente a “director atención primaria” en la resolución de plantilla). Estos dos directivos, aunque perciben sus nóminas

como “médico de familia EBAP”, han percibido el complemento de productividad correspondiente al equipo de dirección.

35. Todas estas situaciones no se regularizan hasta finales del ejercicio 2010 y primeros meses del 2011 cuando, como se comentó en el punto 32, se producen los ceses y nombramientos en cumplimiento de la resolución 232/2010.

III.1.2 Plantilla media

36. Los datos de plantilla están disponibles por cada uno de los centros de gastos, ya que como se comentó en el punto 24, los contratos se vinculan a cada centro, no al AGSCG.

37. La plantilla media en los dos últimos ejercicios ha presentado la siguiente evolución:

CLASIFICACIÓN	2008				2009			
	HPE	HLL	DISTRITO	TOTAL	HPE	HLL	DISTRITO	TOTAL
Directivo	6	4	1	11	3	5	1	9
Facultativo	210	132	224	566	217	128	228	573
Sanitario no fac.	826	444	277	1547	863	491	282	1636
No sanitario	445	212	176	833	446	213	175	834
MIR	5	2	28	35	10	3	30	43
TOTAL	1492	794	706	2992	1539	840	716	3095

Cuadro nº 6

38. Durante el ejercicio 2009 son 11 las personas “cedidas” que prestan sus servicios fuera del AGSCG, aunque reciben sus retribuciones de su centro de origen. El importe total de las retribuciones a cargo del Área asciende a 265.968€ (24.179€ gasto medio por trabajador).

En 2010 el número de trabajadores *cedidos* asciende a 16, con un gasto total de 385.674€.

39. Se han solicitado todos los expedientes correspondientes al personal que ha ocupado puestos de dirección durante el ejercicio 2009, seis expedientes del total de los nueve puestos de jefaturas de servicio y una muestra correspondiente al resto de personal del AGSCG.

Las incidencias detectadas han sido las siguientes:

- La Orden de 17 de julio de 1992 por la que se regula el sistema de provisión, nombramiento y

cese de determinados órganos de dirección y cargos intermedios, de hospitales y centros asistenciales, establece en su artículo 4 que “La provisión de los puestos de cargos directivos, a los que hace mención la presente Orden, se realizará por el sistema de libre designación mediante convocatoria pública”. Sólo en uno de los 22 expedientes analizados se ha localizado la convocatoria pública del puesto de libre designación como directivo del área.

- Por regla general todos los expedientes carecían de la documentación relativa a titulación, DNI, tarjeta SS, currículum, historial profesional, etc. Las titulaciones y DNI han sido aportada durante el trabajo de campo.

40. En cuanto a la estructura asistencial, el AGSCG se encuentra en un momento de transición desde la tradicional organización por servicios de especialidades, a la organización por “Unidades de Gestión Clínica” (UGC). Así

en el ejercicio 2009, en asistencia especializada se disponía de 9 Unidades de Gestión Clínica (UGC), incrementando su número a 14 en el ejercicio 2010. En atención primaria, cada centro de salud se configura y organiza como UGC (un total de 11).

41. Como ya se ha puesto de manifiesto en el punto 23, la falta de normativa que permita la contratación del personal con vinculación de área y no por cada centro de forma independiente, dificulta y en ocasiones impide, la adecuada gestión y organización eficiente de los recursos en función de las necesidades asistenciales, ya que en todos los casos la movilidad del personal entre los centros, para atender eventuales necesidades asistenciales, debe contar con la expresa voluntad del trabajador, dada la vinculación de cada contrato a un centro específico y no al AGSCG.

III.2 FIJACIÓN DE OBJETIVOS

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

42. El Instrumento para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía lo constituye el Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud. Dentro de este ámbito, el Contrato Programa del ejercicio 2009 es el instrumento del cual se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el año 2009.

43. La firma del Contrato Programa supone por tanto, la constatación del compromiso adquirido por el SAS para alcanzar los objetivos fijados, así como el compromiso de los centros para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud.

44. En el Contrato Programa que firma el SAS con el AGSCG para 2009 se establecen unos objetivos comunes (gastos de personal, gastos corrientes, gestión clínica, acreditación, accesibilidad, farmacia, usuarios, docencia e investiga-

ción, imagen y comunicación y actividad asistencial) y unos objetivos específicos (salud pública, calidad, sistemas de información, gestión crítica).

45. A partir de este nivel de compromiso, se delegan los objetivos en forma de cascada entre el director gerente del área y los distintos servicios, y éstos a su vez con las líneas de responsabilidad de ellos dependientes.

46. Para promover las actuaciones necesarias para la consecución de los objetivos fijados, se establece por parte del SAS un sistema retributivo que incentiva a los profesionales a su consecución.

47. Los incentivos retributivos vienen establecidos en la Resolución 2215/07 de 20 de agosto, de la dirección gerencia del SAS, modificada por la Resolución 2514/07 de 14 de diciembre, y en la cual se establece el complemento de productividad factor variable, vinculado al rendimiento profesional. Retribuye, por un lado, los resultados obtenidos por el servicio o unidad, y por otro, el desempeño individual.

48. El complemento variable por productividad se divide a su vez en dos partes:

- CRP: Complemento de Productividad al Rendimiento Profesional, referido a la consecución de los resultados de la Unidad, y supone hasta un 80% del total de las retribuciones en concepto de productividad.

- EDP: Evaluación del Desempeño Profesional, referido a la valoración individualizada y su contribución a la consecución de objetivos. Supone hasta un 20% de las retribuciones de productividad.

49. Para cada categoría profesional que presta servicios en el AGSCG, se establecen unos objetivos comunes que suponen un 60% del total de objetivos de cada unidad o servicio, y el 40% restante se corresponde con objetivos específicos. El peso relativo es el mismo con independencia del grupo profesional al que pertenezca el trabajador.

50. 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, conocidos por todos los integrantes de la organización y aceptados por las partes.
3. Deben ser definidos de forma que sus resultados sean medibles.
4. Deben ser retadores pero alcanzables.
5. Los indicadores para su revisión deben ser verificables.

51. Una vez evaluados los objetivos por la dirección del Área, la información se vuelca en el sistema de gestión de recursos humanos (GERHONTE), para el cálculo de los importes retributivos en concepto de productividad. El abono se realiza con carácter anual.

52. El porcentaje de CRP percibidos por los profesionales del AGSCG en el ejercicio 2009 ha variado entre una media del 16% del total de retribuciones para un jefe de servicio facultativo y el 6% para las categorías inferiores.

53. El porcentaje correspondiente al equipo directivo no se publica en la resolución de retribuciones. 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 2009, el porcentaje de productividad percibido por el equipo directivo ha variado en una horquilla entre el 7 y el 10% del total de sus retribuciones.

III.2.2 Objetivos por servicios

54. Se han analizado los procedimientos de fijación y evaluación de objetivos en el AGSCG, comprobando el cumplimiento de los principios generales definidos en el Contrato Programa, así como, su vinculación con el concepto retributivo variable de productividad.

55. El AGSCG dispone de un cuadro de mando para fijar y evaluar los diferentes objetivos establecidos para cada uno de los dos hospitales de forma independiente, no como Área de Gestión. Los mismos servicios de especialidades de cada centro, incluso los configurados como UGC (excepto farmacia y medicina nuclear), establecen objetivos distintos según se trate del HLL o HPE.

56. A partir del ejercicio 2010, se inicia la negociación de los “Acuerdos de gestión”, iniciativa de la gerencia del área para diseñar e impulsar la estrategia de integración de la actividad de los centros de forma que se actúe realmente como Área de Gestión Sanitaria y no como centros hospitalarios independientes.

57. En atención primaria no se dispone de cuadro de mando, los objetivos se fijan y evalúan de forma independiente en cada uno de los centros de salud. La información se remite a los SSCC del SAS donde se elabora un informe de consecución anual respecto a la actividad de atención primaria en el SSPA.

58. Se ha solicitado documentación que acredite el cumplimiento de los objetivos fijados en cada hospital para los servicios/UGC de: Cirugía, Traumatología, Registro de Demanda Quirúrgica (RDQ) y Medicina Nuclear. En todos los casos el resultado de las pruebas y comprobaciones realizadas ha sido satisfactorio.

59. Para comprobar la fijación y evaluación de objetivos en los servicios no asistenciales se seleccionó el departamento de “facturación a terceros”, dependiente de la dirección económico-administrativa y servicios generales. Según las fichas de evaluación, este departamento cumple sus objetivos al 80%. No obstante, del análisis de la documentación soporte se puede determinar que no se ha alcanzado la consecución prevista en tres de los cinco objetivos fijados. Se ha constatado que los motivos del incumplimiento no vienen determinados por una menor eficacia del servicio, sino por un mal diseño de los objetivos propuestos. En el ejercicio 2010 se vuelve a fijar los objetivos por encima de los previstos y no alcanzados en 2009.

60. La consecución de objetivos del Contrato Programa del AGSCG para el 2009 ha alcanzado el 69%. No se dispone de este dato correspondiente al 2008, pero sí se ha podido comprobar que el complemento de productividad aprobado por el gerente del SAS para el equipo directivo del Área se ha incrementado un 45% respecto al aprobado en el ejercicio 2008.

61. Por lo tanto, se concluye que en el ejercicio 2009 se ha iniciado un incremento de la eficacia en el cumplimiento de objetivos previstos en el Contrato Programa del AGSCG respecto a la tendencia de los ejercicios anteriores.

III.3 EFICACIA Y EFICIENCIA

62. El AGSCG es la única de las áreas de gestión sanitaria que integran el SSPA que está constituida por dos centros hospitalarios, cada uno de ellos con su correspondiente cartera de servicios y asignación de recursos humanos y técnicos. En cuanto a medios y población de cobertura presenta unas dimensiones que sobrepasan en mucho al resto de áreas de gestión sanitaria, constituidas por un centro hospitalario de grupo 3 ó 4.

63. Teniendo en cuenta este hecho diferencial, los análisis comparativos para medir la eficacia, eficiencia y calidad asistencial alcanzada por el AGSCG se han realizado, en unos casos, sobre la evolución de la entidad en los últimos ejercicios (2008 y 2009); en otros, cuando la información disponible lo ha permitido, se ha optado por el análisis de indicadores de la actividad desarrollada por cada uno de los dos hospitales que conforman el Área, ya que cada uno de ellos dispone de recursos independientes que permiten medir de forma individualizada la eficiencia en la gestión y su aportación a la eficiencia global como área de gestión. En estos casos, el comparativo con el resto del SSPA se hace con los hospitales del Grupo 3 para el HPE y Grupo 4 para HLL.

64. Los resultados como AGSCG se comparan, siguiendo el criterio de la Consejería de Salud, con hospitales de especialidades (Grupo 2). Este criterio perjudica al área en los comparativos, al obtenerse los datos como área de gestión

agregando los resultados asistenciales de dos hospitales que, en realidad, pertenecen a centros de menor complejidad que el resto de hospitales de especialidades (índice casuístico, puntos GRD, etc.).

65. Para realizar el trabajo 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.

66. El objetivo es analizar la eficacia y eficiencia en la actividad asistencial desarrollada por cada uno de los hospitales y la del AGSCG, así como de los factores que puedan explicar los resultados. Los datos correspondientes a los hospitales de especialidades han sido aportados directamente por los SSCC del SAS.

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

68. - **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.

69. 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 de la Consejería de Salud y la red del Servicio Andaluz de Salud.

70. - **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. La implantación del CMBD permite disponer de indicadores comparativos entre todos los hospitales del SSPA.

71. 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 administrativo (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.

72. 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.

73. 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.

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

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

76. - DIRAYA: Sistema soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada ciudadano para que esté disponible en cualquiera de los niveles de atención del SSPA. Sirve también para la gestión del sistema sanitario.

77.- COAN HyD: Sistema de contabilidad de gestión hospitalaria (aporta datos tanto de los hospitales como de los distritos integrados en el SAS).

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

79. Cada uno de los hospitales dispone de las llamadas “estaciones clínicas”, que son los sistemas informáticos desde donde se capturan los datos de la actividad diaria del hospital para su tratamiento en los sistemas de información.

Cada hospital dispone de una estación clínica distinta: el HPE gestiona el “Medicx” y el HLL el “HP-HIS”. Los datos se capturan de cada programa y se incorporan a INIHOS, SICPRO, INFHOS y DIRAYA.

80. El hecho de que cada hospital tenga un sistema de información distinto supone que son independientes en la gestión de la información de su actividad, incompatible por lo tanto con el objetivo y la filosofía de Área de Gestión Sanitaria.

81. El agrupador de la información por Grupo Relacionado de Diagnóstico para aportar al CMBD se gestiona en ambos hospitales con el sistema “3M.”

82. La definición de los indicadores que a continuación se exponen se ha obtenido del manual de INIHOS. Los indicadores, en todos los casos en los que ha sido posible, se han calculado 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 2009.

83. 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 de especialidades

III.3.1.1 Actividad de hospitalización

84. 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.

85. 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 en la gestión de cada hospital.

86. Se indica en el cuadro la población con tarjeta sanitaria ajustada por edad (TSAE) y la población con tarjeta sanitaria individual (TSI). Para el cálculo de los indicadores, se utilizará la población según TSAE, por ser la edad un factor influyente en la frecuentación hospitalaria.

87. 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 se exponen los siguientes puntos.

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

89. 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.

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

INDICADOR	2008			2009				
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG	%HPE	%HLL
Población con TSAE	210.498	146.360	356.858	214.639	149.006	363.645	59%	41%
Población con TSI	147.805	101.523	249.328	149.900	102.953	252.853	59%	41%
Ingresos INIHOS	12.248	6.639	18.887	12.388	6.500	18.888	66%	34%
Altas INIHOS	11.704	6.279	17.983	11.911	6.163	18.074	66%	34%
Altas CMBD sin 0 días estancias	11.444	6.152	17.596	11.731	6.139	17.870	66%	34%
Altas CMBD con 0 días estancias	12.153	6.379	18.532	12.523	6.317	18.840	675%	33%

Población T.S.A.E. Población con tarjeta sanitaria ajustada por edad.
Población T.S.I. Población con tarjeta sanitaria individual.

Cuadro nº7

91. Con respecto a los restantes hospitales de especialidades del SSPA en el ejercicio 2009, se

observan las diferencias que se muestran en el cuadro siguiente:

INDICADOR	AGSCG	H. V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Población con TSAE	363.645	492.424	302.673	275.738	506.642	659.168	385.807
Población con TSI	252.853	340.440	210.324	195.186	344.685	461.170	271.185
Ingresos INIHOS	18.888	23.203	21.016	16.105	20.401	19.818	21.800
Altas INIHOS	18.074	22.119	20.223	15.544	19.606	18.716	20.806
Altas CMBD sin 0 días estancias	17.870	22.408	20.111	15.622	20.174	20.432	21.479
Altas CMBD con 0 días estancias	18.840	22.877	20.492	16.032	20.444	20.504	21.814

Cuadro nº8

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

93. 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.

94. 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.

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

96. El AGSCG está clasificado en el grupo de hospitales de especialidades, pero individualmente cada uno de los hospitales que la componen están clasificados en distintos grupos, y con poblaciones de cobertura distinta, lo que determina que la actividad esperada en relación con el número de ingresos y por tanto, el índice de frecuentación hospitalaria (nº de ingresos por cada 1.000 habitantes) resulten sustancialmente distintos.

97. El índice de frecuentación hospitalaria es superior en el HPE (32%) y se ha mantenido prácticamente constante para ambos hospitales los dos últimos ejercicios.

INDICADOR	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
Población con TSAE	210.498	146.360	356.858	214.639	149.006	363.645
Nº Ingresos	12.248	6.639	18.887	12.388	6.500	18.888
Frecuentación hospit. TSAE	58	45	53	58	44	52

Cuadro nº9

98. El dato de frecuentación hospitalaria, calculado para el AGSCG es en el ejercicio 2009 de 52 ingresos por cada 1000 habitante, hallándose

en la media de la que presentan los hospitales del grupo 2 del SSPA.

INDICADOR	AGSCG	H. V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H. J. R. Jiménez
Población con TSAE	363.645	492.424	302.673	275.738	506.642	659.168	385.807
Nº Ingresos	18.888	23.203	21.016	16.105	20.401	19.818	21.800
Frecuentación hospit. TSAE	52	47	70	58	40	30	56

Cuadro nº10

99. Los datos relacionados en los cuadros anteriores 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.

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

INDICADOR	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
Nº de Facultativos (1)	210	132	342	217	128	345
Nº camas hospitalización (disponible)	314	177	491	310	177	487
Nº ingresos	12.248	6.639	18.887	12.388	6.500	18.888
Nº altas	11.444	6.152	17.596	11.731	6.139	17.870
Altas con cero días de estancia	12.153	6.379	18.532	12.523	6.317	18.840
Nº estancias (CMBD)	89.325	43.470	132.795	89.939	42.864	132.803
Porcentaje de ocupación (CMBD)	78%	67%	74%	79%	66%	75%
Índice de sustitución (CMBD)	2,22	3,44	2,64	1,99	3,54	2,53
Rotación enfermo/cama	39	37	38	40	37	39
Estancia media (CMBD)	7,81	7,07	7,55	7,67	6,98	7,43
Estancia Media Esperada (EME)	6,94	6,99	6,96	7,07	6,93	7,02
Índice utilización de estancias 1 (IUE1)	1,13	1,00	1,08	1,08	1,01	1,06
Índice utilización de estancias 2 (IUE2)	1,22	1,16	1,07	1,13	1,16	1,04

Fuente: Publicación CMBD 2009. Subdirección de Evaluación y Producción Asistencial²
Servicio de Producto Sanitario

Cuadro nº 11

(1) En AGS no se incluyen los facultativos de Atención Primaria.

101. 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.

102. 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). La gestión hospitalaria debe tender a minimizar este indicador, consiguiendo la mayor eficiencia en la gestión del recurso cama. Según los datos aportados por el CMBD, la estancia media resulta 0,69 día superior en el HPE respecto de HLL (casi un día más por cada ingreso). Este resultado afecta de forma negativa al resto de indicadores (estancia media esperada, índice de utilización de estancias, coste de explotación por ingresos, por altas, etc.).

103. El sistema define también el indicador **estancia media esperada**, que es la que se calcula para el estándar de los hospitales de Andalucía 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.

104. Porcentaje de ocupación. Representa el nivel de utilización del recurso cama.

Su cálculo es el siguiente:

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

105. El HLL presenta un porcentaje de ocupación bajo (66 %), un 19% inferior respecto al HPE (79%). Por lo tanto, los resultados agregados AGSCG indican que se realiza una gestión ineficiente de la infraestructura hospitalaria, no adaptando los recursos de los que dispone a la demanda de hospitalización en cada momento. El AGSCG también presenta el porcentaje de ocupación más bajo de todos los hospitales del grupo de especialidades. (Anexo V)

106. 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 HPE tiene una rotación mayor en 3,18 enfermo/cama superior a la que presenta el HLL.

Con respecto a los restantes hospitales de especialidades, el AGSCG presenta un nivel medio de rotación enfermo-cama.

² Dato modificado por la alegación presentada.

107. 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:

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

108. 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 muy superior a la unidad, el HPE casi la duplica (1,99) y el HLL alcanza un índice del 3,54 lo que indica que la cama está más de tres días y medio desocupada entre dos ingresos sucesivos.

109. El índice de sustitución del AGSCG es del 2,53 por lo que es el más elevado de todos los hospitales del grupo de especialidades.

110. Si se relacionan los tres indicadores, ocupación, rotación y sustitución, se observa en ambos hospitales una gestión ineficiente del recurso cama, por lo que o bien se mantienen camas ociosas a pesar de la demanda asistencial del área, o bien, ambos hospitales presentan un exceso de oferta de camas en relación con la demanda asistencial.

111. Índice de utilización de estancias (CMBD). Compara el consumo real de estancias del hospital con el esperado para la casuística (estancia media esperada). 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 (IUE2). El valor óptimo del indicador debe ser menor de 1.

112. Ambos hospitales presentan un IUE por encima de la unidad, por lo tanto el resultado del indicador para el AGSCG refleja un consumo real de estancias superior al esperado para la casuística, con respecto, tanto a los hospitales de su nivel, como al conjunto de hospitales de Andalucía.

113. El comparativo del IUE también puede realizarse por grupo relacionado de diagnóstico, que permite observar el comportamiento en la gestión de los dos centros sanitarios en los diagnósticos que representan el mayor número de altas (30 GRD más frecuentes), y por las 25 categorías diagnósticas mayores (CDM). (Anexos I y II)

114. En el cuadro siguiente se resume el porcentaje de casos en los que el IUE de cada uno de los hospitales, así como el correspondiente al AGSCG, está por encima de la unidad:

% Casos IUE>1	IUE 1		IUE2(1)	
	HPE	HLL	AGS	AGS
30 GRD + frecuentes	73%	47%	50%	40%
25 CDM.	72%	32%	68%	68%

(1) No disponemos de este indicador por cada Hospital **Cuadro nº121.**

115. Se deben 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 hayan transcurrido 30 días desde el alta y por una misma categoría diagnóstica mayor.

116. 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	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
IUE1	1,13	1,00	1,08	1,08	1,01	1,06
IUE2	1,22	1,16	1,07	1,13	1,16	1,04
% Reingresos	5,2%	4,2%	4,5%	5,4%	4,6%	5,1%
Puntos GRD	15.078	8.803	23.881	16.762	9.123	25.885
Índice casuístico	1,32	1,42	1,36	1,43	1,49	1,45

Fuente: Servicios Centrales SAS

Cuadro nº 13

117. Puede observarse que el IUE2 es similar en ambos hospitales, y la casuística o la complejidad de los episodios de hospitalización resulta ligeramente superior en HLL y obtiene, además, un resultado más favorable en el indicador de reingresos.

118. Si el HPE y el HLL disminuyeran la estancia media en los GRD con mayor número de altas (concretamente el 373 y 371 “parto vaginal y cesáreas sin complicaciones” en el HPE y en

el 373 el HLL), gestionando la estancia media de las categorías diagnósticas mayores “embarazo, parto y puerperio”, “aparato respiratorio” y “aparato digestivo” (altas según datos Anexo nº I), obtendría una importante ganancia potencial con un mejor resultado en el índice de utilización de estancias (IUE2).

119.- Se realiza el comparativo, en este caso del AGSCG con el resto de hospitales de especialidades del SSPA:

INDICADOR	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
IUE1	1,06	1,00	0,99	0,89	1,05	1,11	1,06
IUE2	1,04	0,98	0,99	0,88	1,03	1,09	1,04
% Reingresos	5,1%	4,0%	4,4%	4,5%	4,1%	3,2%	3,7%
Puntos GRD	25.885	36.153	30.956	24.364	34.086	39.447	34.580
Índice casuístico	1,45	1,63	1,54	1,56	1,69	2,14	1,61

Fuente: Servicios Centrales SAS

Cuadro nº 14

120. El porcentaje de reingresos urgentes con igual CDM del Área es el más elevado de todos los hospitales de especialidades del SSPA y ello a pesar de presentar un IUE por encima de la unidad.

121. Por otra parte, el índice de complejidad y los puntos GRD del Área resulta el más bajo de todos los hospitales de especialidades del SSPA. El reparto de puntos GRD por facultativo y cama aporta los siguientes resultados:

INDICADOR	AGSCG.	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Puntos GRD	25.885	36.153	30.956	24.364	34.086	39.447	34.580
Índice casuístico	1,45	1,63	1,54	1,56	1,69	2,14	1,61
Puntos/nº facultativos	75,03	88,39	79,17	95,55	80,77	74,15	86,67
Puntos/nº camas	53,10	67,05	60,89	79,62	63,33	67,86	61,72

Cuadro nº 15

122. El AGSCG resulta desfavorecido respecto al resto de los hospitales de especialidades, dato que no debe sorprender ya que resulta coherente con la situación real de la complejidad de cada uno de los dos hospitales, que considerados de forma independiente, pertenecen a grupos inferiores al que se le está comparando (grupo 2 de hospitales de especialidades).

III.3.1.2 Actividad de consultas de especialidades

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 propues-

tos en el Contrato Programa sobre esta actividad hospitalaria, pendiente de desarrollo y explotación en el sistema de información CMBD.

124. Los datos de los que se disponen sobre la actividad de consultas varían según la fuente de información. Los aportados por los SSCC se refieren a las consultas programadas, mientras

el Área aporta la información sobre las consultas efectivamente realizadas por los dos hospitales.

125. Los datos obtenidos sobre la actividad de consulta desarrollada durante el ejercicio 2009 por los hospitales fiscalizados son los siguientes:

INDICADOR	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
Salas de Consultas Ext.	69	32	101	69	32	101
T. Consultas externas realizadas (1)	204.470	120.226	324.696	196.348	150.935	347.283
Nº Consultas/Nº Salas	2.963	3.757	3.215	2.846	4.717	3.438
Índice de rotación usuario/sala (2)	11,3	14,3	12,3	10,9	18,0	13,1
Nº facultativos especialistas	210	132	342	217	128	345
Nº Consultas/Facultativo	974	911	949	905	1.179	1.007
T. Primeras consultas realizadas	47.135	25.150	72.285	43.917	27.524	71.441
Primeras consulta convencionales	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Primeras Consultas acto único	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
T. intercons. aten.espec.realizadas	18.863	17.933	36.796	21.636	23.680	45.316
Interconsultas convencionales	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Interconsultas acto único	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
T. Consultas sucesivas	138.472	77.143	215.615	130.795	99.731	230.526
% Consultas sucesivas	68%	64 %	66%	67%	66%	66 %
Revisiones en el día	s/d	s/d	810	s/d	s/d	820
Frecuent. consultas realizadas TSAE	971	821	910	915	1.013	955

(1) Para el cálculo de este dato no se incluyen las revisiones en el día.

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

Cuadro nº16

126. 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.

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

128. 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.

129. Se define **Interconsulta** como el acto asistencial ambulatorio y programado, que se reali-

za 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.

130. 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.

131. 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 me-

nor tiempo posible. El Contrato Programa de los hospitales para el ejercicio 2009 continúa con el objetivo de potenciar en todos los centros las consultas de acto único, aunque éste no se cuantifica en el AGSCG.

132. 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.

133. Según se expone en el cuadro anterior, el Contrato Programa correspondiente al AGSCG carece de objetivos cuantificados en la mayoría de las actividades de consultas, sobre las que tampoco se ha podido disponer del detalle de los resultados alcanzados en el ejercicio.

134. Se observa una gran diferencia entre la actividad que desarrollan ambos hospitales, teniendo en cuenta los medios de los que disponen cada uno. El HPE dispone del doble de salas de consultas y de un 70% más de facultativos, en cambio, el número total de consultas es solo un 30% superior. Esto explica que el nº de consultas por salas sea un 66% superior en el HLL y que el índice de rotación usuario por sala también es superior en 7,1% (cada espacio físico es utilizado para una media de 18,0 consultas diarias en HLL, frente a las 10,9 calculadas para el HPE).

135. Ambos hospitales presentan el mismo porcentaje de consultas sucesivas (66%), lo que quiere decir que en un 34% de los casos se consigue el alta del paciente en una primera consulta (Cuadro nº 16).

136. Por último, la frecuentación de consulta también es superior un 10,7% en HLL sobre el HPE.

Con respecto al resto de hospitales de especialidades, los indicadores del AGSCG sobre actividad de consulta de especialistas fluctúan en un nivel medio (Anexo VI).

137. El resultado del análisis de estos indicadores se debe poner en relación con los resultados alcanzados por uno y otro hospital en las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios del sistema. Como se describe en el epígrafe III.6, a pesar de mejores resultados en actividad alcanzados en el HLL, la satisfacción expresada por los usuarios (servicio recibido, grado de intimidad, respeto en el trato, etc.) está muy por debajo de la media de Andalucía, obteniéndose el resultado contrario en el HPE.

III.3.2 Indicadores relativos a la actividad de urgencias

138. La actividad de los hospitales analizados respecto al área de urgencias en los dos últimos ejercicios ha sido la siguiente:

INDICADOR	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
Población con TSAE	210.498	146.360	356.858	214.639	149.006	363.645
Nº urgencias atendidas	86.977	79.442	166.419	93.505	82.016	175.521
Frecuent. Urgencia TSAE	413	543	466	436	550	483
Nº urgencias ingresadas	6.102	4.411	10.513	6.399	4.715	11.114
%Urg. no ingresadas	92,9%	94,4%	93,6%	93,2%	94,3%	93,6%
Nº ingresos hospitalización	12.248	6.639	18.887	12.388	6.500	18.888
Presión de urgencias	49,8%	66,4%	55,6%	51,6%	72,5%	58,8%
Traslados otros centros	s/d	s/d	1.393	s/d	s/d	1.249
% Traslados/ Atendidas	s/d	s/d	0,8%	s/d	s/d	0,7%

Cuadro nº 17

139. El HLL tiene una población de cobertura menor y atiende a un número ligeramente inferior de pacientes en el servicio de urgencias, por lo que su frecuentación es muy superior. La presión

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

140. A la vista de los datos, se puede observar una gestión más eficiente en el HLL, que resuelve los episodios de urgencias con un menor número de ingresos desde este servicio. El porcentaje de traslados a otros centros no se ha facilitado desglosado por hospital, tan sólo agregado para el área de gestión sanitaria.

141. En relación con los otros hospitales de especialidades, los indicadores son favorables al AGSCG, que presenta el mayor número de urgencias atendidas y el porcentaje de urgencia ingresadas más bajo de todos ellos. (Anexo VII)

142. 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. (§ epígrafe III.6)

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 (programado 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. La infraestructura con la que cuentan los hospitales para la actividad de cirugía, tanto con ingreso, como ambulatoria, son los siguientes:

INDICADOR	HPE	HLL	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Nº camas disponibles	310,5	177	487,5	539,2	508,4	306	538,2	581,3	560,3
Quirófanos Programados	5	4	9	-	-	-	-	-	-
Quirófanos de Urgencias	1	2	3	-	-	-	-	-	-
Quirófanos de Cirugía Ambulatoria	0	1	1	-	-	-	-	-	-
Nº total de quirófanos	6	7	13	15	10	10	17	17	15

Cuadro nº 18

145. En el cuadro siguiente se exponen los indicadores disponibles en el SSPA para el análisis

de la actividad quirúrgica de los centros sanitarios.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
Estancia media preoperatoria	2,6	0,7	1,9	2,2	0,5	1,5
Total intervenciones	7.784	5.005	12.789	7.758	5.158	12.916
Programadas totales	6.203	3.862	10.065	6328	4205	10.533
Cirugía con Ingreso	2.413	888	3.301	2.435	866	3.301
CMA	1.161	884	2.045	1.502	975	2.477
CmA	2.629	2.090	4.719	2.391	2.364	4.755
Urgentes totales	1.581	1.143	2.724	1.430	953	2.383
Cirugía U. con Ingreso	1.581	1.143	2.724	1.430	953	2.383
Cirugía U. sin Ingreso	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Reintervenciones	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Intervenciones Suspendidas	8,5%	8,6%	8,5%	7,6%	9,3%	8,1%
% Causas hospitalarias	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Incomparecencias	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Resolución de CMA(1)	43,9%	54,67%	48,0%	48,4%	60,8%	52,6%
% Ingresos tras CMA	-	-	0,7%	-	-	1,5%
Prevalencia Infec. nosocomial	11,2	7,8	-	5,0	5,6	-
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	8,8	6,8	-	4,5	5,6	-

(1) SSSC del SAS indica que el % Resolución de CMA en 2008 es del 44,8%. La "cirugía urgente sin ingreso" está incluida en las programadas.

Cuadro nº 19

146. Se puede observar que la actividad quirúrgica total (programadas más urgentes) es superior en el HPE, el cual dispone en total de los mismos quirófanos que el HLL aunque éste último cuenta, adicionalmente, con una pequeña sala de curas exclusiva para la cirugía menor ambulatoria (CmA), actividad que el HPE realiza en un quirófano de CMA.

El HLL dispone de 2 quirófanos de urgencias: uno exclusivo para obstetricia y otro para urgencias ordinarias.

147. Según los indicadores obtenidos, en el HLL el paciente ingresa 0,5 día antes de la intervención quirúrgica mientras que en el AGSCG la estancia preoperatoria es de 1,5 días. Por tanto, la estancia preoperatoria en el HPE, aunque no ha sido facilitada por el hospital, es de 2,2 días.

148. Se puede concluir que una disminución potencial de las estancias preoperatorias en el HPE, contribuiría a una disminución (potencial) de la estancia media y del IUE2, tanto del hospital, como del AGSCG.

149. El HPE realiza el 60% de las intervenciones del AGSCG y un 50% más que el HLL. En las intervenciones programadas con ingresos la proporción es de un 74% a 26% a favor del HPE. Sin embargo, la actividad de cirugía menor ambulatoria es igual en ambos hospitales.

150. **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.

151. 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, así como no desubicarlo de su medio. Es considerado además un indicador de eficiencia al generar economía de recursos.

152. El HLL tiene un 26% más de resolución de CMA que el HPE. El resultado de este indicador no se puede poner en relación con los

ingresos tras CMA ya que este dato no ha sido facilitado individualmente por hospital.

153. El AGSCG presenta el índice de resolución de CMA más bajo de todos los hospitales de especialidades del SSPA (Anexo VIII). Este mal resultado se atenúa con el porcentaje de ingresos tras una intervención de CMA (indicador de calidad), que resulta el más bajo de todos los hospitales de especialidades.

154. El porcentaje de **intervenciones de cirugía mayor suspendidas** en el HLL es un 23% superior al HPE. No se han facilitado las causas por las que se han producido (causas hospitalarias, clínicas del paciente, incomparecencias, etc.).

155. En el cuadro de actividad quirúrgica expuesto en el Anexo VIII se observa que, con respecto al resto de hospitales de especialidades, el AGSCG presenta un porcentaje muy elevado de intervenciones de cirugía mayor suspendidas.

156. 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.

157. 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, aunque ha sido solicitado tanto al hospital como a los SSCC del SAS.

158. **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 sanitario. En la prevalencia de las infecciones nosocomiales afectan distintos factores, como son: el agente microbiano, la vulnerabilidad del paciente y aspectos ambientales.

159. El informe del Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales (PVCIN), publicado por la Consejería de Salud y correspondiente al ejercicio 2009 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.

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

- “Prevalencia de infecciones nosocomiales”, calculado como:

$$\frac{\text{Nº de infecciones nosocomiales \%}}{\text{Nº de pacientes ingresados}}$$

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

$$\frac{\text{Nº de pacientes con infec. Nosocomial \%}}{\text{Nº de pacientes ingresados}}$$

161. El objetivo de Salud Pública para las Áreas de Gestión Sanitaria del SAS era que a partir de los indicadores anuales que aporta el Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales del SAS, sobre la infección por determinados microorganismos, y conocidas las tasas de incidencia o frecuencia de casos en el centro, el hospital estableciera actividades de prevención y control para reducir al menos un 15% la tasa (o el número de casos) de la infección nosocomial respecto al año anterior.

162. Se ha podido comprobar que ambos hospitales han realizado un importante esfuerzo orientado a la consecución del objetivo de prevención y control y han logrado disminuir los porcentajes de ambos indicadores hasta situarse por debajo de la media nacional y de los hospitales del SSPA.

INDICADOR	Media Nacional	Media Hosp. Andalucía	Media Hosp. Comarcales	HPE		HLL	
	2009	2009	2009	2008	2009	2008	2009
Prevalencia IN	7,8%	7,0%	6,8%	11,2	5,0	7,8	5,6
Prevalencia pacientes con IN	6,8%	6,1%	5,8%	8,8	4,5	6,8	5,6

Fuente: PVCIN 2009

Cuadro nº20

163. 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 al AGSCG en el ejercicio 2009, según los datos mostrados en el “Boletín Quirúrgico 2008-2009”, 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.

164. 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.

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

	2008	2009
Nº indicaciones AGS	7.885	7.931
Tasa x 100.000 Hb.	2.209	2.181

Cuadro nº 21

166. 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.

167. 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.

168. En los Anexos III y IV de este informe se expone la información correspondiente a las tasas de indicación quirúrgica del AGSCG, comparadas con el estándar y por procedimientos.

169. El comparativo de las indicaciones del AGSCG con las del resto de hospitales de grupo II aporta el siguiente resultado:

EJERCICIO 2009	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. San Cecilio	H.V. Victoria	H. J. R. Jiménez
Población TSAE	363.645	492.424	302.673	275.738	506.642	659.168	385.807
Total ind. quirúrgicas pacientes D. 209/2001	7.931	8.394	8.258	5.437	8.091	12.376	8.373
Tasa Indicación Estandarizada x 100.000 hab	2.181	1.705	2.728	1.972	1.597	1.877	2.170

Cuadro nº22

170. 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.

171. En el caso en el 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.

172. 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.

173. 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).

174. En el cuadro siguiente se expone la información publicada correspondiente al ejercicio 2009 de pacientes en lista de espera quirúrgica por procedimientos incluidos en el Decreto 209/2001.

PACIENTES LISTA DE ESPERA QUIRURGICA EN AGSCG	Junio '08	2009
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica decreto 209/2001	1.192	1.743
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica orden 20/12/2006	650	957
Tiempo medio de demora quirúrgica decreto 209/2001	44	55
Tiempo medio de demora quirúrgica orden 20/12/2006	40	47
Total indicaciones quirúrgicas a pacientes Decreto 209/2001	7.885	7.931
Salidas totales RDQ	7.950	6.940
Total salidas por intervención	6.846	5.855
Salidas por intervención concertadas	748	839
Salidas por actividad extraordinaria	58	351

Fuente: Boletín Quirúrgico 2008/2009. Dirección General de Asistencia Sanitaria (SAS)

Cuadro nº 23

175. La media de demora quirúrgica en los hospitales de especialidades es de 60,8 días para los procedimientos recogidos en el Decreto y de 52,3 días para los establecidos en la Orden.

176. La revisión de los tiempos medios de respuesta quirúrgica se ha realizado sobre una muestra que representa el 3% del total de registros del CMBD HDQ con procedimientos incluidos en el decreto de garantía (60% de los casos correspondientes al HPE y el 40% al HLL).

177. La aplicación AGD se encuentra centralizada por área sanitaria, sin embargo, se han creado unas aplicaciones independientes para que cada centro hospitalario gestione su propio registro de demanda.

178. Al tratarse de una aplicación integrada, si en uno de los dos hospitales del Área se presentan listas de espera para algún procedimiento quirúrgico que puede realizarse en el otro hospital y el paciente lo rechaza, no pierde la garantía, por lo que se le crean bolsas importantes de gestión que no se pueden controlar.

179. La solución a los problemas de gestión clínica entre los dos hospitales es que se implante de forma definitiva la gestión por procesos y que sea el propio facultativo el que dirija a los pacientes al centro en el que tiene que recibir la asistencia en función del diagnóstico, sin que estos consideren la derivación como un perjuicio en su derecho a la accesibilidad y equidad.

180. El procedimiento seguido durante el ejercicio 2009 en cada uno de los hospitales ha sido distinto:

- En el HPE, el procedimiento establece que si la intervención debe ser atendida en un plazo máximo de 120 días, el hospital debe proponer al paciente la posibilidad de aceptar ser intervenido en un centro concertado pasados 30 días y antes de 60 desde la presentación del documento de inscripción en el RDQ. Si se trata de una intervención recogida en el Decreto con una garantía de 180 días, el plazo de la oferta es de 60 días tras la presentación de la inscripción y antes de 90.

El paciente dispone de 15 días para aceptar o rechazar el concierto, en este último caso, se suspende la garantía. Tanto la oferta como la aceptación o rechazo se realiza por escrito.

En el HPE tan sólo un caso ha sido intervenido fuera del plazo de garantía, no obstante, se han detectado un total de 7 suspensiones temporales por causas clínicas del paciente (16% de los casos) que son reprogramados una vez que han rechazado la oferta de concertación.

- En el HLL, el procedimiento seguido durante el ejercicio 2009 ha sido distinto. La oferta de concierto se hacía verbalmente al paciente en el momento de la inscripción en el RDQ, en caso de rechazo se registra la inscripción y se anota en pantalla, por lo que no se dispone de documentación justificativa.

En este centro se ha analizado una muestra inicial de 29 casos, de los que el 27% presentaron incidencias (4 casos fuera de garantía y otros 4 casos con reprogramaciones no justificadas), por lo que se amplió el análisis a 16 inscripciones más, de las cuales en 2 casos se superó el plazo de garantía y en otros 5 no se localizó el documento de inscripción en el RDQ.

181. En el siguiente cuadro se muestra el número de días en que se supera el periodo de garantía sin justificación documental y sin que se registre, al menos en la aplicación de AGD, aunque no se disponga de documentación por escrito, el rechazo de la oferta de concertación.

Fecha RDQ	Tiempo max. s/Decreto	Tiempo de exceso garantía
14/11/2008	120	13
02/04/2009	120	14
20/03/2009	120	27
23/04/2009	120	18
16/09/2008	120	13
13/04/2009	120	12

Cuadro nº 24

III.3.4 Actividad en atención primaria

182. Para el desarrollo de la actividad de atención primaria el AGSCG cuenta con un total de 716 trabajadores que prestan sus servicios repartidos en 6 zonas básicas de salud, 11 centros de salud,

18 consultorios locales y 6 consultorios auxiliares. Para la gestión de la información se dispone de los siguientes sistemas: Diraya, MTI (gestión de citas), Diábaco (información de la actividad dentro de la historia clínica de cada paciente) e INFHOS (gestión de consultas).

183. Aunque cada uno de los sistemas de información dispone de múltiples indicadores que se gestionan desde los propios distritos, en atención primaria no hay un cuadro de mando integral para el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa. La Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud (SSCC SAS) elabora anualmente un informe en el que se aporta información comparada de la actividad desarrollada por todos los distritos de atención integrados en el SSPA. Por otra parte, la dirección del AGSCG, selecciona una serie de indicadores que considera prioritarios para el seguimiento de la actividad asistencial en su ámbito de atención primaria: demora, derivación y frecuentación.

184. Demora: Diferencia entre el día de solicitud de la cita por el usuario y el día que se ofrece la cita en el centro de atención primaria. Se considera demora cuando la espera sea superior a 24 horas.

Para el análisis del indicador se realizan varios cortes durante el año y a esa fecha se obtiene el dato de cuántos usuarios están en situación de demora.

El porcentaje de demoras se calcula:

$$\% \text{ demoras} = \frac{\text{n}^\circ \text{ demoras}}{(\text{n}^\circ \text{ facultativos} \times \text{n}^\circ \text{ cortes})}$$

El objetivo del contrato programa es un porcentaje máximo del 3% de demora. Se ha comprobado que todos los centros alcanzan el objetivo, manteniendo un porcentaje de demora en el ejercicio 2009 del 0,5%.

185. Derivación: Derivaciones realizadas desde atención primaria a primera consulta hospitalaria. La tasa estándar de derivación se establece en 240,16 (tasa estandarizada por cada 1.000 hab.). La tasa de derivación de los centros de atención primaria en el AGSCG ha sido de 256.

Este indicador puede obtenerse global, por centros, por facultativo y especialidad. Una tasa de derivaciones a consultas de especialidades por encima del estándar incide en la saturación de las primeras consultas hospitalarias y puede expresar deficiencias en la formación de los facultativos de familia en determinadas especialidades clínicas.

186. Frecuentación domiciliaria y Frecuentación global: Ambos indicadores se calculan dividiendo consultas domiciliarias y consultas totales, respectivamente, entre el total población con tarjeta sanitaria individual, por 1.000 habitantes.

En cuanto a frecuentación en domicilio, los centros de primaria del Campo de Gibraltar se encuentran muy por debajo de la media alcanzada por otros distritos del SSPA (se han seleccionado sólo distritos con población entre 250.000 y 300.000 hab.). Este hecho puede explicarse por la extensión geográfica y dispersión de la población de cobertura.

En el Anexo IX se expone la información obtenida para frecuentación de medicina familiar, pediatría y enfermería de familia.

III.4 ANÁLISIS DE INDICADORES ECONÓMICOS

Modelo de financiación y estructura financiera

187. El AGSCG, es un organismo autónomo y por tanto sometido a contabilidad presupuestaria, debiendo realizar anualmente la liquidación de sus estados de gasto. La liquidación del presupuesto del ejercicio 2009 ha sido la siguiente:

CONCEPTO	IMPORTE €
Cap. I Personal	119.965.483
<i>Gastos personal</i>	<i>119.965.483</i>
Cap. II Gtos. Bienes y Serv.	73.720.326
Cconsumo prod. farmacéuticos	23.137.980
Prótesis e implantes quirúrgicos	1.687.454
Fungible	17.421.690
Otros gastos	31.473.202
Cap. IV Transf. corrientes	1.785.172
<i>Transferencias</i>	<i>1.785.172</i>
Cap. VI Inversiones	3.050.187
Inversiones	3.050.187
TOTAL	198.521.169

Cuadro n°25

188. Desde el año 2003, la 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.

189. 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 reembolsar a cada centro prestador de asistencia sanitaria sobre una base capitativa.

190. 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.

191. 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.

192. Para calcular el déficit del AGSCG en el ejercicio 2009 se resta al crédito definitivo el total de gasto calculado según criterio devengo.

193. El **gasto devengado** en el ejercicio se obtiene:

(+) Obligaciones contabilizadas en el presupuesto de gastos

(+) Facturas registradas en el Fondo del Órgano Gestor (FOG).

(+) Obligaciones imputadas al ejercicio siguiente.

(-) Obligaciones liquidadas de ejercicios anteriores.

El Registro de Facturas, Contabilidad Auxiliar y Control de Habilitaciones y Pagadurías, conocido como Fondos del Órgano Gestor (FOG). Es un subsistema del Sistema Integrado Júpiter, que

gestiona desde hace años el tratamiento de las facturas.

194. El AGSCG presenta en el ejercicio 2009 una situación deficitaria que asciende a 21.288.457€, concentrada en el capítulo II del presupuesto de gastos.

€	
CAPÍTULOS	Déficit/Superávit
Capítulo I	775
Capítulo II	-21.547.854
Capítulo IV	-362.606
Capítulo VI	621.227
Total	-21.288.457

Cuadro nº26

195. El mayor porcentaje del déficit (87,17%) se localiza en el artículo 22 del presupuesto, que se corresponde con el consumo de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis.

€			
Artículos	Gasto Contab.	Gasto Devengado	Déficit
20	374.405	766.038	-391.633
21	3.816.197	5.431.992	-1.615.794
22	38.661.013	57.445.123	-18.784.110
23	121.200	133.318	-12.118
25	9.199.657	9.943.856	-744.199
TOTAL	52.172.472	73.720.326	-21.547.854

Cuadro nº27

196. En el siguiente cuadro se expone la situación de déficit presupuestario que presenta el AGSCG y la evolución de la deuda en los capítulos II y IV del Presupuesto. El 36% del déficit acumulado corresponde al ejercicio 2009.

€			
Artículo	Deuda 31/12/08	Deuda 2009	Total deuda 31/12/09
20	-48.557	-391.633	-440.190
21	-2.086.044	-1.615.794	-3.701.838
22	-33.278.636	-18.784.110	-52.062.746
23	-15.741	-12.117	-27.859
25	-2.914.984	-744.199	-3.659.183
48	-385.492	-362.606	-748.098
TOTAL	-38.729.454	-21.547.854	-59.891.816

Cuadro nº28

197. Para el análisis de los indicadores de carácter económico, se ha trabajado con la información presupuestaria y la contabilidad analítica registrada en el sistema COAN.

198. Se ha analizado la información y estados contables del AGSCG: liquidación presupuestaria, envoltente presupuestaria, seguimiento del Contrato Programa, memoria económica 2009, y contabilidad analítica (Anexo XI).

199. En cada uno de los documentos indicados, los importes registrados de gastos son distintos. En unos casos porque los criterios contables no coinciden (criterios presupuestarios y criterios analíticos) y en otros, porque no se han podido conciliar las diferencias.

Para el análisis económico, se ha optado por la información contenida en la liquidación del presupuesto facilitada por los SSCC del SAS y en la contabilidad analítica COAN.

- Gastos de personal

200. El personal del AGSCG se divide según el Estatuto Marco en personal estatutario sanitario, personal estatutario de gestión y servicios, personal estatutario fijo y personal estatutario temporal.

201. El importe total correspondiente al gasto de personal es distinto en función de la fuente de información consultada: la liquidación del presupuesto facilitada por los SSCC del SAS o los datos que aporta la dirección económica del AGSCG. La diferencia entre ambos importes no resulta material en relación con el total, por lo que se ha optado por la cifra aportada por el AGSCG ya que ofrece más posibilidades de desglose de gastos entre los distintos grupos de personal.

€	
Gasto de personal	Importe
Liquidación del Presupuesto	119.965.483
Dirección Económica del AGSCG	119.584.549
Cuadro n°29	

202. No se dispone de información presupuestaria desglosada por cada uno de los hospitales,

por lo que todos los indicadores se calculan con respecto al Área de gestión sanitaria:

203. El total de gastos de personal en el AGSCG en los dos últimos ejercicios, distinguiendo entre directivos, jefaturas de servicio, personal sanitario y no sanitario, es el siguiente:

	2008	2009
Población TSAE	363.645	356.858
Plantilla media	2.992	3.095
Puestos directivos	11	9
Jefaturas de servicio/UGC	16	14
Gasto directivos(m€)	746	709
Gasto pnal sanitario(m€)	93.641	94.851
Gasto pers.no sanitario(m€)	18.837	24.025
Total Gasto. Pers. (m€)	113.224	119.585

Cuadro n° 30

204. En el ejercicio 2009 se observa una disminución del gasto de personal directivo, motivado por la disminución de los puestos de dirección y de jefaturas de servicio.

205. Las retribuciones medias en el ejercicio 2009 por cada una de las categorías de personal han sido las siguientes:

	(€)
CATEGORÍA	IMPORTE
Personal directivo	79.103
Personal facultativo	71.917
Personal sanitario no facultativo	32.015
Personal no sanitario	28.807
Personal facultativo formación (MIR)	29.473

Cuadro n°31

206. Para realizar el estudio comparativo y calcular indicadores de eficiencia se ha solicitado a los SSCC del SAS información sobre los gastos incurrido por el resto de hospitales de especialidades. Para homogeneizar la información y evitar la distorsión del resultado, no se incluyen en el coste del AGSCG el importe correspondiente al personal de atención primaria.

207. En el cuadro siguiente se puede observar que los indicadores que relacionan el coste de personal del AGSCG con la población y con las altas se encuentran en la media del resto de los hospitales de especialidades.

Hospital	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. San Cecilio	H.V. Victoria	H. J. R. Jiménez
Personal Sanitario(*)	1.712	1.935	1.667	1.218	2.000	2.232	1.814
Personal no Sanitario(*)	667	719	547	397	678	944	632
Total	2.379	2.654	2.214	1.615	2.678	3.176	2.446
Población TSAE	363.645	492.424	302.673	275.738	506.642	659.168	385.807
Altas	17.870	22.408	20.111	15.622	20.174	20.432	21.479
Coste pnal Liq ppto.(m€)	82.990	103.484	86.816	64.296	109.592	124.716	94.954
Coste medio personal(€)	34.884	38.992	39.212	39.812	40.923	39.268	38.820
Coste personal/pobl. TSAE(€)	228	210	287	233	216	189	246
Costes personal/altas(€)	4.644	4.618	4.317	4.115	5.432	6.104	4.421

(*)Excluido personal de Atención Primaria del AGS

Cuadro nº32³

208. El sistema de contabilidad COAN, ofrece información analítica sobre los costes directos por servicio de hospitalización.

209. Se han seleccionado determinados servicios clínicos en los dos hospitales HLL y HPE, al objeto comparar los ratios de eficiencia del personal por servicio y hospital.

	HPE			HLL		
	Altas	Coste personal(€)	Coste/Altas(€)	Altas	Coste Personal(€)	Coste/Altas(€)
Cirugía general y digestiva	1.221	815.402	668	554	597.434	1.078
Medicina interna	3.106	2.048.815	660	2.255	1.181.297	524
Hemat. y hemoterapia clínica	200	91.744	459	80	101.084	1.264
Oftalmología	182	139.300	765	14	95.444	6.817
Otorrinolaringología	387	204.178	528	68	130.287	1.916
Pediatría	719	845.889	1.176	799	614.084	769
Cirugía ortopédica y traumatología	786	780.807	993	318	357.109	1.123
Urología	474	242.857	512	172	144.726	841
Obstetricia y ginecología	2.965	2.098.406	708	1.588	1.812.673	1.141
TOTAL	10.040	7.267.397	724	5.848	5.034.138	861

Fuente: COAN y CMBD

Cuadro nº33

210. El servicio de medicina interna agrupa las especialidades de cardiología, neumología, neurología, nefrología y digestivo, ya que en el HLL es en medicina interna donde se registra el alta de estas especialidades según la información suministrada por el CMBD.

211. El coste medio del personal de hospitalización (atención al paciente ingresado) del HLL resulta un 19% más elevado que en el HPE. Todos los servicios excepto medicina interna y pediatría presentan un coste muy superior en HLL, destacando los servicios de hematología y hemoterapia clínica, oftalmología y otorrinolaringología.

212. El mantenimiento de dos hospitales con las mismas especialidades en dos poblaciones tan cercanas redundan, a veces de forma inevitable, en una gestión ineficiente de los recursos sanitarios.

Gastos de farmacia

213. El gasto en productos farmacéuticos correspondiente al AGSCG en el ejercicio 2009 también presenta importes distintos en función de la fuente de información. La dirección económica del AGSCG no ha aportado explicación de estas diferencias.

³ Cuadro modificado por la alegación presentada.

€	
FUENTE DATOS	2009
Liquidación Ppto.	23.137.980
C. Farmacia externa	4.090.284
C. Farmacia interna	19.047.696
Servicios Centrales SAS	21.813.253
C. Pacientes Externo	18.512.340
C. Pacientes internos	3.300.913
COAN	22.323.693
C. Ambulatorios	12.195.501
C. Interno	10.128.192
UGC Farmacia	21.813.252
Consumo externo	18.512.339
Consumo interno	3.300.913

Cuadro nº34

214. Se han tomado como referencia los datos facilitados por SSCC que han sido conciliados con los de la UGC de Farmacia del AGSCG.

215. Se han realizado dos tipos de análisis, por un lado, el consumo en los ejercicios 2008 y 2009 de cada uno de los hospitales que integran el AGSCG, y por otro, se ha comparado el consumo del área en el ejercicio 2009 respecto al resto de hospitales de especialidades.

€						
CONCEPTOS	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
Consumo Hospital de día	2.591.074	1.886.414	4.477.488	3.199.582	2.631.652	5.831.234
Resto consumo externo	7.367.493	4.112.914	11.480.407	8.144.915	4.536.191	12.681.106
T. Farmacia externa	9.958.567	5.999.328	15.957.895	11.344.497	7.167.843	18.512.340
T. Farmacia interna	2.305.356	986.966	3.292.322	2.246.511	1.054.402	3.300.913
TOTAL	12.263.923	6.986.294	19.250.217	13.591.008	8.222.245	21.813.253

Cuadro nº35

Indicador	AGSCG	H.V.	H.	H.P.	H.San	H.V.	H.J.R.
		Valme	Jerez	Real	Cecilio	Victoria	Jiménez
Hospital de día	5.831.234	4.768.324	5.978.904	5.539.740	3.534.967	9.804.867	5.709.843
Resto consumo externo	12.681.106	11.873.685	13.731.388	10.560.323	14.557.745	14.748.019	13.581.425
T. Farmacia externa	18.512.340	16.642.009	19.710.293	16.100.063	18.092.712	24.552.886	19.291.269
T. Farmacia interna	3.300.913	4.348.859	5.428.322	3.044.563	5.407.144	8.455.375	5.596.588
TOTAL	21.813.253	20.990.868	25.138.614	19.144.626	23.499.856	33.008.261	24.887.857

Cuadro nº 36

216. 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. El concepto de farmacia interna se corresponde con el consumo de los pacientes de hospitalización.

CONCEPTO/INDICADOR	2008			2009			% Variación		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	HPE/HL
Población con T.S.A.E.	210.498	146.360	356.858	214.639	149.006	363.645	2%	2%	44%
Consumo farmacéutico (m€)	12.264	6.986	19.250	13.591	8.222	21.813	11%	18%	65%
Cons.farmac./Poblac.T.S.A.E.(€)	58	48	54	63	55	60	9%	16%	15%
Cons.farmac. HDM (m€)	2.591	1.886	4.477	3.200	2.632	5.831	23%	40%	22%
Altas HDM	15.660	4.422	20.082	12.618	5.797	18.415	-19%	31%	118%
Cons.farmac. HDM/altas HDM	165	427	223	254	454	317	53%	6%	-44%
Consumo interno (m€)	2.305	987	3.292	2.247	1.054	3.301	-3%	7%	113%
Nº de altas CMBD (1)	11.444	6152	17.596	11.731	6.139	17.870	4%	-8%	91%
Consumo interno/altas (€)	201	160	187	192	172	185	-5%	7%	11%
Ingresos	12.248	6.639	18.887	12.388	6.500	18.888	4%	-1%	86%
Actividad CMA	1.161	884	2.045	1.502	975	2.477	1%	-2%	91%
Ingresos más CMA (I+CMA)	13.409	7.523	20.932	13.890	7.475	21.365	29%	10%	54%
Consumo interno / (I + CMA)	172	131	157	162	141	155	-6%	8%	15%
Puntos GRD	15.078	8.803	23.881	16.762	9.123	25.885	11%	4%	84%
Consumo/Puntos GRD (€)	153	112	138	134	116	128	-12%	3%	16%

(1) Altas hospitalización

Cuadro nº37⁴

⁴ Cuadro modificado por la alegación presentada.

217. Para el cálculo de indicadores económicos, se relaciona en primer lugar el gasto total farmacéutico con la población de cobertura del Área. Como se observa en el cuadro nº 36, el incremento del consumo del Área respecto al ejercicio anterior ha sido del 11%, siendo superior un 15% en el HPE respecto al HLL.

218. Las altas en el HDM han disminuido un 9%, no obstante el consumo ha aumentado en un 30%. El coste por alta ha pasado de 223€ en 2008, a 317€ en 2009 (§§ cuadros 35 y 37).

219. Se ha podido comprobar que el incremento se localiza principalmente en el consumo de tratamientos oncológicos, concepto en el que el HLL ha incrementado su gasto en un 40% y el HPE en un 23%.

220. Algunos de los motivos que justifican los incrementos del consumo farmacéutico son los siguientes:

- El aumento del coste de la terapia oncológica (32%), sigue la pauta normal en los últimos años, debido al aumento del coste de nuevos fármacos, a pesar del uso de los genéricos tradicionales.
- Ha aumentado el número de formulaciones magistrales orales, debido a la implantación en el HLL de la dosis unitaria en Pediatría.
- Se produce un constante aumento de pacientes externos (VIH, esclerosis, etc.)

- El mayor precio del coste por preparaciones y ciclos en el HLL respecto al HPE (un 25 y 15% respectivamente). Esto es debido principalmente a la diferencia en la actitud prescriptora de los oncólogos de ambos hospitales.

221. Por último, se relaciona el consumo en “farmacia interna” de cada uno de los hospitales del AGSCG, con indicadores de actividad asistencial (ingresos, altas, CMA), y con los puntos GRD (estimación de consumo de recursos).

222. El HPE supone el 68% del total de consumo interno del AGSCG, y no compensa este porcentaje con el mayor número de puntos GRD (65%) y los ingresos más CMA (65%), por lo que en términos económicos, en este hospital resulta mayor el consumo por alta, por puntos y por ingresos más CMA.

223. Se observa una evolución inversa respecto al consumo de farmacia en los dos hospitales: decremento en el consumo en el HPE (3%) e incremento en el HLL (7%).

224. Esta posición contraria de los dos hospitales en relación a la contención en el gasto farmacéutico debería corregirse, sobre todo teniendo en cuenta que farmacia está constituida como UGC, y por lo tanto su actividad debe estar presidida por un principio de unidad de criterios de gestión.

CONCEPTO/INDICADOR	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H.P. Real	H.S. Cecilio	H.V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Consumo farmacia interno (m€)	3.301	4.349	5.428	3.044	5.407	8.455	5.596
Nº de altas CMBD	17.870	22.408	20.111	15.622	20.174	20.432	21.479
Consumo/altas (€)	185	194	270	195	268	414	261
Ingresos más CMA	21.365	28.276	25.738	19.386	26.017	27.189	27.395
Consumo/ingresos más CMA(€)	155	154	211	157	208	311	204
Puntos GRD	25.885	36.129	31.030	24.387	34.081	39.402	34.571
Consumo/Puntos GRD (€)	128	120	175	125	159	215	162
Prescripción Principio Activo	56,8%	65,5%	64,6%	67,0%	60,3%	49,5%	57,9%

Cuadro nº38

225. Los indicadores de consumo farmacéutico del AGSCG se sitúan en las posiciones más favorables respecto a su grupo de referencia (me-

nor consumo por alta del grupo y de los menores en los otros indicadores).

226. La prescripción por principio activo, establecida como objetivo en el Contrato Programa, continúa siendo baja en relación con los hospitales de su nivel, y aunque ha resultado superior al ejercicio 2008, no se ha conseguido el objetivo previsto en atención hospitalaria (61% objetivo contrato programa). La prescripción por principio activo en atención primaria, con un objetivo

en contrato programa del 72%, ha alcanzado en el ejercicio un total del 73%.

Material fungible

227. En el concepto contable de material fungible el AGSCG registra los siguientes epígrafes e importes:

MATERIAL FUNGIBLE	LIQUID.PPTO.	COAN	DIFERENCIA
Fungible sanitario	8.157.495	9.345.697	-1.188.202
Prótesis e implantes	1.687.454	1.623.824	63.630
Reactivo laboratorio	6.720.151	6.461.580	258.571
Placas radiología	351.031	354.430	-3.399
Total material fungible	16.916.131	17.785.531	-869.400

Cuadro nº 39

- Gastos en fungible sanitario

228. Según puede observarse en el cuadro anterior, el importe de material fungible sanitario es distinto según el origen de la información. Para el cálculo de los indicadores se ha optado por conciliar los importes y conceptos aportados por la contabilidad analítica (COAN). Se ha comprobado que un importe total de 2.314.325 € clasificado como “otros consumos y fungibles”, no corresponden al concepto analizado, por lo tanto, la cifra de consumo conciliada por cada centro de gasto resulta la siguiente:

CENTRO	CONSUMO (€)
HPE	3.929.482
HLL	1.941.645
Distrito	1.113.948
Otros	46.297
TOTAL	7.031.372

Cuadro nº 40

229. Las diferencias entre los importes según la liquidación del presupuesto (8.157.495 €) y COAN (7.031.372 €) no han podido ser conciliadas.

230. Se calculan los indicadores relacionando el consumo con la actividad desarrollada en cada hospital:

INDICADOR	HPE	HLL
Consumo fungible sanitario	3.929.482	1.941.645
Nº de altas CMBD	12.523	6.317
Consumo/altas	314	307
Ingresos más CMA (I+CMA)	13.890	7.475
Consumo/(I+CMA)	283	260
Puntos GRD	16.762	9.123
Consumo/Puntos GRD	234	213

Cuadro nº 41

231. Los resultados obtenidos son muy similares en ambos hospitales, siendo superior en el HPE para los tres indicadores utilizados.

- Gastos en prótesis

232. Los importes correspondientes a prótesis e implantes quirúrgicos se imputan al capítulo II del presupuesto de gastos (§ Cuadro nº 38).

233. Al igual que en otras partidas, las cifras pueden variar según la fuente de información de datos, aunque en este caso las diferencias son inmatrimoniales. Los importes contabilizados en el presupuesto se refieren al AGSCG en su conjunto, por lo que para realizar el análisis de la gestión del gasto en cada hospital, se ha recurrido a la contabilidad analítica como fuente de información.

234. Del total de gasto en prótesis se han analizado los consumos de cardiovasculares y traumatológicas por ser estos los de importe más significativo (85% del total del gasto contabilizado).

PRÓTESIS E IMPLANTES AGSCG		€
Vasculares	518.749	
Traumatológicas	856.231	
Urológicas y genitales	9.735	
Oftalmológicas	144.114	
Otorrinolaringológicas	7.794	
Cirugía	87.201	
TOTAL	1.623.824	

Cuadro nº42

235. Los indicadores se han calculado teniendo en cuenta las altas correspondientes a GRD que llevan asociado la implantación de una prótesis, y

PRÓTESIS TRAUMATOLÓGICAS	HPE	HLL	ΔHLL/HPE	AGSCG
Consumo (€)	459.025	372.003		831.028
Altas GRD	120	60		180
Consumo/Altas (€)	3.825	6.200	62%	4.617
Puntos GRD	494	227		721
Consumo/puntos GRD (€)	929	1.639	76%	1.152

Cuadro nº 44⁵

237. Se observa que el coste por altas y puntos GRD, relacionados con prótesis traumatológicas, es muy superior en el HLL un 62% en consumo/altas y un 76% en consumo/puntos. A partir de estos resultados, se ha realizado un estudio por familia de productos, con el fin de identificar los motivos que dan lugar a las diferencias del coste por alta y puntos entre los dos hospitales.

238. De las 22 familias seleccionadas, el 73%, es decir 16, tienen un precio unitario superior en el HLL.

239. Se ha calculado para cada uno de los hospitales del área, el coste correspondiente a las adquisiciones de prótesis en el servicio cirugía ortopédica y traumatológica, observándose los siguientes resultados:

Cirugía Ortopédica	HPE		HLL	
	m€	%	m€	%
Total coste servicio	1.903	100%	834	100%
Coste adquisic. prótesis	459	24%	372	45%

Cuadro nº45

en el caso de traumatología se han incluido también los procedimientos de osteosíntesis (placas, tornillos, agujas, etc., en los diagnósticos de traumatismos y politraumatismos).

PRÓTESIS	HPE	HLL
Traumatológicas	459.025	372.003
Vasculares	378.289	140.460
TOTAL	837.314	512.463

Cuadro nº 43

236. El total de altas multiplicadas por el peso de cada GRD son los puntos que corresponden a cada hospital por los procedimientos realizados (Anexo XI).

240. Tanto las prótesis como los productos de osteosíntesis, se adquieren una vez han sido consumidas, es decir, el proveedor deja el producto en depósito y una vez implantado se cursa por el hospital el pedido de reposición.

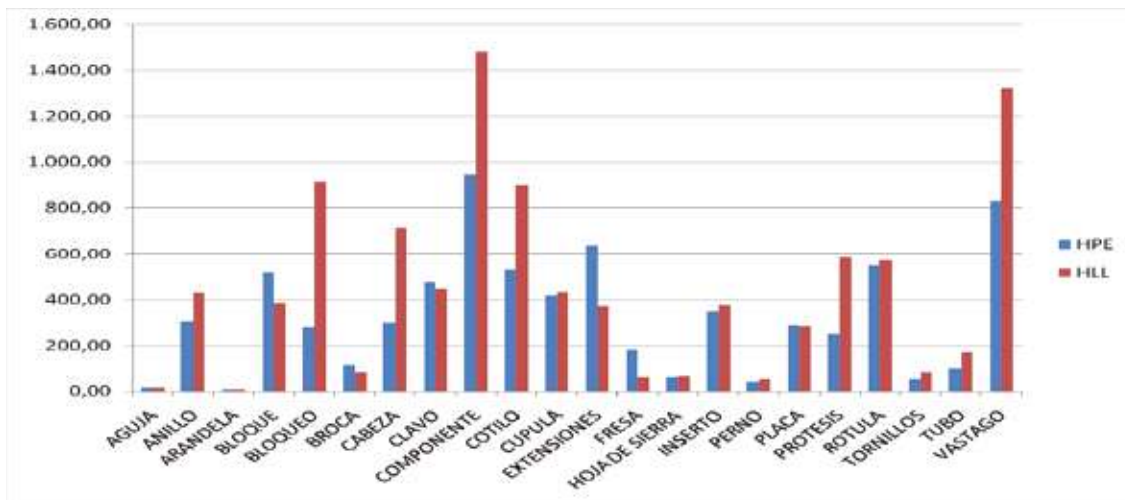
241. Para cada paciente, se cumplimenta una ficha en el quirófano en el que se identifica, con las correspondientes etiquetas de códigos, los distintos elementos que se han implantado por lo que la reposición por parte de los proveedores debe realizarse, exclusivamente, de los elementos consumidos y por las cantidades realmente consumidas.

242. Se ha podido comprobar que el AGSCG no dispone de procedimientos escritos y autorizados por la dirección en el que se describan los circuitos administrativos para la selección y adquisición de los implantes y prótesis quirúrgicos. En cada hospital, es el jefe de servicio de forma unilateral el que determina el tipo de prótesis, el proveedor y la cantidad que se adquiere. No se dispone de órgano colegiado que determine y autorice, con criterios clínicos y de eficiencia económica, tanto los proveedores como los productos que se adquieren.

⁵ Cuadro modificado por la alegación presentada.

Esta situación ha dado lugar al comportamiento antieconómico e ineficiente del HLL. En este Hospital los pedidos de osteosíntesis se cursaban, no por las cantidades consumidas, sino por lotes, manteniéndose en stock y no en depósito, los artículos no implantados.

243. En el siguiente gráfico se representan, para productos comunes agrupados por familias, las diferencias de unidades consumidas en cada hospital.



HPE. N° Altas 120, Puntos GRD 494
HLL. N° Altas 60, Puntos GRD 227

Gráfico nº1

244. Para las prótesis cardiovasculares, aunque el consumo por altas sea mayor en el HLL, el indicador que relaciona el coste con la complejidad

de los procedimientos resulta algo superior en el HPE. (ANEXO X)

PRÓTESIS CARDIOVASCULARES	HPE	HLL	HLL/HPE	AGSCG
Consumo (€)	378.289	140.460		518.749
Altas GRD	106	38		144
Consumo/Altas (€)	3.569	3.696	3%	3.602
Puntos GRD	342,4	153,9		496,3
Consumo/puntos GRD (€)	1.105	913	-17%	1.045

Cuadro nº46

245. Con el fin de evitar las distorsiones en el consumo y costes de las prótesis definidas en los puntos anteriores, se recomienda a la dirección del AGSCG la implantación de protocolos de adquisición y homologación de prótesis, determinando: procedimiento de solicitud de productos de osteosíntesis y prótesis, las especificaciones clínicas adecuadas de los productos según el procedimiento quirúrgico, proveedores autorizados, precios máximos por producto, etc.

Inversiones

246. A través del Capítulo VI del presupuesto, el AGSCG ha recibido en los últimos 3 ejercicios transferencias de capital para inversiones nuevas o reposición en edificios, maquinarias, mobiliario, enseres y sistema para proceso de la información. No se dispone de la información desglosada por hospitales y distrito. Este motivo impide realizar cualquier análisis comparativo con el resto de hospitales de especialidades del SSPA:

Evolución de la inversión en los últimos ejercicios (€)			
CONCEPTOS	2007	2008	2009
Edificios y otras construcciones	1.362.900	30.631	940.652
Máquinas e instalaciones.	383.156	404.953	912.617
Mobiliario y enseres	91.641	295.754	195.839
Sistemas proceso información	21.459	2.359	39.047
Reposición edificios y construcciones	305.000	-	620.768
Reposición en maquinarias e instalaciones	668.188	647.720	291.636
Invers.de reposición mobiliario y enseres	381.250	160.029	49.630
Invers.de reposición en sist. proc. información	430	19.685	-
Total Cap VI	3.214.023	1.561.132	3.050.187

Cuadro nº 47

247. El Servicio Andaluz de Salud tiene aprobado un presupuesto por importe de 54.559.535 €, para la construcción de un nuevo hospital en La Línea de la Concepción que sustituya al actual. Las obras se iniciaron el 29 de octubre de 2009, siendo el plazo previsto de construcción de 4 años, por lo que su finalización está prevista para 30 de octubre de 2013. La inversión en el ejercicio 2009 asciende a 689.777 € (redacción de proyecto y estudio geotécnicos).

III.5 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

248. El Servicio Andaluz de Salud realiza anualmente encuestas de satisfacción entre los usuarios del sistema, que permite conocer la opinión de los ciudadanos acerca de los servicios que reciben.

249. Los resultados son el fruto de las investigaciones, realizadas en colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud y el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA/CSIC), tanto para el conjunto de Andalucía, como para cada uno de los Distritos de Atención Primaria y Centros de Atención Especializada del Servicio Andaluz de Salud.

250. Su objetivo es obtener un conocimiento riguroso de la percepción y valoración que tienen los ciudadanos en general y los usuarios en particular sobre el SSPA.

251. Los resultados obtenidos en el Distrito del AGSCG se muestran en el cuadro siguiente:

Encuesta de Satisfacción en A. Primaria		
	2008	2009
Indicadores	Nº Indicadores	Nº Indicadores
Satisfacción	40	38
>	7	5
=	20	18
<	13	15
Uso y Demanda	16	16
>	3	5
=	6	5
<	7	6

Cuadro nº48

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

252. Los resultados obtenidos indican que la satisfacción de los usuarios de este Distrito está por debajo de la media para Andalucía en 15 indicadores (tales como comodidad del edificio e instalaciones, estado de conservación del centro, espacio, ventilación y comodidad de las salas de espera, etc.). Con respecto a las encuestas de satisfacción del año anterior se observa que los resultados se mantienen, produciéndose leve retroceso en los indicadores de Satisfacción y una leve mejoría en los indicadores de Uso y Demanda.

253. En cuanto a la medición de la satisfacción en la atención en consultas externas de especialistas, los resultados obtenidos por los hospitales del área en los dos últimos años se indican a continuación:

Encuesta de Satisfacción en Consultas Externas				
Indicadores	2008		2009	
	HPE	HLL	HPE	HLL
Satisfacción	26	26	26	26
>	14	-	10	0
=	11	10	15	15
<	1	16	1	11
Uso y Demanda	8	8	8	8
>	2	2	2	2
=	5	4	5	5
<	1	2	1	1

Cuadro nº49

254. Se observan que los resultados obtenidos en los indicadores de satisfacción por las consultas externas de los dos hospitales del AGSCG respecto a la media andaluza, son antagónicos. La satisfacción de los usuarios de las consultas externas del HPE está muy por encima de la media, todo lo contrario de la satisfacción de los usuarios de consultas del HLL, donde indicadores tales como satisfacción con el servicio recibido, grado de intimidad, respeto en el trato, etc., están por debajo de la media. En cuanto a los indicadores de Uso y Demanda los resultados son similares a la media de Andalucía.

255. Estos resultados tienen una relación directa con el análisis realizado de la actividad de consultas de especialistas, donde se observa que los recursos materiales y humanos (salas de consultas y facultativos) son muy inferiores en el HLL frente al HPE, teniendo una mayor frecuentación de consultas el HLL (§ cuadro nº 16)

256. Por último, este mismo estudio se venía realizando hasta 2008 para medir la satisfacción de los usuarios de los hospitales de Andalucía, los resultados de los hospitales del área son los siguientes:

Encuesta de Satisfacción en los Hospitales (2008)		
Indicadores	HPE	HLL
	Nº Indicadores	Nº Indicadores
Satisfacción	27	27
>	-	1
=	23	5
<	4	21
Uso y Demanda	7	7
>	1	1
=	3	2
<	3	4
Específico partos	8	8
>	2	2
=	5	5
<	1	1

Cuadro nº50

257. Se observa que los indicadores de satisfacción de los usuarios del HLL están en casi todos por debajo de la media de Andalucía.

258. 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 emite un informe con los resultados obtenidos.

259. 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 se extraen de forma independiente por hospital y se comparan con los hospitales de su nivel.

260. En el cuadro siguiente se exponen los resultados obtenidos de las encuestas autocumplimentadas correspondientes al ejercicio 2009, y se comparan con los resultados alcanzados por los hospitales del mismo nivel que los hospitales del AGSCG:

Valoración de la Atención Hospitalaria (2009). Encuestas autocumplimentadas				
Indicadores de Satisfacción	HPE	SAS (Grupo III)	HLL	SAS (Grupo IV)
Atención sanitaria	93,9%	94,1%	91,6%	95,7%
Recomendaría este hospital	86,5%	87,1%	79,0%	92,2%
Confort de habitación	62,9%	65,6%	62,0%	80,2%
Limpieza	74,1%	77,1%	68,3%	84,3%
Comida	42,4%	76,7%	68,3%	76,3%
Régimen de visitas	78,7%	80,4%	77,2%	86,7%
Información sanitaria	88,2%	88,5%	86,3%	92,0%
Identific. de profesionales	83,2%	88,1%	85,2%	90,6%
Atención de Médicos	93,2%	93,5%	91,6%	95,5%
Atención de enfermeros/as	96,0%	95,6%	95,3%	96,3%
Atención de auxiliares enfermería	94,1%	93,8%	93,3%	94,9%
Atención personal no sanitario	90,3%	88,8%	89,1%	92,3%
Trato recibido	94,5%	94,1%	93,5%	96,2%

HPE: s/ 2.831 cuestionarios: 24,1% tasa de respuesta
SAS (G-III): s/ 12.486 cuestionarios: 22,7% tasa de respuesta
HLL: s/ 1.476 cuestionarios: 22,6% tasa de respuesta
SAS(G-IV): s/31.223 cuestionarios: 33,0% tasa de respuesta

Cuadro nº51

261. Para estas encuestas, se consideran “debilidades del sistema” aquellas que no superen una satisfacción media del usuario del 70%.

El HPE presenta debilidades en las variables “confort de la habitación” y “comida”, si bien, en nueve de los trece indicadores (69%) está por debajo de la media.

El HLL queda por debajo de la satisfacción mínima en las variables “confort de las habitaciones”, “comida” y “limpieza”. La valoración que hacen los usuarios del HLL es inferior a la media de los hospitales de su nivel en todos los indicadores (100%)

262. Si se comparan entre sí las valoraciones obtenidas por el HPE y HLL, se puede observar que los cuestionarios cumplimentados al alta asignan valores de satisfacción sensiblemente superiores al HPE, que sólo se encuentra por debajo del HLL en la valoración de la “comida” e “identificación de profesionales”.

263. Anualmente, el AGSCG aprueba un “Plan de Mejora para la Satisfacción de los Usuarios”, sin embargo, no ha sido suficiente para conseguir que todos los indicadores de satisfacción alcancen el mínimo exigido para no ser considerados como debilidades del sistema.

III.6 ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS

264. En este epígrafe se analizan las reclamaciones y quejas presentadas por los usuarios del Área en todos sus centros en los dos últimos ejercicios. No se han considerado las reclamaciones anuladas, las derivadas a otros centros del SSPA no integrados en el AGSCG, así como las sugerencias y agradecimientos.

265. Las reclamaciones presentadas por los usuarios en los dos últimos años, clasificadas por hospitales y distritos, han sido las siguientes:

	HPE		HLL		DISTRITOS		AGSCG		%
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	
Nº Reclamaciones	1.085	1.121	578	438	1.162	962	2.825	2.521	-10,8%
Población	147.805	149.900	101.523	102.953	249.328	252.853	249.328	252.853	1,4%
Reclamaciones/1000	7,3	7,5	5,7	4,3	4,7	3,8	11,3	10,0	-12,0%
Reclamaciones/día	3,0	3,1	1,6	1,2	3,2	2,6	7,7	6,9	-10,8%

Cuadro nº52

266. Si se clasifican las reclamaciones presentadas en los dos últimos ejercicios en ambos cen-

tros y distrito en función de los motivos de las quejas, resulta que:

MOTIVOS	HPE			HLL			DISTRITO			AGSCG		
	2008	2009	%	2008	2009	%	2008	2009	%	2008	2009	%
Asistencial	161	136	12,1%	129	129	28,9%	266	310	32,9%	556	575	23,0%
Trato	39	31	2,8%	30	11	2,5%	60	51	5,4%	129	93	3,7%
Información	28	12	1,1%	18	12	2,7%	30	29	3,1%	76	53	2,1%
Org. trámites y normas	799	905	80,6%	362	242	54,1%	728	530	56,3%	1889	1677	67,1%
Hostelería e infraestr.	34	36	3,2%	70	41	9,2%	16	6	0,6%	120	83	3,3%
Insatisfacción	1	1	0,1%	2	4	0,9%	8	3	0,3%	11	8	0,3%
Reclamaciones a otras	1	1	0,1%	8	8	1,8%	3	1	0,1%	12	10	0,4%
Éticos	10	1	0,1%	-	-	0,0%	6	11	1,2%	16	12	0,5%
TOTAL	1.073	1.123	100%	619	447	100%	1.117	941	100%	2.809	2.499	100%

Cuadro nº53

267. El procedimiento para el análisis de las reclamaciones es diferente para cada centro. En el HPE y el Distrito se cuenta y clasifica solamente el motivo principal de la reclamación, mientras que en el HLL se analizan y clasifican tantos motivos como tenga la reclamación. Esta es la razón por la que figuran en el HLL mayor número de motivos que de reclamaciones presentadas. En cambio, la actual Subdirección de Atención Ciudadana y Sistemas no ha aportado una explicación convincente por la que no coinciden el número de motivos con el de reclamaciones en HPE y Atención Primaria.

268. El número de reclamaciones presentadas en 2009 en el conjunto del área han descendido un 10,8 % respecto al año anterior. Aunque en el HPE las reclamaciones se han incrementado en un 3,3 %, en el HLL y Distrito han descendido un 24,2% y un 17,2%, respectivamente.

269. Se observa que tanto en los dos hospitales como en atención primaria, el motivo fundamental de las reclamaciones de los usuarios se engloba bajo el epígrafe de “Organización, trámites y normas”, cuyo mayor volumen de reclamaciones corresponde a la demora en la asistencia. El segundo motivo de las reclamaciones presentadas en el área es el “Asistencial”, que responde al desacuerdo de los pacientes con la atención asistencial recibida. El mayor número de reclamaciones se concentra en los servicios de Medicina Interna y especialidades médicas y Urgencias de los dos hospitales.

270. Por último se indican las reclamaciones presentadas por los usuarios de la atención primaria en los distintos centros del área:

CENTROS	Nº	%
CS Algeciras-Centro	185	19,4%
CS Algeciras-Sur	142	14,9%
Los Barrios	121	12,7%
CS Algeciras-Norte	85	8,9%
Tarifa	72	7,6%
CS La Línea-Poniente	66	6,9%
CS La Línea-Centro	63	6,6%
San Roque	60	6,3%
CS La Línea -Levante	45	4,7%
Jimena de la Fra	39	4,1%
Dispositivo C.C. y U.	38	4,0%
Odontología	36	3,8%
Fisioterapia	2	0,2%
subtotal	954	100,0%
Sin identificar centro	8	-
TOTAL	962	

Cuadro nº54

271. Los Centros de Salud de Algeciras ocupan tres de los cuatro primeros puestos en cuanto a mayor número de reclamaciones.

272. La respuesta de los centros a las reclamaciones presentadas debe realizarse en un plazo menor de 15 días.

Cada uno de los hospitales establece como objetivo para el ejercicio 2009 un porcentaje de respuesta distinto, 80% para el HPE y 85% para el HLL. En el distrito el objetivo se establece en alcanzar un 70% de respuestas en menos de 15 días.

273. Según puede observarse en el cuadro siguiente, ambos hospitales cumplen el objetivo propuesto.

274. No obstante, en el distrito de atención primaria, el porcentaje de respuestas en menos de 15 días es muy bajo en el ejercicio 2009, inferiores incluso a los resultados alcanzados en el

ejercicio anterior: La dirección del área justifica el incumplimiento en la baja laboral prolongada del trabajador encargado de tramitar las reclamaciones.

	HPE		HLL		DISTRITO	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
% Reclamaciones contestadas	96,9%	98,9%	96,6%	99,6	96,0%	94,1%
% Respuestas en 15 días o menos	81,6%	97,0%	94,9%	96,8%	41,1%	21,6%
% Respuestas entre 16 y 30 días	16,3%	2,6%	3,2%	1,5%	27,3%	20,3%
% Respuestas en más de 30 días	2,1%	0,4%	1,9%	1,7%	31,6%	58,1%
Tiempo medio de respuesta (días)	18	10	6	5	39	45

Cuadro nº55

275. Desde mayo de 2005 el AGSCG viene trabajando con Planes de Mejoras para la Gestión de las Reclamaciones del Área. Los datos aportados en el informe sobre la evaluación y análisis de las reclamaciones de los ejercicios 2008 y 2009 no son los definitivos, ya que no han sido analizadas la totalidad de las reclamaciones presentadas.

276. La Comisión de Seguimiento de las reclamaciones no ha homogeneizado el sistema de tratamiento y análisis de las reclamaciones en los dos hospitales y Distrito que integran el AGSCG.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

277. Las conclusiones más relevantes del trabajo realizado son las siguientes:

Estructura organizativa

278. La Orden de 2 de diciembre de 2002, por la que se constituye el AGSCG, en su Disposición Final Segunda establece que *“El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, a propuesta del Gerente de Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, aprobará la estructura y organización del área, de acuerdo con las disposiciones vigentes al respecto”*.

No obstante, desde la creación del AGSCG, los puestos directivos se han creado conforme al Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales. (§ 22-23)

279. Aunque el Área se crea en el ejercicio 2002, hasta la fecha de emisión de este informe, no se dispone de un marco normativo que permita el nombramiento de los puestos de trabajo como Área de Gestión Sanitaria. Los nombramientos se realizan por cada centro de trabajo (HPE, HLL y Distrito Atención Primaria), lo que dificulta la movilidad y la gestión del personal para atender las necesidades reales de la actividad sanitaria en el Campo de Gibraltar. (§ 24)

280. Desde el ejercicio 2003 y hasta el 2009, al objeto de adecuar la plantilla aprobada provisionalmente a las necesidades directivas del área, se fueron nombrando puestos de dirección con distintas denominaciones, niveles de jerarquía y responsabilidades, sin aprobación de resolución de la dirección gerencia del SAS que permita adecuar en el tiempo los nombramientos, las funciones desempeñadas y las retribuciones realmente percibidas. Con los datos facilitados por la dirección se han elaborado tres organigramas distintos con aplicación en el mismo ejercicio 2009.

281. El desbloqueo de la situación descrita en los puntos anteriores no tiene lugar hasta el 12 de julio de 2010, fecha en la que se publica la Resolución SC 232/10, y que aprueba las estructuras directivas y organizativas de las Áreas de Gestión Sanitaria del SAS.

Los ceses y nombramientos que tienen lugar a partir de la aprobación de la resolución 232/10 se producen entre el mes de noviembre de 2010 y enero 2011.

282. EL desfase temporal entre la creación del AGSCG, la aprobación de la estructura directiva provisional (resolución 31/2003), la resolución del ejercicio 2010 y la efectividad de los cargos hasta que se firman los correspondientes ceses y nombramientos, ha tenido como consecuencia la falta de correspondencia entre las funciones realmente desempeñadas y las retribuciones percibidas por los titulares de los puestos directivos.

283. Sólo en uno de los expedientes de personal de los 22 analizados se ha localizado convocatoria pública del puesto de libre designación como directivo del área.

284. En cuanto a la estructura asistencial, el AGSCG se encuentra en un momento de transición desde la tradicional organización por servicios de especialidades, a la organización por “Unidades de Gestión Clínica” (UGC). Así en el ejercicio 2009, en asistencia especializada se disponía de 9 Unidades de Gestión Clínica (UGC), incrementando su número a 14 en el ejercicio 2010. En atención primaria, cada centro de salud se configura y organiza como UGC (un total de 11).

285. No se dispone de un marco normativo que permita la contratación del personal con vinculación de área y no por cada centro de forma independiente. Este hecho dificulta, y en ocasiones impide, la adecuada gestión y organización eficiente de los recursos en función de las necesidades asistenciales. (§ 23-35)

Fijación y consecución de objetivos

286. El AGSCG dispone de un cuadro de mando para fijar y evaluar los diferentes objetivos establecidos para cada uno de los dos hospitales de forma independiente, no como Área de Gestión. Los mismos servicios de especialidades de cada centro, incluso los configurados como UGC (excepto farmacia y medicina nuclear), establecen objetivos distintos según se trate del HLL o HPE.

287. A partir del ejercicio 2010, se inicia la negociación de los “Acuerdos de gestión”, iniciativa de la gerencia del área para diseñar la estra-

tegia de integración de la actividad de los centros de forma que se actúe realmente como Área de Gestión Sanitaria y no como centros hospitalarios independientes.

288. En atención primaria no se dispone de cuadro de mando, los objetivos se fijan y evalúan de forma independiente en cada uno de los centros de salud. La información se remite a los SSCC del SAS donde se elabora un informe de consecución anual respecto a la actividad de atención primaria en el SSPA. (§ 54-57)

289. La consecución de objetivos del Contrato Programa del AGSCG para el 2009 ha alcanzado el 69%. No se dispone de este dato correspondiente al 2008, pero sí se ha podido comprobar que el complemento de productividad aprobado por el gerente del SAS para el equipo directivo del Área se ha incrementado un 45% respecto aprobado en el ejercicio 2008.

Por lo tanto, se concluye que en el ejercicio 2009 se ha iniciado un incremento de la eficacia en el cumplimiento de objetivos previstos en el Contrato Programa del AGSCG respecto a la tendencia de los ejercicios anteriores. (§ 60-61)

Eficacia y eficiencia

290. 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,...) (§ 65-78)

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

291. El AGSCG está clasificado en el grupo de hospitales de especialidades, pero individualmente cada uno de los hospitales que lo componen están clasificados en distintos niveles, y con poblaciones de cobertura distinta, lo que determina que la actividad esperada en relación con el número de ingresos y por tanto, el índice

de frecuentación hospitalaria (nº de ingresos por cada 1.000 habitantes) resulten sustancialmente distintos. (§ 96)

292. El HLL presenta un porcentaje de ocupación bajo (66 %), un 19% inferior respecto al HPE (79 %). Por lo tanto, los resultados agregados del AGSCG indican que se realiza una gestión ineficiente de la infraestructura hospitalaria, no adaptando los recursos de los que dispone a la demanda de hospitalización en cada momento. El AGSCG también presenta el porcentaje de ocupación más bajo de todos los hospitales del grupo de especialidades. (§ 105)

293. Ambos hospitales presentan un IUE por encima de la unidad, por lo tanto el resultado del indicador para el AGSCG refleja un consumo real de estancias superior al esperado para la casuística, con respecto, tanto a los hospitales de su nivel, como al conjunto de hospitales de Andalucía. (§ 112)

Si el HPE y el HLL disminuyeran la estancia media en los GRD con mayor número de altas (concretamente el 373 y 371 “parto vaginal y cesáreas sin complicaciones” en el HPE y en el 373 el HLL), gestionando la estancia media de las categorías diagnósticas mayores “embarazo, parto y puerperio”, “aparato respiratorio” y “aparato digestivo” (altas según datos anexo nº II), obtendría una importante ganancia potencial con un mejor resultado en el índice de utilización de estancias (IUE2).

- Actividad de consultas

294. Se observa una gran diferencia entre la actividad que desarrollan ambos hospitales, teniendo en cuenta los medios de los que disponen cada uno. El HPE dispone del doble de salas de consultas y de un 70% más de facultativos, en cambio, el total de consultas es sólo un 30% superior. Esto explica que el número de consultas por salas sea un 66% superior en el HLL y que el índice de rotación usuario por sala también es superior en 7% (cada espacio físico es utilizado para una media de 18 consultas diarias en HLL, frente a las 11 calculadas para el HPE). (§ 134)

- Actividad de urgencias

295. Del análisis realizado, se puede observar una gestión más eficiente en el HLL, que resuelve los episodios de urgencias con un menor número de ingresos desde este servicio. En relación con los otros hospitales de especialidades, los indicadores son favorables al AGSCG, que presenta el mayor número de urgencias atendidas y el porcentaje de urgencia ingresadas más bajo de todos ellos.

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. (§ 139-142)

- Actividad quirúrgica

296. Según los indicadores obtenidos, en el HLL el paciente ingresa 0,54 día antes de la intervención quirúrgica mientras que en el AGSCG la estancia preoperatoria es de 1,5 días. Por tanto, la estancia preoperatoria en el HPE, aunque no ha sido facilitada por el hospital, es de 2,2 días. (§ 147)

Una disminución potencial de las estancias preoperatorias en el HPE, contribuiría a una disminución (potencial) de la estancia media y del IUE2, tanto del hospital, como del AGSCG.

297. El AGSCG presenta el índice de resolución de CMA más bajo de todos los hospitales de especialidades del SSPA (Anexo VIII). Este mal resultado se atenúa con el porcentaje de ingresos tras una intervención de CMA (indicador de calidad), que resulta el más bajo del comparativo anterior. (§ 153)

298. Se ha podido comprobar que ambos hospitales han realizado un importante esfuerzo orientado a la consecución del objetivo de prevención y control y han logrado disminuir los porcentajes de “prevalencia de infecciones nosocomiales” y de “prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales” hasta situarse, en ambos indicadores, por debajo de la media nacional y de los hospitales del SSPA. (§ 162)

- Actividad en Atención Primaria

299. En atención primaria no hay un cuadro de mando integral para el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa. La Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud (SSCC SAS) elabora anualmente un informe en el que se aporta información comparada de la actividad desarrollada por todos los distritos de atención integrados en el SSPA. Por otra parte, la dirección del AGSCG, selecciona una serie de indicadores que considera prioritarios para el seguimiento de la actividad asistencial en su ámbito de atención primaria: demora, derivación y frecuentación (§ 183)

Se recomienda diseñar un cuadro de mando integral para la gestión de los objetivos propuestos y seguimiento de los indicadores de actividad en Atención Primaria.

300. En cuanto a demora el objetivo del contrato programa es un 3% y se ha comprobado que todos los centros alcanzan el objetivo, manteniendo un porcentaje de demora en el ejercicio 2009 del 0,5%. (§ 184)

301. La tasa estándar de derivación desde atención primaria a primera consulta de especialidades se establece en 240,16 (tasa estandarizada por cada 1.000 hab). La tasa de derivación de los centros de atención primaria en el AGSCG ha sido de 256.

Una tasa de derivaciones a consultas de especialidades por encima del estándar incide en la saturación de las primeras consultas hospitalarias y puede expresar deficiencias en la formación de los facultativos de familia en determinadas especialidades clínicas. (§ 185)

Debe revisarse por parte del AGSCG las causas que dan lugar a una derivación por encima del estándar al objeto de detectar posibles ineficiencias de gestión de las consultas o deficiencias de formación en los facultativos de primaria.

302. En cuanto a frecuentación en domicilio, los centros de primaria del Campo de Gibraltar se encuentran muy por debajo de la media alcanzada por otros distritos del SSPA (se han seleccionado sólo distritos con población entre

250.000 y 300.000 hab). Este hecho puede explicarse por la extensión geográfica y dispersión de la población de cobertura. (§ 186)

- **Conclusiones de carácter económico**

303. El AGSCG presenta una situación deficitaria acumulada, ascendiendo el total de gastos pendiente de imputación a presupuestos al cierre del ejercicio 2009 a un importe total de 21.288.457 €. (§ 194-196)

304. Se observa una evolución inversa respecto al consumo de farmacia interna en los dos hospitales: decremento en el consumo en el HPE (3%) e incremento en el HLL (7%). (§ 223)

Esta posición contraria de los dos hospitales en relación a la contención en el gasto farmacéutico debería corregirse, sobre todo teniendo en cuenta que farmacia está constituida como UGC, y por lo tanto su actividad debe estar presidida por un principio de unidad de criterios de gestión.

305. La prescripción por principio activo, establecida como objetivo en el contrato programa, continúa siendo baja en relación con los hospitales de su nivel, y aunque ha resultado superior al ejercicio 2008, no se ha conseguido el objetivo previsto en atención hospitalaria (61% objetivo contrato programa). La prescripción por principio activo en atención primaria, con un objetivo en contrato programa del 72%, ha alcanzado en el ejercicio un total del 73%. (§ 226)

306. Los importes de material fungible sanitario son distintos en función del sistema de información contable. Se han calculado indicadores a partir de la información facilitada por el COAN. Aunque los resultados obtenidos para los indicadores calculados son muy similares en ambos hospitales, el HPE presenta resultados más desfavorable, con un mayor coste por alta, por puntos GRD y por Ingresos más CMA. (§ 228-231)

307. Se ha observado que el coste por altas y puntos GRD, relacionados con prótesis traumatológicas, es muy superior en el HLL un 62% en consumo/altas y un 76% en consumo/puntos. (§ 237)

308. El AGSCG no dispone de procedimientos escritos y autorizados por la dirección en el que se describan los circuitos administrativos para la selección y adquisición de los implantes y prótesis quirúrgicos. En cada hospital, es el jefe de servicio de forma unilateral el que determina el tipo de prótesis, el proveedor y la cantidad que se adquiere. No se dispone de órgano colegiado que determine y autorice, con criterios clínicos y eficiencia económica, tanto los proveedores como los productos que se adquieren. (§ 242)

Se recomienda a la dirección del AGSCG la implantación de protocolos de adquisición y homologación de prótesis, determinando: procedimiento de solicitud de productos de osteosíntesis y prótesis, las especificaciones clínicas adecuadas de los productos según el procedimiento quirúrgico, proveedores autorizados, precios máximos por producto, etc.

Equidad y accesibilidad

309. 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. (§ 170)

310. La aplicación AGD se encuentra centralizada por área sanitaria, sin embargo, se han creado unas aplicaciones independientes para que cada centro hospitalario gestione su propio registro de demanda.

Al tratarse de una aplicación integrada, si en uno de los dos hospitales del Área se presentan listas de espera para algún procedimiento quirúrgico que puede realizarse en el otro hospital y el paciente lo rechaza, no pierde la garantía, por lo que se le crean bolsas importantes de gestión que no pueden controlar. (§177-178)

La solución a los problemas de gestión clínica entre los dos hospitales es que se implante de forma definitiva la gestión por procesos y que sea el propio facultativo el que dirija a los pacientes al centro en el que tiene que recibir la asistencia en función del diagnóstico, sin que estos consideren la derivación como un perjuicio en su derecho a la equidad.

Satisfacción de los usuarios

311. Los resultados obtenidos en las encuestas indican que la satisfacción de los usuarios en el Distrito de AP del AGSCG está por debajo de la media para Andalucía en 15 indicadores. (§ 252)

312. Los resultados obtenidos en los indicadores de satisfacción por las consultas externas de los dos hospitales del AGSCG respecto a la media andaluza, son antagónicos. La satisfacción de los usuarios de las consultas externas del HPE está muy por encima de la media, todo lo contrario de la satisfacción de los usuarios de consultas del HLL. (§ 254)

313. En cuanto a las encuestas de satisfacción en los hospitales se observa que los indicadores de satisfacción de los usuarios del HLL están en casi todos por debajo de la media de Andalucía. (§ 256-257)

Reclamaciones de los usuarios

314. El número de reclamaciones presentadas en 2009 en el conjunto del área ha descendido un 10,8 % respecto al año anterior. Aunque en el HPE las reclamaciones se han incrementado en un 3,3 %, en el HLL y Distrito han descendido un 24,2% y un 17,2%, respectivamente.

Tanto en los dos hospitales como en atención primaria, el motivo fundamental de las reclamaciones de los usuarios corresponde a la demora en la asistencia. El segundo motivo de las reclamaciones presentadas en el área es el "Asistencial", que responde al desacuerdo de los pacientes con la atención asistencial recibida. (§ 268-269)

Conclusiones Generales

315. Como resultado de los análisis realizados se puede concluir que aunque el AGSCG se crea jurídicamente en el ejercicio 2002, esta fórmula de organización de los recursos sanitarios no ha tenido un desarrollo normativo que haya permitido llevar a cabo el objetivo de eficiencia y de gestión unitaria de los recursos de las Áreas Hospitalarias de La Línea y Punta

Europa de Algeciras, y el Distrito de Atención Primaria del Campo de Gibraltar, previsto en su orden de creación. Los motivos por los que el proyecto de Área de Gestión Sanitaria no ha cumplido los objetivos de incrementar la eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios, se encuentran, entre otros, los siguientes:

- La falta de autorización y aprobación de una plantilla directiva adecuada a la configuración como Área de Gestión Sanitaria, que permitiera desarrollar el ambicioso proyecto de gestión integral de los recursos de dos centros hospitalarios con trayectorias históricas independientes, una población de cobertura amplia y dispersa y con parámetros socio-económicos complejos y singulares.

- La insuficiente implicación y motivación en el proyecto de Área de Gestión de los profesionales sanitarios de los centros hospitalarios que la integran. No se ha desarrollado una adecuada política de comunicación de los objetivos de gestión eficiente y no se ha implicado adecuadamente a los profesionales desde la dirección. Los distintos servicios clínicos, quirúrgicos, consultas, servicios administrativos, etc. han funcionado de forma totalmente independiente, sin visión de área de gestión y sin directrices únicas que emanen de la dirección.

- Al no tener el suficiente apoyo de los distintos profesionales, el proyecto no ha trascendido a los usuarios del sistema. Se ha comprobado que en muchos casos éstos se oponen a derivaciones para ser atendidos en uno u otro centro del área, al entender que no les corresponde. Esta oposición de los usuarios dificulta y con frecuencia impide, la gestión eficaz y eficiente de los recursos disponibles para la prestación de los servicios sanitarios.

- Según la disposición adicional segunda de la citada Orden, el personal y los recursos afectos a las Áreas hospitalarias de La Línea y Punta Europa de Algeciras y el Distrito de Atención Primaria del Campo de Gibraltar pasan a estar adscritos al AGSCG, no obstante la falta de adaptación de las normas relacionadas con la contratación de personal, que vincula cada con-

trato a uno de los centros y no al área de gestión, dificulta la movilidad de los recursos en función de las necesidades de prestación del servicio sanitario a la población de cobertura.

- Cada uno de los centros hospitalarios del área de gestión disponen de sistemas de gestión de la información (estaciones clínicas) distintos e independientes que impiden la transferencia de datos entre los dos centros.

- La fórmula organizativa de Área de Gestión Sanitaria sólo ha sido realidad en la integración de la información de carácter presupuestaria.

Por otro lado, las instalaciones del HLL se encuentran obsoletas y deterioradas, por lo que la Consejería de Salud está construyendo un nuevo hospital de especialidades en el municipio. La fecha prevista para su finalización es en octubre de 2013.

Mantener disponibles dos hospitales de especialidades en poblaciones tan cercanas (La Línea y Algeciras), podría estar provocando ineficacia en la oferta de servicios y en la asignación de costes que podrían evitarse con una centralización de los recursos.

Con independencia de otras cuestiones de carácter social o político, la construcción de un centro hospitalario de especialidades en una de las dos poblaciones, o en una población intermedia, combinado con la construcción de centro/s de Alta resolución, contribuiría a una distribución territorial más racional, económica y eficiente de los recursos sanitarios sin perjudicar las exigencias de equidad en el acceso a las prestaciones y necesidades sanitarias de la población.

V. ANEXOS

GRD más frecuentes del AGSCG 2009	ANEXO I										
	Nº Altas			EM Y EME			IUE1		IUE2		
	HPE	HLL	AGS	HPE	HLL	AGS	HPE	HLL	AGS	AGS	
373-parto vaginal sin complicaciones	839	642	1.481	2,57	2,95	2,73	2,50	<u>1,03</u>	<u>1,18</u>	<u>1,09</u>	<u>1,07</u>
372-parto vaginal con complicaciones	463	70	533	2,84	2,93	2,86	3,04	0,94	0,96	0,94	0,92
371-cesárea, sin complicaciones	311	208	519	5,03	4,27	4,73	4,91	<u>1,02</u>	0,87	0,96	0,96
541-neumonía simple y otros trans.respiratorios exc.bronquitis y asma con ccmayo	270	161	431	13,06	11,96	12,65	11,39	<u>1,15</u>	<u>1,05</u>	<u>1,11</u>	<u>1,09</u>
381-aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía	256	143	399	1,59	1,48	1,55	1,54	<u>1,03</u>	0,96	<u>1,01</u>	0,98
127-insuficiencia cardíaca y shock	155	157	312	7,76	9,57	8,67	8,68	0,89	<u>1,10</u>	1,00	0,96
087-edema pulmonar y insuficiencia respiratoria	174	133	307	10,30	8,83	9,66	9,26	<u>1,11</u>	0,95	<u>1,04</u>	<u>1,01</u>
886-otros diagnósticos anteparto sin procedimiento quirúrgico	176	101	277	3,57	2,58	3,21	3,39	<u>1,05</u>	0,76	0,95	0,96
014-ictus con infarto	162	88	250	9,79	8,88	9,47	9,55	<u>1,03</u>	0,93	0,99	<u>1,01</u>
359-proc.sobre útero y anejos por ca.in situ y proceso no maligno sin cc	178	63	241	6,43	4,81	6,00	4,43	<u>1,45</u>	<u>1,09</u>	<u>1,35</u>	<u>1,33</u>
070-otitis media y ITRS edad<18	104	121	225	3,64	3,26	3,44	3,59	<u>1,02</u>	0,91	0,96	0,92
629-neonato, peso al nacer>2499g, sin P.quir.signif.diag neonato normal	171	53	224	1,42	3,79	1,98	3,07	0,46	<u>1,24</u>	0,64	0,59
430-psicosis	221	1	222	16,52	6,00	16,47	19,43	0,85	0,31	0,85	0,89
816-gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal edad<18 sinCC	62	159	221	3,44	3,23	3,29	3,27	<u>1,05</u>	0,99	<u>1,01</u>	0,87
544-ICC y arritmia cardíaca con CC mayor	114	90	204	11,31	13,98	12,49	10,79	<u>1,05</u>	<u>1,30</u>	<u>1,16</u>	<u>1,08</u>
140-angina de pecho	85	115	200	7,02	9,92	8,69	6,55	<u>1,07</u>	<u>1,51</u>	<u>1,33</u>	<u>1,30</u>
775-bronquitis y asma edad<18 sin CC	65	132	197	4,63	4,47	4,52	4,52	<u>1,02</u>	0,99	1,00	0,96
379-amenaza de aborto	107	71	178	3,56	3,07	3,37	3,52	<u>1,01</u>	0,87	0,96	0,97
167-apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin CC	84	88	172	3,69	3,01	3,34	3,27	<u>1,13</u>	0,92	<u>1,02</u>	0,96
208-trastornos del tracto biliar sin CC	87	81	168	7,86	8,14	7,99	7,01	<u>1,12</u>	<u>1,16</u>	<u>1,14</u>	<u>1,09</u>
557-trastornos hepatobiliares y de páncreas con CC mayor	96	71	167	14,21	12,39	13,44	14,22	1,00	0,87	0,95	0,93
533-otros trast.sistema nervioso exc.AIT,convulsiones y cefalea con CC mayor	101	46	147	16,30	10,37	14,44	16,66	<u>1,04</u>	0,66	0,92	0,94
311-procedimientos transuretrales sin CC	110	35	145	5,95	5,63	5,87	3,81	<u>1,56</u>	<u>1,48</u>	<u>1,54</u>	<u>1,40</u>
630-neonato,peso al nacer>2499g,sin P.quir.signif.con otros problemas	137	3	140	1,58	5,00	1,65	3,61	0,44	<u>1,39</u>	0,46	0,61
219-proc.extr.inferior y húmero exc.cadera,pié,fémur edad>17 sin CC	87	49	136	8,61	5,33	7,43	6,10	<u>1,41</u>	0,87	<u>1,22</u>	<u>1,22</u>
552-trast.Ap.digestivo excepto esóf,gastroent.y úl.no compl.con CC mayor	70	59	129	14,11	15,36	14,68	13,55	<u>1,04</u>	<u>1,13</u>	<u>1,08</u>	<u>1,03</u>
628-neonato,peso al nacer>2499g sin P.quir.signif,con problemas menores	96	29	125	2,17	5,72	2,99	5,32	0,41	<u>1,08</u>	0,56	0,59
364-dilatación y legrado,conización excepto por neoplasia maligna	113	5	112	2,21	4,00	2,29	2,19	<u>1,01</u>	<u>1,83</u>	<u>1,05</u>	0,99
543-trast.circulatorios excepto IAM,endocarditis,ICC y arritmia con CC mayor	50	66	116	13,76	12,18	12,86	10,64	<u>1,29</u>	<u>1,14</u>	<u>1,21</u>	<u>1,20</u>
769-convulsiones y cefalea edad<18 sin CC	71	42	113	3,21	3,19	3,20	3,95	0,81	0,81	0,81	0,83
TOTAL	5.015	3.082	8.097								

Fuente: CMBD

CATEG. DIAGNÓSTICAS	ALTAS										EM y EME				IUE 1				IUE 2			
	HPE		HLL		Andalucía		HPE		HLL		EM		HPE		HLL		AGSCG		AGSCG			
	Altas	%	Altas	%	%	%	Altas	%	Altas	%	Altas	%	Altas	%	Altas	%	Altas	%	Altas	%		
01-Sistema Nervioso	672	5,73%	338	5,51%	5,68%	10,22	7,96	9,46	11,00	9,52	1,07	0,84	0,99	1,03								
02-Ojo	204	1,74%	17	0,28%	1,08%	3,52	5,41	3,67	4,19	4,16	0,85	1,30	0,88	0,97								
03-Oído, Nariz, Boca, Faringe	513	4,37%	205	3,34%	3,78%	5,06	3,65	4,66	4,63	4,06	1,25	0,90	1,15	1,09								
04-Aparato Respiratorio	1.084	9,24%	798	13,00%	9,54%	11,19	8,93	10,23	9,90	9,57	1,17	0,93	1,07	1,05								
05-Aparato Circulatorio	969	8,26%	761	12,40%	12,14%	9,05	10,32	9,61	8,49	8,21	1,10	1,26	1,17	1,12								
06-Aparato Digestivo	1.037	8,84%	779	12,69%	9,98%	8,74	7,61	8,26	7,80	7,63	1,15	1,00	1,08	1,01								
07-Sist. Hepatobiliar y Pancr.	610	5,20%	320	5,21%	5,36%	10,08	10,27	10,15	9,28	9,44	1,07	1,09	1,08	1,04								
08-Sist.Musculo Esqueletico	803	6,85%	355	5,78%	10,43%	9,76	6,45	8,75	7,57	8,01	1,22	0,80	1,09	1,06								
09-Piel, tejido subcutáneo y mama	228	1,94%	98	1,60%	2,51%	8,64	6,48	7,99	6,23	7,27	1,19	0,89	1,10	1,14								
10-Endoc.Nutric. y metabol.	239	2,04%	67	1,09%	1,83%	8,98	14,04	10,09	7,28	8,31	1,08	1,69	1,21	1,11								
11-Riñon y vias Urinarias	571	4,87%	249	4,06%	4,44%	8,20	7,08	7,86	7,07	6,47	1,27	1,09	1,21	1,14								
12-Apar. Reprod. Masculino	70	0,60%	37	0,60%	1,21%	7,13	8,14	7,48	5,11	5,49	1,30	1,48	1,36	1,29								
13-Apar. Reprod. Femenino	555	4,73%	212	3,45%	2,75%	5,56	5,12	5,44	4,82	4,37	1,27	1,17	1,24	1,22								
14-Emb., Parto y Puerperio	2.388	20,36%	1.350	21,99%	18,03%	3,11	3,02	3,07	3,15	3,04	1,02	0,99	1,01	1,00								
15-Patología Perinatal	505	4,30%	143	2,33%	2,34%	2,70	5,21	3,26	10,25	5,06	0,53	1,03	0,64	0,66								
16-Sangre y Sist. Inmunit.	163	1,39%	54	0,88%	1,06%	6,20	7,07	6,41	8,08	7,80	0,79	0,91	0,82	0,83								
17-Trastornos Miceloprofil.	193	1,65%	48	0,78%	1,60%	6,06	6,06	6,06	10,00	11,44	0,53	0,53	0,53	0,55								
18-Enferm.Infecc. y Parasit.	181	1,54%	137	2,23%	1,70%	11,43	9,35	10,53	11,01	9,71	1,18	0,96	1,08	1,08								
19-Trastornos Mentales	290	2,47%	20	0,33%	1,94%	14,46	10,35	14,19	15,90	16,97	0,85	0,61	0,84	0,88								
20-Alcohol y drogas	94	0,80%	6	0,10%	0,18%	18,83	5,67	18,04	12,28	12,16	1,55	0,47	1,48	1,31								
21-Lesiones y Envenen.	140	1,19%	56	0,91%	1,10%	6,84	5,91	6,58	8,56	8,05	0,85	0,73	0,82	0,90								
22-Quemaduras	1	0,01%	1	0,02%	0,11%	1,00	0,00	0,50	16,75	11,38	0,09	0,00	0,04	0,04								
23-Ot. contacto c/serv.sanit.	67	0,57%	44	0,72%	0,73%	8,28	4,43	6,76	6,84	5,36	1,55	0,83	1,26	1,26								
24-Infecciones VIH	137	1,17%	38	0,62%	0,33%	18,21	13,82	17,26	14,69	14,00	1,30	0,99	1,23	1,35								
25-Politraumatisos	17	0,14%	6	0,10%	0,14%	24,41	11,17	20,96	19,86	17,38	1,40	0,64	1,21	1,16								
Total	11.731	100,00%	6.139	100,00%	99,99%	7,67	6,98	7,43														

Fuente: CMIBD

ANEXO III

TASAS DE INDICACIONES ESTANDARIZADAS POR 100.000 HABITANTES

GRUPO PROCEDIMIENTOS	TASA ESTANDARIZADA GRUPO HOSPIT. CIERRE 2008		TASA ESTANDARIZADA DE VARIACIÓN		TASA ESTANDARIZADA Diciembre 2009	PORCENTAJE DE VARIACIÓN
	TASA ESTANDARIZADA	TASA ESTANDARIZADA	DE VARIACIÓN	DE VARIACIÓN		
1 EXTRACCIÓN CATARATAS	661,6	919,9	36,7%	780,1	17,9%	
2. REPAR. HERNIAS PARED ABD.	243,1	278,7	14,6%	320,0	31,7%	
3. INTERVENCIÓN ÚTERO	73,4	146,8	99,9%	-	-	
4. EXCISSION AMÍGDALAS Y ADENOIDES	109,2	106,5	-2,5%	115,4	5,7%	
5. HALLUX VALGUS Y OTRAS REPAR.	102,8	109,8	6,8%	129,9	26,4%	
6. PRÓTESIS DE RODILLA	91,5	72,7	-21,7%	72,0	-21,3%	
7. ARTROSCOPIA	88,9	138,0	55,2%	115,7	30,2%	
8. INTERV. VESÍCULA BILIAR	99,9	143,4	43,5%	167,3	67,5%	
9. FIMOSIS	203,5	254,9	23,3%	225,1	10,6%	
10. EXCISSION Y RESECCION MAMA	56,4	49,3	-12,6%	-	-	
11. LIBERACION TUNEL CARPO	73,9	125,3	69,6%	98,5	33,4%	
12. EXCISSION QUISTE PILONOIDAL	57,9	59,5	2,8%	67,1	15,8%	
13. INTERV. VEJIGA.	55,3	105,6	84,3%	122,5	121,3%	
14. INTERV. PRÓSTATA	80,3	53,6	-34,4%	135,2	68,4%	
15. EXCISSION Y REPAR. LARINGE	42,8	58,2	35,8%	66,3	54,8%	
16 PRÓTESIS DE CADERA	35,1	37,4	3,0%	26,5	-24,5%	
17 REPAR. HEMORROIDES	33,3	43,8	31,2%	56,8	70,4%	
18. INTERV. OVARIOS	55,7	69,9	23,4%	80,0	43,7%	
19. INCISION Y EXCIS. TIROIDES	34,9	36,4	0,8%	56,7	62,5%	
20. REPAR. FÍSTULA ANAL	29,2	42,0	43,9%	37,4	28,1%	
21. INTERV. INTESTINO GRUESO Y RECTO	16,9	19,6	12,2%	22,4	32,8%	
22. REPAR. OÍDO MEDIO	20,4	16,1	-21,0%	14,9	-26,8%	
23. MIRINGOTOMÍA	22,3	53,0	137,5%	52,4	134,7%	
24. INTERV. RIÑON Y URÉTER	24,0	28,5	16,9%	42,7	78,3%	
25. ARTRODESIS	10,9	4,9	-55,8%	6,5	-40,7%	
26. INTERV. URETRA	11,6	10,2	-13,6%	9,9	-15,0%	
27. INCONTINENCIA URINARIA	13,5	11,1	-19,5%	-	-	

Fuente: Boletín Quirúrgico 2008-2009

ANEXO IV

COMPARATIVO TASAS DE INDICACIONES ESTANDARIZADAS POR 100.000 HAB. POR GRUPO DE PROCEDIMIENTO Y AREA HOSPITALARIA DEL G-2

Extracción de cataratas	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez	
Tasa estandarizada ene-dic 2007	1.065,2	941,7	500,7	543,7	339,1	763,1	728,7	673,8
Tasa estandarizada ene-dic 2008	919,9	951,1	545,8	605,6	351,1	737,9	698,2	672,7
Tasa estandarizada ene-dic 2009	780,1	884,2	564,2	555,5	391,4	647,9	837,5	661,9
% Variac. Tasa Estandarizada 2007-08	-13,6%	1,0%	9,0%	11,4%	3,6%	-3,3%	-4,2%	-0,2%
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	-15,2%	-11,2%	3,4%	-8,3%	11,5%	-2,1%	20,0%	0,0%
Reparación hernias pared abd.	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez	
Tasa estandarizada ene-dic 2007	318,5	295,6	17,5	198,9	254,5	334,1	280,9	260,0
Tasa estandarizada ene-dic 2008	278,7	297,4	16,2	169,0	251,1	269,4	267,1	243,1
Tasa estandarizada ene-dic 2009	320,0	295,3	29,7	176,9	244,5	307,0	309,8	243,1
% Variac. Tasa Estandarizada 2007-08	-12,5%	0,6%	-7,6%	-15,0%	2,3%	-19,4%	-4,9%	-6,5%
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	14,8%	-0,7%	83,5%	4,7%	-2,6%	13,9%	16,0%	0,0%
Escisión amígdalas y adenoides	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez	
Tasa estandarizada ene-dic 2007	130,2	127,3	79,7	171,4	107,2	37,5	174,4	120,1
Tasa estandarizada ene-dic 2008	106,5	128,4	87,3	158,4	108,6	34,0	149,6	109,2
Tasa estandarizada ene-dic 2009	115,4	113,0	94,1	133,4	112,8	37,4	164,4	109,2
% Variac. Tasa Estandarizada 2007-08	-18,2%	0,8%	9,6%	-7,6%	1,3%	-9,5%	-14,2%	-9,1%
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	8,3%	-12,0%	7,7%	-15,8%	3,9%	10,0%	9,9%	0,0%
Hallux valgus y otras reparac.	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez	
Tasa estandarizada ene-dic 2007	110,7	88,0	55,9	48,2	79,8	146,1	165,5	101,5
Tasa estandarizada ene-dic 2008	109,8	81,9	58,5	51,6	78,9	115,9	167,3	102,8
Tasa estandarizada ene-dic 2009	129,9	73,8	69,7	51,4	87,9	131,9	168,2	102,8
% Variac. Tasa Estandarizada 2007-08	-0,8%	-6,9%	4,6%	6,9%	-1,1%	-20,7%	1,1%	1,3%
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	18,3%	-10,0%	19,1%	-0,3%	11,5%	13,9%	0,5%	0,0%
Prótesis de rodilla	AGSCG	H.V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez	
Tasa estandarizada ene-dic 2007	74,0	167,9	45,2	75,6	11,9	135,5	170,6	105,8
Tasa estandarizada ene-dic 2008	72,7	142,4	58,8	73,1	25,4	123,8	149,1	91,5
Tasa estandarizada ene-dic 2009	72,0	109,7	61,9	59,7	62,7	120,0	153,5	91,5
% Variac. Tasa Estandarizada 2007-08	-1,6%	-15,0%	30,2%	-3,4%	113,6%	-8,7%	-12,6%	-12,2%
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	-1,0%	-23,0%	5,2%	-18,3%	146,3%	-3,1%	2,9%	0,0%

Fuente: Boletín Quirúrgico 2008-2009

ANEXO V

INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL. HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA

INDICADOR	AGCG.	H. V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Nº de Facultativos en hospitales	345	409	391	255	422	532	399
Nº camas hospitalización (disponible)	487,5	539,2	508,4	306	538,2	581,3	560,3
Nº ingresos	18.888	23.203	21.016	16.105	20.401	19.818	21.800
Nº altas	17.870	22.408	20.111	15.622	20.174	20.432	21.479
Altas con cero días de estancia	18.840	22.877	20.492	16.032	20.444	20.504	21.814
Nº estancias (CMBD)	132.803	163.516	147.810	100.985	156.772	198.706	168.269
Porcentaje de ocupación (CMBD)	74,63%	83,09%	79,65%	90,41%	79,81%	93,66%	82,27%
Índice de sustitución (CMBD)	2,53	1,49	1,88	0,69	1,97	0,66	1,69
Rotación enfermo/cama	38,75	42,99	41,34	45,29	37,90	34,08	38,91
Estancia media (CMBD)	7,43	7,30	7,35	6,46	7,77	9,73	7,83
Estancia Media Esperada (EME)	7,02	7,34	7,40	7,30	7,38	8,48	7,42
Índice utilización de estancias 1 (IUE1)	1,06	1,00	0,99	0,89	1,05	1,11	1,06
Índice utilización de estancias 2 (IUE2)	1,04	0,98	0,99	0,88	1,03	1,09	1,04

INDICADORES DE CONSULTAS EN HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA										
INDICADOR	AGSGG	H. V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H. J. R. Jiménez			
Salas de Consultas Ext.	101	163	143	104	160	108	125			
T. Consultas externas programadas (2)	356.390	513.871	498.845	266.475	410.373	584.609	375.920			
Nº Consultas/Nº Salas	3.529	3.153	3.488	2.562	2.565	5.413	3.007			
Índice rotación usuario/sala (1)	13,47	12,03	13,31	9,78	9,79	20,66	11,48			
Nº facultativos especialistas	345	409	391	255	422	532	399			
T. Primeras consultas programadas	85.129	126.326	123.015	88.637	100.914	161.741	89.180			
T. intercons. atenc. especializ. programadas	66.311	93.162	99.523	48.727	63.852	98.048	55.225			
T. Consultas sucesivas programadas	204.950	294.353	276.307	129.111	245.607	324.820	231.515			
% Consultas sucesivas	57,5%	57,3%	55,4%	48,5%	59,8%	55,6%	61,6%			
Revisiones en el día	820	1.177	1.105	516	998	1.299	926			
Frecuentación consultas programadas TSI	1.409	1.509	2.372	1.365	1.191	1.268	1.386			
Frecuentación consultas program. TSAE	980	1.044	1.648	966	810	887	974			

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

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

ANEXO VII

INDICADORES DE ACTIVIDAD DE URGENCIAS EN HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA

INDICADOR	AGSCG	H. V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Población c/TSI	252.853	340.440	210.324	195.186	344.685	461.170	271.185
Población con TSAE	363.645	492.424	302.673	275.738	506.642	659.168	385.807
Nº urgencias atendidas	175.521	126.319	145.811	87.382	150.865	158.783	116.231
Frecuentación urg. TSI	694	371	693	448	438	344	429
Frecuentación urg. TSAE	483	257	482	317	298	241	301
Nº urgencias ingresadas	11.114	13.650	11.893	7.259	13.115	14.476	13.242
% Urgencias ingresadas	6,33%	10,81%	8,16%	8,31%	8,69%	9,12%	11,39%
Nº ingresos hospitalización	18.888	23.203	21.016	16.105	20.401	19.818	21.800
Presión de urgencias	58,84%	58,83	56,59	45,07	64,29	73,04	60,74
Traslados otros centros	1.249	1.700	1.074	799	735	283	1.047
% Traslados/ Atendidas	0,71%	1,35%	0,74%	0,91%	0,49%	0,18%	0,90%

ANEXO VIII

INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA. HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	AGSCG	H. V. Valme	H. Jerez	H. P. Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Estancia media preoperatoria	1,54	1,04	0,60	1,79	1,1	1,26	1,35
Total intervenciones	12.916	18.462	14.419	12.696	17.677	20.133	15.850
Programadas totales	10.533	15.980	12.289	11.108	14.168	17.556	12.694
Cirugía con Ingreso	3.301	4.975	3.048	3.296	5.302	6.459	4.065
CMA	2.477	5.073	4.722	3.281	5.616	7.371	5.595 ⁶
CmA	4.755	5.932	4.519	4.531	3.250	3.726	3.034
Urgentes totales	2.383	2.482	2.130	1.588	3.509	2.577	3.156
Cirugía U. con ingreso	2.383	2.482	2.130	1.588	3.509	2.577	3.156
Cirugía U. sin Ingreso	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Reintervenciones	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Intervenc. CM Suspendidas	8,11%	5,97%	3,41%	4,46%	6,46%	4,81%	4,00%
% Causas hospitalarias	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Incomparecencias	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
% Resolución de CMA	52,63%	62,73%	76,16%	55,72%	60,87%	68,24%	67,14%
% Ingresos tras CMA	1,56%	2,12%	3,21%	2,55%	1,70%	3,03%	3,15%
Prevalencia Infec. nosocomial	5,0/5,6	8,7	8,1	2,6	7,4	10,8	6,4
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	4,5/5,6	6,9	6,9	2,6	6,6	9,2	6,1

⁶ Cantidad modificada por la alegación presentada.

ANEXO IX

Medicina de Familia

Centros	AGSCG	Almería	Poniente de Almería	Córdoba Sur	Huelva-Costa	Granada	Sevilla Norte
nº profesionales	137	169	119	155	155	175	157
población TIS BDU	210.577	248.913	205.419	227.782	240.873	259.082	222.914
población/nº profesionales	1.537,06	1.472,86	1.726,21	1.469,56	1.554,02	1.480,47	1.419,83
consultas domicilio	13.646	23.591	10.171	34.281	26.541	21.266	40.979
consultas totales	1.613.049	1.790.625	1.232.996	1.876.908	1.640.825	1.443.875	2.239.797
frecuentación domicilio(x1000)	64,80	94,78	49,51	150,50	110,19	82,08	183,83
frecuentación global (x 1000)	7.660,14	7.193,78	6.002,35	8.239,93	6.811,99	5.573,04	10.047,81

Pediatria Familia

Centros	AGSCG	Almería	Poniente de Almería	Córdoba Sur	Huelva-Costa	Granada	Sevilla Norte
nº profesionales	42	41	31	35	35	35	35
población TIS BDU	42.276	42.978	43.784	38.859	42.499	37.749	39.932
población/nº profesionales	1.006,57	1.048,24	1.412,39	1.110,26	1.214,26	1.078,54	1.140,91
consultas domicilio	7	745	57	57	941	185	45
consultas totales	272.504	289.725	211.007	276.126	279.423	224.420	315.210
frecuentación domicilio(x1000)	0,17	17,33	1,30	1,47	22,14	4,90	1,13
frecuentación global (x 1000)	6.445,83	6.741,24	4.819,27	7.105,84	6.574,81	5.945,06	7.893,67

Enfermería Familia

centros	AGSCG	Almería	Poniente de Almería	Córdoba Sur	Huelva-Costa	Granada	Sevilla Norte
nº profesionales	135	158	121	155	144	152	142
población TIS BDU	252.853	291.891	249.203	266.641	283.372	296.831	262.846
población/nº profesionales	1.872,99	1.847,41	2.059,53	1.720,26	1.967,86	1.952,84	1.851,03
consultas domicilio	58.782	104.087	64.057	153.787	136.492	128.779	116.967
consultas totales	823.806	825.899	856.746	1.119.294	855.412	754.489	974.690
frecuentación domicilio(x1000)	232,47	356,60	257,05	576,76	481,67	433,85	445,00
frecuentación global (x 1000)	3.258,04	2.829,48	3.437,94	4.197,76	3.018,69	2.541,81	3.708,22

Urgencias Medicina de Familia

centros	AGSCG	Almería	Poniente de Almería	Córdoba Sur	Huelva-Costa	Granada	Sevilla Norte
nº profesionales	137	169	119	155	155	175	157
población TIS BDU	252.853	291.891	249.203	266.641	283.372	296.831	262.846
urgencias domicilio	16.029	8.100	2.988	21.185	19.077	19.292	18.235
urgencias totales	171.158	207.566	297.679	211.249	340.488	115.648	254.500
frecuentación domicilio(x1000)	63,39	27,75	11,99	79,45	67,32	64,99	69,38
frecuentación global (x 1000)	676,91	711,11	1.194,52	792,26	1.201,56	389,61	968,25

Urgencias Enfermería Familia

centros	AGSCG	Almería	Poniente de Almería	Córdoba Sur	Huelva-Costa	Granada	Sevilla Norte
nº profesionales	135	158	121	155	144	152	142
población TIS BDU	252.853	291.891	249.203	266.641	283.372	296.831	262.846
urgencias domicilio	27.230	11.205	4.603	8.049	22.462	27.092	9.101
urgencias totales	170.281	191.640	269.598	71.020	262.689	95.003	135.103
frecuentación domicilio(x1000)	107,69	38,39	18,47	30,19	79,27	91,27	34,62
frecuentación global (x 1000)	673,44	656,55	1.081,84	266,35	927,01	320,06	514,00

Fuente: Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud

ANEXO X

NÚMERO ALTAS PROTESIS TRAUMATOLOGICAS							
HPE				HLL			
GRD	ALTAS	PESO	PUNTOS	GRD	ALTAS	PESO	PUNTOS
209	34	3,5778	121,6	209	15	3,5778	53,7
471	3	6,7948	20,4	211	1	2,2291	2,2
558	10	6,694	66,9	219	1	1,3329	1,3
789	3	3,7523	11,3	223	1	0,9151	0,9
817	4	4,5455	18,2	228	1	0,9979	1,0
818	66	3,8764	255,8	249	1	1,2351	1,2
				491	2	2,4229	4,8
				558	4	6,694	26,8
				789	2	3,7523	7,5
				817	5	4,5455	22,7
				818	27	3,8764	104,7
TOTAL	120		494,3	TOTAL	60		226,9

NÚMERO ALTAS PROTESIS CARDIOVASCULARES							
HPE				HLL			
GRD	ALTAS	PESO	PUNTOS	GRD	ALTAS	PESO	PUNTOS
7	1	2,8127	2,8	116	23	3,6664	84,3
8	3	1,4421	4,3	121	1	2,5067	2,5
115	1	4,5850	4,7	123	1	3,2297	3,2
116	61	3,6664	223,7	139	1	0,7353	0,7
117	3	2,1138	6,3	442	1	2,1274	2,1
118	17	2,0893	35,5	468	1	4,1250	4,1
123	3	3,2297	9,7	541	1	2,4115	2,4
130	1	1,4417	1,4	544	2	3,4901	7,0
138	6	1,1694	7,0	548	7	6,7764	47,4
139	2	0,7353	1,5				
144	1	1,4320	1,4				
544	1	3,4901	3,5				
548	6	6,7764	40,7				
TOTAL	106		342,4	TOTAL	38		153,8

ANEXO XI

LIQUIDACIONES DEL PPTO DEL AREA DE GESTION SANITTARIA CAMPO DE GIBRALTAR
EJERCICIO 2009.

	Envolvente Pptaria	Control CP	Memoria	Liquidación Ppto SSCC	COANHxD
I. Gastos Personal	108.333.461	109.270.975	111.254.270	119.965.483	119.954.353
<i>Gastos de personal</i>	<i>107.341.464</i>	<i>108.278.978</i>			<i>118.616.986</i>
Retribuciones de Personal Fijo.		71.018.166			86.618.808
Retribuciones Variables A. Continuada		11.284.508			
Retribuciones Personal Sustituto		4.803.894			5.472.676
Retribuciones Personal Eventual.		21.172.409			26.438.973
Personal Jubilado					86.529
<i>Gastos de formación</i>	<i>991.997</i>	<i>991.997</i>	<i>1.352.918</i>		<i>1.337.367</i>
MIR / EUE		979.743			
Otros Gastos.		12.254			1.337.367
Asistencia Sanitaria y Ayudas Familias			109.901.352		
II. Gastos en bienes corrientes y servicios	66.201.168	66.622.272	52.164.532	73.720.326	71.946.532
<i>Cap. II</i>	<i>62.201.981</i>	<i>54.604.866</i>			<i>62.390.298</i>
Arrendamientos.		715.055			776.489
Mantenimiento y reparación.		5.960.000			13.359.860
Compra de bienes y servicios.		47.849.811			48.201.421
Indemnizaciones por razón del servicio.		80.000			52.528
<i>Cap. II Conciertos</i>	<i>3.999.187</i>	<i>11.895.906</i>	<i>9.199.657</i>		<i>4.665.578</i>
Conciertos asistenciales.		7.475.615			
Transportes sanitarios		4.420.291			4.665.578
<i>Cap. II Formación</i>		<i>121.500</i>	<i>182.520</i>		<i>4.890.657</i>
Suministros y servicios.		17.000			4.890.657
Bolsas de estudio.		104.500			
<i>Cap.II. Atención Sanitaria-Art.25</i>			<i>42.782.356</i>		
IV. Transferencias corrientes	1.699.061	1.699.061	1.422.567	1.785.172	0
Prótesis y vehículo para inválidos.		1.659.802			
Otros gastos Cap. IV.		39.259			
VI. Inversiones			3.611.876	3.050.187	
TOTAL RECURSOS ECONÓMICOS	176.233.690	177.592.308	168.453.245	198.521.169	191.900.886

VI. ALEGACIONES

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 1)

1. _____
_____.

ALEGACIÓN N° 1

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 27)

27. Se han solicitado las actas del Consejo de Dirección desde el ejercicio 2002, confirmando la dirección actual que no se han levantado actas en ninguna de las posibles reuniones del Consejo, por lo que no se puede conocer si se realizaron otras propuestas de estructura.

ALEGACIÓN N° 2

Por una parte, y por lo que respecta al Consejo de Dirección del Área previsto en el artículo 3 de la Orden de 2 de diciembre de 2.002, por la que se constituye el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, éste se reunió en dos ocasiones, la primera de ellas el día 3 de marzo de 2.003, y la segunda de ellas, el día 8 de julio de 2.003. En ninguna de ellas se realizaron propuestas de estructura directiva distintas de la estructura directiva provisional aprobada por la Resolución 31/2003 de 24 de enero. Tan solo reseñar que, en la segunda reunión, se procede al nombramiento del Gerente del Área a petición del Presidente del Consejo de Dirección. Copia de ambas fueron entregadas al equipo de auditores.

Por otra parte, y por lo que respecta a las Comisiones del Equipo de Dirección del Área, ciertamente no se levantaban actas de las mismas, procediéndose a partir del inicio de este ejercicio a levantar acta de todas las reuniones.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 34)

34. Del análisis de las nóminas realizado, destacan las siguientes situaciones:

1. Las retribuciones percibidas tanto por el gerente del área, como por el subdirector gerente, se correspondían con las establecidas para el Grupo G1 de la Resolución de Retribuciones. El puesto de “subdirector gerente” no aparece en la resolución del 2003, pero ha estado ocupado hasta febrero de 2009 realizando funciones de gerente del hospital Punta de Europa.

2. El puesto de plantilla denominado “director gerente hospital Grupo 2”, designado en el organigrama como “subdirector-gerente”, tenía asignadas funciones y retribuciones de gerencia en el hospital de La Línea desde el ejercicio 2003. A partir del mes de julio de 2009, meses después del cambio de gerencia en el AGSCG, se modifican sus funciones, pasando a desempeñar el puesto de “director de atención ciudadana” el resto del ejercicio.

ALEGACIÓN N° 3

El subdirector gerente del AGS, hasta febrero de 2009 realizaba funciones de gerente del Distrito de Atención Primaria.

Así mismo, el “director gerente hospital Grupo 2” asume, desde la constitución del Área, las funciones de Atención Ciudadana y Sistemas de Información, aunque es cierto que mantiene su actividad laboral en el hospital de La Línea y la firma como Director Gerente del mismo, hasta julio de 2009, tras los cambios decididos por la nueva dirección gerencia, tanto en las personas que componen el equipo directivo como en la organización de sus funciones, pasando de responsables de cada uno de los centros que integran el AGSCG a responsables transversales, por ejemplo, director médico de área, directora de cuidados de área, director de atención ciudadana y sistemas de información de área, etc.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 39)

39. Se han solicitado todos los expedientes correspondientes al personal que ha ocupado puestos de dirección durante el ejercicio 2009, seis expedientes del total de los nueve puestos de jefaturas de servicio y una muestra correspondiente al resto de personal del AGSCG.

Las incidencias detectadas han sido las siguientes:

.../...

- Por regla general todos los expedientes carecían de la documentación relativa a titulación, DNI, tarjeta SS, currículum, historial profesional, etc. Las titulaciones y DNI han sido aportada durante el trabajo de campo.

ALEGACIÓN Nº 4

Efectivamente, durante el trabajo de campo se procedió a subsanar las incidencias detectadas en los expedientes de personal seleccionados.

Ante las carencias observadas en los expedientes, y con motivo de la incorporación en el ejercicio 2011 de una nueva Jefa de Servicio de Recursos Humanos, se estableció como prioridad la revisión y actualización de los expedientes del 100% de los profesionales del Área. Se adjunta informe de la Jefa de Servicio de Recursos Humanos (Anexo I)

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 49)

49. Para cada categoría profesional que presta servicios en el AGSCG, se establecen unos objetivos comunes que suponen un 60% del total de objetivos de cada unidad o servicio, y el 40% restante se corresponde con objetivos específicos. El peso relativo es el mismo con independencia del grupo profesional al que pertenezca el trabajador.

ALEGACIÓN Nº 5

Los objetivos no son por categorías, sino que cada UGC tiene dos tipos de objetivos, un 60% de objetivos comunes o corporativos y un 40% de objetivos específicos.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 59)

59. Para comprobar la fijación y evaluación de objetivos en los servicios no asistenciales se seleccionó el departamento de "facturación a terceros", dependiente de la dirección económico-administrativa y servicios generales. Según las fichas de evaluación, este departamento cumple sus objetivos al 80%. No obstante, del análisis de la documentación soporte se puede determinar que no se ha alcanzado la consecución prevista en tres de los cinco objetivos fijados. Se ha constatado que los motivos del incumplimiento no vienen determinados por una menor eficacia del servicio, sino por un mal diseño de los objetivos propuestos. En el ejercicio 2010 se vuelve a fijar los objetivos por encima de los previstos y no alcanzados en 2009.

ALEGACIÓN Nº 6

El objetivo de los derechos reconocidos por las liquidaciones practicadas en concepto de asistencia sanitaria a terceros obligados al pago viene establecido en el Contrato Programa del AGSCG. A partir de ahí, se delega el objetivo en forma de cascada entre el Director Económico Administrativo y la Unidad de Facturación a Terceros. Es cierto que el objetivo planteado al AGSCG para el ejercicio 2.009 establecía un incremento de un 5% sobre el volumen de derechos reconocidos en el ejercicio 2.008, hecho éste que se vuelve a repetir en el ejercicio 2.010 sobre el 2009, a pesar de que en los últimos años se viene produciendo un descenso en el volumen total de derechos reconocidos.

1. Las campañas de prevención en accidentes laborales han provocado un descenso de las asistencias sanitarias derivadas de dichos accidentes.

CONCEPTOS	Nº LIQUIDACIONES		DIF.
	2009	2010	
Asistencias Sanitarias Trabajo	1.504	1.432	-4,79%

CONCEPTOS	IMPORTE LIQUIDACIONES		DIF.
	2009	2010	
Asistencias Sanitarias Trabajo	381.029,85	377.019,53	-1,05%

2. En los últimos tiempos se viene observando que los asegurados afiliados a las entidades aseguradoras acuden con menor frecuencia a nuestros centros para recibir

asistencia sanitaria, ya que su compañía le insta a acudir a sus hospitales y/o clínicas concertadas.

CONCEPTOS	Nº LIQUIDACIONES		DIF.
	2009	2010	
Asistencias Sanitarias Colect. Prot. Mutua	1.781	1.396	-21,62%

CONCEPTOS	IMPORTE LIQUIDACIONES		DIF.
	2009	2010	
Asistencias Sanitarias Colect. Prot. Mutua	1.267.093,16	909.702,89	-28,21%

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 80)

80. El hecho de que cada hospital tenga un sistema de información distinto supone que son independientes en la gestión de la información de su actividad, incompatible por lo tanto con el objetivo y la filosofía de Área de Gestión Sanitaria.

ALEGACIÓN Nº 7

Si bien es cierto que los sistemas gestores de la información de hospitalización en los dos centros hospitalarios del área son distintos, lo es también que el organismo está en un proceso de incorporación de los diferentes módulos que componen la historia digital de salud del ciudadano, "Diraya". La implantación de esta historia clínica digital, se está realizando por fases, de manera que ya se ha incorporado en Atención Primaria, Consultas Externas de hospitales y Servicios de Urgencias Hospitalarios y de Atención Primaria. En tanto en cuanto se realiza la implantación del módulo de hospitalización, no se considera eficiente realizar un cambio intermedio en el AGSCG. Una vez que se incorporen a la estación clínica de hospitalización de Diraya, ambos hospitales trabajarán, al igual que el resto de los Centros del SAS, con el mismo sistema de gestión de la información.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 100)

100. _____

ALEGACIÓN Nº 8

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 105)

105. El HLL presenta un porcentaje de ocupación bajo (66 %), un 19% inferior respecto al HPE (79%). Por lo tanto, los resultados agregados AGSCG indican que se realiza una gestión ineficiente de la infraestructura hospitalaria, no adaptando los recursos de los que dispone a la demanda de hospitalización en cada momento. El AGSCG también presenta el porcentaje de ocupación más bajo de todos los hospitales del grupo de especialidades. (Anexo V)

ALEGACIÓN Nº 9

El bajo índice de ocupación del Hospital de La Línea, se explica por un elevado porcentaje de camas pediátricas en relación al total de las instaladas, un 24,3% frente al 17,9% del Hospital Punta Europa, y por su bajo índice de ocupación (en torno al 25%). Am-

bas circunstancias hacen caer el índice de ocupación del centro. La ocupación de camas de adultos en 2009 fue del 79,3%.

El Hospital de La Línea, en el curso del tiempo, ha ido adaptando los recursos camas a la demanda de hospitalización, en lo relativo a camas de adultos. La sobredotación de camas pediátricas se ha mantenido debido a que la estructura física del hospital hace muy difícil e inconveniente la redistribución de los espacios pediátricos. No obstante la asignación de los recursos humanos destinados en esta planta se efectúa en base a su índice de ocupación real y no a la dotación de camas existentes.

En la comparación del AGSCG con los hospitales de especialidades, hay que tener en cuenta que, el efecto del nº total de camas pediátricas del AGSCG puede estar distorsionando la comparación, ya que se mantienen camas pediátricas en los dos centros hospitalarios que la componen y, por las características especiales de la hospitalización de niños y las estructuras físicas de los centros hospitalarios, es probable que el nº de camas pediátricas del Área pueda ser incluso el doble que las de alguno de los hospitales del grupo de comparación. Si restáramos las camas pediátricas, que habitualmente tiene una baja ocupación, el porcentaje de ocupación de los dos hospitales del AGS sería del 83,81%, por lo que la gestión de camas no puede ser considerada como ineficiente en su conjunto.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 121)

121. Por otra parte, el índice de complejidad y los puntos GRD del Área resulta el más bajo de todos los hospitales de especialidades del SSPA.

ALEGACIÓN Nº 10

El índice de complejidad del Área mantiene una tendencia al alza, pasando de 1,36 en 2008 a 1,45 en 2009 y 1,49 en 2010. Se aporta imagen de la página 29 del Informe CMBD 2010, Grupos Relacionados por el Dia-

gnóstico, editado por el Servicio Andaluz de Salud (Anexo II).

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 154)

154. El porcentaje de intervenciones de cirugía mayor suspendidas en el HLL es un 23% superior al HPE. No se han facilitado las causas por las que se han producido (causas hospitalarias, clínicas del paciente, incomparecencias, etc.).

ALEGACIÓN Nº 11

En 2010 el porcentaje de intervenciones de cirugía mayor suspendidas en el HLL fue del 7,6% y del HPE del 7,09, ambos menores que en 2009. La diferencia entre ambos centros descendió del 23% de 2009 a 10% de 2010, evidenciando una senda de mejora.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 180)

180. En el HLL, el procedimiento seguido durante el ejercicio 2009 ha sido distinto. La oferta de concierto se hacía verbalmente al paciente en el momento de la inscripción en el RDQ, en caso de rechazo se registra la inscripción y se anota en pantalla, por lo que no se dispone de documentación justificativa.

ALEGACIÓN Nº 12

Desde agosto de 2009 en el HLL se ha estandarizado el procedimiento para proponer al paciente la posibilidad de aceptar ser intervenido en un centro concertado, dejando de realizarse en el momento de la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica, para hacerlo, siempre por escrito, pasados 30 días desde la presentación de la documentación de inscripción.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 185)

185. Derivación: Derivaciones realizadas desde atención primaria a primera consulta hospitalaria. La tasa estándar de derivación se establece

en 240,16 (tasa estandarizada por cada 1.000 hab). La tasa de derivación de los centros de atención primaria en el AGSCG ha sido de 256.

Este indicador puede obtenerse global, por centros, por facultativo y especialidad. Una tasa de derivaciones a consultas de especialidades por encima del estándar incide en la saturación de las primeras consultas hospitalarias y puede expresar deficiencias en la formación de los facultativos de familia en determinadas especialidades clínicas.

ALEGACIÓN Nº 13

La tasa de derivación por cada 1000 habitantes en 2010 ha sido de 229, encontrándose dentro del objetivo establecido por el SAS para ese año, que fue de 240. (*Fuente: Seguimiento Contrato Programa 2010. Servicio Andaluz de Salud incluido en Anexo III*).

Se solicita la incorporación de este cambio de tendencia en el párrafo del informe referido a la cuestión observada.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 186)

186. Frecuentación domiciliaria y Frecuentación global: Ambos indicadores se calculan dividiendo consultas domiciliarias y consultas totales, respectivamente, entre el total población con tarjeta sanitaria individual, por 1.000 habitantes.

En cuanto a frecuentación en domicilio, los centros de primaria del Campo de Gibraltar se encuentran muy por debajo de la media alcanzada por otros distritos del SSPA (se han seleccionado sólo distritos con población entre 250.000 y 300.000 hab). Este hecho puede explicarse por la extensión geográfica y dispersión de la población de cobertura.

En el Anexo IX se expone la información obtenida para frecuentación de medicina familiar, pediatría y enfermería de familia.

ALEGACIÓN Nº 14

En 2010 han mejorado los indicadores de frecuentación domiciliaria de enfermera de familia (326,28; objetivo contrato programa: 250), fisioterapeutas (272,69; objetivo c.p. 100), y trabajadoras sociales (23,32; objetivo c.p.: 5,0). Tan solo no alcanzó el objetivo la frecuentación domiciliaria de médicos de familia (53,77; objetivo c.p.: 80), aunque también va mejorando progresivamente. (*Fuente: Seguimiento Contrato Programa 2010. Servicio Andaluz de Salud incluido en Anexo III*).

Se solicita la incorporación de este cambio de tendencia en el párrafo del informe referido a la cuestión observada.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 207)

207. _____

ALEGACIÓN Nº 15

ALEGACIÓN ADMITIDA

CUESTIONES OBSERVADAS (Puntos 213 y 214)

213. El gasto en productos farmacéuticos correspondiente al AGSCG en el ejercicio 2009 también presenta importes distintos en función de la fuente de información. La dirección económica del AGSCG no ha aportado explicación de estas diferencias.

FUENTE DATOS	2009	€
Liquidación Ppto.	23.137.980	
C. Farmacia externa	4.090.284	
C. Farmacia interna	19.047.696	
Servicios Centrales SAS	21.813.253	
C. Pacientes Externo	18.512.340	
C. Pacientes internos	3.300.913	
COAN	22.323.693	
C. Ambulatorios	12.195.501	
C. Interno	10.128.192	
UGC Farmacia	21.813.252	
Consumo externo	18.512.339	
Consumo interno	3.300.913	

Cuadro nº34

214. Se han tomado como referencia los datos facilitados por SSCC que han sido conciliados con los de la UGC de Farmacia del AGSCG.

ALEGACIÓN N° 16

Los datos facilitados, tanto por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones, como por la UGC de Farmacia, y que se han tomado de referencia para este informe provisional, se refieren al "consumo" de medicamentos realizado por los diferentes servicios y/o unidades clínicas en los periodos analizados, ya que son estos los que deben utilizarse,

desde el punto de vista farmacoterapéutico, para el análisis de los perfiles de prescripción.

No son compras a proveedores, ni se corresponden con conceptos contables, tales como facturación o gasto periodificado, manejados habitualmente por otras fuentes de información, lo cual explica las diferencias reseñadas entre esas otras fuentes y los datos de farmacia.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 216, Cuadro n° 37)

CONCEPTO/INDICADOR	2008			2009			% Variación		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	HPE/HLL
Población con T.S.A.E.	210.498	146.360	356.858	214.639	149.006	363.645	2%	2%	44%
Consumo farmacéutico (m€)	12.264	6.986	19.250	13.591	8.222	21.813	11%	18%	65%
Cons.farmac./Poblac.T.S.A.E.(€)	58	48	54	63	55	60	9%	16%	15%
Cons.farmac. HDM (m€)	2.591	1.886	4.477	3.200	2.632	5.831	23%	40%	22%
Altas HDM	15.660	4.422	20.082	12.618	5.797	18.415	-19%	31%	118%
Cons.farmac. HDM/altas HDM	165	427	223	254	454	317	53%	6%	-44%
Consumo interno (m€)	2.305	987	3.292	2.247	1.054	3.301	-3%	7%	113%
Nº de altas CMBD (1)	11.444	6152	17.596	11.731	6.139	17.870	4%	-8%	91%
Consumo interno/altas (€)	201	160	187	192	172	185			11%
Ingresos	12.248	6.639	18.887	12.388	6.500	18.888	4%	-1%	86%
Actividad CMA	1.161	884	2.045	1.502	975	2.477	1%	-2%	91%
Ingresos más CMA (I+CMA)	13.409	7.523	20.932	13.890	7.475	21.365	29%	10%	54%
Consumo interno / (I +CMA)	172	131	157	162	141	155	-6%	8%	15%
Puntos GRD	15.078	8.803	23.881	16.762	9.123	25.885	11%	4%	84%
Consumo/Puntos GRD (€)	153	112	138	134	116	128	-12%	3%	16%

(2) Altas hospitalización

Cuadro n°37

ALEGACIÓN N° 17

ALEGACIÓN ADMITIDA PARCIALMENTE

Además, entendemos que el título global de las tres últimas columnas puede llevar a error, porque matemáticamente se trata de dos cosas diferentes. Al comprobar los datos, se observa que, en la penúltima y antepenúltima columnas las cifras corresponden a la variación porcentual que cada hospital ha tenido en el año 2009, respecto a los mismos valores del año 2008.

En la última columna, sin embargo, se ha trasladado un cociente que corresponde a la variación porcentual entre los valores del indicador del hospital HPE, respecto al mismo indicador del HLL, en el año 2009.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 217)

217. Para el cálculo de indicadores económicos, se relaciona en primer lugar el gasto total farmacéutico con la población de cobertura del Área. Como se observa en el cuadro n° 36 el incremento del consumo del Área respecto al ejercicio anterior ha sido del 11%, siendo superior un 15% en el HPE respecto al HLL.

ALEGACIÓN Nº 18

Entendemos que no queda suficientemente claro lo que se está comparando.

Nuestra propuesta alternativa de redacción:

"...el incremento del "consumo del Área / Población" en el año 2009, respecto al ejercicio anterior ha sido del 11%"...

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 219)

219. Se ha podido comprobar que el incremento se localiza principalmente en el consumo de tratamientos oncológicos, concepto en el que el HLL ha incrementado su gasto en un 40% y el HPE en un 23%.

ALEGACIÓN Nº 19

De acuerdo con los datos facilitados por la UGC Farmacia, el coste por paciente/año de Oncología en el año 2010, se ha incrementado un 21% en el Área, siendo el desglose por centro el siguiente:

CENTRO	INCREMENTO
Hospital Punta de Europa	23%
Hospital La Línea	17%

En cualquier caso, el incremento del consumo farmacéutico registrado en el Área se debe, no solo, al incremento del consumo de tratamientos oncológicos, sino además, al incremento del consumo de antirretrovirales (40% de incremento en el Área).

Por otra parte, en el ejercicio 2.010 se ha producido una contención del consumo farmacéutico, en concreto, un decremento de un -0,24%. En el caso del consumo interno, ha decrecido un -4,14%, y en el caso del consumo externo, un incremento de un 0,45%, a pesar de que el total de pacientes externos ha aumentado un 11% respecto al ejercicio 2.009. A nivel de centros, el consumo en el ejercicio 2.010 ha sido el siguiente:

CENTRO	INCREMENTO
Hospital Punta de Europa	3%
Hospital La Línea	-5,6%

Todo ello ha sido posible por los siguientes motivos:

1. Mayor control del coste de los antirretrovirales, debido fundamentalmente a la disminución del precio de algunos antirretrovirales.
2. La disminución del coste de la terapia oncológica, debido a una mejora en la actitud prescriptora por parte los oncólogos del Área.
3. La disminución del precio de los medicamentos como consecuencia de la aplicación del Real Decreto Ley 8/2010 por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, a partir de junio de 2.010.

La constitución, en 2011, de la UGC de Oncología y Radioterapia del Área, continuará avanzando en esta línea de coordinación y mejora. (*Fuente: Seguimiento Contrato Programa 2010. Servicio Andaluz de Salud incluido en Anexo III*).

Se solicita la incorporación de este cambio de tendencia en el párrafo del informe referido a la cuestión observada.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 220)

220. El aumento del coste de la terapia oncológica (32%), sigue la pauta normal en los últimos años, debido al aumento del coste de nuevos fármacos, a pesar del uso de los genéricos tradicionales.

ALEGACIÓN Nº 20

Según los datos que fueron facilitados tanto por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones del SAS, como por la UGC de Farmacia, "el aumento del coste de la terapia

oncológica fue del 30% (5.831.234€ en 2009, vs. 4.477.488, en 2008), no del 32%, dato que figura en el Informe Provisional.

CUESTIONES OBSERVADAS (Puntos 224 y 304)

224. Esta posición contraria de los dos hospitales en relación a la contención en el gasto farmacéutico debería corregirse, sobre todo teniendo en cuenta que farmacia está constituida como UGC, y por lo tanto su actividad debe estar presidida por un principio de unidad de criterios de gestión.

304. Esta posición contraria de los dos hospitales en relación a la contención en el gasto farmacéutico debería corregirse, sobre todo teniendo en cuenta que farmacia está constituida como UGC, y por lo tanto su actividad debe estar presidida por un principio de unidad de criterios de gestión.

ALEGACIÓN N° 21

El hecho de que Farmacia esté constituida como UGC de área, confiere unidad de criterios de gestión a las actividades farmacéuticas que le son propias, tales como selección de medicamentos, adquisición, correcta conservación, custodia, dispensación y promoción del uso racional de los medicamentos.

Pero este sólo hecho no se puede traducir en la consecución de un mismo perfil de prescripción-consumo de medicamentos, ni en una misma tendencia de comportamiento, en servicios clínicos que tienen carteras de servicio diferentes, diferentes protocolos de actuación, diferentes guías farmacoterapéuticas y distintos criterios de uso de medicamentos.

Las actividades de promoción del uso racional del medicamento de la UGC de área de Farmacia son necesarias, pero no suficientes, para alcanzar la unificación de comportamientos, que sólo se logrará cuando todas las UGC de ambos hospitales estén configu-

radas como UGC de área a las que se les fijarán objetivos únicos y, obviamente, serán evaluadas como unidades, en global, y no separadas por hospital.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 228)

228. Según puede observarse en el cuadro anterior, el importe de material fungible sanitario es distinto según el origen de la información. Para el cálculo de los indicadores se ha optado por conciliar los importes y conceptos aportados por la contabilidad analítica (COAN). Se ha comprobado que un importe total de 2.314.325 € clasificado como “otros consumos y fungibles”, no corresponden al concepto analizado, por lo tanto, la cifra de consumo conciliada por cada centro de gasto resulta la siguiente:

CENTRO	CONSUMO (€)
HPE	3.929.482
HLL	1.941.645
Distrito	1.113.948
Otros	46.297
TOTAL	7.031.372

Cuadro n° 40

ALEGACIÓN N° 22

Las diferencias observadas en la información proporcionada sobre el gasto en material fungible sanitario, vienen motivadas por el distinto criterio de imputación contable que se sigue en cada caso. Además, y debido al tipo de gestión logística del material fungible sanitario, es decir, almacenable, se mantiene un stock de seguridad permanente equivalente a 30 días de cobertura, de ahí que las compras superen a los consumos. Según la información facilitada por la Unidad de Suministros, la valoración del stock medio en el ejercicio 2.010 ha sido de 463.651 €.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 236)

236. _____

ALEGACIÓN Nº 23**ALEGACIÓN ADMITIDA**

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 245)

245. Con el fin de evitar las distorsiones en el consumo y costes de las prótesis definidas en los puntos anteriores, se recomienda a la dirección del AGSCG la implantación de protocolos de adquisición y homologación de prótesis, determinando: procedimiento de solicitud de productos de osteosíntesis y prótesis, las especificaciones clínicas adecuadas de los productos según el procedimiento quirúrgico, proveedores autorizados, precios máximos por producto, etc.

ALEGACIÓN Nº 24

Con relación a la recomendación relativa a la implantación de protocolos de adquisición y homologación de prótesis traumatológicas en el Hospital de La Línea, a continuación detallamos de forma sucinta las actuaciones realizadas:

La Dirección Económico Administrativa y de SS.GG. y la Dirección de la UGC de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de la Línea están trabajando en la definición de la composición del depósito asistencial a mantener, indicando la referencia del fabricante, GTIN (código de barras) y el número máximo de unidades de cada referencia (CIP), año de inicio y fin del depósito y nombre del proveedor y ubicación, así como en el procedimiento de reposición de tal depósito.

Por otra parte, se han mantenido reuniones entre los Servicios de Traumatología de los dos Hospitales con el fin de unificar, en la medida de lo posible, las prótesis traumatológicas a implantar en el Área.

Como medida complementaria para mejorar la eficiencia en la adquisición de las prótesis osteoarticulares, el AGS Campo de Gibraltar ha solicitado al Comité Director

de la Plataforma Provincial de Contratación Administrativa la priorización de un expediente de contratación de las prótesis de cadera y rodilla para la provincia de Cádiz, actualmente en preparación, y al amparo del Acuerdo Marco 4005 /2010, tal y como se refleja en el acta nº 16 de fecha 3 de junio de 2011, que se adjunta, como Anexo IV.

Finalmente, hay que hacer constar que en el Área se dispone de un Cuestionario para la solicitud de material o tecnologías sanitarias, del cual se aportó copia al equipo auditor.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 267)

267. El procedimiento para el análisis de las reclamaciones es diferente para cada centro. En el HPE y en el Distrito se cuenta y clasifica solamente el motivo principal de la reclamación, mientras que en el HLL se analizan y clasifican tantos motivos como tenga la reclamación. Esta es la razón por la que figuran en el HLL mayor número de motivos que de reclamaciones presentadas. En cambio, la actual Subdirección de Atención Ciudadana y Sistemas no ha aportado una explicación convincente por la que no coinciden el número de motivos con el de reclamaciones en HPE y Atención Primaria.

ALEGACIÓN Nº 25

La explicación de esta diferencia es la siguiente:

Atención Primaria: el nº de reclamaciones recoge las reclamaciones recibidas y por tanto incluye las anuladas y derivadas; sin embargo a estas no se les imputa motivo alguno, al tratarse de reclamaciones que se reciben en el centro pero, o bien no corresponde al mismo o el usuario decide anularla. Además siempre se asigna un motivo principal a cada reclamación.

Hospital Punta Europa: en 2008 el criterio seguido es el mismo que en Atención Primaria.

En 2009 se homogeneiza el criterio para ambos hospitales, pasando a no contabilizarse en la aplicación las reclamaciones derivadas y anuladas y pudiendo asignar mas de un motivo por cada reclamación. Atención Primaria mantuvo su criterio, dada las características propias. (Esta información se puede contrastar en los Cuadros de Mando de Reclamaciones aportados en su día).

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 286)

286. El AGSCG dispone de un cuadro de mando para fijar y evaluar los diferentes objetivos establecidos para cada uno de los dos hospitales de forma independiente, no como Área de Gestión. Los mismos servicios de especialidades de cada centro, incluso los configurados como UGC (excepto farmacia y medicina nuclear), establecen objetivos distintos según se trate del HLL o HPE.

ALEGACIÓN Nº 26

Las unidades tienen objetivos comunes y específicos; los objetivos comunes que son a propuesta de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, y los objetivos específicos son de libre configuración según necesidades y prioridades que tengan los integrantes de la misma. Por consiguiente son comparables los objetivos comunes y no los específicos, entre unidades clínicas de la misma especialidad.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 294)

294. Actividad de consultas: Se observa una gran diferencia entre la actividad que desarrollan ambos hospitales, teniendo en cuenta los medios de los que disponen cada uno. El HPE dispone del doble de salas de consultas y de un 70% más de facultativos, en cambio, el total de consultas es sólo un 30% superior. Esto explica que el número de consultas por salas sea un 66% superior en el HLL y que el índice de rotación usuario por sala también es superior en 7% (cada espacio físico es utilizado para una media de 18 consultas

diarias en HLL, frente a las 11 calculadas para el HPE”).

ALEGACIÓN Nº 27

El análisis efectuado no ha tenido en cuenta el tipo de especialidad, aspecto relevante, dado que el hospital Punta de Europa tiene especialidades cuya complejidad hace que se atiendan un menor número de pacientes por consulta.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 299)

299. En Atención Primaria no hay un cuadro de mando integral para el seguimiento de los objetivos propuestos en el contrato programa. La Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud (SSCC SAS) elabora anualmente un informe en el que se aporta información comparada de la actividad desarrollada por todos los distritos de atención integrados en el SSPA. Por otra parte, la Dirección del AGS, selecciona una serie de indicadores que considera prioritarios para el seguimiento de la actividad asistencial en su ámbito de atención primaria: demora, derivación y frecuentación.

Se recomienda diseñar un cuadro de mando integral para la gestión de objetivos propuestos y seguimiento de indicadores actividad en atención primaria.

ALEGACIÓN Nº 28

A lo largo del año 2010 se ha desarrollado un sistema de información de seguimiento de los acuerdos de gestión, tanto para la Dirección Gerencia del AGS como para los Directores de UGC de Atención Primaria. Esta información se remite a los responsables cada 4 meses. Se adjunta copia de uno de los meses como Anexo V, VI y VII.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto 305)

305. La prescripción por principio activo, establecida como objetivo en el contrato programa, continua siendo baja en relación con los hospita-

les de su nivel, y aunque ha resultado superior al ejercicio 2008, no se ha conseguido el objetivo previsto en atención hospitalaria (61% objetivo contrato programa). La prescripción por principio activo en atención primaria, con un objetivo en contrato programa del 72 %, ha alcanzado en el ejercicio un total del 73%.

ALEGACIÓN Nº 29

En el año 2010, el objetivo de prescripción por principio activo para las Áreas de Gestión Sanitarias era el 73% como objetivo

mínimo y el 85% como óptimo. El AGS Campo de Gibraltar finalizó el ejercicio con un 78,12% de prescripción por principio activo, dentro de objetivo y con un incremento de casi 5 puntos sobre el ejercicio anterior. En los últimos datos disponibles del ejercicio 2011 (noviembre-marzo), el AGSCG tiene un porcentaje de prescripción por principio activo del 81%, lo que evidencia la senda continuada de mejora en la que se encuentra el centro. Se adjunta la información remitida por los Servicios de apoyo del SAS como Anexo VIII.

CUESTIÓN OBSERVADA (Cuadro 16 y Anexo VI)

INDICADOR	2008			2009		
	HPE	HLL	AGSCG	HPE	HLL	AGSCG
Salas de Consultas Ext.	69	32	101	69	32	101
T. Consultas externas realizadas (1)	204.470	120.226	324.696	196.348	150.935	347.283
Nº Consultas/Nº Salas	2.963	3.757	3.215	2.846	4.717	3.438
Índice de rotación usuario/sala (2)	11,3	14,3	12,3	10,9	18,0	13,1
Nº facultativos especialistas	210	132	342	217	128	345
Nº Consultas/Facultativo	974	911	949	905	1.179	1.007
T. Primeras consultas realizadas	47.135	25.150	72.285	43.917	27.524	71.441
Primeras consulta convencionales	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Primeras Consultas acto único	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
T. intercons. aten.espec.realizadas	18.863	17.933	36.796	21.636	23.680	45.316
Interconsultas convencionales	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Interconsultas acto único	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
T. Consultas sucesivas	138.472	77.143	215.615	130.795	99.731	230.526
% Consultas sucesivas	68%	64 %	66%	67%	66%	66 %
Revisiones en el día	s/d	s/d	810	s/d	s/d	820
Frecuent. consultas realizadas TSAE	971	821	910	915	1.013	955

(1) Para el cálculo de este dato no se incluyen las revisiones en el día.

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

Cuadro nº16

ANEXO VI

INDICADORES DE CONSULTAS EN HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA

INDICADOR	AGSCG	H. V. Valme	H. Jerez	H. P.Real	H. S. Cecilio	H. V. Victoria	H.J.R. Jiménez
Salas de Consultas Ext.	101	163	143	104	160	108	125
T. Consultas externas programadas (2)	356.390	513.871	498.845	266.475	410.373	584.609	375.920
Nº Consultas/Nº Salas	3.529	3.153	3.488	2.562	2.565	5.413	3.007
Índice rotación usuario/sala (1)	13,47	12,03	13,31	9,78	9,79	20,66	11,48
Nº facultativos especialistas	345	409	391	255	422	532	399
T. Primeras consultas programadas	85.129	126.326	123.015	88.637	100.914	161.741	89.180
T. intercons. atenc. especializ. programadas	66.311	93.162	99.523	48.727	63.852	98.048	55.225
T. Consultas sucesivas programadas	204.950	294.353	276.307	129.111	245.607	324.820	231.515
% Consultas sucesivas	57,5%	57,3%	55,4%	48,5%	59,8%	55,6%	61,6%
Revisiones en el día	820	1.177	1.105	516	998	1.299	926
Frecuentación consultas programadas TSI	1.409	1.509	2.372	1.365	1.191	1.268	1.386
Frecuentación consultas program. TSAE	980	1.044	1.648	966	810	887	974

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

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

ALEGACIÓN N° 30

Hemos revisado la documentación aportada y el dato que se proporcionó en relación al apartado “Salas de Consultas Ext.” correspondiente al ejercicio 2009, para el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar era de 106 salas de consultas externas.

Por consiguiente, el ratio N° de Consultas/ N° de salas cambia: el dato de nuevo calculado pasaría a ser de 3.362.

CUESTIÓN OBSERVADA:

ANEXO VIII. “INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA. HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA”

ANEXO VIII _____

_____.

ALEGACIÓN N° 31

ALEGACIÓN ADMITIDA