

Gestión del Bloque Quirúrgico en la Fundación Hospital Alcorcón

Catalina Royuela*, Diego Ayuso*, Pilar Prieto **, Esther Muñoz**

*Subdirección de Organización Operativa y Enfermería, **Responsables de Enfermería Bloque Quirúrgico.

Correspondencia

Catalina Royuela
Fundación Hospital Alcorcón
Subdirección de Organización Operativa y Enfermería
C/ Budapest nº 1
28922 Alcorcón (Madrid)
E-mail: croyuela@fhalcorcón.es

Resumen

La Dirección de Organización Operativa y Enfermería (DOOE), gestiona de forma autónoma el bloque quirúrgico de la Fundación Hospital Alcorcón (FHA). En este artículo se describe la metodología utilizada para la gestión del mismo en nuestro centro, utilizando como herramientas el contrato de gestión anual y un seguimiento mensual de los indicadores más relevantes mediante el cuadro de mando.

Palabras clave: Gestión de cuidados. Cuadro de mando. Contrato de gestión.

Introducción

Conforme la sociedad evoluciona y progresiona han ido surgiendo en los sistemas sanitarios nuevas fórmulas de gestión para adaptarse a las demandas de la sociedad. Los cambios epidemiológicos, las innovaciones en los sistemas de información y en la tecnología y la gran demanda de contención de costes, de calidad y de competitividad, obligan a la práctica totalidad de las organizaciones sanitarias a la introducción de reformas en sus mecanismos de gestión.

La gestión clínica forma parte de esas reformas que actualmente se están dando en las organizaciones sanitarias, en un intento de unir la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos. Este modelo de gestión ha involucrado activamente a los profesionales porque ha adoptado el lenguaje de los clínicos y se ha centrado en el proceso asistencial como razón de ser de la organización¹.

En este nuevo contexto de gestión de las organizaciones sanitarias, se ha estructurado el organigrama de nuestro Centro en torno a áreas de gestión clínica y asistencial con cesión efectiva de riesgo y asunción de responsabilidades, conformando un organigrama horizontal, de tal forma que la Dirección de Organización Operativa y Enfermería (DOOE) de nuestro centro constituye una Dirección de gestión ejecutiva con dependencia jerárquica directa del Director Gerente².

Summary

The Nursing and Organization Division of Fundación Hospital Alcorcón manages autonomously the surgical area of the hospital. This article describes the methodology in use for this purpose, using an annual management contract and a monthly follow up of the relevant indicators through a balanced score card.

Key words: Managed care. Balanced scorecard. Management contract.

Con este planteamiento se hace necesario el sistematizar la gestión de las unidades de enfermería introduciendo herramientas de planificación y control, que faciliten la organización óptima de los servicios de enfermería.

Ámbito

La Fundación Hospital Alcorcón (FHA) es un hospital del INSALUD con categoría de Fundación Pública, cuenta con personalidad jurídica propia y está sometido al derecho civil, mercantil y laboral general en sus actuaciones.

Inició su actividad en diciembre de 1997 y presta asistencia sanitaria a una parte de la población del área 8 de la Comunidad de Madrid, que abarca una población de referencia de 210.000 habitantes y en especialidades como alergología, nefrología, diálisis y cirugía vascular, inexistentes en la oferta sanitaria de la zona actualmente, tiene asignada una población en torno a 400.000 habitantes³.

La DOOE gestiona unidades asistenciales con total autonomía gestionando las unidades de hospitalización, consultas externas y el bloque quirúrgico, ofreciendo productos integrales, necesarios para el desarrollo asistencial.

Desde esta perspectiva se realiza la gestión del área quirúrgica introduciendo la gestión clínica de los cuidados de en-

fermería, dicho concepto implica a los profesionales de enfermería en la gestión de los recursos, introduciendo los términos de participación, descentralización y transferencia de riesgos. El propósito es que los profesionales de la salud se impliquen y participen en la gestión del servicio que prestan, es decir que se responsabilicen del impacto de sus decisiones¹.

La gestión clínica aplicada a las unidades de enfermería supone la integración de lo mejor de la práctica clínica de enfermería con el mejor uso de los recursos disponibles, este modelo de gestión sitúa al paciente como eje de la actividad asistencial, favorece la participación de los profesionales y permite optimizar los procesos que se realicen.

El funcionamiento del hospital, como empresa de servicios, se explica como un conjunto de pequeñas empresas que intercambian productos y servicios unos a otros, hasta llegar a conseguir el producto adecuado a las demandas de los clientes reales y potenciales del hospital. La relación que se establece entre la DOOE y las Áreas Médicas y resto de Direcciones que intervienen en el bloque quirúrgico de forma directa o indirecta, se entiende introduciendo el concepto de cadena interna cliente/proveedor², entendiendo la actuación multidisciplinaria orientada al paciente.

La Dirección Gerencia pacta con la DOOE la actividad anual a realizar en el Bloque Quirúrgico mediante el contrato de gestión anual, consensuando dicha actividad con las distintas Áreas Quirúrgicas del hospital.

Para el desarrollo de dicha actividad se dotan unos recursos, que básicamente tienen tres componentes: plantilla (Recursos Humanos), equipamiento (recursos materiales) y servicios de apoyo (hostelería, mantenimiento, esterilización, etc.). Para la elaboración del contrato de gestión se requiere una planificación estratégica y un sistema de coordinación multidisciplinar que incluye a todos los profesionales que intervienen en el bloque quirúrgico directa o indirectamente. El contra-

to de gestión aborda aspectos novedosos en gestión, como la gestión clínica y la gestión de cuidados de enfermería.

En el contrato de gestión se incluyen las líneas estratégicas y objetivos a alcanzar dentro del área. Para equilibrar los recursos con los objetivos, se establece un presupuesto económico, separado por partidas o conceptos.

El control presupuestario conlleva controlar las variables de actividad, recursos disponibles y costes, con carácter mensual y con su correspondiente reflejo anual. El instrumento utilizado para administrar y controlar la evolución de dicho presupuesto es el cuadro de mando.

El objetivo planteado con esta metodología es realizar la gestión del bloque quirúrgico en el hospital de forma planificada, coordinada, controlada y evaluando los resultados para introducir medidas correctoras en caso necesario, utilizando como herramientas el contrato de gestión anual y el cuadro de mando (Figura 1), introduciendo de esta manera una sistematización en la gestión de los servicios de enfermería.

Contrato de Gestión del Bloque Quirúrgico

Para realizar el contrato de gestión previamente la DOOE debe consensuar y pactar la actividad quirúrgica a realizar en el año siguiente, con las distintas Áreas Quirúrgicas, así como los recursos necesarios para poder desarrollarla.

Una vez consensuada la actividad, al inicio de cada año se pacta con la Dirección Gerencia, el contrato de gestión para el bloque quirúrgico.

El contrato de gestión en nuestro hospital contiene distintos apartados, comienza con el organigrama del área, que define la dependencia orgánica y funcional, todo el personal de enfermería que trabaja en el bloque quirúrgico depende directamente de la DOOE, también se detallan la misión y valores. La misión de la DOOE en el bloque quirúrgico consiste en cubrir la demanda de la actividad quirúrgica y prestar los cuidados de enfermería a los pacientes conforme a los criterios de calidad definidos.

La gestión participativa constituye nuestra herramienta principal para facilitar la máxima integración de todos los profesionales en el desarrollo de la misión.

Dentro de los valores del área se encuentran: la transformación en un sistema de proveedores de servicios cuyos clientes son los facultativos, los pacientes y sus familiares. Además se consideran como valores fundamentales del equipo de trabajo: la responsabilidad y compromiso con los resultados, el trabajo en equipo y mejora permanente.

En el contrato de gestión anual quedan definidas las líneas estratégicas, que para el año 2000 fueron: desarrollo de los planes de cuidados intraoperatorios del paciente quirúrgico y normalización de su práctica mediante la estandarización de los planes de cuidados para los principales tipos de pacientes de la unidad.

Entendiendo el hospital como una empresa de servicios^{4,5}, la cartera de clientes que la DOOE ofrece en el bloque quirúrgico está constituida por dos grupos, los clientes internos y los clientes externos (Figura 2). A los clientes internos se les facilita todo lo necesario para realizar su actividad quirúrgica. Siendo los pacientes el motivo fundamental de nuestra actuación, en torno al paciente, su bienestar y beneficio se organiza toda la actividad del bloque quirúrgico.

Figura 1. Gestión del Bloque Quirúrgico

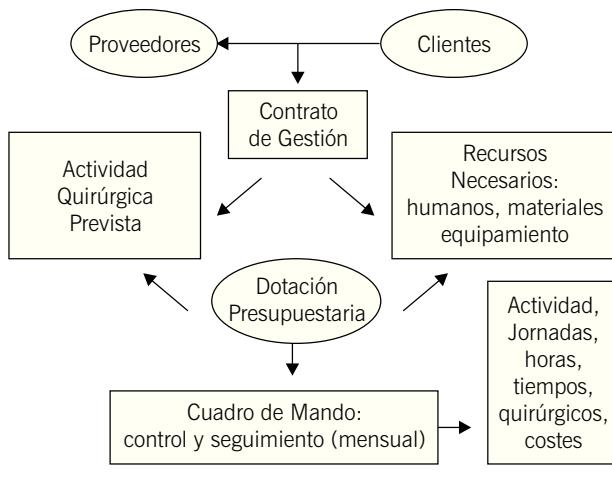


Figura 2. Cartera de clientes / Proveedores

Clientes Internos:	Proveedores:
- Áreas Quirúrgicas: - Cirugía general - ORL - Oftalmología - Urología - Cirugía Vascular - Ginecología - Traumatología	- Dirección económica-financiera: - Recursos materiales - Prótesis
- Áreas Médicas: - Dermatología - Cardiología	- Hostelería - Mantenimiento - Limpieza - Lencería - Residuos - Seguridad
- Área Anestesia - Unidad del dolor	- Esterilización - Equipos - Instrumental
Clientes Externos	- Dirección Recursos Humanos: - Contratación personal - Formación
- Pacientes y familiares - Universidad Rey Juan Carlos: formación alumnos - Insalud: listas de espera	- Diagnóstico por Imagen - Soporte radiológico
	- Laboratorio - Hemoderivados - Analíticas - Anatomía patológica
	- Farmacia - Medicación
	- Sistemas de información - Soporte informático en registros

Dentro de la relación cliente/proveedor en el contrato de gestión aparece el catálogo de proveedores, que lo constituyen los distintos proveedores de la unidad, que proporcionan los distintos recursos necesarios para desarrollar la actividad quirúrgica con éxito.

La cartera de servicios de la DOOE en el bloque quirúrgico incluye productos integrales y productos específicos. Dentro de los productos integrales estaría la gestión clínica de los cuidados de enfermería con la que pretendemos²:

1. Garantizar que los servicios y técnicas que realizan las enfermeras estén respaldados por los resultados de la investigación y de la experiencia.
2. Conseguir que los servicios que se prestan y la idoneidad de los procedimientos que utilizan, sean los que generen el máximo beneficio para el paciente.
3. Asegurar que todos los cuidados se presten con la mayor calidad posible y con los mínimos recursos.

Los productos específicos que se ofertan en el bloque quirúrgico son⁶: sesiones quirúrgica programadas, sesiones quirúrgicas urgentes, equipo organizado para extracciones multiórganicas (huesos y tejidos), visita preoperatoria a pacientes programados con ingreso, formación de alumnos de tercer curso de la diplomatura en enfermería, facturación por proceso.

El contrato de gestión recoge el conjunto de normas de funcionamiento que afecta a todo el personal que realiza su actividad dentro de la unidad. Los objetivos de la elaboración de la normativa del Bloque quirúrgico son: 1) proporcionar al personal de quirófano una referencia sobre las normas de funcionamiento del área quirúrgica, en aras de conseguir unos cuidados de enfermería, una cirugía y una anestesia de alta calidad, 2) procurar el uso eficiente de los recursos humanos, de los equipos, del espacio y del tiempo, 3) diferenciar las distintas zonas del bloque quirúrgico y establecer los circuitos y las normas a seguir por todo el personal, 4) definir los circuitos de pacientes, circuitos de información a familiares y la comunicación y relación con otras áreas, 5) clarificar las responsabilidades y funciones de todo el personal que interviene en quirófano.

Quizá la parte más relevante del contrato de gestión es la relativa a la actividad prevista, el presupuesto y los recursos necesarios, constituye un marco de referencia común al equipo multidisciplinar que trabaja en el bloque quirúrgico, conociendo el objetivo común a alcanzar, comprometiéndose a todos los profesionales en su logro. La actividad prevista la facilitan los distintos jefes de las Áreas Quirúrgicas y la DOOE negocia con las Áreas Quirúrgicas, para posteriormente pactar la actividad y los recursos necesarios con el Gerente ajustándose al presupuesto. En función de la actividad prevista se realiza una previsión tanto de recursos humanos como de recursos materiales.

Para finalizar en el contrato de gestión se incluyen los objetivos anuales del servicio. En nuestro Centro, la política retributiva se estructura en torno a una remuneración fija y a complementos e incentivos variables, lo que ha permitido la implantación de la Dirección por Objetivos como instrumento de gestión de recursos humanos, vinculando el compromiso de los profesionales sanitarios al logro de los objetivos y líneas estratégicas globales del hospital.

De este modo la parte variable del salario se obtiene según el grado de consecución de los objetivos marcados a escala individual a cada uno de los trabajadores del centro. Aquellos trabajadores con mayor implicación en la organización y mayor esfuerzo en su trabajo, consiguen cumplir sus objetivos marcados y obtienen por ello un incentivo económico⁷.

Se plantean objetivos anuales de forma individual, que están clasificados en objetivos de actividad, organización, calidad, motivación, formación, investigación y docencia. En la Tabla 1, se observa como ejemplo los objetivos para el año 2000 del responsable de enfermería en el bloque quirúrgico.

Cuadro de mando

Para el seguimiento del Contrato de Gestión, se utilizan un conjunto de indicadores o parámetros que se integran en el cuadro de mando integral^{8,9}.

El cuadro de mando integral no es un simple cuadro de indicadores estático sino un procesador de indicadores de gestión en el que se contemplan todas las relaciones internas y externas de la organización. Permite medir para poder gestionar, pero no desde un contexto individual sino desde el conjunto de la organización. No se trata de un simple cuadro de indicadores sino de un conjunto de señales que permiten una visión conjunta y dinámica de la organización para poder llevar a cabo el plan estratégico establecido. En el sector sanitario el

Tabla 1. Objetivos del responsable de operaciones y Enfermería. Año 2000

Responsable de Unidad: Bloque Quirúrgico	Apellidos y Nombre				Observaciones
Definición	Ponderación	Evaluación 1°C	Evaluación 2°C	Evaluación 3°C	
Objetivos de la F.H.A. (a valorar a fin de año)					
1. Premisa imprescindible cumplir la actividad pactada con el INSALUD y no superar el presupuesto asignado.	10%				
Objetivos de Actividad					
1. Definir y medir 2 productos enfermeros de la Unidad.(Catarata y hernia inguinal). 2. Control y seguimiento mensual del cuadro de mando. 3. Diseñar 4 planes de cuidados estandarizados y 10 protocolos o procedimientos Implantar al 100% los protocolos validados por la Comisión de Cuidados 4. Conservación del equipamiento de la Unidad. Evaluación periódica con Mantenimiento. 5. Realizar actividad asistencial (1 intervención quirúrgica por mes).	20%				
Objetivos de Organización y Gestión					
1. Entregar Balance del año 1999 en el segundo cuatrimestre 2000. 2. Realizar contrato de gestión en el primer cuatrimestre 2000. 3. Seguimiento y control de stocks. Registro de incidencias. 4. Mantener reuniones periódicas con el jefe de unidad o de área para coordinar la actividad a realizar. Registro de acuerdos o conclusiones. Valorar conjuntamente los objetivos por especialidad. 5. Seguimiento nueva planilla, Sacar planilla hasta mes diciembre. 6. Enviar resumen mensual de actividad a los jefes de área y unidad. A partir 2º cuatrimestre.	30%				
Objetivos de Calidad					
1. Seguimiento de los protocolos implantados en la FHA 2. Respuesta a las reclamaciones en un plazo inferior a 15 días 3. Control de las yatrogenias posturales o por caídas 4. Imputar fungible a una especialidad quirúrgica (Oftalmología), a partir 2º cuatrimestre	15%				
Objetivos de Motivación y Clima Laboral					
1. Impulsar el trabajo en equipo, canalizar problemática del personal planteando soluciones. Realizar encuesta anual en la Unidad (a valorar).	10%				
Objetivos de Formación, Investigación y Docencia					
1. Desarrollar el proyecto de investigación diseñado "Visita preoperatoria en pacientes programados con ingreso". 2. Cubrir las plazas ofertadas para la formación por la FHA. 3. Desarrollar sesiones de formación práctica: 7 sobre esterilización y 7 específicas de quirófano. 4. Participar e impulsar la colaboración en la formación de los alumnos (3 Cuatrimestres).	15%				
Ponderación Total					
Firma Responsable Unidad					
Fecha					
Firma Responsable Orgánico					
Fecha					

cuadro de mando integral se traduce en indicadores no sólo financieros, sino de actividad, rendimiento, adecuación de cuidados y satisfacción; integrando tanto información clínica como de gestión⁸.

Siguiendo este planteamiento el cuadro de mando del bloque quirúrgico incluye el registro de la actividad global de la unidad, que se mide en función del número de intervenciones realizadas y su evolución mensual. Se registra y analiza: la actividad realizada y el rendimiento de los quirófanos (tiempos quirúrgicos).

El registro de los tiempos quirúrgicos se realiza de forma simple y ágil. Comienza con la recogida de datos, tabulación y posteriormente el análisis, que se trasmite a todas las áreas implicadas para que tengan conocimiento del rendimiento y de la ocupación quirúrgica. Este análisis permite realizar un seguimiento de ambos factores y facilita el control para mejorar la gestión del área quirúrgica. Los datos se trasladan al cuadro de mando y se presentan de forma simplificada.

La actividad por especialidad tiene varios indicadores: el número de jornadas ofertadas con prolongación, el número total de jornadas quirúrgicas ofertadas, el tiempo total ofertado en horas, el tiempo efectivo de ocupación (en porcentaje), el tiempo no utilizado (en porcentaje), las prolongaciones de jornadas no previstas (en horas).

El tiempo real de ocupación quirúrgica se obtiene de un registro diario por especialidad y procedimiento quirúrgico; éste se compara con el tiempo ofertado, que previamente se distribuye en sesiones quirúrgicas pactadas en el comité de quirófano.

El cuadro de mando también recoge los recursos humanos necesarios para el desarrollo de la actividad así como el absentismo detectado. Se registra el número de personas de las distintas categorías profesionales, así como los días de vacaciones, días de incapacidad laboral y el número de días cubiertos tanto de vacaciones como de incapacidad temporal.

El coste mensual se registra en el cuadro de mando, desglosado en las distintas partidas, costes de personal, costes de material fungible¹⁰, costes de servicios de apoyo (hostelería, mantenimiento, esterilización y farmacia). Cada área nos facilita la información necesaria para poder gestionar integralmente los recursos de la unidad y se detectan las desviaciones sobre lo previsto, se analizan y se introducen medidas correctoras en caso de necesidad.

En la Tabla 2 se muestra la relación de parámetros que se recogen en el cuadro de mando del bloque quirúrgico.

Conclusiones

La incorporación de los contratos de gestión y los cuadros de mando, como instrumentos para mejorar la gestión de los centros sanitarios y de las distintas unidades y servicios en los hospitales es un hecho novedoso, que supone nuevos retos en la actualización de la gestión y un mayor control de lo que se planifica y realiza, contemplando criterios de eficacia y eficiencia. Estos instrumentos han sido desarrollados con éxito y se tiene experiencia positiva en otras áreas de actividad^{8,11}.

Sin embargo, en el campo de la enfermería el uso de estos instrumentos de gestión es escaso, existiendo pocas experiencias que nos sirvan como referente para mejorar su aplicación y

utilización. Nos hemos encontrado con una limitación en este trabajo, ya que tras revisar la literatura, no hemos encontrado experiencias similares en el campo de la enfermería.

En nuestra experiencia podemos decir que ha habido un antes y un después en la gestión de el bloque quirúrgico. Introduciendo una sistematización tanto a la hora de establecer lo que se espera de la enfermería en las distintas unidades del hospital, como en el control de la información necesaria para optimizar los recursos y mejorar la calidad asistencial prestada. El utilizar un contrato de gestión pactado ha mejorado sustancialmente la organización de los servicios de enfermería, ya que el contrato de gestión entre la DOOE y la Dirección Gerencia del hospital, establece las bases de actuación durante todo el año en el bloque quirúrgico. En los distintos apartados del contrato de gestión, se recogen todos los puntos necesarios para un adecuado funcionamiento de los quirófanos, las líneas de desarrollo de la unidad en convergencia con el resto del hospital y los compromisos por parte de todos los profesionales para realizar la actividad asistencial, pactado con unos criterios de calidad/coste óptimos.

Al mismo tiempo, el contrato de gestión permite realizar una planificación anual, garantizando una organización estable durante un periodo de tiempo prolongado, evitando improvisaciones. La gestión clínica de los cuidados de enfermería en el bloque quirúrgico ha permitido prestar servicios con unos niveles de calidad que satisfacen a nuestros clientes. Para ello se ha planteado la gestión eficiente de los procesos quirúrgicos en el momento y lugar en que éstos se producen y con la intervención de todos sus agentes. Esto se ha conseguido mediante la definición e integración de todas las intervenciones médicas, de enfermería, de soporte y de otros posibles participantes en el bloque quirúrgico, de una manera ordenada y fluida, así como los costes, recursos e indicadores para su evaluación. Corroborando otras experiencias la estandarización de cuidados incorpora al proceso asistencial sanitario su valor añadido, homogeneizando las actuaciones, estableciendo un lenguaje y metodología común entre las enfermeras, además de ayudar a eliminar inefficiencias y contribuir en la satisfacción de las necesidades de nuestros pacientes¹².

Por otro lado el cuadro de mando ha permitido realizar un adecuado control de los indicadores más relevantes, del óptimo funcionamiento en el bloque quirúrgico. Mejorando el análisis de actividad y costes, que se realizaba previa a su utilización, donde la información estaba desestructurada y no se recogían ítems de gran trascendencia, como los tiempos quirúrgicos. El uso de cuadro de mando proporciona información mensual que ayuda a tomar decisiones de forma concreta y puntual, permite detectar puntos críticos, generando la necesidad de análisis de la actuación, tomar decisiones e introducir medidas correctoras en caso de necesidad, ya sea en los tiempos quirúrgicos, costes de los consumos, actividad realizada, etc. De esta manera se utiliza el cuadro de mando como herramienta que nos permite el rediseño de procesos organizativos, para mejorar los procesos internos y los sistemas de control de la organización, para dotarlo de mayor flexibilidad, facilitando la evolución de los mismos, con el fin de conseguir los objetivos y con ello mejorar los servicios que prestamos en el bloque quirúrgico¹³.

Tabla 2. Cuadro de mando año 2000 - Unidad: Bloque Quirúrgico

Meses	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	sept.	oct.	nov.	dic.
Actividad por especialidad												
ORL												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	0	0	1	1	2	3	0	0	0	2	3	2
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	14	11	15	10	13	14	8	14	9	12	8	8
Tiempo total ofertado (en horas)	93:45	72:00	97:30	67:30	90:30	97:45	54:00	93:45	61:15	86:45	55:00	57:00
Tiempo efectivo ocupación (en %)	83,2%	89,0%	114,0%	107,4%	82,4%	86,5%	91,0%	100,7%	87,7%	91,8%	95,0%	72,9%
Tiempo no utilizado (en %)	16,8%	11,0%			17,6%	13,5%	9,0%		12,3%	8,2%	5,0%	27,1%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	0:25	0:00	11:10	5:20	0:35	1:00	1:10	9:45	0:30	1:40	2:20	0:00
Oftalmología												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	4	5	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	24	28	32	21	29	31	15	14	16	27	30	30
Tiempo total ofertado (en horas)	169:15	195:15	220:15	144:00	193:45	207:00	99:45	91:15	107:00	184:00	201:00	135:45
Tiempo efectivo ocupación (en %)	79,4%	81,6%	80,9%	83,8%	89,8%	99,9%	91,0%	79,4%	81,7%	85,6%	85,5%	79,7%
Tiempo no utilizado (en %)	20,6%	18,4%	19,1%	16,2%	10,2%	0,1%	9,0%	20,6%	18,3%	14,4%	14,5%	20,3%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	1:10	0:55	0:00	0:15	1:25	1:20	1:20	0:00	0:05	0:50	1:05	0:00
Cirugía												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	8	10	8	5	3	2	0	0	0	7	10	3
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	30	38	39	25	36	35	23	16	23	30	38	24
Tiempo total ofertado (en horas)	210:15	267:15	278:00	188:00	248:15	242:00	154:45	110:30	155:45	227:30	281:30	168:30
Tiempo efectivo ocupación (en %)	94,9%	93,7%	81,6%	83,9%	86,8%	84,4%	102,0%	85,4%	91,7%	86,5%	82,6%	81,7%
Tiempo no utilizado (en %)	5,1%	6,3%	18,4%	16,1%	13,2%	15,6%		14,6%	8,3%	13,5%	17,4%	18,3%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	2:25	2:50	0:05	2:05	1:20	1:20	5:20	0:25	3:20	0:40	2:45	1:35
Urología												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	5	5	4	3	3	5	0	0	0	2	0	3
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	11	16	13	9	14	15	8	8	9	21	21	13
Tiempo total ofertado (en horas)	87:15	116:15	100:00	69:15	97:00	116:45	58:00	58:00	65:15	146:45	142:00	93:45
Tiempo efectivo ocupación (en %)	99,6%	82,4%	92,2%	85,4%	96,6%	90,6%	105,5%	88,2%	88,0%	95,4%	81,1%	85,3%
Tiempo no utilizado (en %)	0,4%	17,6%	7,8%	14,6%	3,4%	9,4%		11,8%	12,0%	4,6%	18,9%	14,7%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	3:05	1:20	0:25	0:05	1:30	2:45	3:00	1:00	0:15	2:15	0:10	0:10
Vascular												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	7	8	10	5	3	3	0	0	0	2	0	0
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	10	16	19	11	17	18	8	10	8	18	20	11
Tiempo total ofertado (en horas)	76:45	124:55	142:45	80:30	117:00	124:30	53:00	66:15	53:00	125:00	134:45	74:45
Tiempo efectivo ocupación (en %)	73,4%	65,9%	67,6%	76,0%	71,8%	91,4%	99,1%	70,6%	86,2%	75,2%	85,5%	70,5%
Tiempo no utilizado (en %)	26,6%	34,1%	32,4%	24,0%	28,2%	8,6%	0,9%	29,4%	13,8%	24,8%	14,5%	29,5%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	0:25	0:30	0:55	1:10	2:50	8:15	2:20	0	0:15	0:30	8:25	0:00
Ginecología												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	3	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	21	25	27	15	25	24	17	12	16	20	23	17
Tiempo total ofertado (en horas)	137:30	166:45	187:00	102:15	164:45	160:00	118:15	87:00	110:00	137:00	154:00	113:00
Tiempo efectivo ocupación (en %)	81,8%	77,0%	74,2%	75,8%	70,1%	90,0%	75,4%	82,4%	85,2%	93,0%	96,1%	72,9%
Tiempo no utilizado (en %)	18,2%	23,0%	25,8%	24,2%	29,9%	10,0%	24,6%	17,6%	14,8%	7,0%	3,9%	27,1%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	0:20	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0	2:45	0:00	1:10	4:25	0:35
C.O.T.												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	4	4	5	2	5	3	0	0	0	3	4	1
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	26	33	33	20	32	34	20	11	16	37	30	16
Tiempo total ofertado (en horas)	183:15	230:45	251:00	137:15	223:45	228:00	136:00	69:30	107:00	259:30	214:23	112:30
Tiempo efectivo ocupación (en %)	90,4%	96,3%	90,8%	98,7%	87,6%	96,4%	97,7%	98,7%	95,5%	88,5%	88,6%	93,8%
Tiempo no utilizado (en %)	9,6%	3,7%	9,2%	1,3%	12,4%	3,6%	2,3%	1,3%	4,5%	11,5%	11,4%	6,2%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	1:45	2:00	1:55	4:15	2:15	8:50	4:10	1:50	1:00	2:50	2:10	3:35
Dermatología												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	2
Tiempo total ofertado (en horas)	8:45	7:15	7:15	7:15	14:30	7:15	7:15	0:00	7:15	7:15	7:15	13:30
Tiempo efectivo ocupación (en %)	72,9%	60,9%	95,1%	81,0%	95,5%	54,0%	45,4%	0,0%	75,6%	75,9%	93,9%	95,1%
Tiempo no utilizado (en %)	27,1%	39,1%	4,9%	19,0%	4,5%	46,0%	54,6%	0,0%	24,4%	24,1%	6,1%	4,9%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00

(cont.)

Tabla 2. Continuación

Meses	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	sept.	oct.	nov.	dic.
Actividad por especialidad												
Unidad del Dolor												
Nº jornadas ofertadas con prolongación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº jornadas quirúrgicas ofertadas	0	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	2
Tiempo total ofertado (en horas)	0:00	7:15	7:15	7:15	14:30	7:15	7:15	0:00	7:15	7:15	6:15	13:15
Tiempo efectivo ocupación (en %)	0,0%	28,7%	34,5%	87,9%	70,6%	108,0%	89,7%	0,0%	86,2%	55,2%	160,0%	79,5%
Tiempo no utilizado (en %)	0,0%	71,3%	65,5%	12,1%	29,4%		10,3%	0,0%	13,8%	44,8%		20,5%
Prolongaciones jornadas no previstas (horas)	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:15	0:00	0:00	0:00	0:00	1:15	0:00
Actividad Unidad												
Nº intervenciones programadas 1999	308	465	474	530	674	676	452	321	423	559	617	478
Nº intervenciones urgentes 1999	145	147	207	198	161	167	170	168	174	185	176	177
Nº intervenciones totales	729	760	844	599	780	768	532	445	534	850	823	
Nº intervenciones urgentes	199	193	209	195	196	183	208	160	195	225	169	
Nº cirugía programada con ingreso	241	284	311	203	288	303	180	153	178	326	326	
Nº cirugía programada de CMA	289	283	324	201	296	282	144	132	161	299	328	
Nº suspensiones	22	42	36	27	34	46	18	32	32	46	57	37
Tº ocupación técnicas anestésicas	13:50	16:30	10:00	15:00	16:30	9:35	7:00	12:10	19:10	25:25:00	12:40	
Nº técnicas anestésicas en RRP	130	150	97	145	157	88	58	68	131	186	100	
Recursos Humanos												
Nº DUE (Plantilla)	44	44	44	44	42	42	42	42	42	42	42	42
Nº días vacaciones	0	0	0	29	2	33	300	420	327	16	57	20
Nº días vacaciones cubiertos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº días IT	114	111	88	84	70	51	30	31	0	0	8	0
Nº días IT cubiertos	107	111	88	77	38	29	0	24	0	0	5	0
Nº Auxiliares (Plantilla)	14	14	14	14	14	13	13	13	13	14	14	14
Nº días vacaciones	0	0	0	0	0	0	105	135	105	31	0	15
Nº días vacaciones cubiertos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº días IT	15	26	1	0	0	0	0	0	0	1	6	31
Nº días IT cubiertos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº P. Apoyo (Plantilla)	14	14	14	14	13	13	13	13	13	13	13	13
Nº días vacaciones	0	0	0	16	15	30	105	135	60	15	0	0
Nº días vacaciones cubiertos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº días IT	0	0	0	17	7	0	0	0	0	0	0	0
Nº días IT cubiertos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Absentismo	5,9%	7,2%	4,1%	4,6%	3,7%	2,5%	1,4%	1,5%	0,0%	0,0%	0,2%	1,5%
Nº días Baja Maternal	0	0	31	32	62	78	92	80	53	0	0	31
Nº horas sindicales	116	48	62	72	62	52	67	94	0	61	60	51
Nº horas formación	0	80	35	0	122	98	0	0	0	0	330	0
Calidad												
Nº y % Yatrogenias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº y % Reclamaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº planes de cuidados, protocolos y sesiones	0-0-3	0-0-3	0-0-1	0-0-3	0-0-3	0-2-4	0-6-3	0-5-0	1-2-4	1-3-4	1-3-4	1-3-2
Nº accidentes de trabajo	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Gastos de Unidad												
Personal	25.725.098	25.725.098	25.725.098	25.725.098	24.633.054	24.368.767	24.368.767	24.368.767	24.368.767	24.633.054	24.633.054	
Material fungible	53.497.927	38.674.289	38.344.154	24.651.623	30.855.020	41.771.654	30.174.001	16.568.598	19.188.952	36.618.913		
Mantenimiento												
Cocina y extras	218.015											
Lencería	478.489	503.812	566.306	424.885	515.018	526.633	418.237	345.969	402.159	547.005	575.165	
Residuos	110.110	125.554	114.639	118.667	108.816	150.289		73.986	94.558	118.562	120.113	
Limpieza								586.363				
Esterilización			17.343.430	12.092.056	15.128.106	16.880.762	11.889.471		11.798.871	17.011.404		
Farmacia (Stock unidades)	4.344.500	3.873.578	5.003.486	3.375.666	3.933.674	4.806.205	2.258.789	2.433.157				

Bibliografía

1. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. *Gestión clínica de los cuidados de enfermería*. Ande 2000.
2. Espallargas MP, Royuela C, Ayuso D. Organización y gestión de los servicios de enfermería en la FHA. *Gestión Hospitalaria* 2000;11:29-37.
3. Lorenzo S, Pombo N, Cardin J, Trapero MA, González del Tánago S, Valor S. ¿Estructura? Trámites necesarios para abrir un hospital en la Comunidad de Madrid. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:187-9.
4. Cosials D, Gil MA. El hospital: una empresa de servicios. *Todo Hospital* 1999;156:281-7.
5. Barea J. El hospital, empresa de servicios. *Fundación Signo* 2000;2:92-1000.
6. Ayuso D. Gestión de cuidados de enfermería. Curso de experto universitario en gestión de servicios de enfermería. *UNED* 1999.
7. Ayuso D, Royuela C. La dirección por objetivos en la gestión de los recursos humanos de enfermería. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:430-6.
8. Álvarez FR, Lorenzo S, Cardín J. Ambito y objetivos de la contabilidad de gestión en el sector sanitario público. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:43-49.
9. Kaplan RS, Norton DP. *Cuadro de mando integral*. Madrid: Ed. Gestión 2000, 1997.
10. Álvarez F, Pérez F, Sánchez F. Automatización de la gestión de almacenes en la FHA. *Todo Hospital* 1999;158:462-4.
11. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. How health care organizations can apply the European Foundation for Quality Management (EFQM) Excellence model. Our experience in its adaptation to the Spanish health care setting. *Int J Qual Health Care* 2001 (en prensa).
12. González RM^a. La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:273-8.
13. EFQM Autoevaluación. *Directrices para el sector público salud*. Bruselas: European Foundation for Quality Management, 1995. (Traducido por el Club Gestión de Calidad. Madrid 1996).