

La multitud de agentes decisores de gasto y la infinidad de productos/paciente, creó la necesidad de imaginar instrumentos de gestión que se adapten a estas circunstancias. La Conselleria de Sanidad y Consumo, en la Orden de 8 de Junio de 1992, publicó las medidas a adoptar en cuanto a gestión de las instituciones sanitarias. Una circular de la Dirección General de Régimen Económico elaboró los Anexos sobre la Codificación de Productos y Centros de Actividad, y mediante la circular 1/93 se publicó el Manual Explicativo en el que se instrumenta, de forma detallada, todo el proceso de diseño e instrumentación del sistema de información económica (SIE). Se trata de un modelo de costes completos, basado en la actividad realizada para cada centro de coste (centro de actividad), que permite lograr un objetivo imprescindible para el control de la gestión.

6.1 S.I.E. El SIE es un método para la captación y tratamiento de datos sobre la actividad y consumo de recursos en las instituciones sanitarias, de forma que permita el conocimiento y la evaluación de la eficiencia económica y clínica de dichas instituciones, facilitando la toma de decisiones de gestión. Los objetivos que persigue son: conocer el destino de todos los gastos, conocer la estructura interna de los gastos originados en personal, consumo de productos, consumo de servicios y prestaciones, obtener el coste por actividad y el coste por proceso.

6.2 Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

6.3 Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR) Entre los SCP que se basan en la información disponible en CMBD hospitalarios, se encuentran los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Los GRD constituyen una forma de clasificación de los pacientes basada en la agrupación de diagnósticos más o menos afines y en la acumulación de atributos predictivos del nivel de recursos hospitalarios que estos consumen. Consisten en el reagrupamiento de los casos de la CIE-9-MC y el CMBD para obtener un número más reducido y de mayor significación. De esta manera se obtienen 23 Categorías Diagnósticas Principales (CDP) y 470 casos tipo. Los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) fueron desarrollados a finales de la década de los 60 por la Universidad de Yale. Estaban interesados en obtener una clasificación que se basara en la información contenida en los resúmenes de las historias clínicas, que fueran coherentes clínicamente, que cada clase contuviera pacientes con unas estancias y consumos de recursos similares, que tuvieran una base estadística y que resultara en un número manejable de casos. Las variables que establece dicho sistema para la clasificación de los pacientes son cinco: el diagnóstico principal, la existencia o no de intervención quirúrgica (especificada), la edad, las complicaciones y/o patología previa y el motivo de alta.

6.4 Gestión y adecuación de los recursos materiales . Cualquier unidad asistencial quirúrgica está dotada de medios que pueden generar un coste elevado, por lo que sus recursos debe gestionarse con responsabilidad y eficacia. Es responsabilidad del jefe del servicio, la gestión de los recursos materiales asignados al mismo, lo que se hace a través de los siguientes mecanismos:

- Planificar las necesidades adaptadas al presupuesto, desarrollando un plan de necesidades a corto y largo plazo.
- Realizar una gestión eficaz en el control del inventario, adaptando el material almacenado a las necesidades reales, para evitar la inmovilización de material con el consiguiente riesgo de caducidad.
- Seleccionar la adquisición de productos fungibles conjugando criterios de rentabilidad con los técnicos.
- Elaborar propuestas para la adquisición de nueva tecnología, participando en la resolución de los concursos públicos y a través de informes técnicoprofesionales adecuados. En la valoración de las nuevas tecnologías se tendrá en cuenta el posible beneficio para la salud de la población, la valoración del coste económico y el generado por su instalación, mantenimiento, personal necesario o que precisen reciclaje y su relación con la vida útil y amortización, y, finalmente, considerando su repercusión global sobre la unidad, hospital y el entorno.

6.5 EL CMBD y el Case-Mix A partir de la década de los años setenta tuvo un gran desarrollo y auge la investigación sobre el Case-Mix (mezcla de casos o casuística) , girando su finalidad inicial en torno al control de calidad asistencial. El análisis del Case-Mix se utiliza para el control de costes, al objeto de

mejorar la gestión del hospital, controlando más eficazmente los costes variables y mejorando la productividad. Uno de los aspectos de mayor interés en el uso del sistema Case-Mix en un área clínica. Se observa al comprobar como la mayoría de los hospitales concentran en pocas patologías la mayor parte de su actividad y que esas patologías de alto volumen son prácticamente las mismas para todos los hospitales generales. Asimismo se comprueba una importante variabilidad en los días de hospitalización entre hospitales para un mismo proceso patológico.

En un reciente trabajo realizado por Marqués y cols. sobre la aplicación del CMBD v el Case-Mix en cirugía, llegan a las siguientes conclusiones: □□-El disponer de mejores sistemas de información para gestionar hospitales y servicios sanitarios es una necesidad evidente y reconocida por todos, dadas las dificultades que presenta la medida de la producción hospitalaria. □□-El clínico debe valorar los modernos sistemas de información aprovechar su utilidad y colaborar en su perfeccionamiento. □□-El cirujano y el clínico en general, debe ser consciente de la necesidad de una mayor eficiencia en la utilización de los recursos v una racionalización de los costes. □□-EL C.M.B.D. representa un núcleo de información hospitalaria que resulta de gran utilidad. □□-El conocimiento de Case-Mix o Casuística sobre la que trabaja un hospital, un Servicio de Cirugía o un cirujano, se hace cada vez más necesario, a la vez que va desplazando a los indicadores de gestión tradicionales. □□-Los sistemas de información basados en el diagnóstico se han revelado, hasta el momento, los que mejor explican la producción hospitalaria. De entre ellos los GRD 's representan la alternativa más extendida. 6.6 Valoración Económica de la Actividad Asistencial. La gestión de la labor asistencial vista, se puede estudiar y controlar a partir de los sistemas de información de que disponemos en el momento actual en la Comunitat Valenciana: S.LE., en el que el Hospital general Universitario de Alicante esta englobado en el grupo III, indicadores de actividad basados en G.R.D., calidad de los datos recogidos, impacto en estancias causadas por la variación de la E.M., actividad de los Servicios respecto al estándar, Informe CLINOS, etc.

V. CONTROL DE RESULTADOS La investigación de resultados es el estudio de la efectividad de las intervenciones sanitarias. La efectividad es la medida en que una intervención alcanza sus objetivos cuando se aplica en las condiciones habituales de trabajo en el sistema sanitario. Antes de aplicar una intervención es necesario que ella haya demostrado que es eficaz, es decir que alcanza sus objetivos cuando se realiza en las condiciones ideales o mejores de aplicación. En general, la efectividad de las intervenciones e inferior a su eficacia. Por ello, hay que demostrar también la efectividad, porque puede incluso ser nula. Es también un instrumento para el ejercicio de la llamada Medicina Basada en la Evidencia. Ello es así, porque proporciona evidencias de la necesidad de este tipo de medicina y de su efectividad, y sobre como diseñar y aplicar Guías de Práctica Clínica y programas de Gestión de Enfermedades basados en la Evidencia disponible. En esta definición, resultado es cualquier cambio en el estado de salud de las personas.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=gestion_economica

Last update: **2025/03/10 15:18**

