

# Gestión analítica hospitalaria

(Proyecto Signo)





**Gestión  
analítica  
hospitalaria  
(Proyecto Signo)**



Edita: Instituto Nacional de la Salud  
Secretaría General  
Servicio de Documentación y Publicaciones  
Alcalá, 56  
28014 Madrid

ISBN: 84-351-0218-1

Depósito Legal: M-933-1996

NIPO: 352-95-060-5

Número de publicación INSALUD: 1.676

Imprime Closas-Orcoyen, S. L.

Polígono Igarsa. Paracuellos de Jarama (Madrid)

LA presente publicación pretende ser una síntesis de la esencia del Proyecto Signo, coordinado, en su etapa inicial, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En la elaboración de este libro se han utilizado los documentos y publicaciones que se han producido a lo largo de sus cinco años de vida, y que son los siguientes:

#### **Documentos utilizados para la elaboración:**

- *Gestión Analítica (Hacia la Contabilidad Analítica en los Hospitales)*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Noviembre 1990.
- *Proyecto SIGNO: Manual del Usuario*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Noviembre 1991.
- *Proyecto SIGNO: Situación y Expectativas*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio De Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Proyecto SIGNO: Un Año; Presentación*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1993.
- *Sistemas de Homologación, Versión 1.1*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Septiembre 1993.
- *Auditoría de Homologación: Guía del Auditor, Versión 0.2*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Septiembre 1993.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Recursos Humanos*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Suministros*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Farmacia*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Agosto 1992.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Ingeniería y Mantenimiento*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Agosto 1992.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Recursos Humanos*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Hacia un Club de Radiodiagnóstico: Catálogo de Exploraciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Agosto 1993.
- *Hacia un Club de Quirófanos: Catálogo de Intervenciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Septiembre 1993.
- *Hacia el Coste por Paciente: Gestión Analítica SIGNO II*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Febrero 1994.
- *Hacia un Club de Enfermería: Catálogo de Acciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Abril 1994.

- *Hacia un Club de Bioquímica*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Mayo 1994.
- *Hacia un Club de Anatomía Patológica: Catálogo de Exploraciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Mayo 1994.

### **Otra bibliografía:**

1. *Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios*. Hospital de Hellín. Albacete. Julio 1993.
2. *II Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios*. Oviedo. Mayo 1994.
3. Ponencia I *Jornadas de Evaluación y Gestión de Costes Hospitalarios*. Hellín. 1993. Pérez Gómez, A.; Alcántara, L.; Pérez Mateos, C.; Prieto, I.: PROYECTO SIGNO. SITUACION Y EXPECTATIVAS.
4. Ponencia II *Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. Oviedo. 1994. PROYECTO SIGNO. DOS AÑOS DE HISTORIA. Pérez Mateos, C.
5. *Hacia el coste por paciente. Gestión Analítica. SIGNO II*. Ministerio de Sanidad y Consumo e INSALUD. Madrid. 1995.
6. *Gestión Analítica. SIGNO II. Manual del usuario*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1995.

La mayor parte de estos trabajos fueron coordinados por la Subdirección de Gestión Analítica y Costes, Dirección General de Programación Económica y Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

No es posible, por prolijo, detallar el elevado número de personas, pertenecientes al conjunto de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, que han participado en cada uno de los trabajos, a quienes hay que reconocer el principal mérito de que esta publicación vea la luz. No obstante, todos los participantes y autores figuran en cada uno de los documentos mencionados.

### **Han realizado la recopilación y síntesis:**

Matilde Cortés Sanz  
Julio A. Ortega Seco



## INDICE

<b>PRESENTACION</b> .....	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES</b> .....	<b>11</b>
1.1. El inicio del Proyecto .....	14
1.1.1. Cuestionarios de evaluación .....	15
1.2. El desarrollo del Proyecto .....	16
<b>2. SIGNO I: EL COSTE POR SERVICIO</b> .....	<b>19</b>
2.1. El modelo .....	21
2.1.1. La estructura hospitalaria .....	22
2.1.2. La imputación de costes a los GFH .....	24
2.1.2.1. Personal .....	26
2.1.2.2. Suministros .....	27
2.1.2.3. Mantenimiento .....	28
2.1.2.4. Alimentación .....	28
2.1.2.5. Fondo de maniobra .....	29
2.1.2.6. Farmacia .....	29
2.1.2.7. Otros posibles SF gestores del gasto .....	30
2.1.3. La facturación interna de servicios .....	31
2.1.3.1. Imputación de costes .....	33
2.1.3.2. Un ejemplo .....	35
2.2. Metodología de implantación .....	38
2.3. La homologación .....	39
2.4. Auditorías .....	42
2.5. Los límites del modelo SIGNO I .....	45
<b>3. «CLUBS» DE HOSPITALES</b> .....	<b>47</b>
3.1. Nacimiento e importancia .....	49
3.2. La actividad y la gestión .....	50
3.3. La homologación de los «Clubs» .....	55

4.	SIGNO II: EL COSTE POR EPISODIO .....	57
4.1.	Implantación práctica .....	62
4.1.1.	Requisitos para la implantación .....	62
4.1.2.	Imputación e integración de costes .....	65
4.1.2.1.	Un ejemplo de prestaciones cruzadas .....	68
4.2.	Desarrollo del SIGNO II .....	69
5.	MAS ALLA DEL PROYECTO SIGNO .....	73
	ANEXO NUM. 1: ESTRUCTURA HOSPITALARIA .....	83
	ANEXO NUM. 2: SISTEMA DE HOMOLOGACION .....	115
	ANEXO NUM. 3: BIBLIOGRAFIA .....	143



## **PRESENTACION**

El hospital es una organización compleja. Cuenta con recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, y está dirigida a alcanzar la máxima y mejor producción de un servicio: LA SALUD.

Las condiciones del entorno económico y social han producido importantes cambios en la organización y gestión, siendo prioritario en la actualidad la búsqueda de la eficiencia, requiriéndose para ello la consolidación de nuevos instrumentos y formas de gestión. El hospital público tiene además la responsabilidad de ser rentable y eficaz por su obligación de dar a los ciudadanos el servicio que tiene comprometido con los fondos públicos que le son asignados.

En este sentido, la dirección de la actividad asistencial y la consecución de los objetivos marcados en los respectivos Contrato-Programa de cada hospital necesita la identificación de los procesos que se atienden, como referencia de los productos que elabora el hospital. Implantar métodos de contabilidad analítica permitirá conocer el coste de los servicios en que está estructurado el hospital, así como de los procesos asistidos.

Igual que con los sistemas de clasificación de pacientes se ha conseguido efectuar comparaciones y análisis, es necesario llegar también a unos criterios homologados de imputación de costes al producto final que permitan la tan ansiada comparación de resultados; necesidad que ya puede alcanzarse, a la vista de los resultados obtenidos en el proyecto «COSTE POR PROCESO» que el INSALUD ha desarrollado recientemente sobre los procesos atendidos en un grupo de hospitales de la red y que, en cuanto a los datos de costes, se ha sustentado básicamente en el proyecto SIGNO.

Pretendemos con este trabajo divulgar una parte muy importante de la gestión que actualmente se está realizando en numerosos hospitales del

INSALUD, que consiste en la implantación del modelo de contabilidad analítica recogido en el PROYECTO SIGNO. Este es el fruto del trabajo de numerosos profesionales que durante años han ido aportando conocimientos, experiencias y esfuerzos extraordinarios hasta configurar el modelo actual.

Sería imposible hacer referencia en este documento de todos los profesionales que han trabajado en el proyecto. Profesionales de todas las áreas y de todos los hospitales, Jefes y Profesionales de Hostelería, Mantenimiento, Contabilidad, Informática, Suministros, Jefes y Facultativos de Servicios Médicos y Servicios Centrales, Supervisoras y Enfermeras, Directores Gerentes y Directores y Subdirectores de División y muchos otros. Todos han puesto su tiempo, su esfuerzo y su entusiasmo en el desarrollo del modelo.

Una vez más se ha demostrado que los grandes logros del Sistema Sanitario Público son posibles sólo si existe la participación de todos los profesionales. En el PROYECTO SIGNO esta participación ha sido uno de sus pilares esenciales. Me consta y quiero resaltar el entusiasmo de los trabajadores del INSALUD que han hecho sus valiosas y numerosas aportaciones tanto sobre contabilidad analítica como en los diferentes clubs, auditorías, labores de homologación y numerosísimas reuniones. Tantísima información hace que esta publicación necesariamente sea un resumen de la esencia del modelo.

Mi más sincero agradecimiento a todos los profesionales que en un principio apostaron por el PROYECTO SIGNO, y que han trabajado e intervenido en sus diferentes etapas. Por ese compromiso que han demostrado a lo largo de tantos años, por la ilusión que han puesto en el empeño y por los excelentes logros que han alcanzado con este Proyecto, a todos ellos mi petición de que sigan colaborando con el mismo entusiasmo en las etapas que todavía quedan por cubrir.

CARMEN MARTINEZ AGUAYO  
Directora General del INSALUD

# **1. Introducción y antecedentes**



## **1. INTRODUCCION Y ANTECEDENTES**

Los gastos sanitarios, cada vez más crecientes, representan unas de las mayores preocupaciones de los países desarrollados y para el futuro no se espera que bajen, pues hay un envejecimiento notable de la población, se producen constantes innovaciones tecnológicas, que son cada vez más costosas, y, en definitiva, las decisiones médicas se toman en un horizonte de incertidumbre, con lo que su eliminación o mitigación es igualmente muy costosa.

Además de lo expresado en el párrafo anterior, se produce una evidente falta de correlación entre el gasto en sanidad y la salud de la población, y se puede observar fácilmente cómo los países que gastan mucho más que otros en servicios de atención sanitaria tienen índices de mortalidad general e infantil muy similares, lo que pone de manifiesto una utilización de recursos y una eficiencia de los servicios asistenciales al menos cuestionable, reflejando la problemática que sufren todos los países en cuanto a estructura, financiación y gestión de sus sistemas sanitarios.

El análisis de toda esta problemática, tanto a nivel nacional como internacional, se hace extremadamente complejo debido a la dificultad en la comparación de los datos, pues hay una ausencia de homologación en las definiciones de los componentes del coste sanitario, no existen formatos normalizados y es muy compleja la medición del producto sanitario.

La complejidad anteriormente citada explica que la mayoría de los análisis de coste se apoyen en datos de estructura, como el personal, o de actividades y productos intermedios, como número de visitas, intervenciones y estancias, y que la medida del producto final, con la consideración de su coste, sea uno de los aspectos que más interés esté generando entre los dedicados a la gestión en los sistemas sanitarios.

Por otra parte, la correlativa evaluación de la calidad requiere la normalización del producto y la comparación entre costes exige unos métodos de

imputación equivalentes. Con los sistemas de clasificación de enfermos por grupos homogéneos se consigue una normalización operativa del producto final, lo que es básico en cualquier intento de análisis de costes.

## 1.1. El inicio del Proyecto

El primer antecedente del Proyecto SIGNO puede situarse en el Plan de Calidad Total, dentro de los Proyectos SICE y CODIGO, desarrollados por el Ministerio de Sanidad y Consumo desde el año 1986.

Más cerca de nuestros días, en marzo de 1990, se organizó un grupo de trabajo, el grupo SIGNO, que aportaba la experiencia de cinco hospitales <sup>1</sup> del Sistema Nacional de Salud; dicho grupo intentaba llegar a establecer un marco de referencia que permitiese una primera aproximación a la imputación de costes por grupos homogéneos de enfermos y, posteriormente, al coste por procesos.

La Resolución del 13 de diciembre de 1991 del entonces Secretario General del Sistema Nacional de Salud creó el grupo de trabajo para el estudio de Sistemas de Gestión en Hospitales con la participación de las Direcciones Generales implicadas y la función de coordinar todas las actuaciones encaminadas al desarrollo y normalización de la evaluación de costes y resultados económicos.

Se realizó un primer trabajo <sup>2</sup> cuyo documento se denominó *Gestión Analítica (Hacia la Contabilidad Analítica en los Hospitales)*, que editó la Unidad de Calidad Total del Ministerio de Sanidad y Consumo. El objetivo de este trabajo fue el iniciar una gestión analítica en todos aquellos hospitales que dispusieran de unos medios informáticos mínimos, partiendo de una aplicación desarrollada en el hospital Son Dureta, de Palma de Mallorca.

El Proyecto SIGNO, que buscaba ya claramente el cálculo del Coste por Servicio <sup>3</sup>, realmente inició su andadura en enero de 1992 en el contexto de un proyecto ministerial más amplio que pretendía delimitar el nuevo marco

---

<sup>1</sup> Valle de Nalón (Asturias), Bellvitge (Barcelona), Juan Canalejo (La Coruña), Son Dureta (Palma de Mallorca) y Reina Sofía (Córdoba).

<sup>2</sup> Este texto es un deudor neto del citado trabajo, por lo que queremos dejar aquí pública constancia de ello.

<sup>3</sup> En adelante, CTSv.

que exigía la fuerte correlación entre la salud de la población y el gasto sanitario y que se basaba en:

- La concepción del hospital como empresa pública de servicios, compitiendo por la asignación de recursos y adaptándose permanentemente a las demandas de salud.
- Un nuevo sistema de presupuestación basado en la facturación de la asistencia prestada, que a su vez debía estar en función de las metas marcadas por la planificación sanitaria.

Para ello se plantearon los siguientes objetivos:

- Implantar un modelo de gestión analítica sencillo, de fácil implantación, global, modular y que pusiera más énfasis en los aspectos organizativos y funcionales que en los conceptos formales.
- Definir los niveles de responsabilidad en los centros asistenciales y reforzarlos.
- Identificar el gestor del gasto, la cuantía del mismo, la forma de hacerlo y los objetivos del gasto.
- Conseguir una participación activa y el mayor grado de consenso de todos los profesionales en la definición de su propio modelo de gestión y un conjunto mínimo básico de datos.
- Establecer un lenguaje común, el mismo instrumento de medida y un sistema de homologación.
- Implantar la auditoría como el sistema de evaluación y validación.
- Construir un sistema integral de información que recogiera costes y actividad, y que fuera válido para la gestión del Sistema Nacional de Salud, los Servicios de Salud y los centros sanitarios.
- Conseguir que los centros estén en disposición de facturar toda la asistencia prestada.
- En definitiva, aumentar el nivel medio de la gestión global y departamental de los centros.

### **1.1.1. Cuestionarios de evaluación**

Para analizar el nivel de gestión en que se encontraban los hospitales, en enero de 1992 se remitió a 87 hospitales, todos pertenecientes al INSA-LUD salvo dos concertados, el primer cuestionario sobre *Evaluación de Tecnologías de Gestión*, donde se revisaban los aspectos básicos del sistema de información y organización del hospital, así como los proyectos que consideraban prioritarios abordar.

Contestaron al cuestionario 70 hospitales, que consideraron necesario abordar, por orden de prioridad, los siguientes temas:

- Contabilidad Analítica.
- Manual de organización.
- Suministros.
- Personal, gestión de pacientes y quirófanos.

Este cuestionario permitió conocer la situación de la gestión hospitalaria, y sirvió para orientar los diferentes pasos y actuaciones del Proyecto.

Un año más tarde, en febrero de 1993, se envió un segundo cuestionario a los hospitales participantes en las Jornadas de Hellín, recibándose 71 contestaciones y apreciándose una mejora sustancial en los aspectos básicos del sistema de información y organización del hospital, así como en la gestión departamental.

En esta ocasión las principales prioridades, muy similares a las anteriormente expresadas, fueron las siguientes:

- Contabilidad Analítica.
- Manual de organización.
- La facturación.
- Quirófanos, plan general de contabilidad y enfermería.

## **1.2. El desarrollo del Proyecto**

Después de que los 70 hospitales contestaran al *Cuestionario de Evaluación de Tecnologías de Gestión*, se seleccionaron grupos de hospitales entre los que voluntariamente habían solicitado participar en el proyecto de gestión analítica. De esta forma, en un principio, la participación fue completamente voluntaria.

El primer Taller tuvo lugar en febrero de 1992, y reunió a los primeros 19 hospitales, llegándose a realizar en esta etapa un total de 6 Talleres con la participación de 99 hospitales del Sistema Nacional de Salud, pues asistieron hospitales del Servicio Gallego de Salud, del Servicio Andaluz de Salud, del Servicio Valenciano de Salud y alguno concertado.

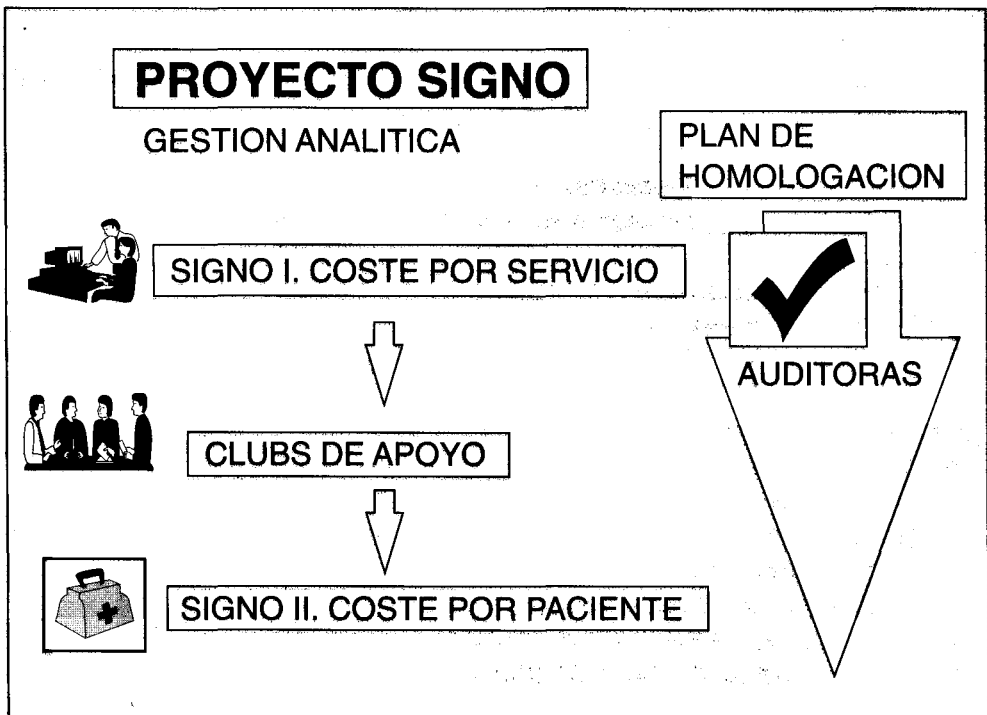
En mayo de 1994, el INSALUD realiza los últimos Talleres con el fin de incorporar a todos los hospitales de la red en el proyecto SIGNO, creando



además en la Dirección General una estructura que permite desarrollar la gestión analítica de costes en todos los hospitales. Paralelamente, se incluye como objetivo en el Contrato-Programa la consolidación de las dos herramientas básicas: la Contabilidad Analítica y la Codificación Diagnóstica.

Además de lo anterior, y según se fueron incorporando hospitales y apareciendo los primeros resultados van confirmándose las tres líneas básicas de actuación del Proyecto SIGNO:

- a) Los «Clubs», cuya constitución va pareja con las necesidades que genera el modelo SIGNO.
- b) La homologación, expresión de la imperiosa necesidad de crear un modelo que permita la comparación, la medida y la explicación de las dispersiones que aparecen en los resultados.
- c) Las auditorías, herramienta básica para generar la confianza en la información y el posterior desarrollo uniforme del modelo.



*Líneas de actuación del Proyecto SIGNO*



## **2. Signo I: El coste por servicio**



## **2. SIGNO I: EL COSTE POR SERVICIO**

El modelo desarrollado por el grupo SIGNO constituía el primer paso en el tratamiento de la información orientada hacia la gestión de los centros asistenciales, pues se basaba en el traslado contable de los costes a los grupos funcionales o unidades mínimas de gestión, lo que se denominó SIGNO I.

En un segundo paso, y en convergencia con el desarrollo del sistema de clasificación de pacientes por grupos homogéneos, se lleva a cabo el desarrollo de la imputación de costes por paciente o por proceso, como auténtico producto final del modelo, lo que se ha dado en llamar SIGNO II.

### **2.1. El modelo**

El modelo SIGNO I pretende obtener, como hemos indicado anteriormente, un único producto: el CtSv.

Aunque se es consciente de las grandes limitaciones del objetivo planteado, se ha elegido este pequeño modelo por los siguientes motivos:

- a) La conveniencia de empezar por un mínimo real y común en la gestión de los hospitales.
- b) La inutilidad de crear modelos más sofisticados, ya que la eficiencia no es buscada por el propio sistema de financiación y, en definitiva, por la concepción burocrática que impregna los servicios de salud.
- c) Utilizar un instrumento de fácil e inmediata implantación que pone más énfasis en los aspectos organizativos y funcionales, que en conceptos formales que podrían originar conflictos de competencias.

Para obtener el CtSv mediante el modelo propuesto por el SIGNO I es necesario:

- 1.º Identificar la estructura de responsabilidad en el hospital.
- 2.º Imputar cada coste a un GFH.
- 3.º Identificar la facturación interna de servicios en el hospital.

### **2.1.1. La estructura hospitalaria**

Identificar la estructura del hospital es ordenar los elementos del proceso productivo, para lo que es necesario cumplir los requisitos básicos siguientes:

a) Identificar los centros de coste en el organigrama, pues la responsabilidad y la capacidad de control deben estar claramente individualizadas ya que es el marco de implantación. Por otra parte, el grado de implicación de los profesionales en cada uno de los niveles con la estructura definida y con las estrategias de control de costes, determinan la bondad del sistema de información y su eficiencia. Se organizan los centros en tres niveles:

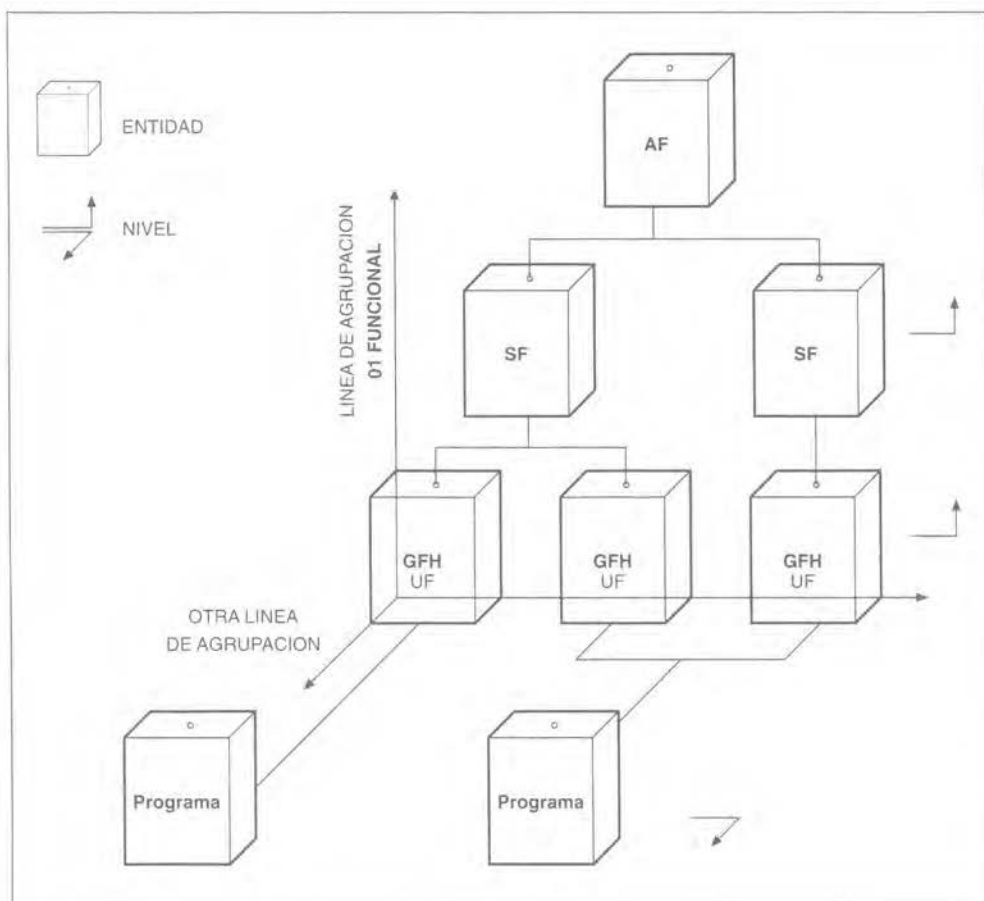
- Grupo Funcional Homogéneo <sup>4</sup>, o unidades mínimas de gestión, que se caracterizan por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo. Este nivel es el de mayor detalle, y debe recoger las particularidades de cada hospital y, en consecuencia, debe ser definido en cada caso concreto, pudiendo ser los niveles superiores comunes a todos los hospitales, lo que permitiría la comparación entre ellos.
- Servicio Funcional <sup>5</sup>, que es la agrupación de uno o varios GFH con homogeneidad en la prestación de servicios y un responsable jerárquico superior al del GFH.
- Area Funcional <sup>6</sup>, que agrupa a uno o varios SF, constituyendo el nivel mínimo de estructuración de un hospital.
- Divisiones, como la de Enfermería, la Médica, por ejemplo.

---

<sup>4</sup> En adelante, GFH.

<sup>5</sup> En adelante, SF.

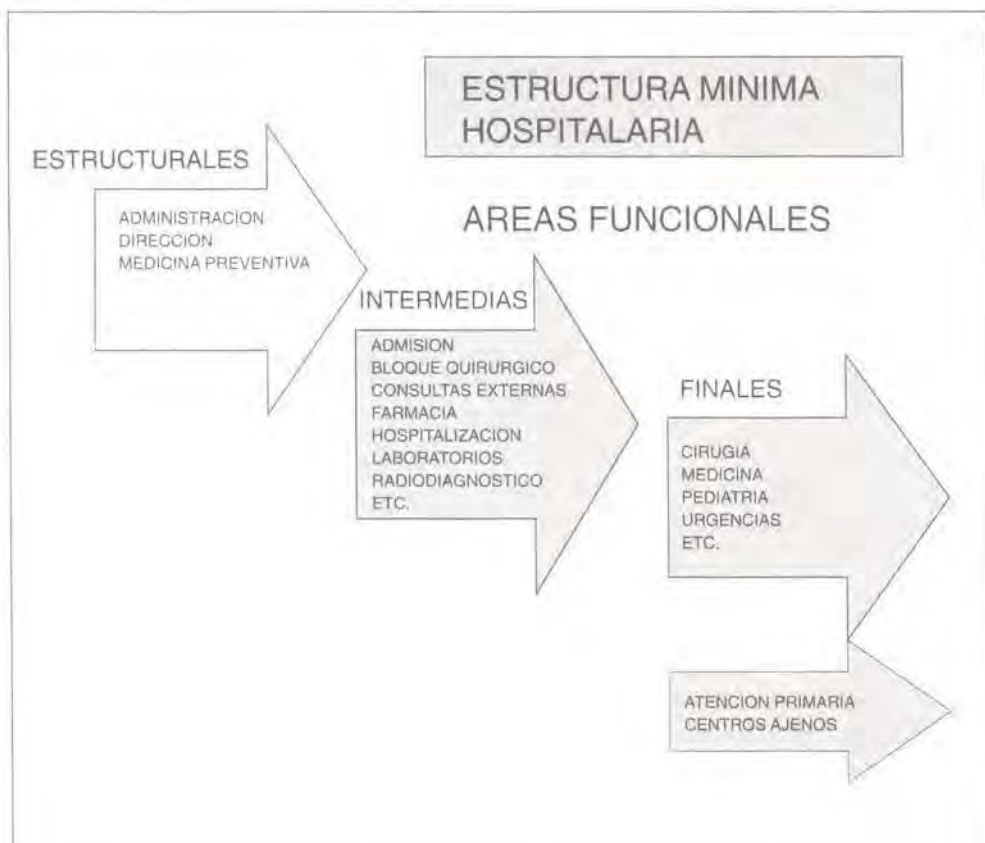
<sup>6</sup> En adelante, AF.



*Agrupación funcional hospitalaria*

b) Identificar el proceso asistencial clasificando los GFH en:

- Finales, que definen la actividad principal.
- Intermedios, que dan soporte a los finales y pueden facturarles.
- Estructurales, que dan soporte a los anteriores, son independientes de la actividad y, por ende, no son facturables en sentido estricto.



*Estructura mínima hospitalaria*

c) Normalizar la estructura hospitalaria para permitir la comparación entre hospitales a nivel de AF y de SF, preservando la individualidad de cada hospital dejando libre la codificación de los GFH.

### **2.1.2. La imputación de costes a los GFH**

La gestión y el destino del gasto en el hospital deben estar formal y realmente definidos, para lo que hay que identificar a los gestores de dichos gastos, que son los responsables iniciales de dichos gastos y a los que inicialmente debe implicarse en las estrategias de control, además de ser los únicos capaces de comprometer económicamente a la institución



frente a terceros. La mejora de los circuitos de información en este tema implica:

- a) Centralizar en pocos SF la capacidad de obligar a la institución frente a terceros.
- b) Impulsar la propia capacidad de estos SF en identificar a sus clientes.
- c) Vincular cualquier soporte de información económica no sólo a un epígrafe, tal y como se realiza en la Contabilidad Presupuestaria, sino también y además a un GFH.
- d) Garantizar la veracidad y oportunidad de la información, para lo que se deben cuadrar sistemáticamente y en tiempo real los flujos entre SF gestores de gasto y la Contabilidad Analítica.

Trabajando con la estructura mínima definida anteriormente, la gestión del gasto corresponde a las siguientes AF:

- Farmacia.
- Logística.

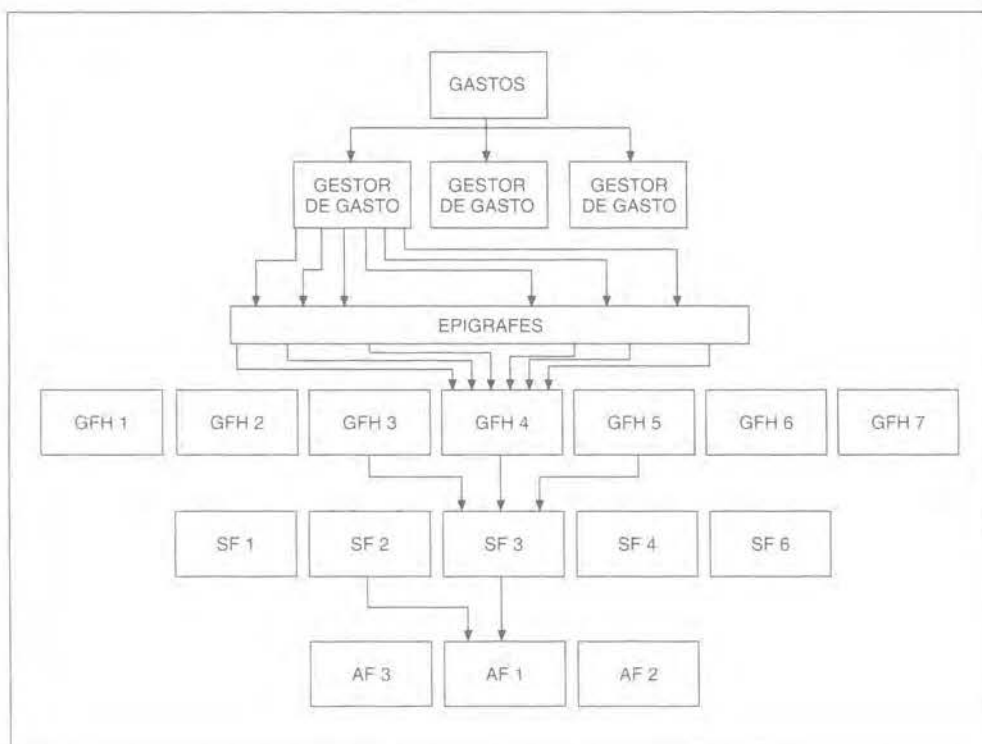
En el segundo nivel, Logística se desglosa en

- Personal.
- Suministros.
- Mantenimiento.
- Alimentación.
- Gestión Económica (Fondo de Maniobra).

Los GFH citados son los responsables iniciales de la gestión del gasto, los que empiezan a definir la estructura de costes por GFH y a los que inicialmente deben implicarse en las estrategias de control.

En definitiva, el coste se identifica con el gasto real y a tiempo real, considerando las variaciones de los almacenes. Por otra parte, es imprescindible asignar el almacén y el inmovilizado.

Finalmente, y como veremos más adelante, hay que determinar el sistema de imputación considerando los servicios finales como producto básico del hospital, de forma que el coste global sea igual a la suma de los SF finales más el consumo de existencias.



*El traslado de los gastos*

### 2.1.2.1. Personal

Distribuye mensualmente los haberes de las personas adscritas a cada GFH. Entendiendo que la adscripción se debe al hecho de donde se está trabajando durante la jornada laboral.

Los gastos de personal deben contemplar la plantilla del GFH, las suplencias representadas por los importes de los haberes añadidos de las personas contratadas para esa función y las prestaciones, es decir, la parte de los haberes satisfechos a personas adscritas a un GFH, pero que ocupan sustancialmente sus jornadas de forma parcial en otro GFH.

Como criterio general, los gastos de personal facultativo estarán incluidos únicamente en GFH de la Dirección Médica, excepto en los casos en que estén adscritos institucionalmente a otras áreas, de idéntica forma, el

personal de enfermería, estará incluido en GFH dependientes de la División de Enfermería.

El sistema de implantación recorre dos fases ineludibles:

1. La identificación de la plantilla de cada GFH, obteniéndose el coste atendiendo al número de personas, a su categoría y a la tabla de retribuciones.
2. Actualización mes a mes por la consideración de las altas, bajas y modificaciones incorporadas.

Para completar la distribución de los gastos de personal (el Capítulo 1 de la Contabilidad Presupuestaria), la productividad variable y la formación de personal se cargarán directamente a cada GFH. Los trienios, la acción social y las cuotas a la Seguridad Social se imputarán, como veremos más adelante, de acuerdo con el porcentaje relativo del coste de personal cargado a cada GFH.

El SF de Personal recibirá, según criterio establecido, sus propios costes de personal y demás cargos que le puedan ser directamente atribuidos.

En el futuro se obliga, con la incorporación del plan DIAS, a incorporar directamente la nómina a cada GFH, vía vinculación informática de las aplicaciones de personal y de Contabilidad Analítica.

#### *2.1.2.2. Suministros*

Distribuye mensualmente el consumo de material no inventariable, fungible o no, a los GFH peticionarios. Como regla general, el consumo realizado por los SF asistenciales, se imputarán a los GFH que dependan de la Dirección de Enfermería, salvo en los casos de Medicina Intensiva y gabinetes técnicos que se imputará a los GFH pertenecientes a la División Médica.

El desglose de esta información por GFH se hará siguiendo el propio esquema de agrupación existente en el catálogo de producto de Suministros.

Las regularizaciones del inventario de existencias se realizarán con cargo al GFH contable que podría denominarse Diferencia de Inventarios <sup>7</sup> en Suministros.

---

<sup>7</sup> En adelante, DIN.

El SF de Suministros recibirá, según el criterio establecido, su propio consumo de material y demás cargos que le puedan ser directamente atribuidos, como el coste propio de personal, etc.

### *2.1.2.3. Mantenimiento*

Distribuye mensualmente los costes de material de mantenimiento, obras menores, bioingeniería y los contratos derivados de este concepto con empresas externas.

Los criterios generales se establecen en tres niveles:

1. Empresas externas, como son los contratos de mantenimiento, los de reparaciones, etc. Se exigirá a dichas empresas entregar el desglose analítico del albarán y la factura.

2. Mantenimiento interno: Deberán valorarse los partes de avería o las órdenes de trabajo con expresión de los materiales utilizados y las horas de trabajo empleadas. La Contabilidad Analítica debe establecer el coste/hora real y el estándar.

3. En los casos en que el desglose de facturas externas o internas sea imposible (teléfonos, mantenimiento de instalaciones, etc.), se imputarán los costes a un GFH puente o contable si la importancia lo requiere, o directamente a Mantenimiento, según el caso.

Este SF recibirá, según el criterio establecido, su propio consumo de material, los demás cargos que le pueden ser directamente atributivos (coste propio de personal, etc.) y los costes que sea incapaz de distribuir directamente al resto de los GFH.

Las regularizaciones de las existencias en el almacén de Mantenimiento (si existe) se harán con cargo al GFH contable, que podría denominarse DIN en Mantenimiento.

### *2.1.2.4. Alimentación*

Distribuye mensualmente los costes de los productos alimenticios. Como criterio general, cargará el consumo de alimentos realizado por el

hospital, las pensiones, a los GFH dependientes de la Dirección de Enfermería.

El SF de Alimentación recibirá su propio consumo de material, los demás cargos que le puedan ser directamente atribuidos (coste propio de personal, mantenimiento, material de suministros, etc.) y los costes que sea incapaz de distribuir directamente al resto de los GFH.

Las regularizaciones de las existencias en el almacén de víveres, caso que existan, se harán con cargo al GFH contable, que podría denominarse DIN en Alimentación.

#### *2.1.2.5. Fondo de maniobra*

Todo movimiento del Fondo de Maniobra, gestionado por el SF de Gestión Económica, deberá ir identificado por el GFH al que se destina el gasto.

Como máximo cada mes deberá cargarse a los GFH, y según la relación antedicha, el correspondiente coste.

#### *2.1.2.6. Farmacia*

El consumo de productos farmacéuticos se distribuirá a los GFH pertenecientes a la División Médica en función del consumo, medido en unidosis.

Cuando la medición en unidosis no sea posible se establezcan dos niveles de acercamiento:

1. Distribuir directamente a las unidades de Enfermería, para posteriormente redistribuir los costes de éstas a los SF médicos.
2. Distribuir directamente a los GFH médicos en función de las peticiones diferenciadas por cada facultativo (o GFH médico) en cada unidad de Enfermería.

Como ya conocemos, el SF de Farmacia recibirá su propio consumo de productos y los demás cargos que le puedan ser directamente atribuidos, como el coste propio del personal, mantenimiento, material de suministros, etc.

Las regulaciones de las existencias en el almacén de Farmacia se harán con cargo a un GFH contable que se podría denominar DIN en Farmacia.

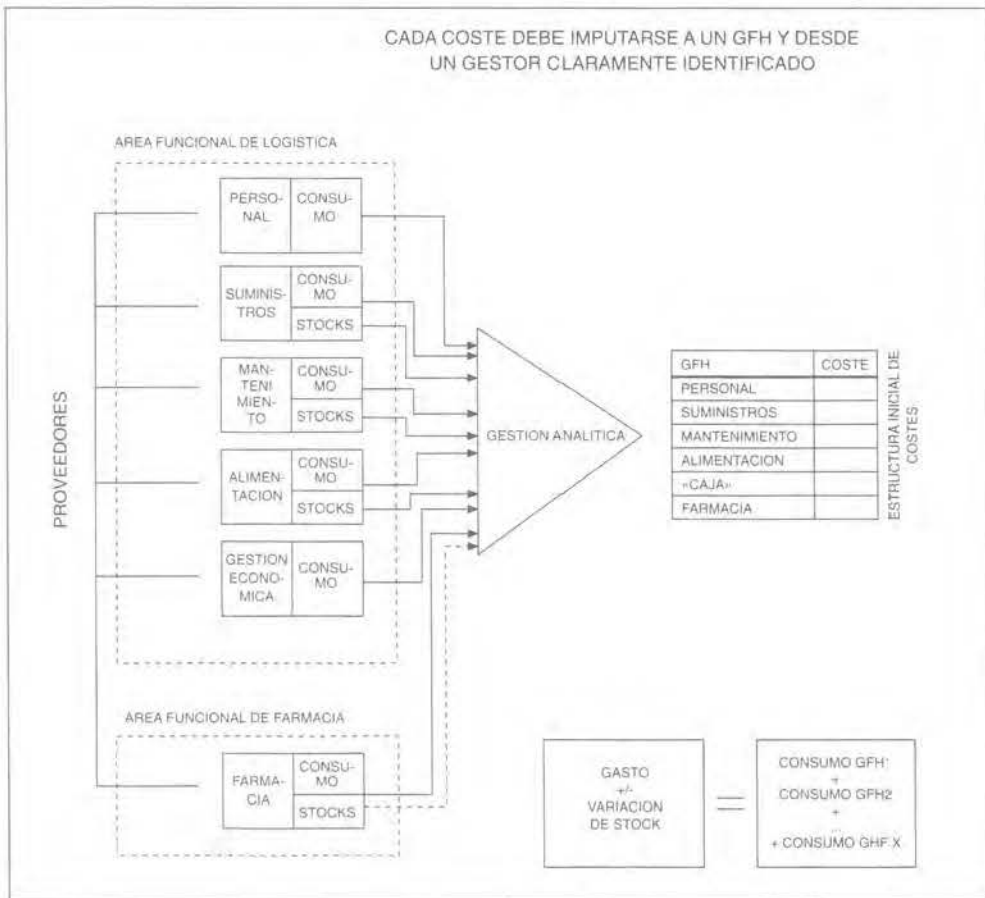
#### *2.1.2.7. Otros posibles SF gestores del gasto*

Los SF señalados en los epígrafes anteriores constituyen tradicionalmente las vías de entrada del gasto en el hospital, mientras que el resto de los SF redistribuye los costes asignados inicialmente por ellos.

En una segunda fase, que más adelante estudiaremos, la interrelación de todos los GFH en la elaboración del producto final, obliga a avanzar en el porqué y para quién se realiza finalmente un gasto, lo que implica identificar también los procesos de redistribución. En este sentido, se debe considerar a cada SF como una empresa independiente dentro del hospital que necesita facturar sus servicios, lo que es una premisa indispensable para la evaluación de los resultados no sólo de las AF, SF o GFH, según el nivel en que se trabaje, sino para el hospital en su conjunto.

En un sistema tan sumamente interrelacionado, el mal funcionamiento de cualquier área, puede dar al traste con las iniciativas y los esfuerzos el resto de los profesionales.

La Contabilidad Analítica, como veremos, estudia identificar los flujos de redistribución; su cuantificación, no obstante, está en muchos casos todavía en el terreno de la estimación.



*Los SF gestores del gasto*

### 2.1.3. La facturación interna de servicios

Identificar la facturación interna de servicios en el hospital supone incidir en la gestión y el destino del gasto en el hospital, pues deben estar formal y realmente definidos.

En definitiva, hay que realizarse las siguientes preguntas:

- 1.<sup>a</sup> ¿Para quién se gasta?: GFH cliente.
- 2.<sup>a</sup> ¿En qué se gasta?: Catálogo de productos:
  - Nivel A o básico: Criterios de imputación estimados.

- Nivel B o medio: Estimaciones consensuadas con los profesionales implicados.
- Nivel C u óptimo: Catálogo de productos, debidamente homologado por el Proyecto SIGNO, valorados éstos en Unidades Relativas de Valor<sup>8</sup> y en precios estándares.

### 3.<sup>a</sup> ¿Qué cantidad se gasta?: Facturación interna.

Todo lo anterior implica la necesidad de normalizar el sistema de imputación, de modo que permita la comparación entre hospitales.

El modelo pretende que la obtención del CtSv sea el hilo conductor que ayude a hacer más dinámica la organización y la modernice, para lo que es preciso:

a) Descentralizar la gestión buscando mayor eficiencia, calidad y participación, para llegar en el futuro a utilizar instrumentos como cuentas de resultados por servicio, presupuestos clínicos, dirección por objetivos, etc.

b) Potenciar la organización matricial, a través de «Clubs» de hospitales que establezcan un marco de colaboración, en la búsqueda de soluciones.

c) Utilizar la facturación como motor de cambio, de evaluación de las líneas de producto y de mejora en el sistema de información.

Como hemos indicado anteriormente, las unidades intermedias y estructurales daban soporte a las finales, lo que significa que a los costes propios asignados a cada GFH, debemos añadir los costes que se repercuten desde los GFH intermedios, entre sí o hacia los finales, y los costes que se imputan desde los GFH estructurales.

En el primer caso la vinculación es obvia: Laboratorios, Radiología o Farmacia trabajan sobre petición hecha, y Quirófanos, unidades de Enfermería o Consultas Externas podrían aceptar perfectamente el supuesto de alquiler por utilización. La conclusión es que los costes de los SF intermedios pueden y deben ser facturados, aunque en una primera fase sólo pueda ser asequible estimar dicha facturación.

---

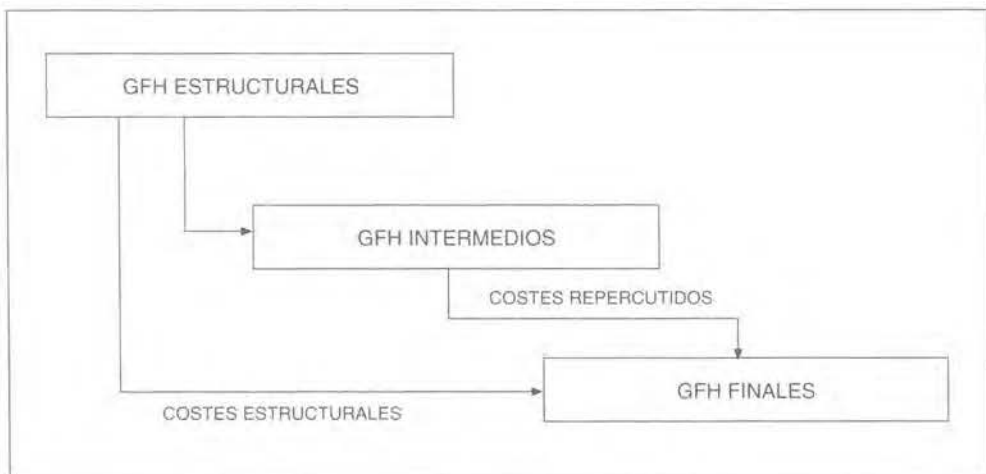
<sup>8</sup> En adelante, URV.



Los GFH estructurales no pueden incorporar tan fácilmente sus costes al producto final. La estructura es necesaria para la producción, pero es independiente de ella, por lo que ni tendrá interés, ni será posible facturar estos costes, aunque deberemos incorporarlos, y de forma diferenciada, al coste del producto.

La estructura de costes que vamos a tratar tendrá, en definitiva, tres apartados, condicionados siempre al organigrama definido en el hospital:

1. Costes propios: los directamente asignados a los GFH por los gestores del gasto, como personal, suministros, hostelería, mantenimiento, etc.
2. Costes repercutidos: los imputados o facturados por otros GFH por la prestación de servicios vinculados a la actividad principal, como hospitalización, laboratorios, radiología, quirófanos, etc.
3. Gastos estructurales: los costes de estructura imputados siempre de forma estimativa y proporcional al volumen de actividad o de costes de cada GFH.

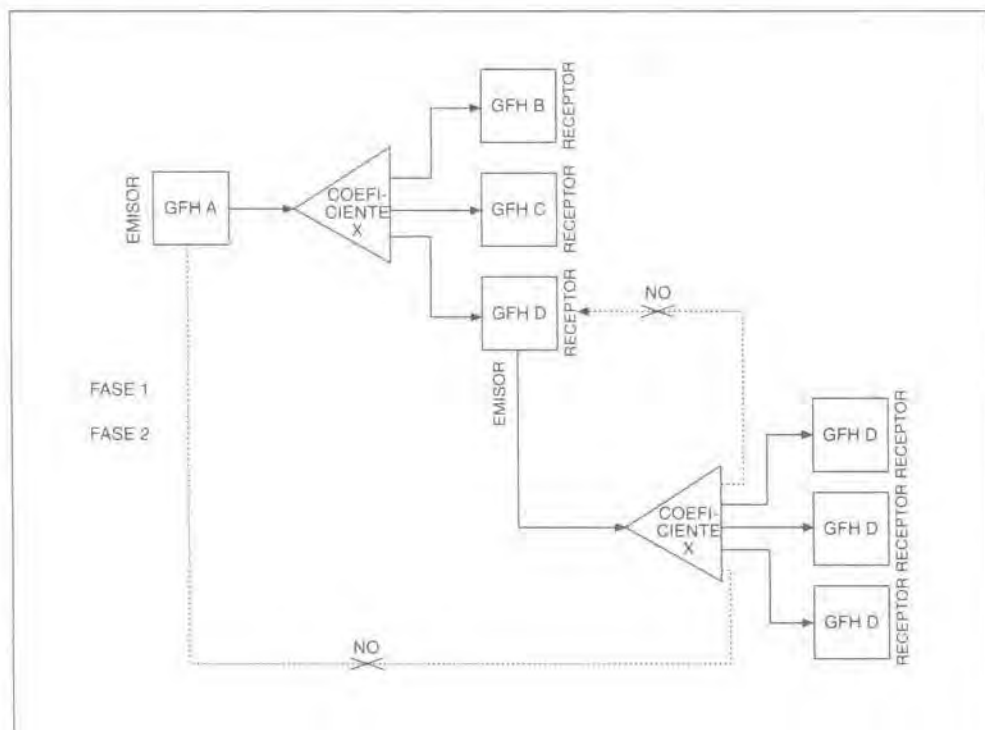


*Esquema de traslado de costes entre GFH*

### 2.1.3.1. Imputación de costes

El proceso de imputación se distingue por la relación entre el emisor y el receptor, a través de un coeficiente de reparto.

En la imputación se distribuye el coste total del GFH, su saldo, a uno o varios receptores mediante un único concepto predefinido.



*Detalle de imputación de costes*

Hay varios términos que deben conjugarse para completar el mosaico de la distribución de costes a los GFH:

1. GFH emisor: Es el GFH que distribuye costes a uno o varios GFH (por ejemplo, Quirófanos a todos los SF que componen Cirugía). Un GFH final nunca puede ser emisor.
2. GFH receptor: El que recibe costes de uno o varios emisores. Un GFH final siempre será receptor.
3. Coeficiente de reparto: Es el criterio de distribución entre un emisor y un receptor expresado en tanto por ciento.

4. Fase: Es el orden en que los emisores imputan a los receptores. A fin de simplificar<sup>9</sup> se debe considerar lo siguiente:

- Un emisor no puede distribuir costes a sí mismo o a un emisor que se haya descargado en una fase anterior. No se consideran por tanto las imputaciones cruzadas. Esto obliga a definir estrictamente el orden de imputación.
- Un receptor puede ser emisor en una fase posterior.

Por ejemplo, si Cirugía Maxilofacial utiliza el 25% del tiempo de los quirófanos, se le cargará el 25% del coste total distribuido o imputado en los Quirófanos. En la estructura de costes, si queremos identificarlo claramente deberá existir un concepto que recoja ese importe.

Todos los GFH no finales deben trasladar sus costes a los finales, aunque no todos implican un concepto en la estructura de costes. Los no significativos, estarán agrupados y un único concepto puede recoger sus aportaciones.

En el proceso de integración se suman, concepto a concepto, los costes de varios GFH que pertenecen a un mismo SF, o varios SF que corresponden a una misma AF. No interviene, por tanto, la relación entre emisor y receptor, que es exclusiva de la fase anterior. En consecuencia, mientras que en la imputación se generan nuevos conceptos para la estructura de costes, perdiendo el detalle de los conceptos del nivel anterior, en la integración se mantiene la misma estructura, perdiendo el desglose de los GFH que la alimentan.

El orden de ejecución es, por consiguiente, el siguiente:

- 1.º Imputar, con el orden estrictamente establecido.
- 2.º Integrar.

---

<sup>9</sup> En esta primera fase del Proyecto SIGNO I no se consideran las imputaciones cruzadas, justificándose por lo precario de la implantación de la Contabilidad Analítica y de los instrumentos y medios utilizados, como escasa informática, poco personal, breve experiencia, etc.

2.1.3.2. Un ejemplo<sup>10</sup>

Supongamos un hospital con unos GFH y una distribución de costes propios como la reflejada en el cuadro que sigue:

<i>GFH</i>	<i>Tipo</i>	<i>Costes propios (pta)</i>
Limpieza	Estructural	10.000.000
Mantenimiento	Estructural	10.000.000
Laboratorio	Intermedio	20.000.000
Cirugía	Final	20.000.000
Medicina	Final	40.000.000
<b>Total</b>		<b>100.000.000</b>

*Ejemplo de tabla de costes propios de los GFH*

Supóngase también que, después del estudio técnico correspondiente, se ha considerado que la mejor forma de imputar los costes de los GFH estructurales e intermedios (Limpieza, Mantenimiento y Laboratorio) a los GFH finales (Cirugía y Medicina) son los coeficientes (metros cuadrados de ocupación, partes de reparación atendidos y estancias) de la tabla siguiente:

<i>GFH</i>	<i>Limpieza</i>		<i>Mantenimiento</i>		<i>Laboratorio</i>	
	<i>m<sup>2</sup></i>	<i>%</i>	<i>Partes</i>	<i>%</i>	<i>Estancias</i>	<i>%</i>
Limpieza	—	—	—	—	—	—
Mantenimiento	60	30	—	—	—	—
Laboratorio	70	35	150	50	—	—
Cirugía	40	20	80	27	1.200	35
Medicina	30	15	70	23	2.200	65
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>300</b>	<b>100</b>	<b>3.400</b>	<b>100</b>

*Ejemplo de tabla de coeficientes de imputación*

<sup>10</sup> Como muestra de lo indicado en la nota número 2, se sigue el ejemplo del trabajo citado.

El proceso de reparto realizado se muestra en la tabla siguiente, de imputación final de costes.

Concepto	Total	Limpieza	Mantenimiento	Laboratorio	Cirugía	Medicina
Costes propios	100.000.000	10.000.000	10.000.000	20.000.000	20.000.000	40.000.000
Limpieza		-10.000.000	3.000.000	3.500.000	2.000.000	1.500.000
Mantenimiento			-13.000.000	6.500.000	3.510.000	2.990.000
Laboratorio				-30.000.000	10.500.000	19.500.000
<b>Total</b>	<b>100.000.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>36.010.000</b>	<b>63.990.000</b>

*Ejemplo de tabla final de costes de los GFH*

En la primera fase, los costes de Limpieza se han repercutido a todos los GFH cuyo coeficiente es distinto de cero; por ejemplo, a Laboratorio le corresponde el 35% en función de la superficie relativa que utiliza, 70 metros cuadrados, de la superficie total del hospital, 200 metros cuadrados.

En la siguiente fase se ha imputado el coste total de Mantenimiento (10.000.000, sus costes propios, más 3.000.000, que son los costes repercutidos por Limpieza), atendiendo al número de partes registrados; por ejemplo, Medicina recogerá el 23% de esos costes, de acuerdo con el porcentaje que suponen las 70 averías comunicadas sobre el total.

En la última fase se han imputado los costes de Laboratorio, que reparte unos costes de 30.000.000 (20.000.000 eran sus costes propios, 3.500.000 los facturados por Limpieza y 6.500.000 los facturados por Mantenimiento).

Con este proceso se terminan los GFH no finales y, en consecuencia, se llega al primer GFH final, con lo que no queda más que sumar los costes que han ido acumulando en este proceso cada uno de ellos.

La imputación de los estructurales e intermedios sobre los finales, ha permitido que los costes queden reflejados únicamente en lo que hemos considerado el producto del hospital: el CtSv de los SF finales.

Finalmente, una advertencia interesante: aunque lo correcto es presentar la información como se muestra en el cuadro anterior, puede ocurrir que se presente de forma tal que la suma total de los costes de los GFH supere al

total de los costes del hospital; esta paradoja contable se basa en que la diferencia, 53.000.000 de pesetas, es igual a la suma de todos los costes totales de los GFH, sin restar los costes repercutidos.

## **2.2. Metodología de implantación**

Habiendo visto ya el sistema de Talleres que desde 1992 se ha utilizado para la implantación, se debe considerar que el procedimiento desarrollado ha tenido las siguientes ocho etapas:

1.<sup>a</sup> Reunión inicial con los Gerentes de los hospitales, en la que se presentaban los objetivos y la metodología de trabajo, discutiéndose el modelo, el plan de implantación y las conexiones con otros proyectos. Los productos a obtener de esta reunión eran los dos siguientes:

- Una primera evaluación de costes y beneficios de implantación.
- El análisis de los puntos débiles y fuertes para la identificación de las mejoras a ofrecer.

2.<sup>a</sup> Recogida en cada hospital de la información necesaria para la realización del taller y la implantación del SIGNO I (por ejemplo, cuantía total de las nóminas por GFH, consumo de farmacia por GFH).

3.<sup>a</sup> Taller de trabajo con la participación del Director de Gestión y el responsable operativo de la implantación del SIGNO en el hospital. Los objetivos de cada taller son siempre los siguientes:

- Conocer el procedimiento y la aplicación informática.
- Trabajar con los datos de un trimestre y enfrentarse a los problemas reales del hospital.
- Llevarse al hospital la aplicación actualizada y en funcionamiento.

4.<sup>a</sup> Analizar los problemas detectados en el hospital para poder obtener la información de forma adecuada.

5.<sup>a</sup> Instalación en el hospital:

- Constituir el comité director del proyecto.
- Nombrar un responsable de la implantación.

— Puesta en marcha del plan de implantación:

- Instalar la aplicación.
- Establecer un plan de formación de los usuarios.
- Difusión de los primeros resultados, el CtSv, entre los responsables del gasto.

6.<sup>a</sup> Acuerdos entre el Comité de Dirección del hospital y la Administración, en la visita realizada al centro, en la que se abordan:

- La discusión del proyecto global.
- El seguimiento de las primeras fases.
- Los compromisos del hospital.
- La adscripción a otros proyectos.

7.<sup>a</sup> Integración en «Clubs» de hospitales para la adecuación e implantación de tecnologías de gestión.

8.<sup>a</sup> Reuniones de seguimiento con los Gerentes de los hospitales participantes que se realizaban trimestralmente para analizar los CtSv facilitados por los hospitales integrados en el proyecto.

El INSALUD <sup>11</sup> publica periódicamente un documento en el que se recogen los datos remitidos por los hospitales, que son los siguientes:

- CtSv.
- Influencia o porcentaje del CtSv sobre el coste total del hospital.
- Número de Unidades Ponderadas Asistenciales <sup>12</sup> por SF.
- Coste unitario de la UPA en cada SF.

### **2.3. La homologación <sup>13</sup>**

Al analizar los primeros datos del CtSv había una característica que llamaba poderosamente la atención, y era la enorme variación en las cifras obtenidas.

---

<sup>11</sup> La Subdirección General de Atención Especializada. El último documento recoge los datos del primer semestre de 1995.

<sup>12</sup> En adelante, UPA.

<sup>13</sup> En el anexo número 2 se muestran las condiciones de homologación exigidas por el Proyecto SIGNO.

Analizando las causas posibles, se encontraron las siguientes:

1.<sup>a</sup> Ausencia de homogeneidad funcional:

- Estructural o diferencias producidas por discrepancias en la identificación del proceso asistencial.
- Organizativa o desviaciones motivadas por diferencias en la calidad de la información, tanto en su cuantía como en su período de devengo.
- De facturación interna, es decir, diferencias achacables a la calidad de las imputaciones y a la implicación de los responsables.

2.<sup>a</sup> Ausencia de homogeneidad económica:

- En la estructura de costes.
- En el precio y ordenación de los inputs.
- En el grado de incorporación al proceso tecnológico.

3.<sup>a</sup> Para una adecuada comparación entre hospitales se estima que hay que avanzar en la definición de los productos del hospital, tanto finales como intermedios.

Asimismo, en las reuniones de seguimiento del proyecto SIGNO I se venía poniendo de manifiesto la necesidad imperiosa de definir una terminología común que conjugara conceptos como costes, eficiencia y resultados, junto a la posibilidad de comparar datos y establecer medios para comprobar la veracidad de la información.

Desde mediados de 1992, la homologación ha intentado mantener esta línea de actuación, asociándola en una primera fase a la identificación de la estructura hospitalaria, a su organización y a la facturación interna.

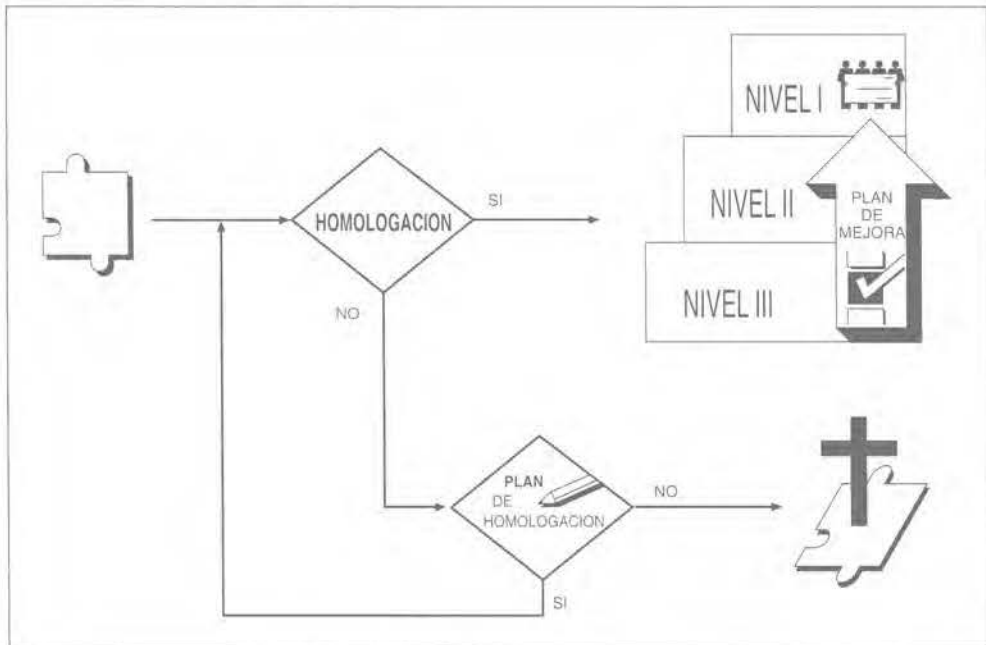
Desde entonces, se han ido recogiendo y contrastando todas las aportaciones de las entidades implicadas en el proyecto de forma que:

- En enero de 1993 se realizó un primer ensayo de homologación.
- En abril de 1993 se hizo una reunión con los hospitales interesados en esta materia para ultimar el sistema de homologación.
- En julio de 1993, se comienzan a realizar las auditorías.
- En enero de 1995 se realiza el *Test de Homologación* a todos los hospitales del INSALUD para constatar el nivel de homologación de cada uno de ellos.



El sistema de homologación del SIGNO I se construye sobre tres elementos:

- Cuestiones sobre organización básica del hospital.
- Normalización de la estructura hospitalaria, a nivel de AF y SF.
- Normalización de los criterios de imputación o nivel de identificación de productos intermedios.



*Niveles de homologación hospitalaria según el Proyecto SIGNO*

Para homologarse, el hospital debe obtener una puntuación mínima en cada uno de los conceptos, estableciéndose los siguientes niveles:

- Nivel I: máxima homologación.
- Nivel II: media homologación.
- Nivel III: mínima homologación.
- Nivel IV: no homologado.

El sistema de homologación se aplica con un programa informático que incluye los criterios por los que se evalúa al hospital, dando una puntuación a cada uno de los diferentes apartados. La homologación se encuentra incorporada a un archivo del programa de Contabilidad Analítica.

En definitiva, el sistema de homologación es una evaluación del hospital que progresivamente debe permitir identificar su situación en términos de control y de eficiencia, poniendo al descubierto sus puntos débiles y ayudando a marcar la pauta para la definición de los planes de mejora en los puntos anteriores.

La única forma de llegar a un modelo de costes que permita la comparación es la utilización de un sistema homologado, para lo cual los hospitales deben avanzar en el proceso de homologación, realizando una autoevaluación mediante la aplicación informática comentada. Una vez realizada dicha autoevaluación, y analizadas las deficiencias puestas de manifiesto, se debe pasar a establecer un plan de mejora.

Además del sistema de homologación global, se han ido definiendo por los profesionales de cada área durante los años 93 a 95, y mediante los «Clubs» de hospitales, los sistemas de homologación departamentales.

De los siguientes «Clubs» ya se han realizado las oportunas evaluaciones:

- Radiodiagnóstico.
- Bloque Quirúrgico.
- Enfermería.
- Bioquímica.
- Anatomía Patológica.
- Suministros.
- Gestión de Pacientes.

## **2.4. Auditorías**

El proceso de homologación del hospital y de cada uno de los «Clubs» del Proyecto SIGNO se realiza, como hemos indicado anteriormente, mediante una autoevaluación, aunque posteriormente, y con el fin de validar el sistema se establecen las auditorías, que se realizaron 20 en la primera fase con participación de 58 auditores.

Las auditorías no tienen un fin fiscalizador o de control, sino que sus objetivos son los siguientes:

- a) Garantizar la confianza.

- b) Validar los resultados de homologación del hospital.
- c) Ayudar al equipo directivo en la identificación de los problemas y en la elaboración de un plan de mejora.
- d) Fomentar la discusión y el intercambio y contraste de experiencias y realidades.
- e) Asegurar la confianza en el sistema de información, respaldando la veracidad de los resultados.
- f) Permitir la comparación entre los hospitales y facilitando la colaboración entre ellos en la búsqueda de soluciones a problemas comunes.

Las auditorías se realizan siguiendo un protocolo fijado a partir de los acuerdos establecidos por los grupos de los hospitales, y dichos protocolos deben ser un elemento más de gestión que contribuya a mejorar y desarrollar el Proyecto.

El procedimiento auditor se ha plasmado en tres documentos básicos:

1. El *Manual de Procedimientos*, que trata de ser una guía de trabajo para el auditor, con criterios y metodología para llevarla a cabo.
2. *La Guía del Hospital*.
3. *La Guía del Auditor*.

El esquema de una auditoría se contiene en los siguientes seis grandes pasos:

1. Selección de hospitales a auditar, que se realiza con los siguientes criterios:
  - Que el hospital voluntariamente quiera someterse a la auditoría.
  - Que el hospital fuera a incluirse en el SIGNO II (coste por episodio).
  - Continuar hasta terminar con todos los participantes en el SIGNO I.
2. Selección del equipo auditor: Profesionales que, teniendo la formación técnica adecuada, contraen voluntariamente la responsabilidad de emitir una opinión, a través de la información recogida y percibida en su tra-

bajo de campo. Los equipos auditores estaban formados por un responsable, tres o cuatro auditores y una persona de la Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes que actuaba como notario, para garantizar la homogeneidad en los criterios de los diferentes equipos. La selección se realiza de acuerdo con los criterios siguientes:

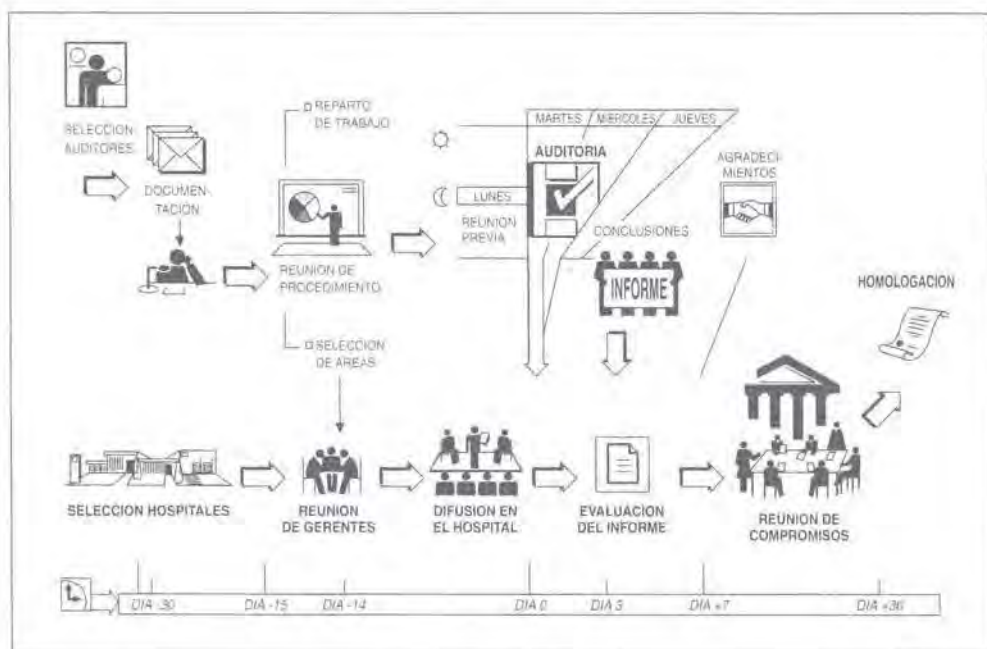
- Profesionales de la gestión de hospitales con experiencia suficiente en un hospital de nivel similar al auditado.
- Profesionales que desarrollen su actividad en diferente Comunidad Autónoma que el hospital auditado.
- Que no coincidan en el mismo equipo personas del mismo hospital.

3. Envío de información: Antes de la realización de la auditoría se enviaba al hospital la composición de los equipos, el calendario de trabajo y la guía de la auditoría, teniendo el hospital la posibilidad de recusar a los componentes o proponer alternativas.

4. Reunión de procedimientos con los equipos auditores, con el fin de revisar los objetivos y los procedimientos, homogeneizar criterios, aclarar dudas y entregarles el expediente del hospital.

5. Reunión de los Gerentes de los hospitales a auditar, para revisar la agenda y los requerimientos de los equipos auditores, examinar el plan de homologación y mejora, discutir el plan de difusión de la auditoría como elemento de mejora dentro del hospital y aclarar dudas.

6. Trabajo en el hospital: Incluye presentación, trabajo de campo durante dos días, aproximadamente, elaboración de conclusiones provisionales por parte del equipo auditor, reunión de conclusiones provisionales con el Comité de Dirección, elaboración y entrega del informe de conclusiones definitivo, con los planes de mejora propuestos por el equipo auditor.



*Esquema general de una auditoría*

## 2.5. Los límites del modelo SIGNO I

El modelo SIGNO I constituye un primer avance en la provisión de modelos de tratamiento de la información orientados a la gestión de centros asistenciales.

Como se ha visto, en el desarrollo de este modelo se ha optado por situar el límite de imputación en el GFH y no en el paciente, como en un diseño teórico se consideraría idóneo. Las razones se encuentran en el propio conocimiento de los hospitales y en que se considera prioritario elevar el mínimo común denominador, dejando para un segundo trabajo el desarrollo del modelo a nivel de imputación por paciente.

Bajo esta consideración pragmática, la aplicación informática se ha desarrollado con el fin de favorecer su aplicación inmediata, aunque por el motivo citado, no pueda considerarse como una herramienta definitiva.

Este modelo de contabilidad de costes nos aporta para la gestión cotidiana solución a preguntas como éstas: ¿cuánto nos cuesta un determinado

SF?, ¿qué repercusión tienen los costes de un determinado SF en los demás y en el hospital? Las respuestas a estas preguntas nos aportarán información clave para la toma de decisiones, pero siendo importantes no son suficientes.

Precisamos integrar la información de los costes producidos por los hospitales con los correspondientes a su actividad, para lo que hay que valorar la actividad de los GFH y los SF según estándares (PMC, UPA, kg de ropa lavada, etc.), y entonces se podrán generar las cuentas de resultados por niveles, se conocerá la eficacia alcanzada por los diferentes factores productivos y se tendrá información objetiva sobre las diferentes alternativas que en cada momento se ofrezcan al hospital.

### **3. «Clubs» de hospitales**





### 3. «CLUBS» DE HOSPITALES

#### 3.1. Nacimiento e importancia

El modelo de análisis y evaluación de costes del Proyecto SIGNO cobra su máxima importancia en la creación de los «Clubs» de hospitales, auténticos foros abiertos de profesionales de un mismo SF implicados en la gestión.

Desde un primer momento se evidenciaron los puntos débiles de la organización del hospital, al tiempo que se consideró imprescindible la gestión departamental para lograr los objetivos finales del Proyecto.

Como se ha indicado, los «Clubs» se constituyen con el fin de hacer participar a los profesionales de los diferentes SF en la definición del modelo de gestión para su área, persiguiendo lo siguiente:

- Potenciar la competencia y la colaboración en la introducción de técnicas de gestión.
- Mejorar el nivel medio de gestión departamental.
- Buscar entre todos los profesionales implicados soluciones dentro del propio sistema.
- Crear un marco de encuentro y debate permanente.

Todos los «Clubs» tienen el mismo encargo, que se cifra en los siguientes cuatro importantes documentos básicos:

1. Elaborar la *Guía de Gestión*, auténtica norma básica del trabajo directivo y organizativo del SF.
2. Confeccionar el *Catálogo de Productos*, con definición de las URV de cada uno de ellos y la metodología para la obtención de estándares.
3. Desarrollar las líneas básicas en información e informática, elaborando el conjunto mínimo básico de datos precisos para la adecuada gestión del SF y para la comparación con otros hospitales.

#### 4. Elaborar los criterios de homologación del SF y de la auditoría.

Marcándose las siguientes líneas de actuación:

- Buscar las soluciones dentro del sistema, con el protagonismo de los profesionales implicados.
- Crear el marco adecuado de interacción.
- Tratar que las soluciones corran desde el lugar donde se han generado al lugar donde se necesitan.
- Animar a los profesionales a asumir riesgos que ellos por sí solos no intentarían.
- Normalizar los productos obtenidos y su utilización.
- Acompañar la implantación con acciones formativas y de difusión.

Se han constituido los siguientes «Clubs»:

- Personal
- Suministros
- Farmacia
- Facturación
- Radiología
- Bloque Quirúrgico
- Enfermería
- Anatomía Patológica
- Laboratorio de Bioquímica
- Gestión de Pacientes
- Hostelería
- Hematología

### 3.2. La actividad y la gestión

Los *Catálogos de Productos* que han sido elaborados por cada «Club» son la herramienta básica que permite:

- Aportar desde cada GFH su facturación interna con significación clínico-económica a la gestión analítica, para determinar el CtSv y el CtEp.
- Comparar entre los mismos SF de diferentes hospitales la calidad y la eficiencia de sus productos, para lo que es necesario definir estrictamente los elementos que configuran el catálogo de cada UF.

El *Catálogo* de cada UF consta de los siguientes elementos:

1. Definición de la actividad: descripción clara y concisa de la actividad que permita su expresa identificación y la homologación de su medición.
2. Codificación de las actividades: de forma que se garantice su tratamiento informático.
3. URV: establece para cada actividad su puntuación relativa en cuanto a utilización de recursos y debido a su coste total, dificultad técnica, etc.
4. Codificación alternativa: aun siendo conscientes de la insuficiencia del CIE-9-MC para la identificación de todas las actividades, dada su importancia y continuas revisiones, es deseable, siempre que sea posible, establecer la equivalencia con cada CIE-9-MC, aunque en su defecto puede utilizarse otra codificación.
5. Coste estándar: es el valor monetario de la actividad en el hospital, en base a la identificación básica de sus componentes y a la actividad fijada por el servicio para el año. La definición del estándar es también una definición comparable de la calidad del producto.

La utilización del *Catálogo*, además de para la obtención del CtEp, supone un avance sustancial para la gestión de las diferentes áreas del hospital, ya que:

1. El registro informatizado de la actividad diaria en base al catálogo, debe ser una manera fácil de identificar: el producto o actividad realizado (código, asociado en el catálogo a su URV, coste estándar, etc.), el paciente (conexión automática con Admisión) y el SF que lo solicita.
2. La suma del número de veces que se ha realizado cada actividad por el valor en URV de la misma, nos ofrece la actividad del servicio medida en URV.
3. Las aplicaciones informáticas son capaces, a partir del registro diario, de agrupar la actividad por código de producto o actividad, servicio, paciente, etc., y suministrar la información que requiere el modelo.
4. El coste en pesetas de la URV en ese período se calcula dividiendo el coste total del servicio por el número de URV producidas, con lo que la

estimación del coste real de una actividad concreta se obtiene multiplicando el coste de la URV por el valor en URV del catálogo.

5. El análisis de resultados se establece al comparar el coste real con el coste estándar. Las diferencias deben buscarse en lo siguiente:

- Análisis de actividad.
- Análisis de precios.
- Análisis de cantidades.
- Análisis de calidad.

La cuenta de resultados y, por tanto, la pérdida o beneficio del servicio debe realizarse comparando el coste total del servicio con su facturación al hospital vía estándares. También puede facturarse por URV, y en tal caso se imputa el coste total del servicio y, por tanto, el resultado siempre será cero.

6. Finalmente, es muy importante que el sistema de información del hospital facilite los elementos necesarios para la determinación de los costes estándares, lo que implica la debida conexión con Suministros, Personal, Farmacia, etc., y el coste del SF en los términos que establece la gestión analítica.

Las dos opciones deben contemplarse, puesto que ambas tienen ventajas e inconvenientes:

- La facturación interna por estándares detecta claramente las ineficiencias de cada unidad en su cuenta de resultados y ofrece el coste normalizado de los productos finales, pero no determina su coste real.
- La facturación interna por URV determina los costes reales de los productos intermedios y finales, pero no identifica las bolsas de ineficiencia del proceso asistencial. Tampoco aporta los elementos para realizar un análisis de la calidad del producto.

### Catálogo de anatomía patológica

Se ha dividido en tres grupos de prestaciones, a saber: Patología Autóptica, Citopatología y Patología Quirúrgica. Por último, un anexo de técnicas y estudios especiales, cuyo valor es siempre aditivo a cada prestación.

<i>Código AO</i>	<i>Autopsias</i>	<i>URV</i>
A001	Sin SNC	140
A002	Con cerebro	160
A003	Con cerebro y médula	170
A004	Niños	150
A005	Regional	140
A006	Feto macerado	50

<i>Código CO</i>	<i>Citopatología</i>	<i>URV</i>
C001	Triple toma con diagnóstico por el médico	1.5
C002	Triple toma con supervisión por el médico	1
C003	Exudado nasal sin recogida de muestra	1
C004	Exudado con recogida de muestra	2
C005	Resto de citopatología exfoliativa	5
C006	Líquido BAL	8
C007	Semen	3

*Ejemplos de un catálogo, con codificación y valoración de un «Club»*

En definitiva, cada «Club» atiende a tres cuestiones:

1.<sup>a</sup> El catálogo, que indica los servicios que se prestan (determinaciones, pruebas, acciones, etc.), la forma de hacerlos (estándares y URV) y los portadores o receptores de dichos servicios (los SF clientes o los episodios clínicos).

2.<sup>a</sup> El sistema informático, que dota a los profesionales de la información necesaria para su gestión interna y como referencia a su contribución del producto final.

3.<sup>a</sup> La homologación, que se controla a través de un *Test* elaborado por cada «Club» y que se plantea los criterios básicos de funcionamiento del área.

*Ejemplo de sistema de información*

Formato del fichero de tecnicas y diagnosticos (CMBD-APA)		
<i>Posición</i>	<i>Contenido</i>	<i>Formato</i>
1	Código de transacción	Numérico (9)
2	Tipo de actividad	Carácter (6)
3	Fecha de realización	Fecha (10)
4	UF Cliente	Carácter (4)
5	SF Cliente	Carácter (4)
6	UF Responsable	Carácter (4)
7	Tarjeta sanitaria	Numérico
8	Núm. Historia Clínica	Numérico (9)
9	Núm. Episodio	Numérico (9)
10	Código Técnica	Carácter (10)
11	Cantidad	Decimal (9,2)
12	Identificación	Carácter (15)
13	Diagnóstico subepisodio	Carácter (10)
14	Número de proceso	Numérico (9)
15	Fecha inicio (DD/MM/AAAA)	Fecha (10)
16	Fecha final (DD/MM/AAAA)	Fecha (10)
17	Diagnóstico principal	Carácter (10)
18	Case-mix 1	Carácter (10)
19	Peso asociado (1)	Numérico (9)
20	Case-mix 2	Carácter (10)
21	Peso asociado (2)	Numérico (9)

### 3.3. La homologación de los «Clubs»

Como decíamos en el apartado de la homologación, cada «Club» ha ido definiendo la homologación de su área como respuesta a la necesidad de definir un léxico común.

El sistema de evaluación está constituido sobre los siguientes cuatro criterios:

1. Identificación y normalización de los SF clientes, de cada paciente y del acceso a los servicios del área.
2. Identificación de la actividad y normalización del catálogo de técnicas o actividades.
3. Identificación y normalización de la calidad técnica y aparente.
4. Requisitos mínimos de organización.

El *Test de Homologación* tiene varias cuestiones, de 20 a 30, dependiendo de cada «Club», y a cada una de ellas se le ha asignado un peso en puntos. El total de los puntos obtenidos por el Servicio de un determinado hospital al pasar el *Test* determina el nivel de homologación:

- Nivel IV: Homologación en proceso.
- Nivel III: Homologación básica.
- Nivel II: Homologación media.
- Nivel I: Homologación máxima.

*Ejemplo de los criterios de homologación de un «Club»*

<i>Sistema de homologación</i>		<i>Enfermería</i>
<i>Nivel III</i>	<i>Nivel II</i>	<i>Nivel 1</i>
1. El catálogo de enfermería es el homologado por el signo II.	Se utiliza en más del 50% de las Unidades de Hospitalización	Se utiliza en el 100%
2. Hemos elegido el modelo de agrupación de acciones	Tenemos definidas las agrupaciones («perfiles») que afectan al 70% de los pacientes atendidos en al menos dos Unidades de Enfermería	Las tenemos definidas para más del 70% de los pacientes y al menos en el 10% tenemos determinados sus precios estándar
3. Planificamos los cuidados de enfermería por niveles al menos en el 25%	En más del 50% de las Unidades de Enfermería	Planificamos las unidades de enfermería por planes de Cuidados estandarizados.

Cada homologación se encuentra en una aplicación informática que funciona presentando una pregunta y solicitando una respuesta, una vez contestada pasa a la siguiente pregunta y así hasta su finalización.

Cada una de las cuestiones propuestas tiene tres niveles de respuesta, y una vez contestadas todas ellas aparecen la puntuación obtenida y el nivel de homologación en el que se encuentra el SF.



## **4. SIGNO II: El coste por episodio**



#### **4. SIGNO II: EL COSTE POR EPISODIO**

Después de la implantación del modelo SIGNO I, la realidad de la gestión hospitalaria se resume en un avance de la misma plasmado en diversas experiencias alcanzadas con la implantación de modelos analíticos y la generalización y desarrollo de la codificación diagnóstica CIE-9-MC.

Por otra parte, la necesidad de introducir cambios, en el sistema de financiación, acercándolo progresivamente a un sistema de presupuestación por actividad en base al «case-mix» de los hospitales, y la progresiva concepción del hospital como empresa de servicios, pueden hacer posible avanzar en la gestión analítica un poco más allá y empezar a trabajar en la línea de la determinación de los costes por episodio <sup>14</sup>.

Recordemos que en el modelo SIGNO I se optó por llegar al conocimiento de los costes de los GFH y no de los pacientes, ya que era necesario empezar por un mínimo real y común en la gestión de los hospitales, además de que el escaso desarrollo de los sistemas de información en general, y de la codificación diagnóstica en particular, habrían hecho imposible el lograrlo.

---

<sup>14</sup> En adelante, CtEp.



*Comparación entre el SIGNO I y el SIGNO II*

En cualquier caso, parece clara la necesidad de comenzar por un modelo de determinación de CtSv antes de llegar a uno que calcule el CtEp.

En el modelo SIGNO II adquiere aún mayor relevancia la necesidad de disponer de la información con la máxima veracidad y puntualidad, siendo preciso que la gestión analítica esté totalmente integrada en el sistema de información del hospital.

Es más, podrá definirse como un buzón o un archivo en el que vierten todos los subsistemas del hospital. Al confluir en él la información de la actividad y la de los costes derivados, tiende a convertirse en un eje básico del sistema de información o de gestión, o desde otra óptica, la implantación

del modelo SIGNO II en un centro, obliga a potenciar la progresiva integración e informatización de todos los SF.



*Esquema funcional del SIGNO II*

De ahí la necesidad de definir y normalizar con absoluto rigor, la forma en que deben establecerse las conexiones entre los diferentes subsistemas. Se ha adoptado la solución de los ficheros ASCII y la definición por parte de los «Clubs» de hospitales del conjunto mínimo básico de datos (consumos, actividad, catálogos, etc.) que deben contener estos ficheros. Tarea imprescindible para que tanto las aplicaciones ya existentes como las futuras sepan claramente cuándo, cómo y qué deben aportar en la determinación del CtSv o del CtEp.

La normalización de todo ello (sistema de homologación SIGNO II) permitirá la comparación entre hospitales, en términos de calidad y eficiencia, no sólo de los productos finales, sino también de los intermedios.

## 4.1. Implantación práctica

### 4.1.1. Requisitos para la implantación

La experiencia parece demostrar que la implantación previa de algún modelo de determinación de CtSv que cumpla los requisitos establecidos en el modelo SIGNO I y su utilización en el hospital es el paso obligado a cumplir antes de pensar en el salto a la identificación del CtEp.

Veamos los requisitos indicados, junto con un breve comentario esclarecedor de las consecuencias que implica cada uno de ellos:

1. La responsabilidad y la capacidad de gestión deben estar claramente identificadas en el organigrama del centro.

2. Las entidades y sus relaciones deben estar exactamente definidas: El modelo permite definir, a diferencia del SIGNO I, distintas líneas de agrupación para desarrollar el organigrama por centros de coste. Por ahora sólo se ha definido la línea de agrupación funcional (GFH, SF, AF), aunque en el futuro pueden desarrollarse otras (programas, direcciones, por ejemplo). El SIGNO II contempla además la posibilidad de utilizar en hospitales de gran complejidad las Unidades Funcionales<sup>15</sup>, que serían en ese caso las entidades básicas, siendo los GFH agrupación de UF. Las UF anteriormente reconocidas pueden ser clasificadas de la siguiente forma:

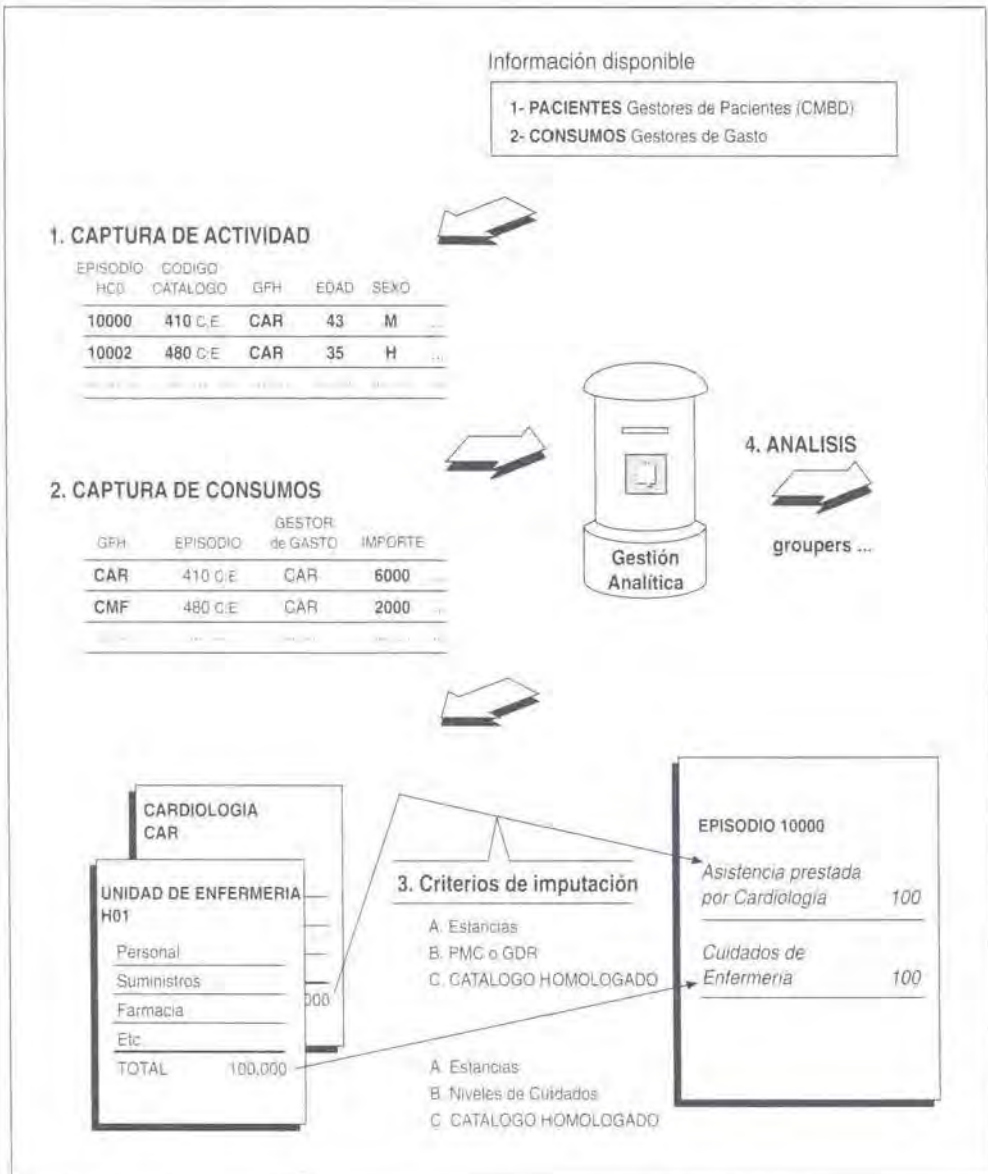
- UF gestoras de pacientes, que son aquellas que tienen la capacidad de gestionar la entrada y salida de los pacientes del hospital.
- UF gestoras de gastos, que son las que pueden comprometer al hospital frente a terceros.
- UF gestoras de actividad, que incorporan su actividad debidamente valorada, la facturación interna, a cada episodio.

3. Ningún coste puede quedar sin asignar a un GFH, pues la gestión y el destino del gasto en el hospital deben estar formal y realmente definidos. Es necesario mejorar los circuitos de información, de modo que los gestores de gasto envíen informáticamente al final de cada mes, la información económica que sirve de fuente a la gestión analítica. El detalle con que cada gestor aporta sus datos se determina por el catálogo, que puede

---

<sup>15</sup> En adelante, UF.

ir desde la máxima agregación (un solo producto por cada gestor) hasta el detalle más analítico que sea posible. Una vez más se deben responder aquí algunas preguntas básicas, como: ¿quién gasta?, ¿para quién se gasta?



4. Ningún paciente puede quedar sin recibir sus costes: El coste de cada paciente puede conseguirse por asignación directa (farmacia en dosis unitarias, prótesis u otros suministros diferenciales del proceso asistencial y que alcancen un valor económico superior al precio de la estancia), o, si esto no es posible, se imputan siguiendo algún criterio de reparto desde el GFH que le atiende. En ambos casos es imprescindible mantener la conexión entre el GFH y el paciente. Las preguntas a responder serían: ¿quién recibe el coste?, ¿en qué se ha utilizado el coste?, ¿para quién es el coste?

5. La capacidad de identificar al paciente y su entrada y salida del hospital debe estar centralizada en las UF gestoras de pacientes, vinculando cualquier soporte de información asistencial no sólo a la historia clínica, sino además a un GFH. De esta forma, se garantizará la veracidad y la oportunidad de la información. Los flujos entre los SF gestores de pacientes y la gestión analítica (episodios) deben cuadrar sistemáticamente y a tiempo real. Además, es muy importante centralizar en pocos SF la capacidad de identificación del paciente y su entrada o salida del hospital.

Los gestores de pacientes envían informáticamente, al final de cada mes, la información sobre el paciente para nutrir la gestión analítica. El detalle con que cada gestor aporta sus datos, se determina por el catálogo que ha definido en esta relación y por la capacidad de identificar a priori el proceso a que va a ser sometido el paciente.

En la medida que la historia se abre para un paciente y para sus relaciones asistenciales pasadas, presentes y futuras con el hospital, es preciso acotar en el tiempo su identificación, acercando su concepción al planteamiento de proceso asistencial.

Por ello, se define el episodio de historia clínica como la identificación del paciente (número vinculado a su historia clínica) durante el tiempo necesario para recoger los servicios hospitalarios destinados a completar una prestación. El episodio dependerá de la definición que se establezca en nuestro país sobre los procesos asistenciales y su correspondiente tarifa.

Por lo anterior, se identifica número el de episodio con:

- a) El ingreso de un paciente en hospitalización.
- b) La urgencia.



c) Cada una de las consultas que se realicen o cada uno de los procesos resolutivos ambulatorios.

En conclusión, el GFH o la UF recibe la información necesaria para gestionar:

- La información sobre identificación del paciente: historia clínica, episodio, etc.
- Sus costes, desde los gestores de gasto e incluso, en algunos casos, esos costes van asociados a sus pacientes.

Antes de pasar al proceso de imputación es imprescindible, por tanto, que el consumo del hospital y los pacientes estén localizados en cada GFH.

La agrupación de los costes por GFH y la consideración de los GFH finales como los receptores de todos los recursos del hospital, da lugar al cálculo del CtSv, lo que ya se consigue con el SIGNO I. Los mismos procedimientos de cálculo asociados al paciente y a la consideración de que solo el episodio es el receptor último de los costes del hospital lleva al SIGNO II, CtEp. Ambos productos son simultáneos y no excluyentes.

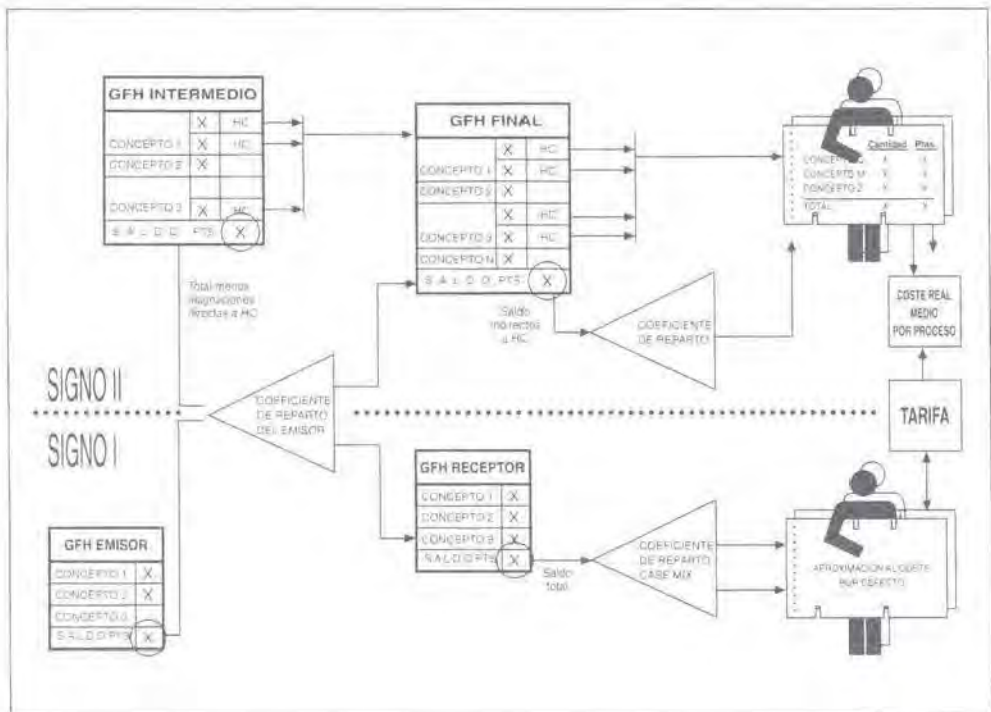
#### **4.1.2. Imputación e integración de costes**

La estructura de costes definida hasta el momento sólo determina los costes directos. Sin embargo:

- Para obtener el coste total de los GFH finales falta incorporar los costes repercutidos y estructurales.
- Para obtener el CtEp se necesitan recoger todos los costes que se le han vinculado directamente en el tránsito por el hospital y además, es preciso que los costes sin vinculación directa al paciente puedan ser imputados desde el propio GFH en que se encuentra o en los demás que trabajan para él.

No obstante, la estructura de costes puede variar notablemente si se habla del CtSv (repartir todos los costes del hospital entre los GFH finales), o del CtEp (repartir todos los costes del hospital, incluidos los de los GFH finales, a los episodios), aunque los términos que se conjugan son muy similares.

La distribución de los costes se realiza desde un GFH emisor que asigna sus costes entre uno o varios GFH a través de un criterio de reparto o un gestor de actividad.



*Comparación entre el SIGNO I y el SIGNO II en el traslado de costes*

Los gestores de actividad aportan informáticamente, al final de cada mes, a la gestión analítica su facturación interna, en base al catálogo que previamente hayan establecido. Dicha facturación tiene los siguientes destinatarios:

- Al GFH que realiza la actividad.
- Al GFH que lo ha solicitado.
- Al episodio para el que se ha realizado, pues el episodio es receptor neto.
- La significación clínico-económica de la actividad concreta, expresada en un catálogo de intervenciones, exploraciones o determinaciones.

El proceso de imputación se define por la relación entre el emisor, el coeficiente de reparto y el receptor:

- En el CtSv, el coste total del emisor se distribuye a un concepto predefinido de uno o varios receptores. En el SIGNO I, el proceso de cálculo se realizaba mediante la cascada analítica que no admitía la facturación cruzada entre GFH.
- En el CtEp, las coordenadas del modelo son: el GFH que realiza el servicio y que proporciona la información de arranque, el GFH receptor de la actividad o del material y al que se le factura y, finalmente, el episodio como destino de ambos. Si cada peseta que circula en el hospital se vincula a estas tres coordenadas para obtener el CtEp es necesario que:
  - Se retiren de cada GFH los costes con vinculación directa a paciente y se imputen al episodio.
  - El resto que queda en cada GFH se traslada directamente al paciente si su facturación interna lo identifica, o a otros GFH más cercanos al paciente en la organización del proceso asistencial y, por último, los GFH finales vuelcan todos sus costes a los episodios tratados.

En este caso, la imputación de costes se realiza mediante un reparto más complejo que trabaja con sistemas de prestaciones simultáneas, lo que facilita el realizar imputaciones cruzadas.

Como ejemplo de algunos de los componentes del episodio, pueden verse los tres ejemplos siguientes:

1. Consultas Externas: Distribuye mensualmente a cada paciente los costes que haya acumulado en dicho período; para ello, se seguirá el catálogo de actos médicos establecido, conjunto de visitas, curas, exploraciones y procesos resolutivos, y su ponderación en URV para calcular su coste
2. Bloque Quirúrgico: Distribuye mensualmente a cada paciente los costes que haya acumulado en dicho período; para ello, se seguirá el catálogo de intervenciones establecido y su ponderación en URV para calcular su coste. No se incluyen los costes del cirujano, que se trasladan desde el GFH correspondiente de Cirugía.
3. Hospitalización: Distribuye mensualmente a cada paciente los costes que hayan acumulado en dicho período las UF de Enfermería; para ello,

se seguirá el catálogo de cuidados establecido y su ponderación en URV para calcular su coste.

#### 4.1.2.1. Un ejemplo de prestaciones cruzadas

Si seguimos utilizando el mismo ejemplo <sup>16</sup> del epígrafe 2.1.3.2., supongamos los datos que se muestran en el cuadro siguiente:

<i>GFH</i>	<i>Tipo</i>	<i>Costes propios (pta)</i>
Limpieza	Estructural	10.000.000
Mantenimiento	Estructural	10.000.000
Laboratorio	Intermedio	20.000.000
Cirugía	Final	20.000.000
Medicina	Final	40.000.000
Total		100.000.000

*Ejemplo de tabla de costes propios de los GFH*

Además, supóngase también que se ha producido la facturación de la tabla siguiente:

<i>GFH</i>	<i>Limpieza</i>		<i>Mantenimiento</i>		<i>Laboratorio</i>	
	<i>m<sup>2</sup></i>	<i>%</i>	<i>Partes</i>	<i>%</i>	<i>URV</i>	<i>%</i>
Limpieza	—	—	30	10	—	—
Mantenimiento	60	30	—	—	—	—
Laboratorio	70	35	150	50	—	—
Cirugía	40	20	60	20	6.800	40
Medicina	30	15	60	20	10.200	60
Total	200	100	300	100	17.000	100

*Ejemplo de tabla de facturación entre GFH*

<sup>16</sup> Suponemos, a los únicos efectos del ejemplo, que los costes del Laboratorio no se trasladan al episodio, sino a los GFH solicitantes o clientes.

El proceso de reparto realizado, tras solucionar el problema de las prestaciones recíprocas con alguno de los medios propios de la Contabilidad Analítica <sup>17</sup>, se muestra en la tabla siguiente:

Concepto	Total	Limpieza	Mantenimiento	Laboratorio	Cirugía	Medicina
Costes propios	100.000.000	10.000.000	10.000.000	20.000.000	20.000.000	40.000.000
Limpieza		-11.340.206	3.402.062	3.969.072	2.268.041	1.701.031
Mantenimiento		1.340.206	-13.402.062	6.701.031	2.680.412	2.680.413
Laboratorio				-30.670.103	12.268.041	18.402.062
Total	100.000.000	0	0	0	37.216.494	62.783.506

*Ejemplo de tabla final de costes de los GFH*

#### 4.2. Desarrollo del SIGNO II

Una idea muy extendida es que es necesario tener todas las áreas completamente informatizadas e integradas para la implantación del CtEp. Esto, que puede garantizar el óptimo, en estos momentos es difícil de conseguir por:

- Los hospitales cuentan con un desigual desarrollo informático que, además, tiene problemas de integración entre los distintos sistemas.
- Las diferentes opciones sobre tecnologías de la información adoptadas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, se ha optado por:

- Una aplicación informática que puede utilizarse en cualquier gestor de base de datos.
- Ficheros de transacción que con formatos estándar puedan garantizar la comunicación entre subsistemas y la integración necesaria para el proyecto.
- Una implantación basada en la aproximación gradual y progresiva al CtEp.

<sup>17</sup> Véase, por ejemplo, el *Manual de Contabilidad Analítica y Estadística de Costes*, de Julio A. Ortega, editorial ICAI, 2ª edición, Madrid, 1994, páginas 190 y siguientes.

Supongamos que un hospital tiene únicamente informatizada su Admisión (codificadas sus altas en base al CMBD) y el consumo distribuido a cada unidad de los GFH gestores de gasto. La aplicación del SIGNO II sólo puede hacer una primera aproximación al coste por episodio, es decir, imputar a cada paciente los costes calculados desde las unidades directamente vinculadas con él. Naturalmente, el coste imputado a cada paciente, siguiendo criterios de imputación más o menos sofisticados a partir de la información suministrada por Admisión y por el CtSv tendrá poco detalle, limitándose a la atención prestada por el SF, a la atención ambulatoria, y poco más.

Pero supongamos que ese mismo hospital ha incorporado e informatizado la dispensa en unidosis y el SF de Radiodiagnóstico registra en su aplicación su actividad. En tal caso, la gestión analítica puede capturar ahora el fichero de la actividad de Radiodiagnóstico e incorporar la información del episodio en la captura del fichero de Farmacia. Esta información, vinculada directamente al paciente permite asignarle directamente sus costes y detraerlos del SF final. El CtEp tiene dos nuevos conceptos: Radiodiagnóstico y Medicamentos.

En definitiva, cualquier nueva mejora del sistema de información del hospital puede incorporarse a la gestión analítica y mejorar su identificación del coste de cada episodio.

Asimismo, la aplicación permite la agrupación de episodios por el CIE-9-MC o por case-mix<sup>18</sup> para obtener costes medios de los procesos.

De esta forma el SIGNO II proporciona listados y gráficos de:

- CtSv: Comparación entre presupuestos y costes de cada entidad, evolución de los costes de doce meses y cuenta de resultados de cada entidad, valorando sus productos en URV y en precios estándar.
- Coste por paciente: Costes por episodios agrupados por historia clínica, CIE-9-MC o por dos case-mix diferentes; CtEp desagregados en subepisodios (costes asignados directamente a paciente); evolución; desviaciones, etc.
- Coste por producto intermedio: Coste de los productos o actividades realizadas a un episodio; costes unitarios; comparaciones entre costes reales y estándares, evolución, etc.

---

<sup>18</sup> GRD u otro cualquiera de los comúnmente utilizados.

La aplicación del SIGNO II se probó en plan piloto en los hospitales de Getafe y Medina del Campo. Para su implantación se seleccionaron 19 hospitales, basándose en los siguientes criterios:

- Voluntad de participar.
- Situación de partida del hospital (encuestas de 1992 y 1993, CMBD, auditorías, etc.).
- Confianza en el equipo directivo, basada en aportaciones y participación en otros proyectos, por ejemplo.

En enero de 1994 se realizó un Taller para aprender el manejo de la aplicación con asistencia de los 19 hospitales. Con las aportaciones del Taller se mejoró y depuró la aplicación que comenzó a implantarse a partir de abril de 1994.





## **5. Más allá del proyecto SIGNO**



## 5. MAS ALLA DEL PROYECTO SIGNO

En definitiva, el Proyecto SIGNO se ha planteado como un modelo que pretende aumentar la eficiencia de los centros asistenciales.

En un inicio, el CtSv ha sido el hilo conductor que, además, permite lo siguiente:

- Identificar la estructura de responsabilidad del hospital y definir las unidades que lo componen y sus dependencias, además de hacerlo de forma homologada entre todos los hospitales.
- Introducir el debate esencial del hospital por cada unidad funcional de responsabilidad a través de las preguntas básicas de la gestión: ¿qué se hace?, ¿para quien se hace?, ¿cómo se mide lo que se hace? Esto permite introducir la facturación interna como motor del cambio.
- Una primera aproximación a la definición del coste del producto hospitalario.
- La normalización consensuada de la estructura de responsabilidad, de los criterios de facturación interna y de la estructura de costes permiten el análisis comparativo, pudiendo avanzar en la evaluación de la calidad y, por tanto, en la realización eficiente del producto hospitalario.
- La implicación de los profesionales en la definición de su área de gestión, identificando sus servicios, sus costes y mejorando, en definitiva, su gestión.

## CONSUMOS

	AÑO/MES		IMPORTE
	GFH (UF)		HISTORIA CLINICA
	CUENTA ASOCIADA (en prevision del Plan Contable)		SUBEPISODIO
	TIPO DE CONSUMO (Gestor de Gasto)		CODIGO IDENTIFICADOR
	CLASIFICACION DEL CONSUMO		



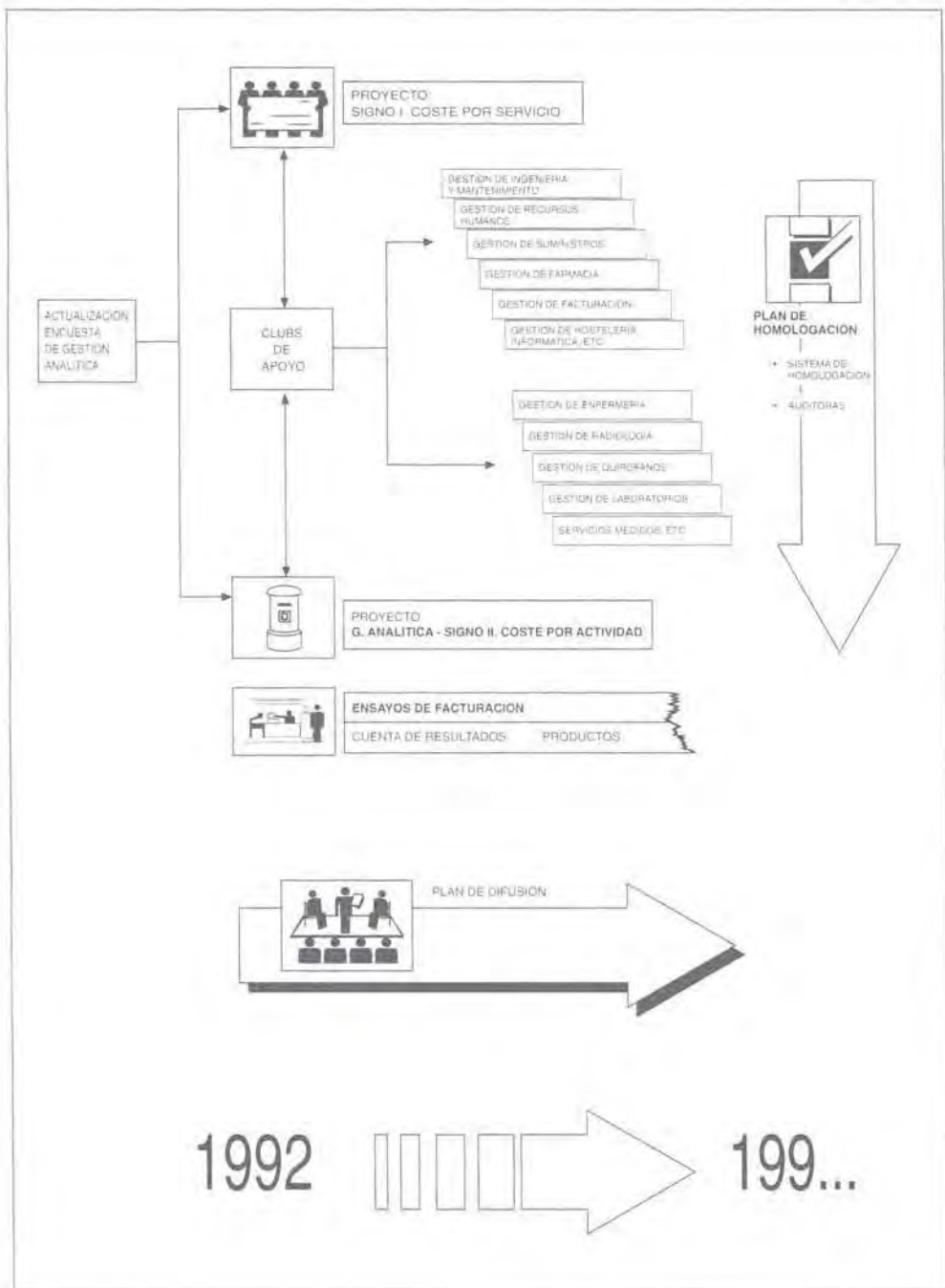
## ACTIVIDAD

	AÑO/MES		PROCESO
	GFH RESPONSABLE (UF)		CANTIDAD (URV-ESTÁNDAR)
<b>CAR</b>	GFH RECEPTOR (UF)		CODIGO CATALOGO DE PRODUCTOS
	HISTORIA CLINICA		FECHA INICIO PROCESO
	EPISODIO		FECHA FIN DE PROCESO
			CODIGO IDENTIFICADOR

*El sistema de información hospitalaria según el Proyecto SIGNO*

La experiencia de varios años de andadura del Proyecto SIGNO nos lleva a resaltar que:

- Está sirviendo, según lo previsto, más que como modelo contable, como proyecto de gestión:
  - Donde se implican los profesionales en estrategias de control de costes y se genera para ellos la necesidad de identificar sus productos asociados.
  - Se crea el marco necesario para identificar los puntos débiles de la organización básica del hospital y buscar su eficiencia a través de la facturación interna de todos los Servicios funcionales intermedios. Permite revisar toda la organización en términos participativos y coste-efectivos.
- La colaboración entre hospitales está permeabilizándolos a la gestión y está ilusionando a sus profesionales a asumir riesgos que por sí solos no habrían adquirido.
- La voluntariedad en los proyectos no ha significado un menor compromiso, muy al contrario, pero su agotamiento a medio plazo resulta obvio.
- El protagonismo y la dirección de los proyectos está pasando gradualmente a los hospitales, organizados en «Clubs» o consorcios de intereses comunes.



*Pasado, presente y futuro del Proyecto SIGNO*

En definitiva, el Proyecto SIGNO se ha planteado como un proyecto a medio y largo plazo que pretende aumentar la eficiencia de los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

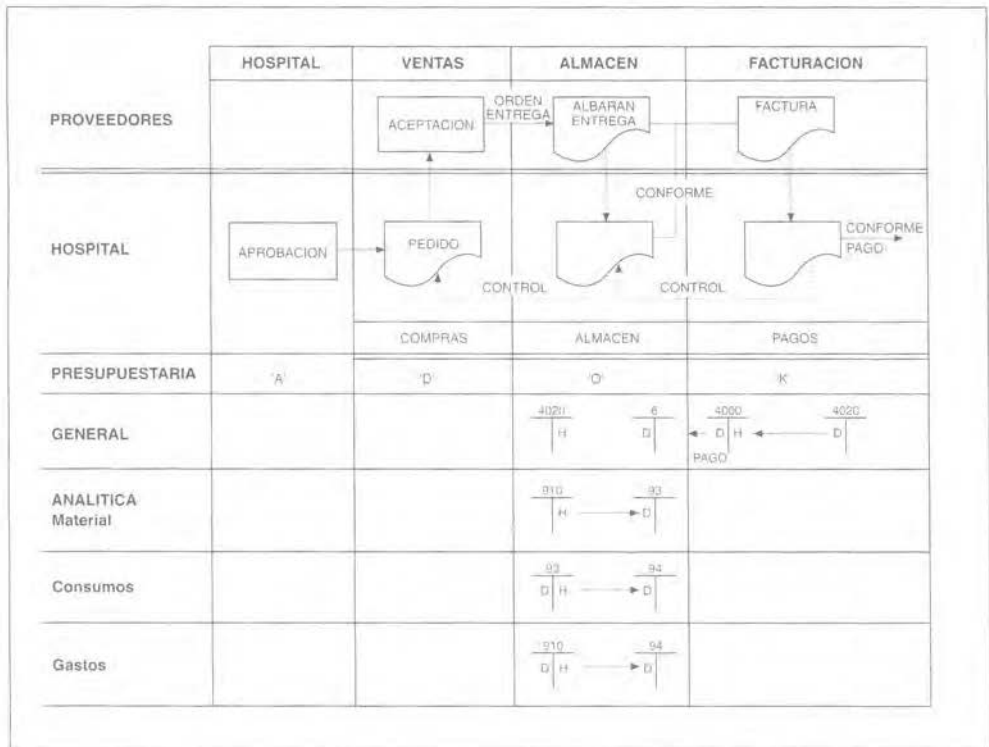
Las escenas que se repiten más frecuentemente en nuestros hospitales hacen referencia al exceso de papeleo y a la duplicidad de las acciones (es habitual, por ejemplo, que Suministros haga los pedidos a los proveedores y registre la entrada de los productos (en fichas o, con un poco de suerte, en un ordenador y utilizando una aplicación casera), que traslade dichas entradas a Contabilidad (mecanografiadas o en listados), donde, a su vez, se registrará, por un lado, en la Contabilidad General y, por otro, en la Contabilidad Presupuestaria; por último, una reclasificación de estas relaciones se reelaborarán y enviarán a Intervención o se teclearán en el SICOSS.

El resumen es que cada movimiento se habrá tetraplicado antes de que se considere cerrado. A todo esto, si preguntamos a los tres interlocutores cuál ha sido el gasto del mes, nos ofrecerán resultados claramente diferenciados. El primero nos hablará del gasto real, el segundo debería hablarnos del gasto contabilizado y el tercero del gasto validado.

Es evidente que la gestión analítica sólo puede trabajar con el primero, pero además necesita integrar y validar de forma inmediata los gastos de todos los gestores, es decir, necesita que el gasto real sea igual al contabilizado.

Por otra parte, cuando al jefe de un SF se le muestran los resultados, reclamará los datos más importantes causantes de su desviación, es decir, solicitará el detalle de sus costes.

Si seguimos utilizando el ejemplo anterior, en el que estaba implicado Suministros, observamos que el SICOSS está preparado para el seguimiento de proveedores, con lo que apenas podrá dar la información solicitada, Contabilidad se preocupa de la vigilancia del presupuesto y se conformará con ofrecernos una mala aproximación al gasto validado por epígrafes o al consumo asociado a unas restringidas cuentas de una descafeinada contabilidad general y, finalmente, Intervención no ofrece información alguna. Sin embargo lo anterior, Suministros podrá ofrecernos esa información fácilmente si cuenta con una buena aplicación informática, con mucho esfuerzo si no es así.



*Enlace de contabilidades en el hospital*

El resultado final es que nos quedará la enorme tarea de integrar los datos de los distintos gestores, para ofrecérsela en tiempo y forma a los responsables de los centros de coste.

De todo ello se sigue que es imprescindible lo siguiente:

1. Suprimir el exceso de papeleo y la duplicidad de las acciones.
2. Utilizar los recursos así librados para agilizar el sistema de información del hospital para lo siguiente:
  - Potenciar el análisis de la información en su propia fuente, mejorando los procesos de validación.
  - Permitir distintos niveles de agregación y de análisis.
  - Canalizar fácil y rápidamente la información, a nivel de agregación deseado, hacia un punto único (contabilidad real a tiempo real), man-



teniendo siempre la vinculación entre los distintos agregados y sus detalles.

Cuando lo anterior exista, podremos hablar de Contabilidad Analítica.

Además, siguiendo este hilo argumental es imprescindible:

1. Desarrollar informáticamente la gestión de los centros gestores del gasto.

2. Unificar la contabilidad desarrollando sus clasificaciones y niveles de agregación, tanto en su vertiente general o financiera como en su rama analítica.

3. Definir para la Contabilidad Analítica (grupo 9 del antiguo Plan general de Contabilidad) los apartados mencionados:

- Clasificación de los costes de las facturas en Costes Externos y Costes Calculados.
- Inventarios Permanentes.
- Clasificación de los centros de coste en correspondencia al organigrama del hospital.

4. Desarrollo informático de la aplicación de Gestión Económica y de sus vinculaciones automáticas con las anteriores, de forma que el trabajo contable, en éste ámbito, se reduzca a la verificación y cuadro de los trasposos de información realizados por los demás gestores.

5. Vinculación automática del sistema informático del hospital con el SICOSS, reduciendo las operaciones señaladas a la validación de los registros introducidos inicial y únicamente desde el GFH gestor del gasto.

La relación entre actividad y costes, en ausencia de límites a la demanda, ha de ser el auténtico eje sobre el que se oriente la presupuestación del hospital. El sistema actual presenta, entre otros, los siguientes cuatro grandes problemas:

1. Actúa con presupuestos incrementalistas e irreales al estar condicionado más a la estructura que a su actividad.

2. Penaliza el ahorro y desincentiva la actividad y su facturación, pues no se produce una relación directa entre producción o actividad y financiación o presupuesto.

3. Perpetúa los desajustes del pasado, y la inercia del sistema impide que otros mecanismos como los propios del mercado, los establecidos por la planificación sanitaria, etc., actúen como compensadores.

4. La administración, por ser rutinaria, no goza de credibilidad y ha perdido sus caracteres de instrumento básico de gestión.

Los sistemas de presupuestación por actividad, puros o mixtos (garantizando generalmente un porcentaje de los costes de estructura), se muestran mucho más acordes con la evolución general de los Hospitales, que como empresas de servicios están obligadas a competir en la asignación de los recursos. En este sentido, la necesidad de nuevos sistemas de información útiles para el gestor y para el financiador está fuera de toda duda.

El modelo SIGNO de gestión analítica constituye una muestra, en el marco de un compromiso con la gestión, o lo que es lo mismo, con la información en acción.

# **Anexo núm. 1**

## **Estructura hospitalaria**



**ESTRUCTURA HOSPITALARIA  
PROYECTO SIGNO**

**ENERO 95**

<i>Código</i>	<i>Area Funcional (AF)</i>	<i>Código</i>	<i>Servicio Funcional (SF)</i>	<i>Tipo SF</i>	<i>Grupo Funcional (GFH)</i>	<i>Unidad Funcional (UF)</i>
ADM	ADMISION	♦ ADM	ADMISION	INT		
		DCL	DOCUMENTACION CLIN.-ARCHIVO	INT		
ADT	ADMINISTRACION	♦ ADT	ADMINISTRACION	EST		
		APE	ADMINISTRACION PERIFERICA	EST		
		CDG	CONTROL DE GESTION	EST		
		GEC	GESTION ECONOMICA	EST		
		ITV	INTERVENCION	EST		
BLQ	BLOQUE QUIRURGICO	ANR	ANESTESIA Y REANIMACION	INT		
		EST	ESTERILIZACION	INT		
		♦ QUI	QUIROFANOS	INT		
CAJ	CENTROS AJENOS	♦ CAJ	CENTROS AJENOS	FIN		
		♦♦♦	(Propio de cada Centro)	FIN		
		PDE	PACIENTES DESPLAZADOS	FIN		
CEX	CONSULTAS EXTERNAS	CEX	CONSULTAS EXTERNAS	INT		
CIR	CIRUGIA	ACV	ANGIOLOGIA Y C. VASCULAR	FIN		
		CCA	CIRUGIA CARDIACA	FIN		
		♦ CGD	CIRUGIA GRAL. Y DIGESTIVO	FIN		
		CMF	CIRUGIA MAXILOFACIAL	FIN		
		CPE	CIRUGIA PEDIATRICA	FIN		
		CPL	CIRUGIA PLASTICA Y REPAR.	FIN		
		CTO	CIRUGIA TORACICA	FIN		
		NCR	NEUROCIRUGIA	FIN		
		OFT	OFTALMOLOGIA	FIN		
		ORL	OTORRINOLARINGOLOGIA	FIN		
		TRA	TRAUMAT. Y C. ORTOPEDICA	FIN		
		UEX	UNIDADES DE EXTRACCION	FIN		
		URO	UROLOGIA	FIN		
		UTR	UNIDADES DE TRASPLANTE	FIN		
DEI	DOCENCIA E INVESTIGACION	♦ DEI	DOCENCIA E INVESTIGACION	FIN		
		EUE	ESCUELA U. ENFERMERIA	FIN		
		EUF	ESCUELA U. FISIOTERAPIA	FIN		
		FME	FACULTAD DE MEDICINA	FIN		
DIR	GERENCIA Y DIRECCION	ATP	ATENCION AL PACIENTE	EST		IV NIVEL
		DEN	DIRECCION DE ENFERMERIA	EST		PREVISTO
		DGE	DIRECCION DE GESTION	EST		PARA LA
		♦ DIR	DIRECCION	EST		NUEVA
		DME	DIRECCION MEDICA	EST		APICACION
		GER	GERENCIA	EST		INTEGRADA

**ESTRUCTURA HOSPITALARIA  
PROYECTO SIGNO**

**ENERO 95**

Código	Area Funcional (AF)	Código	Servicio Funcional (SF)	Tipo SF	Grupo Funcional (GFH)	Unidad Funcional (UF)
FAR	FARMACIA	FAR	FARMACIA	INT	Se definen en cada	
HOS	HOSPITALIZACION	HOS HDD	AREAS DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION DE DIA	INT INT	Hospital según necesidades	
LAB	LABORATORIOS	ACL APA BCS GEN HEL INM ♦ LAB MIC	ANALISIS CLINICOS ANATOMIA PATOLOGICA BANCO DE SANGRE GENETICA HEMATOLOGIA LABORATORIO INMUNOLOGIA LABORATORIOS MICROBIOLOGIA Y PARASITOL.	INT INT INT INT INT INT INT INT	CODIGO: XXXX	CODIGO: XXXX ♦♦♦♦ ♦♦♦♦
LOG	LOGISTICA	ALI AUD CSJ HOT INF LAV LIM ♦ LOG MAN PER SEG SUM	ALIMENTACION AUDIOVISUALES CONSEJERIA HOSTELERIA INFORMATICA LAVANDERIA LIMPIEZA LOGISTICA MANTENIMIENTO PERSONAL SEGURIDAD Y COMUNICACIONES SUMINISTROS	INT INT INT INT INT INT INT INT INT INT INT		
MED	MEDICINA	ALG CAR DER DIG END GRT HAD HEM ♦ MIR MIV NEF NML NRL ONC ONR REH REU UTX	ALERGOLOGIA CARDIOLOGIA DERMATOLOGIA DIGESTIVO ENDOCRINOLOGIA GERIATRIA HOSPITALIZ. A DOMICILIO HEMATOLOGIA CLINICA MEDICINA INTERNA MEDICINA INTENSIVA NEFROLOGIA NEUMOLOGIA NEUROLOGIA ONCOLOGIA MEDICA ONCOLOGIA RADIOTERAPICA REHABILITACION REUMATOLOGIA UNIDAD DESINTOXICACION	FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN FIN		IV NIVEL PREVISTO PARA LA NUEVA APLICACION INTEGRADA

**ESTRUCTURA HOSPITALARIA  
PROYECTO SIGNO**

**ENERO 95**

Código	Area Funcional (AF)	♦	Código	Servicio Funcional (SF)	Tipo SF	Grupo Funcional (GFH)	Unidad Funcional (UF)
MPR	MEDICINA PREVENTIVA	♦	MPR	MEDICINA PREVENTIVA	EST		
			RDP	RADIOPROTECCION	EST		
OBG	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	♦	GIN	GINECOLOGIA	FIN		
			OBG	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FIN		
			OBS	OBSTETRICIA	FIN		
PED	PEDIATRIA		PED	PEDIATRIA	FIN		
PES	PRUEBAS ESPECIALES- GABINETES		CCN	CENTROS CONCERTADOS	INT		
			FAC	FARMACOLOGIA CLINICA	INT	Se definen en cada Hospital según necesidades	
			DIE	DIETETICA	INT		
			NFL	NEUROFISIOLOGIA CLINICA	INT		
			PES	PRUEBAS ESPECIALES-GABIN.	INT		
			FIS	FISIOTERAPIA	INT		
PRI	ATENCION PRIMARIA	♦	PRI	ATENCION PRIMARIA	FIN		
PSQ	PSIQUIATRIA		PSQ	PSIQUIATRIA	FIN		
RAD	RADIODIAGNOSTICO		MNU	MEDICINA NUCLEAR	INT	CODIGO:	CODIGO:
			RDT	RADIOTERAPIA	INT	XXXX	XXXX
		♦	RAD	RADIOLOGIA	INT	♦♦♦♦	♦♦♦♦
URG	URGENCIAS		URG	URGENCIAS	FIN		

CUANDO NO EXISTA MAYOR DETALLE, EL CODIGO DEL SERVICIO FUNCIONAL SERA IGUAL AL DEL AREA CORRESPONDIENTE EXCEPTO EN EL CASO EN QUE SEÑALE ESPECIFICAMENTE OTRA DENOMINACION ♦.

IDENTICO CRITERIO PUEDE SEGUIRSE PARA LA CODIFICACION DE GFH.

GRUPO FUNCIONAL GFH SE DEFINEN EN CADA HOSPITAL SEGUN SUS NECESIDADES.

En las páginas siguientes se ha recopilado la estructura utilizada por el Proyecto SIGNO, así como recomendaciones derivadas de las líneas de normalización y homologación.

Una estructura homologada es el primer paso para la evaluación de la eficiencia y la calidad en cada hospital, pues hace posible la comparación con los demás hospitales.

## **1. AF ADMISION (ADM)**

### **1.1. SF Admisión (ADM)**

Se encarga de la gestión de entrada y salida de pacientes.

— GFH incluidos:

- Admisión de Hospitalización.
- Admisión de Urgencias.
- Centro de Programación de Visitas.
- Admisión Traslados-Prestaciones.
- Documentación Clínica y Archivo, que se corresponde con el SF de Documentación Clínica y Archivo en los hospitales pequeños.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Administración Periférica, pues corresponde al SF de Administración Periférica.
- Facturación y Cobros, pues corresponde a la AF o al SF Administración o en el SF Gestión Económica.
- Atención al Paciente, pues corresponde al AF Gerencia y normativamente al SF Atención al Paciente.

### **1.2. SF Documentación Clínica y Archivo (DCL)**

Encargado de garantizar la custodia, conservación y control de calidad de la documentación clínica, así como su codificación y disponibilidad asistencial.

Si se diera el caso, no deseable, de que el archivo tuviera varias ubicaciones físicas, se integrarían dentro de un único SF.



— GFH incluidos:

- Archivo de Historias Clínicas.
- Unidad de Codificación.

## **2. AF ADMINISTRACION (ADT)**

### **2.1. SF Administración (ADT)**

Integra unidades que desempeñan actividades de sustento y apoyo implicadas directamente en la gestión y organización general del hospital.

— GFH incluidos:

- Administración, que se utiliza en hospitales pequeños para englobar a todo o parte de Gestión Económica, Administración Periférica y Control de Gestión.
- Registro del Hospital.
- Asuntos Generales.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Honorarios Profesionales, pues no se trata de un GFH.
- Secciones Sindicales, pues debe incluirse en el SF Personal.

### **2.2. SF Administración Periférica (APE)**

Agrupar al personal de secretaría no adscrito a los SF específicos que por sus tareas requieran personal especializado.

Integraría a las personas encargadas de la elaboración de los informes de alta, partes interconsultas, secretaría de los SF médicos, etc.

— GFH incluidos:

- Secretaría de Cirugía.
- Secretaría de Medicina.

Únicamente para SF finales, pues las secretarías de los SF intermedios, como Farmacia, Laboratorios, Consultas Externas, etc., están incluidas dentro del propio SF.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Facturación y Cobros, pues debe incluirse en el SF Gestión Económica.
- Registro del Hospital, pues debe incluirse en el SF Administración.

### **2.3. SF Control de Gestión (CDG)**

Es el encargado del procesamiento y evaluación de la información económico-asistencial del hospital.

— GFH incluidos:

- Control de Gestión.
- Estadísticas.

### **2.4. SF Gestión Económica (GEC)**

Realiza las tareas financieras y contables del centro.

— GFH incluidos:

- Gestión Económica.
- Facturación y Cobros.
- Contabilidad.
- Fondo de Maniobra y Caja.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Intervención, pues debe incluirse en el SF Intervención.
- Acción Social, pues debe incluirse en el SF Personal.
- Junta de Personal, pues debe incluirse en el SF Personal.
- Control de Gestión, pues debe incluirse en el SF Control de Gestión.

## **2.5. SF Intervención (ITV)**

Este SF, aunque no integrado en el organigrama del hospital por sus particulares vinculaciones con el mismo, debe considerarse como un SF estructural más del hospital.

— GFH incluidos:

- Intervención.
- Contabilidad.
- SICOSS.

## **3. AF BLOQUE QUIRURGICO (BLQ)**

### **3.1. SF Anestesia y Reanimación (ANR)**

Es el encargado de los métodos y técnicas para hacer insensible al dolor y proteger al paciente de la agresión, antes, durante y después de cualquier intervención quirúrgica y obstétrica, de exploraciones diagnósticas y de traumatismos y mantener sus condiciones vitales en cualquiera de las situaciones citadas.

— GFH incluidos:

- Anestesia y Reanimación.
- Anestesia.
- Reanimación.
- Exploraciones Pre-Anestesia.
- Unidad de Dolor.

### **3.2. SF Esterilización (EST)**

Tiene como función la eliminación de microorganismos del material nuevo y reutilizable necesario para las distintas áreas del hospital, así como su distribución.

— GFH incluidos:

- Esterilización.

### **3.3. SF Quirófanos (QUI)**

Salas destinadas a la asistencia quirúrgica del paciente.

Se concibe como un SF intermedio, con responsabilidad directa de enfermería, que facilita la utilización de estas salas, durante un determinado tiempo, a los SF finales quirúrgicos.

— GFH incluidos:

- Quirófano 1.
- Quirófano 2.
- Quirófano...

— GFH incluidos incorrectamente:

- Paritorios, pues deben incluirse en el SF Obstetricia.

## **4. AF CENTROS AJENOS (CAJ)**

### **4.1. SF Centros Ajenos (CAJ)**

Centros no dependientes del hospital, pero que utilizan sus recursos para desarrollar su actividad, por tanto susceptibles de ser objeto de facturación. No se deben incluir los hospitales propios o pabellones tipo complejo.

### **4.2. SF Pacientes Desplazados (PDE)**

Recoge el importe de los productos farmacéuticos dispensados a pacientes desplazados que no corresponden al Area Sanitaria.

No se incluirá en este SF los costes orientados por dispensación de productos a enfermos ambulantes del Area.

## **5. AF CONSULTAS EXTERNAS (CEX)**

### **5.1. SF Consultas Externas (CEX)**

SF intermedio cuya función es la consulta especializada de pacientes en régimen ambulatorio, tanto dentro como fuera del recinto del hospital.

Se excluyen las específicamente destinadas a consultas de urgencia, la hospitalización de día y a domicilio.

— GFH incluidos:

- Consulta Externa 1.
- Consulta Externa 2.
- Consulta Externa...

— GFH incluidos incorrectamente:

- Hospitalización de Día, pues debe incluirse en el SF Hospitalización de Día.
- Rehabilitación, pues debe incluirse en el SF Rehabilitación.

## **6. AF CIRUGIA (CIR)**

### **6.1. SF Angiología y Cirugía Vascul ar (ACV)**

Servicio final dedicado al estudio y tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades vasculares, exceptuando las cardíacas e intracraneales.

### **6.2. SF Cirugía Cardíaca (CCA)**

Dedicado al estudio y tratamiento quirúrgico de las enfermedades cardíacas.

### **6.3. SF Cirugía General y Digestivo (CGD)**

Se ocupa de los problemas derivados de la patología abdominal, de la totalidad del aparato digestivo, del sistema endocrino, de la cabeza y del cuello (con exclusión de la patología específica de otras especialidades quirúrgicas), de la mama y de las partes blandas.

En hospitales pequeños se utiliza este SF para englobar a todos o parte de los SF del AF Cirugía.

#### **6.4. SF Cirugía Maxilofacial (CMF)**

Se ocupa del estudio, diagnóstico, tratamiento de la patología de la cavidad bucal y de la cara.

#### **6.5. SF Cirugía Pediátrica (CPE)**

Encargado del estudio y tratamiento quirúrgico de las patologías en menores de 14 años.

#### **6.6. SF Cirugía Plástica y Reparadora (CPL)**

Se ocupa de la corrección quirúrgica de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o simplemente involutivo, que requiere reparación o reposición de la cobertura cutánea, o que afecta a la forma o función corporal.

#### **6.7. SF Cirugía Torácica (CTO)**

Dedicado al estudio y tratamiento de los procesos que afectan a la región anatómica del tórax y que incluye la pared torácica, pleuras, pulmón, mediastino, árbol traqueo-bronquial, esófago y diafragma.

#### **6.8. SF Neurocirugía (NCR)**

Servicio quirúrgico que trata del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones orgánicas y funcionales del sistema nervioso central, periférico y vegetativo.

#### **6.9. SF Oftalmología (OFT)**

Trata de todo lo referente al aparato visual y sus enfermedades.

#### **6.10. SF Otorrinolaringología (ORL)**

Se ocupa de las enfermedades que afectan a la garganta, la nariz y el oído.

## **6.11. SF Traumatología y Cirugía Ortopédica (TRA)**

Se ocupa del estudio, desarrollo, conservación y restablecimiento de la forma y de la función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas por los medios médicos, quirúrgicos y físicos.

## **6.12. SF Unidades de Extracción (UEX)**

Unidades encargadas de la extracción de distintos órganos del donante para su posterior trasplante en el SF Unidades de Trasplante o en aquellos centros asistenciales encargados de su realización.

Su diferenciación del SF Unidades de Trasplante facilitará la identificación del producto y la comparación de costes de hospitales.

## **6.13. SF Urología (URO)**

Encargado del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario masculino y femenino y aparato genital del varón.

## **6.14. SF Unidades de Trasplante (UTR)**

Son las encargadas de la realización de injertos de órganos o tejidos en el propio cuerpo o en el de otra persona.

# **7. AF DOCENCIA E INVESTIGACION (DEI)**

## **7.1. SF Docencia e Investigación (DEI)**

Realiza las actividades relacionadas con estos conceptos.

— GFH incluidos:

- Docencia e Investigación.
- Biblioteca.
- Becas FISS.

- Formación Continuada.
- Quirófano Experimental.
- Animalario.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Médicos Residentes, pues deben incluirse en el SF donde prestan sus servicios.

## **7.2. SF Escuela Universitaria de Enfermería (EUE)**

Encargada de la formación de los profesionales de enfermería.

## **7.3. SF Escuela Universitaria de Fisioterapia (EUF)**

Encargada de la formación de los fisioterapeutas.

## **7.4. SF Facultad de Medicina (FME)**

Encargada de la formación de los profesionales médicos.

## **8. AF GERENCIA Y DIRECCION (DIR)**

### **8.1. SF Atención al Paciente (ATP)**

Se encarga de la acogida e información al paciente y familiares, así como de la centralización y gestión de reclamaciones y sugerencias.

— GFH incluidos:

- Atención al Paciente.
- Biblioteca de Pacientes.
- Servicios Religiosos.
- Asistencia Social.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Mortuorio, pues debe incluirse en el SF Conserjería.



## **8.2. SF Dirección de Enfermería (DEN)**

La enfermería de los SF centrales, laboratorios, consultas, quirófanos, etc. debe incluirse en los propios SF.

- GFH incluidos:
  - Dirección de Enfermería.
  - Subdirección de Enfermería 1.
  - Subdirección de Enfermería 2.
  - Subdirección de Enfermería ...
  - Enfermería Polivalente.

## **8.3. SF Dirección de Gestión (DGE)**

- GFH incluidos:
  - Subdirección de Gestión 1.
  - Subdirección de Gestión 2.
  - Subdirección de Gestión...

## **8.4. SF Dirección Médica (DME)**

- GFH incluidos:
  - Dirección Médica.
  - Subdirección Médica 1.
  - Subdirección Médica 2.
  - Subdirección Médica ...
  - Comisiones Clínicas.
  
- GFH incluidos incorrectamente:
  - Estadística Asistencial, pues debe incluirse en el SF Control de Gestión.

## **8.5. SF Gerencia (GER)**

- GFH incluidos:

- Gerencia.
  - Relaciones Públicas.
  - Atención al Paciente, si no tiene entidad de SF.
  - Control de Calidad.
  - Secretaría de Dirección.
- GFH incluidos incorrectamente:
- Biblioteca, pues debe incluirse en el SF Docencia e Investigación.

## **8.6. SF Dirección (DIR)**

Se utiliza en hospitales pequeños para englobar a todo o parte de la Gerencia y Direcciones anteriores.

## **9. AF HOSPITALIZACION (HOS)**

### **9.1. SF Areas de Hospitalización (HOS)**

Sus funciones se centran en la atención y cuidado de los pacientes durante su estancia en el hospital. El bloque de hospitalización comprende también aquellos espacios que no siendo privativos de una unidad de enfermería, son necesarios para el funcionamiento de éstas, pero se utilizan de forma compartida, así como los nidos, las salas de juego, las salas de estar, etc.

La enfermería de los SF centrales debe incluirse en el SF correspondiente.

- GFH incluidos:
- Unidad de Enfermería 1.
  - Unidad de Enfermería 2.
  - Unidad de Enfermería...
- GFH incluidos incorrectamente:
- Esterilización.
  - Laboratorios.

- Consultas Externas.
- Radiología.
- Diálisis.

## **9.2. SF Hospitalización de Día (HDD)**

Esta unidad está dirigida a atender pacientes que deban someterse a métodos de diagnóstico y tratamiento y requieran durante unas horas cuidados continuados médicos y/o de enfermería, recibiendo el alta el mismo día.

Este es un SF pluridisciplinario donde desarrollan su trabajo diferentes especialidades.

— GFH incluidos:

- HD Médico-Quirúrgico.
- HD Onco-Hematológico.

## **10. AF LABORATORIOS (LAB)**

Los SF que integran este AF realizan la analítica de rutina y urgente, especialidades de bioquímica y hematología, los exámenes de bacteriología directos, y cultivos microbiológicos, serología bacteriana y vírica, así como estudios genéticos, de piezas histopatológicas y el suministro de plasma y sangre.

En los hospitales que no exista diferenciación entre los distintos SF, englobarán su actividad en el SF Laboratorios.

En caso de existir laboratorios en centros periféricos se incluirán como GFH dentro de los diferentes SF.

### **10.1. SF Análisis Clínicos (ACL)**

— GFH incluidos:

- Análisis Clínicos.
  - Laboratorio de Urgencias.
  - Bioquímica.
  - Hormonas.
- GFH incluidos incorrectamente:
- Microbiología, pues debe incluirse en el SF Microbiología o en el SF Laboratorios cuando se integren en una sola unidad todos ellos.

## **10.2. SF Anatomía Patológica (APA)**

- GFH incluidos:
- Anatomía Patológica.
  - Necropsias.
  - Citologías.

## **10.3. SF Banco de Sangre (BCS)**

- GFH incluidos:
- Banco de Sangre.
  - Hermandad de Donantes.

## **10.4. SF Genética (GEN)**

## **10.5. SF Hematología (HEL)**

## **10.6. SF Inmunología (INM)**

## **10.7. SF Laboratorios (LAB)**

Se utiliza en hospitales pequeños para englobar a todos o parte de los laboratorios.

## **10.8. SF Microbiología y Parasitología (MIC)**

## **11. AF LOGISTICA (LOG)**

### **11.1. SF Conserjería (CSJ)**

Incluye las actividades que realiza el personal subalterno, así como el mortuorio.

— GFH incluidos:

- Celadores.
- Conserjería.
- Mortuorio.
- Jefatura Personal Subalterno.
- Conductores.
- Peluquería.

### **11.2. SF Hostelería (HOT)**

Engloba las actividades de alojamiento y hospedaje.

En este SF se incluye, cuando no tengan la suficiente entidad para ser servicio, los GFH Alimentación, Lavandería y Limpieza.

— GFH incluidos:

- Cafetería.
- Comedor.
- Comedor de Personal.
- Jefatura de Hostelería.
- Hospedería.

### **11.3. SF Informática (INF)**

Incluye las actividades propias derivadas de la gestión informatizada del hospital.

### **11.4. SF Lavandería (LAV)**

Agrupar las funciones que giran en torno al lavado de ropa en el hospital, así como las de distribución y almacenamiento de lencería.

Si la lavandería es contratada, su coste se incluirá en este SF o, en su caso, en el SF Hostelería.

- GFH incluidos:
  - Almacén de Lencería.
  - DIF en Lavandería.
  - Lencería y Vestuario.
  - Lavandería.
  - Plancha y Costurero.

### **11.5. SF Limpieza (LIM)**

Es el encargado de las funciones de limpieza y desinfección del hospital.

Si la limpieza es contratada, se incluirá en este SF o en el SF Hostelería.

- GFH incluidos:
  - Limpieza Propia.
  - Limpieza Contratada.

### **11.6. SF Logística (LOG)**

Si por las características del hospital no tuvieran suficiente entidad los SF del Area Logística, se agruparán bajo este SF.

### **11.7. SF Mantenimiento (MAN)**

Incluye los GFH encargados del mantenimiento preventivo y correctivo de la urbanización, los edificios, el equipamiento y las instalaciones del hospital, de la conservación de la estructura física y del suministro de agua y energía.

- GFH incluidos:
  - Agua.
  - Almacén de Mantenimiento.

- Ascensores.
- Central Térmica.
- Contratos y Reparaciones Externas.
- DIF en Mantenimiento.
- Electricidad.
- Electromedicina.
- Gas.
- Mantenimiento Correctivo.
- Mantenimiento de Edificios y Zonas Comunes.
- Mantenimiento Preventivo.
- Oficina Técnica.
- Oxígeno, Protóxido y Otros Gases Medicinales.

### **11.8. SF Personal (PER)**

Encargado de la gestión del personal del hospital en su más amplia concepción.

— GFH incluidos:

- Asesoría Jurídica.
- Centrales Sindicales.
- Formación de Personal.
- Planificación de Recursos Humanos.
- Junta de Personal.
- Acción Social.
- Personal en expectativa de GFH.
- Nóminas.
- Vestuarios.

### **11.9. SF Seguridad y Comunicaciones (SEG)**

Incluye las funciones relacionadas con la seguridad de edificios y personas, usualmente concertadas con compañías especializadas, así como los servicios telefónicos, postales, telegráficos y cualquier tipo de comunicación.

— GFH incluidos:

- Central Telefónica.

- Seguridad y Vigilancia.
- Seguridad de Instalaciones.

### **11.10. SF Suministros (SUM)**

Su función es la compra, almacenamiento y distribución de productos, incluidas las prótesis, para consumo del resto del hospital. Incluye los almacenes generales, excepto el de farmacia y el de alimentación.

— GFH incluidos:

- Almacén.
- Aprovisionamientos.
- Compras.
- DIF en Suministros.

### **11.11. SF Alimentación (ALI)**

Se encarga de la compra y recepción de víveres, preparación y distribución de menús de comida para pacientes en el hospital.

Si la cocina no es propia, la contrata se incluirá en este SF o, en su caso, en el SF de Hostelería.

— GFH incluidos:

- Almacén.
- Cocina.
- Dietética (Unidad de Nutrición).
- DIF en Alimentación.

### **11.12. SF Audiovisuales (AUD)**

Integra las actividades de imprenta, reprografía, fotografía, técnicas audiovisuales y similares.

— GFH incluidos:

- Audiovisuales.



- Imprenta.
- Fotografía.
- Reprografía.

## **12. AF MEDICINA (MED)**

### **12.1. SF Alergología (ALG)**

Se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de la patología producida por mecanismos inmunológicos, especialmente de hipersensibilidad.

### **12.2. SF Cardiología (CAR)**

Encargado del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

— GFH incluidos:

- Arritmias.
- Cardiología.
- Hemodinámica Cardíaca.
- Electrocardiogramas.
- Pruebas Funcionales.

### **12.3. SF Dermatología (DER)**

Dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades de la piel.

### **12.4. SF Digestivo (DIG)**

Se ocupa de las enfermedades que afectan al aparato digestivo

### **12.5. SF Endocrinología (END)**

Se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las patologías del sistema endocrino, así como del metabolismo de las sustancias nutritivas

y de las consecuencias patológicas derivadas de sus alteraciones de todo tipo.

### **12.6. SF Geriatría (GRT)**

Se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las patologías en la tercera edad.

### **12.7. SF Hospitalización a Domicilio (HAD)**

Es el SF encargado de la supervisión desde el hospital de los pacientes que continúan siendo tratados en su domicilio.

### **12.8. SF Hematología Clínica (HEM)**

Se ocupa del estudio de las patologías de los elementos formes de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

### **12.9. SF Medicina Interna (MIR)**

Realiza las funciones propias de la especialidad médica correspondiente.

En los hospitales que por su tamaño y características no existiera diferenciación entre los diversos SF médicos, se considerará a éste como aglutinador del resto.

### **12.10. SF Medicina Intensiva (MIV)**

Se encarga del tratamiento de pacientes que por la gravedad de su patología requieren una atención continua e inmediata.

Es un SF final, por lo que no tiene criterios de imputación.

— GFH incluidos:

– Unidad de Cuidados Intensivos 1.

- Unidad de Cuidados Intensivos 2.
- Unidad de Cuidados Intensivos ...
- Medicina Intensiva – Unidad coronaria.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Unidad de Reanimación, pues debe incluirse en el SF Anestesia y Reanimación.

### **12.11. SF Nefrología (NEF)**

Es el encargado del estudio y tratamiento de las patologías renales.

— GFH incluidos:

- Nefrología.
- Diálisis.

### **12.12. SF Neumología (NML)**

Estudia, diagnostica y trata las patologías respiratorias.

### **12.13. SF Neurología (NRL)**

Se encarga de las patologías del sistema nervioso central y neuromuscular.

### **12.14. SF Oncología Médica (ONC)**

Se encarga del diagnóstico, seguimiento y tratamiento médico de las neoplasias.

— GFH incluidos:

- Oncología.
- Quimioterapia.

## **12.15. Oncología Radioterápica**

## **12.16. SF Rehabilitación (REH)**

Realiza las actividades encaminadas a facilitar, mantener y devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente incapacitado.

Es un SF final, por lo que no tiene criterios de imputación.

— GFH incluidos:

- Foliaría.
- Taller de Prótesis.
- Gimnasio.
- Rehabilitación.

## **12.17. SF Reumatología (REU)**

Realiza las funciones propias de la especialidad médica correspondiente.

## **12.18. SF Unidad de Desintoxicación (UTX)**

Encargado del tratamiento de los pacientes afectados por drogodependencias.

## **13. AF MEDICINA PREVENTIVA (MPR)**

### **13.1. SF Medicina Preventiva (MPR)**

Su función es realizar funciones de control interno, tanto en el personal como en las instalaciones, para evitar y prevenir los riesgos para la salud derivados de la actividad del hospital.

Se incluyen también en este epígrafe las actividades de salud laboral.

— GFH incluidos:

- Higiene Hospitalaria.
- Medicina Preventiva.
- Salud Laboral.

## **13.2. SF Radioprotección (RDP)**

Es la unidad dedicada al control de la radiación, control de aparatos radiológicos, determinación de campos de radiación, etc.

- GFH incluidos:
  - Física y Protección Radiológica.
  - Radioprotección.

## **14. AF OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (OBG)**

### **14.1. SF Ginecología (GIN)**

Es el Servicio que trata de la fisiología y patología inherente a los órganos que constituyen el tracto genital femenino, incluyendo la mama.

- GFH incluidos:
  - Ginecología.
  - Planificación Familiar.
  - Unidad de Reproducción.
- GFH incluidos incorrectamente:
  - Citologías, pues debe incluirse en el SF Anatomía Patológica.

### **14.2. SF Obstetricia y Ginecología (OBG)**

Se utiliza en hospitales sin desglose en SF en estas especialidades. No obstante, sería adecuado diferenciar los SF por el distinto valor que tiene la UPA.

### **14.3. SF Obstetricia (OBS)**

Encargado de la atención, al embarazo, parto y puerperio, integrando las actividades de examen, control, dilatación y parto, así como la reanimación del recién nacido.

- GFH incluidos:
  - Obstetricia.
  - Paritorio 1.
  - Paritorio 2.
  - Paritorio ...

## **15. AF PEDIATRIA (PED)**

Es el encargado del estudio del desarrollo de los niños, de su cuidado y del tratamiento de sus enfermedades.

- GFH incluidos:
  - Pediatría.
  - Neonatología.
- GFH incluidos incorrectamente:
  - Nidos, pues deben incluirse en la AF de Enfermería.
  - Biberonería, pues debe incluirse en la AF de Enfermería.

## **16. AF PRUEBAS ESPECIALES Y GABINETES (PES)**

### **16.1. SF Centros Concertados (CCN)**

Recoge el coste de la asistencia sanitaria concertada correspondiente a servicios prestados por Centros Ajenos.

Dicho servicio solamente se deberá crear en el caso de que nuestro sistema de información no nos permita la afectación del coste a los GFH's petionarios dentro del reparto primario de costes.

- GFH incluidos:
  - Diálisis concertadas.
  - Resonancias magnéticas concertadas.
  - Litotricias concertadas.
  - T.A.C. concertadas.

Criterio de impuración.

Nivel A: Facturación a GFH según tarifa concertada.

## **16.2. SF Farmacología Clínica (FAC)**

Se ocupa esencialmente del estudio de los efectos de los medicamentos en el hombre, centrándose habitualmente en la observación y cuantificación de los efectos farmacológicos, en la evaluación de efectos terapéuticos o en el diagnóstico y análisis de reacciones adversas.

## **16.3. SF Dietética (DIE)**

Encargado del estudio y regulación de la dieta.

## **16.4. SF Neurofisiología Clínica (NFL)**

Tiene como misión la exploración funcional del sistema nervioso central y periférico, con fines de diagnóstico, pronóstico o de orientación terapéutica.

## **16.5. SF Pruebas Especiales y Gabinetes (PES)**

Incluye las exploraciones funcionales que se llevan a cabo en el hospital con fines diagnósticos, pronósticos o de orientación terapéutica, como las respiratorias, digestivas, etc.

— GFH incluidos:

- Pruebas Especiales.
- Endoscopias.
- Electrocardiogramas.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Quimioterapia, pues debe incluirse en el SF Oncología.
- Neurofisiología, pues debe incluirse en el SF Neurofisiología Clínica.

## **16.6. AF Fisioterapia (FIS)**

Realiza las actividades encaminadas a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente incapacitado.

— GFH incluidos:

- Foliaría.
- Taller de Prótesis.
- Gimnasio.
- Fisioterapia.

## **17. AF ATENCION PRIMARIA (PRI)**

### **17.1. SF Atención Primaria (PRI)**

Se incluirán como SF todas las estructuras de atención primaria a las que vayan a imputarse costes desde el hospital.

## **18. AF PSIQUIATRIA (PSQ)**

### **18.1. SF Psiquiatría (PSQ)**

Es el SF encargado del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

— GFH incluidos:

- Psiquiatría.
- Psiquiatría Infantil.
- Salud Mental.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Tratamiento de toxicómanos, pues debe incluirse en el SF Unidad de Desintoxicación.

## **19. AF RADIODIAGNOSTICO (RAD)**

### **19.1. SF Medicina Nuclear (MNU)**

Es el SF que emplea los isótopos radiactivos, las radiaciones nucleares, las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo y técnicas biofísicas similares con fines diagnósticos o terapéuticos.



— GFH incluidos:

- Laboratorios RIA.

## **19.2. SF Radioterapia (RDT)**

Es el SF dedicado a la utilización de los tratamientos con radiaciones fundamentalmente destinados a pacientes oncológicos.

## **19.3. SF Radiología (RAD)**

Se ocupa del estudio de las imágenes obtenidas por medio de radiaciones y otras fuentes de energía.

— GFH incluidos:

- Ecografías.
- Mamografías.
- Resonancia Magnética.
- TAC.
- Radiología Vascular Intervencionista.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Litotricia, pues debe incluirse en el SF Urología.

## **20. AF URGENCIAS (URG)**

### **20.1. SF Urgencias (URG)**

Encargado fundamentalmente de la atención de pacientes procedentes del exterior que sufren un proceso agudo que les obliga a acudir inmediatamente al hospital. En este SF se desarrollan, pues, los primeros cuidados y procesos de diagnóstico y tratamiento para que, una vez definido el padecimiento, referir al paciente al SF requerido o darle el alta.

Aunque por razones organizativas existan urgencias pediátricas, traumatológicas, etc., se integrarán dentro de este SF como diferentes GFH.

— GFH incluidos:

- Urgencias.
- Urgencias Pediátricas.
- Urgencias Traumatológicas.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Quirófano de Urgencias, pues debe incluirse en el SF Quirófanos.
- Docencia, pues debe incluirse en el SF Docencia e Investigación.
- Formación de Personal, pues debe incluirse en el SF Docencia e Investigación.
- Servicios Religiosos, pues debe incluirse en el SF Atención al Paciente.
- Junta de Personal, pues debe incluirse en el SF Personal.
- Informática, pues debe incluirse en el SF Informática.
- Oficina Técnica, pues debe incluirse en el SF Mantenimiento.

## **21. AF FARMACIA (FAR)**

### **21.1. SF Farmacia (FSR)**

Encargado de la selección, adquisición, almacenamiento, producción y distribución de productos farmacéuticos para el consumo del resto de GFH.

Asimismo realiza funciones de información de medicamentos, farmacocinética, nutrición enteral y parenteral.

— GFH incluidos:

- Farmacia.
- Almacén de Farmacia.
- Farmacia Unidosis.
- Nutrición Enteral.
- Nutrición Parenteral.
- DIF en Farmacia.

— GFH incluidos incorrectamente:

- Suministros, pues debe incluirse en el SF Suministros.

**Anexo núm. 2**  
**Sistema de homologación**



*HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I - CUESTIONES PREVIAS  
Oficina de Acreditación - Signo I*

1.	LA CODIFICACION de Servicios... en el Hospital es única para todo el sistema de información y se utiliza para todos.		
Puntos:	50	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	4.81
2.	Unicos responsables del gasto... son Personal, Suministros, Farmacia, Mantenimiento, Hostelería y F. de Maniobra (GEC) y nadie más puede contratar en el Hospital (incluso alguno de éstos tampoco).		
Puntos:	50	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	4.81
3.	El gasto del Hospital... se considera desde el momento en que se acepta la entrada del material o se recepciona el servicio. Es decir siempre tratamos el gasto real a tiempo real.		
Puntos:	86	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	8.27
4.	LOS RESULTADOS... DE LA GESTION ANALITICA SE ENVIAN MENSUALMENTE A LOS SERVICIOS FUNCIONALES Y SE DISCUTEN PERIODICAMENTE.		
Puntos:	86	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	8.27
5.	MAS DEL 80% DE LAS ALTAS... se registran según el CMBD de acuerdo a los criterios fijados por la SG de Información y Estadísticas Sanitarias.		
Puntos:	86	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	8.27
6.	LA ACTIVIDAD AMBULATORIA... se registra totalmente distinguiendo primeras, sucesivas cirugía ambulatoria,... y por SF		
Puntos:	50	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	4.81
7.	LA NOMINA.... se asigna directa e informáticamente al GFH donde trabaja la persona, luego se asigna el coste del Servicio de personal según peso relativo - nómina/mes del GFH		
Puntos:	86	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	8.27

*HOSPITAL HOMOLOGADO*  
*REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I - CUESTIONES PREVIAS*  
*Oficina de Acreditación - Signo I*

---

8. EXISTE UN RESPONSABLE  
que garantiza la periodificación de la nómina y seguros sociales, los reintegros por ILT y la asignación informatizada y real del personal a GFH.

---

Puntos:	50	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	4.81
---------	----	---------------------------	------

---

9. EL CONCEPTO GUARDIAS MEDICAS  
se asigna al S. Final por el importe correspondiente a las guardias internas y el resto al SF de urgencias.

---

Puntos:	20	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	1.92
---------	----	---------------------------	------

---

10. LA NOMINA DE MEDICOS RESIDENTES  
se imputa al S. Final donde prestan sus servicios.

---

Puntos:	20	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	1.92
---------	----	---------------------------	------

---

11. El material de SUMINISTROS...  
se asigna por las salidas de almacén a GFH a tiempo real (informáticamente). El coste del Serv. de Suministros según el peso relativo del consumo-mes de cada GFH

---

Puntos:	85	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	8.17
---------	----	---------------------------	------

---

12. EN SUMINISTROS EXISTE...  
un catálogo informatizado de productos (incluidas prótesis) desglosado por grupos, subgrupos...

---

Puntos:	20	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	1.92
---------	----	---------------------------	------

---

13. Las ENTRADAS DE SUMINISTROS...  
se cuadran informáticamente y al menos semanalmente, con Gestión Económica.

---

Puntos:	20	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	1.92
---------	----	---------------------------	------

---

14. EL COSTE DE LAS PROTESIS...  
se imputa directamente al S. Final que las implanta.

---

Puntos:	20	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	1.92
---------	----	---------------------------	------

---

15. EXISTE UN RESPONSABLE (s)  
ENCARGADO DEL INVENTARIO DEL HOSPITAL.

---

Puntos:	50	% SOBRE TOTAL CUESTIONES:	4.81
---------	----	---------------------------	------

---

**HOSPITAL HOMOLOGADO**

**REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I - CUESTIONES PREVIAS**

*Oficina de Acreditación - Signo I*

- 
16. El INVENTARIO está...  
actualizado siguiendo los criterios de la Comisión Signo de Mantenimiento  
y asignado a GFH.

---

<b>Puntos:</b>	<b>50</b>	<b>% SOBRE TOTAL CUESTIONES:</b>	<b>4.81</b>
----------------	-----------	----------------------------------	-------------

---

17. El SF de MANTENIMIENTO...  
dispone informáticamente del inventario y repara sólo aquello que esté  
inventariado.

---

<b>Puntos:</b>	<b>85</b>	<b>% SOBRE TOTAL CUESTIONES:</b>	<b>8.17</b>
----------------	-----------	----------------------------------	-------------

---

18. EL SF de MANTENIMIENTO...  
dispone de la ficha histórica informatizada del aparato.

---

<b>Puntos:</b>	<b>20</b>	<b>% SOBRE TOTAL CUESTIONES:</b>	<b>1.92</b>
----------------	-----------	----------------------------------	-------------

---

19. Los albaranes (facturas) de  
Contratos de Mantenimiento vienen desglosados por GFH y se asignan  
periodificados, según este desglose.

---

<b>Puntos:</b>	<b>20</b>	<b>% SOBRE TOTAL CUESTIONES:</b>	<b>1.92</b>
----------------	-----------	----------------------------------	-------------

---

20. LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS  
se asignan informáticamente por las salidas del almacén a tiempo real y a  
GFH

---

<b>Puntos:</b>	<b>86</b>	<b>% SOBRE TOTAL CUESTIONES:</b>	<b>8.27</b>
----------------	-----------	----------------------------------	-------------

---

**HOSPITAL HOMOLOGADO**  
**REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I**  
*Oficina de Acreditación - Signo I*

---

**ACL ANALISIS CLINICOS**  
 Area: LAB LABORATORIOS  
 Criterios de imputación  
 Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
 Nivel B: NUMERO DE DETERMINACIONES POR GFH  
 Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

<b>Puntos:</b>	<b>ESTRUC.: 1</b>	<b>Nivel A: 1</b>	<b>Nivel B: 4</b>	<b>Nivel C: 8</b>
----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

---

**ACV ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR**  
 Area: CIR CIRUGIA  
 Criterios de imputación  
 Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
 Nivel B:  
 Nivel C:

---

<b>Puntos:</b>	<b>ESTRUC.: 1</b>	<b>Nivel A: 0</b>	<b>Nivel B: 0</b>	<b>Nivel C: 0</b>
----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

---

**ADM ADMISION**  
 Area: ADM ADMISION  
 Criterios de imputación  
 Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
 Nivel B: CARGAS DE TRABAJO  
 Nivel C: CATALOGO HOMOLOGADO DE PRODUCTOS

---

<b>Puntos:</b>	<b>ESTRUC.: 1</b>	<b>Nivel A: 1</b>	<b>Nivel B: 2</b>	<b>Nivel C: 5</b>
----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

---

**ADT ADMINISTRACION**  
 Area: ADT ADMINISTRACION  
 Criterios de imputación  
 Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL POR GFH  
 Nivel B:  
 Nivel C:

---

<b>Puntos:</b>	<b>ESTRUC.: 1</b>	<b>Nivel A: 1</b>	<b>Nivel B: 0</b>	<b>Nivel C: 0</b>
----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

---

**ALG ALERGOLOGIA**  
 Area: MED MEDICINA  
 Criterios de imputación  
 Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
 Nivel B:  
 Nivel C:

---

<b>Puntos:</b>	<b>ESTRUC.: 1</b>	<b>Nivel A: 0</b>	<b>Nivel B: 0</b>	<b>Nivel C: 0</b>
----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

---



HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

ALI ALIMENTACION  
Area: LOG LOGISTICA  
Criterios de imputación  
Nivel A: ESTANCIAS  
Nivel B: MENUS DISTRIBUIDOS POR GFH  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 2      Nivel C: 5

---

ANR ANESTESIA Y REANIMACION  
Area: BLQ BLOQUE QUIRURGICO  
Criterios de imputación  
Nivel A: TIEMPO DISPONIBLE DE QUIROFANO  
Nivel B: TIEMPO DE ANESTESIA  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 3      Nivel C: 7

---

APA ANATOMIA PATOLOGICA  
Area: LAB LABORATORIOS  
Criterios de imputación  
Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
Nivel B: NUMERO DE DETERMINACIONES POR GFH  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 4      Nivel C: 7

---

APE ADMINISTRACION PERIFERICA  
Area: ADT ADMINISTRACION  
Criterios de imputación  
Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
Nivel B: CARGAS DE TRABAJO POR GFH  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 2      Nivel C: 0

---

ATP ATENCION AL PACIENTE  
Area: DIR GERENCIA Y DIRECCION  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

*HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I*

---

**AUD AUDIOVISUALES**

Area: LOG LOGISTICA

Criterios de imputación

Nivel A: CARGAS DE TRABAJO POR GFH

Nivel B: FACTURACION A GFH

Nivel C:

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 2      Nivel C: 0**

---

**BCS BANCO DE SANGRE**

Area: LAB LABORATORIOS

Criterios de imputación

Nivel A: CARGAS DE TRABAJO POR GFH

Nivel B: UNIDADES RELATIVAS DE TRANSFUSION

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 2      Nivel C: 4**

---

**CAJ CENTROS AJENOS**

Area: CAJ CENTROS AJENOS

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0**

---

**CAR CARDIOLOGIA**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0**

---

**CCN CENTROS CONCERTADOS**

Area: PES PRUEBAS ESPECIALES

Criterios de imputación

Nivel A:

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0**

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

CCA CIRUGIA CARDIACA  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

CNN CENTROS CONCERTADOS  
Area: PES PRUEBAS ESPECIALES  
Criterios de imputación  
Nivel A: FACTURACION A GFH SEGUN TARIFAS  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

CDG CONTROL DE GESTION  
Area: ADT ADMINISTRACION  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

CEX CONSULTAS EXTERNAS  
Area: CEX CONSULTAS  
Criterios de imputación  
Nivel A: NUMERO DE CONSULTAS REALIZADAS  
Nivel B: TIEMPO ASIGNADO A GFH PARA CONSULTAS EXTERNAS  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 3        Nivel C: 7

---

CGD CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

CMF CIRUGIA MAXILOFACIAL  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

CPE CIRUGIA PEDIATRICA  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

CPL CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

CSJ CONSERJERIA  
Area: LOG LOGISTICA  
Criterios de imputación  
Nivel A: SUPERFICIE  
Nivel B: CARGAS DE TRABAJO POR GFH  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 2      Nivel C: 0

---

CTO CIRUGIA TORACICA  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

*HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I*

---

**DCL DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVO**

Area: ADM ADMISION

Criterios de imputación

Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)

Nivel B: MOVIMIENTOS DE SALIDA A GFH

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 2      **Nivel C:** 0

---

**DEI DOCENCIA E INVESTIGACION**

Area: DEI DOCENCIA E INVESTIGACION

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**DEN DIRECCION DE ENFERMERIA**

Area: DIR GERENCIA Y DIRECCION

Criterios de imputación

Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**DER DERMATOLOGIA**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**DGE DIRECCION DE GESTION**

Area: DIR GERENCIA Y DIRECCION

Criterios de imputación

Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

DIE DIETETICA  
Area: PES PRUEBAS ESPECIALES - GAB  
Criterios de imputación  
Nivel A: CARGAS DE TRABAJO  
Nivel B: PACIENTES ATENDIDOS  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 4        Nivel C: 0

---

DIG DIGESTIVO  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

DIR DIRECCION  
Area: DIR GERENCIA Y DIRECCION  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

DME DIRECCION MEDICA  
Area: DIR GERENCIA Y DIRECCION  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

END ENDOCRINOLOGIA  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

**EST ESTERILIZACION**

Area: BLQ BLOQUE QUIRURGICO

Criterios de imputación

Nivel A: TIEMPO DISPONIBLE DE QUIROFANO

Nivel B: CARGAS DE TRABAJO POR GFH (O SF)

Nivel C: FACTURA POR UNIDADES DE ESTERILIZACION

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 4      **Nivel C:** 7

---

**EUE ESCUELA UNIVERSIT. DE ENFERMERIA**

Area: DEI DOCENCIA E INVESTIGACION

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**EUF ESCUELA UNIVERSIT. DE FISIOTERAPIA**

Area: DEI DOCENCIA E INVESTIGACION

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**FAC FARMACOLOGIA CLINICA**

Area: PES PRUEBAS ESPECIALES Y GAB.

Criterios de imputación

Nivel A: CARGAS DE TRABAJO

Nivel B: NUMERO DE CONSULTAS POR GFH

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 2      **Nivel C:** 0

---

**FAR FARMACIA**

Area: FAR FARMACIA

Criterios de imputación

Nivel A: CONSUMO RELATIVO DE MEDICAMENTOS

Nivel B: CONSUMO RELATIVO DE MEDICAMENTOS MES POR UNIDOSIS

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 5      **Nivel C:** 0

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

FIS FISIOTERAPIA  
Area: PRUEBAS ESPECIALES  
Criterios de imputación  
Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
Nivel B: NUMERO DE TRATAMIENTOS POR GFH  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 4      Nivel C: 7

---

FME FACULTAD DE MEDICINA  
Area: DEI DOCENCIA E INVESTIGACION  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

GEC GESTION ECONOMICA  
Area: ADT ADMINISTRACION  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

GEN GENETICA  
Area: LAB LABORATORIOS  
Criterios de imputación  
Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
Nivel B: NUMERO DE DETERMINACIONES POR GFH  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 4      Nivel C: 7

---

GER GERENCIA  
Area: DIR GERENCIA Y DIRECCION  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B: .  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---



*HOSPITAL HOMOLOGADO*  
*REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I*  
*Oficina de Acreditación - Signo I*

---

**GIN GINECOLOGIA**

Area: OBG OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**GRT GERIATRIA**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**HAD HOSPITALIZACION A DOMICILIO**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**HDD HOSPITALIZACION DE DIA**

Area: HOS HOSPITALIZACION

Criterios de imputación

Nivel A: ESTANCIAS

Nivel B: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 5      **Nivel C:** 0

---

**HEL HEMATOLOGIA - LABORATORIO**

Area: LAB LABORATORIOS

Criterios de imputación

Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)

Nivel B: NUMERO DE DETERMINACIONES POR GFH

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 4      **Nivel C:** 7

---

*HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I*

---

**HEM HEMATOLOGIA CLINICA**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0**

---

**HOT HOSTELERIA**

Area: LOG LOGISTICA

Criterios de imputación

Nivel A: CARGAS DE TRABAJO POR GFH

Nivel B: FACTURACION A GFH

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 3      Nivel C: 5**

---

**HOS AREAS DE HOSPITALIZACION**

Area: HOS HOSPITALIZACION

Criterios de imputación

Nivel A: ESTANCIAS

Nivel B: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

Nivel C:

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 5      Nivel C: 0**

---

**INF INFORMATICA**

Area: LOG LOGISTICA

Criterios de imputación

Nivel A: NUMERO DE PUNTOS INFORMATICOS

Nivel B: CARGAS DE TRABAJO POR GFH

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 3      Nivel C: 5**

---

**INM INMUNOLOGIA**

Area: LAB LABORATORIOS

Criterios de imputación

Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)

Nivel B: NUMERO DE DETERMINACIONES POR GFH

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

**Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 4      Nivel C: 7**

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

ITV INTERVENCION  
Area: ADT ADMINISTRACION  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

LAB LABORATORIOS  
Area: LAB LABORATORIOS  
Criterios de imputación  
Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
Nivel B: NUMERO DE DETERMINACIONES POR GFH  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 4      Nivel C: 7

---

LAV LAVANDERIA  
Area: LOG LOGISTICA  
Criterios de imputación  
Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
Nivel B: KG DE ROPA LAVADA POR GFH  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 3      Nivel C: 5

---

LIM LIMPIEZA  
Area: LOG LOGISTICA  
Criterios de imputación  
Nivel A: SUPERFICIE  
Nivel B: SUPERFICIE Y CARGAS DE TRABAJO POR GFH  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 3      Nivel C: 0

---

LOG LOGISTICA  
Area: LAG LOGISTICA  
Criterios de imputación  
Nivel A: CARGAS DE TRABAJO POR GFH  
Nivel B: FACTURACION A GFH  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 2      Nivel C: 0

---

*HOSPITAL HOMOLOGADO  
 REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
 oficina de Acreditación - Signo I*

**MAN INGENIERIA Y MANTENIMIENTO**

Area: LOG LOGISTICA

Criterios de imputación

Nivel A: SUPERFICIE + CONTRATOS EXTERNOS DIRECTAMENTE

Nivel B: CARGAS DE TRABAJO POR GFH + CONTRAT. EXT. DIRECT.

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 4      **Nivel C:** 7

**MIC MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA**

Area: LAB LABORATORIOS

Criterios de imputación

Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES

Nivel B: NUMERO DE DETERMINACIONES POR GFH

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 4      **Nivel C:** 7

**MIR MEDICINA INTERNA**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

**MIV MEDICINA INTENSIVA**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

**MNU MEDICINA NUCLEAR**

Area: RAD RADIODIAGNOSTICO

Criterios de imputación

Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)

Nivel B: NUMERO DE EXPLORACIONES/DETERMINACIONES POR GFH

Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 3      **Nivel C:** 5

*HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I*

---

MPR MEDICINA PREVENTIVA  
Area: MPR MEDICINA PREVENTIVA  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

NCR NEUROCIROLOGIA  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

NEF NEFROLOGIA  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

NFL NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
Area: PES PRUEBAS ESPECIALES Y GAB.  
Criterios de imputación  
Nivel A: CARGAS DE TRABAJO  
Nivel B: NUMERO DE EXPLORACIONES  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 4      Nivel C: 7

---

NML NEUMOLOGIA  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

NRL NEUROLOGIA  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

OBG OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
Area: OBG OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B: .  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

OBS OBSTETRICIA  
Area: OBG OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

OFT OFTALMOLOGIA  
Area: CIR CIRUGIA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

ONC ONCOLOGIA MEDICA  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

ONR ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

ORL OTORRINOLARINGOLOGIA

Area: CIR CIRUGIA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

PDE PACIENTES DESPLAZADOS

Area: CAJ CENTROS AJENOS

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

PED PEDIATRIA

Area: PED PEDIATRIA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

PER PERSONAL

Area: LOG LOGISTICA

Criterios de imputación

Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL

Nivel B:

Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

PES PRUEBAS ESPECIALES - GABINETES  
Area: PES PRUEBAS ESPECIALES Y GAB.  
Criterios de imputación

Nivel A: NUMERO DE PRUEBAS POR GFH  
Nivel B: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 3        Nivel B: 7        Nivel C: 0

---

PRI ATENCION PRIMARIA  
Area: PRI ATENCION PRIMARIA  
Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

PSQ PSIQUIATRIA  
Area: PSQ PSIQUIATRIA  
Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 0        Nivel B: 0        Nivel C: 0

---

QUI QUIROFANOS  
Area: BLQ BLOQUE QUIRURGICO  
Criterios de imputación

Nivel A: TIEMPO DISPONIBLE DE QUIROFANOS  
Nivel B: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO  
Nivel C:

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 8        Nivel B: 14        Nivel C: 0

---

RAD RADIODIAGNOSTICO  
Area: RAD RADIODIAGNOSTICO  
Criterios de imputación

Nivel A: UNIDADES PONDERADAS ASISTENCIALES (UPA)  
Nivel B: NUMERO DE EXPLORACIONES POR GFH  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:        ESTRUCT.: 1        Nivel A: 1        Nivel B: 4        Nivel C: 7

---



HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I

---

RDP RADIOPROTECCION  
Area: MPR MEDICINA PREVENTIVA  
Criterios de imputación  
Nivel A: COSTE RELATIVO DE PERSONAL  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

RDT RADIOTERAPIA  
Area: RAD RADIODIAGNOSTICO  
Criterios de imputación  
Nivel A: CARGAS DE TRABAJO POR GFH  
Nivel B: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO DE SERVICIOS  
Nivel C: FACTURACION A GFH SEGUN CATALOGO HOMOLOGADO

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 4      Nivel C: 0

---

REH REHABILITACION  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

REU REUMATOLOGIA  
Area: MED MEDICINA  
Criterios de imputación  
Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final  
Nivel B:  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 0      Nivel B: 0      Nivel C: 0

---

SEG SEGURIDAD Y COMUNICACIONES  
Area: LOG LOGISTICA  
Criterios de imputación  
Nivel A: SUPERFICIE Y NUMERO PUNTOS (teléfonos, fax...)  
Nivel B: SUPERFICIE Y FACTURACION A GFH  
Nivel C:

---

Puntos:      ESTRUCT.: 1      Nivel A: 1      Nivel B: 3      Nivel C: 0

---

*HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I*

---

**SUM SUMINISTROS**

Area: LOG LOGISTICA

Criterios de imputación

Nivel A: CONSUMO RELATIVO DE SUMINISTROS

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 1      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**TRA TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA**

Area: CIR CIRUGIA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**UEX UNIDADES DE EXTRACCION**

Area: CIR CIRUGIA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**URG URGENCIAS**

Area: URG URGENCIAS

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B: .

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

**URO UROLOGIA**

Area: CIR CIRUGIA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

**Puntos:**      **ESTRUC.:** 1      **Nivel A:** 0      **Nivel B:** 0      **Nivel C:** 0

---

*HOSPITAL HOMOLOGADO  
REGISTROS HOMOLOGADOS EN EL MODELO SIGNO I  
Oficina de Acreditación - Signo I*

---

**UTR UNIDADES DE TRASPLANTE**

Area: CIR CIRUGIA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

<b>Puntos:</b>	<b>ESTRUC.:</b> 1	<b>Nivel A:</b> 0	<b>Nivel B:</b> 0	<b>Nivel C:</b> 0
----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

---

**UTX UNIDAD DE DEXINTOXICACION**

Area: MED MEDICINA

Criterios de imputación

Nivel A: No tiene por ahora, es un Servicio Final

Nivel B:

Nivel C:

---

<b>Puntos:</b>	<b>ESTRUC.:</b> 1	<b>Nivel A:</b> 0	<b>Nivel B:</b> 0	<b>Nivel C:</b> 0
----------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

---



# **Anexo núm. 3**

## **Bibliografía**



## Documentos utilizados para la elaboración:

- *Gestión Analítica (Hacia la Contabilidad Analítica en los Hospitales)*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Noviembre 1991.
- *Proyecto SIGNO: Situación y Expectativas*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Proyecto SIGNO: Un Año; Presentación*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1993.
- *Sistemas de Homologación, Versión 1.1*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Septiembre 1993.
- *Auditoría de Homologación: Guía del Auditor, Versión 0.2*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Septiembre 1993.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Recursos Humanos*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Suministros*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Farmacia*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Agosto 1992.

- *Proyecto SIGNO: Gestión de Ingeniería y Mantenimiento*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Agosto 1992.
- *Proyecto SIGNO: Gestión de Recursos Humanos*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Julio 1992.
- *Hacia un Club de Radiodiagnóstico: Catálogo de Exploraciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Agosto 1993.
- *Hacia un Club de Quirófanos: Catálogo de Intervenciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Septiembre 1993.
- *Hacia el Coste por Paciente: Gestión Analítica SIGNO II*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Febrero 1994.
- *Hacia un Club de Enfermería: Catálogo de Acciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Abril 1994.
- *Hacia un Club de Bioquímica*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Mayo 1994.
- *Hacia un Club de Anatomía Patológica: Catálogo de Exploraciones*. Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Mayo 1994.

**Otra bibliografía:**

- *Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios*. Hospital de Hellín. Murcia. Julio 1993.



