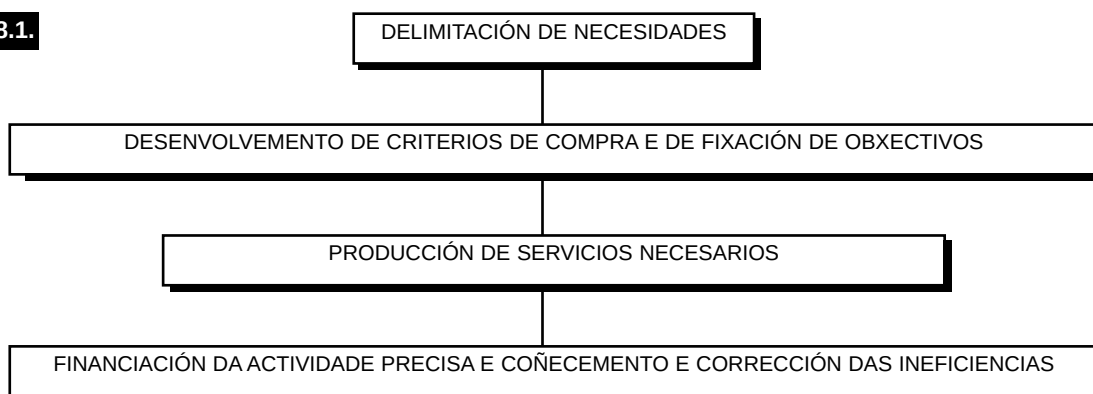


Esquema 2.8.1.



pra. Así mesmo, de forma conxunta coa Subdirección de Información Sanitaria, estableceu a definición dunha nova unidade de produción de hospitalización, que se utilizou por primeira vez no concerto sectorizado co Policlínico de Vigo (Povisa), vixente desde xaneiro de 1996, e, tamén, nos contratos-programa de atención especializada suscritos para este ano.

UNIDADES DE MEDIDA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Á hora de referirse á medición asistencial, é necesario facer fincapé en dúas ideas importantes: a primeira é que os hospitais son organizacións que prestan servizos especializados para restaura-lo nivel de saúde dos seus usuarios; a segunda, que, debido a que a cuantificación do nivel de saúde é unha tarefa, polo momento, inabordable, a medición do produto sanitario se aproxima mediante a actividade en vez do propio resultado de saúde.

Do mesmo xeito, este problema de medición complícase, extraordinariamente, cando se ten en conta a existencia dun altísimo número de procesos diferentes que implican combinacións específicas de recursos para a súa realización. Por esta razón, foi necesario establecer criterios de aproximación ó problema da medición, como o que se expón, brevemente, de seguido.

a) Unidades de consumo de recursos: *Unidade Básica Asistencial (UBA)*

Este método é un dos primeiros intentos aplicados á medición do consumo de recursos nos hospitais. O seu desenvolvemento faise mediante a aplicación de coeficientes de valor relativo ás consultas externas, urxencias non ingresadas e ás estancias de hospitalización, tal como se especifica no **esquema 2.8.2**.

Sen embargo, o propio esquema, como se pode observar no valor 1 asignado a cada estancia, pon de manifesto as súas importantes limitacións. En efecto, está claro que non é igual o consumo de recursos nas distintas especialidades, por exemplo, UCI e medicina interna.

Para diminuír ou paliar estas limitacións foi deseñada a **Unidade Ponderada Asistencial (UPA)**, que introduce a diferenciación de cinco áreas de hospitalización con características propias: áreas médica, cirúrxica, obstetricia, pediátrica e UCI, e engade a cirurxía ambulatoria, segundo o **esquema 2.8.3**.

Ademais das liñas de produción indicadas, a metodoloxía desta unidade de medida considera outras actividades, tales como transplantes, extraccións, hemodinámica, diálise, docencia, cirurxía ambulatoria e as súas correspondentes tarifas.

A necesidade de medir axeitadamente a actividade e de desenvolver mecanismos máis avanzados de financiar aquela que se considera necesaria fixo preciso o deseño dunha nova metodoloxía, que supera en gran medida ás limitacións dos sistemas citados anteriormente.

Como reforzo desa afirmación, cabe recordar aquí que o contrato-programa é un documento periódico, habitualmente anual, que suscribe a entidade compradora, normalmente o Servicio de Saúde, con cada un dos provedores hospitalarios. Neste documento, fíxase un conxunto de cuestións relativas á actividade, a partir dunha definición da carteira de servizos, a delimitación da calidade das prestacións e o financiamento do centro. Neste sentido, os elementos importantes do contrato-programa serían os seguintes:

1.- A definición da carteira de servizos, que corresponde ó Servicio de Saúde e non ó centro.

2.- A actividade contratada, que vai permitir fixar obxectivos, avalialos e axustar o financiamento á actividade necesaria, penalizando a inadecuada. Este aspecto reviste unha especial importancia á hora de modular a oferta e a demanda inducida. Ó mesmo tempo, aínda que non é unha función do comprador, si debe incidirse na promoción de procesos de optimización dos recursos existentes e impulsa-la realización de cantas actuacións avalíen a utilidade das prestacións ofrecidas, seguindo criterios de mellora da saúde individual ou colectiva, eliminando as que non cumpran este criterio.

3.- Os obxectivos de calidade son o complemento necesario dos anteriores.

4.- En canto á financiación, debe conseguirse un modo que teña en conta ás características seguintes:

- En primeiro lugar, a equidade. No ámbito do SNS os modos de financiación

teñen que garanti-lo acceso de tódolos cidadáns ó mesmo, o que implica ser moi escrupuloso coas fórmulas que puideran implicar selección adversa de riscos por parte dos provedores, especialmente con enfermos que teñan expectativas de custos que poidan ser elevadas.

- En segundo, a incentivación da produción eficiente de servizos.

- En terceiro, facilita-la predicción presupostaria.

- En cuarto lugar, contribuír á estabilidade dos provedores. É positivo que estes poidan ter expectativas fundadas sobre a financiación que lles corresponde-ría en función dos obxectivos marcados.

O marco anterior permite explorar fórmulas mixtas que eliminen os inconvenientes dos sistemas retrospectivos –financiación dos custos reais, de toda a actividade, con independencia da súa necesidade– e prospectivos –financiación cerrada con independencia dos custos reais–. Neste sentido, o criterio aplicado en Galicia pretendeu reuni-las especificacións seguintes:

1. Baseado na carteira de servizos, actividade e calidade das prestacións, determina a financiación. O desfase coa financiación histórica sinalaría ás zonas de ineficiencia –localizadas segundo as subvencións á explotación–. A optimización dos recursos, levada a cabo mediante plans para elimina-lo desequilibrio da conta de resultados de cada centro, é unha tarefa complexa que debe ser abordada polo propio centro, baixo a dirección e asesoramento das estruturas centrais do Sergas.

2. Sensibilidade á casuística. Téntase diferencia-la complexidade dos procesos, identificando ademais os ingresos innecesarios e os potencialmente ambulatorios.

3. Tratamento global do sistema. As previsións considerarán simultaneamente a actividade dos centros da rede do Sergas e as dos concertados.

conta unha preocupación habitual dos equipos xestores e clínicos do SNS, que sinalan que non se toma suficientemente en consideración a complexidade dos seus centros, permitindo tamén ó sistema coñecer a actividade de hospitalización proveniente de outras áreas xeográficas mediante un índice de dependencia.

Respecto ás consultas, as unidades utilizadas son as **primeiras consultas**, incluíndo na tarifa a parte correspondente das sucesivas que deben xerar. En calquera caso, o sistema pode ser compatible coa valoración tamén das consultas sucesivas e debe avanzar hacia a valoración das consultas pola súa natureza, utilizando agrupadores específicos.

As **urxencias non ingresadas e intervencións ambulatorias menores** contabilízanse polo seu número. Non se avalían as urxencias ingresadas.

Na área de **cirurxía ambulatoria maior**, é necesario establece-la relación de intervencións máis importantes e da súas tarifas asociadas (diferentes para cada unha).

A **hospitalización a domicilio** contabilízase por pacientes atendidos.

Tamén establécense medidas da **actividade psiquiátrica** para os centros psiquiátricos de longa estancia así como para ás **extraccións de órganos**.

Co obxecto de establece-lo nivel óptimo financiable para cada tipo de actividade, teranse en conta as necesidades da poboación e o nivel de servizos acadado no ámbito de influencia do hospital, incluíndo a actividade desenvolvida nos concertados. Posteriormente, determínanse os topos de actividade a partir dos que se aplicará a tarificación reducida, para desincentivar incrementos de actividade en áreas que non a precisan. Nos casos de ingresos, consultas e urxencias distínguese entre umbrais de actividade “máxima” e “límite”.

Nestes casos, a actividade que supera o umbral máximo será financiada a unha determinada porcentaxe da tarifa normal en función da capacidade teórica que ten un centro para xerar actividade (30% en hospitalización, 20% en consultas e 50% para as urxencias). O umbral “límite” implica que o exceso de actividade non recibirá financiación adicional.

Ademais das especificacións e principais unidades de medida, que se acaban de establecer, a mellora dos contratos-programa require a definición –como se ven facendo– doutros indicadores e obxectivos complementarios de carácter cuantitativo e cualitativo. Neste sentido, cabe realizar as precisións seguintes:

- A fragmentación dos procesos –altas por traslado a outros centros, voluntarias e finamentos prematuros– e os reingresos teñen que ser controlados, co obxecto de evitar que sexan fonte de distorsións. Un mecanismo para evita-los efectos distorsionadores é o control intensivo, caso a caso, desas cuestións para evita-la súa financiación como procesos completos.
- As UPHs poden ser complementadas con obxectivos de ingresos, mínimos e/o máximos ,por áreas de actividade –cirurxía, médica, obstétrica, pediátrica...–, o que contribuirá a modular a actividade cunha base nas necesidades, respectando as expectativas dos centros.
- As consultas externas requiren da fixación de obxectivos desglosados por áreas de actividade.
- As actuacións sobre as listas de espera e tempos de demora deben estar contempladas nos contratos.
- O sistema non é incompatible con outros obxectivos máis operativos (estadías medias, porcentaxe de ocupación, aumento dos rendementos na área cirúrxica, mellora da utilización das camas médicas, redución das rotacións de consultas sucesivas/primeiras, etc.). Non

ción deste método, estase pretendendo a introducción paulatina de mecanismos potenciadores da eficiencia asignativa do sistema, co obxecto de orienta-los recursos dispoñibles ós obxectivos, vinculando a financiación dos centros co número e complexidade da patoloxía dos pacientes atendidos e facendo máis transparente a xestión asistencial e orzamentaria.

Outra novidade importante foi a actualización da carteira de servizos e unidades en tódolos hospitais da rede, establecendo a oferta de servizos e vinculando a creación de novas unidades á súa autorización por parte da Dirección do Sergas, previo establecemento da financiación correspondente.

Os pactos de actividade e orzamentos permitiron dar prioridade a outro tipo de actividades que persiguen a incentivación de áreas de alto interese estratéxico, co obxectivo de optimiza-los recursos e acadar a maior eficiencia posible.

Os sistemas de información constituíron instrumentos imprescindibles de apoio á toma de decisións, planificación e control da xestión. Neste sentido, o establecemento da codificación diagnóstica, o CMBD, permitiu a introducción dunha metodoloxía que inclúe a agrupación das altas en función da súa complexidade, GRD, o que constitúe a base do novo sistema de medición da actividade asistencial dos centros na área de hospitalización de agudos. A consolidación deste procedemento é a peza básica para o desenvolvemento tanto do novo sistema de medición da produtividade hospitalaria como da avaliación da demanda (novas áreas clínicas) e da actividade (reingresos, altas de 0 e 1 día, altas potencialmente ambulatorias, mortalidade, infeccións nosocomiais, etc.).

Co obxecto de mellorar ese sistema de información da actividade asistencial, o Sergas realizou a transformación do CMBD histórico, realizando a 3ª edición actualizada

da CIE 9ª-MC e pasando da versión 10.0 á 12.0 do agrupador DRG-AP.

Os principais resultados obtidos ó longo do ano se presentan nos **cadros 2.8.1. a 2.8.14.**

Respecto ó nivel de codificación, cabe sinalar que pasou do 77,1% en 1994 ó 83,98% en 1995 e do 96,79% en 1996 ó 97,83% en 1997, sendo a Comunidade Autónoma de Galicia a máis adiantada na implantación deste novo sistema de información. En relación coa situación por hospitais poden destacarse os aspectos seguintes:

Os hospitais Arquitecto Marcide-Nóvoa Santos, Comarcal da Costa, Cristal-Piñor, Montecelo, Meixoeiro e Provincial de Pontevedra acadaron o 100% da codificación diagnóstica. Superaron o 99% da codificación diagnóstica os hospitais Juan Canalejo-Marítimo de Oza, Comarcal de Monforte, Comarcal de Valdeorras e Xeral-Cíes.

Pola contra, os hospitais que rexistraban un maior retraso na codificación foron o Universitario de Santiago cun 97% o Xeral-Calde cun 93,5% e o Santa María Nai cun 75,7%.

A media de diagnósticos por alta pasou de 2,36 en 1994 a 2,74 en 1995 e de 3,04 en 1996 ó 3,11 en 1997. A media de diagnósticos por procedemento aumentou de 1,37 en 1994 ó 1,62 en 1995 e do 2,01 en 1996 ó 2,14 en 1997.

Respecto ó diagnóstico principal, cabe sinalar que, a partir da distribución de altas por capítulos da CIE, a porcentaxe maior de altas correspóndese nos dos primeiros postos da clasificación por DRG's, sen variación desde 1994 a 1997, ós números de codificación 373- parto sen complicacións- e 39 – procedemento sobre cristalino con o sen vitrectomía-. Así mesmo, entre os dez diagnósticos principais máis frecuentes, as porcentaxes maiores de altas correspón-

Cadro 2.8.2.

GRD máis frecuentes no C.H. Juan Canalejo-Martíno de Oza 1997

GRD		Peso medio	Altas Validas	%	Estadías media	UPH
373	Parto sen complicacións	0,4842	2.240	5,48	3,69	1.085
88	Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica	1,2134	907	2,22	7,05	1.101
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2,0431	758	1,86	17,47	1.549
359	Pr.útero e anexos por ca.in situ e proceso non maligno sen cc.	1,0667	749	1,83	5,40	799
467	Outros factores que inflúen no estado de saúde	0,2522	723	1,77	2,08	182
127	Insuficiencia cardíaca e choque	1,5240	700	1,71	6,59	1.067
39	Procedementos sobre cristalino con ou sen vitrectomía	0,8158	537	1,31	2,80	438
125	Tr.circulatorios exc.IAM, con cateterismo sen diag.complexo	0,6544	531	1,30	6,69	347
183	Esolaxite, gastroenterite e tr.dixest.miscel.idade>17 sen cc.	0,5754	508	1,24	6,09	292
209	Reimplant.maior arte e membro ext.inferior sen infección	3,4898	472	1,16	16,04	1.647
167	Apendicectomía sen diagnóstico principal complicado sen cc.	0,8053	463	1,13	4,89	373
466	Coid.post.sen historia de neo.maligno como diag.secundario	0,4232	455	1,11	2,52	193
371	Cesárea sen complicacións	0,8965	445	1,09	8,93	399
777	Esolaxite, gastroenterite e trastornos dixestivos miscelíneos idade<18 sen cc.	0,4346	407	1,00	3,55	177
410	Quimioterapia	1,0995	397	0,97	4,30	437
140	Anxina de peito	0,8999	374	0,92	5,50	337
383	Outros diagnósticos anteparto con complicacións médicas	0,5872	369	0,90	3,23	217
60	Amígdalo e/ou adenoidectomía soamente, idade<18	0,5031	358	0,88	1,64	180
541	Trastornos respiratorios excepto infeccións, bronquite, asma con cc. maior	2,4647	336	0,82	11,97	828
381	Aborto con dilatación e legrado, aspiración ou histerectomía	0,4741	317	0,78	2,38	150
70	Otite media e infec. do tracto resp. sup. idade<18	0,6006	310	0,76	3,85	186
364	Dilatación e legrado,conización exc.por neoplasia maligna	0,6057	304	0,74	2,72	184
422	Enfermidade vírica e febre de orixe descoñecida idade<18	0,5897	284	0,70	4,27	167
112	Procedementos cardiovasculares percutáneos	1,6896	282	0,69	7,95	476
143	Dor torácica	0,5451	275	0,67	3,90	150

Participación porcentual dos 25 primeiros GRD

C.H. Juan Canalejo-Martíno de Oza: indicadores de codificación					das UPH
33,0 das altas válidas e o 20,0 das UPH					
C.H. Juan Canalejo-Martíno de Oza: indicadores de codificación					
1996					97/96
Altas válidas	38,197	40,859	6,97		
Peso medio	1,536	1,585	3,197		
% de codificación	98,300	99,300	1,017		
Diagnosos por alta	2,560	2,750	7,422		
Procedementos por alta	1,480	1,490	0,676		

(1) A media de diagnosos por alta obtense dividindo o total de códigos de diagnosos entre o total de altas codificadas.
A media de procedementos por alta obtense dividindo o total de procedementos entre o total de altas codificadas.
Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria.

GRD	Peso medio	Altas Válidas	%	Estadías media	UPH
373 Parto sen complicacións	0,4842	688	4,97	3,95	333
39 Procedementos sobre cristalino con ou sen vitrectomía	0,8158	507	3,66	1,84	414
364 Dilatación e legrado,conización exc.por neoplasia maligna	0,6057	380	2,75	3,22	230
541 Trastornos respiratorios excepto infeccións, bronquite, asma con cc. maior	2,4647	248	1,79	12,76	611
372 Parto con complicacións	0,5880	246	1,78	5,02	145
140 Anxina de peito	0,8999	226	1,63	10,63	203
383 Outros diagnósticos anteparto con complicacións médicas	0,5872	209	1,51	3,88	123
209 Reimplant.maior art.e membro extr.inferior sen infección	3,4898	186	1,34	16,40	649
127 Insuficiencia cardíaca e choque	1,5240	182	1,32	9,82	277
359 Pr.útero e anexos por caín situ e proceso non maligno sen cc.	1,0667	179	1,29	9,73	191
777 Esofáxite, gastroenterite e trastornos dixestivos misceláneos idade<18 sen cc.	0,4346	179	1,29	3,18	78
630 Neonato peso ó nacer >2499 g, sen proc.cirúrg. imp.con outros problemas	0,7452	172	1,24	3,23	128
629 Neonato peso ó nacer >2499 g, sen proc.cirúrg. imp.con diag. de neonato normal	0,2387	157	1,13	2,64	37
162 Procedementos hernia inguinal e femoral idade>17 sen cc.	0,6691	151	1,09	4,11	101
183 Esofáxite, gastroenterite e tr.dixest.miscel.idade>17 sen cc.	0,5754	151	1,09	5,80	87
88 Enfermidade pulmonar obstructiva crónica	1,2134	138	1,00	12,29	167
384 Outros diagnósticos anteparto sen complicacións médicas	0,4144	135	0,98	2,77	56
381 Aborto con dilatación e legrado, aspiración ou histerotomía	0,4741	128	0,93	3,45	61
70 Oñite media e infecs. do tracto resp. sup. idade<18	0,6006	123	0,89	3,19	74
379 Ameaza de aborto	0,4245	122	0,88	5,20	52
370 Cesárea con complicacións	1,1062	120	0,87	8,93	133
158 Procedementos sobre ano e enterostomía sen cc.	0,5935	117	0,85	3,17	69
14 Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2,0431	115	0,83	10,93	235
119 Ligadura e extirpación de veas	0,7767	114	0,82	3,58	89
430 Psicose	1,5274	106	0,77	22,68	162

Participación porcentual dos 25 primeiros GRD

C.H. Arquitecto Marcide-Nova Santos. Indicadores de codificación.		36,7 das altas válidas	26,9 e o	26,9 das UPH
		1996	1997	97/96
Altas válidas	13.223	13.835	4,63	
Peso medio	1.324	1.265	-	4,442
% de codificación	99.900	100.000	0,100	
Diagnoses por alta	3.500	3.400	-	2,857
Procedementos por alta	1.620	1.800	11,111	

(1) a media de diagnoses por alta obtense dividindo o total de códigos de diagnoses entre o total de altas codificadas.
A media de procedementos por alta obtense dividindo o total de procedementos entre o total de altas codificadas.
Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria.

Cadro 2.8.6.

GRD máis frecuentes no Hospital Comarcal da Costa 1997

GRD	Peso medio	Altas Válidas	%	Estadías media	UPH
373 Parto sen complicacións	0,4842	256	5,18	2,62	124
39 Procedementos sobre cristalino con ou sen vitrectomía	0,8158	238	4,82	1,84	194
162 Procedementos hernia inguinal e femoral idade>17 sen cc.	0,6691	103	2,09	5,22	69
88 Enfermidade pulmonar obstructiva crónica	1,2134	90	1,82	9,37	109
167 Apendicectomía sen diagnóstico principal complicado sen cc.	0,8053	88	1,78	4,87	71
359 Pr.útero e anexos por caín situ e proceso non maligno sen cc.	1,0667	84	1,70	8,82	90
127 Insuficiencia cardíaca e choque	1,5240	74	1,50	8,33	113
777 Esofagite, gastroenterite e trastornos dixestivos misceláneos idade<18 sen cc.	0,4346	73	1,48	2,69	32
209 Reimplant.maior arte e membro extr.inferior sen infección	3,4898	70	1,42	11,52	244
369 Tr.menstruais e outr.problemas de aparello xerital feminino	0,3825	70	1,42	1,47	27
140 Anxina de peito	0,8999	67	1,36	8,08	60
14 Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2,0431	64	1,30	9,95	131
371 Cesárea sen complicacións	0,8965	63	1,28	7,98	56
364 Dilatación e legrado.conización exc.por neoplasia maligna	0,6057	61	1,23	1,91	37
60 Amígdalo e/ou adenoidectomía soamente, idade<18	0,5031	60	1,21	2,00	30
229 Pr.man ou pulso, exc.proc.maiores s.articulación sen cc.	0,8259	59	1,19	2,13	49
629 Neonato peso ó nacer >2499 g, sen proc.ciruj.imp.con diag. de neonato normal	0,2387	58	1,17	2,72	14
119 Ligadura e extirpación de veas	0,7767	57	1,15	3,91	44
381 Aborto con dilatación e legrado, aspiración ou histerotomía	0,4741	52	1,05	1,51	25
183 Esofagite, gastroenterite e tr.dixest.miscel.idade>17 sen cc.	0,5754	50	1,01	7,36	29
131 Trastornos vasculares periféricos sen cc.	0,9024	49	0,99	8,06	44
219 Pr.extr.inf. e útero excep.cadeira, pé, fémur idade>17 sen cc.	1,3168	49	0,99	7,73	65
89 Pneumonía simple e pleurite idade>17 con cc.	1,4274	47	0,95	10,48	67
175 Hemorragia gastrointestinal sen cc.	0,8343	47	0,95	6,53	39
383 Outros diagnósticos anteparto con complicacións médicas	0,5872	47	0,95	3,40	28

Participación porcentual dos 25 primeiros GRD

	40,0	das altas válidas	e o	28,9	das UPH
	Hospital Comarcal da Costa. Indicadores da codificación				
		1996	1997	97/96	
Altas válidas		4.633	4.940	6,63	
Peso medio		1.243	1.255	0,917	
% de codificación		100.000	100.000	-	
Diagnoses por alta		3.510	3.470	1,140	
Procedementos por alta		5.120	5.300	3,516	

(1) A media de diagnoses por alta obtense dividindo o total de códigos de diagnoses entre o total de altas codificadas.
A media de procedementos por alta obtense dividindo o total de procedementos entre o total de altas codificadas.

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria.

Cadro 2.8.8.

GRD máis frecuentes no C.H. Cristal-Piñor 1997

GRD		Peso medio	Altas Válidas	%	Estadías media	UPH
373	Parto sen complicacións	0.4842	766	3.69	3.97	371
541	Trastornos respiratorios excepto infeccións, bronquite, asma con cc. maior	2.4647	521	2.51	13.73	1.284
777	Esófaxe, gastroenterite e trastornos dixestivos misceláneos idade<18 sen cc.	0.4346	465	2.24	4.23	202
127	Insuficiencia cardíaca e choque	1.5240	362	1.74	12.87	552
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2.0431	330	1.59	17.06	674
364	Dilatación e legrado,conización exc.por neoplasia maligna	0.6057	321	1.55	2.19	194
209	Reimplant,maior art.e membro ext.inferior sen infección	3.4898	304	1.46	16.90	1.061
371	Cesárea sen complicacións	0.8965	287	1.38	10.03	257
372	Parto con complicacións	0.5880	284	1.37	4.36	167
70	Oñte media e infecc. do tracto resp. sup. idade<18	0.6006	265	1.28	3.93	159
359	Pr.útero e anexos por cal in situ e proceso non maligno sen cc.	1.0667	264	1.27	9.57	282
88	Enfermidade pulmonar obstructiva crónica	1.2134	258	1.24	12.79	313
39	Procedementos sobre cristalino con ou sen vitrectomía	0.8158	237	1.14	1.61	193
183	Esófaxe, gastroenterite e tr.dixest.miscel.idade>17 sen cc.	0.5754	233	1.12	7.26	134
381	Aborto con dilatación e legrado, aspiración ou histerotomía	0.4741	228	1.10	2.74	108
140	Anxina de peito	0.8999	225	1.08	10.02	202
15	Accidente isquémico transitorio e oclusións precerebrais	0.9255	200	0.96	11.09	185
167	Apendicecemia sen diagnóstico principal complicado sen cc.	0.8053	164	0.79	5.01	132
467	Outros factores que inflúen no estado de saúde	0.2522	162	0.78	2.14	41
89	Pneumonía simple e pleurite idade>17 con cc.	1.4274	156	0.75	12.92	223
101	Outros diagnósticos do aparello respiratorio con cc.	1.0461	156	0.75	12.39	163
42	Procedementos intraoculares excepto retina, iris e cristalino	1.0176	148	0.71	2.56	151
324	Cálculos urinais sen cc.	0.4001	146	0.70	5.05	58
35	Outros trastornos do sistema nervioso sen cc.	0.8986	144	0.69	2.56	129
243	Problemas médicos das costas	0.8074	139	0.67	13.15	112

Participación porcentual dos 25 primeiros GRD

32,6 C.H. Cristal-Piñor. Indicadores da codificación. 24,8 das UPH

	1996	1997	97/96
Altas válidas	21.049	20.776	- 1.30
Peso medio	1.432	1.428	- 0.251
% de codificación	100.000	100.000	-
Diagnos por alta	3.720	3.900	4.839
Procedementos por alta	1.850	1.860	0.541

(1) A media de diagnos por alta obtense dividindo o total de códigos de diagnos entre o total de altas codificadas. A media de procedementos por alta obtense dividindo o total de procedementos entre o total de altas codificadas.

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria .

Cadro 2.8.10.

GRD máis frecuentes Hospital Santa María Naí 1997

GRD		Peso medio	Altas Válidas	%	Estadías media	UPH
39	Procedementos sobre cristalino con ou sen vitrectomía	0,8158	318	5,51	2,33	259
410	Quimioterapia	1,0995	305	5,29	3,83	335
541	Trastornos respiratorios excepto infeccións, bronquite, asma con cc. maior	2,4647	177	3,07	13,30	436
209	Reimplant.maior art.e membro extt.inferior sen infección	3,4898	168	2,91	16,35	586
430	Psicose	1,5274	150	2,60	20,13	229
231	Excisión local e eliminac.disp.fixación int.excep.cadeira e fémur	1,3677	143	2,48	3,71	196
88	Enfermidade pulmonar obstructiva crónica	1,2134	140	2,43	11,87	170
127	Insuficiencia cardíaca e choque	1,5240	132	2,29	9,74	201
359	Pr.útero e anexos por ca.in situ e proceso non maligno sen cc.	1,0667	125	2,17	8,68	133
162	Procedementos hernia inguinal e femoral idade>17 sen cc.	0,6691	115	1,99	7,39	77
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2,0431	111	1,92	11,00	227
140	Anxina de peito	0,8999	97	1,68	7,80	87
183	Esófagite, gastroenterite e tr.dixest.miscel.idade>17 sen cc.	0,5754	94	1,63	6,04	54
364	Dilatación e legrado,conización exc.por neoplasia maligna	0,6057	84	1,46	1,27	51
139	Arritmias cardíacas e trastornos de condución sen cc.	0,7973	78	1,35	6,46	62
360	Procedementos sobre vagina, cérvix e vulva	0,7599	78	1,35	1,44	59
89	Pneumonía simple e pleurite idade>17 con cc.	1,4274	75	1,30	9,06	107
167	Apéndicectomía sen diagnóstico principal complicado sen cc.	0,8053	75	1,30	5,89	60
229	Pr.man ou pulso, exc.proc.maiores s.articulación sen cc.	0,8259	72	1,25	3,12	59
125	Tr.circulatorios exc.IAM, con cateterismo sen diag.complexo	0,6544	66	1,14	8,83	43
15	Accidente isquémico transitorio e oclusións precerebrais	0,9255	60	1,04	7,41	56
82	Neoplasias respiratorias	1,9986	60	1,04	11,45	120
90	Pneumonía simple e pleurite idade>17 sen cc.	0,8663	52	0,90	11,50	45
219	Pr.extt.inf. e útero excep.cadeira, pé, fémur idade>17 sen cc.	1,3168	52	0,90	14,48	68
202	Cirrose e hepatite alcohólica	1,5144	48	0,83	9,66	73

Participación porcentual dos 25 primeiros GRD

Hospital Santa María NaíIndicadores da codificación.	49,8	das altas válidas		e o	45,4	das UPH
		1996	1997		97/96	
Altas válidas	4,997		5,770		15,47	
Peso medio	1,471		1,448	-	1,564	
% de codificación	71,600		75,700		5,726	
Diagnoses por alta	2,490		2,710		8,835	
Procedementos por alta	1,820		2,260		24,176	

(1) a media de diagnoses por alta obtense dividindo o total de códigos de diagnoses entre o total de altas codificadas.
A media de procedementos por alta obtense dividindo o total de procedementos entre o total de altas codificadas.

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria .

Cadro 2.8.12.

GRD máis frecuentes no Hospital Montecelo 1997

GRD	Peso medio	Altas Validas	%	Estadías media	UPH
373 Parto sen complicacións	0,4842	601	4,60	3,53	291
39 Procedementos sobre cristalino con ou sen vitrectomía	0,8158	361	2,77	2,89	295
372 Parto con complicacións	0,5890	348	2,67	4,15	205
777 Esofaxe, gastroenterite e trastornos dixestivos misceláneos idade<18 sen cc.	0,4346	248	1,90	2,70	108
359 Pr.útero e anexos por caín situ e proceso non maligno sen cc.	1,0667	222	1,70	8,07	237
209 Reimplant.maior arte membro ext.inferior sen infección	3,4898	218	1,67	20,02	761
55 Procedementos otorrinolaringolóxicos misceláneos	0,6519	205	1,57	2,68	134
183 Esofaxe, gastroenterite e tr.dixest.miscel.idade>17 sen cc.	0,5754	204	1,56	4,44	117
70 Oñte media e infec. do tracto resp. sup. idade<18	0,6006	186	1,42	2,40	112
162 Procedementos hernia inguinal e femoral idade>17 sen cc.	0,6691	181	1,39	3,35	121
167 Apendicectomía sen diagnóstico principal complicado sen cc.	0,8053	174	1,33	3,99	140
127 Insuficiencia cardíaca e choque	1,5240	168	1,29	8,04	256
381 Aborto con dilatación e legrado, aspiración ou histerotomía	0,4741	158	1,21	1,37	75
222 Procedementos sobre xeonllo sen cc.	1,0785	156	1,19	4,21	168
364 Dilatación e legrado,conización exc.por neoplasia maligna	0,6057	153	1,17	2,22	93
131 Trastornos vasculares periféricos sen cc.	0,9024	143	1,10	4,81	129
119 Ligadura e extirpación de veas	0,7767	142	1,09	3,56	110
88 Enfermidade pulmonar obstructiva crónica	1,2134	125	0,96	9,81	152
422 Enfermidade vírica e febre de orixe descoñecida idade<18	0,5897	124	0,95	2,35	73
775 Bronquite e asma idade<18 sen cc.	0,5998	120	0,92	2,85	72
60 Amígdalo e/ou adenoidectomía soamente, idade<18	0,5031	115	0,88	1,93	58
541 Trastornos respiratorios excepto infeccións, bronquite, asma con cc. maior	2,4647	115	0,88	9,93	283
371 Cesárea sen complicacións	0,8965	114	0,87	7,13	102
56 Rinoplastia	0,6876	112	0,86	2,72	77
14 Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2,0431	110	0,84	13,00	225

Participación porcentual dos 25 primeiros GRD

	36,8	das altas validas	e o	26,1	das UPH
	Hospital Montecelo	Indicadores da codificación.			
		1996	1997	97/96	
Altas validas		12.925	13.055	1,01	
Peso medio		1,283	1,287	0,320	
% de codificación		99,300	100,000	0,705	
Diagnoses por alta		3,080	2,950	- 4,221	
Procedementos por alta		2,920	2,700	- 7,534	

(1) a media de diagnoses por alta obtense dividindo o total de códigos de diagnoses entre o total de altas codificadas. A media de procedementos por alta obtense dividindo o total de procedementos entre o total de altas codificadas.

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria.

GRD		Peso medio	Altas Válidas	%	Estadías media	UPH
373	Parto sen complicacións	0,4842	588	4,24	3,3	285
39	Procedementos sobre cristalino con ou sen vitrectomía	0,8158	541	3,90	1,9	441
183	Esófagite, gastroenterite e tr.dixest.miscel idade>17 sen cc.	0,5754	443	3,19	3,5	255
777	Esófagite, gastroenterite e trastornos dixestivos misceláneos idade<18 sen cc.	0,4346	366	2,66	2,3	155
88	Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica	1,2134	285	2,05	7,7	346
127	Insuficiencia cardíaca e choque	1,5240	236	1,70	9,0	360
70	Oñte media e infec. do tracto resp. sup. idade<18	0,6006	213	1,53	2,9	128
162	Procedementos hernia inguinal e femoral idade>17 sen cc.	0,6691	194	1,40	7,0	130
359	Pr.útero e anexos por cal.in situ e proceso non maligno sen cc.	1,0667	188	1,35	9,3	201
209	Reimplant maior art.e membro extr.inferior sen infección	3,4898	181	1,30	12,1	632
89	Pneumonía simple e pleurite idade>17 con cc.	1,4274	174	1,25	11,4	248
430	Psicose	1,5274	174	1,25	21,9	266
167	Apendicectomía sen diagnóstico principal complicado sen cc.	0,8053	170	1,22	6,9	137
371	Cesárea sen complicacións	0,8965	163	1,17	8,4	146
422	Enfermidade vírica e febre de orixe descoñecida idade<18	0,5897	160	1,15	2,7	94
60	Amigdalio e/ou adenoidectomía soamente. idade<18	0,5031	142	1,02	2,1	71
158	Procedementos sobre ano e enterostomía sen cc.	0,5935	142	1,02	5,5	84
364	Dilatación e legrado,conización exc.por neoplasia maligna	0,6057	141	1,02	2,7	85
541	Trastornos respiratorios excepto infeccións, bronquite, asma con cc. maior	2,4647	140	1,01	12,4	345
119	Ligadura e extirpación de veas	0,7767	135	0,97	4,6	105
372	Parto con complicacións	0,5880	131	0,94	4,1	77
629	Neonato peso ó nacer >2499 g. sen proc.cirú. imp.con diag. de neonato normal	0,2387	120	0,86	3,1	29
775	Bronquite e asma idade<18 sen cc.	0,5998	120	0,86	7,2	72
140	Anxina de peito	0,8999	118	0,85	7,5	106
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	2,0431	113	0,81	10,9	231

Participación porcentual dos 25 primeiros GRD

38,7	das altas válidas	e o	37,1	das UPH
Hospital Provincial de Pontevedra: Indicadores da codificación.				
	1996	1997	97/96	
Altas válidas	12.415	13.880	11,80	
Peso medio	1.127	1.165	3,390	
% de codificación	99.900	100.000	0,100	
Diagnoses por alta	2.420	2.830	16,942	
Procedementos por alta	0.800	1.110	38,750	

(1) a media de diagnoses por alta obtense dividindo o total de códigos de diagnoses entre o total de altas codificadas. A media de procedementos por alta obtense dividindo o total de procedementos entre o total de altas codificadas.

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria.

trativas, homoxenización do deseño de formularios e descentralización da elaboración dos mesmos, elaboración da circular 2/97, de 15 de marzo, sobre normas para a actualización da base de datos da tarxeta sanitaria, referentes á información correspondente ás entidades do nivel de atención primaria.

- Revisión da Guía de Codificación de Atención Primaria.

- Descentralización do procedemento de cambio de médico, con dous centros de tramitación nos que se mecaniza o cambio de médico.

- **Mantemento do correcto funcionamento da aplicación informática na oficina central e periféricas.**

- Formación do personal usuario e dos administradores da aplicación informática: curso de administradores da aplicación informática das oficinas periféricas, cursos de formación destinados ós administrativos que asumen a mecanización de cambio de médico, curso sobre o sistema de tarxeta sanitaria dirixido ós equipos directivos das xerencias de atención primaria.

- **Integración da información da tarxeta sanitaria con outras aplicacións do Sergas.**

- Aplicación para o control da prescripción farmacéutica: incorporación de datos de persoal temporal para a xestión e control do gasto farmacéutico.

- Aplicación para a confección de nóminas e xestión do personal: establecemento dunha codificación única para ás prazas de persoal de atención primaria.

- Continuidade no desenvolvemento da aplicación OMI-AP (Organización e métodos informáticos para atención primaria).

- Atención especializada: análise dun modelo de axentes de consulta.

- **Proceso de emisión da tarxeta sanitaria.**

- Ampliación do censo domiciliario, que pretende recolle-los datos –persoais, administrativos e de asignación médica–, de cada ún dos cidadáns integrados no sistema sanitario público. A 31 de decembro de 1997, este censo abarcaba 1.466.000 habitantes, cun ratio de implantación do 52,7% da poboación total de Galicia, que se correspondía coas áreas e concellos que se amosan no **cadro 2.8.15**.

A cobertura global da poboación adscrita ó sistema sanitario público correspondente ós concellos que figuran nese cadro supón o 94%. En 1997, a dita cobertura foi do 89% mentres que en 1996 esta ratio era do 33%.

- Elaboración e distribución dos documentos asociados á tarxeta sanitaria: cartas de presentación, becas, trípticos de instrucións e trípticos de carteira de servizos.

- **Normalización e control do funcionamento das oficinas periféricas.**

- Elaboración dun manual interno de normalización das actividades.

- Elaboración mensual de estatísticas de actividade das oficinas periféricas.

- **Facilitación da xestión individualizada de cambio de médico.**

- Normalización e depuración das claves médicas existentes.

- Listados mensuais coa información dos centros de tramitación, distribuídos ás Direccións Provinciais da TXSS, INSS, ISM.

- Elaboración de instrucións de cambio de médico dirixidas ós responsa-

bles da formación dos administrativos: 154 puntos de tramitación de cambio de médico, con 302 administrativos formados.

• **Establecemento de normas e bases para o aseguramento e cobertura sanitaria de colectivos especiais como son as persoas sen recursos económicos suficientes ou solicitudes de ONG.**

- Instrucións relacionadas coa cobertura sanitaria de nenos e monitores procedentes de campamentos de refuxiados saharauis.

- Dotación de dous mil carnets acreditativos para as oficinas periféricas.

• **Aplicación da tarxeta sanitaria no ámbito da xestión farmacéutica, facilitando a impresión mecánica de receitas farmacéuticas.**

- Dotación de aparataxe de mecanización administrativa en consultas de medicina xeral e pediatría de atención primaria.

• **Difusión pública do programa de tarxeta sanitaria.**

- Distribución do libro do Programa de Tarxeta Sanitaria.

2.8.4.- A contabilidade analítica

Tradicionalmente, as fontes de información utilizadas na análise sobre a suficiencia de recursos na sanidade pública presentan un conxunto de carencias destacadas, que teñen unha significación considerable á hora de elaborar un estudo sobre o sistema sanitario como o presente.

Esas fallas refírense á dispoñibilidade incompleta de estruturas e mecanismos de avaliación e análise, no que fai referencia ás medidas do produto e dos custos. Respecto ó primeiro, hai que pór de mani-

festo unha falta de cobertura informativa, cuasi-completa, no relacionado coa natureza, a complexidade e os niveis de calidade da produción hospitalaria. Sobre os segundos, hai que dicir que o sistema de contabilidade pública vixente no período estudado daba lugar a unha información cun valor limitado no terreno investigador, polo seu deseño máis administrativo que económico. Neste sentido, o expoñente máis claro desa insuficiencia atópase na falta de conexión, precisamente, entre o produto e os custos hospitalarios.

A importancia dos problemas sinalados conduxo á aprobación do Plan Xeral de Contabilidade Pública (PXCP), en maio de 1994, aínda que, desafortunadamente, este novo deseño aínda atópase nun estadio de incipiente desenvolvemento á hora de realizar este examen do sistema sanitario público galego, polo que non puido contribuir significativamente ó enriquecemento do mesmo.

O novo Plan introduce cambios significativos na presentación das contas anuais das Administracións Públicas, achegando os seus contidos e formatos, na medida do posible, ó Plan xeral de Contabilidade das empresas sanitarias privadas. Esta modernización representa un paso máis na implantación dun sistema de información contable que trata de supera-las fallas na aplicación do PXCP de 1983, o vixente no momento de realiza-la nosa investigación, así como facerse eco dos cambios que se produciron nos criterios contables aplicados no sector privado, co obxectivo de incorpora-las tendencias actuais sobre a forma máis adecuada de contabiliza-los feitos e transaccións económicas.

Tanto o seguimento e o control da execución do Orzamento como a necesidade de valorar a posición económico-financiera da entidade, propiciaron que as AA.PP. presenten unha información máis abundante que a ofrecida polos sistemas de información anteriores á reforma e equiparable á

As experiencias aplicadas en diferentes países pon de manifesto os procedementos á hora de calcula-los custos:

- **Método top-down.** Ten por obxectivo o cálculo do custo total medio por GRD.

- **Método bottom-up.** O seu obxecto é o cálculo do custo real por paciente, para determinar, a posteriori, o custo do GRD por agregación.

As vantaxes e inconvenientes desos dous métodos son as seguintes:

Bottom-up: Presenta o inconveniente de que require, para o seu desenvolvemento, unha información moito máis detallada e exhaustiva que o primeiro e o seu proceso de cálculo é moito máis laborioso. Non embargante, resulta ser moi útil para a xestión interna do hospital, dado que proporciona resultados moito máis precisos e información sobre a variabilidade de custos dentro de cada GRD.

Top-down. Intentan estima-los custos medios por cada grupo de patoloxía, polo que non permite identifica-la posible existencia de variacións de custo dentro dos grupos. Deste xeito, non se poden detectar diferencias de custo por prácticas médicas dentro dun mesmo GRD nun mesmo hospital. Con iso e todo, presenta a vantaxe de requirir menos información, ser máis sinxelo o seu cálculo e menos custosa a implantación do modelo.

Tanto si se pretende calcular o custo por paciente como o custo por GRD, é preciso obter o custo por seccións ou centros de custo. Para isto se establecen dúas fases:

- 1ª etapa. Extracción da conta de P. e G. da contabilidade xeral. Adaptación dos gastos³ para obter os custos.

- 2ª etapa. Determinación das seccións ou centros de custos. Reparto dos custos entre as seccións ou centros de custos.

Cada centro de custo representa un centro de responsabilidade para a produción de un tipo específico dun ben ou servizo necesario para a atención ó paciente ou para o funcionamento do hospital.

Os centros de custo clasifícanse en catro grupos:

- Centros de custo de servizos xerais.
- Centros de custo dos servizos centrais.
- Centros de custo dos directos de hospitalización ou servizos clínicos.
- Outros centros de custo. Centros de custo que non pertencen a hospitalización.

Tódolos centros de custo son considerados centros de custo iniciais, de xeito que a cada ún deles se lle reparten as unidades correspondentes da contabilidade xeral.

Asimesmo, tódolos centros de custo, a excepción dos servizos xerais, son considerados centros de custo finais, xa que ofrecen servizos directamente ós pacientes.

O método *top-down* é un sistema que incorpora a totalidade dos custos, tanto directos como indirectos. Os servizos centrais reparten uns custos ás CCF mediante criterios de reparto, ben baseados na facturación ou no emprego de Unidades Relativas de Valor (URV) correspondentes ós servizos utilizados. En cada centro de custo final, os custos son distribuídos ós pacientes de cada GRD, utilizando unha estatística de consumo de recursos.

No método *bottom-up* os custos dos servizos xerais, por tratarse de custos indirectos en relación ó paciente, non se consideran e únicamente se asignan os custos directos. Este sistema de custos ten como obxectivo a obtención dun custo real directo do paciente.

Finalmente, a modo de recapitulación,

Esquema 2.8.5.**Comparación dos principais instrumentos de xestión correspondentes ós marcos organizativos dun hospital público tradicional e dunha fundación pública sanitaria.**

INSTRUMENTO DE XESTIÓN	HOSPITAL PÚBLICO TRADICIONAL	FUNDACIÓN PÚBLICA SANITARIA
Réxime Xeral	Lei 14/1986, de 25 de abril, Xeral de Sanidade	Lei 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de novas formas de xestión do Sistema Nacional da Saúde, desenvolvido pola Lei 50/1998, de 30 de decembro de 1998.
Réxime patrimonial	Lei 3/1985, de 12 de abril, do Patrimonio da Comunidade Autónoma de Galicia	Dispoñerán de seu propio patrimonio e poderán ter bens adscritos por la Administración o pola Tesourería Xeral da Seguridade Social. (Lei 3/1985, de 12 de abril, do Patrimonio da Comunidade Autónoma de Galicia)
Réxime presupostario, económico-financeiro, de contabilidade, intervención e de control financeiro	Lei 11/1992, do 7 de outubro, de Réxime Financeiro e Presupostario de Galicia (Art. 11)	Dereito mercantil ou civil, agás nas materias nas que sexa aplicable o establecido na Lei 11/1992, do 7 de outubro, de Réxime Financeiro e Presupostario de Galicia (Art. 12): 1. Réxime Presupostario: Art. 83, 84, 85 e 86. 2. Réxime Contable: Art. 114, 115, 116, 117 e 118 (Adaptación del Plan Xeral de Contabilidade vixente para la empresa española ás entidades sen fins lucrativos e disposicións que o desenvolvan). 3. Réxime de Intervención e Control Financeiro: Art. 106 e 107 e Lei 10/1996, de 5 de novembro, de actuacións de entes e empresas nas que ten participación maioritaria a Xunta de Galicia en materia de persoal e contratación (Acordo do Consello da Xunta de Galicia de 18 de marzo de 1999, D.O.G. nº 82 de 30 de abril de 1999).
Modelo de Dirección	Centralizado (O persoal directivo poderá contratarse conforme o réxime laboral de alta dirección, previsto no Real Decreto 1382/1995, de 1 de agosto).	Centralizado (O persoal directivo, que se determinará nos estatutos da entidade, poderá contratarse conforme o réxime laboral de alta dirección, previsto no Real Decreto 1382/1995, de 1 de agosto).
Recursos Humanos	Estatuto xurídico do persoal médico da Seguridade Social. Estatuto do persoal sanitario non facultativo das institucións sanitarias da Seguridade Social. Estatuto do persoal non sanitario ó servizo das institucións sanitarias da Seguridade Social.	O persoal o servizo das fundacións públicas sanitarias, con carácter xeral, rexirase polas normas de carácter estatutario, relativas ó persoal de Institucións Sanitarias da Seguridade Social. Asimesmo poderán incorporarse persoal que ostente vinculación de carácter funcional (Lei da Función Pública) o laboral (Estatuto dos Traballadores e Lei 10/1996, de 5 de novembro, de actuacións de entes e empresas nas que ten participación maioritaria).
Réxime de contratación	Lexislación de contratos das Administracións públicas	O réxime de contratación respectará, en todo caso, os principios de publicidade e libre concurrencia, e rexirase polas previsións contidas o respecto na lexislación de contratos das Administracións públicas (Disposición adicional sexta) e a Lei 10/1996, de 5 de novembro, de actuacións de entes e empresas nas que ten participación maioritaria a Xunta de Galicia en materia de persoal e contratación.
Réxime de Xestión	Lei 30/1992, de 26 de novembro, de Réxime Xurídico das Administracións Públicas e Procedemento Administrativo Común.	Lei 30/1992, de 26 de novembro, de Réxime Xurídico das Administracións Públicas e Procedemento Administrativo Común, cando exerzan potestades administrativas, someténdose no resto da súa actividade o que dispoñan a súas normas de creación e polo disposto para as entidades públicas empresariais na Lei 6/1997, sobre Organización e Funcionamento da Administración Xeral do Estado.
Recursos económicos	Presupostos da Comunidade Autónoma	Calquera das fontes previstas no artigo 65.1 da Lei 6/1997, sobre organización e Funcionamento da Administración Xeral do Estado: 1. Os ingresos que se deriven de súas operacións. 2. Os ingresos ordinarios o extraordinarios que estean autorizados a percibir, segundo as disposicións polas que se rexan. 3. Calquera outros atribuído que podan seles atribuído 4. Cando así o prevea a súa norma de creación, poderán financiarse polas consignacións específicas que tiveran asignadas nos presupostos da Xunta de Galicia o polas transferencias correntes ou de capital que procedan das Administracións o entidades públicas.
Xestión de Pagos	Consellería de Economía e Facenda	Propia (Instrumentos Financeiros autorizados pola Consellería de Economía e Facenda)
Capacidade de endebedamento	Non ten	Limitada as necesidades transitorias de tesourería co prazo de reembolso inferior a un ano. Na lei de presupostos de cada ano autorizarase o límite máximo desta operacións para cada exercicio.

Fonte: Elaboración propia

Cadro 2.8.17.**Productividade na Fundación Hospital Verín 1996-97**

	1996	1997	97/96
UPA			
Hospitalización axustadas	25.565	25.703	0,5
Intervencións ambulatorias	889	1.828	105,6
Consultas externas	7.855	8.209	4,5
Urxencias non ingresadas	3.104	2.941	-5,3
Total axustadas	37.413	38.681	3,4
UPH			
Área médica	2.267	2.136	-5,8
Área cirúrxica	1.088	1.627	49,5
Área obstétrica	101	94	-6,9
Área pediátrica	99	70	-29,3
Total	3.555	3.927	10,5

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento, e Subdirección Xeral de Información Sanitaria .

Cadro 2.8.18**Lista de espera cirúrxica na Fundación Hospital Verín 1997**

Menos de 3 meses	52,0
Entre 3 e 6 meses	50,0
Máis de 6 meses	32,0
TOTAL	134,0
Demora mediadías	116,5

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da Subdirección Xeral de Información Sanitaria .

Cadro 2.8.20.***Liñas de servizos Hospital Virxe da Xunqueira 1997***

Hospitalización	Urxencias
Cirurxía xeral	Anestesioloxía
Medicina Interna	Cirurxía xeral
Obstetricia	Pediatría
Pediatría	Traumatoloxía
Traumatoloxía	Xinecoloxía
Xinecoloxía	
Consultas externas	Servizos Centrais
Anestesioloxía	Anatomía Patolóxica
Cirurxía xeral	Banco de sangue
Dermatoloxía	Bioquímica
Medicina Interna	Díálise
Obstetricia	Ecografía
Oftalmoloxía	Esterilización
Otorrinolaringoloxía	Farmacía
Pediatría	Fisioterapia
Psicoloxía	Hematoloxía
Psiquiatría	Laboratorio de urxencias
Rehabilitación	Mamografía
Traumatoloxía	Microbioloxía
Uroloxía	Radioloxía
	TAC

Área de influencia

Concellos	Poboación (1)
Camariñas	7.410
Cee	7.109
Corcubión	2.102
Dumbría	5.028
Fisterra	5.477
Muxía	6.725
Vimianzo	9.639
Zas	6.611
Total	50.101

(1) Poboación de dereito. Censo de 1991

Fonte: Elaboración propia a partir de datos da *División de Asistencia Sanitaria*.

HOSPITAL DO BARBANZA

O protectorado sobre a fundación é exercido pola Xunta de Galicia co obxecto de asegura-lo cumprimento dos fins previstos. O hospital, propiedade do Servizo Galego de Saúde, está xestionado pola Fundación Pública Hospital da Barbanza, tal e como establece o Decreto 229/1997, do 25 de agosto.

Coa posta en marcha deste hospital preténdese dotar ó área de influencia dun servizo asistencial que permita achegar-las prestacións en asistencia sanitaria especializada ós cidadáns.

Entre os seus obxectivos están os seguintes:

- Organiza-las prestacións sanitarias de xeito que permitan unha atención integral que comprenda tanto a promoción da saúde, como a prevención da enfermidade, a curación e a rehabilitación.
- Incorporar ós recursos públicos as ferramentas necesarias que permitan autonomía e flexibilidade na súa xestión, á vez que permiti-la participación do usuario.

No **cadro 2.8.21.** preséntanse as liñas de servizos na área de influencia do hospital.

2.8.6.- Instituto Galego de Oftalmoloxía

A Fundación Pública Instituto Galego de Oftalmoloxía, constituída en xaneiro de 1995, ten como obxectivo fundacional a actividade asistencial, de consultoría, docente e de investigación no ámbito de oftalmoloxía. A actividade asistencial realízase mediante un concerto específico, a partir do que o Sergas atende unha demanda que excede a capacidade potencial do Servizo de oftalmoloxía do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Ademais, a fundación complementa as súas

actividades coa prestación dos servizos a pacientes privados. No **cadro 2.8.22,** se presentan os principais resultados da actividade en 1997.

2.8.7.- Centro de Transfusión de Galicia

O Centro de Transfusión de Galicia inaugurouse en agosto de 1993. En 1994, daba cobertura hemoterápica ás áreas sanitarias de Santiago, Barbanza, A Coruña e Lugo. En 1995, completouse todo o mapa sanitario de Galicia incorporando as provincias de Pontevedra e Ourense.

O Centro de Transfusión de Galicia se estrutura en unidades funcionais para dar cumprimento ás finalidades da fundación. A actividade desenvolvida polas diferentes unidades ó longo do ano foi a seguinte:

• **Unidade de promoción da doazón.-** Realizou 3.684 campañas de doazón de sangue, que se desenvolveron en:

- 314 concellos, 180 parroquias e 80 barrios das grandes cidades galegas.
- 71 facultades correspondentes ás Universidades da Coruña (*campus* da Coruña e Ferrol), de Santiago (*campus* de Santiago e Lugo) e Vigo (*campus* de Vigo, Pontevedra e Ourense).
- 121 centros docentes non universitarios (institutos de Formación Profesional, institutos de Ensino Secundario e Profesional, centros de Formación Ocupacional, escolas taller, institutos de Bacherelato, etc.).
- 15 acuartelamentos do Ministerio de Defensa (Exército de Terra, Armada e Exército do Aire).
- 97 empresas dos ámbitos público e privado.

• **Unidade de hemodoazón.-** A actividade desenvolveuse en sete unidades que deron cobertura ás campañas de doazón. Esta unidade, cun total de 3.684 colectas, obtivo 91.187 unidades de sangue, o que,

Cadro 2.8.23.

Actividade do Centro de Transfusión de Galicia 1996-97

	1996	1997	97/96
Número de doazóns	93.228	96.423	3,4
Doazóns en puntos fixos	24.119	23.282	-3,5
Doazóns en unidades móbiles	69.109	73.141	5,8
Índice de doazóns (por mil habs.)	34,34	35,44	3,2
Índice de fraccionamento (% HC)	99,5	99,9	0,4
Litros de plasma obtidos	19.530	22.040	12,9
Plasma fresco conxelado	18.302	20.771	13,5
Plasma conxelado	1.228	1.269	3,3
Litros de plasmaféresis	1.079	1.745	61,7
Unidades plaquetas fraccionamento obtidas	63.144	63.774	1,0
Total plaquetas obtidas	66.943	67.703	1,1
Transfusións sanque total	196	333	69,9
Transfusións de concentrado de hemácias	83.289	84.025	0,9
% sobre total transfundida	0,2	0,4	95,0
Transfusións de plaquetas	37.435	35.327	-5,6
Transfusións de plasma fresco conxelado	4.477	4.046	-9,6
Transfusións de crioprecipitados	446	105	-76,5
Plasma enviado á industria fraccionadora	14.456	15.830	9,5
Unidades autotransfusións extraídas	1.855	1.653	-10,9
Unidades autotransfusións transfundidas	1.158	914	-21,1

Fonte: Elaboración propia a partir de datos do Centro de Transfusión de Galicia.

hospitais da comunidade en materia de programas de autotransplante de células progenitoras en pacientes con cancro.

Ademáis, iniciou estudos para o tratamento e conservación de tecidos humanos.

• **Laboratorio de control de calidade.-**

A súa actividade centrouse no mantemento da actividade analítica confirmatoria de doenzas infecciosas nas unidades de sangue de doadores altruistas; na realización de control do 3% de tódalas unidades procesadas, dando cumprimento así ás normas máis estrictas en seguridade; e na introducción de técnicas diagnósticas para HIV, HCV e treponema como técnicas alternativas e que contrasten ás usadas no laboratorio de procesamento.

• **Unidade de Bioloxía Molecular.-**

Adicada ó sostemento da actividade analítica solicitada de diagnóstico molecular de enfermidades infecciosas. Colabora co Rexistro de Doadores de Médula Ósea (Redmo) realizando 135 doacións estanda-

rizadas de médula ósea mediante convenio coa Oficina de Coordinación de Transplantes.

O Centro de Transfusión de Galicia, representado polo seu Director, participa na Comisión Nacional de Hemoterapia, encargada de elabora-las modificacións técnicas en materia de hemodoazón-hemoterapia.

No **cadro 2.8.23.** preséntanse os principais resultados da actividade desenvolvida durante os anos 1996 e 1997.

Fixéronse 96.423 doazóns, o que representa un incremento do 3,4% con respecto ó ano anterior. Delas, 23.282 (24,1%) foron en puntos fixos e as 73.141 restantes (75,9%), nas unidades móbeis.

O indicador utilizado para medir a doazón de sangue é o índice de doazón, que informa do número de doazóns por mil habitantes e ano nunha poboación determinada. En 1997, este índice acadou en Galicia o 35,4 por mil, o que supón un

Esquema 2.8.6.

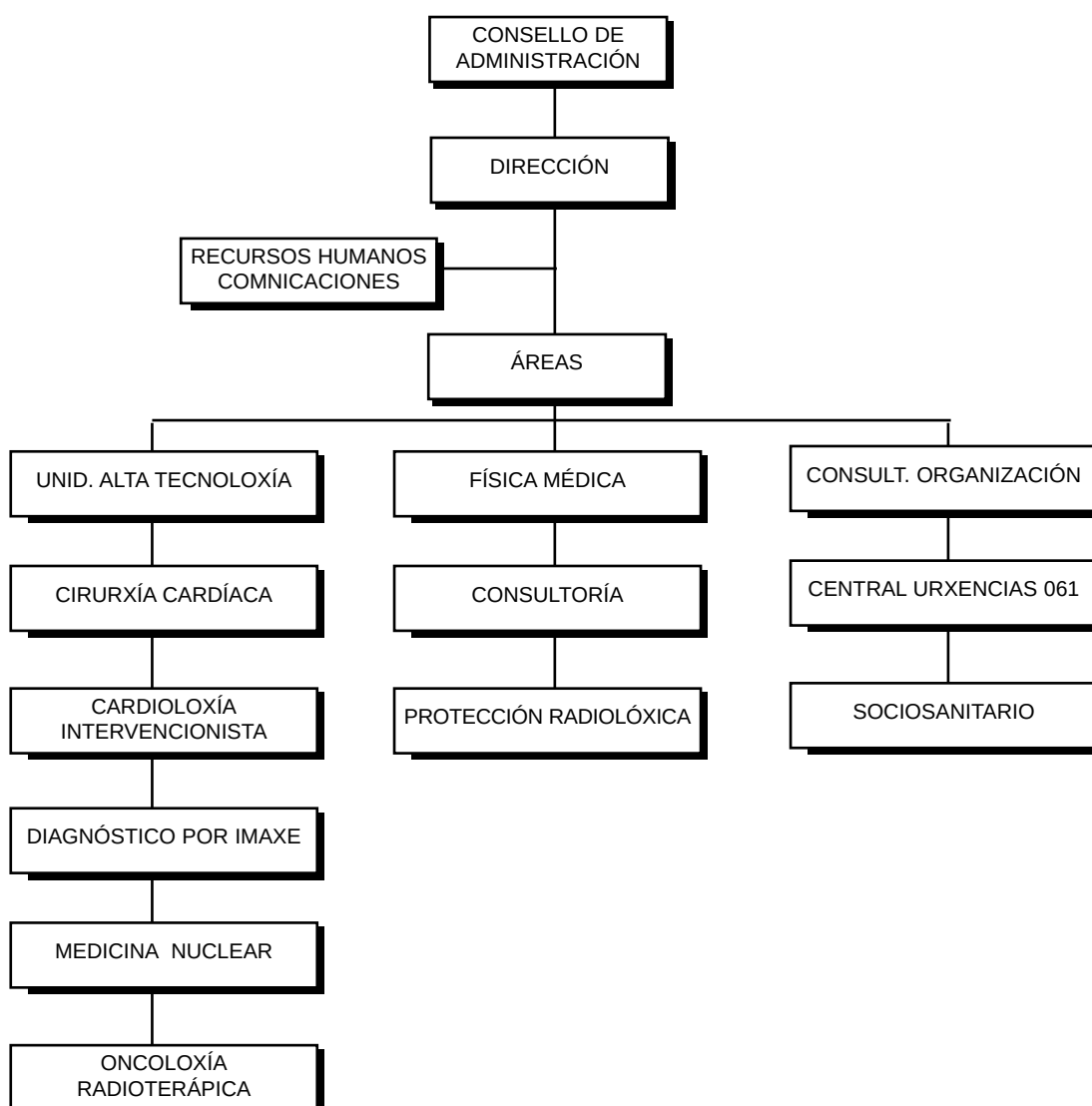
Estructura do IGMT (Medtec)

Unidades de Alta Tecnoloxía	Física Médica	Consultoría de organización
Conta coas cinco unidades de asistencia sanitaria que se xestionan en Vigo	Fai tarefas de consultoría en alta tecnoloxía sanitaria e electromedicina, ademais de funcionar como Unidade Técnica de Protección Radiolóxica	Responsable da xestión interna de algúns organismos e programas da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, elabora e desenvolve funcións de asistencia técnica organizativa e estudos de plans de viabilidade, no que tamén se encuadra nas unidades de apoio á xestión clínica, xestión administrativa e consultoría

Fonte: Sergas, Memoria de actividad 1997

Esquema 2.8.7.

Estructura orgánica do Medtec



Fonte: Sergas, Memoria de actividad 1997

- A protección radiolóxica.
- A xestión administrativa externa de institucións e programas vinculados á Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, tales como a Central de Coordinación de Urxencias Sanitarias 061 e o Programa de Atención Sociosanitario de Galicia.

De acordo co anterior, pode decirse que os obxectivos prioritarios que o IGMT ten encomendados pola Consellería de Sanidade e Servicios Sociais son os seguintes:

- a) A puesta en marcha e xestión de novas unidades de alta tecnoloxía sanitaria nos hospitais do Servicio Galego de Saúde.
- b) A protección radiolóxica das instalacións do Sergas.
- c) A consultoría especializada e a xestión administrativa doutros proxectos e programas da Consellería.

A posta en marcha do IGMT, durante 1995, supuxo utiliza-la xestión clínica para introducir un abano amplo de obxectivos xerenciais e extende-las liñas de actividade ata a consultoría especializada e a xestión doutros organismos. En 1996, comezaron as actividades das catro primeiras Unidades Clínicas, dotadas de alta tecnoloxía, que son xestionadas polo Instituto: Ciruxía Cardíaca; Medicina Nuclear; Diagnóstico por Imaxe e Cardiología Intervencionista. En 1997, creouse a Unidade de Oncoloxía Radioterápica e consolidouse a actividade das outras unidades do IGMT.

O modo elexido para organizar o Instituto pretende facilita-la descentralización na toma de decisións e a axilidade nas respostas, potenciando o traballo en equipo. Os responsables de cada unidade ten un importante nivel de autonomía na xestión do seus recursos, complementados por unha unidade administrativa central de apoio. A 31 de decembro de 1997, a estrutura do IGMT era a que se pode ver no **esquema 2.8.7.**

A 31 de decembro de 1997, o IGMT dividíase nas tres áreas de actividade seguintes:

1. Unidades de alta tecnoloxía

As cinco unidades de alta tecnoloxía sanitaria que xestiona o Instituto Galego de Medicina Técnica nos hospitais Xeral-Cíes e Meixoeiro de Vigo consolidaron a súa actividade ó longo do ano 1997.

En 1997, os resultados clínicos das dúas unidades con maior risco de morbimortalidade, é dicir, Ciruxía Cardíaca e Cardiología Intervencionista foron os seguintes: a porcentaxe de mortalidade sobre o número de pacientes intervídos en Ciruxía Cardíaca foi do 6,7%, mentres que en Cardiología Intervencionista realizáronse 2.414 procedimentos, cunha porcentaxe de mortalidade do 0,5%.

Durante o ano 1997, completáronse os cadros de persoal de tódalas unidades. En canto á dotación tecnolóxica, completouse a unidade de Oncoloxía Radioterápica, e adquiríuse a segunda sala de Hemodinámica, o instrumental e o mobiliario.

A continuación, resúmense as dotacións e os datos da actividade asistencial destas unidades:

- **Ciruxía Cardíaca.**- A unidade de Ciruxía Cardíaca, que ten as súas instalacións no hospital Meixoeiro, efectuou 545 intervencións a usuarios da rexión sanitaria Sur de Galicia e está composto por 40 persoas.

Ademais do quirófano, a unidade dispón dunha área de recuperación post-cirúrxica, con dez camas organizadas segundo a gravidade do postoperado e de acordo coa correspondente necesidade de cuidados.

Como pode apreciarse no **cadro 2.8.24.**, a actividade duplicouse con respecto ó ano anterior, pasando de 1,2 a 2,2 intervencións/día, incremento no que tivo

Cadro 2.8.24.

Actividade asistencial en cirurxía cardíaca do Medtec 1996-97

		1996	1997	97/96
Hospitalización				
Actividade				
	Ingresos	199	507	154,8
	Estadías	1.247	3.740	199,9
Indicadores				
	Estadía media	5,8	7,4	27,7
	Índice de mortalidade (%)	5,5	6,7	21,6
Cirúrxica				
Actividade				
	Intervencións totais	212	545	157,1
	Intervencións programadas	182	463	154,4
	Intervencións urxentes	30	82	173,3
	Intervencións con CEC	171	417	143,9
	Intervencións sen CEC	41	128	212,2
	Cirurxía coronaria	100	214	114,0
	Cirurxía valvular	55	190	245,5
	Cirurxía valvular-coronaria	16	31	93,8
	Outras	41	110	168,3
Indicadores				
	Estadía media preoperatoria	1,1	1,0	-11,5
	Índice de programación (%)	83,5	82,3	-1,5
	Intervencións/día	1,2	2,2	88,7
Relación con CEC/sen CEC		4,2	3,3	-21,9
Consultas				
Actividade				
	Consultas totais	986	1.859	88,5
	Primeiras consultas	517	496	-4,1
	Consultas sucesivas	469	1.363	190,6

Fonte: Elaboración propia a partir de datos do *Instituto Galego de Medicina Técnica*.

Cadro 2.8.26.**Actividade asistencial do Medtec en diagnose por imaxe:1996-97**

		1996	1997	97/96
<u>Diagnose por imaxe</u>				
Actividade				
	Diagnoses	2.242	11.087	394,5
	Programadas	2.179	10.773	394,4
	Urxentes	63	314	398,4
	RM	1.314	8.558	551,3
	TAC	928	2.499	169,3
Indicadores				
	Índice de programación	97,0	97,1	0,1
	Diagnoses/día	28,0	41,7	48,9
<u>Procedencia dos pacientes</u>				
TAC				
	Hospitalizados	14	29	107,1
	Ambulantes	793	2.061	159,9
RM				
	Hospitalizados	189	1.257	565,1
	Ambulantes	952	6.633	596,7
<u>Pacientes totais</u>				
		1.948	9.980	412,3

Fonte: Elaboración propia a partir de datos do *Instituto Galego de Medicina Técnica* .

Cadro 2.8.27.**Actividade asistencial do Medtec en medicina nuclear: 1996-97**

		1996	1997	97/96
<u>Medicina nuclear</u>				
Actividade				
	Procedementos totais	2.579	7.675	197,6
	Procedementos programados	2.083	6.194	197,4
	Procedementos urxentes	496	1.481	198,6
	Diagnósticas	2.561	7.579	195,9
	Intervencionistas	18	96	433,3
Indicadores				
	Índice de programación	80,8	76,0	-5,9
	Diagnósticos/día	16,7	25,6	52,9
	Relación terapéuticas/diagnósticas	0,7	0,0	-98,6
<u>Procedencia dos pacientes</u>				
	Hospitalizados	506	1.296	156,1
	Ambulantes	2.073	5.058	144,0
<u>Pacientes totais</u>				
		2.579	6.358	146,5

Fonte: Elaboración propia a partir de datos do *Instituto Galego de Medicina Técnica* .

un simulador virtual. Tamén está prevista a incorporación dunha unidade de Braquiterapia de Alta Taxa. Os aceleradores complementáanse con unidades de visión portal, ademais dunha rede de xestión de datos.

Á unidade inclúe a instalación dun hospital de día, radioquirófano, gammateca e demais equipamento complementario, ademais de habitacións para braquiterapia e tratamentos con eodo. Asímesmo, a Unidade incorpora un CT espiral, que leva incorporado un sistema para simulación virtual de pacientes de radioterapia. Con ese equipo de CT pódense reconstruír imáxenes tridimensionais, o que facilita, para algunhas áreas anatómicas coma da columna, a realización de probas diagnósticas moito máis precisas e completas que as que permite o TAC convencional.

Por outro lado, o sistema de simulación virtual da unidade ten unha importante aplicación no tratamento de tumores, posto que proporciona unha precisa determinación do volume do blanco a tratar con radioterapia, ó reproducir fielmente en imáxenes a estrutura anatómica e localización dos puntos do corpo en os que deberá de actuar.

A finais de 1997, o persoal da unidade era de 24 persoas e a súa actividade desenvolvida ó longo de 1997 foi a que recolle o **cadro 2.8.28**.

2. Física médica

A División de Física Médica realiza tarefas de protección radiolóxica e de consultoría en alta tecnoloxía.

A División de Física Médica é unha peza fundamental desta sociedade pública. En efecto, o Instituto creouse ó redor desta división, que está integrada por profesionais especializados no Sistema Nacional de Saúde na consultoría de diagnóstico por imaxe. O cadro de persoal desta división está formado por 7 persoas, con titulacións en física e enxeñería.

• **Consultoría en equipamiento de Alta Tecnoloxía e Oelectromedicina.-** Esta sección presta asesoramento na adquisición de equipos, xestión de mantemento, planificación de novas tecnoloxías, deseño de instalacións e auditorías de organización.

En 1997, o cliente máis importante da Consultoría foi o Sergas, para o que realizou estudos de asesoramento nos servizos de radiodiagnóstico dos seus hospitais. Asímesmo, esas labores técnicas extendéronse á adquisición de equipos, prescricións técnicas, negociacións con provedores e propostas de adquisición, plans funcionais e xestión de mantemento de hospitais da rede pública.

Fóra de Galicia, a sección realizou traballos de consultoría para institucións de ámbito internacional, como a Axencia Internacional da Enerxía Atómica, estatal (Insalud), para outras comunidades autónomas e outros centros hospitalarios públicos e privados.

• **Protección Radiolóxica.-** Neste ámbito inclúense a realización de controis de calidade, os estudos de barreras de protección e o desenvolvemento de accións de formación. O Instituto está acreditado polo Consello de Seguridade Nuclear como Unidade Técnica de Protección Radiolóxica. Durante 1997 realizou 276 controis de calidade de protección radiolóxica en tódalas instalacións radioactivas do Sergas, tanto en atención especializada como en primaria, agás na área de Santiago.

3. Consultoría de organización

A terceira área de actividade do Instituto –xunto coas Divisións de Unidades de Alta Tecnoloxía e de Física Médica– é a Área de Xestión e Consultoría de Organización, que desenvolve actividades de xestión de organizacións sanitarias, ademais de ofrecer servizos de asesoramento e consultoría.

