

## GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

Viernes 7 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

*Moderador: Román Villegas*

### 63. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COLOMBIA: PRIORIDAD PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS EN SALUD

M.L. Ospina, L.A. Acuña, J.I. Montaña

*Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.*

**Antecedentes/Objetivos:** La enfermedad renal crónica (ERC) se considera un problema de salud pública en el ámbito mundial debido a la carga de enfermedad, su potencial letal e importante gasto en salud para el Sistema por su alta complejidad técnica en su manejo. El objetivo de la cuenta de alto costo (CAC) en este análisis es aportar información epidemiológica de ERC, hipertensión y diabetes mellitus para contribuir a la implementación de intervenciones sanitarias y realizar una adecuada gestión del riesgo.

**Métodos:** Estudio descriptivo y de corte transversal. Se analizaron 1.730.613 registros de pacientes con hipertensión, diabetes y ERC. Se determinó la prevalencia de ERC y su asociación con edad, sexo, régimen de seguridad social, hipertensión y diabetes mediante *odds ratio* (OR) crudos. Se calculó la prevalencia de ERC terminal (ERCT) ajustada por edad.

**Resultados:** La prevalencia de ERC es 0,8 y 91,7% de pacientes se encuentran en estadio 1 a 3. La prevalencia ajustada de ERCT fue 454 pacientes por millón, rango intercuartílico (RI: 21,7-55,0). Se evidenció asociación positiva entre ERC y edad, régimen, hipertensión y diabetes.

**Conclusiones:** El 34% de pacientes con hipertensión o diabetes no han sido estudiados para determinar la presencia o ausencia de ERC. Se observa la influencia de dos factores en la baja prevalencia de Colombia: estadios tempranos de ERC no detectados y subregistro de información. Es prioritario aplicar estrategias de prevención secundaria y primaria para evitar la progresión de ERC y reducir la prevalencia de factores de riesgo como hipertensión y diabetes.

### 82. EVOLUCIÓN E IMPACTO ECONÓMICO DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

E. de Antonio Martín<sup>a</sup>, J.J. Mercader Casas<sup>a</sup>, J.J. Martín Martín<sup>a</sup>, M.P. López del Amo<sup>a</sup>, J.M. Mateos Gautier<sup>b</sup>, R. Higuera Romero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); <sup>b</sup>Hospital SAS de Jerez.

**Antecedentes/Objetivos:** Estudio sobre la repercusión de la instauración de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de un centro hospitalario perteneciente al grupo B de la clasificación de hospitales públicos de Andalucía, que ha experimentado un importante desarrollo organizativo durante los últimos años mediante la conversión de los servicios en UGC. **Objetivos:** Conocer la evolución de los costes, actividad y eficiencia de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) durante el periodo 2005-2008. Comparar la evolución de los costes, actividad y eficiencia de las distintas unidades con los datos correspondientes al hospital al que pertenecen y con los datos de los hospitales y unidades pertenecientes al grupo B. Estudiar la evolución del grado de consecución de los objetivos marcados en los Acuerdos de Gestión

Clínica y evaluar la posible existencia de efecto Ratchet, en el periodo 2006-2008.

**Métodos:** Se ha obtenido la senda evolución de una serie de indicadores e índices sintéticos de actividad (producción homogénea y personal sanitario facultativo), costes (costes totales) y eficiencia (indicador de eficiencia relativa y rendimiento de facultativos) para la muestra de UGC Neurología, Ginecología y Obstetricia, Oncología y Salud Mental. Además se han extraído estos indicadores para todo el hospital en su totalidad, así como para los distintos hospitales y UGC del grupo B. Posteriormente, se ha analizado la evolución del grado de cumplimiento de los objetivos definidos en los acuerdos de cada una de las UGC consideradas. Las variables analizadas son algunos de los objetivos correspondientes a las dimensiones actividad y rendimiento, accesibilidad, orientación al usuario y gestión económica.

**Resultados:** En el 2008 el aumento de la actividad de Neurología y Salud Mental es superior al experimentado por los costes, resultando una mejora de la eficiencia relativa (32,93%). Sin embargo, las UGC Oncología y Ginecología y Obstetricia disminuyen su eficiencia (2,67%). Todas las UGC estudiadas, excepto Oncología, superan en eficiencia al hospital. Además, obtienen las mejores posiciones del grupo B, en cuanto a la producción homogénea, costes totales y eficiencia relativa. Por otro lado, no existen indicios de efecto Ratchet, ya que a pesar de aumentar la exigibilidad de los objetivos, los resultados se mantienen e incluso mejoran.

**Conclusiones:** Con la instauración de las UGC, los costes y la actividad tienden a aumentar. Aunque no se aprecia claramente si el modelo de gestión en UGC implica una mejora de eficiencia en cada una de ellas, se observa una mejora de la eficiencia global del hospital estudiado a medida que se introduce. Sería preciso realizar el análisis durante un periodo mayor para poder confirmar dicha tendencia.

### 118. EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA EN RELACIÓN AL NÚMERO DE ESPECIALISTAS EN EL ÁREA DE CÁCERES

L. Palomo, P. Fernández del Valle, N. Mateos

*Unidad de Docencia e Investigación, Gerencia SES, Cáceres.*

**Antecedentes/Objetivos:** Para el buen gobierno de un Área de Salud es esencial conocer datos de derivación, tasas de frecuentación y recitación a las consultas e indicadores de actividad y/o de resultados para planificar, optimizar recursos (dotación de especialistas) y mejorar el tránsito de los pacientes, evitando sobreutilizaciones y riesgos innecesarios, ajustando los presupuestos a la actividad y a los resultados. En este estudio se relaciona la actividad de un hospital de segundo nivel con la dotación de facultativos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 11 años con los pacientes estudiados en consultas externas del Complejo Hospitalario de Cáceres, tanto por primera consulta como por consultas sucesivas. También se analizan estancias medias y tasas de actividad quirúrgica. Se construyeron las series temporales de consultas primeras y sucesivas según año, sexo, grupos de edad y especialidad y las razones de variación según especialidades. La comparación entre variables cuantitativas se realizó mediante la correlación de Pearson.

**Resultados:** Entre 1998-2008 las consultas aumentaron un 27,64%; las primeras un 14,47% y las sucesivas un 36,40%. El número de especialistas aumentó un 44%, la actividad quirúrgica un 15,49%, las altas un 27,57% y la estancia media del paciente disminuyó un 19,41%. Son significativas las correlaciones entre la variación del número de especialistas con la variación de las consultas sucesivas y con la variación de la estancia media. Con respecto a la variación del número de especialistas y la actividad quirúrgica, la relación no es significativa;  $r = 0,072$  ( $p = 0,865$ ). Analizando la razón de tasas, en las especialidades de cirugía general, plástica, dermatología, ginecología, neurología, ORL, trau-

matología y urología han disminuido las primeras consultas aunque en todas ellas, salvo en dermatología y en traumatología, ha aumentado el número de especialistas.

**Conclusiones:** En general, al aumentar el número de especialistas las primeras consultas, la actividad quirúrgica y las altas aumentan y la estancia media disminuye, pero algunas especialidades no tienen el comportamiento esperado, disminuyendo las primeras consultas (incluso aumentando la estancia media) a pesar del notable incremento en el número de especialistas. Esta situación puede estar relacionada con la aparición de sub-subespecialidades, que se nutren de personal y tecnología pero que no repercuten necesariamente en incrementos del número de consultas y reducción de listas de espera.

### 175. CERTIFICACIÓN ISO 9001: OPORTUNIDADES EN GESTIÓN, DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

J.L. Valencia Martín

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** El sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2008 ha mostrado su utilidad en la planificación y evaluación de actividades, siguiendo la estrategia PDCA (Plan-Do-Check-Act), aunque su implantación en sanidad es más reciente y plantea retos y oportunidades específicas.

**Métodos:** Análisis del coste-utilidad de la implantación del sistema ISO 9001 en la gestión de un Servicio de Medicina Preventiva, revisando los documentos principales a desarrollar y los registros continuos de actividades, mantenimiento de equipos e incidencias.

**Resultados:** El manual de procedimientos, junto con el mapa de procesos y las fichas de requerimientos, resulta de gran utilidad en la delimitación de responsabilidades y la coordinación de actividades dentro y fuera del Servicio; permite dar a conocer a la dirección y a otros servicios nuestra cartera de actividades y localizar áreas de desarrollo. Igualmente, la hoja de objetivos y el cronograma de actividades permiten planificar a medio y largo plazo la actividad del servicio, detectando puntos fuertes y áreas de mejora. La revisión anual de las encuestas de satisfacción y de las hojas de incidencias de forma conjunta con la dirección del centro supone una oportunidad única para revisar de forma global problemas e incidencias recurrentes relacionadas con la actividad del servicio (vigilancia de la IN y aislamiento de pacientes; incidencias en la bioseguridad ambiental de aire o agua, etc.).

**Conclusiones:** Habitualmente la certificación se percibe en los profesionales como una carga extra de trabajo. Sin embargo, el sistema ISO 9001 permite incorporar al trabajo diario y la planificación de actividades diversas herramientas que potencian la difusión y mejora de las actividades del Servicio de Medicina Preventiva y su cartera de servicios. También es útil en la organización y planificación de objetivos y actividades y abre vías de comunicación directas con la dirección del centro para la resolución de problemas frecuentes.

### 337. IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES PARA EVALUAR UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

V. Serra-Sutton<sup>a,b</sup>, C. Barrantes<sup>c</sup>, M. Espallargues<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; <sup>b</sup>CIBER Epidemiologia i Salut Pública; <sup>c</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Antecedentes/Objetivos:** En 2006 se puso en funcionamiento la Clínica de Alto Riesgo de Cáncer Colorrectal (CAR-CCR) en Barcelona. Se

trata de un nuevo modelo organizativo para la prevención de cáncer colorrectal (CCR) en población de riesgo alto. Se desarrolló un modelo conceptual e indicadores basados en la aproximación evaluativa (estructura, proceso y resultado) y dimensiones de calidad asistencial y actividades de la CAR-CCR. El objetivo del estudio fue implementar un grupo de indicadores para evaluar de forma basal y externa la CAR-CCR.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo con implementación de 21 indicadores. Se incluyeron usuarios atendidos en el programa (enero 2006-mayo 2010) con adenoma colorrectal avanzado, síndrome polipósico, cáncer colorrectal o antecedentes familiares de CCR. Se obtuvo información de la historia clínica informatizada (HCI), documentación de gestión y consulta a profesionales por correo electrónico. Para cada indicador se computó su fórmula y se describió su cumplimiento con el estándar de calidad definido. Se analizaron los factores demográficos y de proceso asociados a la adherencia global de las colonoscopias mediante comparación de proporciones y modelos de regresión logística, calculando *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza 95% (IC 95%).

**Resultados:** Se incluyeron 1.275 usuarios. La disponibilidad de una HCI y la de un programa de calidad de las colonoscopías alcanzaron el estándar. El 43% de los usuarios fueron derivados desde atención primaria y un 28,5% desde otros servicios intrahospitalarios del programa. El índice de derivación de usuarios con indicación de una prueba genética molecular al servicio de psicología fue inferior al esperado (1,6%). Se alcanzó un nivel de adherencia del 91% en colonoscopias de vigilancia, mientras que la adherencia global (cribado y vigilancia) fue inferior a la esperada (67%). Los usuarios mayores de 59 años (OR: 2,0; IC 95%, 1,3-3,1) así como los que se hicieron pruebas endoscópicas de vigilancia (OR: 7,4; IC 95%, 4,6-11,7) presentaron más probabilidad de adherencia.

**Conclusiones:** Este estudio ha permitido evaluar la calidad asistencial de la CAR-CCR. Se trata de una de las primeras iniciativas que evalúa un programa de prevención de CCR en este tipo de población. Los indicadores han mostrado su utilidad, factibilidad y validez para detectar aspectos de mejora asistencial. El hecho de no existir estándares publicados hace necesaria una siguiente evaluación o implementación en otros centros para facilitar la interpretación de los resultados.

### 352. SIMILITUDES ENTRE LAS INSTITUCIONES MIXTAS DEL INP Y LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE ALTA RESOLUCIÓN

N. Rodríguez Vedia<sup>a</sup>, S. Luque Iozano<sup>a</sup>, P. López Cabello<sup>a</sup>, M.D. Pablo Vazquez<sup>b</sup>, J.L. Montero Cantero<sup>a</sup>, J. García Sanchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Delegación Provincial de Salud de Córdoba; <sup>b</sup>Hospital de Montilla (CHARE).

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar los aspectos similares y diferenciadores de los nuevos centros hospitalarios de alta resolución de Andalucía (CHARE) con las instituciones mixtas (IM) del antiguo Instituto Nacional de Previsión (INP).

**Métodos:** Análisis y discusión de la legislación que regula los CHARE y las IM, así como revisión de las memorias de los centros.

**Resultados:** Las IM se gestionaban de acuerdo a los diferentes estatutos de personal del extinto INP y los CHARE conforme a la normativa laboral vigente del Estatuto de los Trabajadores. Los facultativos de las IM trabajaban 2 h 30 al día y los de los CHARE 7 h. La gestión de los recursos se realizaba en las IM de acuerdo a la ley de contratos del Estado vigente y los CHARE de acuerdo a legislación mercantil. La organización asistencial en las IM se basaba en la existencia de un Servicio Normal de Urgencias en el centro y facultativos no jerarquizados, que realizaban consultas de su cupo y los quirúrgicos, además, intervenían

en el propio centro a los enfermos no complicados. Los CHARE se organizan de forma jerarquizada, con jefes de unidad y atienden a toda la población adscrita a su centro con un servicio de urgencias y un área de observación importante; además, tienen una dotación tecnológica sofisticada.

**Conclusiones:** El modelo organizativo de ambos modelos es más eficiente en las antiguas IM, dado que con menos coste se atendía a la población con resultados similares en salud, aunque resulta difícil comparar los resultados de las IM. La atención urgente y la resolución de problemas de mayor gravedad se efectúan de manera más eficiente en los CHARE. La equidad en el acceso es generalizada en los CHARE y no en las IM, que solo atendían el cupo adscrito desde Seguridad Social. La coordinación interna en equipos multiprofesionales, la docencia e investigación no se realizaban en las IM.

### 609. GENERACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL A PARTIR DE REVISIONES SISTEMÁTICAS EN OBSTETRICIA

D. Osorio<sup>a</sup>, M. Aller<sup>a</sup>, M. Roqué<sup>a,b,c</sup>, C. Foradada<sup>d,e</sup>, A. Vives<sup>f</sup>, D. Rigau<sup>a,b</sup>, X. Bonfill<sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup>IIB Sant Pau; <sup>b</sup>Centro Cochrane Iberoamericano; <sup>c</sup>CIBERESP; <sup>d</sup>Universitat Autònoma de Barcelona; <sup>e</sup>Consorci Sanitari Parc Taulí; <sup>f</sup>Consorci Sanitari de Terrassa.

**Antecedentes/Objetivos:** La asistencia sanitaria de calidad exige consecuencia con el conocimiento científico actual; por lo tanto, un sistema de evaluación de calidad asistencial debería incluir indicadores que midan el grado de adecuación de dicha asistencia a la mejor evidencia científica disponible. Los indicadores existentes en el ámbito de la atención hospitalaria al embarazo y el parto presentan limitaciones respecto a su capacidad para medir este aspecto de la calidad asistencial. El objetivo es generar una serie de indicadores de calidad asistencial basados en revisiones sistemáticas que evalúen el grado de adecuación de la atención hospitalaria al embarazo y el parto respecto a la mejor evidencia científica disponible.

**Métodos:** Se realizó un proceso secuencial que se inició con la búsqueda de revisiones sistemáticas sobre intervenciones obstétricas de ámbito hospitalario en The Cochrane Library, Clinical Evidence y guías de práctica clínica. Posteriormente se seleccionaron aquellas intervenciones que contaran con evidencia de calidad alta a favor o en contra de su uso y las que pudieran generar recomendaciones fuertes, de acuerdo con el sistema GRADE. A partir de dichas recomendaciones, se formularon indicadores mediante una adaptación de las propuestas de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Finalmente se consultó un grupo de expertos en obstetricia para mejorar la formulación e interpretación de los indicadores obtenidos, considerando diversos matices de la asistencia sanitaria.

**Resultados:** Se identificaron 303 revisiones sistemáticas de las que se seleccionaron 48 luego de excluir aquellas acerca de intervenciones no relacionadas con la atención aguda en el ámbito hospitalario y aquellas sin evidencia clara. Se generaron 21 recomendaciones fuertes basadas en evidencia de alta calidad que, posteriormente, originaron 18 indicadores de diferentes etapas de la atención al embarazo y el parto: 8 relacionados con el parto, 8 con el parto, 1 con el posparto y 1 con el aborto.

**Conclusiones:** Las revisiones sistemáticas que muestren evidencia de alta calidad a favor o en contra de una intervención y que generen recomendaciones fuertes son útiles para generar indicadores de calidad asistencial en obstetricia, considerando los matices de la asistencia sanitaria y de nuestro entorno. Los indicadores obtenidos podrían servir para evaluar el grado en que la atención al parto es apropiada y basada en la evidencia científica.

Financiación: FIS PI06/90222.

### 737. DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN UN HOSPITAL

R. Alba-Ruiz<sup>a</sup>, T. Bullejos de la Higuera<sup>b</sup>, C. Bermúdez-Tamayo<sup>a,b</sup>, M. Colmenero-Ruiz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Antecedentes/Objetivos:** Las plataformas de edición y publicación nacidas en torno a la Web 2.0 o Web Social suponen una mejora respecto a los métodos tradicionales utilizados por los investigadores y proporcionan la difusión rápida y "actual" de los resultados. El objetivo de este trabajo es mejorar la visibilidad, impacto y popularidad de la producción científica de los grupos de investigación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

**Métodos:** Para promover, potenciar y difundir los resultados de investigación generados por los grupos de investigación del Hospital se han seleccionado los canales habituales de difusión de plataformas de la Web Social. También se ha creado una base de datos para la recogida de publicaciones y elaboración de informes. Los datos se han extraído mediante consulta a las bases de datos PUBMED e ISI WEB KNOWLEDGE, en el marco temporal comprendido entre 1975 y 2010. Las comunicaciones a congresos, tesis, patentes y publicaciones no indexadas se han introducido manualmente, recogiendo los datos de los servicios productores a través de las memorias de investigación.

**Resultados:** Se ha creado un portal en internet para la recogida y actualización permanente de la actividad científica para divulgar la producción y la actividad investigadora, se ha elaborado una base de datos relacional específica diseñada ad hoc para la elaboración de informes basados en parámetros bibliométricos accesible a través de la página web del hospital. Para la difusión de noticias y alertas bibliográficas se ha creado un blog en Wordpress y se ha habilitado un servicio de sindicación de contenidos RSS. Para aumentar la visibilidad e impacto de los contenidos y publicaciones y permitir comentarios de los resultados se han habilitado cuentas en las plataformas sociales Facebook, Twitter, CiteUlike.

**Conclusiones:** Añadir las plataformas de edición y publicación nacidas en torno a la Web 2.0 o Web Social permite la difusión de los resultados de investigación más allá de los modelos tradicionales de comunicación; además, supone una mejora respecto a los métodos habituales de los investigadores, ya que permite maximizar la visibilidad, impacto y popularidad de la producción científica.

### 748. HOSPITALIZACIÓN POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS EN UNA ZONA DE ALTA DISPERSIÓN POBLACIONAL

A. Borda<sup>a</sup>, B. Sanz<sup>a</sup>, P. Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; <sup>b</sup>Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/Objetivos:** Determinar la asociación entre la distancia al hospital y la tasa municipal de hospitalización evitable (HE) por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

**Métodos:** Se realizó un estudio ecológico cuya unidad de análisis fue el municipio. Fuentes de datos: CMBD hospitalario de la C.A. de Castilla y León, año 2006; censo de población y vivienda, año 2001; padrón municipal de habitantes, año 2007 y el mapa municipal de España 2004. Variable dependiente: razón de tasa de hospitalización evitable estandarizada. Variables independientes: distancia al hospital de referencia, distancia al centro de salud, la densidad poblacional, el nivel socioeconómico medio del municipio, % de población mayor de 65 años de edad, % de población extranjera. Análisis: la medida de asociación

utilizada fue el riesgo relativo, obtenida a partir de la razón de hospitalización evitable estandarizada por edad y sexo, suavizada mediante los modelos jerárquicos bayesianos de BYM. Para el cálculo de los casos esperados se tomó como referencia la tasa global de Castilla y León.

**Resultados:** Los ingresos hospitalarios con residencia en la misma comunidad de Castilla y León el año 2006 fueron 218.600. El 48,6% correspondió a varones y el 51,4% a mujeres. El 71% (155.263) ingresó por urgencias. La media de edad fue 55,4 años (DE: 25,4, mediana: 61,2, p25-75: 35,7-76,5, rango: 0-106,6), el tiempo hospitalario medio fue 7 días (mediana 5 días, p25-75: 2-9 días, rango: 0-598). El número de hospitalizaciones evitables por ACSC fue 9.923 pacientes correspondiendo a 4,5% de pacientes hospitalizados. El 17,7% correspondía a menores de 15 años y el 58,9% a mayores de 65 años. Según provincia, el 4,9%, corresponde a Ávila, el 16,5% a Burgos, el 21,5% a León, el 8% a Palencia, el 8,4% a Salamanca, el 5,4% a Segovia, el 4,4% a Soria, el 21,7% a Valladolid y el 9,3% a Zamora. Respecto a las tasa de HE por ACSC, se incluyeron 2.247 municipios. La media de la tasa cruda de HE por ACSC por municipio fue de 4,8 por 1.000 habitantes (DE: 12,3; p25-75: 0-5,4; rango: 0-200). La tasa de HE por ACSC ajustada por la edad y sexo con la población total española fue de 4,06 por 1.000 habitantes. Una vez realizado el análisis espacial se observa que la mayor distancia del municipio a los hospitales está asociada con un menor riesgo de HE por ACSC (RR: 0,996, IC 95%, 0,993-0,999).

**Conclusiones:** Según se incrementa la distancia de los municipios al hospital hay una menor HE por ACSC. Esto podría indicar un buen funcionamiento de la atención primaria en las zonas distantes del hospital.

### 799. PATRONES DE COLABORACIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE UN HOSPITAL

R. Alba-Ruiz<sup>a</sup>, C. Bermúdez-Tamayo<sup>a,b</sup>, T. Bullejos de la Higuera<sup>b</sup>, M. Colmenero-Ruiz<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Antecedentes/Objetivos:** Se analizan los indicadores más usuales de colaboración, todos ellos aplicados al Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN), sus servicios y categorías temáticas del Journal Citation Reports de la base de datos del ISI para describir el nivel y la estructura de colaboración del HUVN a partir del número de autores y los patrones de colaboración. Asimismo, trataremos de identificar las principales instituciones colaboradoras y las posibles redes, nacionales e internacionales, de investigación a las que pertenecen.

**Métodos:** Estudio transversal y descriptivo incluyendo las frecuencias (valor absoluto y porcentaje) para las variables cualitativas de los artículos publicados por el HUVN en el periodo 2005-2010 en la base de datos del ISI. Se analizaron los patrones de colaboración científica utilizando como indicadores el índice de coautoría, la tasa de colaboración nacional e internacional y el promedio de países por trabajo.

**Resultados:** Se analizaron 893 trabajos, el 95,1% firmado en coautoría por 2 o más autores, el 79% en colaboración con hospitales, de los cuales el 97% son nacionales. Los países con mayor presencia son Alemania, Estados Unidos, seguido por el Reino Unido, Francia, Holanda e Italia. El índice de firmas/trabajo ha sido de 3,25, se puso de manifiesto también cómo el 43% de los trabajos se publica sin colaboración, el 20% en colaboración internacional y el 37% en colaboración nacional. Se han identificado 48 nodos de elevada productividad y mediante la aplicación Gopubmed, de los documentos publicados sobre PubMed (NIH), se obtuvo una red con 115 relaciones con base en coautoría, en la que se visualizan 7 agrupaciones de autores. Los resultados muestran que el Hospital tiene mejores resultados de colaboración con instituciones

públicas, sobre todo con hospitales y con la Universidad de Granada, que con las privadas.

**Conclusiones:** Los patrones de colaboración nos permiten ver una radiografía interior y exterior del sistema productivo del hospital y son una herramienta muy efectiva para anticipar fenómenos del futuro en este ámbito. La colaboración reflejada a través del número de autores y los patrones sigue un perfil similar al nacional en el ámbito de la biomedicina y ciencias de la salud. Los trabajos presentes en el Science Citation Index publicados en colaboración internacional o nacional obtienen mejores indicadores de visibilidad e impacto que los publicados sin colaboración.

### 900. ADAPTACIÓN DEL ARCHIVO DE HHCC A UN MODELO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN INCORPORANDO LA CERTIFICACIÓN

M.J. García Sánchez<sup>a</sup>, M.D. Pérez Cárceles<sup>b</sup>, M.J. García Sánchez<sup>c</sup>, S. Martínez Acosta<sup>a</sup>, J.A. Alarcón González<sup>d</sup>, M. Alcaraz Quiñonero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA); <sup>b</sup>Servicio Murciano de Salud; <sup>c</sup>Hospital J.M. Morales Meseguer; <sup>d</sup>Universidad de Murcia.

**Antecedentes/Objetivos:** Hospital de tercer nivel de complejidad y referencia regional, inmerso en plan de calidad total. La implantación del modelo EFQM (3.ª estrella), el Plan Estratégico 2010-2013 y la certificación de varios servicios en ISO 9001 y 14000 lo corroboran. La incorporación de estas normas en el archivo pretende aportar novedades. Objetivo: Certificación de la Norma ISO 9001:2008 en el archivo de HHCC de elaboración propia, apoyándonos en la experiencia de otros servicios.

**Métodos:** Incorporación de facultativo con experiencia en calidad. Asesoría técnica del gestor de calidad de un servicio certificado. Cronograma: 1.ª evaluación. Inventario. Organigramas. Relación de puestos de trabajo y perfiles. Protocolos fase pedidos, mapa de procesos. PNT (procedimientos normalizados de trabajo) de pedidos. Política de calidad servicio. Charla formativa al personal. 2.ª evaluación. PNT fase búsqueda, entrega, archivo y corrección. Relaciones con el servicio externo. Control del acceso al sistema informático. 3.ª evaluación. PNT, LOPD, Inscripción de registros, incorporar protocolos basados en la auditoría de la Agencia de Protección de Datos. Incorporar protocolos para devolución de las HHCC al archivo, indicadores de calidad. 4.ª evaluación PNT. Otra documentación. 5.ª evaluación, charla informativa proceso certificación. Sugerencias/quejas/reclamaciones. Solicitud certificación oficial. Todos los PNT se realizan con el procedimiento de dosqdoscyd (qué, quién, cómo, cuando y dónde). Participación de todo el personal. Encuesta "ad hoc" para medir la visión del servicio y el grado de implicación del personal (E. Liker, 1-5).

**Resultados:** Encuesta inicial: 63% hombres, 73% E. bachiller, edad media 44 y el 40% son hijos. El 66% ha oído hablar de las normas ISO, poco/algo/nada. El 33% opina que el funcionamiento del servicio es malo/muy malo. El 50% opina que nuestros clientes valoran mal/muy mal nuestro servicio. El 60% considera adecuado implantar un programa de calidad, aunque solo el 27% piensa que se tendrá en cuenta su opinión y el 43% que mejorará su trabajo. Dos mejores puntuaciones: adecuado implantar un programa de calidad y motivados para participar. Uniformidad en todos los PNT. Cumplimos cronograma.

**Conclusiones:** El plan de calidad en el archivo pretende impulsar un nuevo concepto de "gestor de la información clínica". La participación del personal implicará una cultura y funcionamiento acorde con el nivel de calidad total. Es necesaria la implicación de la dirección. En crisis, la implantación de estas normas por personal propio aumenta la eficiencia y participación. Pretendemos dar apoyo a otros servicios del hospital y servicios de otros hospitales de nuestra referencia.

### 905. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD Y EL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS HOSPITALES PRIVADOS

V. Marrero Muñoz<sup>a</sup>, J.M. Santos Sancho<sup>b</sup>, D. Martínez Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Complutense de Madrid; <sup>b</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos.

**Antecedentes/Objetivos:** Los agentes que operan en la sanidad privada en España se enfrentan a un escenario de elevada competencia, que les obliga a una mejora continua de la eficiencia del servicio que prestan, lo que se facilita si la calidad del servicio es independiente de su coste. El objetivo es evaluar la independencia entre la calidad de la asistencia sanitaria que proporcionan los hospitales privados y el coste de obtenerla.

**Métodos:** Se estudian 33 indicadores de los últimos 3 años de 25 hospitales de distribución nacional. Los indicadores se agrupan en 4 criterios que definen: la calidad estructural (capacidad para realizar los procesos), la calidad del proceso (resultados que se obtienen con la asistencia), tarifas (precios medios) y costes de los procesos más habituales (coste de la asistencia por todos los conceptos). La agrupación en criterios se ha realizado mediante media ponderada (pesos obtenidos en un proceso Delphi), para lo que, con anterioridad, los indicadores se han homogeneizado mediante un proceso de tipificación dentro de la muestra del promedio del periodo; posteriormente se realiza un análisis de correlación y una regresión lineal de los 6 pares resultantes para establecer la relación, tomando los criterios de calidad como variables dependientes.

**Resultados:** Muestran que los criterios de calidad son independientes entre sí ( $R = 0,281$ , para un valor significativo al 95% de 0,396), mientras que la relación entre los de coste es significativa ( $R = 0,620$ , significativo al 95%), y de las 4 relaciones cruzadas de criterios de calidad sólo la relación del criterio calidad del proceso con el coste del proceso es significativa ( $R = 0,433$ , significativo al 95%), pero es inversa, lo que supone que una mejora de calidad se relaciona con una disminución del coste.

**Conclusiones:** 1) Los dos criterios de calidad definidos muestran, entre sí, una elevada independencia, lo que supone que miden la calidad desde dos aspectos distintos; 2) la independencia de los dos criterios de coste es menor pero la varianza explicada de uno a partir del otro es sólo del 38,5%, lo que supone que aportan matices distintos (se puede obtener un determinado coste en un proceso con diferentes niveles de precios), y 3) ninguna de las 4 relaciones cruzadas, de los dos criterios de calidad con los dos de coste, es significativa y directa. Se puede aspirar a una mejora de la calidad de la prestación sanitaria que ofrecen los hospitales sin que para ello se deba incurrir en un incremento de los costes hospitalarios.

### 1009. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN: TOCANDO LA REALIDAD

M. Febrel Bordejé, D. Serrano Peris, M.T. Escribano Catalán, J.M. Carrasco Gimeno, T. Antoñanzas Lombarte

Dirección General de Atención al Usuario, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón.

**Antecedentes/Objetivos:** Conocer la opinión de los usuarios sobre la asistencia recibida en la oferta de atención sanitaria supone una clara oportunidad de mejora tanto para decisores y gestores como para los profesionales que están en contacto directo con los usuarios. Objetivos: Presentar la metodología utilizada para conocer cómo valoran la asistencia recibida los usuarios del Sistema de Salud de Aragón (Servicio Aragonés de Salud, Consorcio Salud y Centros Concertados).

**Métodos:** La valoración se realiza mediante cuestionarios adaptados a las características de cada uno de los servicios. Dichos cuestionarios son cumplimentados mediante entrevista telefónica realizada a los usuarios de Atención Primaria (AP), Consultas Externas Hospitalarias (CE), Centros Médicos de Especialidades (CME), Urgencias Hospitalarias (UH) y Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 (061). La selección de participantes se realiza mediante la confección de listas de usuarios de cada servicio con periodicidad semanal y aleatoriamente entre los datos de registros de actividad. En el caso de pacientes hospitalizados (HO), el cuestionario es autocumplimentado en formato papel, entregándose en el momento del alta para que sea depositado en el control de enfermería correspondiente antes de abandonar el centro. Para alcanzar la mayor precisión posible y el mejor grado de conocimiento en cada nivel asistencial, se realiza un diseño muestral estratificado, con unidades muestrales que descienden hasta las unidades básicas de AP, CE, CME, UH, 061 y HO (equipos de AP, Unidades Móviles de Emergencias, Servicios de Urgencias de AP, plantas de hospitalización, etc.).

**Resultados:** En total se identifican 258 unidades muestrales (AP = 122, CE y CME = 20, UH = 12, 061 = 5 y HO = 99), calculándose los objetivos muestrales a alcanzar en cada una de ellas asumiéndose un nivel de confianza del 95%, con un error muestral máximo del 2% y considerándose una proporción esperada de usuarios satisfechos del 75% ( $p = 0,75$ ;  $q = 0,25$ ) en AP y HO y del 70% ( $p = 0,70$ ;  $q = 0,3$ ) en CE, CME y UH. Alcanzar los objetivos muestrales teóricos supone realizar más de 40.000 encuestas tanto en formato telefónico como autocumplimentadas.

**Conclusiones:** Recoger información representativa de las unidades mínimas de asistencia sanitaria supone un importante despliegue logístico y de recursos. Estas encuestas deben tener continuidad comunicando los resultados a cada unidad mínima como herramienta de apoyo a los instrumentos de gestión (contratos de gestión), identificando acciones de mejora que rentabilicen los esfuerzos y recursos empleados.