

3. Otras disposiciones

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

RESOLUCIÓN de 11 de abril de 2013, por la que se ordena la publicación del Informe de Fiscalización operativa del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Ejercicio 2010.

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 20 de marzo de 2013,

R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de Fiscalización operativa del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, correspondiente al ejercicio 2010.

Sevilla, 11 de abril de 2013.- El Presidente, Antonio M. López Hernández.

FISCALIZACIÓN OPERATIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA. EJERCICIO 2010

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 20 de marzo de 2013, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de Fiscalización operativa del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, correspondiente al ejercicio 2010.

Í N D I C E

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO
3. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN
 - 3.1. Estructura Organizativa del Área hospitalaria
 - 3.1.1. Estructura asistencial
 - 3.1.2. Organigrama
 - 3.1.3. Plantilla media
 - 3.2. Fijación de Objetivos
 - 3.2.1. Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa
 - 3.2.2. Objetivos específicos por áreas de especialidades
 - 3.3. Eficacia y Eficiencia
 - 3.3.1. Indicadores de Actividades en hospitalización y consultas de especialidades
 - 3.3.1.1. Actividad de hospitalización
 - 3.3.1.2. Actividad de consultas
 - 3.3.2. Indicadores relativos a la actividad de urgencias
 - 3.3.3. Indicadores relativos a la actividad quirúrgica
 - 3.4. Análisis de indicadores económicos
 - 3.5. Análisis de la satisfacción de los usuarios
 - 3.6. Análisis de las reclamaciones de los usuarios
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
5. ANEXOS
6. ALEGACIONES

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AGD	Aplicación para la Gestión de la Demanda Quirúrgica
CDM	Categorías Diagnósticas Mayores
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CmA	Cirugía menor Ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos

COANH	Contabilidad Analítica de Hospitales
CRP	Complemento del Rendimiento Profesional
EDP	Evaluación del Desempeño Profesional
EME	Estancia Media Esperada
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
HDM	Hospital de Día Médico
HDQ	Hospital de Día Quirúrgico
HUVV	Hospital Universitario Virgen de la Victoria
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
RDQ	Registro de Demanda Quirúrgica
s/d	Sin datos
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SAU	Servicio de Atención al Ciudadano
SICPRO	Sistema de Información Seguimiento del Contrato Programa
SSCC	Servicios Centrales
SSGG	Servicios Generales
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TSAE	Tarjeta Sanitaria Ajustada por Edad
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
UGC	Unidades de Gestión Clínica

1. 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 2011, una fiscalización operativa sobre la gestión desarrollada durante el ejercicio 2010 por el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- 2 El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) se organiza en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud. Éstas constituyen 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.
- 3 Existen ocho Áreas de Salud, cuya delimitación territorial coincide con las ocho provincias andaluzas. Cada una está integrada administrativa y funcionalmente por:
 - Los Distritos de Atención Primaria de Salud (nivel de asistencia sanitaria Atención Primaria).
 - Las Áreas Hospitalarias (nivel de asistencia sanitaria Atención Especializada). Su demarcación geográfica está conformada, al menos, por un Hospital y/o los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo, que cubrirán los servicios de internamiento y asistencia especializada de la población correspondiente a uno o varios Distritos Atención Primaria.
- 4 El área hospitalaria Virgen de la Victoria, que está configurada como tipo 2¹, según la clasificación hospitalaria de la red de centros de atención especializada del Servicio Andaluz de Salud (SAS), es el centro neurálgico del área sanitaria. Se crea en el año 1984 y en la actualidad está conformada por los siguientes centros asistenciales:

Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Hospital Marítimo de Torremolinos
Centro Periférico de Especialidades “San José Obrero”
Centro Periférico de Especialidades “Albarizas” de Marbella.

También pertenecen al área ocho equipos periféricos de salud mental.
- 5 Asimismo, es centro de referencia de los siguientes Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud:

¹ Según la clasificación hospitalaria del Sistema Sanitario Público Andaluz los centros de atención especializada pueden pertenecer a los siguientes grupos: regional, de especialidades, comarcales. La adscripción al grupo o nivel se realiza, principalmente, tomando como base los siguientes factores: población de referencia, cartera de servicios, infraestructuras, histórico de actividad asistencial.

Distrito/Área hospitalaria	Zona Básica de Salud	Población de referencia.
Distrito Sanitario Málaga	ZBS Málaga	278.569
Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce	ZBS Alhaurín el Grande	20.936
	ZBS Alhaurín de la Torre	32.062
	ZBS Álora	15.942
	ZBS Alozaina	9.216
	ZBS Cártama	28.422
	ZBS Coín	24.127
Distrito Sanitario Costa del Sol	ZBS Torremolinos-Benalmádena	56.617

Cuadro nº 1

6 Los datos generales correspondientes al Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV) durante el ejercicio 2010 son los siguientes:

- La población de referencia o de cobertura, según padrón de ese año, que atiende el hospital es de 465.891 habitantes y dispone de 561 camas.
- Los gastos necesarios para el desarrollo de su actividad, según la liquidación del presupuesto, han sido los siguientes:

Capítulos	2.009	2010	% de variación
Cap. I Personal	124.868.578	119.970.718	-4
Cap. II Gastos. Bienes y servicios	98.389.507	63.325.663	-36
Cap. IV Transferencias corrientes	2.019.798	2.833.563	40
Cap. VI Inversiones	3.191.148	859.739	-73
TOTAL	228.469.032	186.989.683	-18

Cuadro nº 2

- La plantilla media durante el año ha sido de 3.388 personas distribuidas según la siguiente clasificación:

Directivos	10
Facultativos	573
Personal Sanitario no Facultativo	1.690
Personal no sanitario	952
Facultativos en formación	163

- El régimen jurídico del personal del HUVV 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.

- En cuanto a su estructura directiva responde al modelo clásico de los hospitales del SAS, y cuenta con los diferentes puestos de dirección gerencia, dirección médica, dirección de enfermería, dirección económica-administrativa y de servicios generales, así como diversas subdirecciones.

2. OBJETIVOS Y ALCANCE DEL TRABAJO

- 7 El objetivo del presente trabajo de fiscalización consiste en concluir sobre los niveles de eficacia, eficiencia y economía alcanzados por el hospital durante el ejercicio 2010 así como, sobre el cumplimiento de la calidad y de accesibilidad en el desarrollo de la actividad asistencial que tiene encomendada.
- 8 En concreto el trabajo ha consistido en realizar un análisis operativo de la gestión integral del HUVV, desde el punto de vista de la actividad asistencial, actividad quirúrgica, gestión de las listas de espera, calidad y accesibilidad de la atención hospitalaria y gestión económica de los recursos.
- 9 Para concluir sobre la eficacia, eficiencia y economía en la gestión de los recursos, se ha analizado su organización interna, los niveles de fijación de objetivos - tanto de los incluidos en los Contratos Programa como de los objetivos internos fijados por la dirección del centro-, los sistemas de información y la evaluación y el seguimiento de los resultados.

El análisis se ha realizado utilizando los sistemas de información e indicadores definidos por la Consejería de Salud y el SAS. Para la selección de los indicadores se han aplicado criterios de validez, relevancia, comparabilidad y máxima información.

- 10 El trabajo de campo se ha llevado a cabo en la sede del HUVV, validando los datos aportados por los distintos sistemas de información sanitarios con los que cuenta el SSPA (análisis por muestreo de los datos contenidos en los sistemas de información) y realizando estudios comparativos de los datos y resultados obtenidos por la gestión realizada durante los ejercicios 2009 y 2010.
- 11 La actuación incluye, además, un análisis comparativo de determinados indicadores económicos y asistenciales correspondientes al resto de los centros que conforman el nivel 2 de la clasificación hospitalaria. Este grupo lo conforman, además de las áreas hospitalarias, el área de gestión sanitaria Campo de Gibraltar y el Hospital Costa del Sol de Marbella, centros que no se incluyen en el análisis, debido a que presentan unas diferencias en sus estructuras de gestión y en las de los costes, difícilmente comparables. A este respecto, hay que matizar que, aun cuando es posible, realizar una comparativa mediante algunos indicadores cuantitativos de actividad como la estancia o el número de consultas, se trata de una información que no tiene en cuenta ningún componente clínico ni la casuística estructural, ni de la gestión, ni de la cartera de servicios de cada centro, variables que se consideran relevantes para las conclusiones de informe.

Esta fase del trabajo de fiscalización concluyó en la primera quincena de julio de 2012.

- 12 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.

3. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

3.1 Estructura Organizativa del Área Hospitalaria

3.1.1 Estructura asistencial

- 13 Actualmente el hospital cuenta con diecisiete servicios de especialidades que se han constituido y organizado en “Unidades de Gestión Clínica” (UGC): aparato digestivo, aparato locomotor, área de infecciosos, salud mental, farmacia, bloque quirúrgico, cirugía mayor ambulatoria, cuidados críticos y urgencias, dermatología intercentros², endocrinología y nutrición, laboratorio, medicina nuclear, neonatología intercentros, neumología, oncología, otorrinolaringología, unidad del corazón. El resto de especialidades continúan con la estructura tradicional de servicios.
- 14 En el **Anexo 1** se relacionan la estructura y servicios del hospital, clasificados por áreas y especialidades.

3.1.2 Organigrama

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

En aplicación del citado decreto la estructura organizativa del hospital hasta el 31 de mayo de 2010 ha sido la siguiente: la dirección unipersonal del hospital recae en el director gerente del que dependen, 2 subdirecciones staff sobre mejora continua y sobre proyectos, 2 direcciones económicas-administrativas/Servicios Generales (SSGG) y 4 subdirecciones económicas-administrativas/SSGG, una dirección de sistemas de información y evaluación, una dirección de cuidados, de la que dependen 2 subdirecciones de cuidados médicos y quirúrgicos y una dirección asistencial. (**Anexo 2**)

- 16 Con el objetivo de impulsar cambios en pro de una mayor eficacia y eficiencia en el desempeño de la actividad el SAS, mediante resolución, aprueba para todas las áreas hospitalarias una reducción de los puestos directivos a un máximo de 10 y se resuelve el nombramiento de una nueva gerencia del hospital.

Así, a partir del 1 de junio de 2010, de la estructura organizativa han sido suprimidas 2 subdirecciones económicas-administrativas/SSGG y una subdirección staff del gerente. (**Anexo 2**)

- 17 El puesto de director médico se encuentra vacante, durante los ejercicios 2009 y 2010, así como dos subdirecciones económicas-administrativas pero, en estos casos, los titulares de las mismas están adscritos funcionalmente a otros centros. En estas situaciones administrativas el centro origen retribuye al personal que, provisionalmente, presta sus servicios en otro centro de trabajo del organismo autónomo.

² UGC Intercentros: Aquellas que desempeñan sus actividades en un único nivel asistencial y pertenecen a dos o más Distritos, Hospitales o Áreas de Gestión Sanitaria Integral.

3.1.3 Plantilla media

- 18 La plantilla media de los ejercicios 2009 y 2010 presenta las siguientes variaciones:

CLASIFICACIÓN	2.009	2010	% variación
Directivos	13	10	-23,1
Facultativos	573	573	0,0
Personal Sanitario no Facultativo	1.663	1.690	1,6
Personal no Sanitario	983	952	-3,2
Facultativos en Formación	151	163	7,9
TOTAL	3.383	3.388	0,1

Cuadro nº 3

- 19 El cuadro siguiente muestra una comparativa de la plantilla media, durante los años 2009 y 2010, de todos los hospitales que conforman el nivel 2 de la clasificación hospitalaria.

2009	Virgen de la Victoria	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)	461.170	210.324	195.186	344.685	s/d	340.440
Población con Tarjeta Sanitaria Ajustada por edad (TSAE)	659.168	302.673	275.738	506.642	s/d	492.424
% de TSAE s/TSI	143%	144%	141%	147%	s/d	145%
Plantilla media efectiva:	3.383	2.204	1.604	2.664	s/d	2.639
- Facultativos	573	391	255	422	s/d	409
nº TSI por Facultativo	805	538	765	817	s/d	832
-Facultativos en Formación	151	56	75	196	s/d	117
nº TSI por Facul. en Formación.	3.054	3.756	2.602	1.759	s/d	2.910
- Sanitario no Facultativo	1.663	1.220	888	1.382	s/d	1.409
nº TSI por Sanit. no Facultativo	277	172	220	249	s/d	242
- Personal no Sanitario	983	537	386	664	s/d	704
nº TSI por Pers.no Sanitario	469	392	506	519	s/d	486
2010	Virgen de la Victoria	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)	465.891	211.960	196.995	346.682	275.763	344.196
Población con Tarjeta Sanitaria Ajustada por edad (TSAE)	665.708	304.594	278.652	508.832	392.129	497.372
% de TSAE s/TSI	143%	144%	141%	147%	142%	145%
Plantilla media efectiva:	3.388	2.169	1.570	2.679	2.366	2.482
- Facultativos	573	371	254	389	349	410
nº TSI por Facultativo	813	571	776	891	790	845
-Facultativos en Formación	163	56	75	196	87	117
nº TSI por Facul. en Formación.	2.858	3.785	2.627	1.769	3.170	2.942
- Sanitario no Facultativo	1.690	1.183	846	1.422	1.269	1.280
nº TSI por Sanit. no Facultativo	276	179	233	244	217	270
- Personal no Sanitario	952	550	386	664	652	665
nº TSI por Pers.no Sanitario	490	385	511	522	423	518

Cuadro nº 4

- 20 Durante el ejercicio 2010, el HUVV tiene 22 trabajadores (2 directivos, 4 facultativos, un técnico de documentación sanitaria, 7 técnicos de función administrativa, 1 administrativo, 3 auxiliares administrativos, 2ATS/DUE, un auxiliar de enfermería y una limpiadora) que se encuentran adscritos funcionalmente. Es decir, estos trabajadores prestan sus servicios fuera del hospital aunque reciben sus retribuciones de su centro de origen, lo que ha supuesto un gasto, para el HUVV, que asciende a 608.582,36€, (27.662,83€ gasto medio por trabajador, suponiendo una

disminución del 21,28% respecto al año 2009). En contraposición, en el HUVV no hay ningún trabajador transferido de otro centro.

- 21 Se han solicitado los expedientes y las nóminas de todo el personal que ha ocupado puestos de dirección durante el ejercicio 2010 así como, una muestra correspondiente al resto de personal del centro, con diferentes categorías profesionales.
- 22 Las incidencias detectadas han sido las siguientes:

-Por regla general los expedientes carecían de la documentación relativa a la titulación, DNI, tarjeta SS, currículo, convocatoria pública, etc. Las titulaciones, DNI y convocatorias públicas, de aquellos para los que era obligatoria su publicación, han sido aportados durante el trabajo de campo, excepto en dos de ellos en los que no se han facilitado el nombramiento y, en uno, la convocatoria pública.

-Respecto al personal cedido, hay que destacar que solo se han aportado 4 expedientes, con la documentación justificativa de dichas cesiones, de un total de 22 trabajadores. Además de la escasa documentación aportada, señalar que los expedientes estaban incompletos y en algunos casos, existían diferencias de fechas con los registros de personal.

- 23 Aunque el Hospital Virgen de la Victoria sea un hospital del Grupo 2, debido a su complejidad y a otros criterios objetivos y no sólo cuantitativos, se clasifica a dicho hospital y sólo a efectos de Retribuciones del Personal del SAS, como un hospital del Grupo 1.³
- 24 Es destacable el hecho de que algunos profesionales realizan un número elevado de guardias, ya que hay algunos servicios de especialidades a los que se les adscriben pocos especialistas. Del análisis destaca las 116 horas realizadas por un adjunto especialista /área durante el mes de abril, que supuso un gasto añadido de 2.657,07€, mientras que las máximas durante el mes de noviembre han sido de 99 (2.119,91€) para la misma categoría.

3.2 Fijación de Objetivos

3.2.1 Objetivos estratégicos firmados en el marco del contrato programa

- 25 El instrumento para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido la Junta de Andalucía, lo constituye el Contrato Programa. La Consejería de Salud y el SAS aprueban este documento, en el que se recogen los enfoques estratégicos con los objetivos globales para los cuatro años siguientes. En cada uno de los ejercicios siguientes, desde entonces, se presentan y fijan los objetivos generales encaminados a conseguir los objetivos estratégicos.

Con este fin, se dota a la Dirección Gerencia del SAS para que establezca, anualmente, las actividades a realizar por sus centros y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el año que corresponda.

³ Punto modificado por la alegación presentada.

- 26 En el Contrato Programa que firma el SAS con el HUVV para el año 2010, los objetivos fijados versan sobre: gastos de personal, gastos corrientes, gestión clínica, docencia e investigación, accesibilidad, usuarios, actividad asistencial, salud pública, seguridad del paciente y garantía de resultados en salud, acreditación, imagen y comunicación, farmacia, sistemas de información y gestión crítica.
- 27 Para la evaluación el cumplimiento de los principios generales definidos en el Contrato Programa, el hospital dispone de un cuadro de mando, que se nutre del sistema de información interno del hospital⁴, en el que se relacionan todos los niveles de objetivos, los indicadores para su medición, los resultados obtenidos y el grado de consecución.
- 28 Sobre el seguimiento realizado al cumplimiento de los objetivos estratégicos, que se muestra en el **Anexo 3**, aunque se señalan, a lo largo de todo el informe, determinados indicadores que resultan relevantes en cada una de las áreas analizadas, a modo de resumen, señalar que la consecución de los objetivos estratégicos del Contrato Programa del HUVV, para el 2010, ha alcanzado un porcentaje global del 77%, superior a la media (un 73%) de los hospitales de su grupo⁵.
- 29 En relación con los objetivos propuestos en el área financiera, los hospitales de especialidades no tienen un cumplimiento medio muy elevado (59,5%), siendo aun menor el que presenta el HUVV (44,4%).

En concreto, en esta área se incumplen los indicadores referidos al capítulo I y II: gastos de personal y en bienes corrientes y servicios, a las reclamaciones de responsabilidad patrimonial y al registro de facturas en Fondo Órgano Gestor (FOG).

- 30 Del área de farmacia, que persigue mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica, señalar que el cumplimiento medio de los hospitales de especialidades, un 73,4%, es superado por el HUVV, que alcanza el 83,3%. No obstante, este hospital no cumple el objetivo de prescripción por principio activo, pues sólo el 57,43% de las recetas son prescritas por principio activo, frente al 65% exigido.

3.2.2 Objetivos específicos por áreas de especialidades

⁴ El sistema de información del HUVV (Mainake), integra, entre otros, los siguientes módulos que nutren los datos del cuadro de mando: ingresos pos estancia, listados de camas, planning de citas para consultas y para pruebas, resumen de altas y de ingresos por servicio y días, seguimiento anual de hospitalización, etc.

⁵ Para el cálculo del cumplimiento medio de los hospitales del grupo se ha tomado, como base, los porcentajes que corresponden al cumplimiento medio alcanzado por cada uno los objetivos propuestos y, posteriormente, se han agrupado según las diversas áreas que conforman el Contrato Programa, llevando a cabo una media aritmética. El cumplimiento por áreas del HUVV se ha calculado dividiendo el número de objetivos alcanzados entre el número de indicadores evaluados.

- 31 A partir de este nivel de compromiso (Contrato Programa que firma el SAS con el HUVV), se concretan los objetivos estratégicos, en forma de cascada entre el director gerente del área y los distintos servicios y UGC y éstos, a su vez, con las líneas de responsabilidad de ellos dependientes. En la fijación de los objetivos del acuerdo de UGC y de los servicios, quedan vinculados los resultados a un sistema retributivo que incentiva a los profesionales a su consecución.
- 32 Se ha solicitado información que acredite el cumplimiento de los objetivos fijados para la UGC de Farmacia y de los servicios no asistenciales se seleccionó la Unidad de Ingresos, dependiente de la Dirección Económico-Administrativa/SSGG y la Dirección de Sistemas de Información y Evaluación.
- 33 Aunque, en apartados posteriores se señalan determinados indicadores que evalúan el cumplimiento de la UGC de Farmacia (“Gasto en farmacia”) y de la Unidad de Ingresos (“Ingresos por facturación de asistencia sanitaria a terceros”), se señalan a continuación los aspectos más destacables.
- 34 Según las fichas de evaluación, estos departamentos cumplen el 25% de los objetivos comunes, no alcanzando el objetivo propuesto de limitar los gastos de personal y de bienes corrientes y servicios ni el del absentismo del personal no sanitario.
- 35 Sobre los objetivos específicos, mientras que la Unidad de Ingresos obtiene un resultado del 100% y la UGC de Farmacia de un 85%, la Dirección de Sistemas de Información y Evaluación alcanza el 87,5%, incumpliendo, entre otros, el objetivo de conseguir el porcentaje mínimo fijado de registros en el sistema soporte de la historia clínica electrónica (DIRAYA), un 35% sobre las actuaciones en consultas externas y un 80% sobre las urgencias.

3.3 Eficacia y eficiencia

- 36 Los epígrafes siguientes exponen el análisis y seguimiento de los indicadores seleccionados, unos son los definidos por los sistemas de información sanitaria para medir y evaluar la consecución de los objetivos propuestos en el contrato programa (eficacia y calidad en las prestaciones sanitarias) y, otros indicadores relacionan input/output de forma que permiten valorar la eficiencia en la gestión del hospital.
- 37 El trabajo se ha desarrollado, en unos casos, comparando la evolución del hospital en los ejercicios 2009 y 2010 y, 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 hospitales que conforman el grupo 2 de la clasificación hospitalaria del SSPA.

Para ello, 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.

Los datos correspondientes a los hospitales de especialidades han sido aportados directamente por los Servicios Centrales (SSCC) del SAS, aunque estos no han sido objeto de fiscalización en esta actuación.

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

INIHOS: El Sistema de Información Interhospitalaria es un modelo estadístico de evaluación comparativa de la actividad asistencial hospitalaria de los distintos servicios o unidades de especialización.

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

La recogida de datos de entrada se establece a partir de los registros existentes en los sistemas de información de cada hospital, 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 SAS.

- 39 CMBD: El Conjunto Mínimo Básico de Datos es un sistema de información nacional individualizado, centralizado en el Ministerio de Sanidad y Política Social al que cada comunidad autónoma aporta, con periodicidad, sus datos de actividad en los ámbitos de hospitalización, hospital de día médico y hospital de día quirúrgico. El CMBD permite disponer de indicadores comparativos entre todos los hospitales del SSPA.

- 40 A diferencia del INIHOS, el CMBD recoge información personalizada de cada uno de los episodios asistenciales 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), 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, tras el cierre del episodio asistencial, siguiendo la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC), publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

La explotación de los datos se realiza y presenta mediante “Grupos Relacionados por el Diagnóstico”(GRD). Estos constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste que representa la asistencia prestada.

La información que contiene el CMBD se analiza y se valida en los SSCC del SAS. Anualmente se publican las explotaciones de los datos del CMBD de todos los hospitales del sistema sanitario público, lo que permite la comparación de los resultados obtenidos.

41 Otros sistemas de información utilizados:

INFHOS: Sistema de información de consultas hospitalarias

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

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.

COANH: Sistema de contabilidad de gestión hospitalaria.

AGD: Aplicación para la gestión de la demanda quirúrgica.

42 Además el hospital dispone de su sistema de informático (Mainake), desde donde se capturan los datos de la actividad diaria del hospital para su tratamiento en los sistemas de información citados.

43 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, referente a la actividad desarrollada por el hospital en el ejercicio 2010.

44 La documentación soporte de la información codificada del CMBD ha sido objeto de comprobación por el equipo de fiscalización, mediante procedimientos de auditoría, con el fin de garantizar su integridad y fiabilidad. Sobre este aspecto señalar que solo un 27,68% de la muestra presenta errores o fallos de tipo administrativo.

3.3.1 Indicadores de actividad en hospitalización y consultas de especialidades

3.3.1.1 Actividad de hospitalización

45 Sobre el análisis y los indicadores que se exponen en este apartado, es necesario matizar los siguientes aspectos:

Aunque en los cuadros siguientes se indica tanto la población con tarjeta sanitaria ajustada por edad (TSAE)⁶, como 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 que influye en la frecuentación hospitalaria.

46 INIHOS y CMBD presentan diferencias en los datos aportados. Las estadísticas sobre el ámbito de la hospitalización que presenta INIHOS se refieren a los ingresos de los pacientes, mientras que las que presenta el CMBD se refieren a las altas hospitalarias. La explotación de los datos del CMBD recoge únicamente las altas hospitalarias con estancias iguales o mayores a un día y

⁶ Es un criterio que se utiliza para la planificación de los recursos sanitarios, ya que a cada Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) se le asigna un valor o peso, que en términos económicos, va en función de la edad del usuario. Dado que el consumo de recursos está directamente relacionado con la edad, las TSAEs con mayor valor son las que corresponde a los niños y a los ancianos. Como **población estándar** de referencia para las tasas ajustadas por área hospitalaria, se ha empleado la población de Andalucía a 31 de diciembre de 2010 de la Base de Datos del Usuario, para los mismos rangos de edad y sexo.

las estancias de 0 días⁷, cuando el alta se deba a circunstancias como un traslado a otro hospital, una alta voluntaria, una defunción, etc., pero no registra las estancias en observación que, en INIHOS si se incluyen.

Asimismo, en esas diferencias intervienen aspectos como que en el INIHOS puedan existir duplicidades de registro que difícilmente pueden ser detectadas al no disponer de datos identificativos del paciente.

- 47 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, ya que cada episodio hospitalario necesita ser codificado, y posteriormente ser objeto de validación en los SSCC, por lo que la información obtenida no tiene la necesaria inmediatez que la dirección del hospital necesita para la gestión.
- 48 Utilizando el dato “ingreso/alta” según ambos sistemas de información, se pueden observar las siguientes diferencias:

INDICADOR	2009	2010
Población con T.S.I.	461.170	465.891
Población con T.S.A.E.	659.168	665.708
Ingresos INIHOS	19.818	20.667
Altas hospitalarias INIHOS	18.716	19.648
Altas CMBD sin 0 días estancias	20.432	20.563
Altas CMBD con 0 días estancias	20.504	20.706

Cuadro nº 5

- 49 Con respecto a los restantes hospitales de especialidades del SSPA en el ejercicio 2010, se observan las diferencias que se muestran en el cuadro siguiente:

INDICADOR	VIRGEN DE LA VICTORIA	JEREZ DE LA FRONTERA	PUERTO REAL	SAN CECILIO	JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	VIRGEN DE VALME
Población con T.S.I.	465.891	211.960	196.995	346.682	275.763	344.196
Población con T.S.A.E.	665.708	304.594	278.652	508.832	392.129	497.372
Ingresos INIHOS	20.667	21.085	17.377	19.876	21.248	22.527
Altas hospitalarias INIHOS	19.648	20.290	17.051	18.986	20.168	21.894
Altas CMBD sin 0 días estancias	20.563	19.598	14.656	19.587	20.854	20.685
Altas CMBD con 0 días estancias	20.706	19.926	15.195	19.867	21.223	22.035

Cuadro nº 6

- 50 El procedimiento establecido define que los registros del CMBD, que son importados en una base de datos y sometidos a un proceso de depuración para detectar errores en la mecanización o cumplimentación de los registros, con una periodicidad trimestral, han de cotejarse, a finales de año, con los datos de INIHOS, con el objeto de conciliar las altas que no han sido codificadas.

⁷ Se considera una estancia a la admisión y permanencia de un paciente en una unidad de hospitalización convencional con la consiguiente ocupación de una cama a la hora censal (00:00horas).

Según muestra la información de los cuadros anteriores, no hay conciliación de los datos que aportan los dos sistemas de información, ya que el CMBD, que sería el sistema de referencia al disponer de los datos individualizados y de un sistema de depuración y validación de los mismos, se cierra con posterioridad al INIHOS, por lo que a la fecha de presentación de los datos aún no se ha proporcionado la citada información.

Este hecho que pudiera afectar a los indicadores de actividad que, el Contrato Programa establece, se subsana obteniendo los datos de uno u otro sistema en función del objetivo que se persiga.

- 51 El índice de frecuentación hospitalaria (nº de ingresos por cada 1.000 habitantes/TSAE) se ha mantenido prácticamente constante los dos últimos ejercicios.

INDICADOR	2009	2010
Población con T.S.I.	461.170	465.891
Población con T.S.A.E.	659.168	665.708
Nº Ingresos	19.818	20.667
Frecuentación hospitalaria TSI	43	44
Frecuentación hospitalaria TSAE	30	31

Cuadro nº 7

- 52 Durante el ejercicio 2010, aunque la frecuentación hospitalaria del HUVV fue de 31 ingresos por cada 1.000 TSA no significa que, durante ese año, el porcentaje de resolución de episodios sin necesidad de ingresos resultara desfavorable al HUVV.⁸

INDICADOR	VIRGEN DE LA VICTORIA	JEREZ DE LA FRONTERA	PUERTO REAL	SAN CECILIO	JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	VIRGEN DE VALME
Población con T.S.A.E.	665.708	304.594	278.652	508.832	392.129	497.372
Nº Ingresos	20.667	21.085	17.377	19.876	21.248	22.527
Frecuentación hospitalaria TSAE	31	69	62	39	54	45

Cuadro nº 8

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.

- 53 El siguiente cuadro expone algunos de los indicadores seleccionados que relacionan los recursos con los que cuentan el HUVV con los resultados obtenidos por la prestación asistencial.

⁸ Punto modificado por la alegación presentada.

INDICADOR	2009	2010
Nº de Facultativos	573	573
Nº camas hospitalización	581,25	561,25
Nº ingresos	19.818	20.667
Nº altas	18.433	20.563
Altas con cero días de estancia	20.504	20.706
Nº estancias (CMBD)	173.611	189.541
Porcentaje de ocupación (INIHOS)	81,83%	92,52%
Índice de sustitución (INIHOS)	2,09	0,74
Rotación enfermo/cama	34,10	36,82
Estancia media (CMBD)	9,42	9,22
Estancia Media Esperada (EME)	8,48	8,29
Índice utilización de estancias 1 (IUE1)	1,11	1,11
Índice utilización de estancias 2 (IUE2)	1,09	1,1

Cuadro nº 9⁹

- 54 **Estancia hospitalaria (CMBD).** Se refiere al concepto cama ocupada a la hora censal (00:00 horas), es decir representa el conjunto de pernoctas y tiempo que corresponde al suministro de al menos una comida principal en el hospital.
- 55 **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).

En relación con al área de actividad asistencial del Contrato programa centrada, principalmente, en disminuir el índice de utilización de estancias y las estancias evitables, el cumplimiento medio de los hospitales de especialidades es del 92,86%. Sin embargo, en el HUVV es del 50%, ya que no se alcanza el objetivo de las estancias evitables, aun cuando se produce una evidente mejora con respecto a 2009.

Según los datos aportados en el ejercicio 2010, la estancia media es de 9,22 días (0,2 días menos que en 2009). Este resultado, que se muestra elevado, afecta de forma negativa a otros indicadores relacionados con la eficiencia en la gestión del recurso cama, como son: el índice de utilización de estancias, rotación enfermo-cama, coste de explotación por ingresos, por altas, etc.

- 56 El sistema define también el indicador **estancia media esperada (EME)**, que es la que se calcula para el estándar de los hospitales de Andalucía en relación con un "Grupo Relacionados por el Diagnóstico" (GRD)¹⁰ determinado. Es decir, es el consumo de estancias que como media y para un GRD concreto presentan los hospitales del SSPA.

⁹ Cuadro modificado por la alegación presentada.

¹⁰ Tal y como se mencionaba anteriormente, estos constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste que representa la asistencia prestada.

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

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

Los datos expuestos indican que el hospital realiza una gestión eficiente de la infraestructura hospitalaria, adaptando los recursos de los que dispone a la demanda de hospitalización en cada momento. El hospital presenta un porcentaje de ocupación incrementado, en 10,69 puntos porcentuales, con respecto al 2009, y de los más elevados de todos los hospitales del grupo de especialidades (Anexo IV).

- 58 **Rotación enfermo-cama.** 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 centro, con respecto a los restantes hospitales de especialidades, presenta el nivel más reducido de rotación enfermo/cama con un indicador de 36,83 puntos. **(Anexo 4)**

- 59 **Intervalo o índice de sustitución.** 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:

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

- 60 El objetivo para este indicador no se cuantifica ni en el contrato programa, ni en los objetivos específicos establecidos por áreas, pero una eficiente gestión de recursos debe conseguir que el resultado tienda a cero, indicando así que el recurso cama presenta una utilización óptima. El índice de sustitución del centro es del 0,74, por lo que nos indica que la cama está menos de un día desocupada entre dos ingresos sucesivos, en contraposición al estándar andaluz que supera los dos días
- 61 Si se relacionan los tres indicadores, ocupación, rotación y sustitución, se podría concluir que hay una gestión eficiente del recurso cama, debido a que, o no se mantienen camas desocupadas a pesar de la demanda asistencial del área o bien, porque presentan una oferta de camas adecuada con la demanda asistencial pero, en su perjuicio, habría que especificar que esto se consigue manteniendo a los pacientes ingresados (estancia media) durante un período de tiempo más largo que el esperado para la media andaluza, según los GRDS.
- 62 **Índice de utilización de estancias.** 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 y el hospital presenta los IUE por encima de la unidad (un 1,1), por lo tanto el resultado del indicador 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.

- 63 El comparativo del IUE también puede realizarse por grupo relacionado por el diagnóstico, que permite observar su comportamiento en la gestión de los diagnósticos que representan el mayor número de altas (30 GRD más frecuentes), y por las 25 Categorías Diagnósticas Mayores (CDM). **(Anexos 5 y 6)**
- 64 En el cuadro siguiente se resume el porcentaje de casos en los que el IUE está por encima de la unidad:

% casos IUE > 1	IUE 1		IUE 2	
	2.009	2.010	2.009	2.010
30 GRD + frecuentes	73%	73%	73%	70%
25 CDM.	64%	68%	60%	68%

Fuente: Servicios Centrales del SAS Cuadro nº 10

- 65 Los análisis anteriores se completan añadiendo indicadores de calidad como es el porcentaje de reingresos y el "índice casuístico" (índice casemix).

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. Sobre este aspecto, hay que señalar que solo se concluye mencionando la diferencia en el valor absoluto, 0,48 puntos menos en relación con el número de reingresos del año anterior, ya que no se ha realizado un análisis pormenorizado por diagnósticos ni se descarta que pueda haber factores aleatorios.

INDICADOR	2009	2010
IUE 1	1,11	1,11
IUE 2	1,09	1,10
% Reingresos	3,20	2,72
Puntos GRD	39.402	45.239
Índice casuístico	2,14	2,19

Fuente: Servicios Centrales del SAS Cuadro nº 11

- 66 Si se realiza el comparativo, con el resto de hospitales de especialidades del SSPA:

INDICADOR	VIRGEN DE LA VICTORIA	JEREZ DE LA FRONTERA	PUERTO REAL	SAN CECILIO	JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	VIRGEN DE VALME
IUE1	1,11	0,99	0,86	1,05	1,07	1,04
IUE2	1,10	0,98	0,86	1,03	1,06	1,02
% Reingr.urg.igual CDM	2,72%	4,14%	3,77%	3,56%	3,70%	3,52%
Puntos GRD	45.239	31.161	23.303	33.494	32.949	32.682
Índice casuístico	2,19	1,59	1,59	1,71	1,58	1,5

Fuente: Servicios Centrales del SAS Cuadro nº 12

El porcentaje de reingresos urgentes con igual CDM del hospital es el más reducido de todos los hospitales de especialidades del SSPA.

Por otra parte, el índice de complejidad y los puntos GRD resulta el más elevado de todos los hospitales de especialidades del SSPA. Este indicador que 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 dividiendo por el total de altas del hospital.

- 67 El reparto de puntos GRD por facultativo (**cuadro nº 4**) y cama aporta los siguientes resultados:

INDICADOR	VIRGEN DE LA VICTORIA	JEREZ DE LA FRONTERA	PUERTO REAL	SAN CECILIO	JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	VIRGEN DE VALME
Puntos GRD	45.239	31.161	23.303	33.494	32.949	32.682
Índice casuístico	2,19	1,59	1,59	1,71	1,58	1,5
Puntos/nº facultativos	78,95	83,99	91,74	86,10	94,41	79,71
Puntos/nº camas	80,60	61,36	74,49	65,53	60,30	62,06

Fuente: Servicios Centrales del SAS.

Cuadro nº 13

- 68 Para la casuística del hospital, el número de facultativos es elevado en relación con el resto de hospitales de su grupo. En contraposición, según la ratio puntos GRD y cama, se deduce que el hospital realiza una gestión eficiente de sus camas, aunque deberíamos concluir con precaución, si le añadimos el alto índice que presenta en la estancia media, tal y como se señala en el punto 66.

3 3.1.2 Actividad de consultas

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

Los datos de los que se dispone sobre la actividad de consultas varían según la fuente de información. Los aportados por el hospital se refieren a las consultas programadas, mientras que SSCC aporta la información sobre las consultas efectivamente realizadas, y, por tanto, superior al facilitado por el hospital.

- 70 La información obtenida sobre la actividad de consulta, desarrollada durante los ejercicios 2009 y 2010 por el HUVV, es la siguiente:

INDICADOR	2009	2010
Salas de Consultas Ext.	108	153
T. Consultas externas (1)	584.609	568.175
Nº Consultas/Nº Salas	5.413	3.714
Índice de rotación usuario/sala	20,66	14,17
Nº facultativos especialistas	573	573
Nº Consultas/Facultativo	1.020	992
T. Primeras consultas	161.741	154.653
Primeras consultas convencionales	s/d	146.983
Primeras consultas acto único	s/d	7.670
T. interconsultas atenc. especializ.	98.048	89.595
T. Consultas sucesivas	324.820	323.927
% Consultas sucesivas	55,56%	57,01%
Revisiones en el día	1.299	1.311
Frecuentación consultas TSI	1.268	1.220
Frecuentación consultas TSAE	887	853

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

Cuadro nº 14

- 71 La **Consulta externa** se define como el acto asistencial ambulatorio realizado para la obtención de un diagnóstico, para la instauración de un tratamiento o para el seguimiento del proceso de un paciente con base en la exploración física o en la revisión de datos clínicos (anamnesis). Las pruebas diagnósticas no tienen consideración de consulta. Este acto asistencial puede realizarse en primera consulta, consulta sucesiva, interconsulta o consulta de acto único.
- 72 El Contrato Programa correspondiente al HUVV carece de objetivos cuantificados en la mayoría de las actividades de consultas, pero hay objetivos estratégicos relacionados con las condiciones de organización. Destaca uno de ellos, que supone 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 con los requisitos de calidad de la prestación. Aunque, se ha producido una disminución de un 0,27%, respecto al año 2009, no supone un dato significativo si se compara con la reducción producida en las primeras consultas, un 4,38%.

En cuanto al peso relativo por tipo de consultas, las sucesivas suponen el 57,01 % del total de las consultas, presentando un 1,45% más de lo que éstas suponían en el año 2009.¹¹

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

¹¹ Punto modificado por la alegación presentada.

- 74 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.
- 75 Tanto las consultas como las interconsultas en acto único suponen un avance en la calidad de la prestación sanitaria, facilitando la accesibilidad del ciudadano a los servicios sanitarios y recibiendo toda la atención necesaria en el menor tiempo posible. El Contrato Programa de los hospitales para el ejercicio 2010 continúa con el objetivo de potenciar en todos los centros las consultas de acto único, aunque éste no se cuantifica en el HUVV, ya que intervienen factores que lo hacen difícil de medir o cuantificar.

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

- 76 Hay que destacar que en el año 2010, aún cuando el hospital dispone de 45 salas de consultas más que en 2009 y el número de facultativos especialistas se mantiene invariable, disminuye el número total de consultas en un 2,81%. Con estas variables, aunque el índice de rotación de usuario presente una utilización menor de las salas, ya que disminuye en 6,49 puntos porcentuales respecto a 2009 (cada espacio físico es utilizado para una media de 14,17 consultas diarias en 2010 frente a las 20,66 calculadas para el ejercicio 2009), no significa que se haya producido un incremento en los tiempos de espera para las visitas.¹²
- 77 Con respecto al resto de hospitales de especialidades, los indicadores del HUVV sobre actividad de consulta de especialistas fluctúan en un nivel superior al resto, excepto el indicador de frecuentación de consultas programadas, que se sitúa entre los más reducidos del grupo (**Anexo 7**).

3.3.2 Indicadores relativos a la actividad de urgencias

- 78 La actividad del HUVV, respecto al área de urgencias en los dos últimos ejercicios ha sido la siguiente:

¹² Punto modificado por la alegación presentada.

INDICADOR	2009	2010
Población cobertura /TSI	461.170	465.891
Población con T.S.A.E.	659.168	665.708
Nº urgencias atendidas	158.783	150.092
Frecuentación urgencia TSI	344	322
Frecuentación urgencia TSAE	241	225
Nº urgencias ingresadas	14.476	13.862
% Urg. no ingresadas	90,88%	90,76%
Nº ingresos hospitalización	19.818	20.667
Presión de urgencias	73,04%	67,07%
Traslados otros centros	s/d	478
% Traslados/ Atendidas	s/d	0,32%

Cuadro nº 15

- 79 La presión que las urgencias ejercen en la actividad del hospital se calcula relacionando las urgencias ingresadas con el total de ingresos en hospitalización. A la vista de los datos, se puede observar que, en 2010 los ingresos en hospitalización provienen en menor medida de las urgencias que en el 2009 (67% frente a 73%), ya que el número de ingresos urgentes ha disminuido en 614 ingresos mientras que aumenta en 849 el número de los ingresos programados.¹³
- 80 En relación con los otros hospitales de especialidades los indicadores, exceptuando el de frecuentación, son favorables al HUVV ya que presenta el mayor número de urgencias atendidas y el porcentaje de urgencias ingresadas se sitúa en un nivel intermedio. **(Anexo 8).**

3.3.3 Indicadores relativos a la actividad quirúrgica

- 81 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 denominada hospital de día quirúrgico (HDQ).
- 82 El cuadro siguiente muestra un comparativo de la actividad quirúrgica desarrollada por el HUVV:

¹³ Punto modificado por la alegación presentada.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	2009	2010
Nº camas disponibles	581,25	561,25
Nº quirófanos	17	17
Estancia media preoperatoria	1,26	1,26
Total intervenciones	20.133	20.106
Programadas totales	17.556	17.749
Cirugía con Ingreso	6.459	6.938
CMA	7.371	7.486
CmA	3.726	3.325
% Intervenciones Suspendidas	4,81%	4,28%
% Resolución de CMA	64,70	60,55%
% Ingresos tras CMA	3,03	1,22%
Prevalencia Infecciones nosocomial	10,8	6,9
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	9,2	6,7

Cuadro nº 16¹⁴

- 83 En el **Anexo 9** se expone información sobre la infraestructura y los indicadores disponibles en el SSPA para el análisis de la actividad quirúrgica de los centros sanitarios que conforman el nivel 2 de la clasificación hospitalaria.
- 84 Según los indicadores obtenidos, en el hospital el paciente ingresa 1,26 días antes de la intervención quirúrgica, mientras que la estancia preoperatoria media del grupo es de 1,12 días.
- 85 El **índice de resolución de CMA** se obtiene relacionando el total de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria con los que se han realizado efectivamente por CMA, es decir sin hospitalización.
- 86 El porcentaje de resolución en CMA del HUVV ha disminuido un 4,15% respecto a 2009, además de que presenta el índice de resolución de CMA más bajo de todos los hospitales de especialidades del SSPA (**Anexo 9**).¹⁵

Aunque no hay objetivos relativos al número de intervenciones o al porcentaje de resolución CMA y se desconozca cual puede ser la causa de esta disminución, no obstante, resulta extraño puesto que ni el número de intervenciones programadas ni el de intervenciones CMA ha variado significativamente y, además, porque el porcentaje de ingresos tras una intervención de CMA (indicador de calidad) presenta un porcentaje de disminución elevado, situándose por debajo de la media.

¹⁴ Cuadro modificado por la alegación presentada.

¹⁵ Punto modificado por la alegación presentada.

- 87 Respecto al porcentaje de **intervenciones de cirugía mayor suspendidas (Anexo 9)**, el centro presenta un porcentaje de un 4,28%.
- 88 **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.

Los indicadores seleccionados son:

- **“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:

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

- 89 El objetivo de Salud Pública para las áreas hospitalarias 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 HUVV 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.
- 90 Se ha podido comprobar que el centro ha 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. En 2009 tanto la prevalencia de infecciones nosocomiales como la prevalencia de pacientes con infecciones nosocomiales en el HUVV era muy elevada, con el porcentaje más alto de los hospitales de especialidades y, superior también a la media andaluza y nacional. En cambio, en 2010 se ha conseguido disminuir estos porcentajes en 3,9 y 2,5 puntos respectivamente, de modo que se obtienen valores muy similares al resto de hospitales.

INDICADOR	2009				2010			
	HUVV	Media Hosp. Nivel 2	Media Andalucía	Media Nacional	HUVV ¹⁶	Media Hosp. Nivel 2	Media Andalucía	Media Nacional
Prevalencia IN	10,80%	7,30%	7,10%	7,80%	6,70%	7,00%	6,90%	7,80%
Prevalencia pacientes con IN	9,20%	6,40%	6,10%	6,80%	6,90%	6,30%	6,10%	6,70%

Fuente: Informe EPINE 2010 (Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene).

Cuadro nº17

- 91 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 hospital en el ejercicio 2010, según los datos mostrados en el “Boletín Quirúrgico 2009-2010”, 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.
- 92 El comparativo de las indicaciones del HUVV, por ejercicio y con las del resto de hospitales del nivel 2, aporta los siguientes resultados:

	2009	2010
Población TSAE	659.168	665.708
Nº indicaciones	12.376	13.447
Indicaciones x 100.000 habitantes	1.877	2.020

Fuente: Boletín Quirúrgico 2009-2010

Cuadro nº 18¹⁷

INDICADOR	VIRGEN DE LA VICTORIA	JEREZ DE LA FRONTERA	PUERTO REAL	SAN CECILIO	JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	VALME
Población TSAE	665.708	304.594	278.652	508.832	392.129	497.372
Total ind. Quirúrgicas pacientes D. 209/2001	13.447	7.808	5.376	9.054	7.881	9.885
Indicaciones x 100.000 habitantes	2.020	2.563	1.929	1.779	2.010	1.987

Fuente: Boletín Quirúrgico 2009-2010 y Tasas de indicación quirúrgica 2010

Cuadro nº 19

- 93 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. La tasa estandarizada permite comparar las indicaciones realizadas por cada hospital con la tasa esperada.

¹⁶ Los factores que han influido, entre otros, en la disminución de los porcentajes de prevalencia de IN se deben, por un lado, a las estrategias aprobadas internacionalmente, que exigían que en cada hospital se implantaran medidas y campañas, centradas mayoritariamente, en tres ejes: Bacteriemia y Neumonía, igual a cero, adopción de instrumentos relacionados con la seguridad en el quirófano. Por otro lado, durante el 2010 en el HUVV se ha producido una disminución de la estancia media por especialidades, se ha llevado a cabo una campaña hidroalcohólica a pie de cama (lavado de manos), se ha implantado de un programa de cultura para pacientes sobre la estrategia de seguridad de pacientes etc.

¹⁷ Cuadro modificado por la alegación presentada.

En los **Anexos 10 y 11** de este informe se expone la información correspondiente a las tasas de indicaciones estandarizadas del HUVV, comparadas por procedimientos.

- 94 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.

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. Así en el área de accesibilidad del Contrato Programa del HUVV, se proponen unos objetivos referidos a las tasas de indicación estandarizada de los procedimientos de cataratas, prótesis de rodilla y amígdalas/adenoides que, según se ha comprobado, se ha cumplido el objetivo propuesto en todos los casos.

- 95 En el ámbito de 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 respuesta de 180 días para una serie de procedimientos (727 procedimientos). Posteriormente, mediante Orden de 20 de diciembre de 2006, se modifican los plazos de respuesta quirúrgica, a un máximo de 120 días, para 71 de los procedimientos incluidos en el Anexo I del Decreto 209/2001.

- 96 Sobre este aspecto, hay que señalar que el cumplimiento medio, de los hospitales de especialidades, en los plazos regulados mediante decreto de garantía asciende al 83,9%, y el de HUVV es del 81,8%.

En concreto, el hospital incumple los objetivos referentes a:

-El porcentaje de pacientes en situación de transitoriamente no programable que, aunque ha disminuido respecto a 2009 (de un 33,6% a un 30,2%), queda aún muy lejos del objetivo establecido (un 9%). Otro aspecto a señalar, es que este objetivo lo cumplen 5 de los 7 hospitales de los centros que conforman el nivel 2 de la clasificación hospitalaria.

-La supresión de la actividad quirúrgica extraordinaria. En este caso, durante el año 2010 sólo llevo a cabo 2 intervenciones no autorizadas expresamente, frente a los 301 realizadas en el año 2009. Según fuentes del HUVV, estas intervenciones de procedimientos incluidos en el anexo 1 del Decreto 209/01 como actividad extraordinaria no sujetos a autorización expresa, con un equipo móvil mixto.

- 97 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.
- 98 Con el fin de garantizar el tiempo máximo de respuesta quirúrgica previsto, 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).

El trámite de la oferta se realiza en el momento de la inscripción del paciente en el RDQ, por lo que, en el caso que el paciente deseara renunciar, debe firmar, in situ, el documento de rechazo de la oferta concertada, perdiendo así el plazo de garantía.

- 99 En el cuadro siguiente se expone la información publicada, correspondiente al ejercicio 2010, de los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica por los procedimientos regulados en el Decreto 209/2001 y en la Orden 20/12/2006.

	2009	2010
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica decreto 209/2001 en diciembre		3.038
Nº total pacientes en lista de espera quirúrgica orden 20/12/2006 en diciembre	3.525 ⁽¹⁾	1.205
Tiempo medio de demora quirúrgica decreto 209/2001 de los pacientes pendientes en diciembre ¹⁸		65
Tiempo medio de demora quirúrgica orden 20/12/2006 de los pacientes pendientes en diciembre	63 ⁽¹⁾	53
Total indicaciones quirúrgicas a pacientes Decreto 209/2001	12.376	13.447
Salidas totales RDQ	12.304	14.684
Total salidas por intervención	10.267	11.680
Salidas por intervención concertadas	2.465	2.620
Salidas por actividad extraordinaria	1.843	1.599

Fuente: Boletín quirúrgico 2009-2010 y 2008-09

Cuadro nº 20

(1) En el Boletín Quirúrgico 2008-09 no distingue entre Decreto y Orden, por lo que hay un solo dato.

- 100 La demora media de las salidas de pacientes¹⁹ de los hospitales que conforman el nivel 2 es la siguiente:

HOSPITALES	SALIDAS POR TRAMOS: ENE-DIC 2010		SALIDAS POR TRAMOS: ENE-DIC 2009	
	Nº Salidas	Demora Media	Nº Salidas	Demora Media
Virgen de la Victoria	14.684	118	12.304	145
Puerto Real	5.801	94	5.428	120
Jerez de la Frontera	8.304	77	7.724	91
San Cecilio	8.592	102	7.828	98
Juan Ramón Jiménez	7.682	92	8.378	87
Virgen de Valme	9.947	86	8.482	84
Total Nivel 2	70.571	97	65.070	106

Cuadro nº 21

- 101 La demora media de salida de pacientes para el total de los hospitales de especialidades es de 97 días para los procedimientos recogidos, presentando el hospital una demora superior, 118 días.

¹⁸ Tiempo medio que llevan esperando los pacientes programables para una intervención quirúrgica.

¹⁹ Tiempo medio que han esperado los pacientes, que han sido dados de baja en el periodo de estudio, entre su inclusión en el Registro de Demanda Quirúrgica y su fecha de baja, sin incluir los días que el paciente está transitoriamente no programable.

- 102 Para profundizar en el conocimiento de los tiempos medios de respuesta quirúrgica, se han revisado 36 intervenciones, 30 de las cuales se llevan a cabo mediante procedimientos incluidos en el decreto de garantía. El resultado del análisis ha sido el siguiente:

Tipo de incidencia detectada	Nº registros	%
Anexo II no firmado	2	6%
N/c Anexo IV o no está firmado por el paciente	3	8%
Otros (1)	5	14%
Total registros con incidencias	10	28%

(1) En este concepto se incluyen incidencias debidas a diferentes errores en la inscripción **Cuadro nº 22**

- 103 Aparte de las incidencias señaladas, en 5 de los casos revisados, la intervención se llevó a cabo sin que el paciente se mecanizara en la base de datos correspondiente a la lista de espera quirúrgica del sistema de información del hospital. A estos casos, que se tratan de intervenciones de cirugía menor ambulatoria no sujetas a plazo máximo de garantía ya que se realizan en la propia consulta, pero como los facultativos quedan obligados a elaborar la correspondiente hoja de quirófano, estas intervenciones quedan registradas en el CMBD-HDQ.
- 104 Además, de la revisión de las intervenciones, destaca que el caso de 12 pacientes (un 33%), que el período de tiempo entre la inscripción y la intervención supera ampliamente el período de garantía establecido. Sin embargo, en 11 de estos casos no se incumple el plazo previsto, ya que el tiempo de garantía ha estado paralizado al encontrarse el paciente en estado *transitoriamente no programable* (TNP), unas veces a petición propia y otras por reevaluación clínica. En todos estos casos, este cambio de situación del paciente se produce siempre pocos días antes de que se llegue al fin del período de garantía, pasando de nuevo el paciente a programable el mismo día de la intervención.
- 105 Asimismo, para complementar la gestión quirúrgica, se han comprobado los sistemas de información que afectan a esta área o actividad asistencial. De la revisión son destacables los siguientes aspectos y conclusiones:

Según el procedimiento establecido, la prescripción de la intervención ha de inscribirse en lista de espera con la fecha de presentación del documento, registrando al paciente en el sistema de información del hospital (Mainake) y en AGD.

En los registros incluidos en la base de datos de salidas de 2010 del sistema de información del HUVV hay 207 casos duplicados.

3.4. Análisis de indicadores económicos

Modelos de financiación y estructura financiera

- 106 El hospital se somete a contabilidad presupuestaria, debiendo realizar anualmente la liquidación de sus estados de gasto. La liquidación del presupuesto presentada para el ejercicio 2010 ha sido la siguiente:

CONCEPTO	IMPORTE (€)
Cap. I Personal	119.970.718
Gastos personal	119.970.718
Cap. II Gastos en Bienes y servicios	63.325.663
Productos farmacéuticos	9.284.645
Material sanitario para consumo y reposición	8.299.590
Prótesis e implantes quirúrgicos	9.437.237
Otros gastos	36.304.191
Cap. IV Transferencias corrientes	2.833.563
Transferencias	2.833.563
Cap. VI Inversiones	859.739
Inversiones	859.739
TOTAL	186.989.683

Cuadro nº23

107 Una de las funciones del SAS es la distribución interna del presupuesto en los centros asistenciales y el control de la gestión eficiente de esos recursos por los diversos proveedores de los servicios sanitarios. El modelo de financiación, aplicado por el SAS desde 2003, se basa en un sistema “capitativo”, en el que la asignación de los recursos a los centros de gasto se realiza en base a la necesidad estimada de servicios sanitarios para una población concreta.

108 Los pilares fundamentales del modelo son la población a financiar (es decir la población adscrita a cada centro, aunque dada la evidencia de que el consumo de recursos está directamente relacionado con la edad, se adoptó como variable de población a financiar las tarjetas ajustadas por edad (TSAE) y una tarifa que ajusta los recursos a asignar, en función de las características particulares y estructurales de cada centro, es decir, considerando la complejidad de cada centro y su oferta de servicios.

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

109 Partiendo del sistema de financiación, el resultado económico de la gestión y la situación financiera correspondiente al ejercicio 2010, presenta una situación deficitaria. Para calcular el déficit del ejercicio se ha de obtener el gasto periodificado o devengado, mediante el proceso de imputación a dicho ejercicio de todas las obligaciones contraídas, con independencia del ejercicio en que se han contabilizado.

110 El **gasto devengado** en el ejercicio se obtiene, mediante :

- (+) Obligaciones contabilizadas en el presupuesto de gastos del año 2010.
- (-) Obligaciones contabilizadas en el presupuesto 2010 correspondientes a ejercicios anteriores.
- (+)Obligaciones contabilizadas en los años siguientes, correspondientes al 2010
- (+) Facturas registradas en el Fondo del Órgano Gestor (FOG), correspondientes al año 2010²⁰.

²⁰ 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.

- 111 Atendiendo a la información facilitada por SSCC, el déficit total al final del ejercicio asciende a un importe total de 64.397.874€.

Este déficit se concentra exclusivamente en el capítulo II del presupuesto de gastos del centro, mayoritariamente en los conceptos de gastos contabilizados en el artículo 22 del presupuesto: consumo de productos farmacéuticos, material sanitario y prótesis.

- 112 El resumen de la situación de déficit presupuestario que presenta el HUVV y la evolución de la deuda es el siguiente:

DEUDA EJERC.ANTERIORES	DEUDA 2008	DEUDA 2009	DEUDA 2010	DEUDA ACUMULADA A 31/12/10
29.391	624	42.582.420	64.990.839	107.603.273

- 113 De la información contable obtenida: liquidación presupuestaria y contabilidad analítica, los importes registrados de gastos son distintos, ya que los criterios contables no coinciden (criterios presupuestarios y criterios analíticos). Al no poder conciliar las diferencias para el análisis de los indicadores económicos se ha optado, en unos casos, por la información contenida en la liquidación del presupuesto facilitada por los SSCC del SAS y, en otros, por la contabilidad analítica COAN.

Gastos de Personal

- 114 El importe total correspondiente al gasto de personal, del ejercicio 2010, según los datos que aporta la dirección económica del hospital asciende a 118.623.522,98€.
- 115 El citado importe, desglosado por cada una de las categorías de personal, ha sido el siguiente:

CATEGORÍA	IMPORTE (€)
Personal Directivo	832.821
Personal Facultativo	38.689.239
Personal sanitario no facultativo	52.489.778
Personal no sanitario	21.096.727
Personal facultativo en formación	5.514.958

Cuadro nº 24

- 116 El personal de los centros asistenciales tiene acreditada las retribuciones complementarias según el sistema establecido en el Real Decreto-Ley 3/1987. Las revisiones de las cantidades a abonar se recogen en Resoluciones periódicas del SAS, siendo la última la 162/2010.

Uno de los conceptos retributivos previstos es el de la productividad, cuyo factor variable permite asignar cantidades individualmente reconocidas en razón del rendimiento e iniciativa en el trabajo.

Los objetivos, cuyo número es reducido, son pactados por el equipo adecuándose a las características de cada UGC o servicio. El documento donde se definen y pactan los objetivos se denomina "Acuerdo de objetivos", donde se especifica la relación nominal de los miembros del equipo, categoría y vinculación laboral, así como todos los objetivos, tanto comunes como específicos y sus fichas de evaluación correspondiente. En la fijación de los objetivos del acuerdo, quedan vinculados los resultados a un sistema retributivo que incentiva a los profesionales a su consecución.

- 117 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, vinculado al rendimiento profesional. Retribuye, por un lado, los resultados obtenidos por el servicio o UGC, y por otro, el desempeño individual.
- 118 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 que se trate, 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 y, supone hasta un 20% de las retribuciones de productividad.

Para cada categoría profesional que presta servicios en el hospital 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.

- 119 Los porcentajes de CRP y EDP percibidos por los profesionales del HUVV en el ejercicio 2010 ha variado entre un 11% del total de las retribuciones para un jefe de sección facultativo y el 2% para las categorías inferiores.
- 120 El gasto de la retribuciones percibidas por todos los directivos alcanzó en 2010 un total de 832.821€. En este ejercicio, el gasto de personal directivo presenta una variación negativa, respecto al año 2009, motivada por la reducción de los puestos de dirección y por la aplicación de las medidas restrictivas recogidas en la resolución 162/2010, de 1 de junio, por la que se aprueban las retribuciones desde el 1 de junio de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010, en virtud de la aplicación del Decreto-Ley 2/2010, de 28 de mayo, por el que se aprueban medias urgentes en materia de retribuciones en el ámbito de sector público andaluz.
- 121 El importe de productividad correspondiente al equipo directivo ascendió a 86.685€. Este dato no se publica en la resolución sino que corresponde al gerente del SAS designar un importe anual para el equipo en su conjunto, en función del cumplimiento de los objetivos marcados en el Contrato Programa anual.

Este importe, que supone un 10,4% sobre el total de las retribuciones a directivos, se ha disminuido durante el 2010 en un 48,95%, presentando una horquilla que va desde una reducción del 10,78 al 41,76%.

- 122 En el cuadro siguiente se puede observar los indicadores que relacionan el coste de personal del hospital con la población y con las altas del resto de los hospitales de especialidades:

2009	Virgen de la Victoria	Puerto Real	Jerez de la Frontera	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Plantilla media	3.383	1.604	2.204	2.664	s/d	2.639
Población TSAE	659.168	275.738	302.673	506.642	s/d	492.424
Altas	18.433	15.618	20.101	20.169	21.478	22.180
Coste personal Liq. Ppto. (€)	124.716.000	64.296.000	86.816.000	109.592.000	94.954.000	103.484.000
Coste medio personal (€)	36.866	40.085	39.390	41.138	s/d	39.213
Coste personal/pobl TSAE (€)	189	233	287	216	s/d	210
Coste personal/altas (€)	6.766	4.117	4.319	5.434	4.421	4.666

2010	Virgen de la Victoria	Puerto Real	Jerez de la Frontera	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Plantilla media	3.388	1.570	2.169	2.679	2.366	2.482
Población TSAE	665.708	278.652	304.594	508.832	392.129	497.372
Altas	20.563	14.656	19.598	19.587	20.854	20.685
Coste personal Liq. Ppto. (€)	118.623.523	62.349.804	85.848.227	105.827.059	91.890.000	100.381.676
Coste medio personal (€)	35.013	39.713	39.580	39.502	38.838	40.444
Coste personal/pobl TSAE (€)	178	224	282	208	234	202
Coste personal/altas (€)	5.769	4.254	4.380	5.403	4.406	4.853

Cuadro nº 25

- 123 El sistema de contabilidad analítica (COANH), ofrece información sobre los costes directos por servicio de hospitalización y quirúrgico. Se han seleccionado determinados servicios clínicos al objeto de comparar las ratios de eficiencia del personal facultativo por servicio durante el año 2010:

	Nº Facultativos	Coste Personal	Coste Medio	Altas	Coste /altas
Cirugía general y digestiva	40	3.883.142	97.079	3.187	1.218
Medicina interna	37	5.799.524	156.744	1.711	3.390
Hemat. y hemoterapia clínica	15	215.894	14.393	281	768
Oftalmología	28	2.381.143	85.041	123	19.359
Otorrinolaringología	20	2.352.117	117.606	564	4.170
Cirugía ortopédica y traumatología	45	6.399.592	142.213	2.390	2.678
Urología	17	2.155.347	126.785	1.019	2.115
Obstetricia y ginecología	30	4.581.906	152.730	2.823	1.623
TOTAL	232	27.768.665	119.693	12.098	2.295

Fuente: COAN y CMBD

Cuadro nº 26

Gasto en farmacia

- 124 El gasto en productos farmacéuticos correspondiente a los ejercicios 2009 y 2010, también presenta importes distintos en función de la fuente de información: ²¹

DATOS	2009	2010
Liquidación Ppto. ²²	41.905.258	11.907.143
C. Farmacia externa	32.838.223	9.284.645
C. Farmacia interna	9.067.035	2.622.498
Servicios Centrales SAS	33.008.261	33.743.204
C. Farmacia externa	24.552.886	25.874.397
C. Farmacia interna	8.455.375	7.868.807
COAN	33.585.816	35.112.557
UGC Farmacia	33.891.628	35.206.708
Consumo externo	24.558.066	26.445.979
Consumo interno	9.333.562	8.760.729

Cuadro nº 27 ²³

- 125 Se han tomado como referencia los datos facilitados por SSCC que han sido conciliados con los de la UGC de Farmacia del hospital, ya que la diferencia viene dada porque SSCC excluye, para el cálculo de los indicadores de gasto de la UGC de Farmacia, los consumos de nutrición enteral, hormona de crecimiento, soluciones de irrigación y viscoelásticos.
- 126 Se han realizado dos tipos de análisis, por un lado, el consumo en los ejercicios 2009 y 2010 del HUVV y por otro, se ha comparado el consumo del mismo en el ejercicio 2010 respecto al resto de hospitales de especialidades.

INDICADOR	2.009	2.010
Hospital de día médico (HDM)	9.804.867	10.518.802
Resto consumo externo	14.748.019	15.355.595
T. Farmacia externa	24.552.886	25.874.397
T. Farmacia interna	8.455.375	7.868.807
TOTAL	33.008.261	33.743.204

Cuadro nº 28

INDICADOR	Virgen de la Victoria	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Hospital de día médico (HDM)	10.518.802	7.096.961	4.869.081	4.672.614	6.132.477	5.300.854
Resto consumo externo	15.355.595	14.456.007	11.328.746	14.503.389	13.438.720	11.691.729
T. Farmacia externa	25.874.397	21.552.968	16.197.827	19.176.002	19.571.197	16.992.583
T. Farmacia interna	7.868.807	4.997.694	2.925.485	4.969.746	5.112.253	3.621.177
TOTAL	33.743.204	26.550.663	19.123.312	24.145.748	24.683.450	20.613.760

Fuente: Datos facilitados por SSCC

Cuadro nº 29 ²⁴

²¹ Punto modificado por la alegación presentada.

²² Datos obtenidos del Mayor de Gastos del Sistema Júpiter. Solo se incluye los subconceptos 221.06 y 221.16 - No se ha sumado el subconcepto 489.01 * Prestaciones farmacéuticas gestión directa por 96.089 (en 2009) y 412.771 (en 2010).

²³ Cuadro modificado por la alegación presentada.

²⁴ Cuadro modificado por la alegación presentada.

- 127 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	2009	2010	% Variación
Población con T.S.A.E.	659.168	665.708	1
Consumo farmacéutico	33.008.261	33.743.204	2
Cons.farmac./Poblac.T.S.A.E.	50	51	1
Cons.farmac.HDM	9.804.867	10.518.802	7
Altas HDM	s/d	28.971	-
Cons.farmac. HDM/ altas HDM	s/d	363	-
Consumo interno	8.455.375	7.868.807	-7
Nº de altas CMBD (1)	20.432	20.563	1
Cons.interno/ altas	414	383	-8
Ingresos	19.818	20.667	4
Actividad CMA	7.371	7.486	2
Ingresos más CMA (I+CMA)	27.189	28.153	4
Cons.interno/ (I+CMA)	311	280	-10
Puntos GRD	39.402	45.239	15
Consumo interno /Puntos GRD	215	174	-19

(1) Altas hospitalización

Cuadro nº 30²⁵

- 128 Para el cálculo de indicadores económicos, se relaciona en primer lugar el gasto total farmacéutico con la población de cobertura del HUVV. Como se observa en el cuadro anterior, el incremento del consumo respecto al ejercicio anterior ha sido solo del 1%.

El consumo en el HDM ha aumentado en un 7%, siendo el coste por alta en el año 2010 de 373€. Este incremento se localiza principalmente en el consumo de tratamientos oncológicos, debido al aumento en el coste de nuevos fármacos, a pesar del uso de los genéricos tradicionales.

- 129 Asimismo, se relaciona el consumo en *farmacia interna*, con indicadores de actividad asistencial (ingresos, altas, CMA) y con los puntos GRD.

Con respecto al ejercicio anterior, en términos económicos, si se compara el menor consumo interno producido, con el incremento en el número de puntos GRD (15%) y en los ingresos más CMA (4%), se puede observar una mayor eficiencia en este gasto.

Gasto en material fungible sanitario

- 130 El siguiente cuadro registra los epígrafes e importes del ejercicio 2010, más relevantes del concepto "fungible sanitario":

²⁵ Cuadro modificado por la alegación presentada.

CONCEPTOS	OBLIG.S/Liquidación Presupuestaria	OBLIGACIONES PERIODIFICADAS	COANH	OBLIGACIONES PERIODIFICADAS/COANH (%)
Material sanitario para consumo y reposición (1)	8.299.590,34	18.454.719,00	18.394.989,96	0,32
Prótesis de implante quirúrgico	9.437.236,81	18.138.062,21	16.484.979,00	9,11
Reactivo material de laboratorio	3.575.653,75	8.622.945,83	8.559.953,00	0,73
Accesorio y consumible de equipos de diagnóstico y tratamiento	341.189,90	531.204,32	383.064,00	27,89
Total Material Fungible Sanitario	21.653.670,80	45.746.931,36	43.822.985,96	4,21

(1) Incluye pequeño material instrumental y utillaje. El importe del COANH, es el resultado de sumar los costes controlables de centros finales, centros intermedios, centros básicos y centros exteriores, facilitado por el propio HUVV

Cuadro nº 31

131 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 han tomado los importes presupuestarios, una vez calculado el gasto real efectivo, ya que las diferencias entre los importes presupuestarios y los consumos no han podido ser conciliadas.

132 Se calculan los indicadores relacionando el consumo con la actividad desarrollada por el hospital:

	Material sanitario para consumo y reposición			Prótesis de implante quirúrgico			Reactivo material de laboratorio			Acces. y consumible de equipos de diagnóstico y tratamiento		
	2009	2010	Var (%)	2009	2010	Var (%)	2009	2010	Var (%)	2009	2010	Var (%)
Consumo	17.568.160	18.493.603	5	15.742.955	18.166.765	15	8.974.422	8.675.061	-3	534.901	531.204	-1
Nº de altas CMBD	20.504	20.706	1	20.504	20.706	1	20.504	20.706	1	20.504	20.706	1
Consumo/altas	857	893	4	768	877	14	438	419	-4	26	26	-2
Ingresos más CMA (I+CMA)	27.189	28.153	4	27.189	28.153	4%	27.189	28.153	4	27.189	28.153	4
Consumo/(I+CMA)	646	657	2	579	645	11	330	308	-7%	20	19	-4
Puntos GRD	39.402	45.239	15	39.402	45.239	15	39.402	45.239	15	39.402	45.239	15
Consumo/Puntos GRD	446	409	-8	400	402	1	228	192	-16	14	12	-14

Cuadro nº 32

133 Los resultados obtenidos en relación consumo/puntos GRD, aportan datos muy similares a los gastos de farmacia.

Ingresos por facturación de asistencia sanitaria a terceros

134 La facturación a terceros en el ejercicio 2010 ha ascendido a 5.095.292,86€. Esta facturación incluye la asistencia sanitaria a pacientes de compañías médicas privadas, aseguradoras por accidentes de tráfico, mutualidades por accidentes de trabajo, pacientes privados, etc.

135 Los importes correspondientes a la mayoría de estas facturaciones, se ingresan en la Tesorería del SAS, cuenta restringida de ingresos, es decir, el hospital no dispone directamente de los importes facturados correspondientes a la asistencia sanitaria que ha prestado.

Pero las prestaciones de servicios asistenciales realizadas a ciudadanos extranjeros cubiertos mediante convenios internacionales se registran en la aplicación del INSS (FISS WEB), pero no se ingresan en la tesorería del hospital, ni se contabiliza como ingreso en los estados financieros de la empresa, formando parte de compensaciones que se realizan en la Tesorería General de la Seguridad Social.

Por este concepto, el HUVV ingresó en el año 2010, 2.517.370,28€, un 49% del total facturado.

- 136 Aunque con este procedimiento el hospital no tenga la motivación de poder destinar el destino de esos fondos en el propio hospital, el Contrato Programa fija como objetivo que se experimente un incremento mínimo del 5% sobre el resultado del cierre de mencionado ejercicio y, el HUVV ha cumplido dicho objetivo al ascender la facturación un 6,82%.

3.5 Análisis de la satisfacción de los usuarios

- 137 Durante el año 2010 el SAS no realizó las encuestas de satisfacción entre los usuarios del sistema, que anualmente se llevaban a cabo en colaboración con el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA/CSIC), con el fin de conocer la opinión de los ciudadanos acerca de los servicios que reciben, 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.
- 138 Son 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 del Contrato Programa, los que realizan los cuestionarios de satisfacción al alta del paciente. Los cuestionarios se remiten al SAS que emite un informe con los resultados obtenidos. Estos cuestionarios se elaboraban por el Instituto de Marketing y Comunicación S.L. (IMC) durante el año 2009 y el primer semestre de 2010. A partir de ese momento dejan de hacerlas con la empresa exterior y es el propio hospital el que las debe de realizar.
- 139 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 el hospital y se comparan con los hospitales de su nivel.
- 140 En el cuadro siguiente se expone la valoración de la atención hospitalaria, obtenidos de las encuestas autocumplimentadas correspondientes al ejercicio 2009 y al primer semestre de 2010, y se comparan con los resultados alcanzados por los hospitales del nivel 2.

Indicadores de satisfacción	2009	SAS	2010	SAS
Atención sanitaria	94,2%	94,1%	96,2%	95,3%
Recomendaría este hospital	91,0%	90,0%	94,5%	91,9%
Confort de habitación	77,4%	66,5%	88,4%	69,6%
Limpieza	83,1%	77,7%	89,6%	82,3%
Comida	77,0%	72,0%	84,1%	75,7%
Régimen de visitas	83,0%	80,0%	87,4%	81,1%
Información sanitaria	90,5%	89,3%	93,9%	91,3%
Identificación de profesionales	89,9%	87,2%	92,3%	88,9%
Atención de Médicos	95,1%	94,3%	95,8%	95,0%
Atención de Enfermeros/as	96,1%	95,4%	96,7%	96,2%
Atención de Auxiliares enfermería	94,0%	93,5%	95,0%	94,4%
Atención Personal no sanitario	91,2%	89,1%	95,2%	90,9%
Trato recibido	96,1%	94,6%	97,7%	95,8%

Cuadro nº 33

- 141 Para estas encuestas, se consideran “debilidades del sistema” aquellas que no superan una satisfacción media del 70%.
- 142 Todas las valoraciones que hacen los usuarios tanto en el ejercicio 2009 como en el 2010, quedan por encima de la media de los hospitales de su nivel en ambos ejercicios. Asimismo, se observa que ha habido una ligera mejora de todos los indicadores del 2010 respecto de los del 2009. El indicador que más ha mejorado ha sido el de “confort de habitación”, con una mejora del 11%. Es de destacar que dicho indicador es uno de los que tenía la puntuación más baja durante el 2009.
- 143 Entre los objetivos específicos de la unidad de Sistemas de Evaluación e Información para el 2010, se encuentra la elaboración y puesta en marcha de un plan de mejora concreto en las áreas identificadas en las encuestas de satisfacción del año anterior, elaborándose para ello un informe semestral sobre el plan de mejora y las actividades implantadas. Este plan no se puso en marcha durante el 2010.

3.6 Análisis de las reclamaciones de los usuarios

- 144 En este epígrafe se analizan las reclamaciones, incluidas las patrimoniales que solicitan indemnización o reparación económica a través de una queja asistencial, presentadas por los usuarios del HUVV en todos sus centros y en los dos últimos ejercicios.
- 145 Las reclamaciones presentadas por los usuarios en los dos últimos años han sido las siguientes:

	2009	2010
Nº Reclamaciones	2.518	2.096
Población	461.170	465.891
Reclamación /1000 habitantes	5,46	4,50
Reclamaciones/día	6,9	5,7

Cuadro nº 34

Las reclamaciones de 2010 corresponden a: 1.818 del H.U.V.V, 67 del Hospital Marítimo, y 211 de San José Obrero. (CESJO)

- 146 Si se clasifican las reclamaciones presentadas en los dos últimos ejercicios, en función de los motivos de las quejas, el resultado es:

MOTIVOS	2009	2010	Variación
Sin definir	43	53	23,26%
Asistencial	225	208	-7,56%
Trato	214	183	-14,49%
Información	88	82	-6,82%
Org., trámites y normas	1.852	1.498	-19,11%
Hostelería e infraes.	74	57	-22,97%
Reclamaciones	5	6	20,00%
Éticos	17	9	-47,06%
TOTAL	2.518	2.096	-16,76%

Cuadro nº 35

- 147 Para el año 2010, el Contrato Programa incluye como objetivo específico reducir en un 10% o más el número de reclamaciones por trato inadecuado del personal administrativo, confusión administrativa, trámites dificultosos, trámites administrativos, pérdida de historia clínica y pérdida de documentos clínicos. El número de reclamaciones presentadas en ese año, ha descendido un 16,76% respecto del año anterior motivado, principalmente a la implantación de una atención personalizada para las reclamaciones, que evita la tramitación de algunas quejas o la resolución de otras de forma inmediata.
- 148 Se observa que el motivo fundamental de las reclamaciones de los usuarios se engloba en el epígrafe de "Organización, trámites y horas", cuyo mayor volumen de reclamaciones corresponde a lista de espera para consulta. El segundo motivo de las reclamaciones presentadas 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/UGC de Urgencias y Observación y de Neurología.
- 149 Respecto al seguimiento realizado al procedimiento establecido, se ha detectado que un 13% del total presenta errores en la grabación de las reclamaciones debido, principalmente, a que no se cumplimentan algunos de los campos requeridos por el procedimiento tales como: línea funcional, tipo de reclamación, fecha de anulación, fecha de recepción del informe del servicio afectado por la reclamación. Por ejemplo, de aquellas reclamaciones que han solicitado informes a los distintos servicios, en el 87% de los casos no consta la fecha de recepción del mismo.

Otro factor que influye en la existencia de errores en los registros es que el HUVV carece de un criterio homogéneo para clasificarlas y grabarlas, atendiendo a los diversos motivos, al profesional afectado, tipo de contestación y servicio.

- 150 Sobre una muestra de 40 reclamaciones interpuestas, se ha detectado que un 94,74% de ellas, presentaban algún tipo de incidencia, bien porque no constan los motivos o no son correctos, bien porque no se registra el personal o servicio afectado o el tipo de respuesta o, por último, porque no consta la fecha de contestación o está mal grabada en la base de datos. Del total de incidencias, ésta última es la que más se repite, ya que supone un 71,05% de los casos.
- 151 El HUVV no tiene como objetivo el tiempo de respuesta, pero según el procedimiento de actuación, las reclamaciones que pueden ser solucionadas por el personal del Servicio de Atención al Ciudadano (SAU), deberán resolverse en un plazo de 15 días. Aunque, el promedio de días entre la contestación y la reclamación es de 21 días, hay que señalar que el hospital registra como contestada la reclamación, solo por el hecho de comunicar al usuario que se va a proceder a estudiar la misma, con independencia de que la queja necesite un informe o no del servicio afectado.
- 152 No se ha podido constatar la media de días que tarda el hospital en resolver las reclamaciones que necesitan un informe aclaratorio del servicio afectado, ya que en un 19,23% de la muestra no consta la fecha de solicitud al servicio y en un 34,62% no consta la fecha de contestación del servicio al SAU.
- 153 De 18 expedientes de la muestra que estaban finalizados y completos, el promedio de días para resolver las reclamaciones alcanza los 127,9 días.
- 154 En el año 2010 se han abierto 80 expedientes de responsabilidad patrimonial; unas las resuelve el propio centro (24) y otras se resuelven desde SSCC.
- 155 Aunque el objetivo fijado en el Contrato Programa relativo a la responsabilidad patrimonial es disminuir las reclamaciones de este tipo en un 20%, en el año 2010 aumentó un 1%, respecto al año anterior.
- 156 Pese a que la resolución del 27 enero de 2010 de la Dirección Gerencia del SAS fija unos plazos máximos para la remisión de los informes preceptivos por parte de los servicios afectados, con el objetivo último de resolver las reclamaciones de los ciudadanos en un plazo que no supere el plazo legal de 6 meses para la tramitación de las mismas, se observa que el HUVV supera los plazos.

Según una muestra de expedientes analizados, no sólo hay demora de los servicios afectados en emitir un informe (plazo promedio es de 121 días desde la petición), sino que también transcurre un dilatado plazo entre la fecha de entrada de la reclamación y la petición de informe al servicio afectado por parte del SAU.

- 157 Al ser el procedimiento de gestión de estas reclamaciones muy básico, impide conocer, de una manera ágil, su cuantificación y datos relevantes que afectan a las mismas.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Estructura organizativa

158 Las conclusiones más relevantes de este epígrafe son:

Durante el año 2010, la plantilla media efectiva fue de 3.388 trabajadores, un 0,1% de variación con respecto al año 2009. Si la comparamos con la plantilla media de los hospitales que conforman el nivel 2 de la clasificación hospitalaria, se observa que, aun cuando el número de profesionales por categorías supera a los del resto de hospitales de su grupo, en la comparación de los profesionales/TIS asignadas, el HUVV se mantiene en un nivel intermedio, excepto el correspondiente al personal sanitario no facultativo que presenta el indicador más elevado. (**§ 18 y cuadros nº 3 y nº4**)

159 Durante el ejercicio 2010, el HUVV tiene 22 trabajadores (2 directivos, 4 facultativos, un técnico de documentación sanitaria, 7 técnicos de función administrativa, 1 administrativo, 3 auxiliares administrativos, 2ATS/DUE, un auxiliar de enfermería y una limpiadora) que se encuentran adscritos funcionalmente. Es decir, estos trabajadores prestan sus servicios fuera del hospital aunque reciben sus retribuciones de su centro de origen, lo que ha supuesto un gasto, para el HUVV, que asciende a 608.582,36€, (27.662,83€ gasto medio por trabajador, suponiendo una disminución del 21,28% respecto al año 2009). En contraposición, en el HUVV no hay ningún trabajador transferido de otro centro. (**§ 20**)

El HUVV, como organismo independiente para su gestión económica, no se entiende la política seguida para estos trabajadores cedidos. A fin de evitar un gasto adicional que repercute, en alguna medida, en la gestión eficiente o no de los recursos, debería seguirse el procedimiento habitual para estos casos, según la normativa aplicable sobre situaciones administrativas del personal estatutario y laboral.

160 Aunque el Hospital Virgen de la Victoria sea un hospital del Grupo 2, debido a su complejidad y a otros criterios objetivos y no sólo cuantitativos, se clasifica a dicho hospital y sólo a efectos de Retribuciones del Personal del SAS, como un hospital del Grupo 1. (**§ 23**)²⁶

Fijación de Objetivos

161 En el Contrato Programa, el HUVV tiene definido los objetivos anuales que corresponden a las actividades a realizar y a la dotación de recursos asignada para la consecución de tales fines. Para la evaluación del cumplimiento de los objetivos acordados, el hospital dispone de un cuadro de mandos. (**§ 25 y § 27**)

162 Del resumen sobre el seguimiento en el cumplimiento de los objetivos fijados para el año 2010, que se muestra en el **Anexo 3**, se señalan determinados aspectos e indicadores, cuya información resulta relevante:

²⁶ Punto modificado por la alegación presentada.

-La consecución de los objetivos del Contrato Programa del HUVV, ha alcanzado un porcentaje global del 77%, superior a la media de los hospitales de su grupo, un 73%. **(§ 28)**

-En cuanto a los objetivos establecidos para el área financiera, los hospitales de especialidades no tienen un cumplimiento muy elevado, un 59,5%, siendo aun menor el que presenta HUVV, un 44,4%. **(§ 29)**

-En el área de farmacia, el cumplimiento medio de los hospitales de especialidades, un 73,4%, es superado por el HUVV, que alcanza el 83,3%. No obstante, este hospital no cumple el objetivo de prescripción por principio activo, pues sólo el 57,43% de las recetas son prescritas por principio activo, frente al 65% exigido. **(§ 30)**

163 Los objetivos generales del contrato programa, se despliegan en objetivos específicos para los distintos servicios asistenciales y/o UGC. Los aspectos más relevantes sobre el cumplimiento de los objetivos fijados para la UGC de Farmacia y para los servicios no asistenciales: Unidad de Ingresos, dependiente de la Dirección Económico-Administrativa/SSGG y la Dirección de Sistemas de Información y Evaluación, que se seleccionaron, son:

- Estos departamentos cumplen el 25% de los objetivos comunes, no alcanzando el objetivo propuesto de limitar los gastos de personal y de bienes corrientes y servicios ni el del absentismo del personal no sanitario.
- Sobre los objetivos específicos, mientras que la Unidad de Ingresos obtiene un resultado del 100% y la UGC de Farmacia de un 85%, la Dirección de Sistemas de Información y Evaluación alcanza el 87,5%, incumpliendo, entre otros, el objetivo de conseguir el porcentaje mínimo fijado de registros en el sistema soporte de la historia clínica electrónica (DIRAYA), un 35% sobre las actuaciones en consultas externas y un 80% sobre las urgencias. **(§ 31 al § 35)**

Conclusiones sobre la actividad asistencial

Actividad de hospitalización

164 Hay diferencias en los datos aportados por los sistemas de información CMBD e INIHOS debido, en parte, a que todos los indicadores obtenidos de los registros de INIHOS se calculan a partir del número de ingresos de los pacientes, mientras que, la unidad de registro del CMBD de hospitalización es el alta hospitalaria, además de que las altas con 0 días no se registran en el CMBD de hospitalización.

Asimismo, en esas diferencias intervienen aspectos como que en el INIHOS puedan existir duplicidades de registro que difícilmente pueden ser detectadas al no disponer de datos identificativos del paciente y que el CMBD, que sería el sistema de referencia al disponer de los datos individualizados, se cierra con posterioridad al INIHOS, por lo que a la fecha de presentación de los datos aún no se ha proporcionado la información.

Este hecho que pudiera afectar a los indicadores de actividad que en el Contrato Programa establece, se subsana obteniendo los datos de uno u otro sistema en función del objetivo que se persiga. **(§ 46, § 50, cuadros nº 5 y nº 6)**

- 165 Durante el ejercicio 2010, la *frecuentación hospitalaria* del HUVV es de 31 ingresos por cada 1.000 TSAE.²⁷

A este respecto, hay que señalar que aunque el HUVV es, por volumen económico y actividad asistencial, población de cobertura y oferta de cartera de servicios, el más importante de los hospitales de su grupo, presenta un índice de frecuentación muy por debajo de la media que presentan los otros hospitales del grupo. No obstante, a su favor añadir que refleja unos ingresos y altas y un porcentaje de resolución de episodios sin necesidad de ingresos muy similares al resto. **(§ 52 y cuadro nº 8)**

- 166 Según los datos aportados en el ejercicio 2010, la *estancia media* resulta 9,22 días (0,2 días menos que en 2009). Este resultado, se muestra elevado y afecta de forma negativa a otros indicadores relacionados con la eficiencia en la gestión del recurso cama. Es decir, si se relacionan los *indicadores de ocupación, rotación y sustitución*, se podría concluir que hay una gestión eficiente del recurso cama, bien porque no se mantienen camas desocupadas a pesar de la demanda asistencial del área o bien, porque el HUVV presenta una oferta de camas adecuada con la demanda asistencial pero, en su perjuicio, habría que especificar que esto se consigue manteniendo a los pacientes ingresados (estancia media) durante un período de tiempo más largo que el esperado para la media andaluza, según los GRDS.

Al respecto, habría que añadir que en relación con el área de actividad asistencial del Contrato Programa que se centra, principalmente, en disminuir el índice de utilización de estancias y las estancias evitables, el cumplimiento medio de los hospitales de especialidades es del 92,86%, mientras que el del HUVV es un 50%. **(§ 55, § 61 y Anexo 4)**

- 167 El hospital presenta los IUE (*índices de utilización de estancias*) por encima de la unidad o valor óptimo del indicador, por lo tanto el resultado del indicador, un 1,1, en concordancia con las conclusiones anteriores, refleja un consumo real de estancias superior al esperado para la casuística, es decir, con respecto a los hospitales de su nivel y al conjunto de hospitales de Andalucía. **(§ 62)**

Si el hospital disminuyera la estancia media en los GRD con mayor número de altas (concretamente y según Anexo 5 son: el 373 "parto vaginal y cesáreas sin complicaciones", 541 "neumonía simple y otros trastornos respiratorios, excepto bronquitis" y 430 "Psicosis"), gestionando la estancia media de las categorías diagnósticas mayores como los "trastornos mentales", "enfermedades infecciosas y parasitaria" y la categoría de "otros contactos con servicios sanitarios", que según datos del Anexo 6, son las que presentan mayores desviaciones con el estándar andaluz, obtendría una importante ganancia potencial con un mejor resultado en el índice de utilización de estancias (IUE1 y 2).

²⁷ Punto modificado por la alegación presentada.

- 168 En contraposición, señalar que el resultado del *índice casuístico*²⁸ (índice casemix), un 2,19, le resulta favorable al HUVV en relación con el resto de los hospitales de especialidades, ya que es un indicador de calidad que muestra la complejidad de la casuística del hospital. (**§ 66 y cuadro nº 12**)

Actividad de consultas de especialidades

- 169 El Contrato Programa correspondiente al HUVV carece de objetivos cuantificados en la mayoría de las actividades de consultas, pero hay objetivos estratégicos relacionados con las condiciones de organización, entre los que destacan:
- 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. Aunque, se ha producido una disminución de un 0,27%, respecto al año 2009, no supone un dato significativo si se compara con la reducción producida en las primeras consultas, un 4,38%.
 - Potenciar en todos los centros las consultas de acto único. Para la fiscalización no se ha dispuesto del dato, ya que el HUVV no dispone de criterios para la cuantificación de estos actos asistenciales. (**§ 72 y § 75**)

Si la Consejería de Salud y el SAS aconsejan a todos sus centros potenciar las consultas de acto único deben aprobar criterios comunes, aplicables a todos los centros, a fin de facilitar su cuantificación y seguimiento, ya que en la realización de este tipo de consultas intervienen una serie de factores²⁹ que es difícil medir o cuantificar.

- 170 Hay que destacar que en el año 2010, aún cuando el hospital dispone de 45 salas de consultas más que en 2009 y el número de facultativos especialistas se mantiene invariable, disminuye el número total de consultas en un 2,81%. Con estas variables, aunque el índice de rotación de usuario presente una utilización menor de las salas, ya que disminuye en 6,49 puntos porcentuales respecto a 2009 (cada espacio físico es utilizado para una media de 14,17 consultas diarias en 2010 frente a las 20,66 calculadas para el ejercicio 2009), no significa que se haya producido un incremento en los tiempos de espera para las visitas. (**§ 76 y cuadro nº 14**)³⁰

Se recomienda al HUVV analice y revise los factores, como pueden ser entre otros la concentración física de las salas y la mayor accesibilidad horaria de los profesionales, que han influido en una menor rotación de las salas de consulta disponibles.

²⁸ Recordar que 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 dividiendo por el total de altas del hospital.

²⁹ Para que estos actos asistenciales puedan realizarse, los hospitales deben reunir determinadas condiciones de organización y distribución de recursos: técnicos, personales, espacios, etc., ya que al paciente se le realizan, en una misma jornada, todos los procedimientos, exploraciones e interconsultas necesarios para llegar a un juicio clínico.

³⁰ Punto modificado por la alegación presentada.

- 171 Con respecto al resto de hospitales de especialidades, los indicadores del HUVV sobre actividad de consulta de especialistas fluctúan en un nivel superior al resto, excepto el indicador de frecuentación de consultas programadas, que se sitúa entre los más reducidos del grupo (**§ 77 y Anexo 7**).

Actividad de urgencias

- 172 En el año 2010, la presión que las urgencias ejercen en la actividad del hospital presenta un 67%, frente al 73% del año 2009. Pero esto no significa que haya un menor número urgencias ingresadas, ya que el número de ingresos urgentes ha disminuido en 614 ingresos mientras que aumenta en 849 el número de los ingresos programados. (**§ 79 y cuadro nº 15**)³¹
- 173 En relación con los otros hospitales de especialidades los indicadores, exceptuando el de frecuentación, son favorables al HUVV ya que presenta el mayor número de urgencias atendidas y el porcentaje de urgencias ingresadas se sitúa en un nivel intermedio. (**§ 80 y Anexo 8**).

Actividad quirúrgica

- 174 Según los indicadores obtenidos, en el hospital el paciente ingresa 1,26 días antes de la intervención quirúrgica, mientras que la media del grupo la estancia preoperatoria es de 1,12 días. (**§ 84, cuadro nº 16 y Anexo 9**).

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

- 175 El porcentaje de resolución en CMA del HUVV ha disminuido un 4,15% respecto a 2009, además de que presenta el índice de resolución de CMA más bajo de todos los hospitales de especialidades del SSPA. No obstante, el porcentaje de ingresos tras una intervención de CMA (indicador de calidad) ha disminuido bastante y se sitúa algo por debajo de la media. (**§ 86 y Anexo 9**).³²

Un incremento en el porcentaje de resolución en CMA beneficiaría al HUVV, ya que se considera un indicador de calidad, porque la CMA origina mayor seguridad y confort para el paciente por disminuir el riesgo de infección nosocomial, así como no desubicarlo de su medio. Además, se considera un indicador de eficiencia al generar economía en los recursos aplicados.

- 176 En el ámbito de la accesibilidad a los servicios sanitarios, se ha realizado un análisis de los tiempos medios de respuesta quirúrgica, atendiendo a los plazos máximos que se establecen en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, de la Consejería de Salud (180 días) y en la Orden de 20 de diciembre de 2006 (120 días). (**§ 96**)
- 177 El cumplimiento medio, de los hospitales de especialidades, en los plazos regulados mediante decreto de garantía asciende al 83,9%, y el de HUVV es del 81,8%.

³¹ Punto modificado por la alegación presentada.

³² Punto modificado por la alegación presentada.

En concreto, el hospital incumple el objetivo referente a el porcentaje de pacientes en situación de transitoriamente no programable que, aunque ha disminuido respecto a 2009 (de un 33,6% a un 30,2%), queda aún muy lejos del objetivo establecido (un 9%). Otro aspecto a señalar, es que este objetivo lo cumplen 5 de los 7 hospitales de los centros que conforman el nivel 2 de la clasificación hospitalaria. **(§ 97)**

- 178 El HUVV presenta un *tiempo medio de demora quirúrgica*³³ de los pacientes pendientes, a diciembre de 2010, de 65 días, para los procedimientos incluidos el Decreto 209/2001 y de 53 días, para los de la Orden de 2006. **(cuadro nº 20)**

La *demora media de las salidas de pacientes*³⁴ para el total de los hospitales de especialidades es de 97 días para los procedimientos recogidos, presentando el hospital demora superior, 118 días. **(§ 102 y cuadro nº 21)**

- 179 La revisión de los tiempos medios de respuesta quirúrgica se ha realizado sobre una muestra de intervenciones, cuyo resultado muestra un 28% de incidencias y errores en los registros. **(§ 103 y cuadro nº 22).**

Destaca que en 12 pacientes (un 33%), el período de tiempo entre la inscripción y la intervención supera ampliamente el período de garantía establecido. Sin embargo, en 11 de estos casos no se incumple el plazo previsto, ya que el tiempo de garantía ha estado paralizado al encontrarse el paciente en estado “transitoriamente no programable” (TNP), unas veces a petición propia y otras por reevaluación clínica. En todos estos casos, este cambio de situación del paciente se produce siempre pocos días antes de que se llegue al fin del período de garantía, pasando de nuevo el paciente a programable el mismo día de la intervención. **(§ 105)**

- 180 Para complementar la gestión quirúrgica, se han comprobado los sistemas de información que afectan a esta área de actividad asistencial, detectando que en los registros incluidos en la base de datos de salidas de 2010 correspondiente al sistema de información del HUVV hay 207 casos duplicados. **(§ 106)**

Conclusiones de carácter económico

- 181 La situación de déficit presupuestario que presenta el HUVV y la evolución de la deuda es la siguiente:

DEUDA EJERC. ANTERIORES	DEUDA 2008	DEUDA 2009	DEUDA 2010	DEUDA ACUMULADA A 31/12/10
29.391	624	42.582.420	64.990.839	107.603.273

Para el ejercicio 2010, este déficit se concentra exclusivamente en el capítulo II del Presupuesto de Gastos. **(§ 112 y § 113)**

³³ Tiempo medio que llevan esperando los pacientes programables para una intervención quirúrgica

³⁴ Tiempo medio que han esperado los pacientes, que han sido dados de baja en el periodo de estudio, entre su inclusión en el Registro de Demanda Quirúrgica y su fecha de baja, sin incluir los días que el paciente está transitoriamente no programable.

- 182 De los indicadores calculados con relación a los gastos de personal señalar que, mientras el HUVV se comporta de forma más eficiente en la relación entre coste de personal/ población de cobertura, el indicador que relaciona la actividad desarrollada (coste de personal/altas) se presenta como el más elevado de los hospitales de especialidades. No obstante, hay que señalar que ambos indicadores han disminuido, de forma significativa, respecto al año 2009. **(Cuadro nº 25)**

Según la comparativa de los años 2009-2010, el consumo farmacéutico varía un 2%, respecto al año anterior. Si se relaciona con la población TSAE, solo se incrementa un 1% , mientras que se observa un menor consumo interno de productos farmacéuticos que, si se compara con el incremento en el número de puntos GRD (15%) y en los ingresos más CMA (4%), se puede observar una mayor eficiencia en este gasto. **(§ 129, § 130 y cuadro nº 30)**

- 183 Sobre los gastos en material fungible sanitario, los resultados obtenidos en relación consumo/ puntos GRD, aportan datos muy similares a los gastos de farmacia. **(§ 134 y cuadro nº 32)**
- 184 En el ejercicio 2010, la facturación a terceros³⁵ ascendió a 5.095.292,86€. Aunque estos ingresos no suponen una motivación de poder destinar el destino de esos fondos en el propio hospital, el Contrato Programa fija como objetivo que se experimente un incremento mínimo del 5% sobre el resultado del cierre del ejercicio anterior. El HUVV ha cumplido dicho objetivo al incrementarse esa facturación un 6,82%. **(§ 135 a § 137)**

Conclusiones relacionadas con la calidad

Satisfacción de los usuarios

Todas las valoraciones de los cuestionarios realizados al alta del paciente, tanto los del año 2009 como los de 2010, quedan por encima de la media de los hospitales de su nivel, además de que se ha producido una ligera mejora de todos los indicadores de 2010 respecto de los del año anterior. **(§ 143 y cuadro nº33)**

Reclamaciones de los usuarios

- 185 Las reclamaciones presentadas por los usuarios en el ejercicio 2010 ascienden a un total de 2.096, un 17% menos que en el ejercicio anterior. Se observa que el motivo fundamental de las reclamaciones de los usuarios se engloba en el epígrafe de "Organización, trámites y horas", cuyo mayor volumen de quejas corresponde a lista de espera para consulta y el mayor número de reclamaciones se concentra en los servicios/UGC de Urgencias y Observación y de Neurología. **(§ 148, § 149, cuadros nº34 y 35)**
- 186 Respecto al seguimiento realizado al procedimiento establecido, se ha detectado que un 13% del total de registros presentaba errores en la grabación de las reclamaciones. Además, sobre una muestra de 40 reclamaciones interpuestas, se ha detectado que un 94,74% de ellas, presentaban algún tipo de incidencia. **(§ 150)**

³⁵ Esta facturación incluye la asistencia sanitaria a pacientes de compañías médicas privadas, aseguradoras por accidentes de tráfico, mutualidades por accidentes de trabajo, pacientes privados, etc.

A fin de evitar incrementar los errores e incidencias existentes es necesario que se cumplieren algunos de los campos requeridos por el procedimiento tales como: línea funcional, tipo de reclamación, fecha de anulación, fecha de recepción del informe del servicio afectado por la reclamación y que se aprueben unos criterios homogéneos para clasificarlas y grabarlas atendiendo a: los diversos motivos, al profesional afectado, tipo de contestación y servicio.

- 187 Según el procedimiento de actuación, las reclamaciones que pueden ser solucionadas por el personal del Servicio de Atención al Ciudadano (SAU), deberán resolverse en un plazo de 15 días. Aunque, el promedio de días entre la contestación y la reclamación es de 21 días, hay que especificar que el hospital registra como contestada la reclamación, solo por el hecho de comunicar al usuario que se va a proceder a estudiar la misma, con independencia de que la queja necesite un informe o no del servicio afectado. **(§ 151)**
- 188 Sobre los expedientes de responsabilidad patrimonial, señalar que pese a que la resolución del 27 enero de 2010 de la Dirección Gerencia del SAS fija unos plazos máximos para la remisión de los informes preceptivos por parte de los servicios afectados, con el objetivo último de resolver las reclamaciones de los ciudadanos en un plazo que no supere el plazo legal de 6 meses para la tramitación de las mismas, se observa que no sólo hay demora de los servicios afectados en emitir un informe (plazo promedio es de 121 días desde la petición), sino que también transcurre un dilatado plazo entre la fecha de entrada de la reclamación y la petición de informe al servicio afectado por parte del SAU. **(§ 157)**
- 189 A modo de resumen sobre las conclusiones expuestas en los puntos anteriores, se puede destacar que el HUVV, supera en el porcentaje global de los objetivos estratégicos definidos desde la Consejería de Salud y el SAS a la media de los hospitales del nivel 2 “*De especialidades*”, así como refleja incumplimientos en determinados objetivos por áreas que resultan relevantes y concluyentes sobre la gestión económica y asistencial llevada a cabo por el mismo.

Destacan los del área financiera en la que, en concreto, incumple el objetivo de limitar los gastos de personal y en bienes corrientes y servicios, a las cantidades presupuestadas. Asimismo, respecto al indicador de calidad relacionado con la accesibilidad, el HUVV presenta un porcentaje por debajo de la media del grupo e incumple el objetivo relacionado con los pacientes en situación de transitoriamente no programable que, aunque ha disminuido respecto a 2009, de un 33,6% pasa a un 30,2%, queda aún muy lejos del objetivo establecido, un 9%.

Por último, en relación al área de actividad asistencial, centrada en disminuir el índice de utilización de estancias y las estancias evitables, el cumplimiento medio de los hospitales de especialidades es del 92,86%, sin embargo en el HUVV es del 50%, ya que no se alcanza el objetivo de las estancias evitables.

- 190 El HUVV con una población de cobertura mayor que el resto de hospitales de su grupo, presenta una baja frecuentación³⁶ en todas las actividades asistenciales analizadas: hospitalización, consultas, urgencias y quirúrgica. Aunque esta información no aporta datos para concluir sobre la eficiencia de la actividad desarrollada, sirve de base para ubicarnos en el entorno de su actividad y para el cálculo de otros indicadores más representativos de la gestión.

Así, si relacionamos la plantilla de facultativos disponible con el índice de frecuentación, la conclusión a la que se llega es que no se ha llevado a cabo una gestión eficiente. Si además, para obtener una conclusión más fehaciente se incluye el análisis de los indicadores estancia media y el índice de resolución de CMA, que afectan, muy significativamente, a la eficiencia en la gestión de los recursos disponibles factores, se corroboraría la conclusión anterior. Es decir, con respecto al resto de hospitales de especialidades del SSPA, el HUVV refleja una estancia media y unas IUEs elevadas y presenta el índice de resolución de CMA más bajo, lo que resulta perjudicial para la estancia media y, consecuentemente, representa un bajo ahorro en recursos.

- 191 No obstante, si el consumo de los recursos disponibles y los resultados de actividad los relacionamos con los puntos GRD (indicador de consumo por puntos GRD) y tomamos en consideración el “índice casuístico o de complejidad” (índice casemix)³⁷, los resultados resultan más favorables al HUVV, ya que los puntos GRD suponen una estimación del consumo asociado a los distintos procedimientos realizados en el HUVV. Por lo tanto, si estos indicadores resultan más favorables, nos lleva a concluir que el hospital realiza procedimientos con un mayor peso y, consecuentemente, asociado a un menor consumo de recursos.

- 192 Respecto a la gestión económica y financiera, la eficiencia sobre los gastos de personal y consumos de farmacia y material fungible sanitario, medida en la relación coste/complejidad o puntos GRD, resulta favorable al HUVV.

Pero no se debe olvidar que todos estos gastos se incluyen en el capítulo II del Presupuesto, y que este presenta una deuda del año 2010 de 64.990.839€, aunque hay que añadir que existen factores derivados de la gestión que podrían rebajar ese déficit, como la posibilidad de invertir la facturación a terceros y el pago de las retribuciones correspondientes a la figura de personal cedido.

- 193 La calidad de la asistencia prestada, reflejada en indicadores como la prevalencia de infecciones nosocomiales, los porcentajes de reingresos y de ingresos tras una intervención de CMA, las encuestas de satisfacción y las reclamaciones, se encuentra en unos niveles intermedios-altos y, en algunos casos, por encima de la media de los hospitales andaluces de su nivel. Se exceptúa el indicador de accesibilidad a la asistencia sanitaria, que tal y como se mencionaba en el punto 199, se encuentra por debajo de la media.

³⁶ Nº de ingresos, consultas externas, urgencias e indicaciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes/TSAE.

³⁷ 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 dividiendo por el total de altas del hospital.

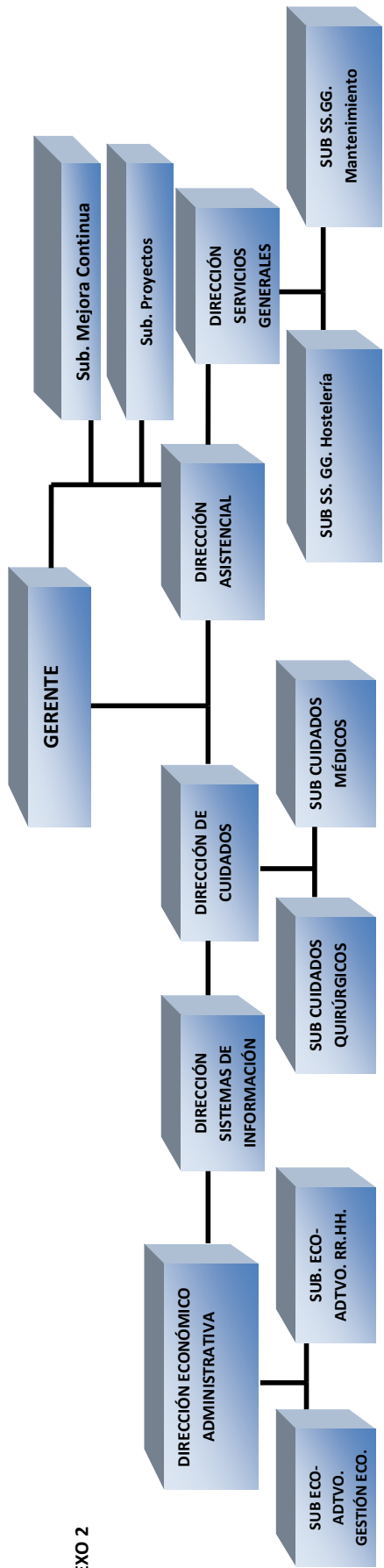
5. ANEXOS

ANEXO 1

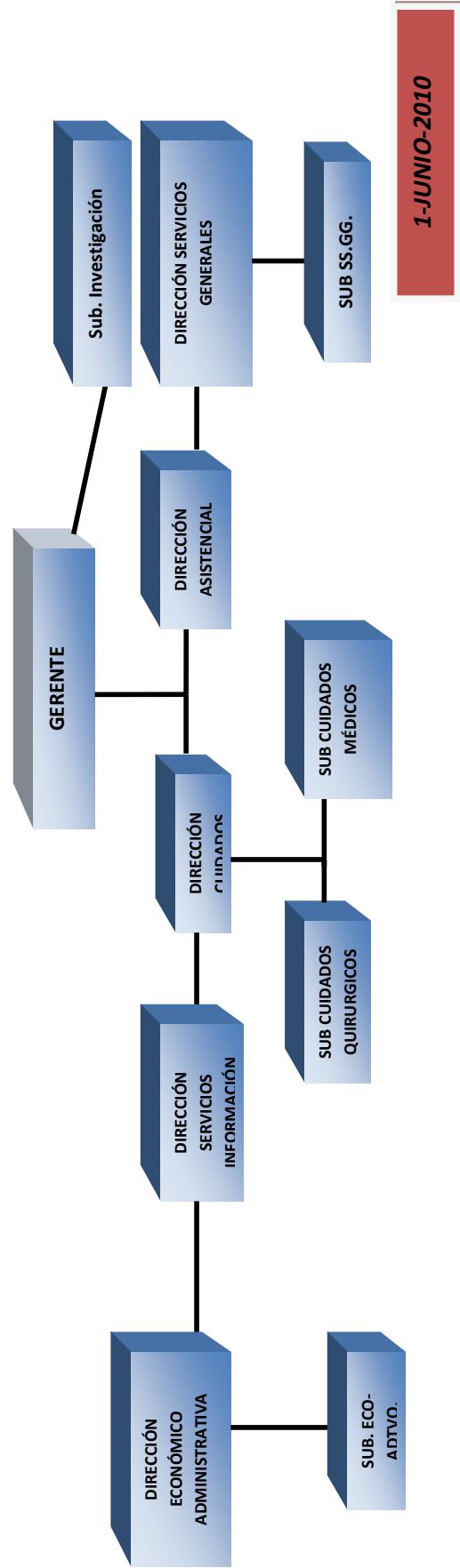
ANEXO DE ESTRUCTURA Y SERVICIOS DEL HOSPITAL CLASIFICADOS EN ÁREAS Y ESPECIALIDADES

Área de hospitalización	Área de Hospital de día médico	Área de Consultas Externas	Área Quirúrgica	Área de Urgencias	Área de Obstetricia
Medicina Interna	Anestesia	Anestesiología	Cirugía Cardiaca	Generales	
Endocrinología	C.O.T.	Cirugía Vascul ar	Cirugía General	Pediátricas	
Cardiología	Cardiología	Digestivo	Oftalmología	Tocoginecológicas	
Digestivo	Digestivo	Cardiología	ORL	Traumatológicas	
Hematología	Endocrinología	Cirugía Cardiovascular	Traumatología	O.R.L.	
Neumología	Neumología	Cirugía General	Urología	Oftalmológicas	
Neurología	Rx Vascul ar	Dermatología	Dermatología	Urológicas	
Oncología	Hematología	Endocrinología	Ginecología	De Medicina Interna	
Und. Medicina Intensiva	Radioterapia	Tocoginecología	Cirugía Vascul ar	De Cirugía General	
Anestesia	Otros	Hematología		Psiquiátricas	
Neonatología		Medicina Interna			
Psiquiatría		Neumología			
Radiología		Neurología			
Intervencionista		Oftalmología			
Cirugía Cardiaca		Oncología Médica			
Cirugía Vascul ar		Oncología Radioterápica			
Cirugía General		O.R.L.			
Oftalmología		Psiquiatría			
O.R.L.		Rehabilitación			
Dermatología		Reumatología			
Urología		Traumatología			
Traumatología		Urología			
Rehabilitación					
Tocoginecología					

ANEXO 2



1-ENERO-2010



1-JUNIO-2010

		ANEXO 3	
ÁREAS	OBJETIVO ESTRATÉGICO PRINCIPAL	% Cumplimiento Objetivos del HUVV	% Cumplimiento de Objetivos de hospitales del nivel 2
Capítulos I y II	Limitar los gastos a las cantidades presupuestadas	44	60
Gestión Clínica	Transformar el modelo organizativo clásico de los centros en un nuevo modelo exclusivamente basado en la Gestión Clínica.	100	94
Docencia e Investigación	Satisfacer la expectativa de crecimiento en el conocimiento de los profesionales sanitarios haciéndolas concordantes con la práctica asistencial cotidiana, la seguridad de los pacientes y las evidencias científicas.	92	52
Accesibilidad	Cumplimiento exacto y sin excepciones de los plazos regulados mediante decreto como garantía de la accesibilidad de los ciudadanos a la SSPA.	82	84
Usuarios	El ciudadano no es el centro del sistema sanitario de forma pasiva, participa de forma activa y sus orientaciones influyen de forma directa en la organización.	100	100
Actividad asistencial	Prestar la atención sanitaria priorizando la calidad de la misma y tratando de disminuir el volumen de actividad asistencial, ajustando la tasa de indicaciones quirúrgicas y realizando más procedimientos sin ingresos.	50	93
Salud Pública	Mejorar la salud y calidad de la vida de la población, generando las condiciones estructurales, organizativas en la sociedad y las condiciones de vida en la población más favorecedoras para la salud.	94	83
Seguridad del paciente y garantía de resultados en salud	Implementar actuaciones que contribuyan a incrementar la seguridad de los usuarios y conseguir los resultados en salud necesarios.	43	65
Acreditación	Adquisición de la excelencia en términos verificables en la organización	50	45
Farmacia	Mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica en el SAS.	83	73
Imagen y comunicación	Mejorar la imagen percibida por los ciudadanos de los centros del SAS.	50	79
Sistemas de Información	Se incorporaran modelos corporativos en Atención Hospitalaria e implantara un sistema integrado de gestión medioambiental.	75	70
Gestión Crítica	Establecer mecanismos de control para corregir aquellos indicadores en los que el centro se encuentre más desviado: monitorizar plan de absorción de recursos externos (Actividad Quirúrgica Extraordinaria).	s/d	s/d
Cumplimiento medio (1).		77	73

Fuente: Sistema de información de seguimiento del Contrato Programa (SICPRO)

(1) No es una media del cumplimiento de las diferentes áreas, sino de todos los objetivos incluidos en las mismas

ANEXO 4

INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA 2010						
INDICADOR	Virgen de la Victoria	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Nº facultativos	573	371	254	389	349	410
Nº camas disponibles	561	508	313	511	546	527
Nº ingresos	20.667	21.085	17.377	19.876	21.248	22.527
Nº altas	19.648	20.290	17.051	18.986	20.168	21.894
Altas sin 0 días de estancia	20.563	19.598	14.656	19.587	20.854	20.685
Nº estancias (INIHOS)	195.989	141.956	94.745	150.735	161.822	155.888
Porcentaje de ocupación (INIHOS)	95,67	76,58	82,98	80,79	81,14	81,10
Índice de sustitución (INIHOS)	0,43	2,06	1,12	1,80	1,77	1,61
Rotación enfermo / cama	36,83	41,52	55,56	38,91	38,87	42,79
Estancia media (INIHOS)	9,48	6,73	5,45	7,58	7,62	6,82
Estancia Media Esperada (EME)	8,29	7,29	7,10	7,23	7,27	7,12
Índice utilización de estancias 1 (IUE1)	1,11	0,99	0,86	1,05	1,07	1,04
Índice utilización de estancias 2 (IUE2)	1,10	0,98	0,86	1,03	1,06	1,02

ANEXO 5

30 GRD MAS FRECUENTES		Nº Altas	EM	EME	IUE	IUET
373	Parto vaginal sin complicaciones	855	2,63	2,46	1,07	1,04
430	Psicosis	516	21,86	18,31	1,19	1,18
541	Neumonía simple y otros transt. respiratorios exc. bronquitis y asma con ccmayo	512	13,48	11,15	1,21	1,19
494	Colecistectomía laparoscopia sin exploración conducto biliar sin CC	427	4,19	3,36	1,25	1,20
853	Proced. cardiovascular percutáneo con stent liberador de fármaco, con IA	308	5,03	6,51	0,77	0,81
371	Cesárea, sin complicaciones	303	4,45	4,73	0,94	1,01
375	Parto vaginal con proced. quirúrgico excepto esterilización y/o D&L	301	2,78	3,23	0,86	0,96
14	Ictus con infarto	288	12,91	9,57	1,35	1,38
854	Proced. cardiovascular percutáneo con stent liberador de fármaco, sin IA	282	3,55	5,36	0,66	0,73
219	Proced.extr.inferior y húmero exc.cadera,pié,fémur edad>17 sin CC	278	6,67	5,74	1,16	1,17
112	Proced. cardiovascular percutáneo, sin IAM, insuficiencia cardíaca	274	2,25	3,70	0,61	0,70
127	Insuficiencia cardíaca y shock	269	9,40	8,59	1,09	1,04
359	Proced. sobre útero y anejos por ca.in situ y proceso no maligno sin cc	247	4,41	4,22	1,04	1,08
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	222	12,23	9,06	1,35	1,25
818	Sustitución cadera excepto por complicaciones	217	10,26	8,57	1,20	1,16
209	Sustit, articulo mayor excepto cadera yreimplante miembro inferior	201	7,15	6,35	1,12	1,06
290	Procedimiento sobre tiroides	194	3,25	3,20	1,02	1,04
372	Parto vaginal con complicaciones	190	3,13	2,98	1,05	1,07
557	Trastornos hepatobiliares y de páncreas con CC mayor	187	17,30	14,00	1,24	1,25
544	ICC y arritmia cardíaca con CC mayor	184	15,41	10,83	1,42	1,31
167	Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin CC	181	3,49	3,16	1,11	1,09
116	Otras implantaciones de marcapasos cardiaco permanente	178	2,83	5,76	0,49	0,52
552	Trast .aparato digestivo excepto esófago, gastroent .y úlcera. no compl.con CC mayor	174	18,67	13,27	1,41	1,32
211	Proced. de cadera&femur excepto artículo mayor edad>17 sin CC	171	9,37	9,26	1,01	1,08
585	Proced. mayor estómago, esófago, duodeno, instent. delgado y grueso con CC mayor	163	30,00	23,66	1,27	1,19
224	Proced. hombro, codo o antebrazo, excepto proced. mayor de articulación sin CC	162	3,36	3,02	1,11	1,00
162	Proced. sobre hernia inguinal & femoral edad >17sin CC	161	1,94	2,26	0,86	0,84
124	Trastorno circulatorio excepto IAM, con cateterismo y diagnóstico complejo	159	5,69	7,54	0,75	0,75
82	Neoplasias respiratorias	154	11,22	9,98	1,12	1,14
55	Proced. misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	151	2,47	2,32	1,06	0,94

Categoría diagnósticas	Nº altas				EM		EME		I.C.		I.U.E.				
	2010		2009		2010		2009		2010		2009				
	HUVV	% Andalucía	HUVV	% Andalucía	HUVV	% Andalucía	HUVV	% Andalucía	HUVV	% Andalucía	HUVV	% Andalucía			
01-Sist. Nervioso	968	4,71	1.010	5,65	14,48	10,84	9,46	11,00	10,91	2,69	2,57	2,75	1,33	1,29	1,03
02-Ojo	172	0,84	221	1,24	3,71	4,22	3,67	4,19	4,45	1,02	0,92	0,92	0,97	0,89	0,97
03-Oído, Nariz, Boca, Faringe	562	2,73	718	4,02	6,36	4,71	4,66	4,63	5,30	1,27	1,07	1,00	1,17	1,02	1,09
04-Aparato Respiratorio	1.673	8,14	1.882	10,53	12,56	9,64	10,23	9,90	10,22	2,02	1,93	1,94	1,20	1,12	1,05
05-Aparato Circulatorio	3.650	17,75	1.730	9,68	8,88	8,15	9,61	8,49	9,41	3,90	2,59	2,55	0,95	0,93	1,12
06-Aparato Digestivo	2.292	11,15	1.816	10,16	10,79	7,72	8,26	7,80	8,99	2,08	1,63	2,01	1,15	1,14	1,01
07-Sist. Hepatobiliar y Páncreas	1.485	7,22	561	930	5,20	5,36	10,15	9,28	8,77	2,01	1,99	2,17	1,23	1,30	1,04
08-Sist. Musculo Esquelético	2.383	11,59	1.158	6,48	8,46	7,27	8,75	7,57	7,77	2,24	2,10	2,15	1,08	1,06	1,06
09-Piel, Tejido subcutáneo y Mama	731	3,55	326	1,82	3,56	5,79	7,99	6,23	4,98	1,31	1,17	1,30	0,83	0,93	1,14
10- Endocrino, Nutrición y metaból.	383	1,86	306	1,71	6,50	7,13	10,09	7,28	6,59	1,46	1,38	1,71	0,96	0,98	1,11
11-Riñón y vías Urinarias	916	4,45	820	4,59	7,06	6,75	7,86	7,07	6,99	1,74	1,55	1,59	0,97	0,87	1,14
12-Aparato Reproductor Masculino	353	1,72	1,21	107	0,60	4,52	5,03	5,11	5,22	1,37	1,43	1,36	0,82	0,82	1,29
13-Aparato Reproductor Femenino	785	3,82	2,72	767	4,29	4,46	5,44	4,82	4,28	1,17	1,20	1,18	1,05	1,16	1,22
14-Embarazo, Parto y Puerperio	2.066	10,05	17,58	3.738	20,92	3,22	3,07	3,15	3,13	0,67	0,67	0,66	1,06	1,03	1,00
15-Patología Perinatal	95	0,46	2,26	648	3,63	3,00	3,26	10,25	4,74	0,79	0,80	2,14	0,64	0,64	0,66
16-Sangre y Sistema Inmunitario	219	1,07	1,09	217	1,21	9,37	8,03	8,08	8,75	1,84	1,62	1,61	1,09	1,29	0,83
17-Trastornos Mieloproliferativos	306	1,49	1,49	241	1,35	14,10	10,62	10,00	12,80	4,08	3,49	3,06	1,06	1,18	0,55
18-Enferm. Infecciosas y Parasitarias	351	1,71	1,82	318	1,78	16,83	11,11	11,01	13,75	3,69	2,58	2,39	1,22	1,05	1,08
19-Trastornos Mentales	724	3,52	1,90	310	1,73	19,87	15,26	14,19	16,10	1,34	1,31	1,48	1,23	1,39	0,88
20-Alcohol y drogas	62	0,30	0,19	100	0,56	15,55	11,62	18,04	13,01	1,31	0,87	0,86	1,13	1,46	1,31
21-Lesiones y Envenenamientos	213	1,04	1,08	196	1,10	10,76	8,60	8,56	10,43	2,39	1,63	1,45	1,03	1,15	0,90
22-Queimaduras	1	0,00	0,11	2	0,01	19,00	15,47	16,75	19,71	3,44	4,06	2,74	2,04	0,57	0,04
23-Otro contacto con servicios sanitarios	53	0,26	0,71	111	0,62	13,91	6,73	6,84	5,80	0,86	0,79	0,71	2,08	1,10	1,26
24-Infecciones VIH	80	0,39	0,30	175	0,98	17,80	13,48	14,69	16,26	4,03	2,89	2,99	1,18	0,87	1,35
25-Politraumatismos	40	0,19	0,13	23	0,13	16,68	20,00	19,86	20,09	5,40	5,47	5,27	0,92	0,94	1,16
20-563	100,00	99,99	17.870	100,00	10,51	9,00	8,69	8,95	9,54	2,16	1,99	1,94	1,14	1,05	1,01

Fuente: CMDB 2009 y 2010

ANEXO 7

INDICADORES DE CONSULTAS EN HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA						
INDICADOR	Virgen de la Victoria	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Población con TSI	465.891	211.960	196.995	346.682	275.763	344.196
Población con TSAE	665.708	304.594	278.652	508.832	392.129	497.372
Salas de Consultas externas	153	159	102	179	132	163
T. Consultas externas	568.175	486.515	307.594	405.596	365.450	508.471
Nº consultas / Nº Salas	3.714	3.060	3.016	2.266	2.769	3.119
Índice rotación usuario / sala	14,17	11,68	11,51	8,65	10,57	11,91
Nº facultativos especialistas	573	371	254	389	349	410
Total Primeras consultas	154.653	122.091	95.556	101.827	84.981	122.569
Total interconsultas atención especializada	89.595	59.169	51.424	66.006	55.086	90.829
Total consultas sucesivas	323.927	281.373	160.614	237.763	225.383	295.073
% consultas sucesivas	57,01%	57,83%	52,22%	58,62%	61,67%	58,03%
Revisiones en el día	1.311	1.135	645	959	912	1.185
Frecuentación consultas TSI	1.220	2.295	1.561	1.170	1.325	1.477
Frecuentación consultas TSAE	853	1.597	1.104	797	932	1.022

ANEXO 8

INDICADORES DE ACTIVIDAD DE URGENCIAS EN HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA						
INDICADOR	Virgen de la Victoria	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Población con TSI	465.891	211.960	196.995	346.682	275.763	344.196
Población con TSAE	665.708	304.594	278.652	508.832	392.129	497.372
Nº urgencias atendidas	150.092	140.654	82.806	142.990	115.927	121.720
Frecuentación urg. TSI	32,22	66,36	42,03	41,25	42,04	35,36
Frecuentación urg. TSAE	22,55	46,18	29,72	28,10	29,56	24,47
Nº urgencias ingresadas	13.862	11.455	7.969	12.471	13.207	14.826
% Urgencias ingresadas	9,24	8,14	9,62	8,72	11,39	12,18
Nº ingresos hospitalización	20.667	21.085	17.377	19.876	21.248	22.527
Presión de urgencias	67,07	54,33	45,86	62,74	62,16	65,81
Traslados otros centros	478	1.088	887	750	995	927
% Traslados / Atendidas	0,32	0,77	1,07	0,52	0,86	0,76

ANEXO 9

INDICADORES DE ACTIVIDAD QUIRURGICA. HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DEL SSPA

INDICADOR	Virgen de la Victoria	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Nº facultativos	573	371	254	389	349	410
Nº camas disponibles	561	508	313	511	546	527
Nº quirófanos	17	10	11	18	15	15
Nº ingresos	20.667	21.085	17.377	19.876	21.248	22.527
Altas sin 0 días de estancia	20.563	19.598	14.656	19.587	20.854	20.685
Altas con 0 días de estancia	20.706	19.926	15.195	19.867	21.223	22.035
Nº estancias (CMBD)	189.541	141.182	89.829	148.759	161.954	153.296
Estancia media preoperatoria	1,26	0,51	1,66	1,03	1,4	0,86
Total intervenciones	20.106	14.871	12.074	17.804	14.199	16.625
Programadas totales	17.749	12.537	10.466	14.353	11.046	14.037
Cirugía con Ingreso	6.938	3.188	2.669	5.510	3.757	5.189
CMA	7.486	6.860	5.002	6.010	6.376	5.896
CmA	3.325	2.489	2.795	2.833	913	2.952
Cirugía U. con Ingreso	2.357	2.334	1.608	3.451	3.153	2.588
% Intervenciones Suspendidas	4,28	1,97	2,32	4,57	3,96	5,84
% Resolución de CMA	60,55	79,17	66,65	60,82	67,06	70,47
% Ingresos tras CMA	1,22	2,05	1,26	1,10	1,39	1,17
Prevalencia Infec. nosocomial	6,9	7,3	7,3	7,9	3,8	8,8
Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	6,7	6,7	6,0	6,4	3,4	8,4

ANEXO 10

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

Extracción de cataratas	Virgen de la Victoria	Tasa Estandarizada grupo Hospital cierre 2009	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Tasa estandarizada ene-dic 2008	661,8	672,7	951,1	545,8	605,6	351,1	698,2
Tasa estandarizada ene-dic 2009	647,9	661,6	844,2	564,2	555,5	391,4	837,5
Tasa estandarizada ene-dic 2010	704,7	701,7	1077,8	842,4	583,9	475,0	686,6
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	-21%	0,0%	-4,2%	3,4%	-8,3%	11,5%	20,0%
% Variac. Tasa Estandarizada 2009-10	8,8%	6,1%	27,7%	49,3%	5,1%	21,4%	-18,0%
Reparación hernias pared abd.	Virgen de la Victoria	Tasa Estandarizada grupo Hospital cierre 2009	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Tasa estandarizada ene-dic 2008	269,4	243,1	297,4	16,2	169,0	251,1	267,1
Tasa estandarizada ene-dic 2009	307,0	243,1	295,3	29,7	176,9	244,5	309,8
Tasa estandarizada ene-dic 2010	296,8	259,8	42,5	217,0	291,5	303,5	279,1
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	13,9%	0,0%	-0,7%	83,5%	4,7%	-2,6%	16,0%
% Variac. Tasa Estandarizada 2009-10	-0,03%	0,07%	-0,86%	6,31%	0,65%	0,24%	-0,10%
Escisión amígdalas y adenoides	Virgen de la Victoria	Tasa Estandarizada grupo Hospital cierre 2009	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Tasa estandarizada ene-dic 2008	34,0	109,2	128,4	87,3	158,4	108,6	149,6
Tasa estandarizada ene-dic 2009	37,4	109,2	113,0	94,1	133,4	112,8	164,4
Tasa estandarizada ene-dic 2010	76,1	129,9	114,9	121,7	131,8	98,0	183,0
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	10,0%	0,0%	-12,0%	7,8%	-15,8%	3,9%	9,9%
% Variac. Tasa Estandarizada 2009-10	103,5%	19,0%	1,7%	29,3%	-1,2%	-13,1%	11,3%
Hallux valgus y otras reparac.	Virgen de la Victoria	Tasa Estandarizada grupo Hospital cierre 2009	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Tasa estandarizada ene-dic 2008	115,9	102,8	81,9	58,5	51,6	78,9	167,3
Tasa estandarizada ene-dic 2009	131,9	102,8	73,8	69,7	51,4	87,9	168,2
Tasa estandarizada ene-dic 2010	134,5	106,2	60,5	62,6	104,1	113,3	64,5
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	13,9%	0,0%	-10,0%	19,1%	-0,3%	11,5%	0,5%
% Variac. Tasa Estandarizada 2009-10	0,02%	0,03%	-0,18%	-0,10%	1,03%	0,29%	-0,62%
Prótesis de rodilla	Virgen de la Victoria	Tasa Estandarizada grupo Hospital cierre 2009	Jerez de la Frontera	Puerto Real	San Cecilio	Juan Ramón Jiménez	Virgen de Valme
Tasa estandarizada ene-dic 2008	123,8	91,5	142,4	58,8	73,1	25,4	149,1
Tasa estandarizada ene-dic 2009	120,0	91,5	109,7	61,9	59,7	62,7	153,5
Tasa estandarizada ene-dic 2010	81,2	97,7	126,6	115,9	62,1	74,8	139,6
% Variac. Tasa Estandarizada 2008-09	-3,1%	0,0%	-23,0%	5,3%	-18,3%	146,9%	3,0%
% Variac. Tasa Estandarizada 2009-10	-32,3%	6,8%	15,4%	87,2%	4,0%	19,3%	-9,1%

Fuente: Boletín Quirúrgico 2008-2009

ANEXO 11

TASAS DE INDICACIONES ESTANDARIZADAS POR 100.000 HABITANTES

GRUPO PROCEDIMIENTO		TASA ESTANDARIZADA HUVV: Diciembre 2009	TASA ESTANDARIZADA GRUPO Cierre 2009	PORCENTAJE DE DESVIACIÓN	TASA ESTANDARIZADA HUVV: Diciembre 2010	PORCENTAJE DE VARIACIÓN S/2009
1	EXTRACCIÓN CATARATAS	647,90	701,70	-7,7%	704,70	0,4%
2	REPAR. HERNIAS PARED ABD.	307,00	259,80	18,2%	296,80	14,2%
3	EXCISIÓN AMÍGDALAS Y ADENOIDES	37,40	129,90	-71,2%	76,10	-41,4%
4	HALLUX VALGUS Y OTRAS REPAR.	131,90	106,20	24,2%	134,50	26,7%
5	PRÓTESIS DE RODILLA	120,00	97,70	22,8%	81,20	-16,9%
6	ARTROSCOPIA	88,20	91,40	-3,5%	93,70	2,5%
7	INTERV. VESÍCULA BILIAR	117,70	112,50	4,6%	127,10	13,0%
8	FIMOSIS	138,60	197,20	-29,7%	150,60	-23,6%
9	LIBERACIÓN TÚNEL CARPO	59,70	73,30	-18,6%	64,00	-12,7%
10	EXCISIÓN QUISTE PILONOIDAL	55,80	55,90	-0,2%	54,10	-3,1%
11	INTERV. VEJIGA	69,30	62,10	11,6%	71,80	15,6%
12	INTERV. PRÓSTATA	96,10	114,00	-15,7%	91,50	-19,7%
13	EXCISIÓN Y REPAR. LARINGE	41,60	45,60	-8,8%	48,70	6,6%
14	PRÓTESIS DE CADERA	44,00	38,70	13,7%	41,30	6,9%
15	REPAR. HEMORROIDES	34,50	41,70	-17,3%	34,90	-16,4%
16	INTERV. OVARIOS	53,60	56,10	-4,5%	64,90	15,7%
17	INCISIÓN Y EXCIS. TIROIDES	44,80	41,10	9,0%	47,20	14,9%
18	REPAR. FÍSTULA ANAL	30,40	28,20	7,8%	33,50	18,6%
19	INTERV. INTESTINO GRUESO Y RECTO	17,80	18,20	-2,2%	25,90	42,8%
20	REPAR. OÍDO MEDIO	22,70	20,50	10,7%	27,10	32,2%
21	MIRINGOTOMÍA	13,80	32,70	-57,8%	20,60	-36,9%
22	INTERV. RIÑÓN Y URÉTER	24,40	29,10	-16,2%	22,40	-23,0%

Fuente: Tasas de Indicación Quirúrgicas Enero-Diciembre 2010

6. ALEGACIONES

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 22)

22.- Las incidencias detectadas han sido las siguientes:

-Por regla general los expedientes carecían de la documentación relativa a la titulación, DNI, tarjeta SS, currículum, convocatoria pública, etc. Las titulaciones, DNI y convocatorias públicas, de aquellos para los que era obligatoria su publicación, han sido aportados durante el trabajo de campo, excepto en dos de ellos en los que no se han facilitado el nombramiento y, en uno, la convocatoria pública.

-Respecto al personal cedido, hay que destacar que solo se han aportado 4 expedientes, con la documentación justificativa de dichas cesiones, de un total de 22 trabajadores. Además de la escasa documentación aportada, señalar que los expedientes estaban incompletos y en algunos casos, existían diferencias de fechas con los registros de personal.

ALEGACIÓN Nº 1

Los expedientes se encuentran en la Unidad de Directivos de la Dirección de Profesionales.

Durante el trabajo de campo se aportaron los nombramientos. Con respecto a las convocatorias, se aportó la siguiente información:

1. Con respecto a los Cargos Directivos anteriores a 2007:

D^a María Luisa Corpas Jiménez. T/P. 03/11/03. Convocatoria: BOJA nº 161 de 22/08/03.

D^a María Isabel Enríquez Saura. T/P. 01/06/06 Convocatoria: BOJA nº 68 de 10/04/06.

D. Francisco Estebaranz García. T/P: 01/11/02. Convocatoria: BOJA nº 99 de 24/08/02.

D^a Inmaculada Martínez Losada. T/P. 01/06/06. Convocatoria: BOJA nº 62 de 31/03/06.

D. José Antonio Ruiz Romero. T/P. 05/04/05. Convocatoria: BOJA nº 4 de 07/01/05.

D. Manuel Pastor García. T/P 25/05/05. Búsqueda en BOJA. nº 73 de 15/04/05.

La convocatoria del puesto de Subdirector de Enfermería de D. Antonio J. González Gómez (25.049.456H) de fecha 18/12/98, no requería de su publicación en BOJA. La publicación en BOJA paso a ser un requisito tras la Resolución 69/99 de la DGPYDP (Anexo I).

2. Las convocatorias de Cargos Directivos, se publicaban hasta el año 2007. A partir del 17 de marzo no se publican estas convocatorias en BOJA.

El Decreto 75/2007, de 13 de marzo de 2007, por el que se regula el Sistema de Provisión de Puestos Directivos y Cargos Intermedios de los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, modifica el procedimiento. El artículo 2, "Sistema de Provisión", establece que "*La provisión de los puestos directivos de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud se realizará por el sistema de libre designación, previa convocatoria pública de carácter abierto y permanente*".

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos nº 23 y 160)

23.- _____
_____.

160.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 2**“ALEGACIÓN ADMITIDA”****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 24)**

24.- Es destacable el hecho de que algunos profesionales realizan un número elevado de guardias, ya que hay algunos servicios de especialidades a los que se les adscriben pocos especialistas. Del análisis destaca las 116 horas realizadas por un adjunto especialista /área durante el mes de abril, que supuso un gasto añadido de 2.657,07€, mientras que las máximas durante el mes de noviembre han sido de 99 (2.119,91€) para la misma categoría.

ALEGACIÓN Nº 3

El Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo cuenta con un elevado número de profesionales exentos de jornadas complementarias (guardias), lo que genera que los profesionales que realizan guardias puedan alcanzar puntualmente 6 y 7 guardias al mes.

Datos:

- Media de FEA Cirugía 2010: 29, incluye cargos intermedios y Vinculados.
- Número de guardias 2010: 3 guardias/ día.
- Número de efectivos que realizaban guardias en el Servicio: 12.

Esta situación conduce a que los profesionales realizarán una media de 5-6 guardias mensuales. Tenemos que señalar que en todo momento se garantiza el régimen de descansos establecido en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 52)

52.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 4**“ALEGACIÓN ADMITIDA”**

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 53)

53.- El siguiente cuadro expone algunos de los indicadores seleccionados que relacionan los recursos con los que cuentan el HUVV con los resultados obtenidos por la prestación asistencial.

INDICADOR	2009	2010
Nº de Facultativos	573	573
Nº camas hospitalización	581,25	561,25
Nº ingresos	19.818	20.667
Nº altas	18.433	20.563
Altas con cero días de estancia	20.504	20.706
Nº estancias (CMBD)	173.611	189.541
Porcentaje de ocupación (CMBD)	81,83%	92,52%
Índice de sustitución (CMBD)	2,09	0,74
Rotación enfermo/cama	34,10	36,82
Estancia media (CMBD)	9,42	9,22
Estancia Media Esperada (EME)	8,48	8,29
Índice utilización de estancias 1 (IUE1)	1,11	1,11
Índice utilización de estancias 2 (IUE2)	1,09	1,1

Fuente: Publicación CMBD 2009 y 2010. Subdirección de Análisis y de Control Interno Servicio de Producto Sanitario **Cuadro nº 9**

ALEGACIÓN Nº 5**“ALEGACIÓN PARCIALMENTE ADMITIDA”**

Respecto al número de camas del Hospital Virgen de la Victoria, existe disparidad entre las camas que se incluyen en el cuadro y la dotación estructural que consta en la base de datos sobre estructura hospitalaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, que son:

Total de Camas funcionantes (se incluyen las camas de aislamiento presión -/+). 2010

H. Virgen de la Victoria	569 camas
H. Marítimo	90 camas
TOTAL	659 camas

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 72)

72.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 6**“ALEGACIÓN ADMITIDA”****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 76)**

76.- Se observa una diferencia en la actividad desarrollada en ambos ejercicios. Aunque en 2010 el hospital dispone de 45 salas de consultas más que en 2009 y el mismo número de facultativos especialistas, hay una disminución en el número total de consultas de un 2,81%. Esto explica que el índice de rotación de usuario se presente con una utilización menor de las salas ya que disminuye en 6,49 puntos porcentuales respecto a 2009 (cada espacio físico es utilizado para una media de 14,17 consultas diarias en 2010 frente a las 20,66 calculadas para el ejercicio 2009).

ALEGACIÓN Nº 7

El descenso de actividad en consultas externas de especialistas, se produce fundamentalmente a expensas de las primeras consultas, lo que depende directamente de las derivaciones desde los médicos de Familia de Atención Primaria y desde Urgencias hospitalaria u otras especialidades (Interconsultas).

_____“ALEGACIÓN PARCIALMENTE ADMITIDA”_____.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 79)

79.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 8**“ALEGACIÓN ADMITIDA”****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 82 cuadro 16)**

82.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 9**“ALEGACIÓN ADMITIDA”**

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos nº 86 y 175)

86.- _____
_____.

175.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 10**“ALEGACIÓN ADMITIDA”****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 92)**

92.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 11**“ALEGACIÓN ADMITIDA”****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 124, 125 y cuadro nº 27)**

124.- El gasto en productos farmacéuticos correspondiente a los ejercicios 2009 y 2010, también presenta importes distintos en función de la fuente de información, sin que haya sido posible la conciliación de estas diferencias.

DATOS	2009	2010
Liquidación Ppto.³⁸	41.905.258	11.907.143
C. Farmacia externa	32.838.223	9.284.645
C. Farmacia interna	9.067.035	2.622.498
Servicios Centrales SAS	33.008.261	33.743.204
C. Farmacia externa	24.552.886	25.874.397
C. Farmacia interna	8.455.375	7.868.807
COAN	s/d	33.585.816
UGC Farmacia	33.891.628	35.206.708
Consumo externo	24.558.066	26.445.979
Consumo interno	9.333.562	8.760.729

Cuadro nº 27

³⁸ Datos obtenidos del Mayor de Gastos del Sistema Júpiter. Solo se incluye los subconceptos 221.06 y 221.16- No se ha sumado el subconcepto 489.01 * Prestaciones farmacéuticas gestión directa por 96.089 (en 2009) y 412.771 (en 2010).

125.- Se han tomado como referencia los datos facilitados por SSCC que han sido conciliados con los de la UGC de Farmacia del hospital, ya que la diferencia viene dada porque SSCC excluye, para el cálculo de los indicadores de gasto de la UGC de Farmacia, los consumos de nutrición enteral, hormona de crecimiento, soluciones de irrigación y viscoelásticos.

ALEGACIÓN Nº 12

“ALEGACIÓN PARCIALMENTE ADMITIDA”

Aclarar que la información sobre consumo farmacéutico que las UGC de Farmacia Hospitalaria recogen y proporcionan, para su integración en el sistema de información centralizado de Farmacia Farma-Hospitales, está encaminada a hacer el seguimiento de las actuaciones para un uso racional de medicamentos en el hospital (URM).

Esta fuente proporciona datos de prescripción de medicamentos para pacientes (internos o externos) y de dispensación. No se refieren a conceptos de tipo contable, tales como compras a proveedores, facturación, gasto periodificado, etc.

De ahí que dichos datos pueden no ser coincidentes con los que facilitan otras fuentes del área económica, que sí se refieren a estos conceptos contables (adquisiciones, facturación, periodificación de gasto, etc).

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 126, cuadro nº 29)

126.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 13**“ALEGACIÓN ADMITIDA”****CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 127, cuadro nº 30)**

127.- _____
_____.

ALEGACIÓN Nº 14**“ALEGACIÓN ADMITIDA”**

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 130)

130.- El siguiente cuadro registra los epígrafes e importes del ejercicio 2010, más relevantes del concepto "fungible sanitario":

CONCEPTOS	OBLIG.S/Liquidación Presupuestaria	OBLIGACIONES PERIODIFICADAS	COANH	OBLIGACIONES PERIODIFICADAS/COAN (%)
Material sanitario para consumo y reposición (1)	8.299.590,34	18.454.719,00	18.394.989,96	0,32
Prótesis de implante quirúrgico	9.437.236,81	18.138.062,21	16.484.979,00	9,11
Reactivo material de laboratorio	3.575.653,75	8.622.945,83	8.559.953,00	0,73
Accesorio y consumible de equipos de diagnóstico y tratamiento	341.189,90	531.204,32	383.064,00	27,89
Total Material Fungible Sanitario	21.653.670,80	45.746.931,36	43.822.985,96	4,21

(1) Incluye pequeño material instrumental y utillaje.

Cuadro nº 31

ALEGACIÓN Nº 15

El gasto de material sanitario para consumo y reposición que aparece en el cuadro 31, columna COAN, es incorrecto. El dato correcto es 22.504.693,81 €.

Además el cuadro nº 32 de indicadores económicos de consumo en las columnas correspondiente al año 2010, no se han realizado con la información detallada en el cuadro 31.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 143)

143.- Entre los objetivos específicos de la unidad de Sistemas de Evaluación e Información para el 2010, se encuentra la elaboración y puesta en marcha de un plan de mejora concreto en las áreas identificadas en las encuestas de satisfacción del año anterior, elaborándose para ello un informe semestral sobre el plan de mejora y las actividades implantadas. Este plan no se puso en marcha durante el 2010.

ALEGACIÓN Nº 16

En el año 2010 se inició la elaboración de los informes ACUCCE (Atención Ciudadana, Unidades Clínicas, Calidad y Enfermería) en los que se informaba a las distintas Unidades de Gestión de los resultados de las encuestas de satisfacción y de los motivos más frecuentes de las reclamaciones, proponiéndose acciones de mejoras en relación a los resultados. Informe que se ha ido mejorando en 2011 y 2012 (Anexo IV).

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 149 y 150)

149.- Respecto al seguimiento realizado al procedimiento establecido, se ha detectado que un 13% del total presenta errores en la grabación de las reclamaciones debido, principalmente, a que no se cumplimentan algunos de los campos requeridos por el procedimiento tales como: línea funcional, tipo de reclamación, fecha de anulación, fecha de recepción del informe del servicio

afectado por la reclamación. Por ejemplo, de aquellas reclamaciones que han solicitado informes a los distintos servicios, en el 87% de los casos no consta la fecha de recepción del mismo.

Otro factor que influye en la existencia de errores en los registros es que el HUVV carece de un criterio homogéneo para clasificarlas y grabarlas, atendiendo a los diversos motivos, al profesional afectado, tipo de contestación y servicio.

150.- Sobre una muestra de 40 reclamaciones interpuestas, se ha detectado que un 94,74% de ellas, presentaban algún tipo de incidencia, bien porque no constan los motivos o no son correctos, bien porque no se registra el personal o servicio afectado o el tipo de respuesta o, por último, porque no consta la fecha de contestación o está mal grabada en la base de datos. Del total de incidencias, ésta última es la que más se repite, ya que supone un 71,05% de los casos.

ALEGACIÓN Nº 17

En espera de la implantación de AGORAS, sistema centralizado de recogida de reclamaciones a nivel de la Administración, se solicitó al Servicio de Sistemas de Información la elaboración de un programa que permitiera un registro eficaz de las reclamaciones así como la explotación de los datos para un análisis más exhaustivo.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos nº 151 y 187)

151.- El HUVV no tiene como objetivo el tiempo de respuesta, pero según el procedimiento de actuación, las reclamaciones que pueden ser solucionadas por el personal del Servicio de Atención al Ciudadano (SAU), deberán resolverse en un plazo de 15 días. Aunque, el promedio de días entre la contestación y la reclamación es de 21 días, hay que señalar que el hospital registra como contestada la reclamación, solo por el hecho de comunicar al usuario que se va a proceder a estudiar la misma, con independencia de que la queja necesite un informe o no del servicio afectado.

187.- Según el procedimiento de actuación, las reclamaciones que pueden ser solucionadas por el personal del Servicio de Atención al Ciudadano (SAU), deberán resolverse en un plazo de 15 días. Aunque, el promedio de días entre la contestación y la reclamación es de 21 días, hay que especificar que el hospital registra como contestada la reclamación, solo por el hecho de comunicar al usuario que se va a proceder a estudiar la misma, con independencia de que la queja necesite un informe o no del servicio afectado. **(§ 151)**

ALEGACIÓN Nº 18

Es cierto que las reclamaciones que pueden ser solucionadas por el personal del Servicio de Atención al Ciudadano deben resolverse en un plazo no superior a 15 días, en base al Artículo 5 del Decreto 262/1988, de 2 de agosto, por el que se establece el Libro de Sugerencias y Reclamaciones, donde se expone que:

“Recibidas las denuncias en la dependencia afectada, ésta, en el plazo de quince días y previas las aclaraciones que estime pertinente recabar del interesado, informará al órgano directivo del que dependa, quien notificará al denunciante las actuaciones realizadas y las medidas, en su caso, adoptadas, dando traslado del informe evacuado y de la notificación al interesado al correspondiente órgano periférico o central de la Inspección General de Servicios, según proceda. En el supuesto de que se hubieran pedido aclaraciones, el plazo se contará desde que éstas se hubieran recibido, lo que deberá hacerse constar en el informe.”

Con independencia de que la queja necesite un informe o no del servicio afectado, sí que es necesario una investigación por parte del SAU con el fin de personalizar y humanizar nuestra actuación, que dependiendo del caso esta puede demorarse más de lo deseado, y es por ello por lo que en algunas comunicamos que se procede a estudiar la misma con el fin de cumplir el plazo, tal y como se refiere en el Artículo 5 del Decreto 262/1988, siendo la respuesta definitiva la comunicación de la solución del problema.

Con independencia de que la queja necesite un informe o no del servicio afectado, sí que es necesario una investigación por parte del SAU con el fin de personalizar y humanizar nuestra actuación, que dependiendo del caso esta puede demorarse más de lo deseado, y es por ello por lo que en algunas comunicamos que se procede a estudiar la misma con el fin de cumplir el plazo, tal y como se refiere en el Artículo 5 del Decreto 262/1988, siendo la respuesta definitiva la comunicación de la solución del problema.

En la nueva Base de Datos se definen las fechas de contestación previa, de solicitud al servicio, de remisión del Servicio y contestación definitiva, para no crear incidencias y errores en el registro, y así poder medir el tiempo real de respuesta.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 153)

153.- De 18 expedientes de la muestra que estaban finalizados y completos, el promedio de días para resolver las reclamaciones alcanza los 205 días.

ALEGACIÓN Nº 19

De los 18 expedientes es cierto que uno desvirtuaba la muestra por tratarse de un expediente en el que no fue dada una respuesta definitiva, si la previa, por considerar que dicha respuesta no aportaba solución ni información relevante, siendo un caso no relacionado directamente con la asistencia en el hospital, archivando el expediente (Anexo V).

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 156, párrafo 2º)

156.- Pese a que la resolución del 27 enero de 2010 de la Dirección Gerencia del SAS fija unos plazos máximos para la remisión de los informes preceptivos por parte de los servicios afectados, con el objetivo último de resolver las reclamaciones de los ciudadanos en un plazo que no supere el plazo legal de 6 meses para la tramitación de las mismas, se observa que el HUVV supera los plazos.

Según una muestra de expedientes analizados, no sólo hay demora de los servicios afectados en emitir un informe (plazo promedio es de 121 días desde la petición), sino que también transcurre un dilatado plazo entre la fecha de entrada de la reclamación y la petición de informe al servicio afectado por parte del SAU.

ALEGACIÓN Nº 20

En relación a la demora por parte de los servicios en emitir un informe, siendo conscientes de dicha demora, se ha elaborado un procedimiento normalizado estableciendo alarmas y solicitudes de remisión de los informes a los Servicios para minimizar los plazos.

CUESTIÓN OBSERVADA (Punto nº 159)

159.- Durante el ejercicio 2010, el HUVV tiene 22 trabajadores (2 directivos, 4 facultativos, un técnico de documentación sanitaria, 7 técnicos de función administrativa, 1 administrativo, 3 auxiliares administrativos, 2ATS/DUE, un auxiliar de enfermería y una limpiadora) que se encuentran adscritos funcionalmente. Es decir, estos trabajadores prestan sus servicios fuera del hospital aunque reciben sus retribuciones de su centro de origen, lo que ha supuesto un gasto, para el HUVV, que asciende a 608.582,36€, (27.662,83€ gasto medio por trabajador, suponiendo una disminución del 21,28% respecto al año 2009). En contraposición, en el HUVV no hay ningún trabajador transferido de otro centro. **(§ 20)**

El HUVV, como organismo independiente para su gestión económica, no se entiende la política seguida para estos trabajadores cedidos. A fin de evitar un gasto adicional que repercute, en alguna medida, en la gestión eficiente o no de los recursos, debería seguirse el procedimiento habitual para estos casos, como puede ser la comisión de servicios

ALEGACIÓN Nº 21

El personal cedido, no puede estar en Comisión de Servicio ya que no va a ocupar una plaza estructural vacante, sino que está destinado de forma provisional para realizar unas funciones.

Tras la auditoria se han solicitado las resoluciones o acuerdos de las adscripciones. Actualmente son 10 los profesionales adscritos a otros centros, frente a los 22 del año 2010.

CUESTIÓN OBSERVADA (Puntos nº 176 y 180)

176.- Para complementar la gestión quirúrgica, se han comprobado los sistemas de información que afectan a esta área de actividad asistencial, detectando que en los registros incluidos en la base de datos de salidas de 2010 correspondiente al sistema de información del HUVV hay 207 casos duplicados. **(§ 106)**

180.- En el ámbito de la accesibilidad a los servicios sanitarios, se ha realizado un análisis de los tiempos medios de respuesta quirúrgica, atendiendo a los plazos máximos que se establecen en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, de la Consejería de Salud (180 días) y en la Orden de 20 de diciembre de 2006 (120 días). **(§ 96)**

ALEGACIÓN Nº 22

Las conclusiones son correctas. No hay medidas ni aportaciones que añadir, mas allá de resaltar que los datos que estaban desviados al cierre de 2010, como los pacientes en situación de transitoriamente no programables (TNP), han variado sustancialmente. De hecho, en junio de 2012, el porcentaje de TNP era de un 18,2%, por lo que continúa la tendencia descendente que se inició en 2010.