

misión. **Documentación Clínica**. Hospital. Humanización. **Paciente**. Procesos Asistenciales. **Sistemas de Información Clínicos**. **Objetivos**. Información. Recursos Humanos. **Clínicos**. **Calidad**. **Salud**. Hospitalización. **Consultas Externas**. **de Espera**. Gestión de Pacientes. **Producción Asistencial**. **Multidisciplinar**. Ordenes de Asistencia, Traslados. **Intervención de Pacientes**. Atención Sanitaria. **Hospitalización**. **referencia**. Informe clínico. **SIFCO**. Transparencia. **Informe clínico**. **Tarjeta Sanitaria**. Área de Salud. **licitud de Ingreso**. **Mambrino**. Ingreso. **Ingreso Programado**. **Programación**. **as asignadas**. **Procedimiento Quirúrgico**. **Diagnóstica**. Presión Asistencial. **Ocupación**. **mas**. Especialidades Médicas. Especialidades Quirúrgicas. **Camas**. **Enfermería**. Altas. Ambulantes. **CMBD**. **Atendidos**. Diagnósticos. Urgencias. **Reprogramaciones**. **Atención**. **Primeras Consultas**. **Revisiones**. Agendas. **Programación**. **OGLE**. ADECUACIÓN DE CITA. **Centros**. **Historias Clínicas**. Pasivo. **Trazabilidad**. **Informe de Alta**. RECLUTAMIENTO. **Expurgo**. **Codificación**. **SESCAM**. **Estadística**. Fichero maestro. **Etiquetas**. **Imágenes**. Indicadores. **Informes**. **SIAE**. Cuadro. **CONTRATO DE GESTIÓN**. Contabilidad Analítica. **Balances**. **económico-asistencial**. **Historia Clínica**. **Casística**. **GRDS**. **Ficheros de Resultados**. **Manuales**. **Procedimientos**. **Protocolos**. Catálogo de productos. **Disponibilidad**. Exhaustividad. **Consistencia**. **Costes**. **Peso relativo**. **estancia media**. **Morbilidad**. **Complicaciones**. **Readmisiones**. **Coste alta**. **Coste**. **Coste Unidad**. **UCH**. Complejidad. **CASE-MIXA**. **Documentación Clínica**. Hospital. **Humanización**.



MEMORIA 2011

Servicio de Admisión y Documentación Clínica

MEMORIA 2011
SERVICIO DE ADMISION Y DOCUMENTACIÓN CLINICA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

INDICE

INTRODUCCION	3
ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA COMO SERVICIO	5
ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA. PRODUCCION POR AREAS	
✚ ADMISION CENTRAL	8
✚ ADMISION DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	13
✚ ADMISION DE CONSULTAS EXTERNAS	15
✚ DOCUMENTACION CLINICA Y CODIFICACION	17
✚ SISTEMAS DE INFORMACION	21
ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA EN RELACION CON EL HOSPITAL	
✚ PRODUCCION DE GRD's	25
✚ RELACION DEL SERVICIO CON EL HOSPITAL, EN CIFRAS	29
✚ NUEVAS ACCIONES	
○ SOLICITUD DE INGRESO INFORMATIZADA	31
○ BASE DE DATOS DE REGISTRO DE DOC CLÍNICA	35
○ CUADROS DE MANDO DE COSTES	36
✚ ACCIONES CONSOLIDADAS	
○ BASE DATOS DE CITAS ANÓMALAS (OGLE)	40
○ DIGITALIZACION DE HISTORIAS CLINICAS	41
INDICADORES DE ACTIVIDAD Y DE CALIDAD	43
ANEXO: DATOS GRAFICOS.....	48

INTRODUCCION

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) del Hospital General Universitario presenta su Memoria de actividades con la intención de mostrar de manera integrada las diferentes acciones desarrolladas en su ámbito y la implicación de todas ellas en el proceso de asistencia al paciente.

Además, la Memoria quiere presentar el carácter de cambio que el Servicio de Admisión y Documentación Clínica quiere imprimir, en el camino de la **humanización de los procesos** como primer objetivo definido. Para ello es importante emplear el mayor tiempo en actividades que le den valor añadido al paciente.

Otro objetivo que el Servicio de Admisión y Documentación Clínica se plantea tiene que ver con la mejora de la eficiencia de los procesos mas prevalentes, para lo cual cuenta con el Mapa de Procesos del Hospital. En tercer lugar, poner en valor la oportunidad que le otorga la integración de las áreas de Documentación Clínica y de Sistemas de Información, al área de Pacientes, a la hora de implementar toda la información relacionada con los procesos asistenciales.

Todo esto queda bien recogido en los siguientes conceptos del Servicio:

MISIÓN: Gestionar los recursos a su disposición para que la atención a los pacientes se produzca en el lugar y tiempo adecuado con la información suficiente para los clínicos y manteniendo al paciente como eje del proceso.

VISIÓN: Constituirse como gestor de procesos y enlace clave entre la actividad clínica y los pacientes pretendiendo la excelencia y la mejora continua de la calidad.

VALORES: La confianza, el respeto y la dignidad que reflejan la responsabilidad en la prestación del servicio a nuestros pacientes y el cuidado de su salud.

En este año 2012 el Servicio ha presentado a la Dirección Gerencia un proyecto que incluye hasta ocho propuestas funcionales relacionadas, algunas de ellas, con la gestión de la calidad en Hospitalización, en Consultas Externas, etc. la gestión cualitativa de la Lista de Espera Quirúrgica, o la gestión integral de la información asistencial y de costes.

Se recogen también en el documento diferentes propuestas estratégicas relacionadas con la participación en el cambio hacia el Área Integrada.

Esta memoria, por tanto, quiere reflejar el punto de partida de una etapa integradora y a su vez poner en valor la transversalidad del Servicio de Admisión y Documentación Clínica mejorando la capacidad eficiente de procesos mas prevalentes y el camino a la mayor humanización en relación con la atención a los pacientes.

ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA COMO SERVICIO

Admisión y Documentación Clínica es la unidad encargada de la gestión, organización y evaluación de los procesos asistenciales así como de la información que éstos generan.

Realiza tres funciones principales:

1. La **gestión de pacientes**, que desarrolla las funciones centradas en el concepto de gestión de pacientes, como área responsable de gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el hospital ofrece.
2. La **gestión de la documentación clínica**, que presenta las atribuciones propias del área de documentación clínica como responsable de la organización y gestión de toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente.
3. El **sistema de información asistencial**, enfocado principalmente al desarrollo integral y dinámico de sistemas y dispositivos adaptados a las necesidades de los diferentes usuarios y a la elaboración y el análisis de la información sobre la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones.



Es un servicio multidisciplinar en el que tienen cabida profesionales sanitarios y no sanitarios de distintas categorías y estamentos, integrados en el mismo equipo de trabajo, con una única dependencia funcional y orgánica en el

responsable (Jefe de Unidad) del Servicio de Admisión y Documentación Clínica que es un medico.

Admisión y Documentación Clínica se distribuye en 5 Unidades de trabajo que, siguiendo la referencia cromática del esquema anterior, se corresponden con alguna de las tres áreas funcionales.

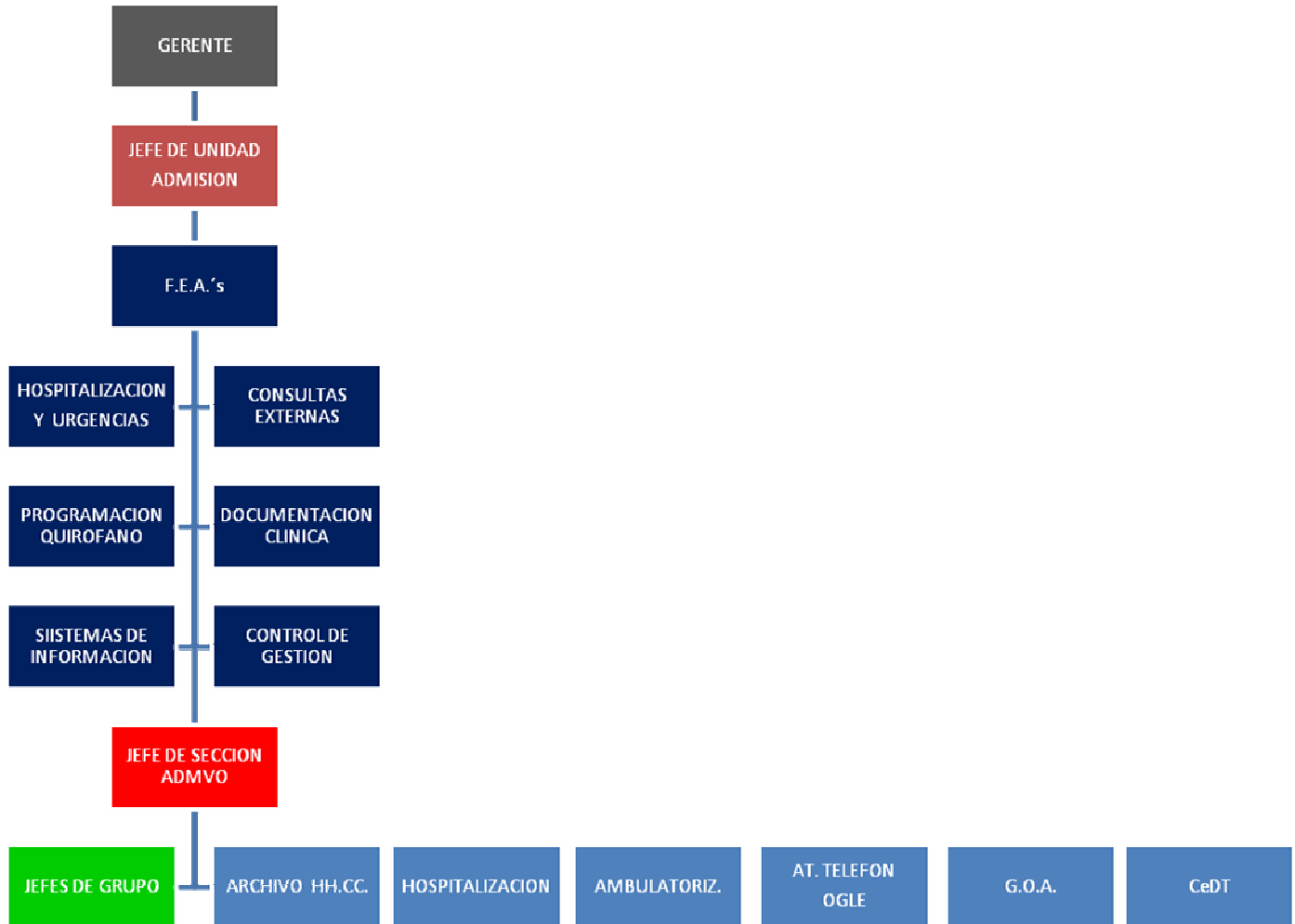


Los recursos humanos no Facultativos, están gestionados por las diferentes áreas desde el punto de vista funcional y con una dependencia orgánica directa de una Jefatura de Sección administrativa.

Cuenta con los siguientes Recursos Humanos, diferenciados por secciones y categorías:

		J.UNIDAD	J.SEC	FEA	DUE	TEC.F.A	GEST	J.GRP	J.EQ	ADM	COD	A.A	CEL		
ADMISION CENTRAL	PROG. QUIROFANO	1	1	1								6			
	TRASLADOS								1		1				
ADMISIÓN DE URG Y HOSP					1				0,5				15		
ADMISION AMBULATORIA	CITACIONES					1				3,5				38	
	MAMBRINO					1				0,5		3			
	CEDT									0,5				4	
DOCUMENTACION CLINICA Y CODIFICACION	DIGITALIZACION							1		2				7	
	ARCHIVO													24	11
	CODIFICACION					1							3	1	
SISTEMAS DE INFORMACION	ESTADISTICA							1	1			1		1	
	CONT. ANALITICA								1			2			
TOTAL		1	1	2	4	2	1	7	1	5	3	99	11		

El organigrama del Servicio es el siguiente:



ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. PRODUCCION POR AREAS

ADMISION CENTRAL. PROGRAMACIÓN DE QUIRÓFANO

1.- Gestión del protocolo preoperatorio

La escasez de consultas del Servicio de Anestesia durante el año 2011 ha ocasionado una especial dificultad en la gestión del protocolo preoperatorio de los pacientes cuya intervención ha conllevado la necesidad de pasar previamente por la misma, así como de los pacientes que se han sometido a una endoscopia con sedación.

Se han citado en dichas consultas un total de **8.422** pacientes, generalmente con poco margen entre la revisión por el anestesista y la fecha de la intervención o de la endoscopia.

Igualmente, se ha gestionado el preoperatorio de los pacientes que no necesitaban acudir a la consulta de ANRA, pero sí realizarse alguna prueba previa a la intervención sin anestesista, como en el caso de las cataratas.

2.- Gestión de quirófanos: Centrales y Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI).

El año 2011 se ha realizado la asignación de diez quirófanos diarios por la mañana y una media de cinco quirófanos de tarde (variando en función de la ejecución del presupuesto del Hospital General Universitario de Ciudad Real), aunque la complejidad de nuestra Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) no ha permitido, en general, programar quirófanos específicos para la UCSI, sino que casi todos los quirófanos mezclaban pacientes que precisaban ingreso y pacientes que no lo precisaban, salvo en el caso obvio de quirófanos predefinidos para pacientes ambulatorios sin anestesia.

3.- Gestión Plan de Choque.

En el año 2011 se ha gestionado la derivación de pacientes a centros concertados, tanto de pacientes quirúrgicos, como de pacientes a los que se les ha solicitado una endoscopia con sedación (se concertó la realización de **800** endoscopias en una clínica de la capital).

Además, en el plan de choque se han realizado quirófanos extraordinarios de tarde o de sábados por la mañana durante todo el año 2011 en el propio Hospital

General Universitario de Ciudad Real, lo que supuso una sobrecarga en la actividad de todos los miembros de la Unidad de Programación de Quirófano (PRQ), dado que implicaban muchas más llamadas (incluso, al ser la patología de menor complejidad, eran precisas más sustituciones de pacientes) y un mayor esfuerzo para poder acoplar las consultas de anestesia de todos los que las necesitaron.

Por otro lado, cuando el plan de choque se refería a las actuaciones en centro concertado, se han seleccionado los pacientes a los que se les ha ofrecido la posible derivación, siendo llamados para conocer si estaban dispuestos o no a ello y poder confeccionar el listado de los que sí querían para su remisión al centro concertado. No se han mandado listados para que fueran cribados en el centro concertado, como se ha hecho desde otros hospitales de nuestra provincia, por considerar que, aunque se descargaba de trabajo a la Unidad de PRQ, se podría vulnerar la confidencialidad por facilitar datos de un paciente a otro centro sin su previa autorización.

4.- Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica

El año 2011 se han realizado **13.135** intervenciones programadas, tanto en horario de mañana (motivo de baja 1 en la LEQ), como de tarde (motivo de baja 2 en la LEQ), cuyas citas han sido gestionadas por este servicio, así como de todos aquellos que han estado programados y luego no se han operado en su fecha por renuncia o parte de interconsulta del Servicio de Anestesia a otros servicios (principalmente, Cardiología y Neumología), lo que supuso un total de **2.736** pacientes dados de baja por motivos diferentes al de la intervención.

El proceso abarca desde la inclusión en la respectiva LEQ hasta la baja en la misma, generalmente tras la intervención, aunque caben otros motivos, y, por supuesto, con la anotación de las incidencias que la estancia en la LEQ de cada paciente vaya ocasionando.

5.- Gestión de las endoscopias con sedación

En el año 2011, se han abierto agendas de endoscopias con sedación en horario de mañana, generalmente los jueves y, cuando las disponibilidades de anestesistas lo permitían, también los lunes, así como en horario de tarde de lunes a jueves; todo ello, excepto los meses de julio a septiembre, que se redujeron a una o dos tardes a la semana las agendas de endoscopias con sedación. En total, se han citado **2.094** pacientes en esas agendas.

La capacidad de esas agendas era muy inferior a la demanda que se generaba (incluía la de los pacientes hospitalizados), por lo que, a pesar de haber remitido **800**

endoscopias con sedación a una clínica concertada, la lista de espera fue creciendo hasta los aproximadamente **900** pacientes a finales de dicho año.

También se han gestionado las citas de los pacientes a los que se realizaban colecistopancreatografías retrógradas endoscópicas, incluyendo su citación en la consulta del Servicio de ANRA y su citación para el ingreso.

El día en que sea el endoscopista el que lleve a cabo la sedación de sus pacientes, se ahorrarán los trámites que tienen que ver con los anestesiistas y su consulta, además de que se podrán ampliar las agendas de endoscopias con sedación en días y número de pacientes por día, lo que permitirá reducir a niveles aceptables la inmensa lista de espera generada.

6.- Gestión de las histeroscopias en consulta

En el año 2011 se han citado **1.082** pacientes en la agenda HISTER del Servicio de Ginecología, en función de la programación de la misma que se ha hecho con el Jefe del mencionado servicio (normalmente, miércoles y viernes de cada semana).

Ha sido excepcional citar a alguien por encima del número de pacientes admitidas cada día en esa agenda, o tener que anular una agenda previamente citada.

7.- Captura de la actividad quirúrgica

Durante el año 2011, una persona que estaba contratada con este fin llevó a cabo la captura de la actividad quirúrgica del hospital, aunque desde el 1 de octubre de 2009, la hoja de circulante se podía capturar desde la aplicación de MAMBRINO (sistema informático del Hospital), por la enfermera circulante.

8.- Información al personal y a los pacientes

Hay tres niveles donde se da información:

-En el puesto que la unidad de PRQ tiene en el mostrador ubicado en la zona de consultas externas, donde el auxiliar administrativo de turno puede dar información a los pacientes de todo lo que tenga que ver con ellos y con las distintas tareas que se llevan a cabo en la Unidad de Programación de Quirófanos.

-El personal auxiliar administrativo de la oficina ubicada en la Torre Administrativa informa al auxiliar administrativo del puesto que hay ubicado en el mostrador de consultas externas acerca de aquello que pueda no conocer éste en relación con un paciente concreto, por no estar en MAMBRINO o en los correos electrónicos que se

mandan desde PRQ, dado que no está permitido el acceso del público en general a la Torre Administrativa; además, informa al personal del Hospital General Universitario de Ciudad Real de todo aquello que tenga que ver con ellos y con PRQ, tanto desde el punto de vista profesional de los pacientes a su cargo, como desde el personal del trabajador (o familiar), dado que, para ahorrar tiempo y que no lo pierda de su jornada laboral, son atendidos para este último tipo de consultas en la Torre Administrativa, evitando que aguarden innecesariamente una fila en el mostrador de abajo.

-El facultativo de PRQ atiende e informa tanto al personal del hospital, en sus aspectos profesionales y personales, como a pacientes que pueda dirigirle directamente la Dirección Médica o algún médico para alguna información concreta.

ADMISION CENTRAL.- TRASLADOS

La Unidad de Traslados esta integrada en el Servicio de Admisión, compuesta por un administrativo y un auxiliar administrativo, coordinados directamente por el Jefe de Unidad de Admisión. Se encarga de gestionar la documentación necesaria, para la derivación de pacientes a otros Centros Sanitarios.

La derivación de pacientes, se realiza en base a unos criterios de indicación o justificación clínica; cuando la atención sanitaria que precisa el paciente (diagnóstica y/o terapéutica) no se pueda realizar con los medios propios del Centro.

La documentación necesaria para la tramitación del traslado es:

- Propuesta de Canalización de pacientes a centros y servicios sanitarios distintos de los de referencia (excepto para los traslados a hospital de referencia)
- Informe clínico

El Hospital ha tramitado, en el año 2011, un total de **5.741** peticiones de derivaciones, de los siguientes tipos:

- **a hospitales de otras CCAA**, los tramites a realizar en este caso son: registro en la base de datos de las solicitudes, autorización de la Dirección Médica y envío a la OPP para su inclusión en SIFCO (fondo de cohesión)
- desde en hospital se incluyen en SIFCO, los pacientes en diálisis, que se trasladan a otras CCAA por motivos no asistenciales, así como los envíos de muestras biológicas para estudios genéticos

- **a hospitales pertenecientes al Sescam**, nuestra tramitación consisten en el registro en la aplicación GOA (gestión de ordenes de asistencia). Hemos realizado **373**, destacando, razonablemente, las derivadas a Cirugía Infantil, Plástica y Torácica, dado que no disponemos de estas especialidades en el HGUCR, en una cifra de **107**.
- **a centros privados-concertados**, en este tipo de peticiones, dependiendo del tipo de concierto existente con el centro en cuestión, se envía la documentación directamente (previa autorización de la Dirección Médica), a la OPP (oficina provincial de prestaciones), o se incluye en aplicación GOA, para la autorización de Servicios Centrales (SSCC).
- **a hospital de referencia del paciente**, se envía informe clínico y copia de la tarjeta sanitaria, al S° de Admisión, quien deberá de confirmarnos la aceptación del paciente así como la tramitación del transporte sanitario
- **Segundas opiniones**, al estar autorizadas por SSCC, la Unidad de Traslados cumplimenta la propuesta de canalización y se tramita igual al resto de envíos a hospitales de otras Comunidades Autónomas.

PETICIONES RECIBIDAS

Las peticiones que recibe el HGUCR y en las que interviene la Unidad de Traslados, pueden ser:

- **Inclusiones en GOA** desde otros hospitales del Sescam, una vez autorizados por la Dirección Médica, se imprimen los informes clínicos adjuntos a la petición y se envían al Servicio correspondiente para ser citados. En el año 2011 el HGUCR ha recibido **4.555** peticiones. De éstas el **75%** corresponden a Medicina Nuclear.
- **Segundas opiniones**, enviamos la documentación aportada al S° médico y una vez que éste emite el informe clínico de segunda opinión, se envía copia a SSCC y al paciente solicitante
- **Repatriaciones**, una vez recibido el informe clínico y comprobado en Tarjeta Sanitaria que es un paciente de nuestra área, se contacta con el S° médico correspondiente y cuando es aceptado, se asigna cama y se tramita el transporte sanitario
- También se reciben por fax, solicitudes del resto de hospitales de la provincia, para ingreso en nuestro hospital con carácter urgente. En este caso, se contacta con el Servicio que debe de asumir al paciente y una vez aceptado, se asigna cama y se avisa al hospital correspondiente de cuando se puede realizar el traslado.

ADMISION DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS

La tarea principal de **Admisión de Hospitalización** es dar cobertura a la demanda de ingresos que se genera de la actividad asistencial del hospital. La gestión de pacientes basada en sus necesidades durante el proceso de hospitalización como principal objetivo nos perfilan las funciones a desarrollar para su consecución:

1. **SOLICITUDES DE INGRESO**: Durante el año 2011 hemos trabajado en la informatización de las solicitudes de ingreso y la implementación en Mambrino de un aplicativo que nos permite integrar todas las solicitudes ya sean ingresos urgentes o programados, y desde cualquier punto asistencial donde se generen.

En total se han registrado **23.477** Solicitudes de ingreso durante el año, siendo

14.705 con procedencia del ingreso desde el Servicio de Urgencia

4.536 de programación quirúrgica

2.507 generadas desde consultas externas

2. **INGRESOS URGENTES**: el ingreso urgente es aquel en el que el ingreso del paciente se produce tras la solicitud, sin abandono por parte del paciente del hospital desde el momento de la solicitud hasta su ingreso efectivo. El número total de ingresos urgentes durante este año ha sido de **16.255**, que representa un **72,66%**.

La gestión de pacientes que realizamos desde Admisión procura reducir al máximo posible los tiempos de espera y garantizar durante ese periodo una adecuada ubicación acorde a las características clínicas del paciente, coordinando y priorizando la reserva de camas.

3. **INGRESOS PROGRAMADOS**: se contabilizan como ingresos programados, todos aquellos en que el ingreso del paciente no se produzca inmediatamente tras la solicitud, con abandono del hospital por parte del paciente desde el momento de la solicitud hasta su ingreso efectivo. Este tipo de ingresos representa el **27,34%** del total con **6.116** ingresos en 2011.

La previsión y reserva de camas en este tipo de ingresos, permite que el paciente sea recibido en el hospital teniendo ya apercibida su ubicación. En este tipo de ingresos diferenciamos dos grupos, por un lado los ingresos que se caracterizan por tener prevista la realización de un procedimiento quirúrgico o prueba terapéutica o diagnóstica que requiera ingreso con fecha fijada, en este caso se suele garantizar la reserva de cama para garantizar el aprovechamiento de recursos.

El otro grupo corresponde a pacientes cuyo ingreso no está predeterminado por ninguna citación, en este caso la gestión del ingreso del paciente se realiza desde Admisión íntegramente, según criterios de presión asistencial, ocupación del hospital y situación del paciente. La gestión de estos ingresos centralizada en el SADC, evita los inconvenientes derivados de la falta de previsión que supone la demanda de ingreso descoordinada, con repercusión directa en la calidad y percepción de la asistencia a los pacientes.

4. GESTIÓN DE CAMAS: comprende todos los movimientos registrados para cada paciente, desde su ingreso, posteriores movimientos (traslados internos de servicio, unidad de enfermería o cama) hasta el alta de hospitalización. Una de las bases para una adecuada gestión de camas es el contar con una información actualizada sobre la situación de ocupación del área de hospitalización, registro real de los movimientos y altas que se generan, y una base de datos que recoja toda la demanda de ingresos.

El apoyo en el sistema informático para agilizar y afianzar los circuitos de información, nos aporta una fiabilidad y continua actualización, que reforzamos con una comunicación continua entre el Servicio de Admisión, Unidades de Hospitalización y resto de servicios demandantes de ingreso. De esta forma constituimos un eslabón clave en el mantenimiento de los registros de información del área de hospitalización, y como coordinadores en la gestión de pacientes.

ADMISION DE URGENCIAS

Es en Admisión de Urgencias donde se registra el contacto asistencial de demanda de atención en urgencias con independencia de la procedencia, motivo y naturaleza de la asistencia. También realizamos a través del alta administrativa, el cierre del episodio que esta atención ha generado, con independencia del destino del paciente al ser dado de alta.

El número de demandas totales durante el año 2011 han sido de **89.223**

Con una media diaria de **244** contactos asistenciales.

El mantenimiento del registro de pacientes en urgencias depende de Admisión, así como todos los trámites administrativos necesarios para la asistencia del paciente:

- Gestión del transporte sanitario
- Comunicación al juzgado de ingresos involuntarios y de menores en Unidades de Psiquiatría.
- Registro de la documentación para facturación
- Apertura y mantenimiento de datos de historias clínicas
- Documentación para la identificación de pacientes y su asistencia

ADMISION DE CONSULTAS EXTERNAS

Admisión de Consultas, integrado en el SADC, tiene como función la tramitación de todas las solicitudes de atención sanitaria ambulatoria (pruebas y consultas). Para ello dispone de:

- **168** locales de consultas y pruebas.
- **16** salas de radiología.

La **organización de las consultas** se realiza siguiendo las indicaciones de la Dirección Médica y de acuerdo a la disponibilidad y organización interna de cada Servicio médico. Para ello, se mantiene una estrecha relación con los responsables de los servicios médicos.

Las consultas se montan de acuerdo a la actividad ordinaria prevista por el Servicio, y mes a mes se ajustan a la actividad real, añadiendo las jornadas de tarde, cuyo montaje siempre es manual. Entre estas consultas tienen una alta incidencia aquellas realizadas en actividad extraordinaria **18.822** pacientes. Este es el motivo fundamental del elevado número de reprogramaciones que en el año 2011 han sido de **223.457**.

Las **entradas de pacientes** ambulatorios se producen desde:

- Atención Primaria **92.014**
- Otros hospitales **7.593**
- Centros penitenciarios **259**
- Desde el propio hospital **41.010**
- Esto supone solo un **20%** respecto al total de pacientes citados (incluyendo las revisiones y las pruebas).

Los pacientes son atendidos, bien directamente a través:

- De los nueve puestos de citación dispuestos en la zona de consultas, o
- Desde sus centros de Atención Primaria.

Bien indirectamente:

- Por fax, personal o de primaria.
- Por teléfono.

1. FAX/TELEFONO:

Oficina formada por cuatro puestos y dedicada a:

1. Atención telefónica (anulación o modificación de fechas de cita)
2. Tramitación de las solicitudes de citas por fax.
3. Tramitación de las citas de los centros penitenciarios. (Estas citas son sometidas a un especial seguimiento debido a que no pueden ser objeto de citación en horario de tarde o de una reprogramación súbita, ya que el traslado del paciente requiere especiales medidas de seguridad).
4. Organización de los suministros del Servicio.
5. Preparación de las cartas de reprogramación

2. OFICINA DE GESTION DE LISTA DE ESPERA (OGLE):

Oficina con cinco puestos, uno de ellos del jefe de grupo.

Su tarea fundamental es la gestión de la base de datos de pacientes con citas anómalas:

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011 fueron introducidas **32.608** solicitudes de adecuación de cita, de las cuales **13.744** fueron resueltas (**42%**).

Todas estas solicitudes son resueltas con las consultas sobre las que no existe citación directa, es decir, actividad de tarde ordinaria o extraordinaria.

La derivación de pacientes de radiología a centros concertados, se realiza igualmente desde aquí. En el año 2011 ascendieron a **5.990** pruebas derivadas. El montaje de las consultas para derivación es manual e individualizada, realizando llamadas telefónicas a cada uno de ellos haciendo la oferta.

Desde aquí también se realiza la notificación a los pacientes, de las suspensiones y reprogramación de las consultas debido a incidencias imprevistas (IT, permisos), en las planificaciones mensuales de los servicios.

3. Despacho de gestión interna de agendas, situado en la Torre Administrativa:

Por último, y desde la torre administrativa, se realiza todo el trabajo técnico sobre el programa respecto tanto al montaje, cuadro, suspensiones y reprogramaciones de todas las consultas. Se montan las agendas, se modifican los pactos siguiendo

las instrucciones de la Dirección Médica y del Servicio correspondiente, se registran las incidencias. Es el centro neurálgico del Servicio, centro de comunicaciones con los médicos y enfermeras. Desde aquí bajan en cascada todas las instrucciones hasta que culmina en la notificación final y permite atender el importante tránsito de pacientes:

Media diaria de pacientes ambulatorios: **3.100**

DOCUMENTACION CLINICA Y CODIFICACION

HISTORIAS CLINICAS

El archivo de historias clínicas está integrado en el servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC), su función principal es gestionar, y custodiar toda la documentación clínica generada por los pacientes en los distintos contactos asistenciales con el HGUCR, de manera que se asegure la correcta conservación y recuperación de la información en cualquiera de sus soportes.

Para llevar a cabo estas tareas con precisión, el archivo se organiza internamente en distintas áreas de trabajo, que permiten dar el tratamiento documental específico a toda la documentación clínica.

Las áreas son las siguientes:

1. Zona de preparación de historias

Este área se encarga de dar soporte a todas las peticiones de historias clínicas que surgen como consecuencia de la actividad programada y urgente del hospital, también se tramitan todas las historias que tienen que ver con reprogramaciones de citas para evitar incidencias en la atención a los pacientes. Todas estas peticiones ascendieron a un total de **564.821** en el ejercicio de 2011. Así mismo destacamos que las devoluciones de Historias Clínicas (HHCC) al archivo procedentes de los distintos contactos asistenciales de los distintos pacientes con el sistema sanitario fueron en este periodo **564.996**.

También realizamos esta zona de trabajo las aperturas de HHCC a nuevos pacientes del HGUCR, que el año pasado correspondieron a un total de catorce mil setecientos cuarenta y ocho.

2. Gestión de la documentación clínica a terceros

Se tramitan toda la documentación clínica solicitada por un gran elenco de usuarios (pacientes, familiares, centros sanitarios, inspección, juzgados, instituciones, etc.). Además se realizan todas las copias de imágenes radiológicas del HGUCR.

Por último se hacen todos los traslados de expedientes clínicos solicitados por los hospitales y se mantienen actualizada la base de datos de documentación clínica, coordinando y gestionando además todas las historias de custodia especial en el archivo.

En la ventanilla de registro de la documentación clínica a terceros se tramitaron en 2011 un total de **4.020** solicitudes de usuarios y **8.504** copias de imágenes

3. Gestión y coordinación de las pruebas realizadas en los centros externos

En esta área se reciben, controlan y gestionan todas las pruebas radiológicas que se han hecho los pacientes en los centros externos, mejorando así la trazabilidad de las mismas en el HGUCR. Se lleva a cabo el mantenimiento y actualización de la base de datos generada específicamente para el control de las mismas y se tramitan todas las reclamaciones que tienen que ver con la recepción de estas pruebas.

El total de pruebas realizadas en estos centros externos y recepcionadas en este puesto administrativo fueron en el **75.746** en 2011.

4. Puesto de orden de episodios, mantenimiento y expurgo de historias clínicas.

Se ordenan los episodios de alta de hospitalización para mejorar codificación, en 2011 se organizaron un total de **2.398** historias de pacientes y al mismo tiempo se expurga la documentación de la historia clínica de acuerdo a la normativa vigente en el SESCOAM. (Decreto 24/2011 del SESCOAM) a las historias ordenadas se registran en la base de datos creada con el fin de explotar los datos registrados.

También se realiza el movimiento de dossier de las historias de los pacientes éxitus en Mambrino, se preparan las historias para estudios de investigación.

5. Fusión de duplicados

En este puesto se realizan todas las comprobaciones pertinentes entre los campos clave de los datos administrativos de los pacientes para poder realizar las fusiones de historias pertinentes del fichero maestro de pacientes. En 2011 se realizaron un total de **27.220** revisiones.

También se efectuaron todos los traslados de episodios entre historias que lo precisaron tras incidencias en los ingresos.

6. Etiquetado y ensobrado.

En este puesto se realiza la impresión de las etiquetas térmicas identificativas de los pacientes que las precisen (historias nuevas, desdoblamientos en sobre de imágenes y documentación clínica, historias deterioradas).

También se hace el expurgo de historias clínicas voluminosas así como la recogida de datos para crear posteriormente indicadores de calidad. Además se realizan tareas específicas como archivar documentación independiente de pruebas (medicina nuclear, consentimientos informados, urgencias etc).

7. Circuito de historias para la programación quirúrgica

Este se encarga de preparar todas las historias de los pacientes que se van a intervenir. Así mismo se gestionan las nuevas inclusiones y las reprogramaciones controlando el circuito de preanestesia, para que no se produzcan incidencias con los pacientes quirúrgicos.

También se realiza el mantenimiento en la base de datos de las historias de pacientes fallecidos para enviar al archivo pasivo externo.

8. Supervisión y control del archivo pasivo externo

En esta área se reciben en distintas entregas diarias todas las historias procedentes del archivo pasivo externo (**105.148** HHCC en 2011). El auxiliar administrativo chequea tanto los albaranes como las historias recibidas, detectando incidencias para subsanarlas, además de realizar el mantenimiento de todos los dossiers en Mambrino y distribuirlos por agendas en los carros de transporte. En este puesto durante el ejercicio de 2011 se pasivizaron un total de **98.887** historias desde el archivo activo del HGUCR..

9. Digitalización

En la plataforma de digitalización del archivo del HGUCR, se digitalizan todas las historias nuevas (**2.848**) que tienen por primera vez cita en el CEDT de Daimiel. Para ello los auxiliares administrativos, localizan las mismas en los archivos, las prestan a digitalización y seguidamente indexan los documentos, imprimen la etiqueta que identifica unívocamente a los mismos y los escanean para que las historias se suban a la aplicación.

También se llevan a cabo la redigitalización de la documentación generada en el CEDT, así mismo se digitalizan los episodios de consulta y hospitalización del HGUCR que generan los pacientes del CEDT como consecuencia de los nuevos contactos asistenciales en el HGUCR. Estas redigitalizaciones supusieron en 2011 un total de **199. 451** documentos digitalizados.

También se encargan del mantenimiento de la aplicación de feed-back para la resolución de incidencias y realizan la fusión de historias digitalizadas y se digitaliza la documentación solicitada por otros centros.

10. Los movimientos de HHCC (préstamo/devolución): se contabilizan por el número de movimientos registrados en el fichero de movimientos del archivo. $564821 / 564996 = 0.9996$.

DOCUMENTACION CLINICA Y CODIFICACION

CODIFICACIÓN

La Unidad de Codificación es la encargada de traducir la información, generada en los episodios de hospitalización y de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios del hospital, del lenguaje natural al lenguaje documental. El primero, libre y de difícil tratamiento informático, al segundo normalizado y con posibilidad de tratamiento informático.

En la codificación se recogen todas las variables de tipo clínico (Diagnóstico al alta, complicaciones y otras patologías, así como procedimientos), mediante el análisis de la información de carácter asistencial contenida en la Historia Clínica, preferentemente del Informe de Alta (IA), una vez el episodio se cierra con el alta externa administrativa del paciente. Actividad que se realiza igual con la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Dicho análisis se realiza según La Clasificación Internacional de Enfermedades–CIE–9–MC, con una Normativa única para y definida por el Sistema Nacional de Salud.

Esta labor constituye la base clínica del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), y es el núcleo fundamental en el que se basa dicho CMBD, conjunto homogéneo de datos básicos a recoger de forma sistemática en el proceso asistencial de cada paciente, para su utilización en los sistemas de medida del producto hospitalario. Así como es también la base fundamental de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs), que se obtienen a partir de esta base de datos (ver en apartado de Producción de GRD's).

La Unidad de Codificación se encarga de la validación y depuración del CMBD antes de su envío.

La extensión y exhaustividad de la información contenida en los Informes de Alta determinará que el Hospital consiga mostrar de manera mas acertada cual ha sido la casuística tratada y el valor de su complejidad.

Un ejemplo con el que se comprueba que la falta de información clínica puede hacer llegar a un valor de complejidad inferior al real en el Servicio y en el Hospital:

Impacto de la exhaustividad / precisión de diagnósticos secundarios y procedimientos.

Caso	AP-GRD v.25	Peso
Infarto agudo de miocardio (alta vivo sin complicación mayor)	122	1,6334
Infarto agudo de miocardio con posterior Insuf. Cardíaca esq. (alta vivo con complicación mayor)	121	2,5867
Infarto agudo de miocardio. Se practica ACTP	808	2,7009
Infarto agudo con shock cardiogénico. Se practica ACTP	549	10,068

SISTEMAS DE INFORMACION

La **Organización Mundial de la Salud** define los **sistemas de información sanitaria** como el *“mecanismo para la recopilación, proceso, análisis y transmisión de la información que se precisa para organizar y dirigir los servicios sanitarios, y también para la investigación y formación del personal”*.

Los sistemas de Información del HGUCR se nutren y mantienen con contenido relativo tanto a actividad asistencial como al coste de la misma, para su proyección – externa e interna– conforme a procedimientos y plazos establecidos.

La principal base de datos de los episodios de Hospitalización y de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) la constituye el CMBD. Si bien se genera en la Unidad de Codificación, como ya hemos leído, es desde Control de Gestión desde donde se realiza el envío a Servicios Centrales y de aquí a la consultora con la que se tiene firmado contrato para su explotación. Hasta el año 2010 se realizaba en envíos trimestrales. Pero en este año 2012 se ha acordado, entre SESCOAM y empresa, realizar envíos mensuales que hemos empezado a hacer. Esto ha generado en la Unidad de Codificación una mayor presión en sus tareas y plazos.

En cuanto a la actividad asistencial en global, su proyección externa se materializa en el envío a los Servicios Centrales del SESCOAM, del documento electrónico SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada), en la forma y plazo normalizado por aquellos.

Asimismo, el Contrato de Gestión en materia económico-financiera requiere también del cumplimiento en la remisión y fiabilidad de la información de costes-productos recogida en Contabilidad Analítica, a través del BALANCE ECONÓMICO-ASISTENCIAL del HGUCR.

La Contabilidad Analítica es el método para conocer la realidad clínico–económica del Centro, integrando los costes con la actividad hospitalaria, y tomando para ello como punto de partida el grupo funcional hospitalario (GFH) y los productos realizados por éste en las diferentes líneas de producción que existen en el Centro (Consultas, GRD's, Intervenciones,...)

La proyección interna de los sistemas de información, tiene su máximo exponente en los CUADROS DE MANDO del Centro, en su doble vertiente económico–asistencial.

Constituyen el instrumento de gestión más inmediato y dinámico, tanto para el Centro como para cada uno de sus Servicios.. Se trata de la presentación normalizada de la información precisa y sintética , para su aplicación en la toma de decisiones. En ellos se destaca la información más relevante y las desviaciones más significativas.

El resto de informes que complementan y detallan la información reflejada en los Cuadros de Mando, se custodian en el Servicio y se facilitan a demanda.

En la siguiente tabla se presenta, en números, los informes que con diferente periodicidad se elaboran en esta Sección para dar respuesta a todas estas tareas; son informes de distinta naturaleza:

- ✓ Informes de demanda, actividad realizada y casuística atendida
- ✓ Informes analíticos de proyecciones de demanda y/o previsiones de actividad:
- ✓ Informes específicos oferta–consumo, para la planificación y organización de la actividad asistencial y de los recursos asistenciales.
- ✓ Informes de elaboración “ad hoc”: cubren las demandas específicas de información de los distintos niveles de usuarios.

	mes	trimestre	Año
<i>CMBD. Envío a SSCC</i>	-	1	4
<i>SIAE. Envío Ficheros de Actividad</i>	1		12
<i>Cuadros de Mando Asistencial Global</i>	1	-	12
<i>Cuadros de Mando Asistencial Por Servicios</i>	40	-	480
<i>Procedimientos Alto Coste</i>	1	-	12
<i>ESCRI</i>	-	-	1
<i>Otros envíos (Reha, Enfermería, etc.)</i>	2	-	24
<i>Informes Ad-hoc (CMBD. GRD's. etc.)</i>	variable	variable	50
<i>Contabilidad Analítica. Envío Ficheros de Resultados y Anexos de Cierre e incidencias</i>	-	3	17
<i>Informe a Clientes de Seguimiento de Facturación por Hemoderivados</i>	6	-	72
<i>Informe de Resultados del BCSR</i>	-	-	1
<i>Otros Informes (consumos Almacén, Farmacia, Procedimientos Alto Coste Farmacológico,..)</i>	3	-	36
<i>Cuadros de Mando de Costes por Servicios</i>	-	60	240

Tabla SI_1

Para el control de la calidad de los sistemas de información contamos con herramientas diseñadas en nuestra propia Sección, como son:

- Manual de Procedimientos y Diagramas de flujo, como herramienta que garantiza la homogeneidad en la línea de trabajo.
- Protocolo de Creación, mantenimiento y difusión de la estructura de GFH's en el Centro (herramienta que garantiza la homogeneidad en el proceso del GFH).
- Ficha de Evaluación Anual del grado de cumplimiento de dicho Protocolo, basada en el Registro y contabilización de Anexos I de creación de GFH's.
- Ficha de Validación y Seguimiento de la Disponibilidad de la información. (plazos y demoras)
- Fichas de Validación y verificación de la información inter-observador, tanto económica como de actividad asistencial.

- Protocolo de facturación ficticia del Banco de Sangre Regional, por suministro de Hemoderivados.
- Ficha de Evaluación Trimestral del grado de cumplimiento de dicho Protocolo.
- Aplicación de Catálogos de Productos Normalizados.
- Aplicación del Primer catálogo oficial de productos de Medicina Nuclear (SEMNUM V.8.2) en el SESCOAM.

Gran parte de estos registros miden la exhaustividad, disponibilidad, consistencia y concordancia de la información. Los Indicadores concretos que lo reflejan se presentan en la Tabla de Indicadores que figura al final de la Memoria. Con todo, somos conscientes de que no son suficientes, y por ello nos marcamos para siguientes ejercicios el seguimiento de aquéllos de los que no veníamos realizando su adecuada monitorización, tales como la consistencia intra-observador, al realizar un mismo proceso en momentos diferentes, e inter-observador realizando dos o mas observadores un mismo proceso, bajo las mismas condiciones.

ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN RELACION CON EL HOSPITAL

PRODUCCION DE GRD's

Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD's) es un sistema de clasificación de pacientes ampliamente difundido en los hospitales que sirve para conocer la casuística hospitalaria. Es de gran utilidad en la gestión clínica y optimizaría la planificación financiera de los hospitales.

La clasificación de los pacientes se hace a partir del CMBD, la base de datos de la actividad hospitalaria, y de la que se requieren datos como:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Circunstancias de alta
- ✓ Diagnóstico Principal (el motivo de ingreso)
- ✓ Intervenciones u otros procedimientos realizados durante el ingreso
- ✓ Diagnósticos secundarios

A pesar de la importancia de esta herramienta normalizadora los usuarios clínicos no conocen bien como funciona, tienen dificultad para identificar que tipos de pacientes se clasifican en cada GRD. Esto justifica que sea el Servicio de Admisión y Documentación Clínica quien administre la información y la distribuya a cada Servicio.

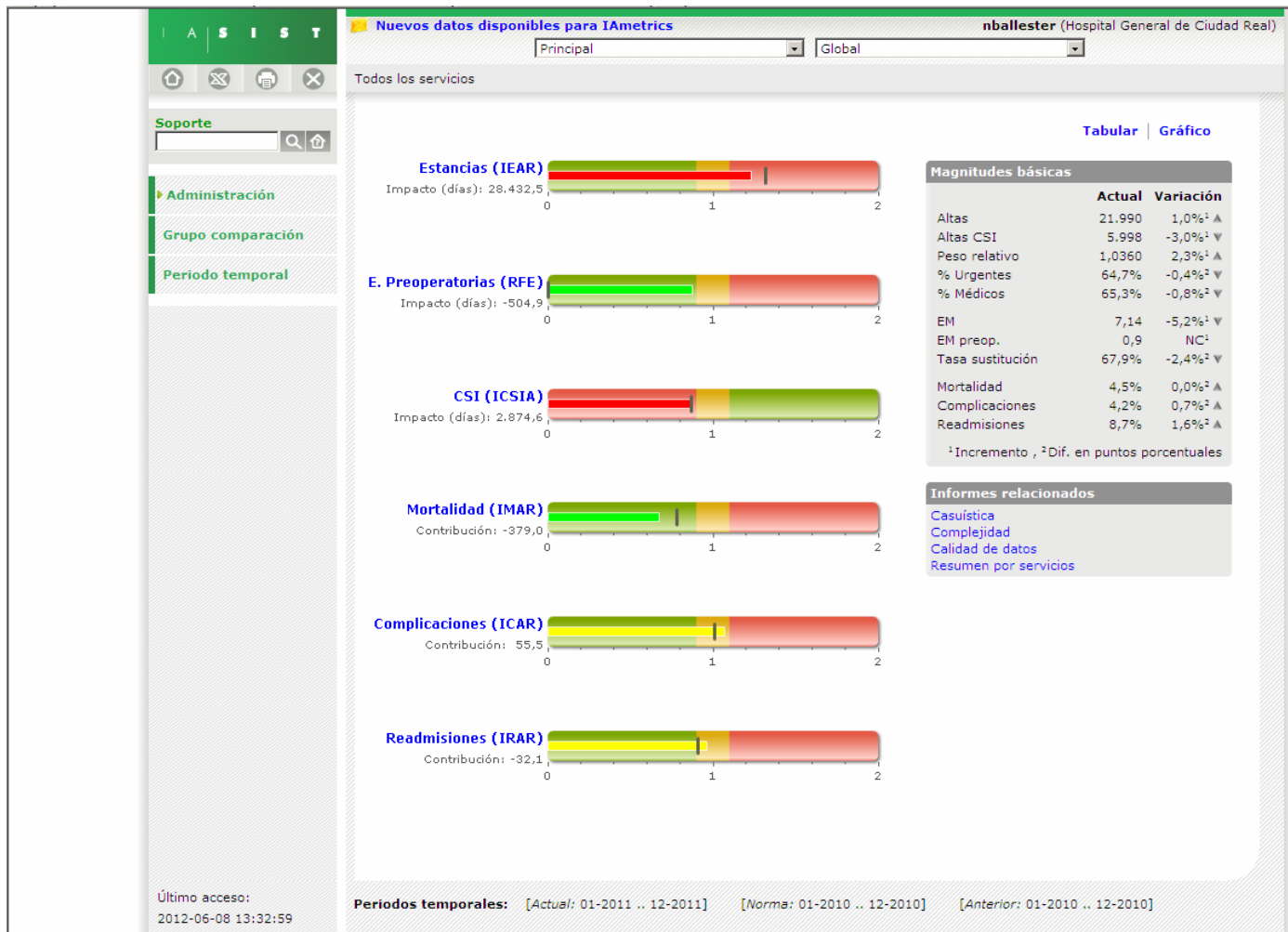
A continuación se presentan los 25 GRD's mas frecuentes del año 2011 en el HGUCR, obtenidos a partir de la herramienta de Costes (GESOT). Relacionados en orden descendente por el nº de casos atendidos, se recogen las siguientes variables: altas estancias, estancia media, peso total (sumatorio del resultado del nº de casos por su peso), peso medio (el asignado a cada GRD), coste unidad peso (relación entre el coste y la complejidad), coste proceso (relación entre el coste, el peso y el nº de caos atendidos) y el coste de la estancia en cada GRD.

INDICADORES DE ACTIVIDAD CLÍNICO-ECONÓMICA DE HOSPITALIZACIÓN POR PROCESO

	PROCESO	ALTAS (GRD'S)	ESTANCIAS (GRD'S)	ESTANCIA MEDIA (GRD'S)	PESO TOTAL (GRD'S)	PESO MEDIO (GRD'S)	COSTE UNIDAD PESO (GRD'S)	COSTE PROCESO (GRD'S)	COSTE ESTANCIA (GRD'S)
373	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	857	2.099,00	2,449	497,317	0,58	3.544,46	2.056,85	839,792
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. B	707	7.636,00	10,801	1.656,57	2,343	1.914,03	4.484,77	415,235
372	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	688	2.059,00	2,993	481,875	0,7	3.541,96	2.480,79	828,939
87	EDEMA PULMONAR Y INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	648	5.761,00	8,89	978,026	1,509	1.991,69	3.006,05	338,122
430	PSICOSIS	345	6.098,00	17,675	523,262	1,517	4.855,54	7.364,40	416,648
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	344	3.433,00	9,98	1.176,31	3,419	1.829,81	6.257,03	626,978
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK	285	2.541,00	8,916	405,327	1,422	2.012,18	2.861,73	320,973
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	266	1.115,00	4,192	231,181	0,869	3.544,46	3.080,49	734,898
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.	255	831	3,259	60,282	0,236	3.306,37	781,627	239,849
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	245	1.516,00	6,188	167,017	0,682	1.907,79	1.300,54	210,18
14	ICTUS CON INFARTO	235	2.134,00	9,081	441,777	1,88	1.695,05	3.186,53	350,906
125	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO S	203	729	3,591	179,087	0,882	2.308,39	2.036,46	567,081
569	TRAST. DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICI	201	2.025,00	10,075	348,815	1,735	1.794,21	3.113,67	309,061
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCT	200	309	1,545	192,3	0,962	2.362,11	2.271,16	1.470,01
381	ABORTO CON DILATACION Y LEGRADO, ASPIRACION O HIST	192	304	1,583	112,742	0,587	3.544,46	2.081,31	1.314,51
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAY	177	2.136,00	12,068	666,901	3,768	1.834,47	6.911,91	572,756
116	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMAN	170	835	4,912	610,47	3,591	2.368,42	8.505,00	1.731,56
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSION	164	2.352,00	14,341	726,536	4,43	1.833,57	8.122,89	566,392
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	164	1.217,00	7,421	188,092	1,147	2.087,60	2.394,27	322,646
853	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT	163	1.127,00	6,914	525,3	3,223	2.300,89	7.415,09	1.072,46
210	PROC. DE CADERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR	153	945	6,176	496,959	3,248	2.156,33	7.003,97	1.133,98
209	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA Y RE	152	780	5,132	498,454	3,279	2.187,81	7.174,49	1.398,11
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	145	791	5,455	152,859	1,054	3.544,46	3.736,57	684,96
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	145	1.451,00	10,007	277,472	1,914	1.939,99	3.712,36	370,98
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	145	1.072,00	7,393	169,172	1,167	1.859,50	2.169,47	293,445
...									

Se dispone, además, de la herramienta IAMETRICS que a partir del CMBD remitido a la empresa consultora, muestra información de la actividad y resultados asistenciales en nueve módulos relacionados con la casuística, la gestión de estancias, estancias preoperatorios, actividad ambulatoria, así como sobre índices de mortalidad, complicaciones y readmisiones.

Algunos de los informes obtenidos son:



Todos los servicios

Todos los servicios

Magnitudes básicas

Altas	21990	1,0%[1]	↑
Altas CSI	5998	-3,0%[1]	↓
Peso relativo	1,0360	2,3%[1]	↑
% Urgentes	64,7%	-0,4%[2]	↓
% Médicos	65,3%	-0,8%[2]	↓
EM	7,14	-5,2%[1]	↓
EM preop.	0,9	NC[1]	
Tasa sustitución	67,9%	-2,4%[2]	↓
Mortalidad	4,5%	0,0%[2]	↑
Complicaciones	4,2%	0,7%[2]	↑
Readmisiones	8,7%	1,6%[2]	↑

Todos los servicios >

Mortalidad

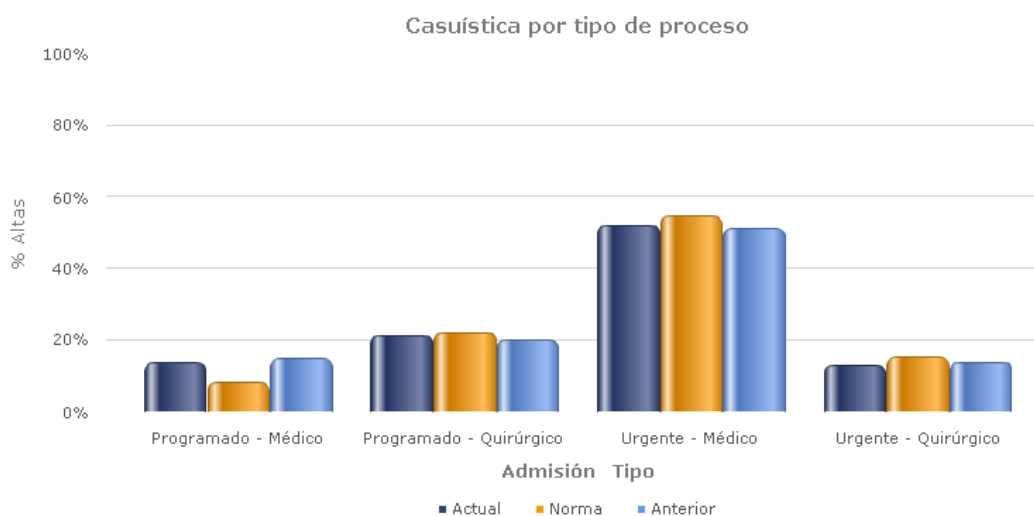
Mortalidad bruta

Indicador	Actual	Norma	Anterior
Tasa bruta de mortalidad	4,5%	3,9%	4,5%
Defunciones	997		986
Altas hospitalización	21990		21773

Todos los servicios > Casuística > Casuística por tipo de proceso

Casuística por tipo de proceso

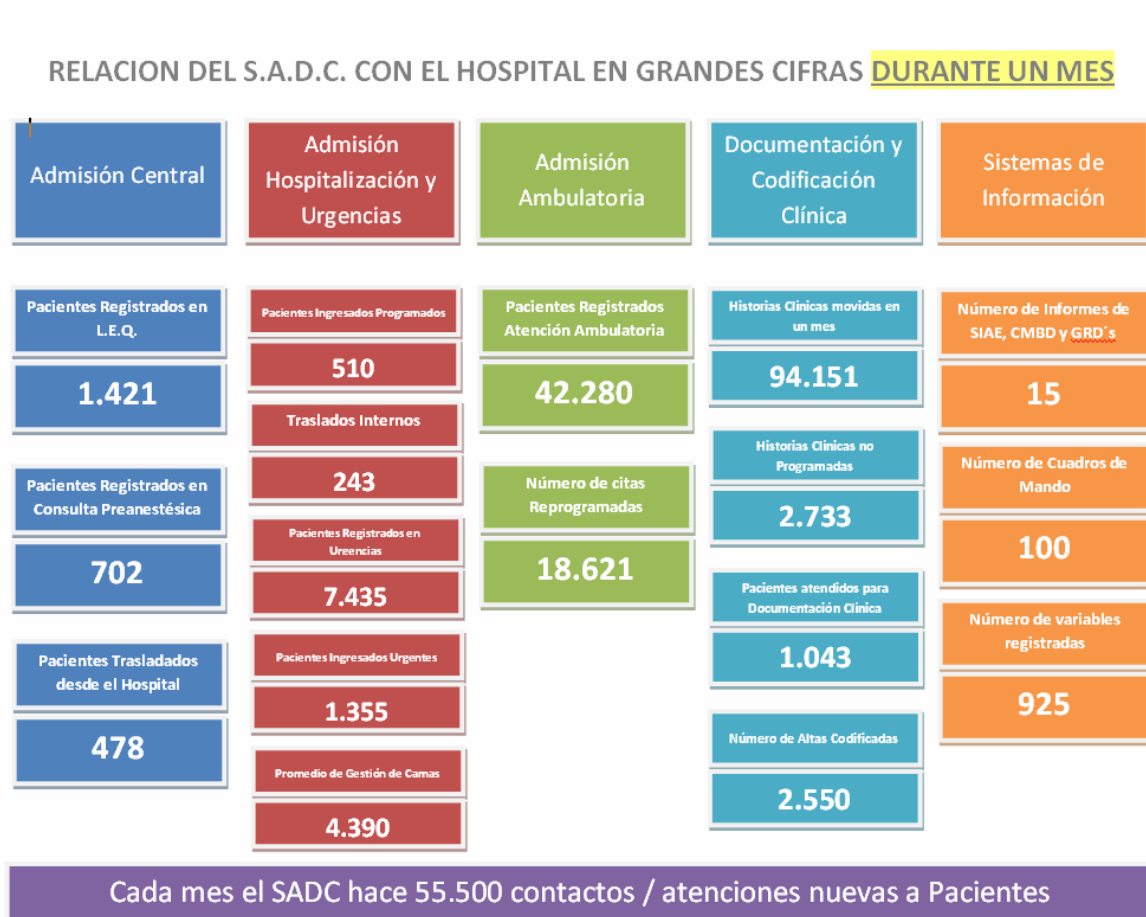
Opción: Admisión + Tipo



RELACION CON EL HOSPITAL EN CIFRAS

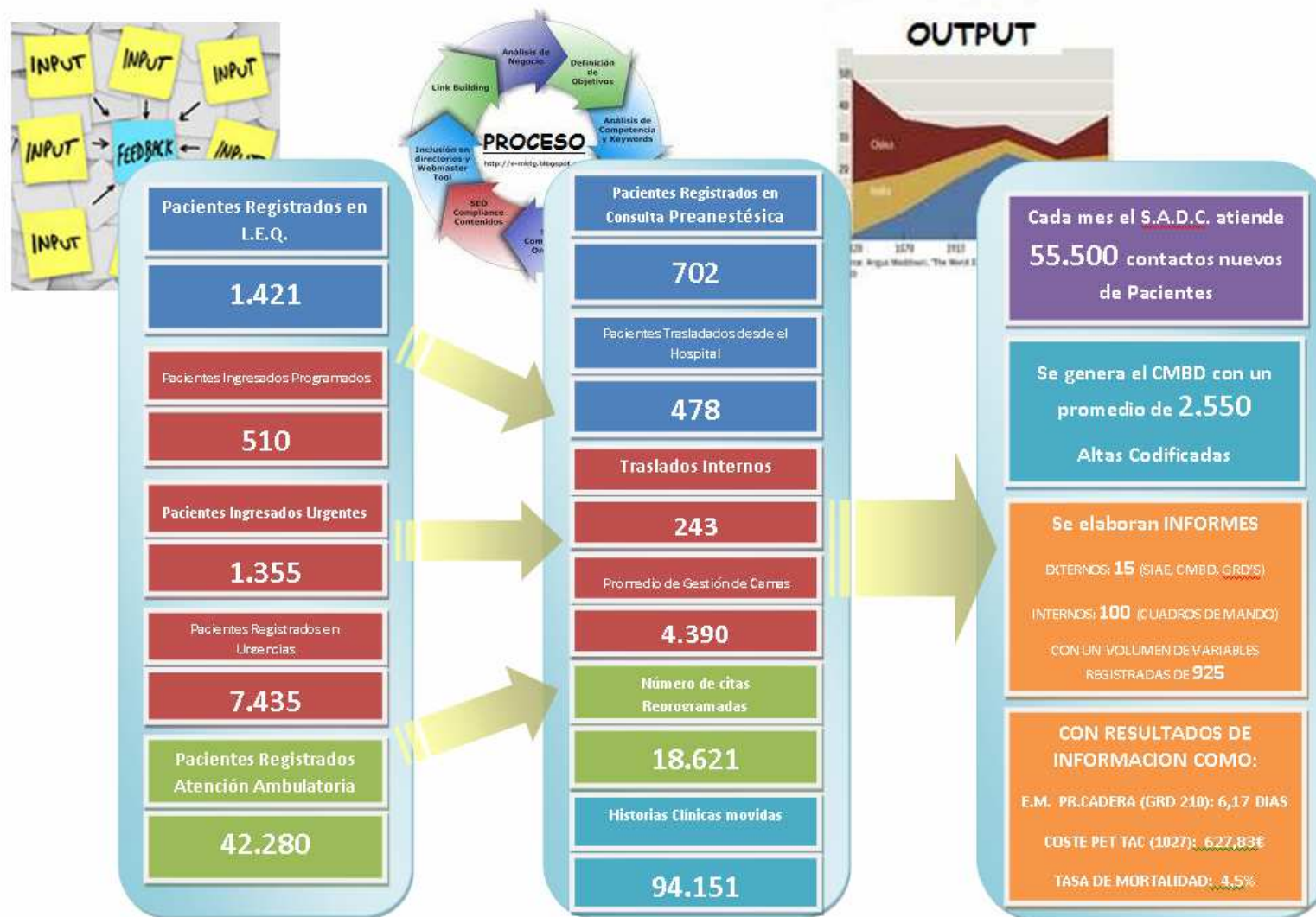
Vista la producción de cada una de las secciones del Servicio de Admisión y Documentación Clínica interesa identificar cuáles son las grandes cifras con las que se relaciona el Servicio con el Hospital.

En la siguiente tabla diríamos que se muestra el impacto de su actividad en la dimensión asistencial del Hospital en el **período de un mes**.



Esto mismo, pero viéndolo como el flujo que se inicia con los pacientes (input), la documentación que de ellos se crea y se custodia y las gestiones que se realizan en su atención (proceso), y la información generada (output), nos crea el siguiente esquema que muestra de manera gráfica la dimensión del Servicio de Admisión y Documentación Clínica en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.

LA PRODUCCION DEL S.A.D.C. EN EL HOSPITAL EN GRANDES CIFRAS **DURANTE UN MES**



NUEVAS ACCIONES

A lo largo del año 2011 se han iniciado o completado proyectos que implementan la calidad de los servicios prestados por el SADC y mejoran los circuitos internos y externos.

A su vez se han consolidado otros que dan firmeza a la gestión de pacientes ambulatorios y avanzan en caminos de mejora de la Historia Clínica Electrónica.

SOLICITUD DE INGRESO INFORMATIZADA

Durante este año, se ha consolidado el proyecto que comenzamos junto con el Servicio de Informática (TIC´s) en 2010 para implantar la Solicitud de Ingreso (S.I.) informatizada. Los primeros esbozos del proyecto se basaron en la integración en el sistema informático del hospital de la demanda de ingresos de pacientes para poder aprovechar los beneficios que sospechábamos nos reportaría la automatización del proceso.

La S.I. informatizada ofrece como una de las principales ventajas la total cobertura en la demanda de ingresos desde cualquiera de los puntos asistenciales donde se genere, y tanto para ingresos urgentes como programados.

Además, al estar integrada en el programa informático, la recepción por parte del SADC de esta y toda la información pertinente al ingreso, es inmediata. Esto nos permite contar con unos datos fiables, completos y a tiempo real de la demanda de ingresos, información imprescindible para una adecuada gestión de pacientes.

La S.I. informatizada se aprobó el 29 de Junio de 2010 pro la Comisión de Historias Clínicas del HGUCR. Tras un escrupuloso análisis de los documentos para solicitar ingresos hospitalarios vigentes en el ámbito nacional, elaboramos un formulario con la selección de campos obligatorios que consideramos básicos para la gestión del ingreso.

La normalización de documentos proporciona una mayor cantidad y calidad de la información necesaria en el proceso diario de gestión de pacientes y facilita las posibilidades de explotación de la misma para la toma de decisiones. También el cumplimiento de los requisitos que en materia legislativa sanitaria debe recoger la demanda de ingreso de un paciente.

La informatización del documento nos garantiza una, accesibilidad, actualización continua de la información sobre demanda de ingresos y la trazabilidad y seguimiento continuo del proceso de gestión de pacientes.

La implantación se realizó paulatinamente, empezando con la mecanización de la demanda quirúrgica el 25 de Octubre. Con este paso eliminamos el registro de papel que veníamos usando y empezamos a trabajar con la base de datos que se genera en el sistema de información del hospital.

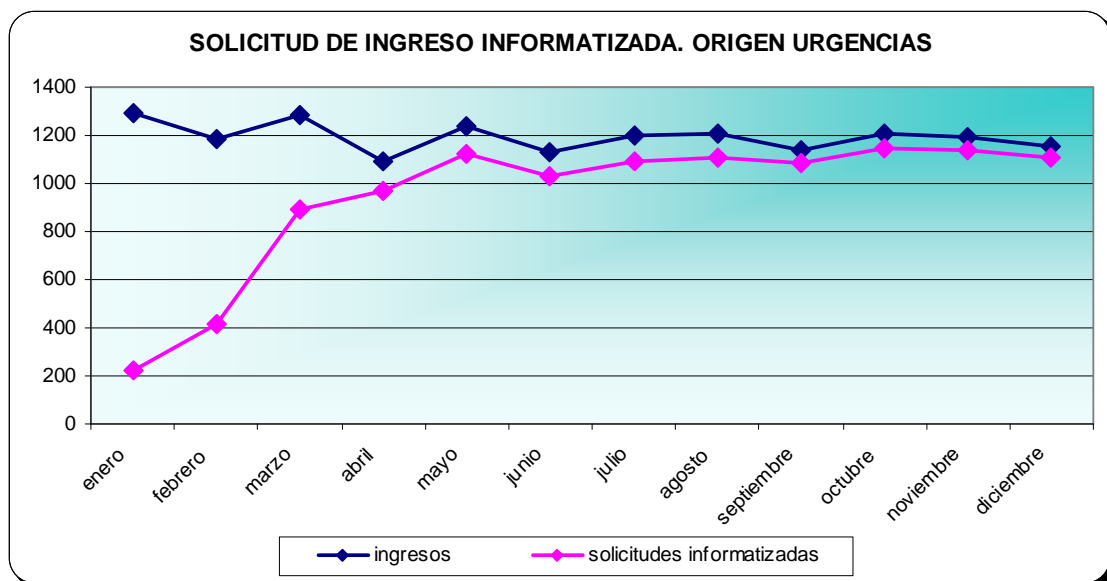
El segundo origen de demanda de ingreso que incorporamos fue el del Servicio de Urgencias, que representa el **72.6 %** de los ingresos.

La implementación del módulo de Gestión de Solicitudes para el Servicio de Urgencias fue muy bien aceptada ya que de una manera muy fácil y cómoda, solo precisa de la cumplimentación de cinco ítems, se tramita la S.I.

La evolución de la implantación fue:

- Febrero empezamos la formación de médicos para la tramitación de la S.I. informatizada
- Febrero–Marzo se empieza a utilizar la S.I
- 14 de Marzo retirada del antiguo documento “Sírvase Admitir”

Resultados obtenidos:



La formación de los médicos del Servicio de Urgencias empezó en el mes de febrero de 2011. Como se muestra en la gráfica, la evolución de la SI informatizada desde este origen ya se consiguió en un 70% de cumplimentación en el mes de marzo, alcanzando el 96% desde septiembre. Esto refleja la buena aceptación de la integración de este documento en nuestro sistema de información.

Al finalizar el año hemos conseguido un registro sólido con información ad-hoc sobre la demanda de ingresos, que se ha convertido en la herramienta imprescindible de trabajo para nuestro servicio y de consulta para el resto de servicios asistenciales del hospital, ya que proporciona la gran cantidad de información: asignación de camas, planificación de movimientos de hospitalización, estado de la S.I., listados de pacientes pendientes de ingreso, ubicación del paciente durante el proceso, además por supuesto de información clínica oportuna sobre el episodio asistencial.

HP-HCIS // BEGOÑA IZQUIERDO ALCOLEA - GEN - ADMA - Microsoft Internet Explorer provided by HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

http://manbrino.hgr.sescam.jcm.es/hphis/eddoctor/principal.jsp

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Camping Fuente Baños... http-www.conganat.org... http-www.msc.es-organiza... Galería de Web Slice Sitios sugeridos

Gestión de Solicitudes

Criterios del Gestor de ubicaciones

Paciente: Prioridad:

Tipo: Sol. de ingreso Sol. de traslado

Todos Inicial Anulada Todos Inicial Confirmada

Tipo de Episodios: Hospitalización agudos

Datos de Destino: Centro: HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL Servicio: Ubicación:

Datos de Origen: Origen: Todos Servicio: Ubicación:

Fecha prevista: Desde: 12/06/2012 Hasta: 12/06/2012

Fecha de solicitud: Desde: Hasta:

Fecha de ingreso: Desde: Hasta:

NHC	Paciente	F Nacimiento	Origen	Servicio Destino	Recurso Origen	Fecha Prevista	Un. Enf. Destino	Ubicación Destino	Fecha Ingreso	Fecha Solicitud	Diagnóstico
651393	Peinado					12/06/2012 12:00	UH4B	442A	11/06/2012		ENFERMEDAD DEL RIÑÓN HIPERT
561749	Muñoz					12/06/2012 17:00	UH5B	527B	05/06/2012		cardiopatía isquemica
123671	Ruiz Ma					12/06/2012 17:00	UH2C	246A	11/06/2012		cpr
484560	Díez Br					12/06/2012 17:00	UH2C	252A	11/06/2012		cpr
671949	Garrido					12/06/2012 11:30	UH2C	251B	12/06/2012		HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
302982	Muñoz					12/06/2012 16:57			12/06/2012		SD. VENA CAVA SUPERIOR POR M
7099	Alonso l					12/06/2012	UH5C	561B	12/06/2012		MASA PULMONAR
221412	Portugu					12/06/2012 17:00	UH4B	437	11/06/2012		ANEURISMA CEREBRAL NO ROTO
176012	Ruiz Sa					12/06/2012 17:28			12/06/2012		RUPTURA PREMATURA DE MEMBR
742102	Ramires					12/06/2012 19:00	UH4B	425A	11/06/2012		DESPRENDIMIENTO DE RETINA NI
52931	Rey Juz					12/06/2012 19:00	UH4A	422	11/06/2012		NEO MALIGNA DE VEJIGA PARTE
127853	Angulo					12/06/2012 19:00	UH4A	415	11/06/2012		NEO MALIGNA DE VEJIGA PARTE
186408	Sanche					12/06/2012 19:00	UH4A	407	11/06/2012		HIPERPLASIA (BENIGNA) DE PROS
680898	Franco					12/06/2012 19:00	UH4A	406	11/06/2012		TESTICULO NO DESCENDIDO

14 resultados Mostrando del 1 al 14

Inicio Disco extraíble (3:) Mi PC Reproductor de Window... Portal del Hospital Gener... HP-HCIS // BEGOÑA L... Intranet local 100% Escritorio 17:39

HP-HCIS // BEGOÑA IZQUIERDO ALCOLEA - GEN - ADMA - Microsoft Internet Explorer provided by HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

http://manbrino.hgr.sescam.jcm.es/hphis/eddoctor/principal.jsp

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Camping Fuente Baños... http-www.conganat.org... http-www.msc.es-organiza... Galería de Web Slice Sitios sugeridos

Gestión de Solicitudes

Criterios del Gestor de ubicaciones

Paciente: Prioridad:

Tipo: Sol. de ingreso Sol. de traslado

Todos Inicial Anulada Todos Inicial Confirmada

Tipo de Episodios: Hospitalización agudos

Datos de Destino: Centro: HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL Servicio: Ubicación:

Datos de Origen: Origen: Todos Servicio: Ubicación:

Fecha prevista: Desde: 12/06/2012 Hasta: 12/06/2012

Fecha de solicitud: Desde: Hasta:

Fecha de ingreso: Desde: Hasta:

NHC	Paciente	F Nacimiento	Origen	Servicio Destino	Recurso Origen	Fecha Prevista	Un. Enf. Destino	Ubicación Destino	Fecha Ingreso	Fecha Solicitud	Diagnóstico	Observaciones	Médico	Estado	Centro
2120	Prac					12/06/2012	UH1D	167A	12/06/2012					Reservada	HGCR
18510	Ruiz					12/06/2012	UH2C	248B	12/06/2012					Reservada	HGCR
146050	Don					12/06/2012	UH1B	141	12/06/2012					Reservada	HGCR
238296	Ame					12/06/2012	UH5B	528A	12/06/2012					Reservada	HGCR
278023	Villo					12/06/2012	UH3A	315	12/06/2012					Reservada	HGCR
317873	Mar					12/06/2012	UH5B	543B	12/06/2012					Reservada	HGCR
506807	Sier					12/06/2012			12/06/2012					Inicial	HGCR
537866	Herr					12/06/2012	UH1D	17B	12/06/2012					Reservada	HGCR
742137	Lopi					12/06/2012	UH5B	542A	12/06/2012					Reservada	HGCR
742185	Del					12/06/2012	UH5B	542B	12/06/2012					Reservada	HGCR

10 resultados Mostrando del 1 al 10

Inicio Disco extraíble (3:) Mi PC Reproductor de Window... Portal del Hospital Gener... HP-HCIS // BEGOÑA L... Intranet local 100% Escritorio 17:40

Consideramos este trabajo una importante mejora en la gestión de pacientes, hay que destacar los beneficios obtenidos por las posibilidades que la previsión de los ingresos nos ofrecen para su planificación, al estar incluidas todas las S.I. en la base de datos, incluyendo las programadas para semanas próximas. Tanto es así, que hemos conseguido importantes mejoras en la calidad de los ingresos programados, en los que se prioriza la reserva de cama cuando dependen de citas para técnicas terapéuticas y/o diagnósticas, y analizando la situación clínica del paciente en caso de los tratamientos médicos. Todo esto lo analizamos y ajustamos a los datos de ocupación hospitalaria, procurando la mayor optimización posible del episodio de ingreso.

Concluyendo, obtenemos información sobre la gestión de pacientes e ingresos accesible para todos los profesionales del hospital que les sea necesaria y útil, proporcionando una importante herramienta en la toma de decisiones, y abriendo líneas de mejora continua en el proceso de calidad asistencial a través de la explotación de la misma.

NUEVAS ACCIONES EN ARCHIVO.

BASE DE DATOS DE REGISTRO DE DOCUMENTACIÓN CLINICA

Para solucionar las deficiencias que detectábamos en los circuitos de la tramitación de la documentación, surgió un proyecto desde la Unidad de Archivos y Documentación Clínica cuyo objetivo era centralizar toda la gestión de la documentación clínica relacionada con los usuarios, para facilitar el acceso a los mismos, proporcionándoles una información directa, personalizada y exhaustiva, que generase mayor seguridad en ellos y un menor tiempo en la tramitación de la misma, así mismo asumir el crecimiento exponencial que se experimentaba en las solicitudes de documentación clínica del HGCR,.

Para aglutinar todas las necesidades de documentación que tenían el gran elenco de usuarios que acudían al hospital se creó la ventanilla de registro de la documentación clínica, situada por la salida del archivo en un mostrador del hall de Consultas Externas.

En este puesto el auxiliar administrativo, con los datos registrados genera una robusta base de datos que permite optimizar tiempos en la tramitación de la documentación clínica a los pacientes/usuarios.

A continuación mostramos una imagen de la base de datos de registro de la documentación clínica.

Figura 2

NUEVAS ACCIONES EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

CUADROS DE MANDO DE COSTES

La transmisión de la información hacia el propio Centro se hace imprescindible para que cada Servicio, cualquiera que sea su naturaleza, sea conocedor de su actividad, su coste y su impacto en la globalidad del Centro. El mecanismo elegido para facilitar esta información son los ya mencionados CUADROS DE MANDOS.

Se diseñan los de Cuadro de Mandos de Costes por áreas de producción, es decir:

- 1) Cuadro de Mandos de Servicios ASISTENCIALES
- 2) Cuadro de Mandos de Servicios CENTRALES
- 3) Cuadro de Mandos de Servicios NO ASISTENCIALES

En todos ellos, la información se presente en tres bloques:

- a) Costes del Servicio (grandes cuentas) y de los GFH's desagregados que lo integran: este bloque observa sólo información económica.
- b) Costes Unitarios de Producción: este bloque observa COSTE ligado a ACTIVIDAD, por lo mide implícitamente valores de eficiencia y calidad (utilización adecuada de los recursos).

c) Gráficos representativos.

Todos los valores obtenidos están COMPARADOS en un doble ámbito: **frente a la globalidad del Centro**, para observar desviación respecto al entorno en el que se encuentra encuadrado el Servicio; **y consigo mismo** en el mismo periodo del ejercicio anterior. Esta forma de presentar los datos nos permite tener **referencias en el espacio (respecto a qué) y en el tiempo (respecto a cuándo)**.

El bloque más significativo en el Cuadro de Mandos es el BLOQUE CENTRAL relativo a Costes Unitarios de Producción Hospitalaria, que nos mide el coste unitario de la actividad última y facturable del Servicio: **Coste por Pedido** en el caso de los Centrales, y **Coste por Producto** en el caso de los Asistenciales, que generan alta en las distintas líneas de producción, y que atendiendo al marco del Contrato de Gestión diferenciamos en:

- ◆ Actividad Hospitalizada.
- ◆ Actividad en Consultas Externas
- ◆ Actividad Ambulatoria
- ◆ Actividad de Procedimientos Extraídos del Contrato de Gestión

De cada una de esas líneas de producción se obtienen costes unitarios como indicadores que miden la eficacia, eficiencia y calidad en la gestión de los Servicios, evaluando la adecuada utilización de recursos en la atención de la actividad y su complejidad (esto último a través del GRD y sus pesos).

Los indicadores, que por significativos, se llevan al Cuadro de Mandos de Costes, son: coste alta, coste estancia, coste unidad peso (también llamada UCH=Unidad de Complejidad Hospitalaria, que mide el case-mix hospitalario y pondera en términos relativos la complejidad de la patología en pacientes ingresados), coste grd (en cada servicio se hace una selección de los 5 primeros en orden a mayor casuística atendida), coste primera consulta, sucesiva y producción, coste de los tratamientos ambulatorios que existan en cada servicio, y por último coste de los Procedimientos Extraídos y Tratamientos de alto coste farmacológico.

Mostramos algunos de los Cuadros de Mando de Costes, con datos de cierre del año 2011. Son Medicina Nuclear (Central). Traumatología (Asistencial quirúrgico). Y el propio de Admisión y Documentación Clínica (No Asistencial).



Servicio: **MNU**
Medicina Nuclear

PERIODO: 2011/I - 2011/II



COSTES SERVICIO Y GFH'S				
COSTES POR SERVICIO (FINAL)				
	PERSONAL	FUNCIONAMIENTO	REPERCUTIDOS (*)	TOTAL
AA	109.397,62	702,26	102.817,33	213.017,11
A/ACTUAL	148.848,74	446,16	95.746,35	244.999,16
			TOTAL_HOUCR	216.724.327,84
			Porcentaje @HOUCR	0,11%

COSTES POR GFH INTERMEDIO RELEVANTE:				
MEDICINA NUCLEAR				
	PERSONAL	FUNCIONAMIENTO	REPERCUTIDOS (*)	TOTAL
AA	1.376.362,78	2.179.347,83	506.628,97	4.062.339,23
A/ACTUAL	1.446.332,09	2.794.875,61	675.045,92	4.716.253,61
			TOTAL_HOUCR	316.724.327,84
			Porcentaje @HOUCR	3,18%

COSTES POR GFH'S DEL SERVICIO				
MNUH	MEDICINA NUCLEAR: TERAPIA METABOLICA	AA	A/ACTUAL	TOTAL
		213.017,11		244.999,16
MNU	MEDICINA NUCLEAR	4.462.339,23		4.716.253,61
MNUF	MEDICINA NUCLEAR-Medicamento Uso Hospital	0,00		0,00
RESTO S*	Total Resto S* agrupar: Medicamentos Alto Coste, Conceptos, Citos Amb., SS.O.C. e Intermedios del SP			4.716.253,61

COMENTARIOS:

- (*) El periodo de los datos ofrecidos siempre es TRIMESTRAL. En AA se reflejan datos del mismo periodo de Año Anterior.
- (*) En Repercutidos se agrupan: Intermedios, Estructurales e Interconsultas (los atendidos minoran coste, los solicitados incrementan coste).
- (*) UCH: Unidad de Complejidad Hospitalaria
- (*) En los Costes Unitarios de Producción y en Coste por Servicio, el TOTAL_HOUCR se refiere a total del Centro, en el mismo periodo Actual.
- (*) El Orificio de Imputación es la forma más básica de imputar costes. El Catálogo de Productos es un Orificio MEJORADO donde hay una imputación de pruebas con diferente variación, diferente peso.
- (*) URV = Unidad Retiva de Valor. Es la ponderación del valor de las pruebas ó productos que componen el Catálogo de la Unidad.
- (*) Para Catálogos de Productos muy ponderizados (E, RX, Catálogo pruebas: SERAM, MNU, ...). En Costes Unitarios solo se muestra una SELECCIÓN por mayor asueltos, que representa mayoritariamente al grupo.

COSTES UNITARIOS DE PRODUCCIÓN				
MNUH HOSPITALIZACIÓN (HOS)				
		AA	A/ACTUAL	TOTAL_HOUCR
802	COSTE UNIDAD PERO UCHI (*)	2.274,81	2.281,10	2.401,39
802	COSTE ALTA O COSTE PROCESO	1.836,32	2.088,91	2.338,90
	COSTE ESTANCIA	789,96	997,10	605,23

MNUH HOSPITALIZACIÓN- GRD'S MAYOR CASUBTICA - COSTE PROCESO				
		AA	A/ACTUAL	TOTAL_HOUCR
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	1.633,32	1.623,47	1.780,99
302	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	2.614,97	2.598,91	3.007,81
303	Otros procedimientos quirúrgicos endocr. sincc	0,00	8.089,31	8.228,21

COSTES UNITARIOS DE LOS PRODUCTOS MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA CLASIFICACION:				
MNU	GLOBAL	AA	A/ACTUAL	TOTAL
810	Gammagrafía ósea selectiva en dos fases	DIAGNOSTICA		82,52
802	Densitometría de cuerpo entero ó múltiple	DIAGNOSTICA		29,32
1027	PET-TAC cuerpo entero fuiseesoxivguosa-F	PET-TAC		627,83

MNU	TIPO DE EXPLORACION	AA	A/ACTUAL	TOTAL
802	Densitometría de cuerpo entero ó múltiple	Tipo 1 - Gammag		29,32
113	SPECT micróscopica de perfusión tras estímulo	Tipo 2 - Spect y Gamm Spect		281,35
117	SPECT-TAC cerebral transporador dopamina	Tipo 3 - Pet - Gamm Pet y Spect, Tac		1.140,84
1027	PET-TAC cuerpo entero fuiseesoxivguosa-F	Tipo 4 - PET-TAC y PET-TAC		299,84

MNU	AREA DE APLICACION	AA	A/ACTUAL	TOTAL
1027	PET-TAC cuerpo entero fuiseesoxivguosa-F	DIAGNOSTICA		627,83
1210	Tratamiento radioterápico del hígado	TERAPEUTICA		283,27

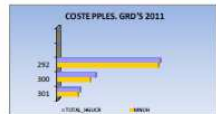
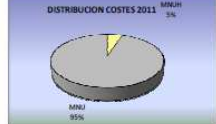
MNU	TIPO COMPLEJIDAD (PESO)	AA	A/ACTUAL	TOTAL
802	Densitometría de cuerpo entero ó múltiple	Tipo A - Peso 0-10		29,32
1027	PET-TAC cuerpo entero fuiseesoxivguosa-F	Tipo B - Peso 11-30		627,83
117	SPECT-TAC cerebral transporador dopamina	Tipo C - Peso 31-50		1.140,84
1027	PET-TAC cuerpo entero F18-DOXA	Tipo D - Peso 51-60		1.386,11
1028	PET-TAC cuerpo entero F18-DOXA	Tipo E - Peso mayor 61		1.903,14

MNU	TIPO DE POBLACION	AA	A/ACTUAL	TOTAL
1027	PET-TAC cuerpo entero fuiseesoxivguosa-F	ADULTA		627,83
		PEDIATRICA		

MNU	GRUPO DE DIAGNOSTICO	AA	A/ACTUAL	TOTAL
113	SPECT micróscopica de perfusión tras estímulo	01-CARDIOLOGIA		281,35
201	Gammagrafía tiroidea	02-ENDOCRINO		43,99
324	Gammagrafía saliv	03-GASTROENTEROLOGIA		62,43
416	Volumen globular	04-HEMATOLOGIA		287,16
607	Gammagrafía renal	05-NEFROLOGIA		70,73
607	Gammagrafía pulmonar de perfusión	06-HEMOLOGIA		83,83
708	Tomografía (SPECT) cerebral de perfusión	07-NEUROLOGIA		292,96
802	Densitometría de cuerpo entero ó múltiple	08-OSTEOARTICULAR		29,32
905	Linfografía	09-SISTEMA VASCULAR Y LINFATICO		126,51
1027	PET-TAC cuerpo entero fuiseesoxivguosa-F	10-ONCOLOGIA		627,83
110	Gammagrafía con leucocitos marcados	11-ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y AUTOINMUNES		738,23
1210	Tratamiento radioterápico del hígado	12-TRATAMIENTOS		283,27

No hay dato de coste unitario de AA (2010) porque el catálogo de productos se ha implantado en el 2011

S* Control de Gestión - Unidad Contabilidad Analítica 30/04/2012





Servicio: TRA
Traumatología y Cirugía Ortopédica

PERÍODO: 2011/I - 2011/II



COSTES SERVICIO Y GFFS				
COSTES POR SERVICIO (FINAL)				
	PERSONAL	FUNCIONAMIENTO	REPERCUTIDOS (*)	TOTAL
AA	2.319.838,85	1.776.095,61	7.492.623,34	11.588.557,80
A.ACTUAL	2.630.296,48	1.876.636,19	6.625.380,91	10.932.313,58
TOTAL_HGUOCR				216.724.327,84
Porcentaje S ^o HGUOCR				5,04%
COSTES POR GFFS DEL SERVICIO				
		AA	A.ACTUAL	
TRA	TRAUMATOLOGIA JERARQ.- HOSPITALIZACION	7.797.876,91	7.204.474,65	
TRAE	TRAUMATOLOGIA JERARQ.- CONSULTA	3.141.387,18	3.013.004,30	
TRAD	TRAUMATOLOGIA.- CEIT DANIEL	273.727,03	214.089,39	
TRAU	TRAUMATOLOGIA.- AMBULATORIA	352.632,48	424.378,69	
TRAP	TRAUMATOLOGIA.- PRUEBAS ESPECIALES	269.851,57	90.645,90	
TRAR	TRAUMATOLOGIA.- Artros Rumioides	0,00	0,00	
TRRI	TRAUMATOLOGIA.- Procedimientos	0,00	0,00	
TRAF	TRAUMATOLOGIA.- Medicina de Urgencias	23.796,29	15.369,55	
RESTO S ^o Total Resto S ^o agrupa:				15.368,55
Medicamentos Alto Coste, Concursos, Otros Amb., SS.CC. e Intermedios del S ^o				
COMENTARIOS:				
- El periodo de los datos ofrecidos siempre es TRIMESTRAL. En AA se reflejan datos del mismo periodo del Año Anterior.				
- (*) En Repercutidos se agrupan: Intermedios, Estructurales e Interconsultas (las atendidas minoran coste, las solicitadas incrementan coste).				
- (**) UCH: Unidad de Complejidad Hospitalaria				
- En los Costes Unitarios de Producción y en Coste por Servicio, el TOTAL_HGUOCR se refiere al total del Centro, <u>en el mismo periodo Actual.</u>				

COSTES UNITARIOS DE PRODUCCIÓN			
TRA HOSPITALIZACIÓN (HOS)			
		AA	A.ACTUAL
	COSTE UNIDAD PESO (UCH) (**)	2.436,82	2.108,04
	COSTE ALTA o COSTE PROCESO	5.083,56	4.683,74
	COSTE ESTANCIA	1.337,77	1.264,27
	TOTAL_HGUOCR		605,23
TRA HOSPITALIZACIÓN - GRD'S MAYOR CASUÍSTICA - COSTE PROCESO			
		AA	A.ACTUAL
209	SUBSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CAJERA Y RE	8.000,25	7.210,97
210	PROG. DE CAJERA Y FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR	7.924,13	7.142,37
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	3.283,30	2.725,54
818	SUBSTITUCION CAJERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	8.799,99	7.631,79
219	PROG. EXTRINSECO Y HUMERO/ESC. CAJERA/PE.FEMUR	3.320,87	2.992,97
TRAE CONSULTAS EXTERNAS (CEA)			
		AA	A.ACTUAL
	COSTE PRIMERA CONSULTA	143,24	134,97
	COSTE CONSULTA SI SEGUIA	69,94	60,98
	COSTE PROCESO PRODUCCIÓN	609,79	602,30
	TOTAL_HGUOCR		417,23
TRAP COSTES UNITARIOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS / TERAPEÚTICAS			
		AA	A.ACTUAL
0.91TRAP	CURAS TRAUMATOLOGIA	49,82	11,66
TRAP0	TRAP - Pruebas Especiales No Informatizadas (6)	49,82	15,37



Cuando no se tiene una ponderación de las diferentes pruebas de un Servicio se obtiene un mismo coste para todas.



Área: ADM Admisión

PERÍODO: 2011/I - 2011/II



Servicios que lo integran: ADM Admisión, CDG Control de Gestión, DCL Documentación Clínica

COSTES SERVICIO Y GFFS				
COSTES POR ÁREA				
	PERSONAL	FUNCIONAMIENTO	REPERCUTIDOS (*)	TOTAL
AA	4.323.773,58	527.873,84	928.912,80	5.480.560,22
A.ACTUAL	4.114.873,13	480.522,43	517.011,12	5.112.406,68
TOTAL_HGUOCR				216.724.327,78
Porcentaje S ^o HGUOCR				2,36%
COSTES POR GFFS DEL/DE LOS SERVICIOS:				
		AA	A.ACTUAL	
Admisión				
ADM	ADMISION	848.582,62	819.300,48	
CIT	CITACIONES	1.522.896,52	1.360.401,72	
PRQ	PROGRAMACION DE QUIROFANOS	383.918,85	323.694,86	
ADMID	ADMISION.- CEIT DANIEL	33.157,40	23.593,32	
CITO	CITACIONES.- CEIT DANIEL	38.670,45	23.763,29	
		2.797.224,84	2.547.753,37	
Control de Gestión				
CGD	CONTROL DE GESTION	194.695,56	167.351,14	
SGC	GESTION COSTES CLINICOS.- CONTABILIDAD ANALITICA	164.405,56	97.223,75	
		299.091,12	265.174,89	
Documentación Clínica				
DCL	DOCUMENTACION CLINICA-ARCHIVO	2.151.056,04	2.054.405,79	
DCLD	DOCUMENTACION CLINICA.- ARCHIVO.- CEIT DANIEL	29.506,78	29.070,68	
UDC	UNIDAD DE CODIFICACION	207.281,64	206.001,95	
		2.386.844,46	2.289.478,42	
TOTAL_HGUOCR				5.480.560,22
Porcentaje S ^o HGUOCR				2,36%
COMENTARIOS:				
- El periodo de los datos ofrecidos siempre es TRIMESTRAL. En AA se reflejan datos del mismo periodo del Año Anterior.				
- (*) En Repercutidos se agrupan: Intermedios y Estructurales				
- (**) El Criterio de Imputación es la forma más básica de imputar costes. El Catálogo de Productos es un Criterio MEJORADO donde hay una imputación de pruebas con diferente valoración, diferente peso.				

COSTES UNITARIOS DE PRODUCCIÓN			
TABLA PREVIA SOBRE EL SISTEMA DE IMPUTACIÓN UTILIZADO POR EL SERVICIO/ gffs			
TIPO DE SERVICIO / GFFS			
ESTRUCTURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	En este caso la actividad NO es Facturable	NO PROCEDE COSTE UNITARIO
INTERMEDIO	<input checked="" type="checkbox"/>	En este caso la actividad SI es Facturable	PROCEDE DETALLE COSTE UNITARIO
CRITERIO DE IMPUTACIÓN DE COSTES A CLIENTES (P1):			
	Descripción Criterio	Unidad de Medida	
ADM	Ingresos (Programados y Urgentes)	Coste por unidad de actividad desplegada por ese GFF	
CIT	(S)Total Actividad CIT (8+9+30+51+52)		
PRQ	intervenciones programadas (Hosp. y Amb) NO URGENT		
CDG	Estructural (Coste Personal por GFF)		
CGD	Estructural (Coste Personal por GFF)		
DCL	(S)Total Actividad DCL (1+7+60+5)		
UDC	(S)Codificación CMBD(C2+C5)		
COSTES UNITARIOS DE CRITERIO INTERMEDIO:			
		AA	A.ACTUAL
ADM	Ingresos (Programados y Urgentes)	34,07	32,41
CIT	(S)Total Actividad CIT (8+9+30+51+52)	2,75	2,23
PRQ	intervenciones programadas (Hosp. y Amb) NO URGENT	27,44	24,99
CGD	Estructural (Coste Personal por GFF)	3,35	3,05
DCL	(S)Total Actividad DCL (1+7+60+5)	6,81	6,27
UDC	(S)Codificación CMBD(C2+C5)		



ACCIONES CONSOLIDADAS

BASE DE DATOS DE CITAS ANÓMALAS (OGLE).

Oficina de Gestión de Lista de Espera(OGLE) - Microsoft Internet Explorer provided by HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

Ogle Bienvenido MARIA ROSARIO CASAS DIAZ
HGCR y CEDT

Paciente Listados Usuarios Resumen Servicios Actualizar

NHC: sólo pendientes mostrar todos

Servicio: Agenda:

fecha máx. demora desde hasta Descrp. Prest.: aceptar

NHC	procede	nombre y apellidos	servicio	agenda	prestacion	demora	fecha max.	fecha cita
207843			CIRG40	0.02	REVISIONES	14	01/06/2012	12/06/2012
215424			CIRG40	0.02	REVISIONES	10	31/05/2012	13/06/2012
288556			CIRCG	12.90	NUEVOS CONSEJO GENETICO	30	20/06/2012	12/11/2012
708145			CIRG40	0.02	REVISIONES	10	01/06/2012	13/06/2012
141529			CIRCG	12.90	NUEVOS CONSEJO GENETICO	30	22/06/2012	08/10/2012
301331			CIRCG	12.90	NUEVOS CONSEJO GENETICO	15	07/06/2012	19/11/2012
171375			CIRCG	12.90	NUEVOS CONSEJO GENETICO	51	13/07/2012	19/11/2012
710561			CIRE41	0.02	REVISIONES	7	31/05/2012	14/06/2012
97584			CIRCG	12.90	NUEVOS CONSEJO GENETICO	30	23/06/2012	19/11/2012
236597			CIRG40	0.02	REVISIONES	6	30/05/2012	14/06/2012
12540			CIRCG	12.90	NUEVOS CONSEJO GENETICO	15	06/06/2012	14/06/2012

REVISIONES 8
NUEVOS CONSEJO GENETICO 22
total: 30

descargar fichero excel
descargar fichero pdf

Inicio Bandeja de entra... Fwd: RV: RX - Me... Portal del Hospital... HP-HCIS // M RO... HP-HCIS // HOSPI... Oficina de Gest... 12:56

El programa de la OGLE (oficina de gestión de lista de espera) fue diseñado con la intención de que un servicio formado por personal no sanitario pudiera gestionar las citas de los pacientes siguiendo las indicaciones de su facultativo.

Los pacientes recogidos son todos aquellos a los que por falta de capacidad de agenda no es posible facilitarles la cita en la fecha prescrita por el médico. Mes a mes y con el planning del Servicio, se montan las agendas sobrantes con estos pacientes sacando aquellos que en la fecha máxima de demora según su médico, están comprendidos en la fecha de la consulta.

Resulta fundamental a la hora de priorizar a los pacientes que serán objeto de inclusión en una consulta ya que la indicación del facultativo en los días de demora será determinante cuando exista mayor demanda que oferta. Con ello conseguimos que siendo una actuación administrativa, el criterio sea médico.

Este programa sirve también de primera instancia antes de presentar una reclamación de adecuación de cita en el SAU.

ACCIONES CONSOLIDADAS EN EL ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DIGITALIZACION DE HISTORIAS CLINICAS

El Centro de Especialidades (CEDT) de Daimiel, que da cobertura a las poblaciones de Villarrubia de los Ojos, Las Labores y Daimiel y que atiende a una total de aproximado de 30.000 habitantes, comenzó a funcionar en 2007, para aquel entonces el Sescam optó por iniciar el proyecto de digitalización de las historias de los pacientes que iban a ser atendidos en ese centro.

El objetivo principal de este proyecto era dar soporte a los pacientes que se atienden en el CEDT sin necesidad de enviar la historia en formato papel y por supuesto como no podía ser de otra manera, aumentar la seguridad ya que no queríamos que las historias se movieran por carretera y se pudieran producir incidencias que tuvieran que ver con accesos no seguros. Así mismo queríamos conseguir una historia digital, legible, y normalizada, etc.

La digitalización ha supuesto un antes y un después en el manejo de la historia clínica, ya que permite el acceso a múltiples usuarios conectados simultáneamente durante todos los días del año, además es un complemento imprescindible para el desarrollo de la historia clínica electrónica (HCE).

La historia clínica digitalizada recoge todos los contactos asistenciales que ha tenido un paciente en el hospital y nos muestra una imagen de los documentos generados en los mismos.

En definitiva, La aplicación de digitalización ha sido acogida por los facultativos de Daimiel y resto del Hospital como un proyecto innovador y que permite el desarrollo y la investigación. Ha mejorado la accesibilidad a los registros sanitarios de los pacientes respetando la confidencialidad de los datos y reportando una atención de mayor calidad a los mismos dándole mayor valor añadido a la organización.

Seguidamente mostramos la pantalla principal de la aplicación de la historia digital a la que accede el personal facultativo y de enfermería en el CEDT.(Figura 1).La vista principal de la historia clínica digitalizada puede ser tabular o cronológica; en la zona superior de la pantalla están los datos administrativos del

paciente, y en el área central se hallan las columnas que representan a cada uno de los servicios del HGUCR, dentro de ellas vemos algunos iconos del formato pdf que identifican los grupos funcionales y se hacemos click en cualquiera de ellos aparecen los tipos documentales asociados al mismo.

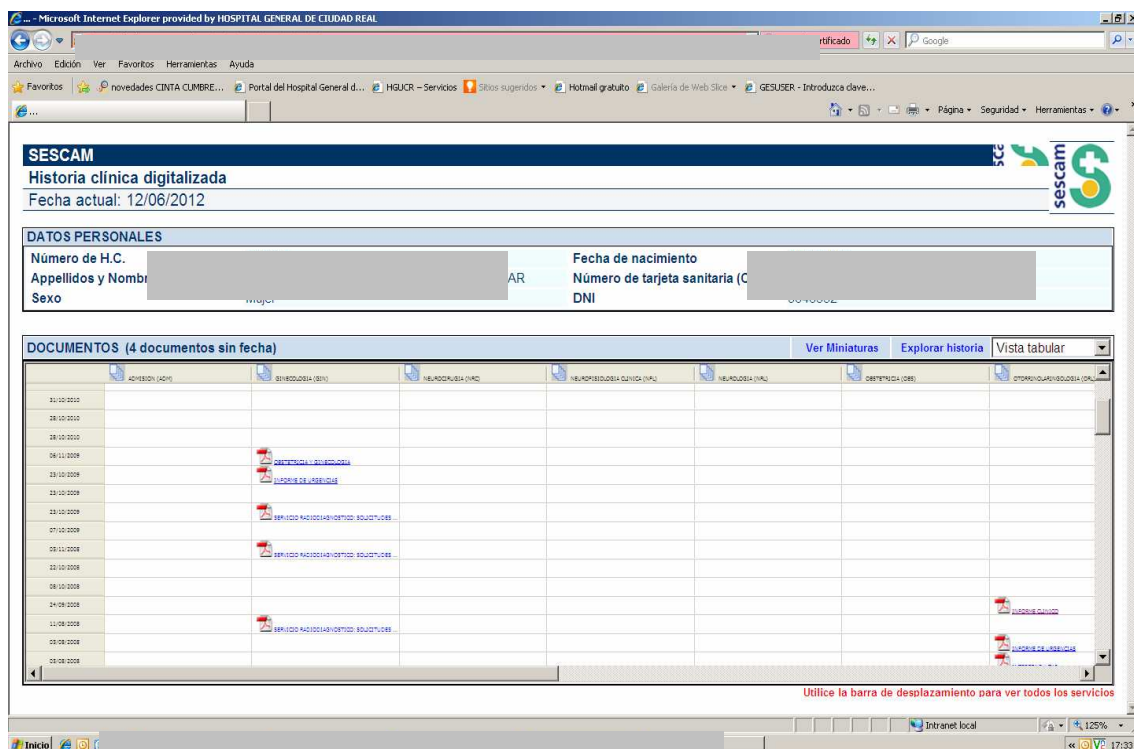


Figura 1

INDICADORES DE ACTIVIDAD E INDICADORES DE CALIDAD
--

ADMISION CENTRAL.- PROGRA QUIROFANOS		2011
IND ACTIVIDAD:	ENTRADAS EN LISTA DE ESPERA	17.052
	SALIDAS EN LISTA DE ESPERA	15.871
	IQ REALIZADAS EN PROPIO CENTRO PROG	12.829
	IQ DERIVADAS A OTROS CENTROS	600
IND. CALIDAD:	NIVEL CODIFICACION Dx Y Px EN LEQ	100%
	NIVEL CODIFICACION Dx Y Px EN REGISTOS DE ACTIV QUIRÚRGICA	100%
	ESTUDIOS PREOPERATORIOS VÁLIDOS	100%
	EM PREOP DE PAC PROGRAMADOS DE LEQ	1,01
	CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACION QUIRÚRGICA DEFINITIVA	95,3%
	% ACTIV NOPROGRAMADA REALIZADA EN QUIROFANO PROGRAMADO	0

ADMISION CENTRAL.- TRASLADOS G.O.A.		2011
IND ACTIVIDAD:	PROMEDIO MES SOLICITUDES ASISTENCIA A OTROS CENTROS	478
	DISTRIBUCION PRUEBAS SOLICITADAS POR SOLICITANTE	<i>Ver tabla GOA_1</i>
	PROMEDIO MES SOLICITUDES ASISTENCIA DESDE OTROS CENTROS	380
	DISTRIBUCION PRUEBAS REALIZADAS PARA OTROS CENTROS POR TIPO	<i>Ver tabla GOA_2</i>
IND. CALIDAD:	% SOLICITUDES NO RESUELTAS	100%

HOSPITALIZACION		2011
IND ACTIVIDAD:	PROMEDIO-DIA DE CAMAS GESTIONADAS	146

URGENCIAS		2011
IND ACTIVIDAD:	PROMEDIO DIA URG ATENDIDAS	244
	PORCENTAJE URG INGRESADAS	16%
	PRESION URGENCIAS	72,66%

ATENCION AMBULATORIA		2011
IND ACTIVIDAD:	SOLICITUDES DE CONSULTA NUEVA DESDE AP	92.014
	CITAS AMBULATORIAS ASIGNADAS	705.211
	REPROGRAMACIONES	223.457
	ANULACIONES	46.109
IND. CALIDAD:	CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACION	88% (sin RX)*
	PORCENTAJE ACTIV NO PROGRAMADA	10,6% (sin RX)*

* Descartado Rx porque la captura de actividad se realiza en programa no integrado en Mambrino.

DOCUMENTACION CLINICA.- HISTORIAS CLINICAS		2011
IND ACTIVIDAD:	Nº HISTORIAS CLINICAS NUEVAS	14.748
	Nº DOCUMENTOS NUEVOS NORMALIZADOS EN LA HC	568
	Nº DOCUMENTOS CLINICOS REVISADOS	568
	PROMEDIO DE SALIDAS EN DIAS LABORABLES	2.286,72
	Nº DE HC FUERA DEL ARCHIVO RECLAMABLES (7 DIAS PARA ALTAS. 4 DIAS PARA CONSULTAS)	3.586
	Nº DE HC REMITIDAS AL PASIVO	98.877
IND. CALIDAD:	% HC ORDENADAS CON CRITERIO ESTABLECIDO	98,6%
	INDICE DE HC PRESTADAS	1,568

DOCUMENTACION CLINICA.- CODIFICACIÓN		2011
IND ACTIVIDAD:	Nº EPISODIOS ASISTENCIALES CODIFICADOS	30.894
	PROMEDIO CODIGOS Dx POR EPISODIO. TODOS LOS EPISODIOS	4,9
	Nº EPISODIOS ASISTENCIALES DE HOSPITALIZACION CODIFICADOS	22.423
	PROMEDIO CODIGOS Dx EPISODIOS DE HOSPITALIZACION	5,8
	Nº INFORMES "AD HOC" SOBRE INFORMACION CLINICA	25
IND. CALIDAD:	% EPISODIOS ASISTENCIALES CODIFICADOS	100%
	EPISODIOS CON Dx PRINCIPAL INVALIDO	0,0%
	GRD's INESPECIFICOS (469 Y 470)	0

SISTEMAS DE INFORMACION.- CUADROS DE MANDO		2011
IND ACTIVIDAD:	Nº INFORMES REALIZADOS	960
	TIPOS DE INFORME. INTERNOS Y EXTERNOS	<i>Ver tabla SI_1</i>
IND. CALIDAD:	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACION ASISTENCIAL / INFORMES. % CUMPLIMENTACION	100%
	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACION ASISTENCIAL / COSTES. % CUMPLIMENTACION	99,54%
	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACION ECONOMICA / COSTES. % CUMPLIMENTACION	95,51%
	EXHAUSTIVIDAD DE LA COBERTURA ASISTENCIAL / INFORMES. % COBERTURA	100%
	EXHAUSTIVIDAD DE LA COBERTURA ASISTENCIAL / COSTES. % COBERTURA	99,54%
	EXHAUSTIVIDAD DE LA COBERTURA ECONOMICA / COSTES. % COBERTURA	95,51%

ORDENES DE ASISTENCIA:

HOSPITAL DE DESTINO	Nº PACIENTES
CAPIO ALBACETE	124
CAPIO CIUDAD REAL	438
CENTRO CONCERTADO DE FISIOTERAPIA	2244
CLINICA BOSQUE	19
CLINICA CAVADAS	1
CLINICA DE LA LUZ	72
CLINICA DE LOGOPEDIA	563
CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS	1
CLINICA U. DE NAVARRA	6
FIV RECOLETOS	293
FUNDACION JIMENEZ DIAZ	131
H 12 DE OCTUBRE	117
H 12 DE OCTUBRE INFANTIL	132
H BEATA ANA MARIA	5
H BELLVIGTE	1
H CLINICO BARCELONA	7
H CLINICO SAN CARLOS	145
H DE ALCORCON	1
H DE BADAJOZ	1
H DE FUENLABRADA	1
H DE GETAFE	10
H DE LA PRINCESA	19
H DE SALAMANCA	1
H DE VALLADOLID	1
H GENERAL DE ALICANTE	1
H GENERAL DE CASTELLON	3
H GERMANS TRIAS Y PUJOL	2
H GREGORIO MARAÑON	115
H GREGORIO MARAÑON INFANTIL	100
H LA PAZ	96
H LA PAZ INFANTIL	155
H MADRID NORTE "SANCHINARRO"	1
H NIÑO JESUS	181
H PUERTA DE HIERRO	43
H RAMON Y CAJAL	156
H RUBER INTERNACIONAL	76
H SAN JOAN DE DEU	3
H VALL D'EBRON	1
H VIRGEN DEL ROCIO	1
INSTITUTO GUTTMAN	1
IVI	2
IVO (VALENCIA)	1
U. COMPLUTENSE UNIDAD PIE DIABETICO	1
TOTAL	5272

GOAS ENVIADOS:

HOSPITAL DE DESTINO	Nº PACIENTES
H GRAL DE ALBACETE	158
H MANCHA CENTRO	23
H VIRGEN DE LA LUZ	13
H GENERAL DE GUADALAJARA	7
H NACIONAL DE PARAPLEJICOS	45
H VIRGEN DE LA SALUD	119
INST. ENFERMEDADES NEUROLOGICAS	8
TOTAL	373

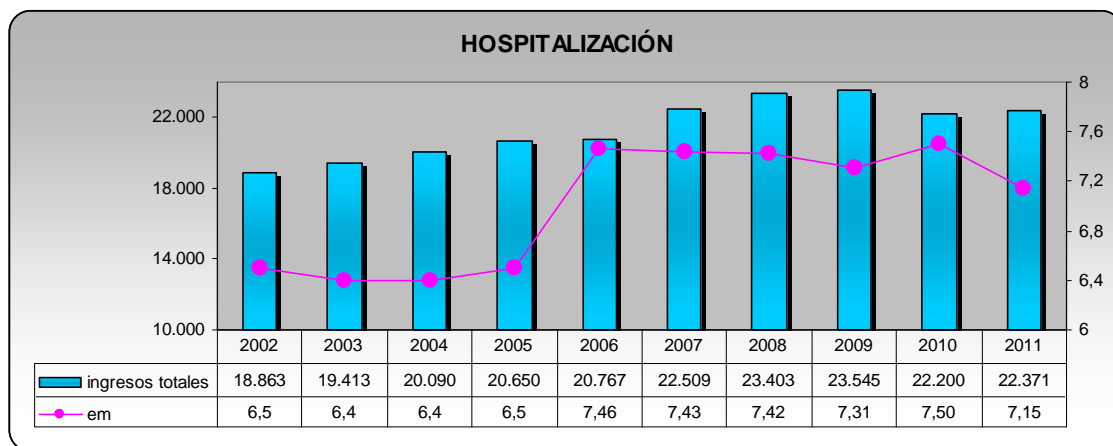
Tabla GOA_1

GOAS RECIBIDOS:

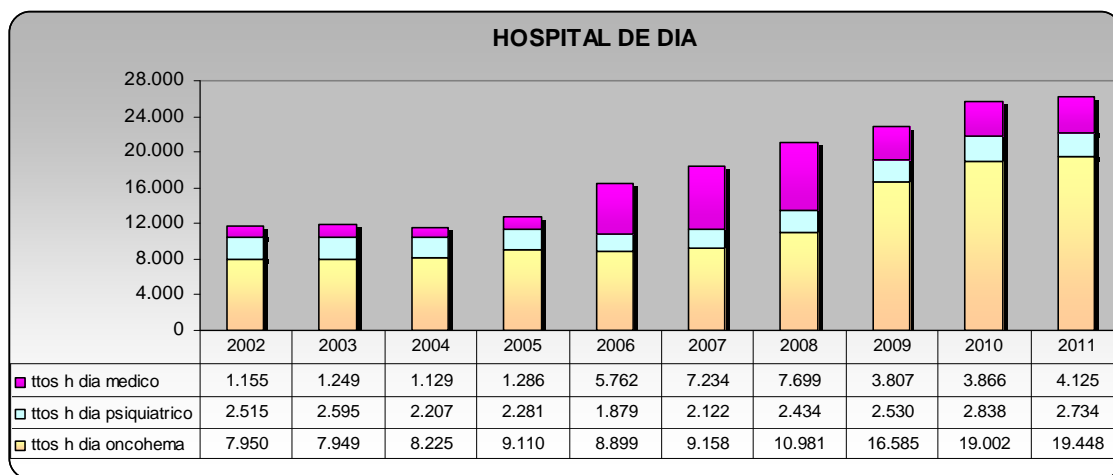
SERVICIO	TOTALES	%
ANGIOLOGIA/VASCULAR	83	1,82%
CARDIOLOGIA	348	7,64%
CIRUGIA GRAL A.D.	6	0,13%
CIRUGIA MAXILOFACIAL	30	0,66%
DIGESTIVO	181	3,97%
GINE/OBSTETRICIA	19	0,42%
HEMATOLOGIA	7	0,15%
MEDICINA INTERNA	9	0,20%
MEDICINA NUCLEAR	3.425	75,19%
NEFROLOGIA	14	0,31%
NEUMOLOGIA	11	0,24%
NEUROCIRUGIA	122	2,68%
NEUROLOGIA	2	0,04%
OFTALMOLOGIA	71	1,56%
ONCOLOGIA MEDICA	12	0,26%
ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	39	0,86%
ORL	4	0,09%
PEDIATRIA	50	1,10%
RADIOLOGIA	55	1,21%
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	7	0,15%
REHABILITACION	16	0,35%
REUMATOLOGIA	1	0,02%
SALUD MENTAL	21	0,46%
TRAUMATOLOGIA	9	0,20%
UNIDAD DEL DOLOR	8	0,18%
UROLOGIA	5	0,11%
TOTAL	4.555	100,00%

Tabla GOA_2

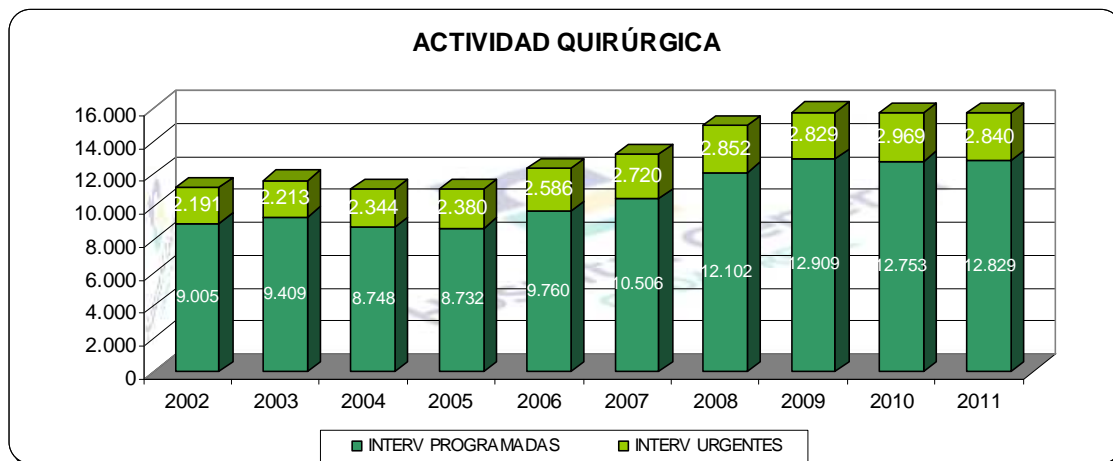
ANEXO: DATOS GRAFICOS



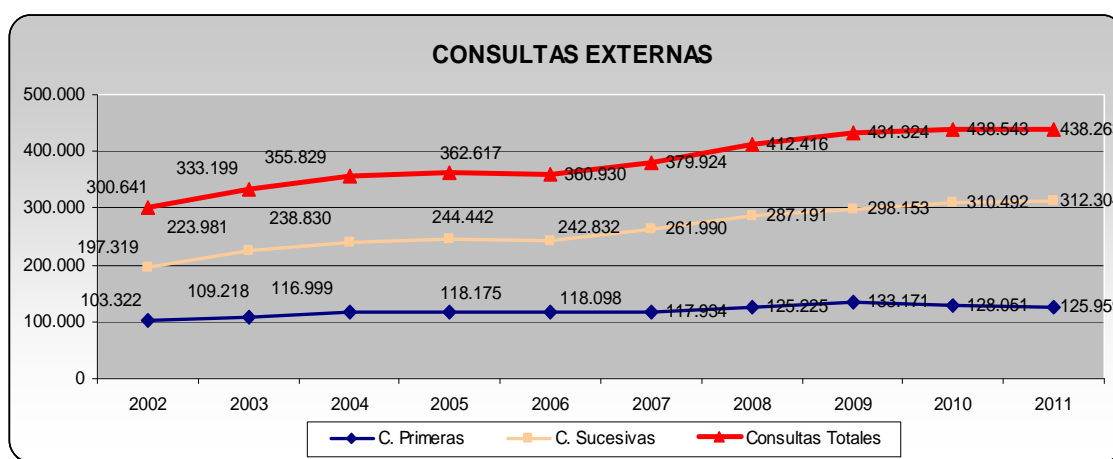
HOSPITALIZACIÓN. Este área representa más de la mitad del coste hospitalario. Tras la tendencia creciente de la actividad desde el 2002, en los últimos dos años aparece una reducción en la actividad, al menos en términos cuantitativos. En cuanto a complejidad, la llegada al Hospital General supuso una elevación en el peso de la casuística atendida lo que se refleja en el día más de estancia media que hay entre los años 2005 y 2006.



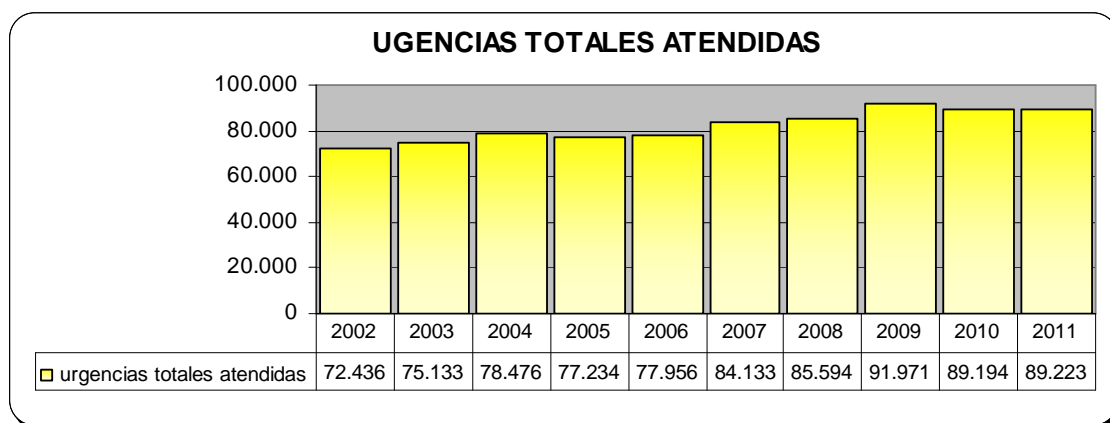
HOSPITAL DE DIA. Área estratégica en el aumento de la ambulatorización de la práctica asistencial. Con recursos propios y especializados, este área del HGUCR atiende un creciente número de pacientes, lo que relacionándolo con la Hospitalización explica también el aumento de la Estancia Media.



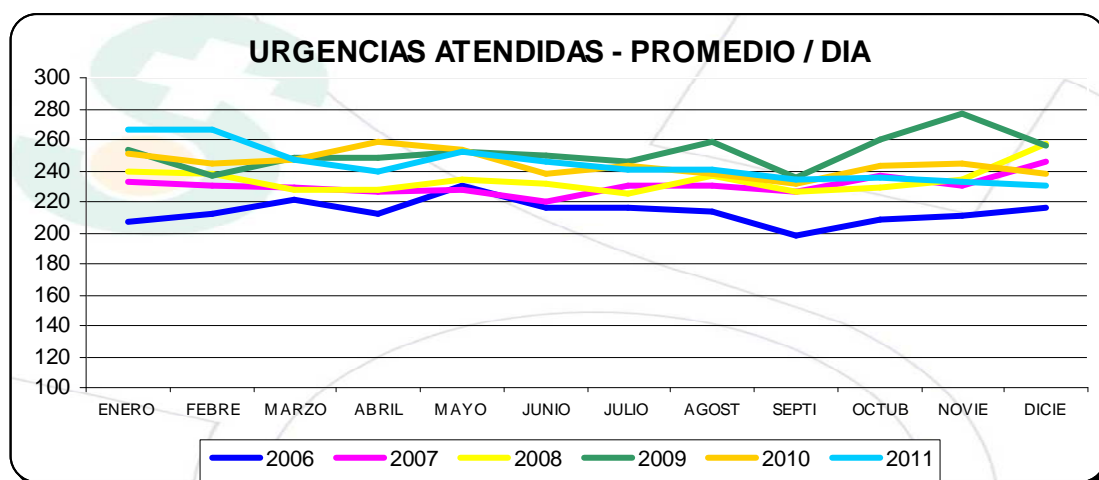
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA. Con la misma tendencia que la Hospitalización en cuanto a volumen creciente hasta 2009, la actividad quirúrgica del HGUCR, además, presenta mayores cifras de ambulatorización. La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria permite avanzar en procesos potencialmente ambulatorios, lo que redundará en beneficio al paciente y en reducción del coste sanitario.



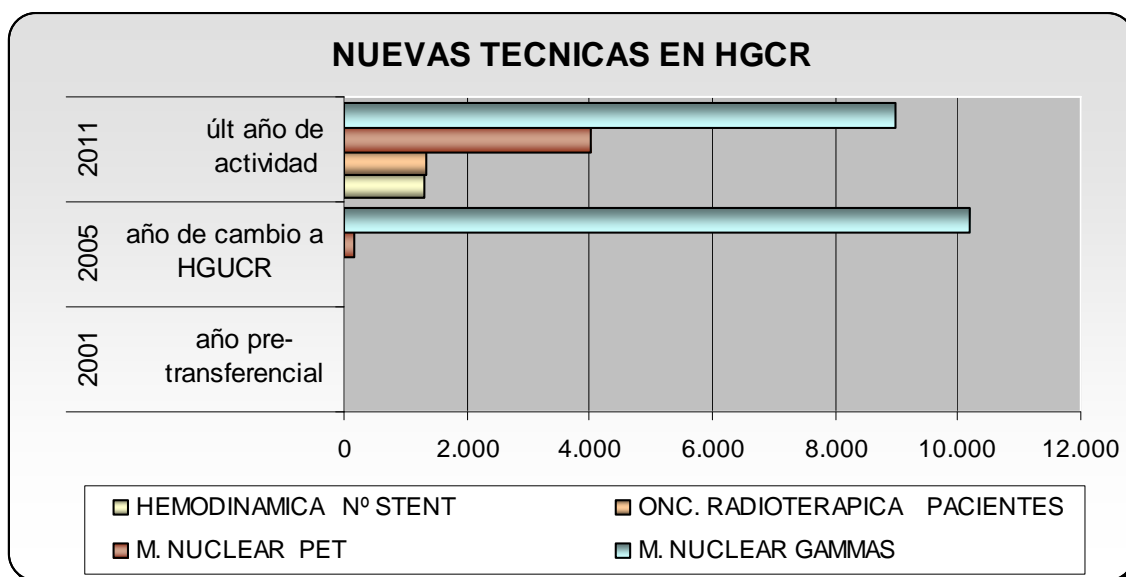
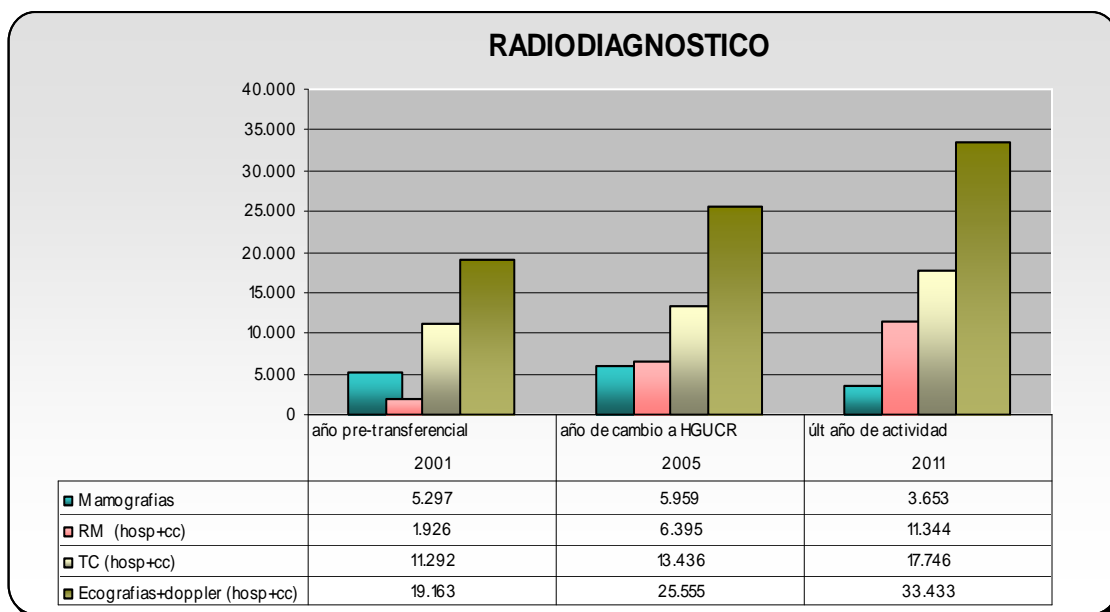
CONSULTAS EXTERNAS. Cada vez con mayor protagonismo en el área asistencial, no por consumo de recursos, tampoco por tratarse de la resolución de casos paradigmáticos, pero sí por la necesidad de gestionar el área que atiende el mayor volumen de pacientes.



URGENCIAS. Es el dispositivo hospitalario que atiende a los usuarios que requieren de cuidados médicos inmediatos. Con una demanda creciente también hasta 2009, este dispositivo es más resolutivo, en los dos últimos años, dada la reducción de pacientes que pasan a ingreso (16%) con lo que se *liberan* camas de hospitalización para siguientes necesidades de ingreso.

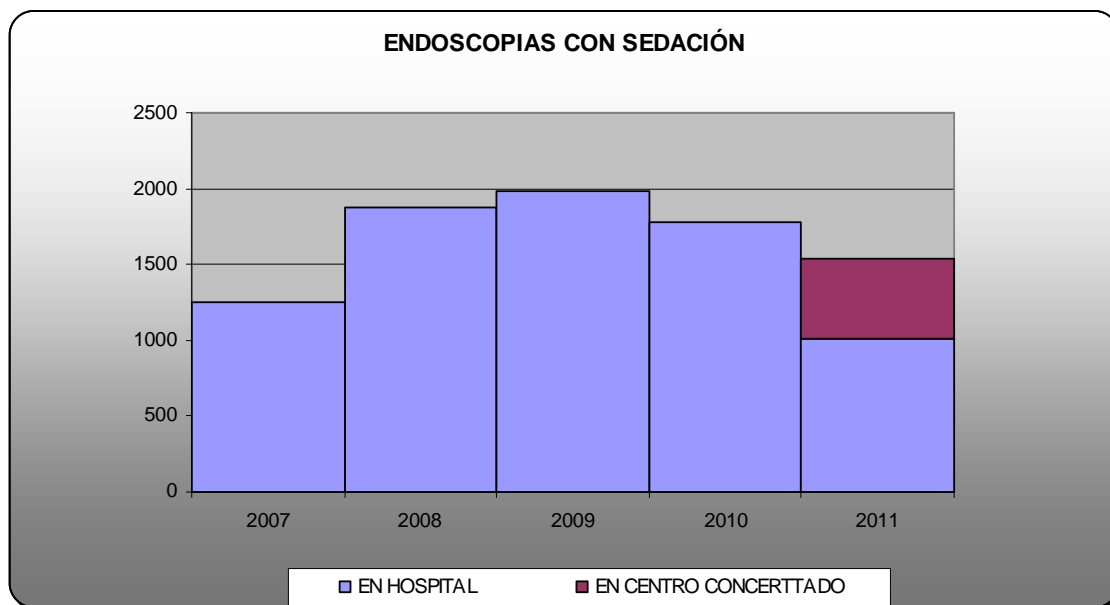


El promedio de pacientes día atendidos en Urgencias, al final del 2011, se sitúa en 231 pacientes (Urgencia General y Pediátrica); habiéndose pasado en el año de máxima actividad, 2009 por un máximo de 277 y un promedio anual de 252 pacientes atendidos.

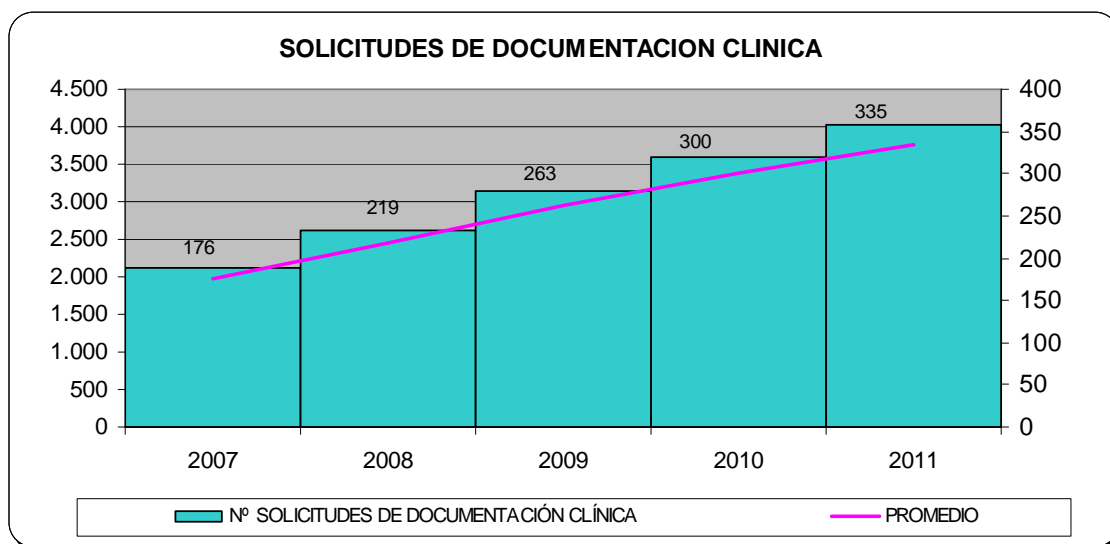


TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS. En la primera gráfica vemos la evolución de las principales Técnicas Diagnósticas de Imagen en estos tres momentos históricos que son, el último año del periodo pre-transferencial, 2001, el año de cambio del Complejo Hospitalario al Hospital General, 2005 y el último año de actividad 2011.

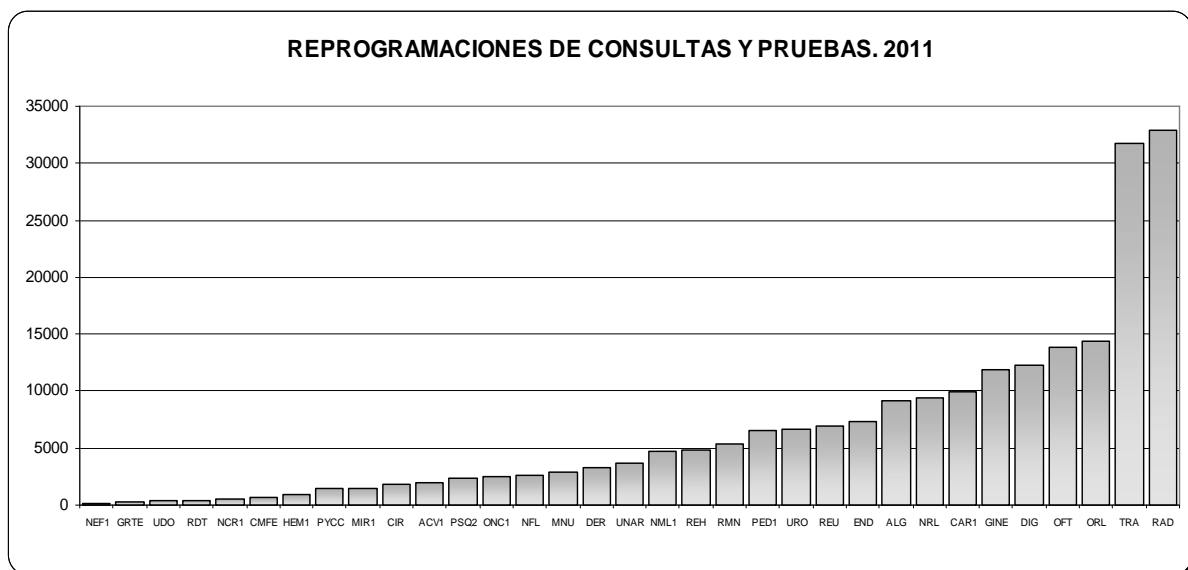
En la segunda, la incorporación de nuevas Técnicas en la llegada al HGUCR. Es importante destacar el aumento de técnicas como el PET. La dotación de un PET-TC en el HGUCR hace de éste que sea un centro de referencia relevante, siendo además el servicio de Medicina Nuclear de este hospital un servicio de referencia autónoma.



La disminución del nº de ENDOSCOPIAS CON SEDACIÓN del año 2010, con respecto al año anterior, acorde con la disminución general de la actividad asistencial, puede deberse, en parte, a la disminución de días asignados en horario de mañana (por incremento de actividad de CPRE) y, en parte, a la disminución de la actividad de viernes tardes y sábados mañanas.



El número total de solicitudes de DOCUMENTACIÓN CLINICA en 2011 ha sido de 4.020, con un claro aumento de solicitudes, en promedio mes, que en cinco años crece un 90% (de 176 a 335 solicitudes).



Se observa como el índice de REPROGRAMACIONES en aquellos Servicios que tienen autogestión de la citación se mantiene entre el 0 y el 1%.

Los Servicios con mayor número de consultas inestables (tardes o jornadas extraordinarias) que no nos permiten sacar a citación automática incrementan sustancialmente el número de reprogramaciones. En el caso destacable de Traumatología, la necesidad de adecuar la elevada demanda con las consultas existentes nos conduce a tener que reprogramar en función de la negociación semanal con el Servicio. En el caso de Radiología el importante número de reprogramaciones tiene una relación directa entre la actividad programada de mañana y que sistemáticamente se pasa a la tarde.

