

INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO, CON ESPECIAL REFERENCIA AL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

El Pleno del Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de su función fiscalizadora establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12

de mayo, y a tenor de lo previsto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado, en su sesión de 29 de mayo de 2003, el Informe de Fiscalización de «La Atención Sanitaria Especializada en el Sistema Nacional de Salud de las enfermedades del aparato circulatorio, con especial referencia al infarto agudo de miocardio», y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, según lo prevenido en el artículo 28.4 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

Sumario

Conclusiones

Recomendaciones

CAPÍTULO 1. Antecedentes. Objetivos de la fiscalización. Alcance de la fiscalización. Las enfermedades del aparato circulatorio (EAC): Su clasificación y otros conceptos básicos. Importancia de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM). Metodología y fases de la fiscalización. Determinación de las muestras. Limitaciones al alcance de la fiscalización. Tratamiento de las alegaciones

- 1.1 Antecedentes
- 1.2 Objetivos de la fiscalización
- 1.3 Alcance de la fiscalización
- 1.4 Las enfermedades del aparato circulatorio (EAC): su clasificación y otros conceptos básicos

1.4.1 Clasificación y conceptos básicos de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) con especial referencia al infarto agudo de miocardio (IAM)

1.4.2 Otras cuestiones de interés sobre la atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

- A. Los tipos de atención sanitaria y sus prestaciones
- B. Las especialidades médicas relacionadas con las EAC
- C. Los factores de riesgo modificables

- 1.5 Importancia de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM)
- 1.6 Metodología y fases de la fiscalización
- 1.7 Determinación de las muestras
- 1.8 Limitaciones al alcance de la fiscalización
- 1.9 Tratamiento de las alegaciones

CAPÍTULO 2. Competencias y actuaciones de las administraciones sanitarias relativas a la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

2.1 Las competencias de las administraciones sanitarias

2.2 La coordinación y la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en el marco de la coordinación y planificación de las atenciones sanitarias en general

- 2.2.1 Actuaciones del ministerio de sanidad y consumo relativas a la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)
- 2.2.2 Actuaciones de las comunidades autónomas seleccionadas en la muestra relativas a la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

2.3 Instrucciones, directrices, normas y criterios de actuación dictados por las administraciones públicas sanitarias en relación con la atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

2.4 El seguimiento de los planes de salud y de los programas y proyectos de atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

2.5 La planificación de la atención sanitaria y en especial de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

- 2.5.1 Análisis de la formalización de los documentos de pactos de objetivo
- 2.5.2 Análisis de los objetivos relacionados con la atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), contenidos en los pactos de objetivos

CAPÍTULO 3. La organización y los recursos humanos para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

3.1 La organización de la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

- 3.1.1 La organización de las unidades asistenciales y la cartera de servicios de la especialidad de cardiología
 - A. La estructura organizativa de la especialidad de cardiología
 - B. La cartera de servicios de la especialidad de cardiología
- 3.1.2 La organización de las unidades asistenciales y la cartera de servicios de la especialidad de cirugía cardiovascular
 - A. La estructura organizativa de la especialidad de cirugía cardiovascular
 - B. La cartera de servicios de la especialidad de cirugía cardiovascular
- 3.1.3 La organización de las actividades preventivas en la atención de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

3.2 La canalización de los pacientes de enfermedades del aparato circulatorio (EAC) a hospitales propios y concertados en las comunidades autónomas de la muestra

3.3 Los recursos humanos para la atención de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en las comunidades autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

3.3.1 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cardiología

3.3.1.1 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cardiología en las comunidades autónomas de la muestra

- A. Los médicos especialistas de cardiología
- B. Los médicos especialistas de cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica

3.3.1.2 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

- A. Los médicos especialistas de cardiología
- B. Los médicos especialistas de cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica
- C. La productividad y utilización del tiempo de los médicos especialistas de cardiología
- D. La situación laboral de los médicos especialistas de cardiología
- E. Los médicos internos residentes (mir) de la especialidad de cardiología
- F. Los médicos especialistas para la atención de cardiología en la población infantil
- G. El personal de enfermería adscrito a las unidades de cardiología

3.3.2 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cirugía cardiovascular

3.3.2.1 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cirugía cardiovascular en las comunidades autónomas de la muestra

- A. Los médicos especialistas de cirugía cardiovascular

3.3.2.2 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cirugía cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

- A. Los médicos especialistas de cirugía cardiovascular
- B. La productividad y utilización del tiempo de los médicos especialistas de cirugía cardiovascular
- C. La situación laboral de los médicos especialistas de cirugía cardiovascular
- D. Los médicos especialistas para la atención de cirugía cardiovascular en la población infantil
- E. Los médicos internos residentes (mir) de la especialidad de cirugía cardiovascular
- F. El personal de enfermería adscrito a las unidades de cirugía cardiovascular

CAPÍTULO 4. Los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

4.1 Los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) de cardiología

- 4.1.1 Camas
- 4.1.2 Locales de consultas externas
- 4.1.3 Equipos de hemodinámica

- A. Equipos de hemodinámica en las comunidades autónomas de la muestra
- B. Equipos de hemodinámica en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

4.1.4 Ecocardiógrafos

- A. Ecocardiógrafos en las comunidades autónomas de la muestra
- B. Ecocardiógrafos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

4.1.5 Holter

4.1.6 Ergómetros

4.2 Los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) de cirugía cardiovascular

4.2.1 Camas

4.2.2 Quirófanos

CAPÍTULO 5. La contabilidad analítica en el sistema nacional de salud, en las comunidades autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Una aproximación al coste del infarto agudo de miocardio

5.1 Los sistemas de contabilidad analítica

5.1.1 Los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales del sistema nacional de salud

5.1.2 Los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra

5.1.3 Los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

5.2 El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología y cirugía cardiovascular

5.2.1 El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología y cirugía cardiovascular en las comunidades autónomas de la muestra

5.2.2 El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología y cirugía cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

- A. El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología

- B. El coste de las unidades de gestión analítica final de cirugía cardiovascular

5.3 Una aproximación al coste del infarto agudo de miocardio

5.3.1 El coste del infarto agudo de miocardio en el sistema nacional de salud, en las comunidades autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

- A. El coste del infarto agudo de miocardio en el sistema nacional de salud

- B. El coste del infarto agudo de miocardio en el insalud y en las comunidades autónomas de la muestra

- C. El coste del infarto agudo de miocardio en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

CAPÍTULO 6. La actividad de la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), con especial referencia al infarto agudo del miocardio (IAM)

6.1 La actividad en el área asistencial de hospitalización en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra

6.1.1 Altas con diagnóstico de enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y de infarto agudo de miocardio (IAM) y estancia media

6.1.2 Tipos de ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y por infarto agudo de miocardio (IAM)

- 6.2 La actividad en el área asistencial de hospitalización en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.2.1 Altas con diagnóstico de enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y de infarto agudo de miocardio (IAM) y estancia media
- 6.2.2 Tipos de ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y por infarto agudo de miocardio (IAM)
- 6.3 La actividad en el área asistencial de consultas externas de cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.4 La actividad en el área asistencial diagnóstica y terapéutica de cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.4.1 Los procedimientos de hemodinámica
- 6.4.2 Los procedimientos de ecocardiografía
- 6.4.3 Los procedimientos de holter y de ergometría
- 6.5 La actividad en el área asistencial quirúrgica de cirugía cardiovascular
- 6.5.1 Las intervenciones de cirugía cardiovascular
- A. Las intervenciones de cirugía cardiovascular en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra
- B. Las intervenciones de cirugía cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.5.2 Los trasplantes cardiacos
- A. Los trasplantes cardiacos en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra
- B. Los trasplantes cardiacos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.6 Las listas de espera en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.6.1 Listas de espera de consultas externas de cardiología
- A. Consultas externas extrahospitalarias
- B. Consultas externas intrahospitalarias
- 6.6.2 Listas de espera de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de cardiología
- A. Listas de espera de procedimientos de hemodinámica
- B. Listas de espera de procedimientos de ecocardiografía
- C. Listas de espera de procedimientos de holter
- D. Listas de espera de procedimientos de ergometría
- 6.6.3 Listas de espera de intervenciones quirúrgicas de cirugía cardiovascular
- 6.7 Análisis de los traslados de pacientes de enfermedades del aparato circulatorio (EAC) e infarto agudo de miocardio (IAM) a otros hospitales por carencia o insuficiencia de medios en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.8 Análisis de la mortalidad hospitalaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM)
- 6.8.1 Análisis de las altas por defunción de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM) en las comunidades autónomas de la muestra

- 6.8.2 El análisis de las altas por defunción de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM) en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- A. Análisis de las altas por defunción de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM)
- B. Análisis de los informes de alta correspondientes a las defunciones derivadas de infarto agudo de miocardio
- C. Análisis del funcionamiento de las comisiones de mortalidad
- 6.9 Análisis de las reclamaciones y felicitaciones relativas a las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular presentadas en las unidades de atención al paciente en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- 6.9.1 Reclamaciones relativas a las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular
- 6.9.2 Felicitaciones relativas a las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular
- 6.10 Análisis del consumo de fibrinolíticos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACF	Área Clínico Funcional
AE	Atención Especializada
APS	Atención Primaria de Salud
B.O.C.	Boletín Oficial de la C. A. de Canarias
B.O.C.M.	Boletín Oficial de la C. A. de Madrid
B.O.P.A.	Boletín Oficial de la C. A. del Principado de Asturias
B.O.E.	Boletín Oficial del Estado
C.A.	Comunidad Autónoma
CAC	Comunidad Autónoma de Canarias
CAG	Comunidad Autónoma de Galicia
CAM	Comunidad Autónoma de Madrid
CAPA	Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
CAV	Comunidad Autónoma Valenciana
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CEP	Centros de Especialidades Periféricos
CEX	Consultas Externas
CDM	Categorías Diagnósticas Mayores
CHJC	Complejo Hospitalario Juan Canalejo – Marítimo de Oza
CI	Cardiopatía Isquémica
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica.
Cisns	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos

DOCE	Diario Oficial de la Comunidad Europea
D.O.G.	Diario Oficial de Galicia
D.O.G.V.	Diario Oficial de la Generalitat Valenciana
EAC	Enfermedades del Aparato Circulatorio
ECG	Electrocardiograma
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EMH	Encuesta de Morbilidad Hospitalaria
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FHA	Fundación Hospital de Alcorcón
FRCV	Factores de Riesgo Cardiovascular
GFH	Grupos Funcionales Homogéneos
GDR	Grupos de Diagnósticos Relacionados
GECLIF	Gestión Clínico Financiera
HCA	Hospital Central de Asturias
HGCDrN	Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín
HGUGM	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
HGUV	Hospital General Universitario de Valencia
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
Imsalud	Instituto Madrileño de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
Insalud	Instituto Nacional de la Salud
ISCHH	Instituto de Salud Carlos III
Ispcm	Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid
IT	Incapacidad Transitoria
LFTCu	Ley de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas
LGS	Ley General de Sanidad
MEC	Médicos Especialistas de Cardiología
MECCV	Médicos Especialistas de Cirugía Cardiovascular
Medtec	Instituto Gallego de Medicina Técnica
Meiga	Mejora de la atención a los pacientes con infarto y otros síndromes coronarios agudos en Galicia
MIR	Médicos Internos Residentes
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
PAPPS	Programa de Atención Primaria para la Promoción y Prevención de la Salud
PE	Prueba de esfuerzo o ergometría

RD	Real Decreto
SEC	Sociedad Española de Cardiología
Sercasa	Servicio Canario de Salud
Sergas	Servicio Gallego de Salud
Sermas	Servicio Madrileño de la Salud
Sespa	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SIE	Sistema de Información Económica para la Gestión de la Asistencia Especializada
Sivfrent	Sistema de Vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Salud Pública
UEA	Unidades de Explotación Analítica
VO ₂	Volumen de Oxígeno

SUMARIO

El Tribunal de Cuentas, mediante esta Fiscalización de la atención sanitaria especializada en el Sistema Nacional de Salud de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), con especial referencia al infarto agudo de miocardio (IAM), ha abordado el análisis de las actuaciones realizadas por las diferentes Administraciones Públicas en este ámbito.

La Fiscalización se ha desarrollado bajo el siguiente esquema: se ha elegido una muestra de cinco Comunidades Autónomas, y dentro de ellas se han realizado pruebas en seis hospitales.

Las EAC¹ (entre las que se encuentra el IAM) constituyen uno de los grupos de patologías de mayor importancia epidemiológica dentro del Sistema Nacional de Salud. El análisis del Tribunal ha sido abordado teniendo en cuenta los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y de la Estadística de Defunciones según causa de muerte, que confirman que las EAC son las enfermedades con mayor número de casos y resultan ser la principal causa de muerte.

El Tribunal de Cuentas ha fiscalizado los programas y proyectos específicos de atención de las EAC, la organización, los recursos humanos y materiales, los sistemas de contabilidad analítica y las prestaciones en las que se concreta esta atención sanitaria especializada en los hospitales.

Los resultados de la Fiscalización permiten señalar conclusiones relacionadas con la falta de criterios de

coordinación y planificación de la atención sanitaria de las EAC establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS; la ausencia de criterios para determinar qué hospitales deben disponer en su cartera de servicios de las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y su estructura organizativa. También se ha comprobado la necesidad de establecer un sistema de contabilidad analítica que permita conocer el coste por proceso, así como desarrollar y mantener un proceso de evaluación y seguimiento de los resultados finales del proceso asistencial.

Asimismo este Informe incluye una serie de recomendaciones dirigidas al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las demás Administraciones Públicas sanitarias.

CONCLUSIONES

A continuación se exponen las conclusiones más significativas que se han obtenido en el análisis realizado. Todas ellas aparecen referenciadas con los números de los correspondientes capítulos en los que se ha dividido este Informe donde se desarrollan con mayor detalle.

A. Competencias y actuaciones de las administraciones públicas en materia de planificación sanitaria.

A.1 El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud no ha establecido criterios para la planificación y coordinación de la atención sanitaria de las EAC, con la excepción de la determinación de la lucha contra el tabaquismo.

¹ Denominación según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC), establecida por la Organización Mundial de la Salud para clasificar datos sobre morbilidad y mortalidad recogidos con fines estadísticos y para facilitar el almacenamiento y recuperación de dichos datos.

mo como uno de los ocho criterios de reparto del programa de Salud Pública entre las Comunidades Autónomas (v. 2.1.).

A.2 El Ministerio de Sanidad y Consumo no ha desarrollado, mediante proyectos o programas concretos, las medidas específicas de intervención sobre las EAC (referidas a promoción y prevención, asistencia y formación y coordinación) previstas en el Plan de Salud de 1995, que es el último Plan de que se dispone (v. 2.2.1.).

A.3 De los Planes de Salud vigentes en las CC.AA. de Madrid, Canarias, Galicia y Principado de Asturias sólo los de dos Comunidades Autónomas (C.A. de Canarias y C.A. de Galicia) contemplaban las intervenciones sanitarias para la atención de las EAC como estrategias o acciones específicas. Por el contrario, la C.A. de Madrid y la C.A. del Principado de Asturias las contemplaban dentro de las estrategias o acciones de otros problemas sanitarios relevantes de estas Comunidades Autónomas (v. 2.2.2.).

La C.A. del Principado de Asturias no había desarrollado ningún programa o proyecto relacionado con la atención de las EAC, a pesar de que su Plan de Salud las consideraba como una de las áreas prioritarias de atención sanitaria (v. 2.2.2.).

A.4 Ni el Ministerio de Sanidad y Consumo, ni el Insalud, ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de tres de las cinco Comunidades Autónomas de la muestra (C.A. de Madrid, C.A. del Principado de Asturias y C.A. Valenciana) disponían de instrucciones, directrices, normas y criterios de actuación para la atención sanitaria de las EAC complementarios y sustitutos de los programas y proyectos de ejecución de los Planes de Salud que deberían cumplir los centros de gestión dependientes de ellos. Las actuaciones realizadas por estas entidades en relación con la atención de las EAC se concretan en la publicación de guías de consenso o bien en los pactos de objetivos concertados entre los distintos responsables de la gestión sanitaria (v. 2.3.).

A.5 Las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra no han realizado actividades de seguimiento de los programas o proyectos específicos contenidos o no en sus respectivos Planes de Salud (v. 2.4.).

Sólo las Consejerías de las Comunidades Autónomas de Madrid y Galicia aportaron informes de seguimiento de programas o proyectos específicos relacionados con la atención de las EAC (v. 2.4.).

A.6 En los pactos de objetivos concertados por el Insalud o los Servicios de Salud o, en su caso, por las Consejerías competentes en materia sanitaria con las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización en los años 1997, 1998 y 1999, los objetivos específicamente relacionados con la atención de las EAC son escasos y en la mayoría de los casos están insuficientemente determinados (v. 2.5.1.).

B. La organización y los recursos humanos.

B.1 Ni el Ministerio de Sanidad y Consumo, ni la Dirección General del Insalud, ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco Comunidades Autónomas de la muestra han determinado los criterios que deben reunir los hospitales para disponer en su cartera de servicios de las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular, y tampoco han delimitado la dimensión que debe adoptar la estructura organizativa de estas especialidades. Esta indefinición propicia la existencia de desigualdades en la oferta asistencial a la población de referencia (v. 3.1.1. y 3.1.2.).

B.1.1 De los 82 hospitales de las cinco Comunidades Autónomas de la muestra, 67 (81,71%) disponían en su cartera de servicios de la especialidad de Cardiología, lo que podría estar relacionado con la existencia de hospitales de distinta tipología y dimensión en su ámbito territorial (v. 3.1.1.).

B.1.2 Únicamente 19 (23,17%) de los 82 hospitales de las cinco Comunidades Autónomas de la muestra disponían de la especialidad de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios (v. 3.1.2.).

B.1.3 En los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, la estructura organizativa de las unidades asistenciales de atención de las enfermedades del aparato circulatorio era muy diferente, coexistiendo unidades asistenciales diferenciadas por especialidades médicas y quirúrgicas, basadas en modelos tradicionales, con unidades funcionales organizadas según los denominados «nuevos modelos de gestión clínica» por procesos patológicos (v. 3.1.1. y 3.1.2.).

B.2 Las gerencias de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización no tenían suficientemente definida la cartera de servicios de las especialidades médicas y quirúrgicas de atención de las enfermedades del aparato circulatorio, y no habían determinado las condiciones y los requisitos técnicos de su estructura organizativa. Sin embargo, el Tribunal de Cuentas ha reunido información suficiente para poder conocer las prestaciones que conformaban las carteras de servicios de estas especialidades, tanto en un nivel primario de desglose por áreas asistenciales como el desglose por técnicas especiales del área diagnóstica y terapéutica, lo que ha permitido constatar que las carteras de servicios en cada uno de estos hospitales dependían del grado de desarrollo tecnológico del hospital, de la dotación de recursos humanos y materiales y de la capacitación profesional de los médicos existentes en cada una de las áreas asistenciales de las especialidades médicas y quirúrgicas de atención de las enfermedades del aparato circulatorio. La diversidad existente entre estas carteras de servicios pone de manifiesto desigualdades importantes en la oferta asistencial a la población de referencia y, por tanto, en el alcance de esta prestación (v. 3.1.1. y 3.1.2.).

B.2.1 Las diferencias se acentuaban en la cartera de servicios del área asistencial de consultas externas extrahospitalarias de la especialidad de Cardiología, debido a que tres de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización (la Fundación H. Alcorcón, el H.G. Gregorio Marañón y el H. General de Valencia) no realizaban consultas de este tipo ya que en el área de referencia de la Fundación H. Alcorcón no existían Centros de Especialidades Periféricas (CEP) y en las respectivas áreas de referencia del H.G. Gregorio Marañón y del H. General de Valencia existían CEP pero no eran gestionados directamente por el hospital (v. 3.1.1.).

B.2.2 El Tribunal de Cuentas no ha podido determinar la estructura y contenido de la cartera de servicios de la especialidad de Cardiología en su desglose por técnicas especiales del área diagnóstica y terapéutica, debido a que las denominaciones utilizadas para cada técnica especial no sólo variaban de un hospital a otro, sino también dentro de un mismo hospital (v. 3.1.1.).

B.3 Las actividades de prevención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización eran muy escasas, sobre todo en relación con la prevención secundaria y terciaria, y además su responsabilidad estaba asignada a otras especialidades médicas distintas de la Cardiología. En relación con la prevención primaria la actividad era prácticamente inexistente (v. 3.1.3.).

B.3.1 Sólo el H.G. Gregorio Marañón y el H. de Gran Canaria realizaban actividades de prevención secundaria de factores de riesgo (hipertensión, hipercolesterolemia...) de las enfermedades del aparato circulatorio, cuya responsabilidad correspondía exclusivamente a las unidades asistenciales de la especialidad de Medicina Interna (v. 3.1.3.).

B.3.2 El H.G. Gregorio Marañón y el H. General de Valencia eran los únicos que disponían de actividades de rehabilitación cardíaca, en ambos casos coordinadas por las unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología (v. 3.1.3.).

B.4 El Tribunal de Cuentas ha podido constatar que en las unidades asistenciales de las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización se habían creado unidades con autonomía funcional para el desarrollo de los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos (hemodinámica, ecocardiografía, holter y ergometría) incluidos en la cartera de servicios de la especialidad. Además, en los tres hospitales (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo) que estaban acreditados para la realización de trasplantes cardíacos, había unidades de este tipo exclusivamente destinadas a la atención de esta prestación. La existencia de subespecialidades dentro de la estructura organizativa de la especialidad

de Cardiología, que garantiza el entrenamiento de los profesionales sanitarios en técnicas a su vez especializadas que requieren una gran destreza, debe ser compaginada con una cierta movilidad que evite disfunciones en el desarrollo de la actividad de estas unidades asistenciales y mayores desigualdades en la oferta de recursos a la población de referencia. (v. 3.1.1.).

B.5 El Tribunal de Cuentas ha apreciado concurrencia de funciones entre las especialidades médicas y quirúrgicas de atención de las enfermedades del aparato circulatorio en las unidades funcionales creadas dentro de su estructura organizativa para la atención de los cuidados intensivos cardiológicos y de la reanimación tras las intervenciones de Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Esta situación refleja la existencia de criterios de actuación diferentes y provoca duplicidad de recursos, lo que también afecta a la calidad asistencial y a la equidad en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia de estos hospitales (v. 3.1.1. y 3.1.2.).

B.6 Las especialidades médicas de atención a la población infantil reconocidas en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, son la Pediatría y la Cirugía Pediátrica. Sin embargo el Tribunal de Cuentas ha podido constatar la existencia de subespecialidades para la atención a las enfermedades del aparato circulatorio de esta población en el seno de las unidades asistenciales de ambas especialidades en los tres hospitales que incluían esta atención en su cartera de servicios (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo). La gestión de estas unidades funcionales, que gozan de cierta autonomía dentro de las unidades asistenciales de las especialidades de Pediatría y de Cirugía Pediátrica, resulta difícil de evaluar debido a la escasez de información sobre su actividad (v. 3.1.1. y 3.1.2.).

B.7 La concurrencia de actuaciones sanitarias entre las especialidades médicas y quirúrgicas que atienden las enfermedades del aparato circulatorio, unida al ingreso de pacientes en unidades asistenciales distintas a las que habitualmente atienden estas enfermedades, a la ausencia de protocolos de actuación comunes a todas las unidades asistenciales y a la utilización ineficiente de los recursos humanos y materiales adscritos a estas unidades asistenciales, pueden afectar a la calidad de la atención sanitaria porque favorecen desigualdades entre hospitales, y en un mismo hospital, en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia (v. 3.1., 3.3.1. y 4.1.).

B.8 Sin perjuicio de las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Tribunal de Cuentas ha podido constatar que existen diferencias importantes en los criterios establecidos para la canalización de pacientes de enfermedades del aparato circulatorio a hospitales propios y concertados en las Comunidades Autónomas de la muestra, lo que incide en la calidad de

la atención sanitaria que se presta a la población de referencia (v. 3.2.).

B.9 Tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra y los responsables de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización carecían de información suficiente sobre el personal sanitario que prestaba sus servicios en el ámbito de su competencia, lo que ha limitado considerablemente la acción fiscalizadora del Tribunal de Cuentas en esta materia (v. 3.3.).

B.10 El Tribunal de Cuentas ha podido constatar que la asignación de los médicos especialistas de Cardiología a los distintos hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra se efectúa sin tener en cuenta ni la presión asistencial que soportan los especialistas de cada hospital ni la patología que presenta la población. Esta planificación inadecuada por parte de las Administraciones Públicas sanitarias competentes en el ámbito de cada Comunidad Autónoma origina desigualdades en la oferta de recursos a la población (v. 3.3.1.1.A.).

B.11 El Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que el número de médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica existentes en las Comunidades Autónomas de la muestra, en relación con su población de referencia, eran insuficientes y presentaban diferencias importantes, lo que indica que las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria no efectúan una planificación adecuada de estos recursos, lo que afecta desfavorablemente a la equidad de su distribución respecto a las poblaciones de referencia (v. 3.3.1.1.B.).

B.12 El Tribunal no ha podido conocer los criterios que, en su caso, hayan seguido las respectivas Administraciones Públicas sanitarias competentes en su demarcación territorial para la asignación de médicos especialistas de Cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, lo que pone de manifiesto la insuficiente planificación de estos recursos. No obstante, se ha podido constatar que existían diferencias de recursos entre los hospitales que afectan a la equidad en la distribución de estos recursos en relación con la población de referencia. El Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que estas desigualdades no se debían a la categoría administrativa de las unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología, ni a la complejidad técnica de los hospitales, ni a la incidencia de las enfermedades del aparato circulatorio en su población de referencia (v. 3.3.1.2.A.).

B.13 El número de médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización en función de su respectiva población de referencia muestra diferencias que no están en relación ni con la

categoría administrativa de estas unidades, ni con la complejidad técnica de los hospitales, ni con la incidencia de las enfermedades del aparato circulatorio en las poblaciones de referencia. Esto parece indicar que ni las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria ni las gerencias de los hospitales realizan una planificación adecuada de estos recursos, lo que afecta a la equidad de su distribución respecto a las poblaciones de referencia y a la calidad de la asistencia sanitaria (v. 3.3.1.2.B.).

B.14 El Tribunal de Cuentas ha comprobado que la productividad de los médicos especialistas de Cardiología y Cirugía Cardiovascular difería considerablemente en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, y que la distribución de los tiempos médicos entre las distintas áreas de actividad asistencial de sus respectivas unidades asistenciales de Cardiología era también muy desigual no estando relacionada ni con la categoría administrativa de las unidades asistenciales ni con la complejidad técnica de los hospitales (v. 3.3.1.2.C. y 3.3.2.2.B.).

B.15 El Tribunal de Cuentas ha podido comprobar que en las Comunidades Autónomas de la muestra existían importantes diferencias en la distribución de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular en función de la población de referencia, en relación con las altas con diagnóstico de enfermedades del aparato circulatorio y en relación con el número de intervenciones realizadas. Ello constata la existencia de desigualdades en la oferta de estos recursos a la población y, por tanto, la falta de una planificación adecuada por parte de las Administraciones Públicas sanitarias competentes en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, que considere como importante la incidencia de la patología (v. 3.3.2.1.).

B.16 Existían importantes diferencias en la asignación de médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, y entre éstos y sus respectivas Comunidades Autónomas, que afectan a la equidad en la distribución de estos recursos en relación con la población de referencia. El Tribunal de Cuentas ha podido constatar que las diferencias no respondían a criterios objetivos, como la categoría administrativa de las distintas unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular, la complejidad técnica de los hospitales o a la incidencia de las enfermedades del aparato circulatorio en su población de referencia (v. 3.3.2.2.A.).

B.17 El Ministerio de Sanidad y Consumo no ha procedido a la homologación de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios prevista en el artículo 40.11 de la Ley General de Sanidad, ni ha aprobado el Estatuto-Marco del personal del Sistema Nacional de Salud previsto en el artículo 84 de la misma Ley. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tampoco ha establecido los criterios de coordinación para la planificación, gestión y control de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud cuya determinación le atribuye la Ley General de Sanidad en su artículo 47.

Todo ello ha provocado que, en relación con el personal sanitario, la normativa vigente sea muy heterogénea (v. 3.3.1.2.D. y 3.3.2.2.C.).

B.18 Resultan relevantes los porcentajes de interinidad de los médicos de las especialidades que atienden las EAC que presentan algunos de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, con cifras de hasta el 41,67% en la especialidad de Cardiología y el 50% en la especialidad de Cirugía Cardiovascular. (v. 3.3.1.2.D. y 3.3.2.2.C.).

B.19 Los indicadores utilizados por el Tribunal de Cuentas para el análisis de los médicos internos residentes (MIR) de las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que estaban acreditados para la formación médica en estas especialidades, presentan resultados muy distintos, lo que constata la falta de equidad existente en la distribución de estos médicos entre la población de referencia. La disparidad en los valores obtenidos en los indicadores de número de médicos especialistas de Cardiología y Cirugía Cardiovascular por cada MIR de estas especialidades y de número de MIR por cada 1.000 altas de las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular podría suponer la existencia de diferencias en la calidad de la formación que reciben estos médicos (v. 3.3.1.2.E. y 3.3.2.2.D.).

B.20 La asignación del personal de enfermería a las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular no guarda relación ni con sus respectivas poblaciones de referencia, ni con la categoría administrativa de las unidades asistenciales ni con la complejidad técnica de los hospitales, ni tampoco con las altas que se diagnostican en ellos. La ausencia de criterios objetivos establecidos por las gerencias de los hospitales para la asignación del personal de enfermería, unida a la inexistencia de indicadores de referencia elaborados por las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria, facilita las desigualdades entre ellos, lo que incide a su vez en la distribución equitativa de estos recursos e impide que el acceso a la asistencia sanitaria y las prestaciones se realicen en condiciones de igualdad efectiva para toda la población (v. 3.3.1.2.G. y 3.3.2.2.F.).

C. Los recursos materiales.

C.1 Las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra no disponen apenas de documentación ni de información detallada, actualizada y completa sobre los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las EAC existentes en los hospitales dependientes de ellas, lo que ha provocado que el Tribunal de Cuentas sólo haya podido realizar la evaluación de los equipos de hemodinámica y de los ecocardiógrafos. Los resultados del análisis de la distribución de estos equipos en relación con la población de referencia constatan la existencia de desigualdades territoriales

que no responden a criterios objetivos de planificación establecidos por las respectivas Administraciones Públicas sanitarias competentes en la demarcación territorial donde están ubicados, lo que pone de manifiesto la inequidad existente en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia (v. 4.1.3.A. y 4.1.4.A.).

C.2 El Tribunal ha constatado la existencia de diferencias en la distribución de los recursos materiales para la atención especializada de las EAC en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización (camas, equipos de hemodinámica, ecocardiógrafos, holter y ergómetros de Cardiología y camas y quirófanos de Cirugía Cardiovascular). Estas diferencias no muestran relación con la complejidad técnica de los hospitales ni con la categoría administrativa de las unidades a las que están asignados, lo que afecta también a la equidad en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia. El Tribunal no ha podido, sin embargo, realizar una valoración ulterior de estas diferencias porque no existen estándares de referencia elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo ni por las Administraciones Públicas sanitarias competentes en las Comunidades Autónomas de la muestra sobre la distribución de los recursos materiales para la atención especializada de las EAC (v. 4.1. y 4.2.).

C.3 En relación con la utilización de los recursos materiales asignados a la atención sanitaria de las EAC en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, el Tribunal ha constatado que:

C.3.1 Existen diferencias importantes en los valores que presentan los indicadores de camas de las unidades asistenciales de Cardiología en relación con las altas de estas unidades y camas de cuidados de Cirugía Cardiovascular en relación con las intervenciones de esta especialidad. Estas desigualdades se producen también entre hospitales de igual complejidad técnica, por lo que podrían estar relacionadas con la eficiencia en la utilización de los recursos, con las diferencias en la patología que presenta la población y, en su caso, con la complejidad de las técnicas quirúrgicas utilizadas en cada hospital (v. 4.1.1. y 4.2.1.).

C.3.2 Los locales de consultas externas, equipos de hemodinámica, ecocardiógrafos, holter y ergómetros de Cardiología y quirófanos de Cirugía Cardiovascular presentan, en general, un bajo rendimiento. Esta infrutilización generalizada de los recursos asignados a la atención sanitaria de las EAC es en algunos casos la causa del elevado número de pacientes que esperan para ser atendidos en las áreas asistenciales diagnóstica y terapéutica y de consultas externas, y demuestra en todo caso la ineficiencia de su gestión por parte de las gerencias de los hospitales (v. 4.1.2., 4.1.3.B., 4.1.4.B., 4.1.5., 4.1.6. y 4.2.2.).

D. La contabilidad analítica en el sistema nacional de salud.

D.1 El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra no habían establecido un sistema de contabilidad analítica aplicable en sus respectivos hospitales que permitiera conocer exactamente los costes por procesos. El Tribunal de Cuentas ha constatado la existencia de desigualdades en los grados de implantación del CMBD y en los diferentes modelos de contabilidad analítica que han limitado tanto el desarrollo y la utilización de los sistemas de clasificación de pacientes como su agrupación por tipos de procesos, todo ello con la finalidad de obtener el coste por proceso. El sistema de clasificación de pacientes utilizado en el SNS ha sido el denominado Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR). (v. 5.1. y 5.3.).

D.1.1 Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han realizado actuaciones que representan un avance importante en la determinación del coste por proceso materializadas en el proyecto de «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud», aprobado conjuntamente el 17 de noviembre de 1997 por los representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Insalud y de las Comunidades Autónomas que en aquella época tenían transferida la asistencia sanitaria, en el que se trabaja en el desarrollo de una metodología homologada de evaluación del producto hospitalario, en la definición de un sistema homologado de imputación de costes, en el desarrollo de una metodología para definir los GDR y en la determinación de la importancia relativa de los GDR en el Sistema Nacional de Salud (v. 5.1. y 5.3.).

D.1.2 Los diferentes sistemas de contabilidad analítica establecidos en las Comunidades Autónomas de la muestra difieren en su estructura de gestión analítica, en el sistema de imputación de costes, en los criterios de repercusión de los costes y en los coeficientes de reparto, si bien sus objetivos siempre deben ser obtener el coste por unidad de gestión analítica final y por proceso (v. 5.1. y 5.3.).

D.2 La Dirección General del Insalud y la Consejería de Sanidad y Consumo de la C.A. de Canarias aportaron alguna información sobre el coste de las unidades de gestión analítica final de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular de los hospitales en ellas ubicados, aunque esta información resultó ser insuficiente, incompleta y poco actualizada. Las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de Madrid, Valenciana, de Galicia y del Principado de Asturias no atendieron el requerimiento efectuado por el Tribunal de Cuentas en relación con esta información (v. 5.2.).

D.3 En los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización el Tribunal ha constatado

que las estructuras de gestión analítica de las unidades asistenciales de Cardiología y Cirugía Cardiovascular presentan peculiaridades derivadas de los diferentes sistemas de contabilidad analítica existentes en ellos, de su nivel de implantación y de su adaptación a la propia estructura organizativa del hospital (v. 5.1.3.).

D.4 El Tribunal de Cuentas no ha podido realizar el análisis de los costes indirectos imputados a las unidades de gestión analítica finales de Cardiología y Cirugía Cardiovascular debido a que los criterios de imputación aplicados por los hospitales han sido diferentes. Estas diferencias se han concretado en que la Fundación H. Alorcón no imputaba ningún coste indirecto, el C.H. Juan Canalejo sólo considera como costes indirectos los denominados «costes ectópicos» y en los cuatro hospitales restantes varían los coeficientes de reparto aplicados para la imputación de los costes indirectos (v. 5.2.2.A. y 5.2.2.B.).

D.5 Las diferencias en el coste directo de las unidades de gestión analítica final de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular no guardan relación con la categoría administrativa ni con la complejidad técnica de las unidades asistenciales de esta especialidad existentes en cada uno de ellos; tampoco con los recursos humanos y materiales asignados a las unidades asistenciales de Cardiología y Cirugía Cardiovascular ni con la actividad realizada en ellas. Estas variaciones estarían más bien relacionadas con la adaptación del modelo de contabilidad a la propia estructura organizativa de cada hospital, con la exclusión de determinados conceptos retributivos del coste de personal, con la existencia de diferencias en la imputación del personal de enfermería y con los criterios de repercusión de costes de las unidades de gestión intermedias a las unidades de gestión analítica finales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular (v. 5.2.2.A. y 5.2.2.B.).

D.6 La existencia de desviaciones entre las cifras de costes de los médicos especialistas adscritos a las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular imputados a las correspondientes unidades de gestión analítica final y el importe de las nóminas de estos médicos correspondientes al año de 1999 se deben a la heterogeneidad en la imputación de estos costes a las unidades de gestión analítica final en los distintos hospitales (exclusiones de determinados costes de docencia e investigación, imputaciones de coste a otras unidades). Esta heterogeneidad cuestiona la validez de la información obtenida sobre estos costes directos por lo que el Tribunal de Cuentas no ha podido realizar un análisis de la eficiencia de las unidades de estas especialidades (v. 5.2.2.A. y 5.2.2.B.).

D.7 Existían diferencias importantes entre los costes de farmacia imputados a las unidades de gestión analítica final de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular y las cifras sobre consumo de productos farmacéuticos de las correspondientes unidades asistenciales de estas especialidades en todos los hospitales en los

que se han realizado las pruebas de fiscalización excepto en el H. General de Valencia y en el C.H. Juan Canalejo. Estas diferencias se debían fundamentalmente a: la insuficiencia de los subsistemas de información económica de las unidades de farmacia de estos hospitales, lo que ocasionaba que la imputación de determinados costes directos a las unidades de gestión analítica final se realizara por coeficientes de reparto que variaban de un hospital a otro, y a la escasa normalización de los códigos utilizados en el sistema de información de las unidades de suministros y los códigos utilizados en la estructura de gestión analítica (v. 5.2.2.A. y 5.2.2.B.).

D.8 Ni la Dirección General del Insalud, ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra facilitaron información del coste por Grupos de Diagnósticos Relacionados, con excepción de la Consejería de Sanidad de la C.A. Valenciana (v.5.3.1.).

D.9 Sólo cuatro de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización habían llegado a un desarrollo de sus sistemas de contabilidad analítica que permitían la determinación del coste por proceso (v. 5.3.1.).

D.10 Sin embargo los costes de los GDR de IAM analizados por el Tribunal de Cuentas (121, 122 y 123) obtenidos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, presentaban diferencias considerables, relacionadas con el coste total del hospital, con la estancia media y con el nivel de desarrollo y la calidad de la codificación del CMBD (v. 5.3.1.).

D.11 Todo ello ha conducido a que el Tribunal de Cuentas se haya visto limitado para determinar el coste total de la asistencia sanitaria del IAM en el Sistema Nacional de Salud, debido fundamentalmente a la heterogeneidad de los sistemas de contabilidad analítica existentes en los hospitales y a la insuficiencia de los sistemas de información asistencial de que disponen (pues aunque el CMBD está implantado en casi todos los hospitales, su nivel de codificación no alcanza en todos los casos a la totalidad de las altas hospitalarias limitando su agrupación por GDR) que impiden la obtención del coste por proceso (v. 5.3.1.).

E. La actividad de la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC).

E.1 EL Tribunal de Cuentas ha podido constatar que en los hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización las altas hospitalarias con diagnóstico de EAC representaban más del 12% del total de las altas hospitalarias y que las altas con diagnóstico de IAM representaban más del 1,40%. Sin embargo, existían diferencias importantes, por Comunidades Autónomas, en el número de altas calculado en función de la población de referencia que si

bien podrían estar relacionadas con las características demográficas y con los patrones de morbilidad hospitalaria, presentaban también una relación directa con la dotación de recursos humanos y materiales destinados a la atención de esta patología, su organización y su funcionamiento, lo que apunta, en todo caso, a diferencias en los criterios clínicos de los médicos que deciden el ingreso hospitalario, ya que a pesar de que los ingresos por estas patologías son principalmente de carácter urgente, tanto en las cinco Comunidades Autónomas como en los seis hospitales existen diferencias entre ellos (v. 6.1.1., 6.1.2., 6.2.1. y 6.2.2.).

E.1.1 Los valores del indicador de número de altas de EAC por cada 100.000 habitantes en las Comunidades Autónomas de la muestra oscilaban entre la cifra de 945,25 altas con diagnóstico de EAC correspondiente a la C.A. de Madrid y la de 1.240,48 altas de la C.A. del Principado de Asturias. No obstante, el porcentaje de ingresos urgentes por esta patología en la C.A. de Madrid era de 67,58, el menor de las cinco Comunidades Autónomas, siendo el más elevado el correspondiente a la C.A. Valenciana con 80,46% (v. 6.1.1. y 6.1.2.).

E.1.2 El valor del indicador de altas de IAM por cada 100.000 habitantes en las Comunidades Autónomas de la muestra oscilaba entre la cifra de 117,99 correspondiente a la C.A. de Madrid y la de 225,30 altas alcanzada en la C.A. del Principado de Asturias. Igualmente, la C.A. de Madrid es la que presenta un porcentaje de ingresos urgentes menor, el 87,90%, mientras que el mayor porcentaje corresponde a la C.A. de Galicia con un 96,78% (v. 6.1.1. y 6.1.2.).

E.1.3 En los hospitales las diferencias en el valor del indicador de altas de EAC por cada 100.000 habitantes eran considerables. El H. Central de Asturias presentaba la cifra más alta (2.037,05), muy por encima del valor que presentaba este indicador para el conjunto de hospitales de su Comunidad Autónoma (1.240,48). En sentido contrario, destacaba el H. General de Valencia, con un valor de 635,51 altas, inferior al del conjunto de hospitales de su Comunidad (1.023,09). La misma tendencia presentaban los resultados del indicador de número de altas de IAM por cada 100.000 habitantes, ya que la cifra más alta (305,49) la mostraba el H. Central de Asturias, y la menor (78,19) el H. General de Valencia, cifras que se alejaban de los valores de 225,30 y 159,23 que respectivamente presentaba el conjunto de los hospitales de su Comunidad Autónoma (v. 6.2.1.).

E.1.4 Los ingresos producidos en los hospitales por EAC y por IAM eran principalmente de carácter urgente, siendo el C.H. Juan Canalejo el que realizaba menos ingresos urgentes de EAC y de IAM, el 71,62% y el 84,05% respectivamente; mientras que el mayor porcentaje correspondía a la Fundación H. Alorcón con el 81,92% y el 98,66%, respectivamente, de ingresos urgentes por EAC y por IAM (v. 6.2.2.).

E.2 El Tribunal de Cuentas ha constatado la existencia de diferencias importantes en la actividad del área asistencial de consultas externas (extrahospitalarias e intrahospitalarias) de las unidades asistenciales de Cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización en relación con la población de referencia y con el seguimiento que se realiza a los pacientes. Estas diferencias podrían explicarse por la organización de esta actividad asistencial y por la aplicación de diferentes criterios médicos en su programación, lo que afecta a la equidad de la asistencia sanitaria que se presta a la población y a la calidad asistencial. Sin embargo, la inexistencia de estándares de referencia sobre esta prestación y la indeterminación de objetivos relacionados con ella contenidos en los contratos de gestión pactados por las gerencias de los respectivos hospitales impiden al Tribunal valorar adecuadamente los resultados de los indicadores calculados (v. 6.3.).

E.2.1 Las diferencias en los valores del indicador de consultas externas primeras extrahospitalarias e intrahospitalarias por 100.000 habitantes presentan una importante relación con el porcentaje de tiempo que los médicos especialistas de Cardiología dedican al área de consultas externas (v. 4.3.1.1.C.) y con la organización de la atención sanitaria especializada en el Área de Salud correspondiente (v. 6.3.).

E.2.2 Las diferencias obtenidas en el indicador de consultas sucesivas en relación con consultas primeras, tanto en las consultas externas extrahospitalarias como intrahospitalarias, no muestra relación con el tiempo que los médicos especialistas dedican a esta actividad asistencial (v. 3.3.1.1.C.) por lo que estas diferencias en el seguimiento de pacientes sólo podrían explicarse por la aplicación de distintos criterios médicos en la programación de esta actividad (v. 6.3.).

E.3 En los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización el Tribunal de Cuentas ha comprobado que existían diferencias importantes en el número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de hemodinámica efectuados en relación con la población de referencia y que, con carácter general, este indicador presentaba la misma tendencia que los indicadores de número de médicos especialistas y número de equipos existentes en las unidades funcionales de hemodinámica de estos hospitales en función de la población de referencia. El valor del indicador de procedimientos diagnósticos en relación con procedimientos terapéuticos de hemodinámica presenta diferencias que reflejan la diversidad en los criterios clínicos de indicación de estos procedimientos. Todo ello constata la existencia de desigualdades considerables en el acceso de la población a esta prestación que afectan a su equidad e incide en la calidad de la asistencia sanitaria prestada (v. 6.4.1.).

E.4 En los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización existían diferencias importantes

en los indicadores obtenidos en relación con los procedimientos de ecocardiografía efectuados durante el año 1999. En cinco hospitales, todos excepto el H. Central de Asturias, los resultados del indicador de número de procedimientos de ecocardiografía por 100.000 habitantes estaban directamente relacionados con el número de equipos de ecocardiografía existente en cada hospital en función de la población de referencia, lo que muestra la existencia de desigualdades importantes que afectan a la equidad de la prestación a la población de referencia y a la calidad de la asistencia sanitaria, lo que en todo caso apunta a diferencias en los criterios clínicos en la indicación de la técnica (v. 6.4.2.).

E.4.1 Sólo en tres de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización (H.G. Gregorio Marañón, H. Central de Asturias y C.H. Juan Canalejo) los sistemas de información permitan conocer el tipo de cada uno de los procedimientos de ecocardiografía (convencional o especial) realizados en ellos. El valor del indicador de procedimientos convencionales/especiales presentaba cifras muy dispares (1,86, 4,37 y 8,76, respectivamente), que reflejan los distintos criterios adoptados por los hospitales en la indicación de esta técnica (v. 6.4.2.).

E.5 El Tribunal de Cuentas ha constatado la existencia de diferencias importantes en relación con los procedimientos de holter y de ergometría efectuados durante 1999 en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, que influyen de forma negativa en la equidad de la prestación a la población de referencia y en la calidad de la asistencia sanitaria. En todos ellos el número de procedimientos de holter realizados en relación con la población de referencia era directamente proporcional al número de lectores de holter de que disponían, calculado también en función de su población de referencia. La misma relación se producía entre el número de procedimientos de ergometría y los ergómetros, según la población de referencia. Esto podría reflejar la utilización de criterios clínicos diversos en la indicación de estas dos técnicas provocando desigualdades en la atención sanitaria a la población (v. 6.4.3.).

E.6 En relación con las intervenciones de Cirugía Cardiovascular realizadas en los hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, el Tribunal de Cuentas ha comprobado que existían desigualdades significativas en los valores de los indicadores calculados en relación con la población de referencia y en relación con las altas de EAC e IAM. Las variaciones en estos resultados apuntan a diferencias en los criterios clínicos de indicación de las intervenciones de Cirugía Cardiovascular, dando lugar a desigualdades en la atención sanitaria a la población de referencia (v. 6.5.1.A. y 6.5.1.B.).

En los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, el indicador de intervenciones realizadas en función de la población de referencia en cada hospital mostraba relación con el indicador de médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular y con el número de horas de quirófano asignadas por la gerencia de cada hospital a las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular según la población de referencia. Todo lo anterior apunta en todo caso a la existencia de criterios distintos en la indicación clínica de las intervenciones de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, incidiendo negativamente en la equidad de la prestación a la población de referencia y en la calidad de la asistencia sanitaria (v. 6.5.1.B.).

E.7 El análisis efectuado por el Tribunal de Cuentas sobre los trasplantes cardiacos realizados en los hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que estaban acreditados para ello desvela la existencia de diferencias considerables que pueden obedecer a múltiples causas, como: los factores demográficos, la disponibilidad de equipos humanos capacitados técnicamente para la realización de trasplantes y los criterios clínicos de indicación del trasplante. Todo ello pone de manifiesto, una vez más, los problemas de equidad de esta prestación a la población de referencia y las diferencias en la calidad asistencial (v. 6.5.2.).

E.7.1 Las CC.AA. de la muestra presentan valores en la tasa de trasplantes muy distintos. La C.A. del Principado de Asturias presenta la tasa más elevada con 24 trasplantes por millón de habitantes, frente a la C.A. de Canarias, con sólo 4,3 trasplantes por millón de habitantes; en esta C.A. incide, nuevamente, el escaso número de médicos especialistas en relación con la población de referencia (v. 6.5.2.A.).

E.7.2 El C.H. Juan Canalejo es el hospital que presentaba mayor número de trasplantes cardiacos efectuados por cada millón de habitantes (77,41) de los tres hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que estaban acreditados para ello. Esta cifra superaba ampliamente el valor obtenido para el conjunto de los hospitales de la C.A. de Galicia (13,8). El H.G. Gregorio Marañón, con una tasa de 28,26, también superaba el número de trasplantes por cada millón de habitantes de la C.A. de Madrid (7,9). El H. Central de Asturias realizaba la totalidad de los trasplantes de su Comunidad Autónoma (24 por cada millón de habitantes) (v. 6.5.2.B.).

E.8 En relación con las listas de espera de consultas externas y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de Cardiología y con las listas de espera de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular analizadas en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, el Tribunal ha constatado que:

E.8.1 Existen problemas importantes en la accesibilidad de los pacientes de EAC a las prestaciones sanitarias en que se concreta la atención de estas enfermedades, ya que en todos los hospitales, si bien con distinto alcance, existía un importante número de pacientes en lista de espera. La existencia de estas listas de espera, con carácter general, responde a la ineficiencia en la gestión de los recursos humanos y materiales asignados a las unidades asistenciales de Cardiología y, en su caso, de Cirugía Cardiovascular de los hospitales. Además, las diferencias apreciadas entre hospitales constatan la inequidad existente en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia (v. 6.6.1., 6.6.2. y 6.6.3.).

E.8.2 Los sistemas de información de las unidades de Admisión en los hospitales son muy heterogéneos, y en ocasiones insuficientes, como en el H. General de Valencia, donde no ha sido posible en ningún caso obtener la información de las listas de espera por intervalos de demora, y en el C.H. Juan Canalejo, cuyo sistema de información no ha permitido obtener estos intervalos de las listas de espera de consultas externas y de procedimientos de ecocardiografía, holter y ergometría (v. 6.6.1., 6.6.2. y 6.6.3.).

E.8.3 La gestión de las listas de espera no siempre está centralizada en las unidades de Admisión de los hospitales. Así, la gestión de los pacientes de las listas de espera de hemodinámica se realiza por las unidades funcionales de hemodinámica en el H. Central de Asturias, en el H. General de Valencia y en el H. de Gran Canaria. De igual forma, la gestión de las listas de espera de procedimientos de ecocardiografía, ergometría y holter en el H. Central de Asturias y en el H. de Gran Canaria se lleva a cabo por las unidades funcionales correspondientes. Los registros informáticos de estas unidades son insuficientes e incluso inexistentes: la unidad funcional de hemodinámica del H. General de Valencia dispone de un registro informático de los pacientes en lista de espera insuficiente ya que no permite obtener los intervalos de demora; por el contrario, ninguna de estas unidades funcionales del H. Central de Asturias y del H. de Gran Canaria dispone de un registro informático de los pacientes, que en el caso de este último hospital le impedía conocer incluso su número, debido a que las peticiones de cita no estaban registradas (v. 6.6.2. y 6.6.3.).

E.9 El Tribunal de Cuentas ha podido constatar en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que cuando las gerencias, bien por la carencia de determinadas prestaciones en su cartera de servicios o bien por su insuficiencia, habitualmente ligada a importantes listas de espera, proponían el traslado de un enfermo a otro hospital, realizaban la propuesta a la delegación territorial del Insalud o del Servicio de Salud correspondiente; en consecuencia, las gerencias desconocían la facturación que generaban los traslados de pacientes; asimismo, las gerencias de los

hospitales situados en las CC.AA. con transferencias tampoco conocían el centro al que finalmente eran remitidos los pacientes. No obstante, la gerencia del H. de Gran Canaria solicitó esta información a la delegación territorial del Servicio Canario de Salud durante los trabajos de fiscalización efectuados en el hospital. El Tribunal de Cuentas sólo ha dispuesto de información en relación con estas propuestas de traslado de pacientes en cuatro de los seis hospitales cuyas gerencias disponían de un sistema de información adecuado para el registro y control de las propuestas de traslado (v. 6.7.).

E.9.1 La gerencia del H. Central de Asturias no disponía de un sistema de información que le permitiera conocer esta información, a pesar de que toda la atención de Cirugía Cardiovascular a la población infantil tenía que ser derivada fuera de su Comunidad Autónoma (v. 6.7.).

E.9.2 La gerencia del C.H. Juan Canalejo aportó información contradictoria sobre el número total de traslados de pacientes a otros hospitales durante el año 1999. Dado que la gerencia del centro no pudo aclarar la disparidad de cifras existente en la documentación aportada, este hospital tuvo que quedar fuera de este análisis. No obstante, hay que señalar que, según consta en la primera información entregada, 18 de los 24 pacientes trasladados lo fueron a una clínica privada en el marco de un concierto. En esta clínica se da la circunstancia de que realizaban su actividad asistencial cuatro médicos pertenecientes a la plantilla del «Área del corazón» de este hospital (v. 6.7.).

E.9.3 El número más elevado de traslado de pacientes para recibir atención de Cardiología y Cirugía Cardiovascular correspondía a la Fundación H. Alcorcón, y en su mayoría a otros centros públicos de la propia Comunidad Autónoma, debido a que no disponía en su cartera de servicios de una unidad funcional de hemodinámica ni de la especialidad de Cirugía Cardiovascular. En el H. de Gran Canaria el 67,65% de los traslados se realizaron a hospitales privados concertados. En el H. General de Valencia no se conocían los centros de destino de los pacientes trasladados (v. 6.7.).

E.9.4 Sólo la Fundación H. Alcorcón había efectuado traslados para la atención en consultas externas, en su totalidad de Cirugía Cardiovascular. El 100% de los traslados del H. General de Valencia se efectuaron para la realización de procedimientos de hemodinámica debido a la elevada lista de espera existentes en este hospital. En el H. de Gran Canaria, el 70,59% de los traslados se efectuaron para la realización de intervenciones de Cirugía Cardiovascular; todos, salvo dos pacientes trasladados para la realización de trasplantes cardíacos, se trasladaron a un mismo centro privado concertado. Ello es debido principalmente a que el escaso número de médicos de esta especialidad existente en el hospital sólo permite programar intervenciones de escasa complejidad (v. 6.7.).

E.10 El Tribunal de Cuentas ha constatado que en las Comunidades Autónomas de la muestra las altas por defunción derivadas de EAC e IAM en relación con la población de referencia, si bien presentan valores inferiores a los obtenidos de la Estadística de Defunciones por causa de muerte del INE para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, presentan diferencias que pueden explicarse, en parte, por las diferencias en la estructura demográfica y en los patrones de morbilidad de la población, pero también influye la oferta de servicios sanitarios para la atención de estas enfermedades, su organización y su funcionamiento. Todo ello pone de manifiesto, una vez más, la falta de equidad en la asistencia sanitaria a la población de referencia, así como diferencias en la calidad asistencial (v. 6.8.1.).

E.11 El Tribunal de Cuentas ha constatado la existencia de diferencias entre el número de defunciones registradas en las memorias de gestión y en la base de datos del CMBD de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, debidas con carácter general al distinto nivel de codificación diagnóstica de las bases de datos del CMBD. Estas deficiencias en la codificación diagnóstica de las altas por defunción en la base de datos del CMBD ocasiona una pérdida de información muy relevante para el análisis de las causas reales de defunción que repercute en la calidad de la asistencia sanitaria y, además, afecta a la obtención de los GDR (v. 6.8.2.A.).

E.11.1 Las diferencias obtenidas en el H. Central de Asturias, por encima del 26%, y el hecho de que se haya comprobado que esta falta de codificación afecta fundamentalmente a las altas por defunción, hacen que el CMBD no pueda utilizarse para el análisis de las defunciones por EAC en este hospital (v. 6.8.2.A.).

E.12 Las altas por defunción derivadas de EAC e IAM en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización en relación con la población de referencia y con el total de altas de EAC e IAM, presentan diferencias muy importantes. El Tribunal de Cuentas ha constatado que los valores de este indicador están relacionados con los indicadores de altas diagnosticadas de IAM, con las intervenciones y con los procedimientos de hemodinámica en relación con la población de referencia. Así, en los hospitales de mayor complejidad técnica (H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo), donde se atienden patologías más complejas, la mortalidad es más elevada (v. 6.8.2.A.).

E.13 En los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, el Tribunal de Cuentas ha constatado que existe una falta de control de los informes de alta por defunción y una deficiente cumplimentación de los mismos, lo que impide conocer las causas de mortalidad, y por tanto analizarlas, lo que repercute en la calidad asistencial (v. 6.8.2.B.).

E.13.1 Sólo en dos hospitales (Fundación H. Alcorcón y H. Central de Asturias) de los seis en los que se han realizado las pruebas de fiscalización las gerencias aportaron el total de los informes solicitados. En el resto de hospitales el porcentaje de informes no entregados por las gerencias a requerimiento de el Tribunal oscilaba entre el 7,79% del C.H. Juan Canalejo y el 34,78% del H. de Gran Canaria; en este último hospital la gerencia no aportó ninguna justificación ni ninguna otra documentación clínica que permitiera constatar la defunción (v. 6.8.2.B.).

E.13.2 El hospital en el que existía una mayor coincidencia entre los datos registrados en el CMBD y los informes de alta por defunción analizados era la Fundación H. Alcorcón. Por el contrario, es destacable que el hospital en el que existe menor concordancia sea el H. de Gran Canaria, puesto que a la deficiencia, ya reiterada, de que sólo se codifican en él la mitad de las altas hospitalarias, se une el hecho de que los pocos datos cumplimentados en la base de datos del CMBD no se corresponden con los que contienen los documentos analizados (v. 6.8.2.B.).

E.14 El Tribunal de Cuentas ha constatado que en los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización se había constituido la Comisión Clínica de Mortalidad, aunque su funcionamiento durante los tres años analizados fue muy irregular, reuniéndose sólo en tres hospitales (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y H. de Gran Canaria) aunque con diferente periodicidad. En los seis hospitales estas Comisiones plantearon la necesidad de establecer un registro de mortalidad hospitalaria, de cumplimentar el informe de defunción y de implantar un sistema de información que permita conocer las defunciones producidas en las urgencias, de modo que facilite y agilice el análisis de la mortalidad. No obstante, sólo en los hospitales H. de Gran Canaria y C.H. Juan Canalejo se realizaba un análisis específico de la mortalidad por patologías. Hay que señalar que el único hospital que disponía de informes de mortalidad en los tres años analizados fue el H.G. Gregorio Marañón (v. 6.8.2.C.).

E.15 El Tribunal de Cuentas ha constatado que, en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, las reclamaciones presentadas a las unidades de Atención al Paciente en relación con la atención prestada por las unidades asistenciales de la especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular presentaban variaciones importantes tanto en cuanto a su presentación como a su resolución o contestación. Las causas que originaron la presentación de estas reclamaciones fueron también muy diversas. Asimismo, existen importantes diferencias en los índices de reclamaciones presentadas en relación con la población de referencia, con el número de altas y con las intervenciones de Cirugía Cardiovascular. Por su parte, las felicitaciones en relación con la atención prestada por las

unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular presentaron importantes diferencias en cada hospital (v. 6.9.).

E.15.1 El H. Central de Asturias mostraba el mayor porcentaje de reclamaciones presentadas en las unidades de Atención al Paciente en relación con la atención prestada por las unidades asistenciales de las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular, alcanzando porcentajes del 5,05% y del 1,38%, respectivamente (v. 6.9.1.).

E.15.2 Las reclamaciones presentadas en relación con la atención prestada por las unidades de Cardiología contestadas o resueltas por las unidades de Atención al Paciente del H.G. Gregorio Marañón y del H. de Gran Canaria fueron contestadas o resueltas en su totalidad, mientras que en el H. Central de Asturias y en el H. General de Valencia no se contestaron o resolvieron ni siquiera el 50% de ellas. Igual situación se produce respecto a las reclamaciones presentadas en relación con la atención prestada por las unidades de Cirugía Cardiovascular contestadas o resueltas por las unidades de Atención al Paciente (v. 6.9.1.).

E.15.3 La mayor parte de las reclamaciones presentadas en relación con las unidades de la especialidad Cardiología tenían su origen en la demora en la atención en consultas externas; en la Fundación H. Alcorcón el porcentaje de reclamación por esta causa era del 85,71%. Otra causa importante de reclamación es el trato profesional dado a los pacientes por parte del personal sanitario, que en el caso del H. General de Valencia supone el 41,67% de las reclamaciones presentadas en relación con la unidad de Cardiología de este hospital. Destaca asimismo que en el H. Central de Asturias el 36,36% de las reclamaciones referidas a la unidad de Cardiología se presentaron por demora en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, siendo ésta la causa más importe de reclamación en este hospital (v. 6.9.1.).

E.15.4 La causa más importante de reclamación a las unidades de Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización se encuentra en la demora de la intervención quirúrgica, que en el caso del H. Central de Asturias alcanza al 100% de las reclamaciones de esta especialidad (v. 6.9.1.).

E.15.5 En el H. de Gran Canaria, los índices de reclamaciones en relación con las unidades de las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular por cada 100.000 habitantes, por cada 1.000 altas de la respectiva especialidad y por cada 100 intervenciones de Cirugía Cardiovascular superaban ampliamente los valores de estos indicadores en el resto de hospitales. Estos elevados índices se explican, en parte, porque la gerencia de este hospital mantenía una política específica para facilitar las reclamaciones y las sugerencias de los pacientes (v. 6.9.1.).

E.15.6 El mayor porcentaje de felicitaciones por la atención prestada por la unidad asistencial de Cardiología, del 21,67% sobre el total de felicitaciones del hospital, correspondía al H. de Gran Canaria, mientras que el mayor porcentaje de felicitaciones presentadas por la atención prestada por la unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular lo fue en el H.G. Gregorio Marañón (3,09%) (v. 6.9.2.).

E.16 El Tribunal de Cuentas ha constatado la utilización en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización de fibrinolíticos no incluidos en sus respectivas Guías Farmacoterapéuticas. Con la excepción del H. Central de Asturias, cuya gerencia certificó que la información entregada era parcial, el gasto de fibrinolíticos en los hospitales respecto al total de gasto de productos farmacéuticos presentaba variaciones que oscilaban entre el 0,83% del C.H. Juan Canalejo y el 3,02% del H. General de Valencia. La Fundación H. Alcorcón presentaba el gasto más elevado por habitante (57,56 pesetas), lo que podría estar relacionado con el hecho de que este hospital no disponía en su cartera de servicios de hemodinámica ni de Cirugía Cardiovascular. De igual forma, la Fundación H. Alcorcón mostraba los valores más altos en los indicadores de gasto de fibrinolíticos en relación con el número de altas de EAC y de IAM. En cuanto al precio medio de los distintos fibrinolíticos utilizados en los hospitales, el Tribunal de Cuentas ha comprobado la existencia de diferencias muy importantes tanto en el precio medio por principio activo como por denominación comercial, variaciones que en este último caso oscilaban entre el 6,39% y el 33,7% sin razones que las justifique (v. 6.10.).

RECOMENDACIONES

A continuación se exponen las recomendaciones más significativas que se deducen del análisis realizado que deben ser asumidas por las Administraciones Públicas de acuerdo con sus competencias y por los órganos que prestan la asistencia sanitaria. Todas ellas hacen referencia expresa a las correspondientes conclusiones del informe donde se desarrollan con mayor detalle.

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo debería adoptar las medidas necesarias para que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud cumpla efectivamente las funciones que le asigna la LGS en su artículo 47 en materia de coordinación sanitaria de las EAC, ya que estas enfermedades constituyen la patología con mayor morbilidad y mortalidad en el Sistema Nacional de Salud (v. conclusión A.1.).

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra deberían establecer criterios para determinar qué hospitales deben contar en su cartera de servicios con las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular, qué requisitos técnicos

y condiciones mínimas deben adoptar sus estructuras organizativas, así como definir todas sus prestaciones, según criterios de racionalización en la distribución de los recursos y de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio. Asimismo, es recomendable que estas Administraciones Públicas sanitarias determinen las unidades de referencia para la canalización de pacientes de enfermedades del aparato circulatorio, todo ello con la finalidad de dar cumplimiento al artículo 3.2. de la LGS (v. conclusiones B.1. y B.8.).

3. De acuerdo con las distintas Administraciones Públicas debe procederse a la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, según lo establecido en el artículo 40.11 de la LGS. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debería establecer los criterios de coordinación para la planificación, gestión y control de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento del artículo 47 de esta Ley (v. conclusiones B.17. y B.18.).

4. Sería aconsejable que el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas establecieran un sistema de información homogéneo y fiable sobre los recursos humanos y materiales para la atención de las enfermedades del aparato circulatorio, que permita planificar, gestionar y controlar estos recursos de forma eficiente y superar las desigualdades existentes en su distribución en función de la población de referencia y en observancia de lo dispuesto en los artículos 3.2 y 7 de la LGS (v. conclusiones B.9., B.10., B.11., B.12., B.13., B.15., B.16., C.1., C.2. y C.3.).

5. Se recomienda a las gerencias de los hospitales que determinen la cartera de servicios de las especialidades médicas y quirúrgicas que atienden las enfermedades del aparato circulatorio, con el máximo nivel de detalle, de forma que garantice la efectividad de dicha cartera, y que autoricen cada nueva técnica que los médicos especialistas o que las nuevas necesidades aconsejen introducir. La determinación y publicación de las carteras de servicios es indispensable para que pueda ser gestionada de forma adecuada la canalización de los pacientes de enfermedades del aparato circulatorio (v. conclusiones B.2., B.3. y B.8.).

6. Es aconsejable que las gerencias de los hospitales promuevan la coordinación de las actuaciones de los médicos especialistas para evitar la subespecialización y mantener la continuidad de los cuidados a los enfermos. Asimismo, deberían resolver las diferencias en los criterios de actuación clínica estableciendo protocolos de actuación común, con objeto de evitar desigualdades en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia (v. conclusiones B.4., B.5., B.6. y B.7.).

7. Las gerencias de los hospitales deben asignar los recursos humanos y materiales de acuerdo con la patología de la población de referencia y la complejidad técnica de las unidades de atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio y adaptar la capacidad productiva de los recursos humanos a la

capacidad tecnológica de los recursos materiales, con el fin de lograr una utilización eficiente de estos recursos (v. conclusiones B.14., B.20., C.2. y C.3.).

8. Es recomendable que el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas consensuen los criterios de normalización de los sistemas de información asistencial y económicos, y por tanto los sistemas de contabilidad analítica, para conseguir una metodología común en todo el Sistema Nacional de Salud que permita conocer el coste por proceso adaptado a la realidad de la asistencia sanitaria de todo el Sistema.

La obtención del coste por proceso permitirá conocer la importancia económica de patologías relevantes, así como realizar el análisis de la eficiencia de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integran el Sistema Nacional de Salud, lo que facilitará una planificación sanitaria de acuerdo con los principios básicos de universalización y accesibilidad recogidos en la LGS (v. conclusiones D.1., D.2. y D.11.).

9. Las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra deberían regular el sistema de contabilidad analítica de los hospitales de su competencia, de forma que cumpla los criterios de obtención del coste por proceso que se establezcan en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Para ello es necesario que se optimicen los sistemas de información asistencial existentes y se normalicen los sistemas de información económica con el fin de adaptarlos a las necesidades propias de información de la Comunidad Autónoma y a las del Sistema Nacional de Salud (v. conclusiones D.8., D.9. y D.10.).

10. Es recomendable que las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización impulsen las medidas oportunas de coordinación para que su contabilidad analítica se adapte a la de los hospitales de similares características del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de que los resultados de costes de las unidades de gestión analítica que obtienen les permita no sólo la evaluación interna de su eficiencia sino su comparación con otros hospitales (v. conclusiones D.3., D.4., D.5., D.6. y D.7.).

11. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas han de desarrollar estándares de referencia basados en evidencias científicas de forma que disminuya la variabilidad de la práctica clínica y el empleo inapropiado de recursos y se garantice la calidad asistencial. Estos estándares deberían incluir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el tratamiento quirúrgico y farmacológico utilizados en la práctica clínica diaria y de esta manera asegurar los principios de eficacia y eficiencia del Sistema Nacional de Salud y garantizar el cumplimiento del artículo 3.2. de la LGS (v. conclusiones E.1., E.2., E.3., E.4., E.5., E.6. y E.7.).

12. El Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con las Consejerías competentes en materia sanitaria de las

Comunidades Autónomas, deberían iniciar, desarrollar y mantener un proceso de evaluación de los servicios y tecnologías sanitarias, así como investigar los resultados finales del proceso asistencial en relación con las listas de espera, las reclamaciones presentadas y la mortalidad acaecida en los hospitales, que permita planificar la actividad sanitaria y distribuir los recursos existentes de acuerdo al principio de acceso a las prestaciones sanitarias de la población en condiciones de igual efectiva, tal como establece el artículo 3.2 de la LGS (v. conclusiones E.8., E.10., E.11., E.12., E.13., E.14. y E.15.).

13. Es recomendable que el Ministerio de Sanidad y Consumo establezca un registro de la mortalidad obligatorio para todos los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud de forma que permita su análisis y corregir las deficiencias encontradas. Así mismo debería establecer normas que obliguen a la cumplimentación de los informes de alta por defunción y a la actuación periódica de las Comisiones de Mortalidad (v. conclusiones E.10., E.11., E.12., E.13. y E.14.).

14. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas deberían establecer los criterios y el procedimiento a seguir por las gerencias de los hospitales en relación con los traslados de pacientes fuera del hospital por carencia e insuficiencia de medios propios, de forma que posibilite el conocimiento de las necesidades reales de la población y además pueda conocer la facturación que generan estos traslados de pacientes (v. conclusión E.9.).

15. Es aconsejable que las gerencias de los hospitales promuevan la evaluación de los resultados de la asistencia sanitaria prestada estableciendo los mecanismos oportunos para asegurar la calidad asistencial de acuerdo con las características técnicas del centro, evaluando las listas de espera, así como las reclamaciones presentadas, la mortalidad y el consumo de recursos (v. conclusiones E.8., E.10., E.11., E.12., E.13., E.14., E.15. y E.16.).

CAPÍTULO 1

Antecedentes. Objetivos de la fiscalización. Alcance de la fiscalización. Las enfermedades del aparato circulatorio (EAC): su clasificación y otros conceptos básicos. Importancia de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM). Metodología y fases de la fiscalización. Determinación de las muestras. Limitaciones al alcance de la fiscalización. Tratamiento de las alegaciones

1.1 Antecedentes.

El presente Informe contiene los resultados de la Fiscalización Especial de la atención sanitaria especializada en el Sistema Nacional de Salud de las Enfermedades del Aparato Circulatorio (EAC), con especial

referencia al Infarto Agudo de Miocardio (IAM), en ejecución del Programa de Fiscalizaciones aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas, de conformidad con las atribuciones conferidas por el artículo 3 apartado a) de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas (LFTCu).

Las Directrices Técnicas para realizar esta Fiscalización fueron aprobadas por el Pleno del Tribunal de Cuentas, en virtud de las atribuciones que le confiere el apartado g) del artículo anteriormente citado.

1.2 Objetivos de la fiscalización.

El objetivo general de esta Fiscalización Especial es analizar los medios diagnósticos y terapéuticos para la atención de las EAC, con especial referencia al IAM, en diversos hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS)², a los efectos de determinar el acceso a esos medios y su alcance. A través de los resultados de estos trabajos el Tribunal de Cuentas ha evaluado el grado de cumplimiento de los principios generales de igualdad de acceso a la atención sanitaria de la población protegida por el SNS y de las prestaciones sanitarias recogidas en el artículo 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), donde se establece que «La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.»

Adicionalmente, el artículo 12 de dicha Ley establece que «Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución».

En consecuencia, los poderes públicos, a través del SNS, deben garantizar la universalización, la financiación pública, la equidad y la calidad en la atención sanitaria.

Por ello, el Tribunal de Cuentas, mediante esta Fiscalización, ha analizado si las diferentes Administraciones Públicas implicadas en la planificación, gestión y control de la atención sanitaria, dirigen de forma eficiente sus actuaciones para conseguir los objetivos del SNS arriba citados, y si estas Administraciones establecen entre ellas los cauces de coordinación y de colaboración adecuados. En consecuencia, los objetivos específicos de esta Fiscalización han sido conocer y evaluar, en su caso:

- La epidemiología de las EAC y, en especial, del IAM.

- La financiación del gasto sanitario público en el SNS, en la medida en que incluye el generado por la atención sanitaria de las EAC.

- Los programas sanitarios públicos específicos de atención sanitaria de las EAC y, en especial, de atención del IAM.

- Los recursos humanos y materiales dedicados a la atención sanitaria de las EAC y, especialmente, a la atención del IAM.

- El coste de la asistencia sanitaria (medios diagnósticos y terapéuticos) de las EAC y del IAM.

1.3 Alcance de la fiscalización.

- **Ámbito institucional:** Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Instituto Nacional de la Salud (Insalud), Consejerías competentes en materia sanitaria en una muestra de cinco CC.AA. en las que están ubicados los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

- **Ámbito espacial:** todo el territorio del Estado. Las comprobaciones físicas se han desarrollado en cinco Comunidades Autónomas:

- Tres Comunidades Autónomas con competencias en materia de sanidad transferidas en el momento de las actuaciones fiscalizadoras: C.A. Valenciana, C.A. de Canarias y C.A. de Galicia.

- Dos Comunidades Autónomas en las que las transferencias de funciones y servicios del Insalud se han producido con efectos de 1.1.2002: C.A. de Madrid y C.A. del Principado de Asturias.

- Las pruebas de fiscalización también se han desarrollado en seis hospitales ubicados en las cinco CC.AA. de la muestra:

- Fundación Hospital de Alcorcón, en la C.A. de Madrid.

- Hospital Central de Asturias (Oviedo), en la C.A. del Principado de Asturias.

- Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en la C.A. de Madrid.

- Hospital General Universitario de Valencia, en la C.A. Valenciana.

- Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín de Las Palmas, en la C.A. de Canarias.

- Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza (A Coruña), en la C.A. de Galicia.

- **Ámbito temporal:** las pruebas de fiscalización se han referido al periodo 1997-1999. Si bien, el análisis de los Planes y programas de atención de las EAC se ha extendido hasta el año 2001, y el análisis de las demoras de pacientes en las listas de espera se refiere a las fechas en las que el Tribunal realizó las pruebas de fiscalización en los citados hospitales, es decir, 2000 y 2001.

- En este Informe se hace necesariamente referencia a la estructura, órganos y competencias de las Administraciones sanitarias existentes cuando se realizaron los trabajos de fiscalización, si bien, el lector ha de tener en cuenta que en el momento en que se redacta este Anteproyecto la estructura, órganos y competencias son los resultantes de:

- a) El proceso de transferencia de funciones y servicios operado a partir de 1.1.2002 (en las CC.AA. que aún no habían recibido a 31.12.2001 el traspaso de las funciones y servicios del Insalud).

- b) Lo previsto en el RD 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo y en el que el Insalud ha sido sustituido por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

1.4 Las enfermedades del aparato circulatorio (EAC): su clasificación y otros conceptos básicos.

Conviene establecer algunas precisiones sobre la clasificación de las EAC y definir algunos conceptos básicos y determinadas cuestiones relacionadas con ellas, dada la especificidad de la terminología técnica que necesariamente va a ser utilizada en este Informe.

1.4.1 Clasificación y conceptos básicos de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) con especial referencia al infarto agudo de miocardio (IAM).

Existen numerosas clasificaciones de las EAC, aunque la más extendida y utilizada es la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC), establecida por la Organización Mundial de la Salud. La Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud del MSC es la encargada de adaptar esta clasificación a todos los hospitales del SNS³. Esta unidad publicó en octubre de 2000, dentro de la serie «BOLETINES DE CODIFICACIÓN DEL CMBD», un monográfico referido al aparato circulatorio en el que actualizó su clasificación: códigos diagnósticos y de procedimientos, así como sus conceptos. No obstante, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A. de Galicia disponía de una Unidad de codificación diagnóstica que había elaborado dos boletines de codificación relacionados con las EAC y publicados en 1996 y 1998 de aplicación en todos los hospitales de esta C.A.

Merece especial mención el trabajo desarrollado por la C.A. de Galicia, que a través del Servicio Gallego de

Salud ha elaborado un CMBD con una estructura más completa que facilita mayor información a los gestores sanitarios. Sin embargo, cuando este CMBD es enviado al MSC e integrado por éste en el CMBD estatal se produce una simplificación, con pérdida de información.

Estos códigos se utilizan en los hospitales del SNS para identificar y cumplimentar las variables de diagnóstico, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y de intervenciones quirúrgicas que se producen durante la estancia del paciente en el hospital, siempre que hayan sido atendidos en el hospital en régimen de internamiento y el paciente hubiera estado ingresado durante la denominada «hora censal» (24,00 horas), y se recogen en la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Cada registro de esta base se corresponde con cada una de las altas hospitalarias una vez que finaliza el proceso asistencial que originó el ingreso del paciente.

Una de las explotaciones de esta base de datos da lugar a los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR), que es la base de la contabilidad analítica que han adoptado algunos de los hospitales del SNS para llegar al conocimiento del coste de las enfermedades (v. 5.1.). En el anexo 1.1 se exponen los diagnósticos, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y las intervenciones quirúrgicas en la atención especializada de las EAC según esta clasificación, que se subdivide hasta alcanzar códigos de cinco dígitos para facilitar información de las subclasificaciones de las variantes diagnósticas y de los tipos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en la práctica clínica. Dentro de la CIE-9-MC, las EAC abarcan desde el código 390 hasta el código 459; de ellos, la cardiopatía isquémica, grupo que incluye el IAM, presenta cinco códigos diagnósticos, del 410 al 414.

El INE, por su parte, utiliza también esta clasificación (CIE-9-MC) para elaborar la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH), pero la agrupación que realiza de los códigos para la explotación de los datos de su base de datos del CMBD es distinta a la agrupación que es utilizada por el MSC. Hay que señalar que la base de datos del CMBD del INE contiene los registros de altas de las bases de datos que le remite anualmente el MSC más los registros que codifica el propio INE, correspondientes a las altas de hospitales que no tienen implantado el CMBD o de aquellas altas de hospitales donde la codificación diagnóstica del CMBD es incompleta. Es decir, como se analiza más adelante en este mismo capítulo, las bases de datos del CMBD del MSC y del INE para un mismo ejercicio varían considerablemente (v. cuadro 1.9).

Todo lo dicho no impide que, en la práctica clínica, en los sistemas de información hospitalaria distintos del CMBD se utilicen nomenclaturas diferentes a la establecida en la CIE-9-MC.

Esta falta de homogeneidad impide conocer con exactitud los datos epidemiológicos y económicos de estas enfermedades (v. 1.8.).

² La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 44.2 define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. El art. 45 establece que «el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud».

³ V. Informe de fiscalización sobre el sistema de información de la gestión hospitalaria del Insalud, con especial referencia al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en su sesión de fecha 20.03.1997. Resolución de la Comisión Mixta Congreso-Senado para las relaciones con el Tribunal de Cuentas de fecha 17.02.1998. Publicado en el B.O.E. n.º 102 el día 29.04.1998.

Las EAC son aquellas patologías que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Su atención incluye una amplia serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos así como los pronósticos que, en general, deben indicarse e interpretarse en el contexto clínico del paciente y en el de la propia prueba. Para ello, se utilizan los denominados protocolos y guías de actuación clínica.

Una de las patologías más relevantes de las EAC es el IAM, que se produce por la obstrucción o el estrechamiento de las arterias coronarias que impiden que llegue al corazón la cantidad de sangre oxigenada necesaria para su correcto funcionamiento. El IAM constituye una situación aguda y grave cuya consecuencia final es la necrosis del territorio que irriga la arteria obstruida.

Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se emplean de forma más frecuente en los hospitales para el diagnóstico y tratamiento del IAM están recogidos en el anexo 1.2 de este Informe, siguiendo los criterios establecidos por la Unidad Técnica de la CIE-9-MC y las definiciones de estos procedimientos según la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

1.4.2 Otras cuestiones de interés sobre la atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC).

A los tipos de atención sanitaria y sus prestaciones.

La atención sanitaria integral de las EAC incluye tanto las actuaciones encaminadas a su prevención, como la promoción de la salud mediante la educación sanitaria de la población general a través del fomento de hábitos de vida saludables, la prevención de los factores de riesgo que condicionan su aparición y las actuaciones curativas y rehabilitadoras. La LGS en su artículo 3.1 establece que «Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades». La asistencia preventiva y reparadora, mediante las prestaciones financiadas con cargo a la Seguridad Social o a los fondos públicos adscritos a la sanidad, en cumplimiento de lo previsto en los artículos 41 y 43.2 de la Constitución, es una función capital del SNS.

El MSC definió las prestaciones sanitarias directas y personales del SNS mediante el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS, y estableció las prestaciones sanitarias que el SNS facilitaría directamente y que estarían financiadas con cargo a la Seguridad Social o a los fondos públicos adscritos a la sanidad, relacionándolas en el anexo I del citado Real Decreto. En este anexo se agrupan las prestaciones en cinco modalidades: de atención primaria, de atención especializada, farmacéutica, complementarias y de servicios de información y documentación sanitaria. De cada una de ellas se

establecen unas definiciones muy generales, sin incluir las prestaciones específicas por especialidades médicas, con la excepción del trasplante de corazón.

B. Las Especialidades médicas relacionadas con las EAC.

Se puede afirmar que las especialidades médicas y quirúrgicas más específicamente relacionadas con la atención sanitaria especializada de las EAC son la Cardiología, la Angiología y Cirugía Vasculosa y la Cirugía Cardiovascular, denominaciones establecidas en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

No obstante, la atención sanitaria integral de las EAC, como la de cualquier otro tipo de enfermedad, precisa de otras especialidades médicas y quirúrgicas, principalmente de la especialidad de Medicina Intensiva y de Anestesiología y Reanimación, pero también de otras, como las especialidades de Medicina Interna, Endocrinología y Nutrición, Psiquiatría y Rehabilitación y otras especialidades de apoyo al diagnóstico y al tratamiento. La atención sanitaria de las EAC de la población infantil (menores de 14 años) se realiza a través de las especialidades médicas de Pediatría y Cirugía Pediátrica.

El Tribunal de Cuentas ha centrado el análisis de la atención sanitaria de las EAC en las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular por ser estas especialidades las que tienen una representatividad mayor en la atención de las EAC, y más específicamente en la atención del IAM, como se analiza en el capítulo 3 de este Informe (v. 3.1.).

C. Los factores de riesgo modificables.

Los denominados factores de riesgo modificables son los agentes externos cuya influencia en la enfermedad y en su gravedad está suficientemente demostrada. Los tres factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes son: el consumo de tabaco, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, pero también deben considerarse otros factores como la diabetes, la obesidad, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol. Los factores de riesgo cardiovascular se presentan frecuentemente asociados y se potencian entre sí. Por ello, el abordaje más correcto de la atención sanitaria cardiovascular requiere una valoración conjunta de todos estos factores de riesgo.

1.5 Importancia de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del infarto agudo de miocardio (IAM).

Las EAC constituyen uno de los grupos de patologías de mayor importancia epidemiológica dentro del SNS. La epidemiología (ciencia que estudia la distribución y las causas que determinan la frecuencia de una

enfermedad) utiliza como medidas las tasas, entre las que destacan la de morbilidad y la de mortalidad. La tasa de morbilidad mide el número de las personas que enferman y su causa, mientras que la tasa de mortalidad mide el número de defunciones y su causa.

La importancia epidemiológica de las EAC ha sido analizada en esta Fiscalización a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) y de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte correspondientes a 1998, ambas elaboradas por el INE; en ellas, las EAC aparecen como las enfermedades con mayor

número de casos y resultan ser la principal causa de muerte de la población española. De igual forma, a través de estas mismas fuentes, el Tribunal ha analizado la importancia epidemiológica del IAM en el Sistema Nacional de Salud y ha constatado su relevancia dentro de las EAC.

Los resultados del análisis propuesto, efectuado por el Tribunal a partir de la información estadística de altas hospitalarias⁴, estancias hospitalarias, estancia media y defunciones de EAC e IAM, se recogen en los cuadros siguientes.

CUADRO 1.1

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Altas hospitalarias de EAC e IAM. Sistema Nacional de Salud. 1998

TOTAL ALTAS	ALTAS EAC	ALTAS IAM	% ALTAS EAC / TOTAL ALTAS	% ALTAS IAM / TOTAL ALTAS	% ALTAS IAM / ALTAS EAC	ALTAS EAC / 100.000 HABITANTES	ALTAS IAM / 100.000 HABITANTES
4.436,980	508,496	40,898	11,46	0,92	8,04	1.281,83	103,10

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE de 1998, con el censo de población correspondiente al padrón de 1996.

Las EAC representan el 11,46% del número total de altas hospitalarias del SNS, y el IAM, el 8,04% de las altas de las EAC, lo que supone el 0,92% del total de las altas hospitalarias.

El cuadro siguiente muestra los datos de las estancias hospitalarias de EAC e IAM del SNS.

CUADRO 1.2

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Estancias hospitalarias de EAC e IAM. Sistema Nacional de Salud. 1998

TOTAL ESTANCIAS	ESTANCIAS EAC	ESTANCIAS IAM	% ESTANCIAS EAC / TOTAL ESTANCIAS	% ESTANCIAS IAM / TOTAL ESTANCIAS	% ESTANCIAS IAM / ESTANCIAS EAC
40.239,774	5.184,243	465,508	12,88	1,16	8,98

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE de 1998, con el censo de población correspondiente al padrón de 1996.

La estancia media hospitalaria y la estancia media de las EAC y del IAM del SNS calculadas por el Tribunal a partir de la base de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE correspondientes a 1998, se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 1.3

Estancia media hospitalaria de EAC e IAM. Sistema Nacional de Salud. 1998

DIAS DE ESTANCIA MEDIA	DIAS DE ESTANCIA MEDIA EAC	DIAS DE ESTANCIA MEDIA IAM
9	10	11

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE de 1998, con el censo de población correspondiente al padrón de 1996.

El total de defunciones (*éxitus*) que se produjeron en el SNS en 1998, según la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte elaborada por el INE, se elevó a 360.511; de ellas, el 37,31% correspondía a las EAC y el 7,23%, al IAM. Estos datos se recogen en el cuadro siguiente.

⁴ Alta hospitalaria: salida de un enfermo previamente ingresado en el hospital, dejando de ocupar una cama en el centro, independientemente de la forma de salida (traslado a otro centro, alta voluntaria, etc.) o del estado del paciente (curación, mejoría, *éxitus*...). Fuente: *Manual de definiciones del Sistema de Información del Insalud*.

CUADRO 1.4

Defunciones por EAC y por IAM. Sistema Nacional de Salud. 1998

TOTAL DEFUNCIONES	DEFUNCIONES EAC	DEFUNCIONES IAM	% DEFUNCIONES EAC / TOTAL DEFUNCIONES	% DEFUNCIONES IAM / TOTAL DEFUNCIONES	% DEFUNCIONES IAM / DEFUNCIONES EAC	TOTAL DEFUNCIONES / 100.000 HABITANTES	DEFUNCIONES EAC / 100.000 HABITANTES	DEFUNCIONES IAM / 100.000 HABITANTES
360.511	134.512	26.070	37,31	7,23	19,38	908,79	339,08	65,72

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte del INE de 1998, con el censo de población correspondiente al padrón de 1996.

1.6 Metodología y fases de la fiscalización.

Los trabajos de fiscalización se ejecutaron en las cuatro fases que se detallan a continuación:

- En la primera fase se realizaron visitas al Ministerio de Sanidad y Consumo, a la Dirección General del Insalud y a las Consejerías competentes en materia sanitaria y a los Servicios de Salud de las cinco CC.AA. incluidas en la muestra. En el anexo 1.3 figuran detallados las Consejerías y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas de la muestra.

Las pruebas de fiscalización realizadas en esta fase consistieron en obtener de los servicios centrales de las Administraciones Públicas que gestionaban la asistencia sanitaria en las CC.AA. de la muestra la información y documentación disponible sobre la atención sanitaria de las EAC y, en especial, del IAM: programas, recursos económicos, recursos humanos y materiales, sistemas de información, organización, actividad asistencial y científica y controles internos.

En esta misma fase se seleccionaron seis hospitales de estas CC.AA., en los que se han realizado pruebas de fiscalización, se elaboraron los protocolos de fiscalización que se aplicarían en estos hospitales y se diseñó la base de datos que se utilizaría como instrumento para recoger la información en los hospitales de la muestra.

- La segunda fase de la Fiscalización consistió en la realización de las pruebas de fiscalización en los seis hospitales seleccionados en la muestra.

- La tercera fase de la Fiscalización consistió en la explotación de las bases de datos que contenían la información obtenida en las fases previas y en su análisis.

El Informe se estructura en seis capítulos: este primero, referente al objetivo de la Fiscalización y la metodología empleada; el segundo, sobre los programas de atención sanitaria de las EAC; el tercero, sobre los recursos humanos dedicados a la atención sanitaria de las EAC; el cuarto, referente a los recursos materiales dedicados a la atención sanitaria de las EAC; el quinto, en el que se recogen los resultados que han podido obtenerse del análisis de los recursos económicos y el coste de la atención sanitaria de las EAC y se compara su coste con el de la atención al IAM, y el sexto, en el que se incluyen la actividad y los resultados

de la atención sanitaria de estas enfermedades obtenidos en los seis hospitales de la muestra.

A lo largo del Informe, la población utilizada para realizar el análisis correspondiente al conjunto del SNS y a las CC.AA. de la muestra ha sido la correspondiente al padrón de 1996. Por su parte, para el análisis de los hospitales de la muestra, la población utilizada ha sido la de referencia del hospital para cada especialidad o procedimiento analizado, lo que ha supuesto que en dos de los hospitales de la muestra (H. Central de Asturias y H. General de Valencia) se hayan utilizado distintas cifras de población. En consecuencia, en el análisis relativo a estos dos hospitales se han empleado dos cifras de población diferentes: en el H. Central de Asturias, la población de referencia correspondiente a la especialidad de Cirugía Cardiovascular y hemodinámica (coincidente con la totalidad de la población de la C.A. del Principado de Asturias) y la general del hospital (aplicable a la especialidad de Cardiología y a las demás especialidades y procedimientos analizados en este Informe); y en el H. General de Valencia la población de referencia de la especialidad de Cirugía Cardiovascular y la general de referencia del hospital. En los otros cuatro hospitales la población⁵ de referencia utilizada en todos los casos ha sido la general de referencia del hospital.

1.7 Determinación de las muestras.

El punto de partida para la selección de la muestra de las Comunidades Autónomas en las que se iban a realizar los trabajos de fiscalización, fue el número total de altas de IAM de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 1998 aportada por el INE, por ser ésta la patología de mayor relevancia dentro de las EAC. En este año, el número de altas de IAM en los hospitales del SNS ascendió a 40.898, por lo que la muestra a analizar, con un margen de confianza del 95,5% y un margen de error de +/- 1%, debía ascender a 8.333 altas.

⁵ No puede ser aceptada la alegación del Sergas en el sentido de que la población de referencia para la especialidad de Cirugía Cardiovascular del C.H. Juan Canalejo es toda la de la C.A. de Galicia ya que en la información y documentación facilitada por el Sergas y por el C.H. Juan Canalejo durante los trabajos de fiscalización no se hace ninguna referencia a esta excepción. En el trámite de alegaciones el Sergas ha facilitado la memoria (ya publicada) del ejercicio 1999 donde tampoco hace ninguna mención a esta cuestión en el correspondiente apartado de Ordenación Sanitaria Territorial de Galicia.

El Tribunal de Cuentas optó por estructurar la muestra teniendo en cuenta las CC.AA. que hasta el 31 de diciembre de 2001 conformaban el entonces denominado territorio de gestión directa del Insalud y las CC.AA. con competencias ya transferidas en

materia de gestión sanitaria. Para ello comprobó que la población y el número de casos de IAM seguían proporciones similares de distribución entre los dos grupos de Comunidades, como se puede apreciar en el cuadro siguiente.

CUADRO 1.5

Distribución de la población y del número de altas de IAM en las Comunidades Autónomas con gestión directa del Insalud y en las Comunidades Autónomas con competencias transferidas en materia de gestión sanitaria. 1998

	POBLACIÓN (1)	% / POBLACIÓN NACIONAL (1)	N.º ALTAS IAM 1998 (2)	% / N.º ALTAS IAM SNS (2)
CC.AA. con gestión directa del Insalud	15.367.367	38,74	15.963	39,03
CC.AA. con competencias transferidas en materia de gestión sanitaria	24.302.027	61,26	24.935	60,97
TOTAL SNS	39.669.394	100	40.898	100

(1) Censo de población correspondiente al padrón de 1996.

(2) Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE de 1998.

Aplicando los porcentajes de distribución obtenidos de las altas de IAM entre ambos grupos de CC.AA. al número de altas obtenido en la muestra teórica (8.333), el número de altas que se debían seleccionar en las CC.AA. con gestión directa del Insalud debía ascender a 3.252 altas, y el de las CC.AA. con competencias transferidas en materia de gestión sanitaria, a 5.081. El Tribunal de Cuentas consideró oportuno seleccionar las cinco CC.AA. que se relacionan a continuación por tratarse de CC.AA. en las que la incidencia de las EAC y del IAM era especialmente relevante (v. cuadro 1.6):

- La C.A. de Madrid y la C.A. del Principado de Asturias, entre aquellas cuyos servicios sanitarios

seguían siendo gestionados por el Insalud en el momento de determinar la muestra. El número de altas de IAM de estas dos CC.AA. fue de 5.728.

- La C.A. Valenciana, la C.A. de Canarias y la C.A. de Galicia, entre aquellas que ya tenían transferida la gestión de los servicios sanitarios. El número de altas de IAM de estas tres CC.AA. fue de 9.295.

La importancia en el conjunto del SNS de las cinco CC.AA. de la muestra, en función del número de altas y de estancias hospitalarias y defunciones de EAC e IAM, se confirma con los datos del cuadro siguiente.

CUADRO 1.6

Importancia relativa de las altas, las estancias hospitalarias y las defunciones por EAC y por IAM producidas en las Comunidades Autónomas de la muestra respecto del conjunto del Sistema Nacional de Salud. 1998.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ALTAS EAC CA (1) / ALTAS EAC SNS	ALTAS IAM C.A. (1) / ALTAS IAM SNS	ESTANCIAS EAC C.A. (1) / ESTANCIAS EAC SNS	ESTANCIAS IAM C.A. (1) / ESTANCIAS IAM SNS	DEFUNCIONES EAC C.A. (1) / DEFUNCIONES EAC SNS	DEFUNCIONES IAM C.A. (1) / DEFUNCIONES IAM SNS
CAM	11,93	10,52	12,30	11,69	9,39	9,05
CAV	9,64	10,87	8,22	9,60	10,65	10,42
CAC	4,18	5,11	5,14	5,05	3,27	4,13
CAG	7,45	6,75	7,95	7,38	8,23	7,21
CAPA	3,51	3,49	3,97	3,86	3,26	3,76
TOTAL MUESTRA	36,71	36,73	37,57	37,57	34,80	34,57

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte del INE de 1998.

(1) En los cuadros 1, 2 y 4 del anexo 1.4 figuran, respectivamente, las cifras totales de altas, estancias y defunciones de EAC e IAM de las CC.AA. de la muestra.

En los cuadros 1 a 4 del anexo 1.4 de este Informe se recoge información epidemiológica relacionada con

las EAC y el IAM de estas CC.AA. y su importancia en relación con el total de la muestra.

Para la selección de la muestra de hospitales, el Tribunal de Cuentas partió del «Catálogo Nacional de Hospitales» elaborado por el MSC para 1996, cuyo número total ascendía a 800, de los que un 43,88% (351) eran hospitales de gestión pública (Insalud, Comunidad Autónoma, Diputación o Cabildo, Municipio, Administración Penitenciaria, Ministerio de Defensa, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

y Otra Entidad Pública), mientras que el 56,12% (449) eran de gestión privada (Privado no Benéfico, Privado Benéfico de Cruz Roja y de la Iglesia y Otro Privado Benéfico). De los 351 hospitales de gestión pública, el Tribunal de Cuentas preseleccionó 82 hospitales del Insalud, de los Servicios de Salud y de las Entidades Locales de las cinco Comunidades Autónomas de la muestra, cuya distribución se indica a continuación.

CUADRO 1.7

Distribución de los hospitales de gestión pública en las Comunidades Autónomas de la muestra

COMUNIDAD AUTÓNOMA	N.º HOSPITALES DE GESTIÓN PÚBLICA DE LA C.A.	% N.º HOSPITALES DE GESTIÓN PÚBLICA DE LA C.A. / TOTAL HOSPITALES DE LA C.A.
C.A. de Madrid (1)	24	32,43
C.A. Valenciana	26	44,07
C.A. de Canarias	9	18,37
C.A. de Galicia	15	25,42
C.A. del Principado de Asturias	8	36,36
TOTAL MUESTRA	82	31,18

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales de 1996 del MSC.

(1) Incluido el Hospital de la Fundación Jiménez Díaz ya que, aun siendo de titularidad privada, mantiene un concierto sustitutorio con el Insalud para la prestación de asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios del sistema público.

Los criterios de selección de la muestra de hospitales de gestión pública de estas cinco CC.AA. fueron los siguientes:

- Que los hospitales seleccionados contaran en su cartera de servicios con las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, con la excepción señalada más abajo.
- Que los hospitales seleccionados tuvieran más de 600 camas instaladas.
- Que los hospitales atendieran anualmente, al menos, 300 casos de IAM (código 410 de la CIE-9-MC).
- Presencia en la muestra de un hospital gestionado según lo establecido en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud.

- Por último, debía integrar la muestra un hospital que no contara entre sus servicios con la especialidad de Cirugía Cardiovascular, al objeto de analizar cómo se realizan los traslados a otros hospitales públicos del SNS y a centros privados concertados.

Los seis hospitales que, atendiendo a estos criterios, resultaron finalmente seleccionados para realizar las pruebas de fiscalización, se relacionan en el cuadro siguiente, indicándose además su dependencia funcional, el número de camas instaladas, el número de altas de IAM en 1998 y su acreditación para la formación especializada postgraduada para las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular.

CUADRO 1.8

Hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. 1998

HOSPITAL (1)	C.A. EN LA QUE ESTÁN UBICADOS (2)	DEPENDENCIA FUNCIONAL	N.º CAMAS INSTALADAS	N.º ALTAS IAM (3)	ACREDITACIÓN DOCENTE CARDIOLOGÍA	ACREDITACIÓN DOCENTE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
Fundación H. Alcorcón (FHA)	C.A. de Madrid (CAM)	FUNDACIÓN PÚBLICA (Ley 15/97)	276	117	NO	(4)
H. Central de Asturias (HCA)	C.A. del Principado de Asturias (CAPA)	Insalud	1.601	499	SÍ	NO
H.G. Gregorio Marañón (HGUM)	C.A. de Madrid (CAM)	SERVICIO REGIONAL DE SALUD	1.947	562	SÍ	SI
H. General de Valencia (HGU V) (5)	C.A. Valenciana (CAV) (5)	DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALENCIA (5)	648	300	SÍ	SÍ
H. de Gran Canaria (HGCDrN)	C.A. de Canarias (CAC)	SERVICIO CANARIO DE SALUD	787	341	SÍ	NO

HOSPITAL (1)	C.A. EN LA QUE ESTÁN UBICADOS (2)	DEPENDENCIA FUNCIONAL	N.º CAMAS INSTALADAS	N.º ALTAS IAM (3)	ACREDITACIÓN DOCENTE CARDIOLOGÍA	ACREDITACIÓN DOCENTE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
C.H. Juan Canalejo (CHC)	C.A. de Galicia (CAG)	SERVICIO GALLEGO DE SALUD	1.290	582	SÍ	SI

(1) Denominaciones de los hospitales utilizadas en el texto del Informe y abreviaturas de las mismas utilizadas en los cuadros del Informe y de los anexos.

(2) Denominaciones de las Comunidades Autónomas utilizadas en el texto del Informe y abreviaturas de las mismas utilizadas en los cuadros del Informe y de los anexos.

(3) Fuente: base de datos del CMBD de 1998 aportada por el MSC.

(4) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(5) Con efectos de 1.1.02 el H. General de Valencia ha quedado incorporado a la red hospitalaria de la Consejería de Sanidad de la C.A. a través de la constitución de un Consorcio en el que participan la Diputación Provincial de Valencia y la Consejería.

Excepcionalmente la Fundación H. Alcorcón de Madrid, que se seleccionó por ser uno de los hospitales creados al amparo de las nuevas formas de gestión del Insalud establecidas por la Ley 15/1997 y por carecer de la especialidad de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios, el resto de los hospitales de la muestra cumplían los criterios de composición de cartera de servicios, número de camas y número de casos de IAM que se establecieron para la selección de la muestra.

La importancia y representatividad de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, viene avalada por los siguientes parámetros obtenidos de la base de datos del CMBD del año 1998 aportado por el MSC:

- Atienden el 18,84% del total de las altas de EAC de las Comunidades Autónomas de la muestra y el 5,24% del total del SNS.
- Atienden el 18,38% del total de las altas de IAM de las Comunidades Autónomas de la muestra y el 6,19% del total del SNS.
- Suponen el 16,35% de las camas públicas de las CC.AA. de la muestra y el 6,47% del total de las camas públicas del SNS.
- En ellos prestan sus servicios el 18,72% de los médicos especialistas de Cardiología y el 25% de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular de las CC.AA. de la muestra.

En el anexo 1.5 de este Informe se presenta información epidemiológica de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización relacionada con las altas y estancias hospitalarias y con las defunciones de EAC e IAM y su importancia dentro de la muestra, obtenidas de la base de datos del CMBD del año 1998 aportado por el MSC.

El hecho de que los hospitales cumplan los criterios de selección de la muestra, no quiere decir que sean homogéneos, ya que, a las diferencias en la estructura hospitalaria hay que añadir las diferencias que estos hospitales presentan en las unidades asistenciales, los recursos humanos, los recursos materiales, en las prestaciones y en la actividad desarrollada en relación con

la atención de las EAC, como se analiza en los capítulos 3, 4 y 6 de este Informe.

Por esta razón, el Tribunal de Cuentas, tras analizar los recursos humanos y materiales (v. capítulos 3 y 4) de las unidades de atención sanitaria de las EAC existentes en ellos, ha estructurado los resultados del análisis, cuando ha sido posible, de la forma siguiente: un grupo de mayor complejidad técnica formado por el H. Central de Asturias, el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo; un grupo intermedio formado por el H. General de Valencia y el H. de Gran Canaria, y un grupo básico en el que sólo estaría la Fundación H. Alcorcón, al carecer de la especialidad de Cirugía Cardiovascular y de la infraestructura necesaria para poder aplicar determinadas técnicas de la especialidad de Cardiología, como la hemodinámica y los cuidados intensivos cardiológicos.

1.8 Limitaciones al alcance de la fiscalización.

El Tribunal de Cuentas ha encontrado diversas limitaciones a la hora de realizar esta Fiscalización derivadas sobre todo de la diversidad, heterogeneidad e insuficiencia de la información de que ha dispuesto, es decir, de la información que generan y elaboran las Administraciones Públicas sanitarias y los propios hospitales.

En primer lugar, el Tribunal se ha visto limitado para conocer el número real de altas por EAC e IAM que se producen en los hospitales del SNS, debido, como se ha señalado en el punto 1.4.1., a las diferencias entre las dos fuentes de información oficiales para la elaboración de las estadísticas epidemiológicas: INE y MSC. El Tribunal ha realizado la comparación de estas dos fuentes de información correspondientes a 1998 y ha encontrado diferencias entre las altas extraídas de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del INE y las recogidas en la base de datos del CMBD del MSC que oscilan desde el 39,51% en la C.A. de Canarias al 75,67% en la C.A. del Principado de Asturias. En el cuadro siguiente se pueden constatar las diferencias en las cifras del número de altas entre ambas fuentes de información.

CUADRO 1.9

Altas en las Comunidades Autónomas de la muestra según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del INE y según el CMBD del MSC. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ALTAS TOTALES SEGÚN EMH	ALTAS TOTALES SEGÚN CMBD	% ALTAS TOTALES SEGÚN CMBD / ALTAS TOTALES SEGÚN EMH
CAM	563.894	359.600	63,77
CAV	436.369	321.752	73,73
CAC	178.802	70.639	39,51
CAG	289.468	214.481	74,09
CAPA	116.708	88.311	75,67
TOTAL MUESTRA	1.585.241	1.054.783	66,54

En segundo lugar, el Tribunal de Cuentas se ha visto limitado debido a que la base de datos del CMBD remitida por el MSC en febrero de 2000 correspondía a 1998 y a que, una vez revisada, resultó incompleta. Efectivamente, el Tribunal detectó, en primer lugar, que la información de la C.A. de Canarias no incluía la de todos los hospitales públicos, como el Complejo Hospitalario Materno-Insular, el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe y el Hospital Nuestra Señora de los Reyes. Posteriormente el Tribunal pudo constatar que la información de la base de datos del CMBD del H. de Gran Canaria (uno de los hospitales donde se han realizado las pruebas de fiscalización) sólo contenía el 50% de sus altas. Por todo ello, el Tribunal de Cuentas no ha podido dar por válida, a los efectos de esta Fiscalización, la base de datos del CMBD del MSC en lo relativo a esta Comunidad Autónoma.

Además, la base de datos del CMBD del MSC tampoco incluía información de otros hospitales públicos de las restantes CC.AA. de la muestra, y así: de la C.A. de Madrid no incluía los registros correspondientes a las altas del Instituto de Cardiología; de la C.A. Valenciana, los correspondientes al Hospital San Vicente, Hospital La Magdalena, Hospital Doctor Moliner, Hos-

pital General de Requena y Hospital Comarcal de la Ribera, y de la C.A. del Principado de Asturias, los correspondientes al Hospital Monte Naranco. En consecuencia, de las cinco CCAA de la muestra, sólo incluía datos de altas de todos los hospitales de gestión pública de la C.A. de Galicia.

En los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, el análisis de las altas de EAC y de IAM se ha realizado también a partir de la explotación de las bases de datos del CMBD de cada uno de ellos referidas a 1999. Esto supone la limitación más importante al alcance de esta Fiscalización y así se hace constar a lo largo de todo este Informe. Como ya se ha señalado, se ha comprobado que las altas que figuran en la base de datos del CMBD no incluyen el total de las altas hospitalarias, por lo que el Tribunal de Cuentas comparó el número de altas cuyo diagnóstico figuraba codificado en el CMBD con el número de altas de cada hospital reflejado en las memorias de gestión correspondientes al año 1999 aportadas por las gerencias de los hospitales con la excepción del H. Central de Asturias y H. General de Valencia, que en su lugar entregaron sus cuadros de mandos.

CUADRO 1.10

Porcentaje de codificación diagnóstica de las altas de la base de datos del CMBD en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. 1999

HOSPITAL	ALTAS TOTALES SEGÚN MEMORIA DE GESTIÓN	ALTAS CODIFICADAS (CMBD)	% DE CODIFICACIÓN
FHA	13.604	13.604	100,00
HCA (1)	38.924	37.377	96,03
HGUGM	49.112	47.503	96,72
HGUV (1)	23.184	23.043	99,39
HGCCdN	13.415	6.805	50,73
CHJC	41.292	41.285	99,98
TOTAL HOSPITALES	179.531	169.617	94,48

(1) La información de este hospital procede del cuadro de mandos ya que no aportó la memoria de gestión.

En todos los hospitales existe un nivel de codificación aceptable, con la excepción del H. de Gran Canaria, que codificó sólo la mitad de las altas hospitalarias (50,73%). La gerencia de este hospital justificó esta

falta de codificación diagnóstica por la existencia en 1999 de otras prioridades en su gestión derivadas de su cambio de ubicación. Sin embargo, el Tribunal solicitó a la gerencia de este hospital la base de datos de su

CMBD de 1998, y resultó que el porcentaje de codificación diagnóstica de las altas era también del 50%. Asimismo, resulta llamativo que en este hospital el número de registros de alta contenido en la base de datos del CMBD de 1999 mostrara 2.000 altas más que las reflejadas en la memoria de gestión del centro. Por la situación descrita el Tribunal de Cuentas se ha visto obligado a excluir este hospital del análisis de los indicadores de recursos humanos y materiales y del análisis de los indicadores de la actividad asistencial en el área de hospitalización de las EAC que se ofrecen, respectivamente, en los capítulos 3, 4 y 6 de este Informe.

A pesar de que el H. Central de Asturias tenía un nivel de codificación aceptable (96,03%) el Tribunal de Cuentas ha constatado que la mayoría de las altas no codificadas correspondían a altas por defunción, ya que existen diferencias superiores al 26% entre las altas por defunción recogidas en el cuadro de mandos del hospital y las contenidas en el CMBD. Esta deficiencia en la codificación diagnóstica de las altas por defunción en la base de datos del CMBD de este hospital ocasiona una pérdida de información muy relevante para el análisis de las causas reales de defunción lo que repercute en la calidad de la asistencia sanitaria, por lo que este hospital ha sido excluido del análisis de las defunciones por EAC (v. 6.8.2.A.).

En tercer lugar, es importante destacar que el Tribunal de Cuentas se ha visto limitado para poder determinar el coste total de la asistencia sanitaria del IAM en el Sistema Nacional de Salud. Este objetivo, considerado en un primer momento como uno de los objetivos principales de la Fiscalización, no ha podido alcanzarse debido fundamentalmente a que ni el Ministerio de Sanidad y Consumo ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra habían establecido en sus hospitales un sistema de contabilidad analítica homogéneo que permitiera conocer exactamente los costes por procesos pues, aunque el CMBD está implantado en todos los hospitales, su nivel de codificación no alcanza en todos los casos a la totalidad de las altas hospitalarias limitando su agrupación por GDR.

En cuarto lugar, otra limitación importante para los trabajos de fiscalización ha sido la escasa información sobre la atención sanitaria especializada de las EAC de la que disponen las distintas Administraciones Públicas que gestionan la sanidad en las CC.AA. de la muestra. Durante la primera fase de la Fiscalización, el Tribunal de Cuentas solicitó a la Dirección General del Insalud y a las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra las memorias de gestión de la atención sanitaria especializada de las EAC correspondientes a los años 1997-1999. Las memorias facilitadas son de estructura y contenido muy diferentes, y en ellas se efectúa un análisis muy heterogéneo de la actividad sanitaria especializada, lo que ha dificultado su comparación. A este inconveniente se añade el desfase temporal con que se produce su publicación.

En efecto, casi la totalidad de las memorias aportadas por estas Administraciones Públicas sanitarias (salvo en la C. A. Valenciana, que entregó una memoria de gestión del periodo 95/99) facilitaban información anterior a 1999. La memoria de gestión entregada por el Insalud correspondía al año 1997, y a este mismo año se referían las memorias aportadas por las Consejerías de la C.A. de Madrid y de la C.A. del Principado de Asturias. En las otras dos CC.AA. de la muestra (C.A. de Canarias y C.A. de Galicia) las memorias de gestión facilitadas correspondían a los años 1997 y 1998. En el trámite de alegaciones el Servicio Gallego de Salud ha facilitado un ejemplar de la memoria correspondiente al ejercicio 1999, ya publicada.

En quinto lugar, el Tribunal de Cuentas constató que estas mismas Administraciones Públicas sanitarias no disponían de documentación ni de información sobre la atención sanitaria a las EAC que se presta en los hospitales cuya gestión tienen encomendada: programas, recursos económicos, recursos humanos y materiales, sistemas de información, organización, actividad asistencial y científica y controles internos, ya que la información aportada al Tribunal de Cuentas procedía de las gerencias de los hospitales de su respectiva demarcación territorial, y fue entregada al Tribunal incompleta y sin haber sido previamente normalizada y agregada.

Las limitaciones expuestas en cuarto y quinto lugar ponen de manifiesto que las Administraciones Públicas sanitarias de las cinco CC.AA. de la muestra carecen de información normalizada, agregada, actualizada y completa sobre la atención sanitaria de las EAC que se desarrolla en los hospitales cuya gestión tienen encomendada lo que ha limitado parcialmente el análisis del Tribunal de Cuentas sobre la atención sanitaria especializada de las EAC que se presta en las CC.AA. de la muestra y no ha permitido realizar su estudio comparativo.

1.9 Tratamiento de las alegaciones.

En cumplimiento de lo previsto en los apartados 1 y 2 del artículo 44 de la LFTCu, el Anteproyecto de Informe ha sido enviado tanto a los actuales responsables de las Entidades fiscalizadas como a los que lo fueron previamente durante el periodo en el que se han extendido las pruebas de fiscalización, ejercicios 1997 a 2001. En total, el Anteproyecto de Informe ha sido enviado a 39 destinatarios.

El plazo establecido para la remisión de las alegaciones finalizaba el 8 de febrero de 2003, habiéndose recibido escritos de 20 de los 39 destinatarios del Anteproyecto de Informe.

A la vista de las citadas alegaciones, han sido efectuadas las oportunas modificaciones en el texto del Informe de esta Fiscalización y, en los casos en que se ha estimado conveniente, han sido reflejadas mediante notas a pie de página. En todo caso, la totalidad de las alegaciones se adjuntan al Informe de esta Fiscalización.

Competencias y actuaciones de las administraciones sanitarias relativas a la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

En este capítulo se exponen los resultados de las pruebas que el Tribunal de Cuentas ha efectuado sobre los programas y proyectos específicos de atención de las EAC elaborados por el MSC y por las Comunidades Autónomas de la muestra, en el marco de las competencias que uno y otras tienen atribuidas.

También se incluyen en este capítulo los resultados del análisis de los objetivos relativos a la atención de las EAC pactados entre las gerencias de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, y los órganos competentes en materia sanitaria de las Administraciones Públicas de las que dichos hospitales dependen.

2.1 Las competencias de las administraciones sanitarias.

Seguidamente se analizan las competencias de la Administración Sanitaria del Estado y de las CC.AA. con repercusión sobre las EAC y el ejercicio de ellas realizado.

La LGS, en su artículo 70, atribuye al Gobierno la elaboración de los criterios generales de coordinación sanitaria y específica las funciones que incluye la «Coordinación General Sanitaria».

Asimismo, la LGS (artículo 47) creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Cisns) como órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, y como órgano de coordinación, a cuyo efecto la propia Ley le atribuye determinadas competencias. El Cisns está integrado por representantes de las Comunidades Autónomas y de la Administración del Estado y está presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo.

La LGS (artículo 111) creó también, como órgano de apoyo científico-técnico del Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), que desarrollaría sus funciones en coordinación con el Cisns y en colaboración con otras Administraciones Públicas.

Con el fin de conocer los criterios de coordinación para la asistencia sanitaria de las EAC, y especialmente del IAM, el Tribunal de Cuentas requirió al MSC las actas de las sesiones del Cisns del periodo 1997-1999, y al Director del ISCIII, la información epidemiológica referente a las EAC y especialmente la relacionada con el IAM y los informes de evaluación tecnológica para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades realizados durante dicho periodo.

La revisión de las actas del Cisns ha permitido al Tribunal de Cuentas constatar la ausencia de criterios generales establecidos por él para la planificación y coordinación de la atención sanitaria de las EAC.

En efecto, durante el periodo 1997-1999, en el que sólo se reunió seis veces, no adoptó ningún acuerdo en relación con la coordinación para la atención sanitaria de estas enfermedades, con la excepción de una propuesta para que la lucha contra el tabaquismo fuese uno de los ocho criterios de reparto entre todas las CC.AA. de los fondos del programa (413C) de la Dirección General de Salud Pública del MSC, en concepto de subvenciones para el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.

A su vez, de la información remitida al Tribunal de Cuentas por el ISCIII se desprende que en 1999 la última información epidemiológica sobre las EAC de la que disponía el Instituto correspondía al año 1995, y que la información sobre la evaluación de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento de las EAC consistía únicamente en dos guías de actuación clínica publicadas por el MSC en 1994 y en información de artículos sobre evaluación de tecnologías de diagnóstico y tratamiento de las EAC realizados, principalmente, en Estados Unidos.

En el trámite de alegaciones el Instituto ha aportado informes propios, publicados en 1996 y 1997, e informes elaborados en coordinación con las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las CC.AA. de Andalucía, Cataluña, Galicia y el País Vasco, publicados en 1999.

La LGS, en su artículo 41, regula las competencias de las CC.AA. en materia sanitaria y en su artículo 49 determina que las CC.AA. deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos establecidos en esta Ley.

2.2 La coordinación y la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en el marco de la coordinación y planificación de las atenciones sanitarias en general.

La LGS, en su artículo 70, establece que «El Estado y las CC.AA. aprobarán los Planes de Salud en el ámbito de sus respectivas competencias, en los que se prevén las inversiones y acciones sanitarias a desarrollar, anual o plurianualmente». Asimismo encomienda al Gobierno la elaboración de los criterios generales de coordinación sanitaria, criterios que, según el apartado 4 de este mismo artículo, una vez aprobados por el Estado deben remitirse a las CC.AA. para que sean tenidos en cuenta por éstas en la formulación de sus Planes de Salud y de sus presupuestos anuales.

Por su parte el artículo 71 de la LGS prevé que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer Planes de Salud conjuntos que, cuando impliquen a

todas las Comunidades Autónomas, se formularán en el seno del Cisns.

Más adelante la LGS, en los artículos 74 a 77, configura el denominado Plan Integrado de Salud como un único documento que debe recoger los diferentes Planes de Salud estatales, autonómicos, y los planes conjuntos, con la vigencia que en él se determine. La disposición adicional novena de la LGS establecía que el Gobierno en el plazo de seis meses desde su entrada en vigor debía aprobar por Real Decreto «...el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud», mandato que tuvo cumplimiento tres años después a través del Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, sobre procedimiento y plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. Este Decreto establece, a su vez, diversos plazos para la elaboración del Plan Integrado de Salud, sin que hasta el momento de la redacción de este Informe haya sido formulado.

2.2.1 Actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo relativas a la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC).

Con el fin de conocer la planificación de la atención sanitaria de las EAC efectuada por el MSC en el periodo 1997-2000, en la primera fase de esta Fiscalización el Tribunal de Cuentas requirió de la Dirección General de Salud Pública el envío del Plan de Salud (estatal) del MSC, del Plan Integrado de Salud y de los Planes de Salud vigentes en dicho periodo en las cinco CC.AA. de la muestra, así como la remisión de los programas y proyectos resultantes de estos Planes para la atención sanitaria de las EAC.

Los documentos recibidos en el Tribunal y los resultados de su análisis son los siguientes:

- Un documento denominado «Plan de Salud» (estatal) elaborado por el MSC, aprobado en el año 1995 por el Cisns, con la pretensión de ser un instrumento orientativo para el desarrollo de las políticas sectoriales, y un marco donde pudieran encajar el futuro de la salud y los servicios sanitarios en España.

Este Plan situaba a las EAC dentro de las denominadas «áreas de intervención en salud», con la finalidad de reducir la morbilidad y la mortalidad prematura de estas enfermedades mediante la intervención en los factores de riesgo modificables (v. 1.4.2.C.) y el tratamiento adecuado de los afectados.

En este sentido, el Plan del MSC proponía medidas específicas de intervención sobre las EAC dirigidas a garantizar la identificación y el control de los individuos con alto riesgo de padecerlas. Sin embargo, como ha podido comprobar el Tribunal de Cuentas, estas medidas no han sido adoptadas ni desarrolladas

posteriormente por el MSC a través de proyectos específicos.

El detalle de estas medidas específicas de intervención sobre las EAC enunciadas en este Plan, clasificadas en medidas de promoción y prevención, de asistencia y formación y de coordinación, figura en el cuadro 1 del anexo 2.1 de este Informe.

- Los Planes de Salud de las cinco CC.AA. de la muestra vigentes durante el periodo 1997 a 2000, a los que se hará referencia en el epígrafe siguiente.

- «Estudio de los recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico», resultado de un proyecto de la empresa farmacéutica «Lácer S.A.» y de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), al que prestó su apoyo técnico el MSC mediante un Acuerdo de Colaboración de fecha 17 de junio de 1997. Los resultados de este estudio han servido de referencia al Tribunal de Cuentas para los análisis de los recursos de atención a las EAC y del IAM que se exponen en los capítulos 3 y 4 siguientes de este Informe.

- «Programa de Atención Primaria para la Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS)», elaborado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, que el MSC adoptó en 1988 para su implantación en APS. En el cuadro 2 del anexo 2.1 de este Informe se resumen los objetivos generales de este Programa, así como los objetivos específicos incluidos en el subprograma de atención sanitaria de las EAC, basados en el establecimiento de prioridades de actuación según la evaluación del riesgo cardiovascular.

- Un documento denominado «Indicadores de salud» perteneciente al estudio «Cuarta evaluación en España del Programa regional europeo Salud para todos», realizado por el MSC. Este estudio toma como referencia los 38 objetivos y los indicadores que el Comité Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en septiembre de 1984 con objeto de realizar el seguimiento del Programa. En este estudio se utilizan como indicadores relacionados con las EAC: tasas de mortalidad por EAC, tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular y niveles de colesterolemia y presión arterial, en todos los casos diferenciadas por sexo y edad.

- «Programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud», elaborado por la Comisión Europea y adoptado por la Decisión 645/96/CE del Parlamento Europeo y del Consejo (DO L 95 de 16 de abril de 1996), y sus adaptaciones y programas de trabajo elaborados por la Comisión para los años 1997 a 1999. Sin embargo, salvo la justificación de su asistencia a las reuniones de preparación de los programas para el año 1999, el MSC no aportó evidencia alguna de su participación en este Programa.

El cuadro 3 del anexo 2.1 de este Informe se refiere a los objetivos, los subprogramas, las líneas de ejecu-

ción en relación con las EAC y el presupuesto de este Programa de la Unión Europea.

2.2.2 Actuaciones de las Comunidades Autónomas seleccionadas en la muestra relativas a la planificación de las atenciones sanitarias de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC).

La LGS, en su artículo 54, establece que cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias (programas, proyectos, etc.) necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud y que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno del Estado y deberá englobar el conjunto de planes de sus diferentes Áreas de Salud.

En las cinco CC.AA. de la muestra se han aprobado normas que establecen los órganos responsables de la elaboración y seguimiento de sus Planes de Salud cuyo detalle se puede consultar en el anexo 2.2 de este Informe, donde constan además las normas de aprobación de estos Planes.

Con objeto de conocer la planificación de la atención sanitaria de las EAC de las CC.AA. de la muestra con competencias en materia sanitaria, en la primera fase de la fiscalización el Tribunal de Cuentas solicitó sus Planes de Salud vigentes en el periodo 1997 a 2000, así como los programas y proyectos específicos desarrollados en relación con ellos, y en concreto con los objetivos específicos de la atención sanitaria de las EAC. También se solicitaron cuantos otros programas

estuvieran implantados, aunque no formaran parte del respectivo Plan de Salud.

Las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de Madrid, Canarias, Galicia y del Principado de Asturias entregaron al Tribunal de Cuentas los mismos Planes de Salud que los aportados por el MSC.

Por su parte, la Consejería de Sanidad de la C.A. Valenciana certificó al Tribunal la inexistencia de un Plan de Salud en vigor durante ese periodo. Sin embargo, el MSC entregó un documento denominado «Plan de Salud en la Comunidad Valenciana. Documento base» relativo a esta Comunidad.

Una primera aproximación a los Planes y al «Plan de Salud en la Comunidad Valenciana. Documento base» pone de manifiesto diferencias metodológicas en su elaboración, así como una ostensible heterogeneidad en la terminología utilizada, lo que ha dificultado considerablemente la realización por el Tribunal de las pruebas de revisión documental y su análisis comparativo.

No obstante lo anterior, en el cuadro 2.1 se recogen los periodos de vigencia de estos Planes autonómicos y los resultados de la verificación del cumplimiento en los Planes y en el «Plan de Salud en la Comunidad Valenciana. Documento base» de los principales «capítulos» que, según el Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, deben contener como mínimo los Planes, esto es: análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios, establecimiento de objetivos, programas a desarrollar, ejecución, financiación y evaluación.

CUADRO 2.1

Periodo de vigencia de los Planes de Salud y verificación de la inclusión en ellos de los capítulos establecidos en el Real Decreto 938/1989, de 21 de julio

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PERIODO DE VIGENCIA	ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS SANITARIOS	OBJETIVOS	PROGRAMAS A DESARROLLAR	EJECUCIÓN	FINANCIACIÓN	EVALUACIÓN
CAM	1995-2004	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ
CAV (1)	(1)	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
CAC	1997-2001	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
CAG	1998-2001	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO
CAPA	1998-2010	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO

(1) "Plan de Salud en la Comunidad Valenciana. Documento base" entregado por el MSC.

El análisis del cumplimiento del Real Decreto 938/1989 permite señalar:

En los Planes de Salud de las CC.AA. de Madrid, Canarias, Galicia y del Principado de Asturias, tras el diagnóstico de la situación sanitaria, se definían los objetivos del Plan y los programas a desarrollar, aunque

con distinto nivel de detalle. Sin embargo, sólo los Planes de Salud de la C.A. de Canarias y de la C.A. del Principado de Asturias tenían establecida una agenda de implantación y desarrollo de objetivos y estrategias, y sólo ellos consignaban los órganos de las Administraciones Públicas sanitarias responsables de su ejecución

así como un sistema de coordinación con otras Administraciones Públicas.

Ninguno de estos cuatro Planes de Salud incluía estudios cuantitativos de los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para su ejecución, y sólo se limitaban a formular necesidades generales. El Plan de Salud de la C.A. de Madrid era el único de estos cinco que enunciaba las diferentes fuentes de financiación, pero sólo de forma general y sin establecer el gasto sanitario que representaba el Plan.

Los cuatro Planes de Salud recogían con carácter general la necesidad de evaluar su cumplimiento mediante el establecimiento de sistemas de información que permitieran conocer la realidad de la situación sanitaria, pero no establecían criterios o indicadores para hacer posible la evaluación. Sólo el Plan de Salud de la C.A. de Madrid hacía referencia al órgano de evaluación sistemática y continuada, la Comisión Mixta de Evaluación, estableciendo la periodicidad y los objetivos de sus reuniones.

Durante la revisión documental de los Planes de Salud por el Tribunal de Cuentas se prestó especial atención al análisis de los criterios de planificación de la atención sanitaria de las EAC, pudiéndose constatar que en todos ellos las EAC se consideraban como «áreas prioritarias de atención sanitaria», pero con un abordaje muy heterogéneo y limitado (v. anexo 2.3):

- Dos de las cinco CC.AA. de la muestra (C.A. de Canarias y C.A. de Galicia) contemplaban las intervenciones sanitarias para la atención de las EAC como estrategias o acciones específicas.
- Por el contrario, la C.A. de Madrid y la C.A. del Principado de Asturias no contemplaban tales intervenciones de forma específica, sino enmarcadas dentro de las estrategias o acciones de otros problemas sanitarios relevantes de estas CC.AA.

En relación con el cumplimiento de dicho Real Decreto por la C.A. Valenciana, cabe destacar de su «Plan de Salud. Documento Base»:

- Tras un diagnóstico de la situación sanitaria, se definían en él los objetivos del Plan y los programas a desarrollar, pero no se establecía una agenda de implantación y desarrollo de los objetivos y estrategias.
- No incluía estudios cuantitativos de los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para su ejecución y sólo se limitaba a formular necesidades generales.
- Aunque recogía con carácter general la necesidad de evaluar su cumplimiento, no establecía criterios o indicadores para hacer posible dicha evaluación.
- Consideraba las EAC como «áreas prioritarias de atención sanitaria», contemplando las intervenciones sanitarias para su atención como estrategias o acciones específicas (v. anexo 2.3).

Como se ha señalado al principio de este apartado, el Tribunal de Cuentas también requirió a las Consejerías de las CC.AA. de la muestra con competencias

sanitarias los programas y proyectos específicos desarrollados en relación con sus Planes de Salud, y en concreto con los objetivos específicos de atención sanitaria de las EAC, y cualesquiera otros programas que estuvieran implantados aunque no formaran parte del respectivo Plan de Salud.

El análisis de estos programas para la atención de las EAC correspondientes al periodo 1997-2000 ofrece los resultados siguientes:

- La C.A. del Principado de Asturias es la única de las cinco CC.AA. de la muestra que no había desarrollado ningún programa o proyecto relacionado con la atención de las EAC, a pesar de que, como se ha dicho anteriormente, su Plan de Salud las consideraba como una de las «áreas prioritarias de atención sanitaria».
- La Consejería de Sanidad y Consumo de la C.A. de Canarias entregó un «Programa de Prevención y Control de los factores de riesgo cardiovascular», desarrollado específicamente en cumplimiento de los objetivos establecidos de manera expresa en su Plan de Salud.
- La Consejería de Sanidad de la C.A. de Madrid acreditó la implantación de un Programa denominado «Sistema de Vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (Sivfrent)» que, sin embargo, no estaba específicamente dirigido a la atención de las EAC, sino que estaba relacionado con otros objetivos del Plan de Salud, en concreto con los subsistemas de información.
- La Consejería de Sanidad de la C.A. Valenciana entregó un Programa de Prevención de enfermedades cardiovasculares del año 1994, anterior al «Plan de Salud en la Comunidad Valenciana. Documento base» analizado en este mismo apartado, señalando un periodo de consecución de los objetivos específicos de 2 a 5 años.
- La C.A. de Galicia entregó su Programa en vigor para la «Mejora de la Atención a los pacientes con Infarto y otros síndromes coronarios agudos en Galicia (Meiga)», aprobado el 18 de enero de 2000 de acuerdo con lo dispuesto en su Plan de Salud.

En el anexo 2.4 a este Informe constan detalladamente todos estos programas y proyectos implantados en las CC.AA. de la muestra para la atención de las EAC durante el periodo 1997-2000.

2.3 Instrucciones, directrices, normas y criterios de actuación dictados por las administraciones públicas sanitarias en relación con la atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC).

La insuficiencia de los programas y proyectos de ejecución de los Planes de Salud determinó que el Tribunal de Cuentas tuviera que solicitar de los diferentes órganos administrativos responsables de la planificación, gestión y control en materia sanitaria del MSC, del Insalud y de las cinco CC.AA. de la muestra las

instrucciones, directrices, normas y criterios de actuación que debían cumplir los centros de gestión dependientes de ellos para la atención sanitaria de las EAC, complementarios y sustitutivos de estos programas y proyectos (incluyendo la promoción de la salud y la prevención primaria, la asistencia sanitaria y la rehabilitación).

La documentación aportada fue la siguiente:

- El MSC entregó al Tribunal diversas guías de actuación para prevenir los factores de riesgo modificables de las EAC (v. 1.4.2.C.) editadas por el propio Ministerio. Todas las guías, salvo una referente al control del colesterol editada en 1999, eran anteriores a 1997.

- El Insalud, principal responsable de la ejecución de la política sanitaria en aquellas CC.AA. que no recibieron las transferencias de funciones y servicios sanitarios hasta 1.1.2002, proporcionó al Tribunal:

— La cartera de servicios de Atención Primaria de Salud (APS), que contenía los criterios de atención de las EAC, definida por la propia entidad gestora como «un instrumento dinámico y flexible, en tiempo y ámbito geográfico, que se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales».

— Un borrador inicial de la cartera de servicios de Atención Especializada (AE) para las especialidades médicas y quirúrgicas que atienden las EAC que se estaba desarrollando a través del estudio del Insalud sobre las técnicas, los procedimientos, las prestaciones y los equipos de los servicios asistenciales de sus hospitales. Así mismo, el Insalud certificó que las directrices para la atención de las EAC estaban contenidas en los «contratos-programa» o «contratos de gestión» que su Dirección General firmaba con las distintas gerencias de AE, que son analizados en el apartado siguiente de este Informe.

- Las Consejerías competentes en materia de asistencia sanitaria de las CC.AA. de Madrid, Valenciana y del Principado de Asturias certificaron al Tribunal de Cuentas no haber establecido normas, ni criterios, ni directrices específicas en relación con la atención de las EAC, ni haber pactado el cumplimiento de objetivos concretos con sus centros de gestión sanitaria en relación con la atención de las EAC.

- La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A. de Galicia certificó que las directrices para la atención de las EAC eran las contenidas en los «protocolos de actividad-financiación» que el gerente del Servicio de Salud pactaba anualmente con las gerencias de APS y AE, lo que pudo constatar el Tribunal mediante la revisión de todos los protocolos de los hospitales de esta C.A.

- De igual forma, la Consejería de Sanidad y Consumo de la C.A. de Canarias certificó al Tribunal que las directrices a seguir en relación con la asistencia

sanitaria de las EAC se incluían en el Plan de Salud, y que su cumplimiento se pactaba con las gerencias de APS y AE en los denominados «programas de gestión convenida». Según ha podido comprobar el Tribunal, los objetivos pactados en estos programas efectivamente estaban en consonancia con los del Plan de Salud de la C.A.

2.4 El seguimiento de los planes de salud y de los programas y proyectos de atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC).

La legislación vigente en esta materia atribuye al MSC la evaluación de su Plan de Salud (estatal) y, a los efectos de la configuración del Plan Integrado de Salud, la de los Planes de Salud de las CC.AA., y atribuye a las CC.AA. competentes en materia sanitaria la evaluación de sus respectivos Planes de Salud. En este sentido, con el fin de conocer el seguimiento que se efectúa de estos instrumentos de planificación, el Tribunal de Cuentas solicitó a la entonces Dirección General de Salud Pública del MSC y a las CC.AA. competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra los informes de evaluación de estos Planes.

El MSC aportó un único documento denominado «Informe sobre la Salud de los Españoles: 1998» que incluye un análisis cuantitativo y cualitativo del Plan de Salud del propio Ministerio que, como se ha señalado (v. 2.2.1.), databa de 1995, y de los Planes de Salud de las distintas CC.AA. La conclusión principal de este Informe es que efectivamente existen Planes de Salud tanto en el MSC como en todas las CC.AA., no así en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y además avanza otras conclusiones comunes a todos los Planes de Salud que se concretan en: la heterogeneidad de la documentación y de la información contenidas en ellos, la necesidad de establecer unos indicadores de salud similares, la escasa priorización de los objetivos establecidos, la necesidad de mejorar el sistema de información sanitaria, la necesidad común de plantear acciones intersectoriales, la falta de asignación de responsables concretos en las tareas asignadas y la falta de evaluación económica para su financiación. Esta evaluación no contenía información alguna sobre la implantación de los objetivos contenidos en los Planes.

En cuanto a las CC.AA. competentes en materia sanitaria, ninguna de las cuatro de la muestra que disponían de Plan de Salud vigente en el periodo 1997 a 2000 (CC.AA. de Madrid, Canarias, Galicia y Principado de Asturias), habían elaborado informes de evaluación de sus respectivos Planes de Salud, en contra de lo dispuesto en su normativa reguladora (v. anexo 2.2).

Con el fin de conocer el seguimiento que se efectúa de los programas y proyectos relacionados con la atención de las EAC que estuvieran implantados aunque no formaran parte de los Planes de Salud, el Tribunal de Cuentas solicitó de las Consejerías correspondientes de las CC.AA. incluidas en la muestra, los informes de

seguimiento de estos programas y proyectos. Sólo las CC.AA. de Madrid y de Galicia aportaron documentación en este punto.

La Consejería de Sanidad de la C.A. de Madrid hizo entrega al Tribunal de los informes de seguimiento del Programa denominado «Sistema de Vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (Sivfrent)» correspondientes a los años 1997, 1998 y 1999, que se publican regularmente en el Boletín Epidemiológico de la C.A. de Madrid.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A. de Galicia, por su parte, aportó al Tribunal varios informes relacionados con la atención a las EAC, que se detallan a continuación:

- «Análisis de la demanda expresada de atención hospitalaria por grupos específicos de enfermedades cardiovasculares», realizado en diciembre de 1999 por la empresa ODDS, S.L., cuyo objetivo era describir la actividad asistencial durante un año en los hospitales del Sergas y analizar las diferencias entre los servicios implicados.

- «Análisis de la adecuación a las necesidades actuales y a las previsiones de futuro a corto plazo de los recursos humanos del personal especializado y en formación en los centros hospitalarios del Sergas en las áreas de Cardiología y Cirugía Cardíaca», referido a diciembre de 1998. Este informe analiza la edad del personal especializado que prestaba servicios en las unidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en los centros del Sergas, a fin de estimar las necesidades de sustitución a medio plazo, el número de especialistas en formación y la evolución de la disponibilidad de personal.

- «Análisis de los servicios de Cirugía Cardíaca del Sergas», referido a 1997 y al primer semestre de 1998.

- «Frecuentaciones y estancias medias en los principales GDR Cardíacos en los hospitales del Sergas. Año 1998».

- «Efectividad y seguridad de la cirugía mínimamente invasiva en la revascularización coronaria», informe de evaluación de tecnologías sanitarias realizado por la agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia en el marco del «Convenio de colaboración entre el MSC y el ISCIII para la evaluación y estudio de técnicas y procedimientos en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud».

2.5 La planificación de la atención sanitaria y en especial de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Con la finalidad de conocer la planificación en los hospitales de la asistencia sanitaria de las EAC, el Tribunal de Cuentas ha analizado los pactos de objetivos firmados en el periodo 1997 a 1999 por el Insalud o los Servicios de Salud o, en su caso, por las Consejerías

competentes en materia sanitaria con las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Estos pactos, que reciben distintas denominaciones (contrato-marco, contrato de gestión, contrato-programa, convenio de colaboración, programa de gestión convenida y protocolo de actividad/financiación), constituyen instrumentos para el logro de los objetivos. Su detalle, así como el de las partes firmantes y, en su caso, la fecha de la firma de estos pactos figura en el anexo 2.5 de este Informe.

2.5.1 Análisis de la formalización de los documentos de pactos de objetivos.

Del análisis de la documentación entregada sobre los pactos de objetivos correspondientes a 1997, 1998 y 1999, en primer lugar destaca que en dos de los seis hospitales (la Fundación H. Alcorcón y el H. General de Valencia) no se firmaron pactos de objetivos en todos los años del periodo analizado.

En concreto, la gerencia de la Fundación H. Alcorcón no firmó con el MSC su primer contrato-marco necesario para su funcionamiento adecuado hasta mayo de 1998, a pesar de que el hospital funcionaba desde finales de 1997.

Tampoco la Diputación Provincial de Valencia, como titular del H. General de Valencia, suscribió ningún convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad de la C.A. Valenciana en los años 1997 y 1998, aunque sí en 1999, por lo que hasta 31.12.1998 siguió en vigor, prorrogado tácitamente, el firmado con fecha 1 de marzo de 1994. Sin embargo, el gerente del Hospital General de Valencia había certificado al Tribunal de Cuentas que no existían los pactos de objetivos asistenciales para los años 1997 y 1998, requisito previo necesario (de acuerdo con lo estipulado en el Convenio de 1994) para la aprobación del proyecto de presupuesto de gastos del hospital de cada año, y por tanto necesarios para su aplicación efectiva.

En segundo lugar, hay que resaltar que algunos de los documentos de pactos de objetivos entregados por las gerencias de los hospitales al Tribunal de Cuentas no estaban completos ni debidamente formalizados. Así, la gerencia del H. Central de Asturias sólo entregó unos anexos de los contratos de gestión correspondientes a los ejercicios 1997, 1998 y 1999, que no estaban firmados y que carecían de fechas. Sin embargo, en la visita de fiscalización a la Dirección General del Insalud el Tribunal de Cuentas pudo constatar que dicho hospital había firmado los contratos de gestión de los tres ejercicios, por lo que ha procedido al análisis de su contenido. Por su parte, la gerencia del C.H. Juan Canalejo aportó los protocolos de actividad/financiación de 1998 y 1999 en los que no constan las fechas de firma.

Por último, es preciso señalar el retraso con el que, con carácter general, se firmaron estos pactos de objeti-

vos en los hospitales, pues en todos los casos se firmaron una vez comenzados los ejercicios para los que se pactaron.

Este hecho es especialmente significativo en el H.G. Gregorio Marañón, ya que en 1997 y 1998 no se firmaron los contratos-programa previstos en el concierto singular especial de carácter sustitutorio suscrito en 1993 por el Insalud con la entonces Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A. de Madrid, sino que se prorrogó tácitamente el contrato-programa correspondiente al año 1996, que a su vez había sido firmado a final de este año. La aplicación del régimen económico y de los precios del contrato-programa de 1996 en los dos años siguientes (1997 y 1998) hizo necesaria su actualización, que se llevó a cabo mediante sendas resoluciones ejecutivas del Insalud de fechas diciembre de 1998 y noviembre de 1999, es decir, con dos años de retraso en ambos casos. Asimismo, el contrato-programa para 1999 se pactó en diciembre de este año.

2.5.2 Análisis de los objetivos relacionados con la atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), contenidos en los pactos de objetivos.

El análisis efectuado por el Tribunal de Cuentas de los objetivos relacionados con la atención de las EAC de los años 1997, 1998 y 1999 concertados por el Insalud o los Servicios de Salud o, en su caso, por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra con las gerencias de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, diferenciados por áreas de actividad, ofrece los siguientes resultados:

- Los documentos de pactos de objetivos de la Fundación H. Alcorcón, H. Central de Asturias, H. de Gran Canaria y C.H. Juan Canalejo contenían objetivos relacionados con la coordinación con APS, aunque no en todos los ejercicios del periodo analizado. El C.H. Juan Canalejo es el único de los seis hospitales que pactó objetivos en materia de prevención de las EAC, aunque sólo para 1998 y 1999 y con un ámbito de aplicación muy limitado, pues consistían únicamente en el cumplimiento de un programa de promoción de vida sin tabaco dirigido exclusivamente a los profesionales que prestan sus servicios en este hospital. El H.G. Gregorio Marañón y el H. General de Valencia no pactaron objetivos relacionados con la atención preventiva ni para la coordinación con APS durante los tres años analizados.

- En relación con el área de consultas externas, los objetivos pactados por las gerencias de los hospitales se referían, con carácter general, al número de consultas primeras y sucesivas, al índice de consultas sucesivas sobre consultas primeras y a la demora máxima y media. El H.G. Gregorio Marañón es el único de estos seis hospitales que no incluía en sus contratos-progra-

mas objetivos relacionados con la atención en consultas externas.

- Sólo tres hospitales pactaron algún tipo de objetivo relacionado con el área de hospitalización: el C.H. Juan Canalejo fue el único que pactó objetivos de hospitalización durante dos años (1998 y 1999), relacionados con la estancia media preoperatoria y el índice de altas de cero y un día; el H. Central de Asturias, que para 1999 pactó la estancia media de las intervenciones mayores sin circulación extracorpórea de Cirugía Cardiovascular, y el H. General de Valencia, que en su convenio de colaboración correspondiente a 1999 contenía objetivos referidos a las altas de las principales unidades asistenciales y funcionales que atienden estas enfermedades.

- En cuanto a los objetivos pactados en relación con el área diagnóstica y terapéutica de Cardiología (hemodinámica, ecocardiografía, holter y ergometría), hay que destacar lo siguiente: los cinco hospitales que disponían de hemodinámica en su cartera de servicios (todos menos la Fundación H. Alcorcón) pactaron el número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de hemodinámica, aunque no en todos los ejercicios; el H.G. Gregorio Marañón, el H. de Gran Canaria y el C.H. Juan Canalejo (aunque éste sólo en 1998 y 1999) pactaron además las tarifas de estos procedimientos, al contrario que el H. Central de Asturias y el H. General de Valencia, que pactaron su demora máxima. Por otro lado, hay que destacar que tres hospitales (Fundación H. Alcorcón, H. Central de Asturias y H. de Gran Canaria) no pactaron objetivos relacionados con los procedimientos diagnósticos de ecocardiografía, holter y ergometría en ningún ejercicio, y tampoco en 1997 el C.H. Juan Canalejo. Este último hospital, en los ejercicios 1998 y 1999, y el H.G. Gregorio Marañón, en los tres ejercicios analizados, concertaron las tarifas de estos procedimientos diagnósticos. El H. General de Valencia, por su parte, pactó tanto su número como la demora máxima.

- En lo que se refiere al área quirúrgica, los objetivos pactados se referían esencialmente al número de intervenciones programadas de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, con atención primordial al tiempo de espera del paciente. En el H. de Gran Canaria se pactaron programas específicos de reducción de la lista de espera en los tres años analizados, y en el H. Central de Asturias en el año 1999 se pactó un programa de optimización de la lista de espera. Los tres hospitales (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo) que estaban acreditados para la realización de trasplantes cardiacos concertaron su número en el pacto de objetivos de todos los años, salvo el H. Central de Asturias, que no los incluyó en el contrato de gestión de 1997. El C.H. Juan Canalejo es el único que pactó objetivos relacionados con la atención de la población infantil, en concreto la puesta en marcha de un programa de trasplante cardiaco.

Se puede concluir que estos objetivos pactados en relación con la atención de las EAC son escasos y en la mayoría de los casos están insuficientemente determinados, especialmente en las áreas de prevención de la salud, hospitalización y procedimientos diagnósticos de Cardiología. En el anexo 2.6 a este Informe se detallan estos objetivos específicos de atención de las EAC.

CAPÍTULO 3

La organización y los recursos humanos para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

En este capítulo del Informe se recogen los resultados de las pruebas de fiscalización realizadas por el Tribunal de Cuentas en relación con la organización y los recursos humanos para la atención sanitaria especializada en los hospitales de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en las cinco CC.AA. de la muestra, así como en los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

El Tribunal de Cuentas se ha visto limitado para evaluar la organización y los recursos humanos para la atención sanitaria especializada de las EAC debido a que la información entregada a requerimiento del Tribunal de Cuentas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), la Dirección General del Insalud y las Consejerías competentes en materia sanitaria en las cinco CC.AA. de la muestra ha sido muy heterogénea, incompleta, sin normalizar y desagregada (v. 1.8.). Esta limitación la confirma el hecho de que la única información sobre los recursos humanos para la atención de las EAC de que disponía el MSC está contenida en el documento «Estudio de recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico» (v. 2.2.1.), elaborado por la Sociedad Española de Cardiología (SEC), y que constituye el único elemento de referencia sobre los recursos para la atención de las EAC en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), por lo que necesariamente ha sido utilizado como fuente de información. Las referencias a este documento se harán con la denominación «estudio de recursos».

Como ya se ha expuesto en el capítulo 1, aunque en la atención sanitaria integral de las EAC intervienen distintas especialidades (v. 1.4.2.) el Tribunal de Cuentas ha centrado su análisis en las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular por ser éstas las que tienen una representatividad mayor en la atención sanitaria de las EAC y más específicamente del IAM, como se analiza en este mismo capítulo (v. 3.1.).

No obstante, la estructura orgánica de los hospitales es muy compleja y dentro de ella se subdividen unidades asistenciales, unidades funcionales y áreas asistenciales. Esta clasificación respecto de las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular se expone con detalle en el cuadro 1 del anexo 3.1.

Las actuaciones fiscalizadoras llevadas a cabo por el Tribunal de Cuentas en relación con los hospitales de las cinco CC.AA. de la muestra se han centrado en la organización de las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular para la atención a la población adulta. En los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización se analiza también la organización de las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular para la atención a la población infantil, así como aquellas otras unidades funcionales que se han ido desarrollando dentro de la organización hospitalaria para la atención sanitaria de las EAC (hemodinámica, cuidados intensivos cardiológicos, reanimación post-intervención de Cirugía Cardiovascular), para la atención de sus factores de riesgo modificables (tabaquismo, obesidad, hipercolesterolemia, diabetes) (v. 1.4.2.C) y de la rehabilitación cardíaca.

Respecto al análisis de los recursos humanos se ha centrado en las CC.AA. de la muestra en los médicos especialistas de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización este análisis de los médicos especialistas de Cardiología y Cirugía Cardiovascular ha podido ser ampliado por lo que se extiende a los médicos internos residentes (MIR) y al personal de enfermería.

3.1 La organización de la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC).

Los órganos centrales de las Administraciones Públicas estatal y autonómica carecen de una estructura organizativa especial para la atención sanitaria de las EAC. Las funciones de planificación, gestión y control asignadas a estos ámbitos son comunes para toda la atención sanitaria. Donde la atención sanitaria de las EAC dispone de estructuras de organización específicas es en la atención especializada (AE).

La estructura de las unidades asistenciales de la atención especializada de las EAC existentes en los hospitales tienen su correspondencia con las especialidades médicas y quirúrgicas que están establecidas en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista, entre otros, de Cardiología, Angiología y Cirugía Vasculosa y Cirugía Cardiovascular (v. 1.4.2.). No obstante, existen otras especialidades, también incluidas en el citado Real Decreto, como Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación y Medicina Interna, que también atienden a una gran proporción de estos enfermos. En cuanto a la población infantil conviene precisar que, aunque las especialidades médicas de atención reconocidas en el Real Decreto 127/1984 son sólo la Pediatría y la Cirugía Pediátrica, en el seno de las unidades de estas especialidades se están desarrollando subespecialidades para la atención de las EAC de esta población que gozan de cierta autonomía dentro de las unidades de

Pediatría y de Cirugía Pediátrica, cuya gestión resulta, sin embargo, difícil de evaluar debido a la escasez de información de su actividad. Esta situación ocasiona una subespecialización de la atención sanitaria que, al carecer de programas de formación homogéneos, afecta a los contenidos y a la calidad asistencial y puede generar desigualdades en la atención sanitaria a la población infantil.

Las denominaciones de las especialidades médicas y quirúrgicas utilizadas en los hospitales no siempre coinciden entre sí ni con las denominaciones establecidas en el Real Decreto 127/1984. En el cuadro 2 del anexo 3.1 se presenta una relación de las diferencias entre las denominaciones utilizadas por los hospitales y

las utilizadas por el Tribunal de Cuentas en esta Fiscalización.

Para identificar qué especialidades atienden las EAC y su incidencia, el Tribunal de Cuentas ha utilizado los diagnósticos de alta codificados en las bases de datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, que permiten identificar en qué unidades asistenciales se producen las altas de los pacientes de EAC y en especial las del IAM. Los resultados se observan en los cuadros siguientes en los que no se pueden incluir los datos del H. de Gran Canaria porque su CMBD era incompleto, pues sólo contenía el 50,73% del total de altas hospitalarias (v. 1.8.).

CUADRO 3.1

Importancia relativa de las unidades asistenciales en las altas de las EAC. CMBD 1999

HOSPITAL	% ALTAS EAC DE CARDIOLOGÍA	% ALTAS EAC DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	% ALTAS EAC DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	% ALTAS EAC DE MEDICINA INTENSIVA	% ALTAS EAC DE OTRAS UNIDADES (1)
FHA	35,89	(2)	(2)	2,54	61,58 [10]
HCA	44,93	5,45	18,43	1,40	29,79 [25]
HGUGM	31,71	6,35	8,03	3,93	49,98 [29]
HGUV	42,45	9,88	11,80	0,73	35,14 [26]
HGCDrN	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
CHJC	20,17	7,55	6,22	20,57	45,49 [32]

(1) La cifra que aparece entre corchetes y cursiva indica el número de unidades asistenciales distintas de las detalladas en el cuadro que presentan altas con códigos de EAC en el CMBD.

(2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular ni de Angiología y Cirugía Vascul ar en su cartera de servicios.

(3) La base de datos del CMBD de 1999 entregada por la gerencia del hospital sólo contenía el 50,73% del total de altas hospitalarias, por lo que el Tribunal de Cuentas no ha podido incluir este hospital en el análisis (v. 1.8.).

Como se observa, en los cinco hospitales que disponían de esta información las unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología se responsabilizan de entre el 44,93% (H. Central de Asturias) y el 20,17% (C.H. Juan Canalejo) de las altas de EAC. Las unidades asistenciales de la especialidad de Cirugía Cardiovascular se responsabilizan de entre el 9,88% (H. General de Valencia) y el 5,45% (H. Central de Asturias) de estas altas. Las diferencias entre hospitales están directamente relacionadas con la dotación en recursos humanos y materiales de estas unidades, tal y como se analiza en los apartados siguientes y en el capítulo 4 de este Informe.

En la unidad asistencial de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascul ar se producen entre el 18,43% (H. Central de Asturias) y el 6,22% (C.H. Juan Canalejo) de las altas de EAC.

También se aprecia cómo en la unidad asistencial de la especialidad de Medicina Intensiva se producen entre el 20,57% (C.H. Juan Canalejo) y el 0,73% (H. General

de Valencia) de las altas de EAC. En el C.H. Juan Canalejo el 1,54% (106) de estas altas son atendidas por la unidad funcional de cuidados intensivos cardiológicos dependiente de la denominada «Área del Corazón».

Las otras unidades asistenciales en las que se producen altas de EAC, que en principio no corresponden a especialidades médicas relacionadas con la atención sanitaria de las EAC, atienden entre el 61,58% (Fundación H. Alcorcón) y el 29,79% (H. Central de Asturias), y corresponden generalmente a las unidades asistenciales de la especialidad de Medicina Interna.

Esta distribución de las altas de EAC por unidades asistenciales está directamente relacionada con los recursos humanos y con las camas que cada unidad asistencial tiene asignados, tal y como se analiza en el capítulo 4 de este Informe.

Esta misma prueba de fiscalización también se ha realizado para conocer, en particular, las unidades asistenciales que atienden el IAM. Los resultados se observan en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.2

Importancia relativa de las unidades asistenciales en las altas del IAM (1). CMBD 1999

HOSPITAL	% ALTAS IAM DE CARDIOLOGÍA	% ALTAS IAM DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	% ALTAS IAM DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	ALTAS IAM DE MEDICINA INTENSIVA	% ALTAS IAM DE OTRAS UNIDADES (2)
FHA	81,25	(3)	(3)	10,71	8,04 [7]
HCA	95,84	0,94	0,10	1,56	1,56 [7]
HGUGM	78,79	4,07	0,14	12,50	4,49 [7]
HGUV	95,88	3,20	0,46	0,23	0,23 [10]
HGCDrN (4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
CHJC	34,97	4,91	0	14,60	45,52 [9]

(1) Las altas de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(2) La cifra que aparece entre corchetes y cursiva indica el número de unidades asistenciales distintas de las detalladas en el cuadro que presentan altas con códigos de IAM en el CMBD.

(3) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular ni de Angiología y Cirugía Vascul ar en su cartera de servicios.

(4) La base de datos del CMBD de 1999 entregada por la gerencia del hospital sólo contenía el 50,73% del total de altas hospitalarias, por lo que el Tribunal de Cuentas no ha podido incluir este hospital en el análisis (v. 1.8.).

Como se observa, en los cinco hospitales que disponían de esta información las unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología se responsabilizan de entre el 95,88% (H. General de Valencia) y el 34,97% (C.H. Juan Canalejo) de las altas de IAM. Destaca el C.H. Juan Canalejo, en el que el 45,52% de las altas de IAM son atendidas por otras unidades asistenciales del hospital, lo que podría estar relacionado con el escaso número de camas asignadas a esta unidad, como se analiza más adelante en el capítulo 4.

En el caso del IAM, como en el caso de las EAC, esta distribución de las altas de IAM está directamente relacionada con los recursos humanos y con el número de camas asignadas a cada unidad asistencial (v. cuadros 3.8 y 4.1). También puede venir determinada con lo que el Tribunal ha constatado a través de las visitas a estos hospitales y a través de la revisión de los protocolos de actuación para la atención del IAM, y es que las distintas unidades asistenciales que intervienen en la atención sanitaria de esta patología seguan los criterios de diagnóstico y tratamiento de sus respectivas sociedades profesionales, pero adaptados por la unidad asistencial, lo que ocasionaba que un enfermo con diagnóstico de IAM en un hospital fuera atendido con criterios diferentes según cual fuera la unidad asistencial que lo atendiera.

En resumen, la concurrencia de actuaciones sanitarias de las especialidades médicas y quirúrgicas que atienden las EAC, unida al ingreso de pacientes en unidades asistenciales distintas a las que habitualmente atienden estas enfermedades y a la ausencia de protocolos de actuación comunes a todas estas unidades asistenciales, afectan a la calidad de la atención sanitaria y favorecen atenciones distintas a la población de referencia, incluso en un mismo hospital.

3.1.1 La organización de las unidades asistenciales y la cartera de servicios de la especialidad de cardiología.

A. La estructura organizativa de la especialidad de cardiología.

En el conjunto de los 82 hospitales de las CC.AA. de la muestra (v. 1.7.) el análisis de las unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología realizado por el Tribunal de Cuentas se ha centrado en verificar los hospitales que cuentan con la especialidad de Cardiología en su cartera de servicios, con los resultados que se indican en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.3

Número de hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra. Hospitales que disponen en su cartera de servicios de la especialidad de cardiología

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TOTAL HOSPITALES	HOSPITALES QUE DISPONEN DE LA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA	
		NÚMERO	PORCENTAJE
CAM	24	18	75
CAV	26	23	88,46
CAC	9	8	88,89
CAG	15	11	73,33
CAPA	8	7	87,50
TOTAL MUESTRA	82	67	81,71

Se aprecian diferencias importantes entre las cinco CC.AA. de la muestra que podrían estar relacionadas con la tipología de los hospitales, ya que los hospitales de corta estancia quirúrgica (también denominada «Cirugía mayor ambulatoria»), los hospitales de larga estancia (hospitales psiquiátricos y geriátricos) y los de tipo comarcal o inferiores a 250 camas no disponen en su cartera de servicios de la especialidad de Cardiología, con especial incidencia en la C.A. de Madrid y en la C.A. de Galicia. No obstante, los porcentajes obtenidos no distan en exceso de los obtenidos en el «estudio de recursos» de la SEC que indica que de los 218 hospitales incluidos en el estudio 185 (85%) disponían de la especialidad de Cardiología.

Los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización disponían de esta especialidad de Cardiología; en cuatro de ellos con categoría administrativa de servicio; en uno, el H. de Gran Canaria, con categoría de sección, y en otro, la Fundación H. Alcorcón, con categoría administrativa de unidad.

Es especial el caso del H. Central de Asturias donde existían tres unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología, procedentes de los tres hospitales anteriores, que son origen del actual, con categoría administrativa de servicio; su coordinación corresponde al jefe de servicio de una de ellas, que actúa a través de un comité permanente formado por los tres jefes de servicio, tres médicos de plantilla y un responsable de enfermería. Las funciones de este comité son el control de calidad asistencial, la aprobación de protocolos (v. 1.4.1.), la información sobre nuevas tecnologías y la asignación de responsabilidades.

Mención especial requiere, de nuevo, la organización del C.H. Juan Canalejo, basada en la gestión clínica por proceso patológico, que se constituye en la denominada «Área del Corazón». Se trata de un área funcional en la que se integran las unidades asistenciales de las especialidades de Cardiología, de Cirugía

Cardiovascular, de Anestesia y Reanimación y de Medicina Intensiva; su coordinador es nombrado por la dirección del hospital a propuesta del órgano directivo del Área, que estaba formado por los responsables de las distintas unidades asistenciales que la conformaban. Las unidades funcionales de Cardiología infantil, de Cirugía Cardiovascular infantil y de cuidados intensivos pediátricos, se han constituido en el «Área del Corazón del niño».

Ni el Insalud ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra disponían de información relativa a la atención de las EAC a la población infantil de la especialidad de Cardiología, por lo que la información de la que ha dispuesto el Tribunal de Cuentas se ha visto limitada a la obtenida en los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. En tres de ellos (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo), existían unidades funcionales para la atención de las EAC en la población infantil, integradas en las unidades asistenciales de la especialidad de Pediatría.

Se ha hecho referencia en los párrafos inmediatos a la existencia de «unidades funcionales», cuyo detalle se expone en el anexo 3.1, y que al margen de la estructura orgánica hospitalaria, en su organización interna real se desarrollan con ocasión de la introducción de determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la especialidad de Cardiología (al igual que en Cirugía Cardiovascular), por lo que el Tribunal se planteó su análisis, que se ha limitado a los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización porque, respecto a las cinco CC.AA. de la muestra, la Dirección General del Insalud y las Consejerías competentes en materia sanitaria de estas CC.AA. carecían de información sobre estas unidades funcionales.

El Tribunal de Cuentas ha comprobado que, con la excepción de la Fundación H. Alcorcón, se habían desarrollado unidades funcionales para la realización

de procedimientos de hemodinámica y de otros procedimientos diagnósticos (ecocardiografía, holter y ergometría) dentro de la estructura organizativa de la unidad asistencial de la especialidad de Cardiología. Estas unidades gozaban de autonomía funcional y daban lugar a la creación de subespecialidades dentro de esta especialidad que garantizan el entrenamiento de los profesionales sanitarios en técnicas especializadas que requieren una gran destreza. Sin embargo, se debe compaginar con una cierta movilidad en el seno de las propias unidades asistenciales de Cardiología, que evite disfuncionalidades en el propio hospital, tales como la insuficiencia de recursos en otras áreas asistenciales de estas mismas unidades, y al aumento de las desigualdades en la oferta cualitativa de estos recursos del propio hospital y entre hospitales.

B. La cartera de servicios de la especialidad de cardiología.

La cartera de servicios de la especialidad de Cardiología está constituida por el conjunto de prestaciones sanitarias que se desarrollan en las áreas asistenciales: de consultas externas (extrahospitalarias e intrahospitalarias), de hospitalización (cuidados normales, intermedios e intensivos), de urgencias y diagnóstica y terapéutica (hemodinámica diagnóstica y

terapéutica, ecocardiografía, holter y ergometría) (v. anexo 1.2). El contenido y alcance de la cartera de servicios está en relación con el grado de desarrollo tecnológico del hospital y con la capacitación de los médicos especialistas para poder realizar determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Como se ha señalado en el capítulo 1 de este Informe (v. 1.4.2.A.), el MSC intentó ordenar y sistematizar las prestaciones sanitarias directas y personales del SNS mediante el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del SNS, que, sin embargo, no incluye las prestaciones específicas por especialidades médicas y quirúrgicas, con la excepción del trasplante de corazón.

El Tribunal de Cuentas, a través de las entrevistas con los responsables de las unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, y a través del análisis de la documentación entregada por las gerencias de los hospitales, ha podido conocer las prestaciones que componen las carteras de servicios de esta especialidad en un nivel de desglose por áreas asistenciales. En el cuadro siguiente se presentan los resultados referidos a las áreas asistenciales que presentaban mayores diferencias y se señalan las especialidades médicas que las realizaban.

CUADRO 3.4

Principales diferencias en la cartera de servicios de la especialidad de cardiología y especialidades médicas responsables de las áreas asistenciales

HOSPITAL	ÁREA ASISTENCIAL DE CONSULTAS EXTERNAS (EXTRAHOSPITALARIAS)	ÁREA ASISTENCIAL DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA (HEMODINÁMICA)	ÁREA ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN (CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS)
FHA	No (1)	No (2)	M. Intensiva
HCA	Cardiología	Cardiología	Cardiología M. Intensiva
HGUGM	No (1)	Cardiología	Cardiología
HGUV	No (1)	Cardiología	Cardiología
HGCCdN	Cardiología	Cardiología	M. Intensiva
CHJC	Cardiología	Cardiología	M. Intensiva

(1) Estos hospitales no realizan consultas externas extrahospitalarias ya que en el área de referencia de la Fundación H. Alcorcón no existían Centros de Especialidades Periféricas (CEP) y en las respectivas áreas de referencia del H.G. Gregorio Marañón y del H. General de Valencia existían CEP pero no eran gestionados directamente por el hospital.

(2) La Fundación H. Alcorcón no incluye esta prestación en su cartera de servicios de la especialidad de Cardiología.

Como se puede apreciar, en primer lugar, existen diferencias en la prestación de consultas externas extrahospitalarias. Así, tres de los hospitales (Fundación H. Alcorcón, H.G. Gregorio Marañón y H. General de Valencia) no realizan consultas externas extrahospitalarias ya que en el área de referencia de la Fundación H. Alcorcón no existían Centros de Especialidades Periféricas (CEP) y en las respectivas áreas de referencia del H.G. Gregorio Marañón y del H. General de Valencia existían CEP pero no eran gestionados directamente por el hospital. Por esta razón, a la Fundación H. Alcorcón los enfermos le eran remitidos directamente por los médicos de Atención Primaria de Salud (APS), mientras que los enfermos que habían sido atendidos en las consultas intrahospitalarias del H.G. Gregorio Marañón y del H. General de Valencia habían sido remitidos, previamente, por los médicos especialistas de Cardiología de los CEP del Insalud, en el primer caso, y de la Agencia Valenciana de Salud, en el segundo.

En segundo lugar, la Fundación H. Alcorcón no dispone de hemodinámica diagnóstica ni terapéutica, debido fundamentalmente a que en el periodo fiscalizado no había completado la cartera de servicios de la especialidad de Cardiología, trasladando a los enfermos que precisaban de esta técnica a otros hospitales del Insalud, propios o concertados (v. 6.7.).

En tercer lugar, en la Fundación H. Alcorcón y en el H. de Gran Canaria se observa que la responsabilidad de la realización de los cuidados intensivos cardiológicos está asignada a la especialidad de Medicina Intensiva, si bien en este último es una sección específica denominada Cardiovascular. En el C.H. Juan Canalejo la unidad que presta los cuidados intensivos cardiológicos es una sección de la especialidad de Medicina Intensiva que desde 1999 está integrada funcionalmente en el «Área del Corazón». En el H. Central de Asturias la responsabilidad de los cuidados intensivos cardiológicos está compartida por las especialidades de Medicina Intensiva y de Cardiología. Esta situación pone de manifiesto el conflicto de intereses existente entre esta especialidad y la de Cardiología que refleja la existencia de criterios de actuación diferentes y, en algunos casos, provoca duplicidad de recursos, lo que afecta a la calidad asistencial y a la equidad en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia de estos hospitales.

Finalmente, el área asistencial de urgencias de la especialidad de Cardiología está incluida en la cartera de servicios de los seis hospitales, sin embargo se han apreciado importantes diferencias en la organización y configuración de las guardias médicas que no muestran relación con la actividad urgente ni con la categoría administrativa de la especialidad en estos hospitales, así:

- En la Fundación H. Alcorcón había un médico especialista de Cardiología de presencia física hasta las 22 horas y otro localizable a partir de esta hora.

- En el H. Central de Asturias la cobertura de la guardia era de un médico especialista de Cardiología, específicamente dedicado a la atención de la unidad funcional de cuidados intensivos cardiológicos, dos MIR (médico interno residente) de la especialidad o un médico especialista de Cardiología y un MIR de la especialidad, y finalmente un MIR de la especialidad que se ocupa de la atención inicial en el área de urgencias. Todos ellos de presencia física las 24 horas.

- En el H.G. Gregorio Marañón las guardias eran atendidas por un médico especialista de Cardiología y dos MIR de la especialidad de presencia física las 24 horas. Además había dos médicos especialistas de Cardiología para la realización de procedimientos de hemodinámica, otro para los de ecocardiografía y otro para trasplantes, todos ellos de presencia física hasta las 22 horas y los dos de hemodinámica localizables a partir de esa hora.

- En el H. General de Valencia la cobertura de la guardia se realizaba mediante dos médicos especialistas de Cardiología las 24 horas y un MIR de la especialidad.

- En el H. de Gran Canaria las urgencias de la especialidad de Cardiología eran atendidas también por los médicos de la unidad asistencial de la especialidad de Medicina Interna.

- En el C.H. Juan Canalejo las guardias se atendían por un MIR de la especialidad de presencia física y por un médico especialista de Cardiología localizable las 24 horas.

Si bien las carteras de servicios de la especialidad de Cardiología de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización incluían el área diagnóstica y terapéutica (hemodinámica, ecocardiografía, etc.), su desglose por técnicas especiales presentaba una gran disparidad, lo que determinaba diferencias importantes en la oferta de cada hospital y, por tanto, en el alcance de estas prestaciones a su población de referencia.

Para tratar de conocer las diferencias en las técnicas especiales de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizaban en cada hospital, el Tribunal ha seleccionado las específicamente relacionadas con la atención sanitaria del IAM (v. anexo 1.2) y ha podido confirmar que las denominaciones utilizadas para estas técnicas variaban de un hospital a otro, y dentro de un mismo hospital, por lo que el Tribunal de Cuentas no ha podido conocer con exactitud la estructura y contenido de la cartera de servicios de esta área de la especialidad de Cardiología en este nivel de desglose. En el anexo 3.2 se puede observar el detalle de las distintas técnicas especiales de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y su denominación según la fuente de información utilizada por el Tribunal para su análisis.

Las disparidades existentes en las carteras de servicios de esta especialidad en los hospitales, constatadas por el Tribunal, pone de manifiesto desigualdades importantes en la oferta asistencial a la población de referencia y, por tanto, en el alcance de la prestación.

3.1.2 La organización de las unidades asistenciales y la cartera de servicios de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

A. La estructura organizativa de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

De la información facilitada al Tribunal de Cuentas por las cinco CC.AA. de la muestra y por la Dirección General del Insalud sobre las unidades asistenciales de la especialidad de Cirugía Cardiovascular de los 82 hospitales se desprende que 19 de ellos (23,17%) disponían de esta especialidad, apreciándose grandes diferencias entre CC.AA.; por ejemplo, la C.A. de Madrid contaba con 8 de estas unidades asistenciales, si bien son consideradas de referencia para la atención de pacientes procedentes de otras CC.AA. que carecen de esta especialidad en sus hospitales. El porcentaje obtenido no difiere mucho del que ofrece el «estudio de recursos» de la SEC, que señala que el 22% de los 218 hospitales incluidos en el estudio disponían de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

A su vez, de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, sólo la Fundación H. Alcorcón carecía de esta especialidad. Los otros cinco disponían de unidades asistenciales con dependencia jerárquica directa de la Dirección Médica, con la excepción del C.H. Juan Canalejo, en el que dependía funcionalmente del «Área del Corazón» a la que ya se ha hecho referencia en el apartado anterior.

En el H.G. Gregorio Marañón y en el C.H. Juan Canalejo se habían creado unidades funcionales de Cirugía Cardiovascular para la atención a la población infantil dependientes de las unidades asistenciales de las especialidades de Cirugía Pediátrica, a pesar de que la especialidad de Cirugía Cardiovascular, tal y como está regulada, tampoco distingue entre adultos y niños, tal y como también se ha indicado para la especialidad de Cardiología. En el H. Central de Asturias, en el H.G. Gregorio Marañón y en el C.H. Juan Canalejo se habían creado unidades funcionales de trasplante cardiaco, ya que estos hospitales estaban acreditados para su realización.

B. La cartera de servicios de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

La cartera de servicios de la especialidad de Cirugía Cardiovascular está constituida por el conjunto de prestaciones sanitarias que se desarrollan en las áreas asistenciales: de consultas externas (intrahospitalarias), de hospitalización (cuidados normales, intermedios y

reanimación post-intervención), de urgencias y quirúrgica (intervenciones de corazón, de los grandes vasos y trasplante cardiaco). En esta especialidad, las diferencias en la cartera de servicios entre los cinco hospitales que disponían de ella se presentaban en la reanimación post-intervención debido a la concurrencia de las competencias con las especialidades de Medicina Intensiva y de Anestesiología y Reanimación. Así, en el H.G. Gregorio Marañón y en el H. General de Valencia la reanimación tras las intervenciones la realizaban los especialistas de Cirugía Cardiovascular y los especialistas de Anestesiología y Reanimación, mientras que en el H. Central de Asturias y en el H. de Gran Canaria la realizaban los especialistas en Medicina Intensiva y en el C.H. Juan Canalejo la realizaba una unidad funcional de reanimación post-Cirugía Cardiovascular integrada en la sección de cuidados intensivos de Cardiología de la especialidad de Medicina Intensiva que forma parte del «Área del Corazón». Esta situación refleja, una vez más, la existencia de criterios de actuación diferentes que, en algunos casos, provoca duplicidad de recursos, lo que afecta a la calidad asistencial y a la equidad en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia de estos hospitales.

El Tribunal de Cuentas ha podido conocer a través de las entrevistas con los responsables de las unidades asistenciales de la especialidad de Cirugía Cardiovascular de los cinco hospitales, y a través del análisis de la documentación entregada por las gerencias de los hospitales, las prestaciones que componen las carteras de servicios de esta especialidad en un nivel de desglose por áreas asistenciales. No se han encontrado diferencias importantes entre ellos. Sin embargo, al igual que en la especialidad de Cardiología, no ha podido analizar la tipología de las técnicas especiales de las intervenciones quirúrgicas de esta especialidad. Para tratar de conocerlas, el Tribunal de Cuentas recurrió a las diversas fuentes de información disponibles en cada uno de los hospitales y comprobó que las clasificaciones de las intervenciones se limitaban a la descripción del tipo anatómico, que no presentaba grandes variaciones, sin indicar la técnica quirúrgica utilizada y, además, las denominaciones utilizadas no sólo variaban de un hospital a otro, sino también dentro de un mismo hospital por lo que no resulta posible realizar este análisis. En el anexo 3.3 se puede observar el detalle de las intervenciones quirúrgicas y su denominación según la fuente de información utilizada por el Tribunal para su análisis.

3.1.3 La organización de las actividades preventivas en la atención de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

El Tribunal de Cuentas ha recabado información en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización sobre las actividades de prevención de las

EAC, tanto primaria (aquella que se realiza antes de que se produzca la enfermedad, como es la promoción y la educación sanitaria) como secundaria (que se realiza tras padecer la enfermedad, para que ésta no se agra-

ve o repita) y terciaria (consistente en la rehabilitación o reinserción del enfermo). Los resultados obtenidos de este análisis se exponen en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.5

Actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de las EAC y especialidades médicas responsables de su prestación

HOSPITAL	PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
FHA	No	No	No
HCA	Consulta Antitabaco (Neumología)		No
HGUGM	No	Consulta de Obesidad (Endocrinología) Consulta de Hipertensión (Medicina Interna) Consulta de Lípidos (Medicina Interna)	Rehabilitación Cardíaca (multidisciplinar)
HGUUV	No	No	Rehabilitación Cardíaca (Cardiología y Rehabilitación)
HGCDrN	No	Consulta de Hipertensión (Medicina Interna) Consulta de Lípidos (Medicina Interna)	No
CHJC	No	No	Programa de autoayuda al niño intervenido (Área del Corazón del niño)

Como se puede observar en el cuadro precedente, las actividades de prevención realizadas por los hospitales son escasas, sobre todo en relación con la prevención secundaria y terciaria de las EAC, y además su responsabilidad estaba asignada a otras especialidades médicas distintas de la Cardiología. En relación con la prevención primaria las actividades eran prácticamente inexistentes ya que solo las realizaba un hospital.

3.2 La canalización de los pacientes de enfermedades del aparato circulatorio (EAC) a hospitales propios y concertados en las Comunidades Autónomas de la muestra.

Como ya se ha expuesto en el apartado anterior de este capítulo, no todos los hospitales de las CC.AA. de la muestra disponían en su cartera de servicios de las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, e incluso en los seis hospitales ha constatado el Tribunal de Cuentas que no todos contaban en su cartera de servicios con las técnicas especiales necesarias para realizar determinados procedimientos del área diagnóstica y terapéutica. Todo ello unido a las diferencias en las dotaciones de recursos humanos (v. 3.3.) y de recursos materiales (v. 4.) da lugar a que se realicen canalizaciones de pacientes desde unos hospitales a otros públicos o privados concertados para recibir asistencia sanitaria.

Sin perjuicio de las competencias del MSC en esta materia, que no son objeto de esta Fiscalización, el Tri-

bunal de Cuentas, con la finalidad de conocer la organización y el grado de suficiencia de los recursos existentes para la atención de las EAC, requirió al Insalud y a las Consejerías de las cinco CC.AA. de la muestra información sobre los criterios establecidos para la canalización de pacientes a hospitales públicos o privados concertados para ser atendidos por las especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular. Del estudio de esta información se deduce que:

- Las dos CC.AA. de la muestra gestionadas por el Insalud habían especificado en documentos internos los criterios de canalización, basados en un estudio de la cartera de servicios de estas dos especialidades en sus hospitales, realizado por una comisión de gerentes hospitalarios. Las referencias para la canalización de pacientes quedaban establecidas por Áreas de Salud a las que se les asignaba el hospital público al que debían remitir a los pacientes, sin distinguir entre población adulta e infantil.
 - La C.A. de Madrid no había definido las referencias para la canalización de pacientes por especialidades en los hospitales de su propia red, a la que pertenece el H.G. Gregorio Marañón.
 - La C.A. Valenciana había definido las referencias para la canalización de pacientes de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, sin especificar los criterios utilizados, limitándose a asignar a cada hospital público que disponía de esta especialidad su población de referencia y sin hacer mención a la población infantil. Esta

C.A. certificó la inexistencia de conciertos específicos para atender a pacientes de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

- La C.A. de Canarias no había definido las referencias para la canalización de pacientes por especialidades en sus hospitales, sino que disponía de dos conciertos específicos con hospitales privados para la realización de intervenciones de Cirugía Cardiovascular y de procedimientos de hemodinámica.
- La C.A. de Galicia había definido las referencias para la canalización de pacientes de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, sin especificar sus criterios, debido a que otorgaba el mismo nivel de complejidad técnica a las cuatro unidades asistenciales de esta especialidad existentes en la C.A. Una peculiaridad de esta C.A. era que había tenido en cuenta a la población infantil y además permitía al paciente elegir en qué unidad asistencial deseaba ser atendido. Tres de las unidades asistenciales de la especialidad de Cirugía Cardiovascular se encontraban ubicadas en hospitales públicos, la cuarta era fruto de un Convenio entre el Servicio Gallego de Salud (Sergas) y la sociedad mercantil «Instituto Gallego de Medicina Técnica, S.A. (Medtec)» para la prestación de servicios de Cardiología Intervencionista y Cirugía Cardíaca.
 - La C.A. del Principado de Asturias no había definido las referencias para la canalización de pacientes por especialidades en sus hospitales.

Estas diferencias en los criterios para la canalización de pacientes de enfermedades del aparato circulatorio a hospitales propios y concertados en las Comunidades Autónomas de la muestra podría propiciar diferencias en la calidad de la atención sanitaria que prestan los hospitales a su población de referencia.

En el capítulo 6 de este Informe se analiza el número de pacientes trasladados para atención cardiovascular que se produjeron en 1999 desde los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización a los hospitales de referencia o a los centros privados concertados (v. 6.7.).

3.3 Los recursos humanos para la atención de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) en las Comunidades Autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

En este apartado del Informe se analizan los recursos humanos para la atención de las EAC, concretamente el personal médico adscrito a las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular en las CC.AA. de la muestra y en los hospitales en los que se ha realizado las pruebas de fiscalización. Además, en estos hospitales este análisis se amplía a los

MIR y a los médicos especialistas dedicados a la atención cardiológica de la población infantil y al personal de enfermería. Este análisis ha sido realizado mediante la obtención de indicadores de estos recursos en relación con la población de referencia, las camas y las altas hospitalarias.

Se ha realizado también un análisis especial de la productividad y de la situación laboral de los médicos especialistas adscritos a las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. El análisis del coste de estos recursos se recoge en el capítulo 5 de este Informe.

Como ya se ha señalado al principio de este capítulo, el Tribunal ha debido hacer frente a las limitaciones derivadas de los sistemas de información del MSC, del Insalud y de las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra, que no disponían de un registro de personal que les permitiera conocer sus recursos humanos. Las propias gerencias de los hospitales tampoco disponían de registros de personal adecuados, sino que eran insuficientes y de contenido muy heterogéneo.

3.3.1 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cardiología

Este apartado sigue la estructura señalada al principio de este epígrafe y, además, por la importancia que las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica (v. 3.1.1.) tienen en estas unidades asistenciales, se realiza un análisis especial de los médicos especialistas de Cardiología asignados a ellas en las CC.AA. de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. En estos últimos también se analizan los MIR, los médicos especialistas para la atención cardiológica a la población infantil y el personal de enfermería adscrito a las unidades asistenciales de Cardiología.

3.3.1.1 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de cardiología en las Comunidades Autónomas de la muestra.

A. Los médicos especialistas de cardiología.

A pesar de que 67 de los 82 hospitales públicos de las cinco CC.AA. de la muestra informaron de que disponían de la especialidad de Cardiología en su cartera de servicios (v. 3.1.1.), el Tribunal de Cuentas sólo dispuso de información sobre los médicos especialistas de Cardiología de 64 hospitales. En el cuadro siguiente se muestran los resultados del análisis realizado de estos recursos.

CUADRO 3.6

Resultados del análisis de médicos especialistas de cardiología (MEC). 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	N.º MEC	% MEC / MÉDICOS ESPECIALISTAS DE LA C.A. (1).	MEC / 100.000 HABITANTES	MEC / 1.000 ALTAS DE CARDIOLOGÍA (2)	MEC / 1.000 ALTAS DE EAC (2)
CAM (3)	237	3,46	4,72	12,79	4,99
CAV	147	3,38	3,67	9,25	3,58
CAC	61	3,28	3,80	(4)	(4)
CAG (5)	123	4,57	4,48	12,03	4,11
CAPA	57	3,61	5,24	7,51	4,22

- (1) En el cuadro 1 del anexo 3.4 se presentan las cifras del total de los médicos especialistas y de los médicos especialistas de Cardiología (MEC) de las CC.AA. de la muestra.
- (2) El número de altas de las unidades asistenciales de la especialidad de Cardiología y el número de altas de EAC han sido obtenidas del CMBD del MSC de 1998.
- (3) No consta el personal de la Fundación Jiménez Díaz ni del Hospital Ramón y Cajal.
- (4) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto (v. 1.8.).
- (5) No consta el personal de la Fundación Hospital Comarcal A Barbanza.

No se aprecian diferencias importantes en el número de médicos especialistas de Cardiología en relación con el total de médicos especialistas de la C.A. Sin embargo, existen importantes diferencias en los valores del indicador de médicos especialistas de Cardiología por población de referencia, que supera en las cinco CC.AA. el valor de referencia del «estudio de recursos» elaborado por la SEC que lo situaba en 3, destacando las Comunidades Autónomas del Principado de Asturias, de Madrid y de Galicia, en las que se superaban los 4,4 médicos especialistas de Cardiología por cada 100.000 habitantes.

También existen importantes diferencias en los valores del indicador de médicos especialistas de Cardiología por altas de las unidades asistenciales de Car-

diología y por altas de EAC, lo que ratifica la falta de una planificación adecuada a la patología que presenta cada población y la desigualdad en la oferta de estos recursos que afecta a la equidad de su distribución en las poblaciones de referencia.

B. Los médicos especialistas de cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica.

Este análisis se ha realizado tomando como base la información entregada por el Insalud y por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra. Los resultados se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.7

Médicos especialistas de cardiología (MEC) asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica. 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MEC DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS (1) / 100.000 HABITANTES	MEC DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE HEMODINÁMICA (1) / 100.000 HABITANTES
CAM	0,20	0,54
CAV	0,15	0,15
CAC	(2)	(2)
CAG	0,58	0,33
CAPA	0,18	0,37

- (1) En el cuadro 1 del anexo 3.4 se presentan las cifras de los médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica de las CC.AA. de la muestra.
- (2) La C.A. de Canarias no disponía de información sobre los médicos asignados a estas unidades funcionales.

El valor del indicador de médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales (v. 3.1.1.) de cuidados intensivos cardiológicos por 100.000 habitantes oscila entre 0,58 en la C.A. de Galicia y 0,15 en la C.A. Valenciana. Sin embargo la ausencia de estándares de referencia establecidos por el MSC limita al Tribunal para pronunciarse sobre su adecuación.

En relación con los médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales de hemodinámica por 100.000 habitantes, el indicador se sitúa entre 0,54 en la C.A. de Madrid y 0,15 en la C.A. Valenciana. Un estudio realizado por la SEC sobre la actividad de estos recursos sitúa el valor de este indicador en 0,59. En tres de las cuatro CC.AA. donde existía esta información el valor de este indicador se sitúa muy por debajo de la citada referencia; sólo la C.A. de Madrid (0,54) se encuentra cercana al valor de referencia de este indicador. La C.A. de Canarias ni siquiera pudo facilitar esta información.

Todo ello pone de manifiesto la falta de una planificación adecuada de las Administraciones Públicas respectivas en relación con estas unidades funcionales que

afecta a la equidad en la distribución de estos recursos en las poblaciones de referencia y que, de no abordarse, se continuará en el futuro.

3.3.1.2 los recursos humanos de las unidades asistenciales de cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

A. Los médicos especialistas de cardiología.

El análisis de los médicos especialistas de Cardiología en cada hospital se ha centrado en conocer su importancia relativa sobre el total de los médicos especialistas del propio hospital, así como en la obtención de indicadores que relacionan el número de médicos especialistas de Cardiología con la población de referencia para la especialidad, el tamaño del hospital (número de camas), la presión asistencial (número de altas) en el área de hospitalización de estas unidades asistenciales de Cardiología y con el número de altas con diagnóstico de EAC del hospital. Los resultados obtenidos se presentan en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.8

Resultados del análisis de los médicos especialistas de cardiología (MEC). 1999

HOSPITAL	N.º MEC	% MEC / MÉDICOS ESPECIALISTAS HOSPITAL (1)	MEC / 100.000 HABITANTES	MEC / CAMA DE CARDIOLOGÍA (2)	MEC / 1.000 ALTAS DE CARDIOLOGÍA (3)	MEC / 1.000 ALTAS DE EAC (4)
FHA	12	5,69	5,91	0,75	15,04	6,62
HCA	27	4,18	8,58	0,34	6,70	4,21
HGUGM	28	3,53	4,40	0,33	7,05	4,44
HGUV	18	6,38	3,22	0,38	9,49	5,07
HGCDrN	15	3,83	3,33	0,29	8,20	(5)
CHIC	17	2,83	3,29	0,49	8,98	2,48

- (1) En el cuadro 3 del anexo 3.4 se presentan las cifras totales de los médicos especialistas del hospital.
- (2) En el cuadro 1 del anexo 4.1 se presentan las cifras totales de las camas cardiológicas.
- (3) Altas obtenidas de las memorias de gestión y en su caso del cuadro de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cardiología en el año 1999.
- (4) Altas obtenidas del CMBD aportado por los hospitales correspondiente al año 1999.
- (5) Hospital excluido de este análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Se aprecian diferencias importantes en el número de médicos especialistas de Cardiología sobre el total de los médicos especialistas en estos hospitales, que no estaban relacionadas con la categoría administrativa de las unidades asistenciales de Cardiología (v. 3.1.1.A.) ni con la complejidad técnica de la especialidad (v. 1.7.). Así, en la Fundación H. Alcorcón y en el H. General de Valencia el porcentaje de médicos especialistas de Cardiología respecto al número total de médicos especialistas del hospital es superior al que corresponde a los hospitales con unidades asistenciales de mayor complejidad técnica como el H. Central de Asturias, el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo.

En relación con la población de referencia, los valores en el indicador de médicos especialistas de Cardiología por 100.000 habitantes, en hospitales con unida-

des asistenciales de Cardiología de igual complejidad técnica como son el H. Central de Asturias, el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo, oscilan entre 8,58 y 3,29. La causa del valor tan elevado de este indicador en el H. Central de Asturias podría ser, en parte, la agregación de las tres unidades asistenciales de la especialidad procedentes de los tres hospitales anteriores que son origen del actual (v. 3.1.1.A.). Sólo en la Fundación H. Alcorcón y en el H. Central de Asturias el valor de este indicador se situaba por encima del obtenido para el conjunto de hospitales de sus propias Comunidades Autónomas.

La Fundación H. Alcorcón, con 0,75 médicos especialistas de Cardiología por cama cardiológica supera los valores obtenidos de este indicador en los cinco hospitales restantes, a pesar de que la unidad de Car-

diología de este hospital es de menor complejidad técnica. Este elevado número de médicos podría explicarse por la mejor dotación de recursos otorgada a este hospital, que fue diseñado para implantar un nuevo modelo de gestión en el Insalud.

En relación con el número de médicos especialistas de Cardiología por 1.000 altas de la unidad asistencial de Cardiología, es nuevamente la Fundación H. Alcorcón con 15,04 médicos el que supera al resto de hospitales. Por el contrario el H. Central de Asturias presenta mayor presión asistencial que el resto de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización con sólo 6,62 médicos por 1.000 altas de la unidad asistencial.

Las diferencias en el número de médicos especialistas de Cardiología por cada 1.000 altas de EAC podrían explicarse, en parte, por las diferencias en los porcentajes de codificación del diagnóstico de las EAC en los hospitales (v. 6.2.1.) y en las diferencias de los criterios clínicos de diagnóstico entre la diversidad de especialistas médicos que tratan las EAC, lo que ratifica que en la planificación de estos recursos no se tienen en cuenta las patologías de la población.

Este Tribunal no ha podido llegar a conocer los criterios, que de existir, hayan sido seguidos por las respectivas Administraciones Públicas sanitarias competentes en su demarcación territorial para la determinación del número de médicos especialistas de Cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización lo que, junto con los datos obtenidos, ponen de manifiesto la insuficiente planificación de estos recursos.

B. Los médicos especialistas de cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica.

Para el análisis de los tipos de unidades funcionales se han utilizado dos tipos de indicadores: a) un indicador común en relación con la población de referencia del hospital y b) otro variable: para el análisis de las unidades de cuidados intensivos cardiológicos se ha utilizado el número de altas con diagnóstico de IAM, y para el análisis de las unidades de hemodinámica se ha utilizado el número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. Los resultados pueden observarse en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.9

Médicos especialistas de cardiología (MEC) asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica. 1999

HOSPITAL	MEC DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS (1)/ 100.000 HABITANTES	MEC DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS / 100 ALTAS IAM (2)	MEC DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE HEMODINÁMICA (1) / 100.000 HABITANTES	MEC DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE HEMODINÁMICA / 1.000 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE HEMODINÁMICA (3)
FHA	(4)	(4)	(4)	(4)
HCA	0,64	0,21	0,37	1,88
HGUGM	0,47	0,42	0,78	1,30
HGUV	0,36	0,46	0,54	2,53
HGCDrN	0,89 (5)	(6)	0,89	1,77
CHJC	0,58	0,37	0,58	0,84

(1) En el cuadro 4 del anexo 3.4 se presentan las cifras totales de los médicos especialistas asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica existentes en cinco de los seis hospitales.

(2) Información obtenida de las bases de datos del CMBD de 1999.

(3) Altas obtenidas de las memorias de gestión y en su caso del cuadro de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cardiología en el año 1999.

(4) La Fundación H. Alcorcón no disponía de unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos ni de hemodinámica en su cartera de servicios.

(5) Los médicos especialistas de las unidades de cuidados intensivos cardiológicos son médicos especialistas de Medicina Intensiva.

(6) Hospital excluido de este análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Los valores del indicador de médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos por 100.000 habitantes presenta valores que oscilan entre 0,89 del H. de Gran Canaria y 0,36 del H. General de Valencia. El H. Central de Asturias presenta un valor de 0,64, superior

al de los otros dos hospitales de igual complejidad técnica, el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo (v. 1.7.), lo que no impide que al mismo tiempo estos especialistas sean los que soporten la mayor presión asistencial, con 0,21 médicos por cada 100 altas con diagnóstico de IAM. Un estudio realizado por la SEC

recomienda la existencia de 2 médicos especialistas asignados a estas unidades pudiendo ser uno de ellos un médico interno residente (MIR); en los cinco hospitales se cumple esta condición (v. anexo 3.4 cuadro 4).

En relación con las unidades funcionales de hemodinámica el valor del indicador de médicos especialistas de Cardiología por 100.000 habitantes de 0,59 citado como referencia (v. 3.3.1.1.), se supera en los hospitales H.G. Gregorio Marañón y H. de Gran Canaria. Hay que destacar el H. Central de Asturias cuyo indicador se aleja del valor de referencia y sin embargo en este hospital la presión asistencial es de 1,88 médicos especialistas por cada 1000 procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. En todos los hospitales se cumple el criterio defendido por la Sociedad Española de Cardiología de que cada hospital que dispusiera de la técnica de hemodinámica contara al menos con dos médicos entrenados para realizarla.

Las diferencias puestas de manifiesto en la asignación de médicos especialistas a las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos y de hemodinámica no están en relación ni con la categoría administrativa de estas unidades (v. 3.1.1.) ni con la complejidad técnica de los hospitales (v. 1.7.), ni con la incidencia de las EAC en su población de referencia.

C. La productividad y utilización del tiempo de los médicos especialistas de cardiología.

El Tribunal de Cuentas ha realizado un análisis para conocer la productividad del conjunto de los médicos especialistas de las unidades asistenciales de Cardiolo-

gía de los hospitales y la distribución del tiempo médico utilizado en las actividades realizadas en cada una de las áreas asistenciales: consultas externas, hospitalización y área diagnóstica y terapéutica.

Para conocer la productividad, el Tribunal de Cuentas ha calculado el porcentaje que representa el «tiempo utilizado total» sobre el «tiempo disponible total». Para la obtención del «tiempo disponible total» se han considerado las horas anuales laborables de cada médico (1.645 según se establecía la Resolución de 10 de junio de 1992, de la Secretaría General del Sistema Nacional de Salud, por la que se publicaba el Acuerdo entre la Administración del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas sobre aspectos profesionales, económicos y organizativos de las instituciones sanitarias) y el número de médicos especialistas de las unidades asistenciales de Cardiología. El «tiempo utilizado total» se ha obtenido, a su vez, mediante la suma de los tiempos utilizados en el desarrollo de las actividades efectivamente realizadas en cada una de las tres áreas asistenciales citadas.

Para el cálculo del tiempo utilizado en cada una de las áreas asistenciales, el Tribunal ha tenido en cuenta la actividad desarrollada (obtenida de las fuentes de información de los hospitales v. anexos 6.1 y 6.2) y el tiempo estándar de referencia recogido en el anexo 3.5 a este Informe, teniendo en cuenta los criterios fijados por la Sociedad Española de Cardiología y los tiempos que las gerencias de los hospitales utilizaban para la programación de pacientes en las diferentes áreas asistenciales. Los resultados obtenidos se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.10

Productividad de los médicos especialistas de las unidades asistenciales de cardiología y distribución del tiempo médico utilizado entre las diferentes áreas asistenciales. Año 1999

HOSPITAL	% TIEMPO UTILIZADO TOTAL / TIEMPO DISPONIBLE TOTAL	DISTRIBUCIÓN TIEMPO UTILIZADO POR AREAS ASISTENCIALES (%)			
		HOSPITALIZACIÓN	CONSULTAS EXTERNAS	ÁREA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	
				HEMODINÁMICA	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
FHA	59,64	16	44,16	(1)	39,84
HCA	74,03	37,32	18,86	15,52	28,30
HGUGM	69,98	24,04	3,88	28,52	43,56
HGUV	57,25	35,51	15,47	17,91	31,11
HGCDrN	109,67	24,13	25,50	25,69	24,67
CHJC	95,49	19,81	10,99	36,61	32,59

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

Los valores obtenidos de la productividad de los médicos especialistas de Cardiología son heterogéneos. Sobre la base de una productividad óptima estimada

por el Tribunal de Cuentas en el 70% del tiempo disponible, ya que no se ha tenido en cuenta el tiempo dedicado a otras actividades como la docencia y la investi-

gación (con un tiempo estimado del 10% en ambos casos), ni el empleado en tareas administrativas (5%) ni tampoco el correspondiente a otras ausencias justificadas del personal (5%), se puede concluir que en la Fundación H. Alcorcón y en el H. General de Valencia podrían existir recursos ociosos. Por el contrario, el H. de Gran Canaria y el C.H. Juan Canalejo muestran una alta productividad. No obstante, es preciso señalar que en este análisis no se incluye el tiempo disponible de los MIR de Cardiología, que desempeñan una labor asistencial muy importante, por lo que los indicadores de productividad obtenidos serían aún más bajos de considerar estos recursos.

En cuanto a la distribución del tiempo utilizado total entre las áreas asistenciales, se aprecian también diferencias importantes en estos hospitales que ponen de manifiesto heterogeneidad en el funcionamiento de estas unidades asistenciales de Cardiología. Esta heterogeneidad muestra escasa relación con el número de

médicos, con la categoría administrativa de estas unidades y con la complejidad técnica de los hospitales, lo que ratifica que no existieran unos criterios previos para una planificación adecuada de estos recursos.

D. La situación laboral de los médicos especialistas de cardiología.

Como se ha señalado al principio de este epígrafe, para la evaluación global de la actividad de los médicos especialistas el Tribunal de Cuentas ha considerado importante conocer su situación laboral debido a su influencia en aspectos generalmente admitidos tales como la motivación y la promoción profesionales, lo que a su vez afecta de forma importante a la gestión de estos recursos.

La situación laboral en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, se puede observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.11

Situación laboral de los médicos especialistas de cardiología (MEC). 1999

HOSPITAL	N.º MEC	% MEC EN SITUACIÓN LABORAL ESTABLE (1)	% MEC INTERINOS Y CONTRATADOS COMO EVENTUALES Y POR SUSTITUCIÓN (1)	% MEC CON PLAZA VINCULADA A LA UNIVERSIDAD (1)
FHA	12	58,33	41,67	0
HCA	27	77,78	7,41	14,81
HGUGM	28	85,71	14,29	0
HGUV	18	83,33	16,67	0
HGCDrN	15	53,33	40	6,67
CHIC	17	64,71	35,29	0

(1) En el cuadro 7 del anexo 3.4 se incluye el número de médicos especialistas de Cardiología que se encuentran en cada una de las situaciones laborales analizadas.

Los resultados de cada hospital presentan diferencias muy importantes. Es necesario resaltar la elevada proporción de contratos interinos y eventuales, que en el caso de la Fundación H. Alcorcón, de reciente creación, alcanza al 41,67% y en el H. de Gran Canaria al 40%. El porcentaje más bajo corresponde al H. Central de Asturias, con sólo un 7,41% de médicos especialistas de Cardiología interinos o eventuales. La tasa de interinidad de este personal resulta especialmente relevante por la antigüedad de esta situación, que para muchos de estos profesionales sobrepasa los 10 años. Los valores de estas tasas no difieren considerablemente de los contenidos en el «estudio de recursos» del MSC que señala que la situación laboral de los médicos especialistas de Cardiología de las CC.AA. gestionadas por el Insalud que disponía de plaza fija era del 68%. Según esta misma fuente de información, los porcentajes de plazas fijas en las CC.AA. con transferencias del

Insalud, que han sido objeto de esta Fiscalización, eran los siguientes: en la C.A. de Canarias, el 38%; en la C.A. de Galicia, el 68% y en la C.A. Valenciana, el 79%.

Esta situación se deriva de:

- La prolongada ausencia de criterios de coordinación para la planificación, gestión y control de los recursos humanos del SNS, cuya determinación atribuye la LGS (artículo 47) al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (v. 2.1.).

- El incumplimiento por parte del MSC de lo establecido en el artículo 40.11 de la LGS que le obliga a la homologación de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.

- Que el MSC sigue sin aprobar el Estatuto-Marco del Personal del SNS previsto en el artículo 84 de la LGS, lo que ha provocado:

- La aplicación de antiguas normas pertenecientes a la Seguridad Social (el estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social data de 1966), con múltiples modificaciones, y el desarrollo de una normativa muy heterogénea por parte de las CC.AA.

- Cada C.A. ha establecido sus propios criterios de clasificación, selección y provisión de puestos de trabajo, situaciones administrativas, derechos, deberes y régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo.

La Ley 16/2001, de 21 de noviembre estableció un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sani-

tarias de la Seguridad Social y en los Servicios de Salud del SNS, que actualmente está en curso.

E. Los médicos internos residentes (MIR) de la especialidad de cardiología.

Como se ha señalado al principio de este capítulo, la insuficiencia y heterogeneidad de la información disponible en el Insalud y en las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. de la muestra ha determinado que el análisis de estos recursos se haya limitado a los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Cinco de los seis hospitales estaban acreditados para la formación postgraduada de la especialidad de Cardiología y, por tanto, disponían de MIR. Los resultados del análisis de estos recursos se presentan en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.12

Número de los MIR de la especialidad de cardiología. 1999

HOSPITAL	N.º MIR CARDIOLOGÍA	MEC / MIR CARDIOLOGÍA	MIR CARDIOLOGÍA/ TOTAL MIR HOSPITAL (1)	MIR CARDIOLOGÍA/ CAMA CARDIOLOGÍA (2)	MIR CARDIOLOGÍA/ 100.000 HABITANTES	MIR CARDIOLOGÍA/ 1.000 ALTAS DE CARDIOLOGÍA (3)
FHA	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
HCA	9	3	3,24	0,11	2,86	2,23
HGUGM	12	2,33	2,89	0,14	1,88	3,02
HGUV	12	1,50	10,34	0,25	2,15	6,33
HGCDrN	10	1,50	9,90	0,20	2,22	5,47
CHIC	8	2,13	5,30	0,23	1,55	4,22

(1) En el cuadro 3 del anexo 3.4 se presentan las cifras totales de MIR de los hospitales.

(2) En el cuadro 1 del anexo 4.1 se presentan las cifras de camas cardiológicas de los hospitales.

(3) Altas obtenidas de las memorias de gestión y en su caso del cuadro de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cardiología en el año 1999.

(4) La Fundación H. Alcorcón no está acreditada para la formación médica postgraduada de la especialidad de Cardiología.

El «estudio de recursos» del MSC señala que el porcentaje de MIR de Cardiología respecto del total de MIR del hospital es de 2,1% y que el número de MIR de Cardiología por 100.000 habitantes se sitúa entre 2,9 y 11,8. Del análisis realizado por el Tribunal de Cuentas se observa que en los cinco hospitales que disponían de MIR de Cardiología el porcentaje que representaban estos recursos respecto del total de MIR era superior al 2,1%. En relación con los MIR por población de referencia, ninguno de los cinco hospitales se encontraba dentro del rango establecido por el MSC en el «estudio de recursos», siendo el H. Central de Asturias el que más se aproximaba con 2,8 MIR por 100.000 habitantes, lo que también pone de manifiesto la falta de equi-

dad en la distribución de estos médicos en relación con la población de referencia.

Todos los indicadores utilizados por el Tribunal para el análisis de los MIR de Cardiología en los hospitales presentan resultados muy distintos. Destaca el H. Central de Asturias como el hospital que presenta el valor más elevado del indicador de médicos especialistas de Cardiología por cada MIR de Cardiología (3), y a la vez es el hospital en el que el indicador de MIR por 1.000 altas de la especialidad de Cardiología es inferior (2,23), lo que influye positivamente en la calidad de la formación que reciben estos especialistas, ya que disponen de más médicos especialistas de Cardiología para formarles. Por otra parte, son los MIR que atien-

den un mayor número de pacientes. En el extremo opuesto se encuentran el H. General de Valencia y el H. de Gran Canaria, en los que por cada 1,5 médicos especialistas hay un MIR y, además, presentan el indicador más elevado por cada 1.000 altas de la especialidad de Cardiología (6,33 y 5,47, respectivamente), lo que puede afectar negativamente a la calidad de la formación de estos especialistas.

F. Los médicos especialistas para la atención de cardiología en la población infantil.

Como se ha indicado en el apartado 3.1.1.A., ni el MSC, ni el Insalud, ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra disponían de información sobre los recursos humanos dedicados a la atención cardiológica a la población infantil.

En los tres hospitales de los seis en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que realizaban actividades de atención cardiológica a la población infantil, el Tribunal de Cuentas ha podido constatar que el número de especialistas médicos que atienden a esta población cuando requiere atención cardiológica era de 9. Su especialidad y dependencia eran las siguientes:

En el H. Central de Asturias: un médico especialista en Pediatría con formación en Cardiología, con dependencia del jefe de servicio de Pediatría.

En el H.G. Gregorio Marañón: Cuatro médicos especialistas en Pediatría con formación en Cardiología con dependencia del jefe de departamento de Cirugía Pediátrica.

En el C.H. Juan Canalejo: tres médicos especialistas en Pediatría y un médico especialista en Cardiología con formación en Pediatría integrados en el «Área del Corazón del niño».

En los otros tres hospitales que no disponían de estos recursos, los pacientes eran remitidos a sus hospitales de referencia. No obstante, hay que señalar que la inexistencia de estándares establecidos por el MSC que indiquen cual sería el número de población infantil necesario para el establecimiento de unidades de Cardiología infantil, impide que el Tribunal de Cuentas pueda pronunciarse sobre la equidad de estos recursos.

G. El personal de enfermería adscrito a las unidades de cardiología.

La insuficiencia y heterogeneidad de la información disponible en el Insalud y en las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. de la muestra ha determinado también que el análisis del personal de enfermería se haya limitado a los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización; los resultados se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.13

Personal de enfermería adscrito a las unidades de la especialidad de cardiología. Año 1999

HOSPITAL	N.º DE ENFERMEROS CARDIOLOGÍA	% ENFERMEROS CARDIOLOGÍA/ TOTAL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO (1)	ENFERMEROS CARDIOLOGÍA/ 100.000 HABITANTES	ENFERMEROS CARDIOLOGÍA/ CAMA DE CARDIOLOGÍA (2)	ENFERMEROS CARDIOLOGÍA/ 1.000 ALTAS DE CARDIOLOGÍA (3)	ENFERMEROS CARDIOLOGÍA/ 1.000 ALTAS DE EAC (4)
FHA	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
HCA	96	3,87	30,52	1,20	23,84	14,98
HGUGM	136	3,81	21,35	1,58	34,23	21,57
HGUV	59	5,04	10,56	1,23	31,10	16,61
HGCDrN	43	2,67	9,53	0,84	23,51	(6)
CHIC	45	2,20	8,71	1,29	23,76	6,55

- (1) En el cuadro 3 del anexo 3.4 se incluyen las cifras totales del personal sanitario no facultativo de cada uno de los hospitales.
 (2) En el cuadro 1 del anexo 4.1 se presentan las cifras de camas cardiológicas de los hospitales.
 (3) Altas obtenidas de las memorias de gestión y en su caso del cuadro de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cardiología en el año 1999.
 (4) Altas obtenidas del CMBD aportado por los hospitales correspondiente al año 1999.
 (5) El hospital no adscribe el personal de enfermería a ninguna especialidad.
 (6) Excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Se observan grandes diferencias en el número de enfermeros adscritos a las unidades de Cardiología por cada 100.000 habitantes que oscilan entre 30,52 del H.

Central de Asturias y 8,71 del C.H. Juan Canalejo, aun cuando estos hospitales son de igual complejidad técnica. El H.G. Gregorio Marañón presenta los valores más

altos en los indicadores de personal de enfermería adscrito a las unidades de Cardiología por cama cardiológica (1,58), por cada 1.000 altas de Cardiología (34,23) y por cada 1.000 altas de EAC (21,57). En sentido contrario, destaca, de nuevo, el valor alcanzado en el C.H. Juan Canalejo de sólo 6,55 enfermeros adscritos a la especialidad de Cardiología por cada 1.000 altas de EAC. Estas diferencias ponen de manifiesto que en este caso tampoco existen criterios homogéneos en las gerencias de los hospitales para determinar la necesidad del personal de enfermería, lo que se convierte en una causa más de desigualdad en la atención al enfermo.

3.3.2 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular.

Este apartado del Informe sigue la estructura señalada al principio del epígrafe, es decir, primero se analizan los médicos especialistas asignados a las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular en las CC.AA. de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. En estos últimos también se analizan los médicos internos residentes

(MIR), los médicos especialistas para la atención cardiológica a la población infantil y el personal de enfermería adscrito a las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular.

3.3.2.1 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular en las Comunidades Autónomas de la muestra.

A. Los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular.

A pesar de que 19 de los 82 hospitales públicos de las cinco CC.AA. de la muestra considerados en esta Fiscalización informaron de que disponían de la especialidad de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios (v. 3.1.1.), el Tribunal de Cuentas sólo dispuso de información sobre los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular de 17 hospitales. En el cuadro siguiente se recogen los resultados del análisis de la información facilitada sobre estos recursos.

CUADRO 3.14

Resultados del análisis de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular (MECCV)

COMUNIDAD AUTÓNOMA	N.º MECCV	% MECCV/ MÉDICOS ESPECIALISTAS DE LA C.A. (1)	MECCV / 100.000 HABITANTES	MECCV / 1.000 ALTAS DE EAC (2)	MECCV / 100 INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (3)
CAM	43	0,63	0,86	0,91	0,89
CAV	27	0,62	0,67	0,66	1,09
CAC	7 (4)	0,38	0,44	(5)	1,37
CAG	14	0,52	0,51	0,47	1,15
CAPA	5	0,32	0,46	0,37	1,02

- (1) En el cuadro 1 del anexo 3.4 se presentan las cifras totales de los médicos de atención especializada de estas CC.AA.
 (2) El número de altas de EAC (cuadro 1 del anexo 6.1) se ha obtenido del CMBD del MSC de 1998.
 (3) En el cuadro 5 del anexo 6.2 se presenta el número de intervenciones de Cirugía Cardiovascular realizadas en cada una de las CC.AA. correspondiente al año 1999.
 (4) No incluye los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular de los centros concertados.
 (5) Esta Comunidad ha sido excluida de este indicador porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular en relación con el total de médicos especialistas de la C.A presentan diferencias muy importantes en estas CC.AA.

Los médicos especialistas por población de referencia también presentan diferencias importantes, y sólo tres CC.AA. superan el valor 0,5, que se señala en el «estudio de recursos» elaborado por la Sociedad Española de Cardiología. En la C.A. de Madrid este indicador alcanza el valor de 0,86, muy superior incluso a los

valores de entre 0,6 y 0,7 que recomiendan otros estudios⁶; no obstante, algunas de estas unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular actuaban como unidades de referencia de otras CC.AA. que carecen de esta especialidad. Aunque la C.A. de Canarias presenta el valor del indicador más bajo (0,44), era la única de las cinco CC.AA. de la muestra que había concertado con

⁶ POMAR, J. L. Un servicio de Cardiovascular para el nuevo milenio. *Todo Hospital*, 2000; n.º 170, pp. 621-635.

hospitales privados la realización de intervenciones por lo que, de haber considerado los médicos de estos centros, el valor de su indicador estaría próximo al de referencia.

El número de médicos de esta especialidad en relación con las altas por EAC oscilaba entre 0,91 de la C.A. de Madrid y 0,37 en la C.A. del Principado de Asturias, lo que indica que en su planificación no se ha tenido en cuenta la patología de la población de la C.A.

El número de médicos por intervención quirúrgica presenta diferencias que oscilan desde 0,89 médicos por cada 100 intervenciones en la C.A. de Madrid a 1,37 en la C.A. de Canarias, diferencias que podrían estar relacionadas con una mayor complejidad técnica de las intervenciones y con la distinta productividad de los recursos, lo que queda claramente de manifiesto en la C.A. de Canarias que, como se ha dicho en el párrafo anterior, había concertado con hospitales privados la realización de intervenciones quirúrgicas.

3.3.2.2 Los recursos humanos de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

A. Los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular.

El análisis de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular en cada hospital se ha centrado en la importancia relativa sobre el total de médicos de la misma especialidad de su C.A. y sobre el total de los médicos especialistas del propio hospital, así como en la obtención de indicadores que relacionan el número de médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular con la población de referencia para la especialidad, con el número de altas con diagnóstico de EAC del hospital y con el número de intervenciones de Cirugía Cardiovascular. Los resultados obtenidos en los cinco hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización y que disponen de esta especialidad, se recogen en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.15

Resultados del análisis de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular (MECCV). 1999

HOSPITAL	N.º MECCV	% MECCV/ MÉDICOS ESPECIALISTAS HOSPITAL(1)	MECCV/ 100.000 HABITANTES	MECCV / 1.000 ALTAS DE EAC (2)	MECCV / 100 INTERVENCIONES CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (3)
FHA	0	(4)	(4)	(4)	(4)
HCA	5	0,77	0,46	0,78	1,02
HGUGM	6	0,76	0,94	0,95	1,30
HGUV	4	1,42	0,30	1,13	1,02
HGCDrN	3	0,77	0,67	(5)	1,83
CHJC	6	1,00	1,16	0,87	0,89

- (1) En el cuadro 3 del anexo 3.4 se presentan las cifras totales de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular.
 (2) Altas obtenidas del CMBD de 1999 aportado por los hospitales.
 (3) Información obtenida de las memorias de gestión y en su caso de los cuadros de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cirugía Cardiovascular en el año 1999.
 (4) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.
 (5) Excluido de este análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Los datos obtenidos ponen de manifiesto, en primer lugar, que el total de médicos de Cirugía Cardiovascular varía entre 1,42 y 0,76% sobre el total de los médicos especialistas del hospital y, en segundo lugar, que existen diferencias importantes entre los tres hospitales de mayor complejidad.

Como también se observa, el C.H. Juan Canalejo es el hospital que presenta el valor más elevado de médicos de esta especialidad en relación con su población de referencia (1,16), mientras que en hospitales de igual complejidad técnica, como el H. Central de Astu-

rias y el H.G. Gregorio Marañón, los valores son 0,46 y 0,94 respectivamente, lo que ratifica que, al igual que en las unidades asistenciales de Cardiología, se producen desigualdades en la distribución de recursos a sus poblaciones de referencia. Además, el valor de este indicador en el C.H. Juan Canalejo es muy superior al correspondiente de su C.A., lo que pone de manifiesto la ausencia de equidad en la distribución geográfica de estos recursos en la C.A. Igual, aunque en menor medida, ocurre en el H. de Gran Canaria y en el H.G. Gregorio Marañón. No obstante, respecto al H. de Gran

Canaria, como ya se ha señalado, el indicador de la C.A. no incluye el número de médicos de los hospitales concertados. También llama la atención el bajo valor de este indicador en el H. General de Valencia (0,30) si se pone en relación con el valor de la C.A. (0,67). El H. Central de Asturias concentraba el 100% de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular de su C.A.

También se aprecia que la relación entre el número de médicos especialistas y el número de altas que se diagnostican de EAC presenta valores muy distintos, lo que podría indicar que en la planificación de estos recursos tampoco se ha tenido en cuenta la incidencia de la patología en la población.

La presión asistencial quirúrgica de estos médicos también presenta importantes variaciones por hospitales que oscila entre 0,89 médicos por cada 100 intervenciones en el C.H. Juan Canalejo y 1,83 en el H. G. de Gran Canaria; no obstante, hay que señalar que en este indicador influyen la complejidad y el tiempo de la intervención.

Conviene reseñar que en el caso del H. de Gran Canaria el número de especialistas era de tres, lo que

no permitía programar todas las intervenciones que requerían la actuación de dos especialistas, afectando a la productividad de sus recursos humanos y a la utilización de sus recursos materiales, que han permanecido parcialmente ociosos. Esta situación se convertía precisamente en la causa principal del importante número de derivaciones de pacientes a centros concertados para ser intervenidos de Cirugía Cardiovascular (v. 6.7.).

B. La productividad y utilización del tiempo de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular.

El Tribunal de Cuentas ha realizado un análisis para conocer la productividad del conjunto de los médicos especialistas de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular de cinco de los seis hospitales y la distribución del tiempo médico utilizado en las actividades realizadas en cada una de las áreas asistenciales: hospitalización, consultas externas y área quirúrgica. La metodología utilizada es la misma que la descrita en el análisis de las unidades asistenciales de Cardiología (v. 3.3.1.2.C.) y los resultados obtenidos se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.16

Productividad de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular y distribución del tiempo médico utilizado entre las áreas asistenciales de las unidades de Cirugía Cardiovascular. 1999

HOSPITAL	% DEL TIEMPO UTILIZADO TOTAL / TIEMPO DISPONIBLE TOTAL	DISTRIBUCIÓN TIEMPO UTILIZADO POR ÁREAS ASISTENCIALES (%)		
		HOSPITALIZACIÓN	CONSULTAS EXTERNAS	QUIRÓFANOS
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	51,83	50,07	3,96	45,97
HGUGM	48,75	60,52	0,98	38,49
HGUV	60,63	49,97	10,53	39,50
HGCDrN	38,45	52,83	12,61	34,57
CHJC	75,72	59,27	4,81	35,91

- (1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

La productividad de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular resulta ser muy heterogénea. Sobre la base de una productividad óptima estimada por el Tribunal de Cuentas en el 70% del tiempo disponible total, ya que no se ha tenido en cuenta el tiempo dedicado a otras actividades como la docencia y la investigación (con un tiempo estimado del 10% en ambos casos), ni el empleado en tareas administrativas (5%) ni tampoco el correspondiente a otras ausencias justificadas del personal (5%), se puede concluir que sólo la productividad del C.H. Juan Canalejo cumple este estándar y presenta una productividad aceptable, y que en el resto de unidades asistenciales podrían existir

recursos ociosos. No obstante, es preciso señalar que en este análisis no se incluye el tiempo disponible de los MIR de Cirugía Cardiovascular en los tres hospitales que disponen de este personal, que desempeñan una labor asistencial muy importante, por lo que en estos casos los indicadores de productividad obtenidos serían aún más bajos de considerar estos recursos.

En cuanto a la distribución del tiempo utilizado total entre las áreas asistenciales se aprecian también diferencias importantes en estos hospitales que muestran la heterogeneidad que se produce en el funcionamiento de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular. Esta heterogeneidad muestra escasa relación con el

número de médicos y la complejidad técnica de los hospitales lo que ratifica también la inexistencia de criterios en la planificación y asignación de estos recursos.

C. La situación laboral de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular.

Como se ha señalado al principio de este epígrafe para la evaluación de los médicos especialistas, el Tri-

bunal de Cuentas ha considerado importante analizar la situación laboral de este personal médico debido a su influencia en aspectos como la motivación y la promoción profesionales, lo que afecta de forma importante a la gestión de estos recursos.

Los resultados de este análisis realizado en los hospitales con los mismos criterios que para Cardiología, se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.17

Resultados del análisis de la situación laboral de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular (MECCV). 1999

HOSPITAL	N.º MECCV	% MECCV EN SITUACIÓN LABORAL ESTABLE / TOTAL MECCV (1)	% MECCV INTERINOS Y CONTRATADOS COMO EVENTUALES Y POR SUSTITUCIÓN / TOTAL MECCV (1)	% MECCV CON PLAZA VINCULADA A LA UNIVERSIDAD / TOTAL MECCV (1)
FHA	(2)	(2)	(2)	(2)
HCA	5	80	20	0
HGUGM	6	66,67	16,67	16,67
HGUV	4	100	0	0
HGCDrN	3	100	0	0
CHJC	6	50	50	0

(1) En el cuadro 7 del anexo 3.4 se incluye el número de médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular que se encuentran en cada una de las situaciones laborales analizadas.

(2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

Los resultados son heterogéneos, con diferencias muy importantes. Es necesario resaltar que en tres hospitales es elevado el porcentaje de contratos de interinos y eventuales, que en el caso del C.H. Juan Canalejo alcanza al 50% de estos médicos especialistas.

Los valores de estas tasas están próximos a los obtenidos en el «estudio de recursos» del MSC que señala que la situación laboral de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular de las CC.AA. gestionadas por el Insalud era la siguiente: el 65% disponía de plaza fija, el 27% estaba contratado de forma interina y un 8% se encontraba en «otra situación». Según esta misma fuente de información, los porcentajes de plazas fijas en las tres CC.AA. con transferencias del Insalud eran los siguientes: en la C.A. de Canarias, el 20%; en la C.A. de Galicia, el 36% y en la C.A. Valenciana, el 68%, valores que en estos hospitales no se cumplen.

Estas situaciones tienen las mismas causas que las señaladas en relación con los médicos especialistas de Cardiología (v. 3.3.1.2.D.).

D. Los médicos especialistas para la atención de Cirugía Cardiovascular en la población infantil.

De nuevo, ni el MSC, ni el Insalud ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las

CC.AA. de la muestra disponían de información, en este caso sobre los recursos humanos dedicados a la atención de Cirugía Cardiovascular a la población infantil.

Eran tres los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular asignados a las unidades funcionales de esta especialidad para la atención a la población infantil de los dos hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización y que disponían de esta prestación en su cartera de servicios (v. 3.1.2.), un médico en el H.G. Gregorio Marañón y dos en el C.H. Juan Canalejo. En el primer caso, la unidad funcional de Cirugía Cardiovascular infantil dependía del departamento de Cirugía General pediátrica y en el segundo dependía orgánicamente de la unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular y funcionalmente del «Área del Corazón del niño» (v. 3.1.1.A.). En los hospitales que no disponían de estos recursos los pacientes eran remitidos a sus hospitales de referencia.

La inexistencia de estándares establecidos por el MSC que indiquen cual sería número de población infantil necesario para el establecimiento de unidades de Cirugía Cardiovascular infantil, impide que el Tribunal de Cuentas pueda pronunciarse sobre la equidad de estos recursos.

E. Los médicos internos residentes (MIR) de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

Por la razón ya expuesta de falta de información, el análisis de estos recursos se ha visto limitado al de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

De los cinco hospitales que disponían de esta especialidad de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios, sólo tres estaban acreditados para la formación postgraduada en dicha especialidad y, por tanto, disponían de MIR. Los resultados del análisis de estos recursos se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 3.18

Resultados del análisis de MIR de la especialidad de Cirugía Cardiovascular (CCV). Año 1999

HOSPITAL	N.º MIR DE CCV	MECCV / MIR DE CCV	MIR DE CCV / TOTAL MIR HOSPITAL (1)	MIR DE CCV / CAMA CCV (2)	MIR DE CCV / 100.000 HABITANTES	MIR DE CCV / 1.000 ALTAS DE CCV (3)	MIR DE CCV / 1.000 ALTAS DE EAC (4)	MIR DE CCV / 100 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CCV (5)
HGUGM	3	2	0,72	0,09	0,47	3,25	0,48	0,65
HGUV	2	2	1,72	0,15	0,15	5,28	0,56	0,51
CHJC	1	6	0,66	0,03	0,19	0,60	0,15	0,15

(1) En el cuadro 3 del anexo 3.4 se presentan las cifras totales de MIR existentes en los hospitales.

(2) En el cuadro 6 del anexo 4.1 se presentan las cifras de camas de Cirugía Cardiovascular de los hospitales.

(3) Altas obtenidas de las memorias de gestión y en su caso del cuadro de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cirugía Cardiovascular en el año 1999.

(4) Altas obtenidas del CMBD aportado por los hospitales correspondiente al año 1999.

(5) Datos obtenidos de las memorias de gestión y en su caso del cuadro de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cirugía Cardiovascular en el año 1999.

Todos los indicadores utilizados presentan resultados heterogéneos. Destaca el C.H. Juan Canalejo como el hospital que presenta el valor más elevado del indicador de médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular por MIR de Cirugía Cardiovascular (6) y a la vez es el hospital en el que el indicador de MIR por 1.000 altas de la especialidad de Cirugía Cardiovascular es el inferior (0,60), lo que influye positivamente en la calidad de la formación que reciben estos especialistas, ya que disponen de más médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular para formarles y, por otra parte, estos mismos MIR atienden a un mayor número de pacientes. En el extremo opuesto se encuentran el H. General de Valencia y el H.G. Gregorio Marañón en el que por cada 2 médicos especialistas hay un MIR y, además, presentan el indicador más elevado por cada 1.000 altas de la especialidad de Cirugía Cardiovascular (5,28 y 3,25, respectivamente), lo que puede afectar a la calidad de la formación de estos especialistas.

Hay que señalar que todos los hospitales se encontraban por encima del valor recogido en el «estudio de

recursos» de 0,1% de MIR de Cirugía Cardiovascular sobre el total de MIR y sólo el H.G. Gregorio Marañón se encontraba dentro del rango de la tasa de MIR de Cirugía Cardiovascular por 100.000 habitantes que oscilaba entre 0,22 y 2,31 según el «estudio de recursos» del MSC, lo que incide y pone de manifiesto la inequidad de la distribución de estos médicos en relación con la población de referencia.

F. El personal de enfermería adscrito a las unidades de Cirugía Cardiovascular.

Como se ha señalado al principio de este capítulo, la insuficiencia y heterogeneidad de la información disponible en el Insalud y en las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. de la muestra ha hecho que el análisis del personal de enfermería sólo se haya limitado a los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización y se haya centrado en el personal adscrito al área quirúrgica de las unidades de Cirugía Cardiovascular.

CUADRO 3.19

Resultados del análisis del personal de enfermería adscrito al área quirúrgica de las unidades de Cirugía Cardiovascular, 1999

HOSPITAL	N.º DE ENFERMEROS DE CCV ADSCRITOS AL ÁREA QUIRÚRGICA	% ENFERMEROS ADSCRITOS AL ÁREA QUIRÚRGICA / TOTAL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO (1)	ENFERMEROS ADSCRITOS AL ÁREA QUIRÚRGICA / 100.000 HABITANTES	ENFERMEROS ADSCRITOS AL ÁREA QUIRÚRGICA / 100 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (2)
FHA	(3)	(3)	(3)	(3)
HCA	6	0,24	0,55	1,22
HGUGM	12	0,34	1,88	2,59
HGUV	12	1,03	0,91	3,05
HGCDrN	6	0,37	1,33	3,66
CHJC	12	0,59	2,32	1,79

- (1) En el cuadro 3 del anexo 3.4 se incluyen las cifras totales del personal sanitario no facultativo de cada uno de los hospitales.
- (2) Datos obtenidos de las memorias de gestión y en su caso del cuadro de mandos de los hospitales correspondientes a la especialidad de Cirugía Cardiovascular en el año 1999.
- (3) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

El C.H. Juan Canalejo ofrece la cifra mayor de personal de enfermería adscrito al área quirúrgica por cada 100.000 habitantes (2,32) y el H. de Gran Canaria es el que ofrece la cifra mayor por cada 100 intervenciones quirúrgicas de esta especialidad (3,66). El H. Central de Asturias, por su parte, presenta los valores más bajos en ambos casos (0,55 y 1,22, respectivamente).

Los valores de estos indicadores no guardan relación con la población de referencia del hospital, ni con su complejidad técnica, ni con las altas que se producen en las unidades de Cirugía Cardiovascular, lo que pone de manifiesto que las gerencias de los hospitales no han determinado las necesidades del personal de enfermería con criterios planificadores, lo que produce desigualdades en la atención al enfermo.

CAPÍTULO 4

Los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC)

En este capítulo del Informe se recogen los resultados de las pruebas de fiscalización realizadas por el Tribunal de Cuentas en relación con los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las EAC de las cinco CC.AA. de la muestra y de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Los recursos materiales seleccionados por el Tribunal para el análisis han sido los siguientes: camas, locales de consultas externas (intrahospitalarias e extrahospitalarias), equipos de hemodinámica, ecocardiógrafos, holter y ergómetros de Cardiología y camas y quirófanos de Cirugía Cardiovascular.

El Tribunal de Cuentas se ha visto limitado para realizar la evaluación de estos recursos debido a que las Administraciones Públicas sanitarias no disponen apenas de documentación ni de información sobre los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las EAC existentes en los hospitales cuya gestión tienen encomendada. Así, la única información sobre estos recursos de que disponía el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) está contenida en el ya citado documento «Estudio de recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico» (v. 2.2.1.) elaborado por la Sociedad Española de Cardiología (SEC), que constituye el único elemento de referencia sobre los recursos para la atención de las EAC en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), por lo que necesariamente sus resultados también han sido utilizados como valores de referencia en este capítulo, en el que se mencionará como «estudio de recursos». Por su parte, la información aportada por la Dirección General del Insalud y por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra es muy heterogénea e incompleta, porque procedía de las gerencias de los hospitales de su respectiva demarcación territorial y fue entregada al Tribunal sin haber sido previamente normalizada y agregada (v. 1.8.). Estas limitaciones han supuesto que el análisis de los recursos materiales de las CC.AA. de la muestra se haya visto reducido exclusivamente al análisis de los equipos de hemodinámica y a los ecocardiógrafos.

De igual manera, las gerencias de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización tampoco aportaron toda la información solicitada por el Tribunal de Cuentas, pues las memorias de gestión correspondientes al año 1999 solicitadas durante las pruebas de fiscalización efectuadas en los hospitales no fueron aportadas por las gerencias del H. Central de

Asturias y del H. General de Valencia, que en su lugar entregaron los cuadros de mandos.

El análisis de los recursos materiales se ha centrado en la evaluación de la equidad en la distribución de los equipos y en su utilización. Para conocer la utilización, el Tribunal de Cuentas ha calculado el porcentaje que representa el «tiempo utilizado total» sobre el «tiempo disponible total», estimando que el resultado es óptimo si el porcentaje de utilización alcanza el 70%, ya que se ha tenido en cuenta el tiempo que los equipos permanecen parados debido al mantenimiento, tanto preventivo como correctivo, a que deben someterse. Esta circunstancia, que es necesaria y que se produce en el normal desarrollo de la actividad sanitaria, no se ha cuantificado para cada uno de los equipos, estimando de forma general que supone el 30% del tiempo de utilización. Para determinar el «tiempo disponible total» se ha considerado el tiempo disponible estándar anual asignado por el Tribunal a cada local, equipo o quirófano (14 horas por 247 días hábiles en todos los casos excepto en las grabadoras de holter) y su número. Para el cálculo del «tiempo utilizado total» de cada recurso se ha considerado el número de los distintos tipos de consultas, procedimientos o, en su caso, intervenciones quirúrgicas realizados y el tiempo estándar de cada uno de estos tipos de consultas, procedimientos o intervenciones quirúrgicas asignado por el Tribunal según los criterios fijados por la SEC y los tiempos que las gerencias de los hospitales utilizaban para la programación de pacientes en las diferentes áreas asistenciales, cuyo detalle consta en el anexo 3.5 a este Informe.

4.1 Los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) de cardiología.

4.1.1 Camas.

Como ya se ha indicado, el Tribunal de Cuentas se ha visto limitado para efectuar el análisis de las camas de los hospitales de las CC.AA. de la muestra destinadas al cuidado de los enfermos cardiológicos ya que sólo disponía de información sobre las camas de 38 de las 67 unidades asistenciales de Cardiología (v. 3.1.1.A.) existentes en estos hospitales, debido a que la C.A. Valenciana no aportó esta información y a que la suministrada por las otras cuatro Consejerías y por la Dirección General del Insalud era incompleta.

Por ello, tal y como se ha anticipado, el Tribunal ha analizado exclusivamente las camas destinadas a cuidados cardiológicos existentes en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. El Tribunal ha incluido en este análisis las camas de las unidades asistenciales de Cardiología de todos estos hospitales y, en el caso del H. de Gran Canaria y del C.H. Juan Canalejo, también las camas de las unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos, dependientes de las unidades asistenciales de Medicina Intensiva (v. 3.1.1. y anexo 3.1). En el cuadro siguiente se exponen los resultados del análisis de estas camas clasificadas según los tipos de cuidados cardiológicos (normales, intermedios e intensivos) que requieren los pacientes, así como los resultados del análisis de las camas asignadas a las unidades asistenciales de Cardiología en relación con las altas producidas en estas unidades.

CUADRO 4.1

Resultados del análisis de las camas de cardiología clasificadas según los tipos de cuidados cardiológicos (normales, intermedios e intensivos) requeridos por los pacientes y del análisis de las camas asignadas a las unidades asistenciales de cardiología en relación con las altas, 1999

HOSPITAL	% CAMAS DE CUIDADOS CARDIOLÓGICOS (1) / TOTAL CAMAS HOSPITAL (1)	% CAMAS CUIDADOS CARDIOLÓGICOS NORMALES (1) / TOTAL CAMAS CUIDADOS CARDIOLÓGICOS (1)	% CAMAS CUIDADOS CARDIOLÓGICOS INTERMEDIOS (1) / TOTAL CAMAS CUIDADOS CARDIOLÓGICOS (1)	% CAMAS CUIDADOS CARDIOLÓGICOS INTENSIVOS (1) / TOTAL CAMAS CUIDADOS CARDIOLÓGICOS (1)	TOTAL CAMAS CUIDADOS CARDIOLÓGICOS (1) / 100.000 HABITANTES	CAMAS UNIDAD ASISTENCIAL DE CARDIOLOGÍA (1) / 100 ALTAS DE CARDIOLOGÍA (2)
FHA	6,32	100	0	(3)	7,88	2,01
HCA	5,93	82,50	7,50	10	25,43	1,99
HGUGM	4,87	87,21	0	12,79	13,50	2,16
HGUV	8,42	87,50	0 (4)	12,50	8,59	2,53
HGCDrN	7,85	91,07	0	8,93 (5)	12,42 (5)	2,79
CHJC	3,32	53,49	27,91	18,60 (5)	8,32 (5)	1,85

- (1) En el cuadro 1 del anexo 4.1 se incluye el número total de camas del hospital, el número de camas de cuidados cardiológicos normales, intermedios e intensivos y el número de camas de la unidad asistencial de Cardiología de cada uno de los hospitales.
- (2) La información sobre altas ha sido obtenida de las memorias de gestión y los cuadros de mandos de los hospitales de 1999.
- (3) En la Fundación H. Alcorcón los cuidados cardiológicos intensivos se atienden en la unidad asistencial de la especialidad de Medicina Intensiva, pero no hay camas asignadas específicamente a su atención.
- (4) En este hospital existían 5 camas de cuidados cardiológicos intermedios instaladas pero sin funcionar, por lo que no se han tenido en cuenta en el análisis.
- (5) En el cálculo de este indicador se han considerado las camas de la unidad de Medicina Intensiva asignadas específicamente a la atención de cuidados cardiológicos intensivos.

Como se puede observar, el porcentaje de camas destinadas a cuidados cardiológicos es muy diferente en los hospitales analizados. Estos valores, que oscilan entre el 8,42% que presenta el H. General de Valencia y el 3,32% del C.H. Juan Canalejo, no muestran relación con la complejidad técnica de los hospitales (v. 1.7.).

También se aprecian diferencias en la distribución de las camas según los distintos tipos de cuidados cardiológicos que se realizan en ellas (normales, intermedios o intensivos). Los dos únicos hospitales que disponen de camas de cuidados cardiológicos de los tres tipos son el H. Central de Asturias y el C.H. Juan Canalejo, que asimismo son los dos hospitales que tienen mayor número de camas de cuidados cardiológicos intensivos.

Destaca el valor del indicador de número total de camas de cuidados cardiológicos por 100.000 habitantes del H. Central de Asturias (25,43), muy superior a los de los otros cinco hospitales; el valor mínimo de este indicador corresponde a la Fundación H. Alcorcón, que no alcanza las ocho camas por 100.000 habitantes, lo que ratifica la inequidad existente en la distribución de estos recursos en relación con la población de referencia.

Igualmente, el indicador de camas de las unidades asistenciales de Cardiología por cada 100 altas de estas unidades presenta distintos valores que oscilan entre 2,79 en el H. de Gran Canaria y 1,85 en el C.H. Juan Canalejo, lo que podría estar en relación con la eficiencia en la utilización de estos recursos y con las diferencias en la patología que presenta la población.

4.1.2 Locales de consultas externas

Como ya se ha explicado, la información aportada por la Dirección General del Insalud y por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra no contenía datos sobre los locales de consultas externas asignados a las unidades asistenciales de Cardiología, por lo que el Tribunal ha limitado el análisis de estos recursos a los de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Para el estudio de los locales de consultas externas de las unidades asistenciales de Cardiología el Tribunal ha debido tener en cuenta las diferencias existentes entre estos hospitales en la gestión de las consultas externas (v. 3.1.1.B.), lo que ha supuesto que no se haya podido analizar la equidad en la distribución de estos recursos, sino sólo su utilización. Hay que recordar que tres de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización (Fundación H. Alcorcón, H.G. Gregorio Marañón y H. General de Valencia) no efectúan consultas externas extrahospitalarias por no tener asignados Centros de Especialidades Periféricas (CEP). En consecuencia, para realizar el análisis se ha diferenciado la utilización de los locales de consultas externas extrahospitalarias de la utilización de los locales de consultas externas intrahospitalarias. Sus resultados se pueden observar en el cuadro siguiente:

CUADRO 4.2

Resultados del análisis de la utilización de los locales de consultas externas extrahospitalarias e intrahospitalarias de las unidades asistenciales de cardiología. 1999

HOSPITAL	CEX EXTRAHOSPITALARIAS (1)			CEX INTRAHOSPITALARIAS (1)		
	N.º DE HORAS / AÑO DISPONIBLES	N.º DE HORAS / AÑO UTILIZADAS	% DE UTILIZACIÓN	N.º DE HORAS / AÑO DISPONIBLES	N.º DE HORAS / AÑO UTILIZADAS	% DE UTILIZACIÓN
FHA	(2)	(2)	(2)	13.832	5.199	37,58
HCA	6.916	1.146	16,57	13.832	5.235	37,85
HGUGM	(2)	(2)	(2)	10.374	1.438	13,86
HGUV	(2)	(2)	(2)	13.832	2.623	18,96
HGCDrN	10.374	1.936	18,67	6.916	4.965	71,79
CHJC	13.832	1.424	10,29	3.458	1.511	43,68

(1) En el cuadro 2 del anexo 4.1 se incluye el número de locales de consultas externas extrahospitalarias e intrahospitalarias de las unidades asistenciales de Cardiología de cada hospital.

(2) El hospital no realiza consultas externas extrahospitalarias.

Según se puede observar, en los tres hospitales que atienden consultas externas extrahospitalarias de Cardiología (H. Central de Asturias, H. de Gran Canaria y C.H. Juan Canalejo) el porcentaje de utilización de los

locales donde se atienden estas consultas es muy bajo, si bien destaca el C.H. Juan Canalejo, que presenta una utilización de apenas el 10,29%, siendo el hospital que cuenta con el mayor número de estos locales. Los valo-

res que presentan los tres hospitales muestran relación con el número de consultas externas extrahospitalarias primeras de Cardiología por 100.000 habitantes (v. 6.3.).

En cuanto a los locales de consultas externas intrahospitalarias, los resultados obtenidos reflejan que en todos los hospitales están infrautilizados, salvo en el H. de Gran Canaria, que supera el porcentaje óptimo de utilización del 70% estimado por el Tribunal y cuya su utilización no guarda relación con el número de consultas externas intrahospitalarias primeras de Cardiología por 100.000 habitantes (v. 6.3.).

La infrautilización que, con carácter general, presentan estos locales de consultas externas extrahospitalarias e intrahospitalarias demuestra la ineficiencia de la gestión de estos recursos por las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

CUADRO 4.3

Resultados de la distribución de los equipos de hemodinámica por población de referencia en las comunidades autónomas de la muestra. 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	N.º DE EQUIPOS DE HEMODINÁMICA	N.º DE EQUIPOS DE HEMODINÁMICA / 1.000.000 HABITANTES
CAM	19	3,78
CAV	9	2,24
CAC	6	3,73
CAG	6	2,19
CAPA	2	1,84

Se puede comprobar que la distribución de los equipos de hemodinámica por millón de habitantes en las cinco CC.AA. de la muestra presenta diferencias muy importantes que evidencian las desigualdades territoriales existentes en la asignación de estos recursos. Los valores más altos corresponden a las CC.AA. de Madrid y Canarias, con 3,78 y 3,73 equipos de hemodinámica por millón de habitantes, respectivamente. Estas dos Comunidades son las únicas que superan el valor de referencia de 2,8 equipos de hemodinámica por millón de habitantes señalado por la SEC en un estudio realizado sobre la actividad de estos equipos en 1999. La C.A. del Principado de Asturias presenta el menor

número de estos equipos en relación con la población de referencia, 1,84 por millón de habitantes.

Sin embargo, las cinco CC.AA. de la muestra superan el valor señalado en el «estudio de recursos» de 1,56 equipos de hemodinámica por millón de habitantes.

B. Equipos de hemodinámica en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

El resultado del análisis del número de equipos de hemodinámica por millón de habitantes y de su utilización en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización se puede observar en el cuadro siguiente:

CUADRO 4.4

Resultados del análisis de los equipos de hemodinámica: Distribución por población de referencia y utilización. 1999

HOSPITALES	% EQUIPOS DE HEMODINÁMICA (1) / TOTAL EQUIPOS HEMODINÁMICA DE LA C.A. EN QUE SE UBICA (2)	N.º DE EQUIPOS DE HEMODINÁMICA (1) / 1.000.000 HABITANTES	% DE UTILIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE HEMODINÁMICA (1)	PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS (3) / EQUIPO DE HEMODINÁMICA (1)
FHA	(4)	(4)	(4)	(4)
HCA	100	1,84	33,70	197,50
HGUGM	15,79	4,71	42,71	380,33
HGUV	11,11	1,79	38,10	267
HGCDrN	33,33	4,43	39,71	486,50
CHJC	33,33	3,87	59,30	524,50

- (1) En el cuadro 4 del anexo 4.1 se incluye el número de equipos de hemodinámica de cada uno de los hospitales.
 (2) En el cuadro 3 del anexo 4.1 se incluye el número total de equipos de hemodinámica de cada una de las CC.AA. de la muestra.
 (3) Información obtenida de las memorias de gestión y de los cuadros de mandos de los hospitales de 1999.
 (4) La Fundación H. Alcorcón no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

Los equipos de hemodinámica de los cinco hospitales que disponían de esta prestación en su cartera de servicios (todos menos la Fundación H. Alcorcón) representan valores muy dispares sobre el total de equipos de la C.A. donde están ubicados, que oscilan entre el 100% del H. Central de Asturias, ya que este hospital era el único que disponía de estos equipos en la C.A. del Principado de Asturias, y el 11,11% del H. General de Valencia.

El número de equipos de hemodinámica en función de la población de referencia que presentan los hospitales es muy distinto. El H.G. Gregorio Marañón, el H. de Gran Canaria y el C.H. Juan Canalejo, con 4,71, 4,43 y 3,87 equipos de hemodinámica por millón de habitantes, respectivamente, superan el valor de referencia señalado por la SEC de 2,8 equipos por millón de habitantes mencionado en el apartado anterior. Muy por debajo de estas cifras se sitúan el H. Central de Asturias, con 1,84 equipos de hemodinámica por millón de habitantes, y el H. General de Valencia con 1,79, lo que demuestra la inequidad de la distribución de estos recursos en relación con la población de referencia.

En cuanto a la utilización de los equipos de hemodinámica, se observa inmediatamente su infrautilización. El C.H. Juan Canalejo presenta la utilización más alta de los cinco, con un 59,30%, y en el H. Central de Asturias la más baja, con sólo el 33,70%, lo que lógicamente repercute en el mismo sentido en los resultados obtenidos al calcular el número de procedimientos de hemodinámica realizados a la población de referencia (v. 6.4.1.). Sin embargo, el C.H. Juan Canalejo es el hospital que cuenta con mayor número de pacientes en lista de espera de procedimientos de hemodinámica (v. 6.6.2.A.). Esta infrautilización de los equipos de hemodinámica demuestra la escasa eficiencia en la gestión de estos recursos por parte de las gerencias de los hospitales.

El Tribunal ha constatado que los valores de los indicadores de número de equipos de hemodinámica por millón de habitantes, número de médicos dedicados a la realización de hemodinámica (v. 3.3.1.2.B.), número de procedimientos realizados por población de referencia (v. 6.4.1.) y porcentaje de utilización de los equipos siguen tendencias similares, lo que podría indicar la existencia de cierta inducción de la demanda de la prestación de hemodinámica en estos hospitales.

Por último, hay que hacer especial referencia a los procedimientos terapéuticos realizados por cada equipo de hemodinámica, pues se producen marcadas diferencias entre los hospitales. El C.H. Juan Canalejo es el hospital que mayor número de procedimientos terapéuticos por equipo realizó durante el año 1999 (524,50). Este hospital, junto con el H. de Gran Canaria, que efectuó 486,50 procedimientos terapéuticos por equipo de hemodinámica, son los únicos hospitales que superan las cifras indicadas por los expertos en esta técnica, que en recientes estudios publicados por la SEC señalan que el número de procedimientos terapéuticos anuales por equipo debe oscilar entre 400 y 450. En sentido contrario, de nuevo destaca el H. Central de Asturias, donde apenas se realizaron 197,5 procedimientos terapéuticos por equipo durante el año de 1999, lo que ratifica la infrautilización apuntada en el párrafo anterior.

4.1.4 Ecocardiógrafos.

A. Ecocardiógrafos en las comunidades autónomas de la muestra.

De acuerdo con la información entregada al Tribunal de Cuentas en la primera fase de la fiscalización por la Dirección General del Insalud y por las Conseje-

ría competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra, referida a 1999, el número de ecocardiógrafos existentes en los hospitales de estas CC.AA. era de 159.

En el cuadro siguiente se pueden observar los resultados de la distribución de estos ecocardiógrafos en función de la población de referencia de cada una de las CC.AA. de la muestra.

CUADRO 4.5

Resultados de la distribución de los ecocardiógrafos por población de referencia en las Comunidades Autónomas de la muestra. 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	N.º DE ECOCARDIOGRAFOS	N.º DE ECOCARDIOGRAFOS / 1.000.000 HABITANTES
CAM	67	13,34
CAV	36	8,98
CAC	16	9,96
CAG	26	9,48
CAPA	14	12,87

Se puede observar que el número de ecocardiógrafos por millón de habitantes que presentan las CC.AA. de la muestra es muy distinto, ya que oscila entre el valor de 13,34 correspondiente a la C.A. de Madrid y el de 8,98 de la C.A. Valenciana. Además, sólo las CC.AA. de Madrid y del Principado de Asturias superan la cifra de 10,49 ecocardiógrafos por millón de habitantes que se señala en el «estudio de recursos» entregado por el MSC. Todo ello permite constatar, también en este caso, la inequidad existente en la distribución de los recursos.

B. Ecocardiógrafos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

Con carácter previo a la exposición de los resultados del análisis de estos equipos, hay que señalar que el

Tribunal de Cuentas ha considerado tanto los ecocardiógrafos adscritos a las unidades asistenciales de Cardiología de adultos como los adscritos a las unidades funcionales de Cardiología infantil. Además, como sólo dos (H. Central de Asturias y H.G. Gregorio Marañón) de los tres hospitales que atienden población infantil disponían de datos individualizados en sus memorias de gestión o en sus cuadros de mandos sobre los procedimientos de ecocardiografía realizados a esta población, el análisis de la equidad y utilización de los ecocardiógrafos de adultos e infantil se ha realizado de forma conjunta.

Los resultados de las pruebas realizadas sobre la equidad de la distribución de equipos de ecocardiografía en relación con la población de referencia y su utilización se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO 4.6

Resultados del análisis de los ecocardiógrafos: Distribución por población de referencia y utilización. 1999

HOSPITAL	N.º DE ECOCARDIOGRAFOS (1) / 1.000.000 DE HABITANTES	% DE UTILIZACIÓN	PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAFÍA (3) / ECOCARDIOGRAFO (1)
FHA	9,86	33,73	2.333
HCA	12,72 (4)	27,18	1.584,75
HGUGM	14,13 (4)	36,33	1.861,67
HGUV	3,58	32,33	2.235,50
HGCDrN	8,87	24,90	1.721,75
CHJC	9,68 (4)	24,46	1.534,60

- (1) En los cuadros 4 y 5 del anexo 4.1 se incluyen, respectivamente, el número de ecocardiógrafos para atención a la población adulta y el número de ecocardiógrafos para atención a la población infantil de los hospitales.
 (2) En el cuadro 3 del anexo 4.1 se incluye el número de ecocardiógrafos de cada una de las CC.AA. de la muestra.
 (3) Información obtenida de las memorias de gestión y de los cuadros de mandos de los hospitales de 1999.
 (4) Hospitales con ecocardiógrafos específicos de atención a la población infantil.

El H. General de Valencia presenta la menor tasa de ecocardiógrafos por millón de habitantes de los hospitales analizados, 3,58. Destaca que la Fundación H. Alcorcón presenta una tasa de equipos por millón de habitantes (9,86) superior a la de otros hospitales de mayor complejidad técnica, como la ya indicada del H. General de Valencia, la del H. de Gran Canaria (8,87) e incluso la del C.H. Juan Canalejo (9,68), hospital que disponía también de ecocardiógrafos específicos para la atención a la población infantil. La tasa de este último hospital es más baja que la que presentan los otros dos hospitales considerados de igual complejidad técnica en esta fiscalización (v. 1.7.) y que disponen también de ecocardiógrafos para la atención a la población infantil, el H.G. Gregorio Marañón y el H. Central de Asturias, con 14,13 y 12,72 equipos por millón de habitantes, respectivamente. Estos dos hospitales son los únicos que superan el valor de 10,49 equipos por millón de habitantes a que hace referencia el «estudio de recursos». Todas estas diferencias confirman la inequidad que se produce en la distribución de estos recursos en función de la población de referencia.

La tendencia que siguen los valores del indicador de ecocardiógrafos en relación con la población de referencia es similar a la que siguen los valores del indicador del número de procedimientos según la población de referencia (v. 6.4.2.); por tanto, se puede afirmar que la heterogeneidad en la dotación de los equipos de ecocardiografía influye en la indicación clínica de esta prueba por parte de los especialistas.

Se observa, por otra parte, que la utilización de los ecocardiógrafos es escasa en los seis hospitales analizados, en todo caso muy por debajo del tiempo óptimo del 70% considerado por el Tribunal, ya que el valor del indicador oscila entre los porcentajes del 36,33% y el 24,46% que presentan el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo, respectivamente. La infrautilización de estos equipos, unida a la importante lista de espera de pacientes que genera (v. 6.6.2.B.), demuestra la escasa eficiencia en la gestión de estos recursos que realizan las gerencias de los hospitales.

Por último, se puede comprobar que el número de procedimientos de ecocardiografía por equipo oscila desde 2,333 en la Fundación H. Alcorcón a 1,534,60 en el C.H. Juan Canalejo. Sin embargo, la ausencia de estándares de referencia en este punto limita al Tribunal de Cuentas para pronunciarse sobre su adecuación.

4.1.5 Holter.

Como ya se ha mencionado al comienzo de este capítulo, debido a que la información aportada por la

Dirección General del Insalud y por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra no contenía datos sobre los equipos de holter, el Tribunal se ha visto limitado a analizar estos recursos en los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Antes de exponer los resultados de este análisis resulta conveniente especificar que los holter o equipos de monitorización cardiaca ambulatoria (v. anexo 1.2) constan de dos componentes, la grabadora, que es el dispositivo que se coloca al enfermo para que registre durante 24 horas variaciones electrofisiológicas cardiacas, y el lector, que es el dispositivo utilizado por los cardiólogos para analizar el resultado de los eventos registrados por las grabadoras. Por ello, resulta manifiesta la incidencia directa que el número y el rendimiento de las grabadoras influyen de forma manifiesta en el rendimiento de los lectores de holter, circunstancia que el Tribunal ha tenido en cuenta en el planteamiento del análisis de estos recursos al incluir el porcentaje máximo de utilización de los lectores según el número de grabadoras.

Hay que señalar también en este caso que las unidades funcionales de Cardiología infantil de dos (H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo) de los tres hospitales que atienden esta población tienen asignados equipos de holter. Cada una de estas unidades funcionales dispone de dos grabadoras pero sólo la unidad del H.G. Gregorio Marañón dispone, además, de un lector propio, lo que conlleva necesariamente que en el C.H. Juan Canalejo la lectura de los eventos registrados por las grabadoras de la unidad funcional de Cardiología infantil se realice en el lector de la unidad asistencial de Cardiología de adultos.

El Tribunal, ante la casuística de situaciones ha tenido en cuenta para el análisis todos los lectores de holter y todas las grabadoras con la excepción de los equipos (grabadoras y lector) del H.G. Gregorio Marañón para la asistencia de la población infantil.

Por último, hay que hacer constar que el tiempo diario disponible de las grabadoras de holter estimado por el Tribunal es de 24 horas, a diferencia del tiempo de 14 horas/día considerado para los lectores de holter y para el resto de equipos analizados, como ya se ha apuntado al comienzo de este capítulo.

Los resultados del análisis de la equidad, a través de la información sobre la utilización de los lectores y las grabadoras de holter, se reflejan en el cuadro siguiente:

CUADRO 4.7

Resultados del análisis de los holter: Distribución por población de referencia y utilización. 1999

HOSPITAL	N.º LECTORES (1) / 1.000.000 HABITANTES	N.º GRABADORAS (1) / 1.000.000 HABITANTES	% MÁXIMO POSIBLE DE UTILIZACIÓN DE LECTORES SEGÚN EL N.º DE GRABADORAS	% DE UTILIZACIÓN REAL DE LECTORES	% DE UTILIZACIÓN DE GRABADORAS
FHA	4,93	29,57	42,86	35,77	83,47
HCA	3,18	38,15	85,71	40,98	47,81
HGUGM	1,57	9,42	42,86	21,86	51,01
HGUV	1,79	7,16	28,57	25,33	88,66
HGCDrN	2,22	8,87	28,57	22,59	79,05
CHJC	1,94	11,61 (2)	42,86	40,63	94,80

(1) En los cuadros 4 y 5 del anexo 4.1 se incluyen, respectivamente, el número de lectores y de grabadoras de holter para atención a la población adulta y para atención a la población infantil de los hospitales.

(2) Incluye las dos grabadoras de holter específicas para la atención a la población infantil.

Se puede comprobar que el número de lectores de holter por millón de habitantes presenta diferencias importantes entre los hospitales que oscilan entre 4,93 y 1,57, valores correspondientes a la Fundación H. Alcorcón y al H.G. Gregorio Marañón, respectivamente. El «estudio de recursos» sitúa el valor de esta tasa en 4,34, cifra que sólo supera la Fundación H. Alcorcón. Por su parte, el número de grabadoras de holter por millón de habitantes es igualmente muy distinto, ya que varía desde 38,15 en el H. Central de Asturias a 7,16 en el H. General de Valencia. Estas diferencias considerables permiten constatar la inequidad que se produce también en la distribución de estos recursos respecto a la población de referencia.

Se observan disparidades entre los porcentajes máximos posibles de utilización de los lectores teniendo en cuenta el número de grabadoras de que dispone cada hospital y los porcentajes de utilización real. Como es lógico, estas diferencias son mayores cuanto menor es la utilización de las grabadoras. En este sentido destacan el H. Central de Asturias y el H.G. Gregorio Marañón que, con las cifras de utilización de las grabadoras más bajas, del 47,81% y del 51,01%, respectivamente, son también los dos únicos hospitales que presentan una cifra inferior al porcentaje óptimo de utilización del 70% estimado por el Tribunal y, en consecuencia, los dos hospitales que presentan una diferencia mayor entre el porcen-

taje máximo posible y el porcentaje real de utilización de los lectores. La infrautilización de los equipos de holter en estos dos hospitales incide directamente en el número de pacientes que presentan sus listas de espera para procedimientos de holter (v. 6.6.2.C.).

El C.H. Juan Canalejo, con el mayor porcentaje de utilización real de sus equipos tenía sin embargo un elevado número de pacientes en lista de espera para procedimientos de holter (v. 6.6.2.C.), lo que pone en evidencia en este caso la insuficiencia de los recursos disponibles. Lo mismo, aunque en menor medida, se observa en el H. de Gran Canaria, que presenta un alto porcentaje de utilización de los equipos de holter pero al mismo tiempo tiene el mayor número de pacientes en lista de espera para este tipo de procedimientos (v. 6.6.2.C.).

4.1.6 Ergómetros.

La información aportada por la Dirección General del Insalud y por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra tampoco contenía datos sobre los ergómetros o equipos para la realización de pruebas de esfuerzo (v. anexo 1.2), por lo que el Tribunal se ha visto limitado a analizar estos recursos en los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Los resultados obtenidos se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO 4.8

Resultados del análisis de los ergómetros: Distribución por población de referencia y utilización. 1999

HOSPITAL	N.º DE ERGÓMETROS (1) / 1.000.000 HABITANTES	% DE UTILIZACIÓN
FHA	4,93	79,21
HCA	6,36	90,82
HGUGM	4,71	47,65
HGUV	1,79	71,31
HGCDrN	4,43	76,58
CHJC	3,87	43,16

(1) En el cuadro 4 del anexo 4.1 se incluye el número de ergómetros de los hospitales.

Como se observa el H. Central de Asturias presenta la mayor cifra de ergómetros por millón de habitantes, 6,36, muy superior a la del H. General de Valencia que, con apenas 1,79 ergómetros, presenta la cifra más baja. Este último hospital y el C.H. Juan Canalejo son los dos únicos hospitales que tienen un número de ergómetros en relación con la población de referencia inferior al valor de 4,03 ergómetros por millón de habitantes señalado en el «estudio de recursos». Todo ello ratifica la inequidad que se produce también en relación con la distribución territorial de estos recursos.

El porcentaje de utilización de los ergómetros se sitúa entre el 90,82% del H. Central de Asturias y el 43,16% del C.H. Juan Canalejo. Sobre la base del porcentaje óptimo de utilización del 70% estimado por el Tribunal, se puede constatar la infrautilización de los ergómetros de dos de los seis hospitales analizados, el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo, lo que puede explicar a su vez el elevado número de pacientes en lista de espera para procedimientos de ergometría que presentan estos dos hospitales (v. 6.6.2.D.).

4.2 Los recursos materiales para la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) de Cirugía Cardiovascular.

4.2.1 Camas.

Al igual que se ha señalado en el apartado 4.1.1. anterior en relación con las camas de las unidades asistencia-

les de Cardiología, el Tribunal de Cuentas se ha visto limitado para efectuar el análisis de las camas de Cirugía Cardiovascular de los hospitales de las CC.AA. de la muestra ya que sólo obtuvo información sobre las camas de 10 de las 19 unidades asistenciales de esta especialidad (v. 3.1.2.A.) existentes en ellos, debido a que la Consejería de Sanidad de la C.A. Valenciana no aportó esta información y a que la suministrada por la Consejería de Sanidad de la C.A. de Madrid era incompleta (v. 1.8.). Por ello, el análisis se ha centrado exclusivamente en las camas destinadas a cuidados de Cirugía Cardiovascular existentes en los cinco hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización y que disponían de esta especialidad en su cartera de servicios.

El Tribunal ha incluido en este análisis las camas de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular y, en el caso del H. Central de Asturias, el H. de Gran Canaria y el C.H. Juan Canalejo, también las camas de las unidades funcionales de cuidados de reanimación post-intervención de Cirugía Cardiovascular, dependientes de las unidades asistenciales de Medicina Intensiva (v. 3.1.2. y anexo 3.1). En el cuadro siguiente se exponen los resultados del análisis de estas camas clasificadas según los tipos de cuidados que requieren los pacientes (normales y de reanimación post-intervención), así como los resultados de su análisis en relación con la población y con las intervenciones de Cirugía Cardiovascular.

CUADRO 4.9

Resultados del análisis de las camas de cuidados Cirugía Cardiovascular (CCV)

HOSPITAL	% CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1) / TOTAL CAMAS DEL HOSPITAL (1)	% CAMAS DE CUIDADOS NORMALES (1) / TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1)	% CAMAS DE CUIDADOS DE REANIMACIÓN POST-INTERVENCIÓN DE CCV (1) / TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1)	TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1) / 100.000 HABITANTES	TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1) / 100 INTERVENCIÓNES DE CCV (2)
FHA	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
HCA	2,44	66,67	33,33 (4)	3,03	6,73

HOSPITAL	% CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1) / TOTAL CAMAS DEL HOSPITAL (1)	% CAMAS DE CUIDADOS NORMALES (1) / TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1)	% CAMAS DE CUIDADOS DE REANIMACIÓN POST-INTERVENCIÓN DE CCV (1) / TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1)	TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1) / 100.000 HABITANTES	TOTAL CAMAS DE CUIDADOS DE CCV (1) / 100 INTERVENCIÓNES DE CCV (2)
HGUGM	2,89	66,67	33,33 (5)	8,01	11,02
HGUV	3,33	68,42	31,58	1,44	4,82
HGCDrN	2,10	66,67	33,33 (4)	3,33	9,15
CHJC	3,01	82,05	17,95 (4)	7,55	5,81

(1) En el cuadro 6 del anexo 4.1 se incluye el número total de camas de cuidados normales y de reanimación post-intervención de Cirugía Cardiovascular y el número de camas de la unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular de cada uno de los hospitales.

(2) La información sobre intervenciones de Cirugía Cardiovascular ha sido obtenida de las memorias de gestión y los cuadros de mandos de los hospitales de 1999.

(3) La FHA no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(4) En el cálculo de este indicador se han considerado las camas de la unidad de Medicina Intensiva asignadas específicamente a la atención de cuidados de reanimación post-intervención de Cirugía Cardiovascular.

(5) Incluye cinco camas de cuidados intermedios.

Se observa en el cuadro precedente que el porcentaje de las camas de cuidados de Cirugía Cardiovascular en relación con las camas totales del hospital no muestra diferencias importantes entre hospitales. Asimismo, la distribución de estas camas según el tipo de cuidados que se realizan en ellas (normales y de reanimación post-intervención) es muy similar, con la excepción del C.H. Juan Canalejo, que dispone de menos camas de cuidados de reanimación post-intervención que el resto (17,95%). En este punto hay que señalar que el H.G. Gregorio Marañón es el único de los hospitales que dispone de camas de cuidados intermedios de Cirugía Cardiovascular que, a efectos del análisis, han sido incluidas en las de reanimación post-intervención.

El valor del indicador de número de camas de cuidados de Cirugía Cardiovascular en relación con la población de referencia presenta diferencias muy considerables, ya que oscila entre 8,01 y 1,44 camas por 100.000 habitantes, cifras correspondientes al H.G. Gregorio Marañón y al H. General de Valencia, respectivamente, lo que indica la inequidad existente en la distribución territorial de estos recursos.

De igual modo los valores que ofrece el indicador de camas por cada 100 intervenciones quirúrgicas son muy dispares; sobresalen los valores del H.G. Gregorio Marañón (11,02) y del H. de Gran Canaria (9,15), muy por encima de los que presentan los otros tres hospitales, el H. Central de Asturias (6,73), el C.H. Juan Canalejo (5,81) y el H. General de Valencia (4,82). Estas desigualdades, que se observan también en hospitales de igual complejidad técnica, podrían estar en relación con la eficiencia en la utilización de estos recursos, con las diferencias de la patología que presenta la población y con la complejidad de las técnicas quirúrgicas utilizadas.

4.2.2 Quirófanos.

El análisis de los quirófanos de Cirugía Cardiovascular se ha limitado a los cinco hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que disponían de esta especialidad en su cartera de servicios, dado que ni la Dirección General del Insalud ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra conocían el número de quirófanos asignados a las unidades de esta especialidad existentes en los hospitales dependientes de ellas.

Asimismo, el Tribunal de Cuentas se ha visto limitado para analizar la utilización de los quirófanos asignados a las unidades funcionales de Cirugía Cardiovascular Infantil que existían en dos (H.G. Gregorio Marañón y del C.H. Juan Canalejo) de los tres hospitales que atienden esta población debido a que ni las memorias ni los cuadros de mandos de estos hospitales recogían información sobre su actividad, ni tampoco las gerencias disponían de ella. En el cuadro 7 del anexo 4.1 a este Informe se detalla el número de quirófanos asignados a estas unidades funcionales de Cirugía Cardiovascular Infantil.

Debido a que los quirófanos son recursos compartidos en algunas ocasiones por varias especialidades quirúrgicas, para realizar el análisis de equidad en este caso el Tribunal no ha considerado el número de quirófanos asignados a las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular para la atención a la población adulta en cada uno de los hospitales, sino su disponibilidad medida en horas anuales. Los resultados del análisis de la equidad y utilización de estos quirófanos se pueden observar en el cuadro siguiente:

CUADRO 4.10

Resultados del análisis de los quirófanos de Cirugía Cardiovascular: Distribución por población de referencia y utilización, 1999

HOSPITAL	N.º DE HORAS DISPONIBLES AL AÑO (1) / 1.000.000 HABITANTES	% DE UTILIZACIÓN
FHA	(2)	(2)
HCA	6.357	28,34
HGUGM	10.857	26,78
HGUV	3.664 (3)	32,55
HGCDrN	7.667	18,97
CHJC	13.385	38,81

(1) En el cuadro 7 del anexo 4.1 se incluye el número de quirófanos de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular de los hospitales.

(2) La FHA no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(3) Uno de los dos quirófanos asignados a la unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular sólo estaba disponible dos días a la semana.

Se aprecian diferencias importantes entre hospitales en los resultados del indicador de número de horas de quirófano disponibles al año por millón de habitantes; la cifra más elevada, de 13.385 horas, corresponde al C.H. Juan Canalejo, y la más baja, de 3.664 horas, al H. General de Valencia, lo que en este último caso se debe en parte a que uno de los dos quirófanos asignados a la unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular sólo estaba disponible dos días a la semana. Estos valores muestran relación con los resultados obtenidos en los indicadores de número de médicos (v. 3.3.2.2.A.) y número de intervenciones de Cirugía Cardiovascular según la población de referencia (v. 6.5.1.B.). No obstante, la inexistencia de estándares establecidos por el MSC en esta materia impide al Tribunal pronunciarse sobre la adecuación de los valores que presenta este indicador en los hospitales analizados.

La utilización de los quirófanos asignados a las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular es muy baja, en todo caso inferior al porcentaje óptimo de utilización del 70% estimado por el Tribunal. Sobresale, sin embargo, la escasa utilización del único quirófano existente en el H. de Gran Canaria, apenas del 18,97%, debido a que sólo se pueden programar intervenciones de escasa complejidad por el insuficiente número de médicos de esta especialidad de que dispone el hospital, como ya se ha señalado en el capítulo anterior (v. 3.3.2.2.A.).

El Tribunal ha constatado que el bajo porcentaje de utilización de los quirófanos no siempre implica un mayor número de pacientes en lista de espera para intervenciones de Cirugía Cardiovascular, lo que apuntaría a las diferencias de criterios clínicos en la indicación de estas intervenciones. Esta circunstancia es especialmente significativa en el C.H. Juan Canalejo, que es el hospital con mayor porcentaje de utilización de estos recursos y mayor número de pacientes en lista de espera (v. 6.6.3.), y en el H. de Gran Canaria, que

pese a la deficiente utilización de su quirófano, antes mencionada, cuenta con la menor lista de espera (v. 6.6.3.), ya que queda reducida por el elevado número de pacientes que son trasladados a centros concertados para la realización de intervenciones (v. 6.7.).

CAPÍTULO 5

La contabilidad analítica en el Sistema Nacional de Salud, en las Comunidades Autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Una aproximación al coste del infarto agudo de miocardio

En este capítulo se analizan los sistemas de contabilidad analítica utilizados en el SNS, en las cinco CC.AA. de la muestra y en los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización para conocer los recursos económicos de que disponen y su utilización, su grado de implantación y, finalmente, se realiza una aproximación al coste del Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Como se ha mencionado en el capítulo 2 de este Informe, ninguno de los programas de atención sanitaria de las EAC, contenidos o no en los Planes de Salud, elaborados por el MSC y por las CC.AA. de la muestra tenía asociado el correspondiente programa de gastos. Además, ni el MSC, ni las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra, no sólo no habían elaborado informes sobre el gasto de la atención sanitaria de las EAC, sino que tampoco habían establecido criterios económicos que permitieran conocer la eficiencia de las prestaciones de la atención sanitaria de las EAC, a pesar de que estas enfermedades en su conjunto constituyen la patología de mayor morbilidad y mortalidad de la población.

El Tribunal de Cuentas, partiendo de estas limitaciones y con el objeto de conocer los recursos económicos

que se destinan a la atención sanitaria de las EAC, solicitó al MSC, al Insalud y a las cinco Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra esta información deducida de los sistemas de contabilidad analítica utilizados en sus respectivos hospitales. Se solicitó también información sobre su grado de implantación y, de existir, la información sobre el coste de las unidades de atención de las EAC, así como de los costes de la atención del IAM.

5.1 Los sistemas de contabilidad analítica.

La contabilidad analítica es un instrumento esencial cuyo objetivo es facilitar información rigurosa y detallada de los datos más significativos sobre los costes que se originan en los centros hospitalarios de modo que permita realizar una planificación y control adecuados para facilitar la toma de decisiones oportunas a los responsables de la gestión hospitalaria.

La finalidad de la contabilidad analítica en el ámbito de la gestión sanitaria es llegar a determinar el coste por proceso, entendiendo éste como el coste tanto de una exploración como de una hospitalización o el de una patología determinada como el IAM, en el caso de esta Fiscalización. Para ello resulta necesario disponer de unos sistemas de información asistenciales y económicos que permitan su interrelación.

El sistema de información asistencial fundamental es la base de datos del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD), que debe recoger toda la información sobre los servicios que se han prestado a un paciente y cuya pieza esencial es la codificación de los diagnósticos y procedimientos. La explotación de esta base de datos permite conocer la producción hospitalaria, es decir, el número de pacientes tratados y su casuística. A partir de los diagnósticos codificados se agrupa a los pacientes en los denominados Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR). Este sistema de clasificación de pacientes es el más extendido, utiliza variables demográficas y de diagnóstico para clasificar a los pacientes en grupos clínicamente comparables, con estancias hospitalarias y consumo de recursos similares. En la práctica, los GDR se obtienen mediante una aplicación informática que permite obtener indicadores basados en el número de casos de un mismo proceso.

El sistema de contabilidad analítica desarrollado en cada centro hospitalario debe permitir conocer los costes totales en los que ha incurrido el hospital, así como su desagregación por centros de coste o unidades responsables. Así, por un lado la contabilidad ofrece información económica suficiente, y el CMBD por otro lado aporta datos clínicos de relevancia que sirven para conocer la actividad asistencial, de tal forma que una vez que se interrelacionan ambas informaciones, la de costes y la información de la producción hospitalaria, se pueda determinar la importancia o peso espe-

cífico⁷ que tiene cada GDR dentro del hospital y su coste.

La determinación del coste de un determinado GDR puede ser una herramienta útil para la planificación, presupuestación y como sistema de pago y de distribución de recursos dentro del SNS.

5.1.1 Los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales del sistema nacional de salud.

El MSC inició en 1990 el primer paso en el tratamiento de la información orientado hacia la gestión económico-administrativa de los centros asistenciales del SNS desarrollando, a través de un grupo de trabajo, un marco normalizado para llevar a cabo una primera aproximación a la imputación de costes en los hospitales que constituyó un modelo de contabilidad analítica denominado «SIGNO». En un principio, cualquier gasto del hospital debería poder ser atribuido a una unidad mínima de gestión analítica, denominada Grupo Funcional Homógeno, que representaba el nivel básico donde se recogían los datos de coste y debía estar dotada de recursos humanos, físicos y económicos, objetivos propios, responsabilidad definida, localización física y código identificativo cuya finalidad era obtener el coste por servicio (etapa SIGNO I); posteriormente, se planteó una segunda etapa (SIGNO II) en la que debería ser posible determinar el coste por proceso.

Al mismo tiempo, en algunas CC.AA. con transferencias del Insalud se fueron desarrollando otros sistemas de contabilidad analítica, distintos a los del SIGNO, a través de diversos proyectos -COAN (C.A. de Andalucía), SCS (C.A. de Cataluña), SIE (C.A. Valenciana) y el modelo de imputación de costes de Osakidetza (C.A. del País Vasco).

Posteriormente, el MSC desarrolló un proyecto denominado «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud», que fue aprobado el 17 de noviembre de 1997 en una reunión a la que asistieron representantes del MSC, del Insalud y de las CC.AA. que ya tenían transferida la asistencia sanitaria. El objetivo de este proyecto era evaluar el sistema internacional de agrupación de pacientes en función del diagnóstico, los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) ya citados, y adaptarlo para su utilización como herramienta de financiación o presupuestación en los hospitales del SNS. En este proyecto participaron 18 hospitales del SNS.

El comité director del proyecto de «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» presentó sus resultados al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Cisns) (v. 2.1.) el 14 de diciembre de 1998, que consistieron en el desarrollo de una metodología homologada de evaluación del producto hospitalario, definición de un sistema homóloga-

⁷ Los pesos específicos de los GDR establecen los recursos que se consideran necesarios para tratar un caso de un GDR determinado es decir, la importancia relativa de los recursos consumidos por un GDR respecto de los recursos totales empleados en un hospital.

do de imputación de costes, desarrollo de una metodología para definir los GDR y determinación de los pesos específicos de los GDR. Asimismo, se presentó el análisis propiamente dicho de los GDR de los 18 hospitales incluidos en este proyecto, al que se hará referencia en el apartado 5.3, siguiente.

En la citada fecha, el Císn acordó la continuidad del proyecto con los objetivos de mejorar la precisión de la información de los hospitales, comprobar la homogeneidad en la metodología utilizada en la imputación de costes, desarrollar una guía de imputación, homogeneizar la valoración del inmovilizado y de la imputación de costes de amortización, desarrollar un catálogo de productos intermedios y finales que fueran refrendados por las sociedades científicas de las especialidades médicas y quirúrgicas y aumentar el número de hospitales incluidos en el proyecto. En el momento en el que se realizaron las pruebas de fiscalización en el MSC, enero de 2000, no se habían presentado los resultados se esta nueva fase del proyecto.

5.1.2 Los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra.

Para la realización de los trabajos de fiscalización, el Tribunal de Cuentas solicitó al Insalud y a las cinco Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra la información relativa a los sistemas de contabilidad analítica utilizados en sus respectivos hospitales.

La situación que se puso de manifiesto fue la siguiente: la C.A. de Madrid y la C.A. del Principado de Asturias no habían establecido con carácter general un sistema de contabilidad analítica para los hospitales

que gestionaban; no obstante, los hospitales de estas CC.AA. que hasta el 1 de enero de 2002 ha gestionado el Insalud seguían el sistema de contabilidad analítica SIGNO, que en septiembre de 1999 se modificó dando lugar al denominado «proyecto de Gestión Clínico-Financiera (GECLIF)» y cuya finalidad era la de obtener el coste por paciente.

En la C.A. Valenciana, la entonces Consejería de Sanidad y Consumo estableció, mediante Orden de 8 de junio de 1992, el denominado «Sistema de Información Económica para la Gestión de la Asistencia Especializada (SIE)» cuyos objetivos eran: determinar el destino de los gastos realizados por la institución sanitaria y la estructura interna de los gastos originados en cada centro de actividad mediante la clasificación de los gastos, conocer el coste unitario de las actividades realizadas en cada institución sanitaria y acercarse al coste de cada proceso atendido (por paciente y por GDR).

En la C.A. de Canarias, la Consejería de Sanidad y Consumo no había desarrollado ningún proyecto específico para la implantación de la contabilidad analítica en sus hospitales, aunque mediante los «contratos de financiación» suscritos con sus gerencias pactó la implantación de la contabilidad analítica basada en el coste por proceso siguiendo el modelo SIGNO.

La C.A. de Galicia no había decidido el sistema de contabilidad analítica que se iba a implantar en sus hospitales, aunque en abril de 1992 se había creado una Comisión de estudio en el Sergas para el Cálculo del coste por proceso en hospitales.

Debido a estas diferencias en los sistemas de contabilidad analítica adoptados en las cinco CC.AA. de la muestra, se ha elaborado un resumen que refleja las principales características de estos sistemas y sus peculiaridades, que se exponen en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.1

Diferencias de la estructura de gestión analítica de los sistemas de contabilidad analítica signo, GECLIF Y SIE

SISTEMA	ESTRUCTURA DE GESTIÓN ANALÍTICA
SIGNO	Grupo Funcional Homogéneo (GFH): unidad mínima de gestión analítica o centro de coste. Se clasifican en: estructurales, intermedios y finales. Servicio Funcional: agrupa a uno o varios GFH con homogeneidad en la prestación de servicios y tienen un responsable jerárquico superior al del GFH. Área funcional: agrupa a uno o varios Servicios Funcionales.
GECLIF	Grupo Funcional Homogéneo (GFH): unidad mínima de gestión analítica o centro de coste. Se clasifican en: estructurales, intermedios y finales. Servicio Funcional: debe coincidir con la unidad organizativa existente en el hospital, por lo que podrá agrupar a los GFH que por su naturaleza estén incluidos en él. Área Clínico Funcional (ACF): queda integrada por los GFH de los distintos servicios funcionales que componen un área. Unidades de Explotación Analítica (UEA), que agrupan costes de distinta naturaleza bajo un mismo concepto que, con carácter general, tendrán la condición de estructura: • Recogen costes de estructura y los costes de zonas comunes, entre otros, siempre que éstos no tengan la consideración de GFH o de Servicios. • Se considerarán con carácter general como costes estructurales. • Se tendrán tantas UEA como criterios de imputación. Áreas de Producción: hospitalización, consultas externas, etc.
SIE	Centros de actividad o centros de coste (que son las unidades mínimas de gestión), clasificados en: • Finales no vinculados con la hospitalización: urgencias y asistencia ambulatoria. • Finales vinculados con la hospitalización: coinciden con la estructura organizativa por servicios. • Intermedios: diagnóstico y tratamiento, quirófanos, partitorios y unidades de cirugía sin ingreso. • Estructurales: primarios y secundarios.

Estos sistemas pretenden obtener el coste por unidad de gestión analítica o centro de coste y por proceso patológico. Sin embargo difieren: a) en su estructura de gestión analítica, que además debe adaptarse a la estructura organizativa de cada hospital; b) en el sistema de imputación de costes a las unidades de gestión analítica; c) en los criterios de repercusión de costes entre unidades de gestión, y entre éstas y los servicios finales, y d) en sus coeficientes de reparto, que no son homogéneos. Todo ello hace que la comparación de los resultados de su explotación se deba realizar e interpretar con las oportunas reservas.

Aunque las cinco CC.AA. de la muestra habían adoptado formalmente los sistemas de contabilidad que se acaban de describir, sin embargo, la inexistencia de una normativa que obligara a su cumplimiento y la falta de dotaciones económicas específicas para su desarrollo, ha dado como resultado que su implantación en los respectivos hospitales haya sido escasa y muy heterogénea.

La revisión de la documentación entregada a requerimiento del Tribunal de Cuentas por el Insalud y las Consejerías de las CC.AA. de la muestra en relación con el grado de implantación de los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales, así como de su participación en el mencionado proyecto «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» (v. 5.1.1.) se resumen a continuación:

- C.A. de Madrid: la Consejería de Sanidad no había establecido aún con carácter general un sistema de contabilidad analítica para sus hospitales, si bien participaba en el referido proyecto del MSC a través del H.G. Gregorio Marañón (v. 5.3.).

Los hospitales de esta C.A. que hasta 1 enero de 2002 eran gestionados por el Insalud tenían implantado el sistema SIGNO aunque el Insalud no tenía conocimiento de su grado de implantación. Dos hospitales (Hospital de Móstoles y Hospital Severo Ochoa de Leganés) participaban en el proyecto arriba indicado.

- C.A. Valenciana: la Consejería de Sanidad entregó al Tribunal dos informes de seguimiento del SIE en sus hospitales, entre los que no se encontraba el H. General de Valencia (por pertenecer a la Diputación Provincial de Valencia ya que, como se ha dicho, hasta 1.1.2002 no se ha producido su integración en la red sanitaria de la Consejería). La Consejería participaba también en el proyecto «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» a través de un hospital (Hospital General Marina Alta) del Servicio Valenciano de Salud.

- C.A. de Canarias: la Consejería de Sanidad y Consumo aportó un informe sobre el grado de implantación del sistema de contabilidad analítica en sus hospitales. Por otra parte, hay que señalar que un hospital de esta C.A., el Hospital Universitario de Canarias, tenía implantada la contabilidad analítica según un modelo basado en costes por actividad, lo que le con-

vertía en el único hospital de la C.A. que obtenía el coste por proceso. Esta Consejería participaba, asimismo, en el proyecto de «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» a través del H. de Gran Canaria (que hasta 1999 era el Hospital Ntra. Sra. del Pino).

- C.A. de Galicia: la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, como ya se ha señalado, no había decidido el modelo de contabilidad analítica a implantar en sus hospitales aunque participaba en el proyecto de «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» a través de un hospital del Servicio Gallego de Salud (Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos).

- C.A. del Principado de Asturias: no había establecido el sistema de contabilidad analítica que debían seguir sus hospitales. Los hospitales de esta C.A. que hasta 1 enero de 2002 eran gestionados por el Insalud tenían implantado el modelo SIGNO y el Insalud no tenía conocimiento de su grado de implantación. Esta C.A. participaba en el referido proyecto del MSC a través del Hospital de Cabueñes.

Se puede concluir que los modelos de contabilidad analítica de los hospitales de las CC.AA. de la muestra compartían objetivos comunes para obtener el coste por unidades de gestión y por proceso, pero disponían de estructuras de gestión muy diferentes, lo que impide un análisis de costes por unidades funcionales y áreas asistenciales, como se comprueba en apartados siguientes de este Informe.

5.1.3 Los sistemas de contabilidad analítica en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Estos hospitales aplican diferentes sistemas de contabilidad analítica. Sus diferencias se derivaban tanto de las peculiaridades del sistema implantado por su respectiva C.A. como de los ajustes que de este sistema realizaban para adaptarlo a las peculiaridades propias del hospital.

La heterogeneidad de las estructuras de gestión analítica de los hospitales y las diferentes denominaciones para identificar las distintas unidades asistenciales han determinado que el Tribunal haya debido elaborar una terminología* normalizada que sirve para identificar la estructura organizativa que se ha expuesto en el capítulo 3 de este Informe. Así, se ha utilizado el término de «unidad de gestión analítica final» para las unidades asistenciales de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y «unidades de gestión analítica intermedias» para las unidades funcionales (Cuidados intensivos Cardiológicos y Hemodinámica) y áreas asistenciales (hospitalización, consultas externas y quirófanos).

* Estos conceptos son sumamente importantes para el desarrollo y comprensión de todo el capítulo.

La situación de cada uno de ellos en el momento de realizar las pruebas de fiscalización se resume a continuación:

- La Fundación H. Alcorcón estaba en fase de implantación del sistema «SIGNO» de contabilidad, incorporando sus propias adaptaciones. En este hospital se obtenía el coste por unidades de gestión analítica.

- El H. Central de Asturias se hallaba en la fase de implantación del proyecto GECLIF con problemas importantes en los sistemas de información económico-administrativos y asistenciales que afectaban a la imputación de costes por unidades de gestión analítica; además, estaban en proceso de renovación informática.

- El H.G. Gregorio Marañón, tenía implantado un sistema de contabilidad analítica de elaboración propia que presentaba una estructura de gestión analítica muy compleja. Como se ha indicado anteriormente, este hospital participaba en el proyecto de «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» y para esta participación tenía que realizar múltiples adaptaciones de su propio sistema.

- El H. General de Valencia aplica el sistema de contabilidad analítica de la C.A. Valenciana (SIE) con adaptaciones propias y en unas condiciones de precariedad de los sistemas informáticos que limitaban la correcta imputación de costes por unidades de gestión analítica y por tanto la fiabilidad de sus resultados.

- El H. de Gran Canaria, disponía de un sistema con adaptaciones propias del proyecto SIGNO con un nivel II de desarrollo, es decir, con la capacidad de obtención del coste por unidad de gestión analítica y por proceso. Este hospital también participaba en el citado proyecto «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud».

- El C.H. Juan Canalejo tenía implantado un sistema de contabilidad analítica propio, basado exclusivamente en los consumos de bienes y servicios.

5.2 El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología y Cirugía Cardiovascular.

En este apartado se exponen los resultados del análisis realizado por el Tribunal de Cuentas de los costes de las unidades asistenciales de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de las cinco CC.AA. de la muestra y de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización correspondientes al año 1999.

5.2.1 El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología y Cirugía Cardiovascular en las comunidades autónomas de la muestra.

Como se ha señalado, el Tribunal de Cuentas solicitó al Insalud y a las Consejerías de las CC.AA. de la muestra los costes de las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular de sus hospitales. Las Consejerías de las CC.AA. de Madrid, Valenciana,

de Galicia y del Principado de Asturias no atendieron el requerimiento efectuado por el Tribunal de Cuentas y certificaron la inexistencia de información sobre estos costes. Sólo la Dirección General del Insalud y la Consejería de Sanidad y Consumo de la C.A. de Canarias aportaron información, aunque insuficiente, incompleta y poco actualizada. Los resultados de su análisis se resumen a continuación:

- En relación con las unidades de Cardiología, el Insalud facilitó información sólo de los hospitales de la C.A. de Madrid y no facilitó información de los hospitales de la C.A. del Principado de Asturias. La información facilitada referida a los años 1997 y 1998 estaba incompleta, ya que correspondía solamente a 10 de las 15 unidades de esta especialidad existentes en esta C.A. que ha gestionado el Insalud hasta el 1 de enero de 2002. Ni siquiera las 10 unidades eran las mismas en cada año, coincidiendo sólo 7 en ambos años. Por tanto, estas cifras de coste facilitadas por el Insalud no han podido ser tenidas en cuenta.

- En relación con las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular, el Insalud tampoco facilitó información sobre los hospitales de la C.A. del Principado de Asturias. En cuanto a los hospitales de la C.A. de Madrid, la información facilitada estaba incompleta ya que correspondía solamente a cinco hospitales en 1997 y a tres hospitales en 1998 de las 6 unidades de esta especialidad existentes en esta C.A. que ha gestionado el Insalud hasta el 1 de enero de 2002. Por tanto, tampoco en este caso las cifras de coste que facilitó el Insalud han podido ser tenidas en cuenta.

- La información de la Consejería de Sanidad y Consumo de la C.A. de Canarias fue muy limitada, pues sólo aportó al Tribunal de Cuentas información sobre el coste de las unidades de gestión analítica final de un hospital, el H. Universitario de Canarias, lo que tampoco ha permitido identificar el coste de estas unidades en esta C.A.

5.2.2 El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología y Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

La estructura de la gestión analítica final de estas unidades presenta peculiaridades que se derivan de los diferentes sistemas de contabilidad analítica existentes en los hospitales, de su nivel de implantación y de su adaptación a la propia estructura organizativa.

A. El coste de las unidades de gestión analítica final de cardiología.

El coste total de cada una de las unidades de gestión analítica final de Cardiología se ha analizado a través de las pruebas realizadas por el Tribunal de Cuentas duran-

te la visita a los seis hospitales, que se han centrado en la revisión de la documentación obtenida de la explotación de sus respectivos sistemas de contabilidad analítica. Los resultados de este análisis se muestran en el

cuadro siguiente, en el que también se presenta la distribución del coste total entre costes directos y costes indirectos considerando estos últimos divididos entre costes repercutidos (de utilización) y costes estructurales.

CUADRO 5.2

Resultados del análisis del coste total de las unidades de gestión analítica final de cardiología. 1999

HOSPITAL	COSTE TOTAL	COSTES DIRECTOS		COSTES INDIRECTOS			
				COSTES REPERCUTIDOS		COSTES ESTRUCTURALES	
				IMPORTE	%	IMPORTE	%
FHA	140.923.458	140.923.458	100	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	1.873.876.404	894.975.976	47,76	916.774.026	48,92	62.126.401	3,32
HGUGM	3.786.934.096	2.343.279.869	61,88	462.548.196	12,21	981.106.041	25,91
HGUV	1.165.929.831	793.126.984	68,03	294.896.304	25,29	77.906.543	6,68
HGCDrN	2.271.446.281	851.107.294	37,46	1.320.248.053	58,12	100.394.860	4,42
CHIC	1.079.576.275 (2)	1.075.605.563 (2)	99,63	3.970.712	0,37	(3)	(3)

(1) En este hospital no se realizaba imputación de los costes indirectos (repercutidos y estructurales) a las unidades de gestión analítica final.

(2) La contabilidad analítica en este hospital no imputaba los costes de personal a los costes directos de las unidades de gestión analítica final. Sin embargo su importe ha podido ser imputado porque fue certificado por la gerencia.

(3) En este hospital no se realizaba imputación de los costes indirectos (estructurales) a las unidades de gestión analítica final.

Las diferencias porcentuales que se observan en la participación de los costes indirectos (repercutidos y estructurales) en los costes totales de las unidades de gestión analítica final se deben a la existencia de diferentes criterios de imputación de estos costes. Así, la Fundación H. Alcorcón no imputaba ni los costes repercutidos (de utilización), ni los estructurales; y el C.H. Juan Canalejo no imputaba los costes estructurales.

Además el C.H. Juan Canalejo, dentro de los costes repercutidos (de utilización) sólo incluía los denominados «costes de ectópicos», que se diferenciaban, a su vez, en «costes de ectópicos propios» (el generado por un paciente de una determinada unidad asistencial que ha sido atendido por otra), que se sumaban al coste de la correspondiente unidad de gestión analítica final, y en «costes de ectópicos ajenos» (los generados en una determinada unidad asistencial por la atención a pacientes de otras unidades asistenciales), que se descontaban del coste de la correspondiente unidad de gestión analítica final. Como ya se ha analizado en el capítulo anterior, estos casos representaban el 45,49% de los diagnósticos de alta de las EAC en dicho hospital (v. 3.1.).

Los cuatro hospitales restantes (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón, H. General de Valencia y H. de Gran Canaria) tenían en cuenta los costes repercutidos y los estructurales, pero con gran variabilidad de su participación en el coste total de la unidad de gestión analítica final, que estaba relacionada a su vez con

los diferentes coeficientes de reparto aplicados por cada hospital.

Por todo ello, el análisis de los costes de las unidades de gestión analítica final se ha tenido que limitar a los costes directos. Las diferencias de estos costes en los seis hospitales son muy importantes, y no guardan relación con la complejidad técnica de las unidades asistenciales (v. 1.7.) ni con el número de camas, ni con el número de médicos, ni con el número de altas. Así, el coste de la unidad de gestión analítica final de Cardiología del H.G. Gregorio Marañón ascendía a 2.343,2 millones de pesetas, mientras que en el H. Central de Asturias era de 894,9 millones de pesetas y en el C.H. Juan Canalejo, de 1.075,6 millones de pesetas.

El análisis de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de Cardiología se ha realizado en dos fases; en primer lugar, en función de las unidades de gestión analítica intermedias que integran las unidades de gestión analítica final de cada hospital y, en segundo lugar, en función de la naturaleza del gasto.

a) Análisis de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de Cardiología en función de las unidades de gestión analítica intermedia.

La heterogeneidad de las estructuras analíticas de los hospitales ha determinado que el Tribunal se haya centrado en el análisis de las unidades de gestión analítica intermedias que coincidían a su vez con las áreas asistenciales de hospitalización y consultas externas y con las unidades funcionales de cuidados intensivos

cardiológicos y hemodinámica; el resto de las unidades de gestión analítica intermedias se han agrupado bajo la denominación de «otras». Los resultados pueden observarse en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.3

Resultados del análisis de la distribución de los costes directos de las unidades de gestión analítica finales de cardiología entre las unidades de gestión analítica intermedias. 1999

HOSPITAL	COSTES DIRECTOS	% HOSPITALIZACIÓN	% CONSULTAS EXTERNAS	% CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS	% HEMODINÁMICA	% OTRAS
FHA	140.923.458	14,57	85,43	(1)	(1)	(1)
HCA	894.975.976	68,81	9,03	(2)	22,16	(2)
HGUGM	2.343.279.869	48,86	1,40	0,18	40,89	8,67
HGUV (3)	793.126.984	34,71	6,77	35,87	(3)	22,64
HGCDrN	851.107.294	12,14	6,70	(4)	74,04	7,12
CHJC	1.075.605.563 (5)	23,66	(6)	(6)	55,97	20,37

(1) Este hospital no disponía de unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos ni de hemodinámica en su cartera de servicios y, aunque disponía de área diagnóstica y terapéutica no disponía de una unidad de gestión analítica intermedia (v. 3.1.1.).

(2) La unidad de gestión analítica final de Cardiología no diferenciaba estas unidades de gestión analítica intermedias.

(3) El modelo de contabilidad analítica en este hospital no tiene en cuenta las unidades de gestión analítica final, sino las áreas de actividad. No diferenciaba en su estructura la unidad funcional de hemodinámica como un área de gestión intermedia.

(4) Este hospital no disponía de unidad funcional de cuidados intensivos cardiológicos en su cartera de servicios (v. 3.1.1.).

(5) En este hospital no se imputaban los costes de personal a los costes directos de las unidades de gestión analítica final, sin embargo su importe se ha incluido, ya que fue certificado por la gerencia.

(6) Este hospital no disponía de unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos en su cartera de servicios y, aunque disponía de consultas externas, la información facilitada al Tribunal no diferenciaba para ellas una unidad de gestión analítica intermedia (v. 3.1.1.).

Este cuadro muestra las importantes diferencias en la distribución de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de Cardiología entre las unidades de gestión intermedia de los hospitales que, según ha podido constatar el Tribunal de Cuentas, se deben a lo siguiente:

- Cada hospital ha adoptado un modelo diferente de contabilidad analítica y ha adaptado estos modelos a la estructura organizativa asistencial y económico administrativa de cada hospital, como se ha señalado en el apartado anterior. Sirvan como ejemplo los costes de los cuidados intensivos cardiológicos:

— Sólo dos hospitales, el H.G. Gregorio Marañón y el H. General de Valencia, de los tres hospitales que tenían en su estructura organizativa unidades funcionales de cuidados intensivos cardiológicos (v. 3.1.1.A.) las consideraban como unidades de gestión analítica intermedias, aunque el primero de ellos sólo incluía el coste de personal administrativo de la unidad. En el tercer hospital, el H. Central de Asturias, los costes directos de esta unidad estaban incluidos en las unidades de gestión analítica intermedias de hospitalización.

— En el H. de Gran Canaria el coste de los cuidados intensivos cardiológicos, actividad que realizaba la unidad asistencial de Medicina Intensiva, se consideraban inicialmente dentro de la unidad de gestión analítica

final de Medicina Intensiva y luego eran repercutidos como costes de utilización a la unidad de gestión analítica final de Cardiología.

— El C.H. Juan Canalejo disponía de una unidad de gestión analítica intermedia de cuidados intensivos cardiológicos cuyos costes se imputaban a la unidad de gestión analítica final de Medicina Intensiva, ya que la unidad asistencial de esta especialidad era la que realizaba estos cuidados; en este caso estos costes no se repercutían finalmente a la unidad de gestión analítica final de Cardiología.

- Los diferentes criterios seguidos para la imputación de costes de personal a las unidades de gestión analítica final, como:

— La distribución de los costes totales del personal médico entre las unidades de gestión analítica intermedias se realizaba con criterios diferentes en cada hospital. La Fundación H. Alcorcón, por ejemplo, imputaba todo el coste del personal médico a la unidad de gestión analítica intermedia de consultas externas.

— La inclusión o no de determinados conceptos retributivos del coste del personal médico, como guardias, investigación y docencia, en el coste de personal producía diferencias de un hospital a otro.

— La distribución de los costes totales del personal de enfermería y otro personal no sanitario entre las uni-

dades de gestión analítica intermedias también seguían criterios diferentes. En el H. Central de Asturias y en el H. de Gran Canaria se incluían en las unidades de gestión analítica final de Cardiología, mientras que en el H.G. Gregorio Marañón lo imputaban inicialmente a las unidades de gestión intermedia de enfermería para repercutirlos a la unidad de gestión analítica final de Cardiología. En la Fundación H. Alcorcón el coste de personal no incluía el coste de enfermería.

- Los diferentes criterios para la imputación de determinados costes directos de funcionamiento (consumo de bienes y servicios) a las unidades de gestión analítica final, que se realizaba aplicando coeficientes de reparto debido a que los sistemas de información no permitían una imputación directa. Estos coeficientes variaban de un hospital a otro.

- Los diferentes criterios para la repercusión de costes de las unidades de gestión analítica intermedias a las unidades de gestión analítica final. En el H. Central de Asturias sólo se repercutía a la unidad de gestión

analítica final de Cardiología el 50% del coste de la unidad de gestión analítica intermedia de hemodinámica, mientras que en el H.G. Gregorio Marañón, en el H. de Gran Canaria y en el C.H. Juan Canalejo se repercutía el 100% del coste de esta unidad intermedia.

b) Análisis de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de Cardiología en función de la naturaleza del gasto.

El Tribunal de Cuentas ha analizado la distribución de los costes directos entre costes de personal y costes de consumo de bienes y servicios; de estos últimos ha analizado separadamente los costes de farmacia por la importancia que tienen ciertos medicamentos en el tratamiento de las EAC y concretamente del IAM, como se analiza en el capítulo siguiente de este Informe (v. 6.10.) y los costes de mantenimiento de los equipos del área diagnóstica y terapéutica de las unidades asistenciales de Cardiología. Los resultados se pueden observar en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.4

Resultados del análisis de la distribución de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de cardiología según naturaleza del gasto. 1999

HOSPITAL	COSTES DIRECTOS	% PERSONAL	% FARMACIA	% MANTENIMIENTO	% OTROS BIENES Y SERVICIOS
FHA	140.923.458	70,37	2,03	7,50	20,11
HCA	894.975.976	54,34	7,04	0,44	38,18
HGUGM	2.343.279.869	51,14	8,15	1,39	39,33
HGUV	793.126.984	66,97	8,05	5,94	19,04
HGCDrN	851.107.294	33,90	6,30	3,27	56,53
CHJC	1.075.605.563 (1)	31,13	4,88	1,57	62,42

(1) En este hospital no se imputaban los costes de personal a los costes directos de las unidades de gestión analítica final, sin embargo su importe se ha incluido, ya que fue certificado por la gerencia.

Como se aprecia en el cuadro anterior la distribución de los costes directos, no es uniforme y confirma la heterogeneidad puesta de manifiesto en los distintos sistemas de contabilidad analítica utilizados por los hospitales y en los diferentes criterios de imputación de los costes a las unidades de gestión analítica final.

Costes de personal.

Por la importancia que los costes de personal tienen dentro de los costes directos y para poder constatar

que su imputación a las unidades de gestión analítica finales de Cardiología en los hospitales ha sido muy heterogénea, como ya se ha señalado en este mismo apartado, el Tribunal ha realizado un análisis específico de su distribución por grupos de personal. Para ello, partiendo del coste de personal imputado a estas unidades ha diferenciado entre médicos especialistas, médicos internos residentes y otro personal; sus resultados pueden observarse en el cuadro siguiente.

CUADRO 5.5

Costes de personal desagregados por grupos de personal imputados a las unidades de gestión analítica final de cardiología. 1999

HOSPITAL	COSTE DE PERSONAL CARDIOLOGÍA	% COSTE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA / COSTE PERSONAL CARDIOLOGÍA	% COSTE MIR / COSTE PERSONAL CARDIOLOGÍA	% COSTE OTRO PERSONAL (1) / COSTE PERSONAL CARDIOLOGÍA
FHA	99.165.226	100	(2)	(3)
HCA	486.347.516	24,57	7,16	68,27
HGUGM	1.198.270.667	18,86	3,71	77,43
HGUV	531.163.097	30,63	8,57	60,80
HGCDRN	288.514.184	44,87	15,02	40,11
CHJC	334.852.740	(4)	(4)	37,57

- (1) Personal de enfermería y otro personal sanitario, fundamentalmente.
- (2) La Fundación H. Alcorcón no estaba acreditada para la formación médica postgraduada de la especialidad de Cardiología.
- (3) La Fundación H. Alcorcón sólo imputaba el coste de los médicos especialistas de Cardiología a la unidad de gestión analítica final.
- (4) La contabilidad analítica en este hospital no imputaba los costes de personal a las unidades de gestión analítica final. La certificación de costes de personal entregada por la gerencia del C. H. Juan Canalejo no distinguía entre costes de los médicos especialistas y costes de los Médicos Internos Residentes.

Como se puede observar, la distribución del coste de personal presenta variaciones que, en el caso del coste de los médicos especialistas de Cardiología, oscila entre el 18,86% en el H.G. Gregorio Marañón y el 100% en la Fundación H. Alcorcón porque, como ya se ha señalado, sólo imputaba como coste de personal el correspondiente a los médicos especialistas. En el resto de hospitales la distribución sigue siendo muy heterogénea, y no muestra relación con la distribución de personal en las unidades asistenciales, ni con los valo-

res de los indicadores de personal por población de referencia (v. 3.3.1.2.A.).

El Tribunal de Cuentas, ante estas diferencias en la distribución de los costes de personal (utilizando la información de la contabilidad analítica en los hospitales), realizó una prueba específica para verificar el coste de los médicos especialistas de Cardiología, comparándolo con el coste obtenido de la revisión de las nóminas correspondientes al año 1999. Los resultados de esta prueba se recogen en el cuadro siguiente.

CUADRO 5.6

Resultados de la prueba de verificación de los costes de personal de los médicos especialistas de cardiología (MEC). 1999

HOSPITAL	COSTE DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CARDIOLOGÍA SEGÚN CONTABILIDAD ANALÍTICA	COSTE DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CARDIOLOGÍA SEGÚN NÓMINAS	DIFERENCIA	% DIFERENCIA / COSTE MEC SEGÚN HOSPITAL
FHA	99.162.369	97.906.141	1.256.228	1,27
HCA	119.496.535	209.699.481	-90.202.946	-75,49
HGUGM	225.991.683	253.302.315	-27.310.632	-12,08
HGUV	162.670.594	158.484.821	4.185.773	2,57
HGCDRN	129.449.160	129.039.170	409.990	0,32
CHJC (1)	(1)	138.586.963	(1)	(1)

- (1) La contabilidad analítica en este hospital no imputaba los costes de personal a las unidades de gestión analítica final. La certificación de costes de personal entregada por la gerencia del C.H. Juan Canalejo no distinguía entre los costes de los médicos especialistas y los costes de los Médicos Internos Residentes.

Las diferencias observadas se exponen a continuación:

- En la Fundación H. Alcorcón la diferencia de 1,26 millones de pesetas imputados de más a la unidad de gestión analítica final se debe al sistema de regularización anual de incentivos, que produce un desfase temporal entre la imputación del coste y la regularización en las nóminas.
- En el H. Central de Asturias, la diferencia de 90,2 millones de pesetas no imputados a la unidad de gestión analítica final tiene su explicación en diversas causas:

— La gerencia del hospital no consideraba el coste de los médicos especialistas de Cardiología de la unidad de hemodinámica, que asciende a 29.702.652 pesetas.

— Los ingresos percibidos por los médicos especialistas de Cardiología en concepto de guardias y atención continuada (23.009.269 pesetas) eran imputados a la unidad de gestión analítica final de Urgencias.

— El coste por trasplantes (37.500 pesetas) era imputado a otra unidad analítica, la de trasplantes.

— Un 10% (15.695.006 pesetas) del coste total de los médicos especialistas adscritos a la unidad de gestión analítica final (excluidas las guardias y la atención continuada) era imputado a la unidad de gestión analítica final de Docencia e Investigación.

— El Tribunal ha constatado que el importe del coste (9.593.388 pesetas) de un médico especialista de Cardiología no se había imputado a la unidad de gestión analítica final de Cardiología sino a la de Medicina Intensiva.

— El Tribunal también ha tenido constancia de que otro médico especialista cuyo coste de personal había sido imputado a la unidad de gestión analítica final de Cardiología, no figuraba en la certificación que la gerencia del hospital entregó al Tribunal de Cuentas en la que se relacionaban los médicos especialistas pertenecientes a la unidad asistencial de Cardiología, produciéndose una nueva diferencia, de signo contrario a las anteriores, por un importe de 5.950.674 de pesetas.

— El Tribunal de Cuentas no ha encontrado justificación a la diferencia restante de 18.115.805 pesetas.

• El Tribunal no ha encontrado la causa que justifique la diferencia de 27,3 millones de pesetas no imputados a la unidad de gestión analítica final de Cardiología en el H.G. Gregorio Marañón.

• La causa de la diferencia en el H. General de Valencia de 4,2 millones de pesetas imputados de más a la unidad de gestión analítica final correspondía a un concepto denominado «bolsa de sustituciones».

• En el H. de Gran Canaria prácticamente no se encontraron diferencias.

Costes de farmacia.

En el análisis de los costes de farmacia, el Tribunal de Cuentas se planteó la comparación de los costes imputados a las unidades de gestión analítica final de Cardiología con las cifras de consumo de productos farmacéuticos de las unidades asistenciales de Cardiología certificado al Tribunal por las unidades de Farmacia. Los resultados obtenidos se pueden observar en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.7

Comparación de los costes de farmacia imputados a las unidades de gestión analítica final de cardiología. 1999

HOSPITAL	CONSUMO SEGÚN CONTABILIDAD ANALÍTICA	CONSUMO SEGÚN FARMACIA	DIFERENCIA	% DE LA DIFERENCIA
FHA	2.854.962	3.444.605	-589.643	-20,65
HCA	63.000.518	(1)	(1)	(1)
HGUGM	190.909.486	139.456.558 (2)	51.452.928 (2)	26,95 (2)
HGUV	63.829.041	64.160.946	-331.905	-0,52
HGCDRN	53.655.545	(3)	(3)	(3)
CHJC	52.486.785	52.361.913	124.872	0,24

- (1) El H. Central de Asturias no disponía de información del consumo de farmacia por unidades de gestión analítica final.
- (2) No se incluye el consumo de una unidad de enfermería compartida por Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
- (3) El sistema de información de la farmacia de este hospital no permite identificar a qué unidades de gestión analítica final ha sido imputado el consumo de medicamentos.

Como se puede observar en el cuadro anterior:

- La gerencia del H. Central de Asturias no pudo facilitar la información del consumo de farmacia por unidades asistenciales, por lo que no fue posible su comparación. Las tres unidades de farmacia existentes

se encontraban en proceso de cambio de sus aplicaciones informáticas según certificó la gerencia.

- En el H. de Gran Canaria los códigos utilizados en el sistema de información de la unidad de farmacia no permitían identificar las unidades asistenciales en las

que se consumían los medicamentos, por lo que tampoco fue posible efectuar esta comparación.

- En la Fundación H. Alcorcón y en el H.G. Gregorio Marañón las diferencias observadas en la imputación de costes de farmacia a las unidades de gestión analítica final de Cardiología presentaban variaciones superiores al 20%. En el H.G. Gregorio Marañón estas diferencias se debían, principalmente, a que los consumos eran imputados a una unidad de enfermería que estaba compartida por las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular no pudiendo identificar los consumos de cada una de ellas.

- La diferencia puesta de manifiesto en el H. General de Valencia era debida a que la imputación del coste de farmacia a las unidades de gestión analítica se realizaba por coeficientes de reparto.

- Sólo en el C.H. Juan Canalejo ambas cifras coincidían, consecuencia de que, como ya se ha señalado el apartado anterior de este capítulo, el sistema de contabilidad analítica en este hospital estaba basado íntegramente en la imputación de los costes directos de consumo de bienes y servicios.

Las diferencias puestas de manifiesto se debían fundamentalmente a la insuficiencia de los sistemas de información económica de las unidades de farmacia de

estos hospitales, lo que ocasionaba que la imputación de determinados costes directos a las unidades de gestión analítica final se realizara por coeficientes de reparto que variaban de un hospital a otro.

La escasa fiabilidad de las imputaciones de costes de personal y de farmacia a las unidades de gestión analítica final de Cardiología, unida a las limitaciones derivadas de la heterogeneidad en la estructura de los costes, impide validar esta información de los costes obtenidos de la contabilidad analítica y utilizarla como elemento de comparación de los hospitales.

B. El coste de las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular.

El análisis del coste total de cada una de las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular se ha realizado a través de pruebas durante la visita a los hospitales, y se han centrado en la revisión de la documentación obtenida de la explotación de sus respectivos sistemas de contabilidad analítica. Los resultados se muestran en el cuadro siguiente, en el que también se presenta la distribución de este coste total entre costes directos y costes indirectos considerando estos últimos divididos entre costes repercutidos (de utilización) y costes estructurales.

CUADRO 5.8

Resultados del análisis del coste de las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular, 1999

HOSPITAL	COSTE TOTAL		COSTES DIRECTOS		COSTES REPERCUTIDOS		COSTES ESTRUCTURALES	
	IMPORTE	%	IMPORTE	%	IMPORTE	%	IMPORTE	%
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	624.055.881	44,42	277.175.978	44,42	332.567.405	53,29	14.312.497	2,29
HGUGM	1.054.077.225	51,88	546.886.134	51,88	239.388.257	22,71	267.802.834	25,41
HGUV	788.919.051	77,55	611.822.239	77,55	129.880.725	16,46	47.216.087	5,98
HGCDrN	503.596.585	28,34	142.698.410	28,34	346.969.244	68,90	13.928.931	2,77
CHJC	698.217.007	100,02	698.375.287	100,02	-158.280	-0,02	(2)	(2)

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) En el C.H. Juan Canalejo no se realizaba imputación de los costes indirectos (estructurales) a las unidades de gestión analítica final.

Las diferencias que se observan en la participación de los costes indirectos (repercutidos y estructurales) a las unidades de gestión analítica final obedecen a las mismas causas que las expuestas en el punto anterior en relación con las unidades de gestión analítica final de Cardiología, es decir a las diferencias en los criterios de imputación de los costes de utilización y de los costes estructurales establecidos por las gerencias de los hospitales.

Por todo ello, el análisis se limita a los costes directos, observándose que las diferencias de estos costes en los hospitales son muy importantes y que no guardan

relación con la complejidad técnica de sus unidades asistenciales (v. 1.7.). Así, el coste que el Tribunal ha obtenido con la información citada de la unidad de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular del H.G. Gregorio Marañón ascendía a 1.054,1 millones de pesetas, en el C.H. Juan Canalejo, de 698,2 millones de pesetas y en el H. Central de Asturias era de 624,1 millones de pesetas, siendo estos tres hospitales de análoga complejidad. Tampoco guardan relación ni con el número de camas, ni con el de médicos, ni con el número de intervenciones.

A pesar de estas grandes diferencias se han analizado estos costes directos de la misma forma que los de las unidades de gestión analítica de Cardiología, en primer lugar en función de las unidades de gestión analítica intermedias que integran estas unidades de gestión analítica final en cada hospital y en segundo lugar en función de la naturaleza del gasto.

En relación con las unidades de gestión intermedia, la heterogeneidad de las estructuras de gestión analítica

CUADRO 5.9

Resultados del análisis de la distribución de los costes directos de las unidades de gestión analítica finales de Cirugía Cardiovascular entre las unidades de gestión analítica final intermedias, 1999

HOSPITAL	COSTES DIRECTOS	% HOSPITALIZACIÓN	% CONSULTAS EXTERNAS	% QUIRÓFANOS	% OTRAS
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	277.175.978	93,70	6,30	(2)	(2)
HGUGM	546.886.134	68,61	(2)	4,26	27,13
HGUV	611.822.239	63,39	2,81	31,91	1,89
HGCDrN	142.698.410	96,33	3,67	(2)	(2)
CHJC	698.375.287 (3)	29,92	(2)	69,90	0,17

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) La unidad de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular no diferenciaba estas unidades de gestión analítica intermedias.

(3) En este hospital no se imputaban los costes de personal a los costes directos de las unidades de gestión analítica final, sin embargo su importe se ha incluido, ya que fue certificado por la gerencia.

Este cuadro muestra a su vez las importantes diferencias en la distribución de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular entre las unidades de gestión analítica intermedias de los hospitales que, según ha podido constatar el Tribunal de Cuentas, obedecen a las mismas causas que las expuestas en el punto anterior en relación con las unidades de gestión analítica final de Cardiología:

- Existencia de diferentes modelos de contabilidad analítica adoptados por cada hospital y adaptaciones de estos modelos a la estructura organizativa asistencial y económico-administrativa, como se ha señalado en el apartado anterior. Sirva como ejemplo la unidad de quirófanos:

- El H. Central de Asturias y el H. de Gran Canaria no disponían de una unidad de gestión analítica final intermedia de quirófanos, y los costes de los quirófanos estaban incluidos en la unidad de gestión analítica final de quirófanos que era general para todos en ambos hospitales.

- El H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo no disponían de unidad de gestión analítica intermedia de consultas externas.

ha determinado que el Tribunal haya centrado su análisis en las unidades de gestión analítica intermedias que coincidían con las áreas asistenciales de hospitalización, consultas externas y quirófanos; el resto de unidades de gestión analítica intermedias que estaban diferenciadas en las estructuras de gestión analítica de Cirugía Cardiovascular se han agrupado bajo la denominación de «otras». Los resultados de este análisis se presentan en el cuadro siguiente:

- Existencia de diferentes criterios en la imputación de costes de personal a las unidades de gestión analítica final.

- Diferencias en la imputación de determinados costes directos de funcionamiento (consumo de bienes y servicios) a estas unidades de gestión analítica final que se realizaba aplicando coeficientes de reparto debido a que los sistemas de información no permitían una imputación directa, variando de un hospital a otro.

- Los diferentes criterios utilizados para determinar la repercusión de costes de las unidades de gestión analítica intermedias a las unidades de gestión analítica final.

El segundo análisis en relación con la naturaleza del gasto tiene en cuenta la distribución de los costes directos entre costes de personal y coste de consumo de bienes y servicios; de estos últimos ha analizado separadamente los costes de farmacia y los costes de mantenimiento de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular. Los resultados de este análisis se pueden observar en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.10

Resultados del análisis de la distribución de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular, según la naturaleza del gasto. 1999

HOSPITAL	COSTES DIRECTOS	% PERSONAL	% FARMACIA	% MANTENIMIENTO	% OTROS BIENES Y SERVICIOS
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	277.175.978	18,35	6,18	0,12	75,35
HGUGM	546.886.134	30,39	5,70	0,35	63,56
HGUV	611.822.239	49,69	10,58	4,41	35,32
HGCDrN	142.698.410	22,03	3,46	0,09	74,42
CHJC	698.375.287 (2)	31,74	9,52	0,19	58,56

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) En este hospital no se imputaban los costes de personal a los costes directos de las unidades de gestión analítica final, sin embargo su importe se ha incluido, ya que fue certificado por la gerencia.

Inmediatamente se observa que la distribución de los costes directos de las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular según la naturaleza del gasto no es uniforme y confirma la heterogeneidad puesta de manifiesto en los distintos sistemas de contabilidad analítica y en los diferentes criterios de imputación de los costes a las unidades de gestión analítica final.

El Tribunal de Cuentas, por la importancia que los costes de personal tienen dentro de los costes directos,

ha realizado un análisis específico de su distribución por grupos de personal, constatando de nuevo la heterogeneidad en su imputación a las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular en los hospitales, como ya se ha señalado en este mismo apartado. Para ello, partiendo del coste total de personal imputado a estas unidades, ha diferenciado entre médicos especialistas, médicos internos residentes y otro personal; sus resultados pueden observarse en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.11

Los costes de personal por tipo de personal de las unidades de gestión analítica final de cirugía cardiovascular. 1999

HOSPITAL	COSTE DE PERSONAL CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	% COSTE MECCV / COSTE PERSONAL CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	% COSTE MIR / COSTE PERSONAL CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	% COSTE OTRO PERSONAL / COSTE PERSONAL CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	50.858.798	73,85	(2)	26,15
HGUGM	166.217.201	20,68	6,89	72,42
HGUV	304.020.749	13,95	2,97	83,08
HGCDrN	31.438.353	87,30	(2)	12,70
CHJC	221.666.576	(3)	(3)	64,52

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) El hospital no estaba acreditado para la formación médica postgraduada de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

(3) La contabilidad analítica en este hospital no imputaba los costes de personal a las unidades de gestión analítica final. La certificación de costes de personal entregada por la gerencia del C.H. Juan Canalejo no distinguía entre costes de los médicos especialistas y costes de los Médicos Internos Residentes.

Como se ha anticipado, la distribución de los costes de personal facilitados al Tribunal de la unidad de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular presenta variaciones que, en el caso del coste de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular, oscila entre el 87,30% en el H. de Gran Canaria y el 13,95% en el H. General de Valencia. En el resto de hospitales la distribución es muy heterogénea, y no muestra relación con la distribución de personal en las unidades asistencia-

les, ni con los valores de los indicadores de personal por población de referencia (v. 3.3.2.2.A.).

Por esta razón, el Tribunal de Cuentas realizó una prueba específica para verificar el coste de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular, mediante su comparación con el coste obtenido de las pruebas de fiscalización de revisión de las nóminas correspondientes al año 1999. Los resultados de esta prueba se recogen en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.12

Resultados de la prueba de verificación de los costes de personal de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular. 1999

HOSPITAL	COSTE DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SEGÚN CONTABILIDAD ANALÍTICA	COSTE DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SEGÚN NÓMINAS	DIFERENCIA	% DIFERENCIA / COSTE MECCV SEGÚN HOSPITAL
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	37.559.828	65.321.151	-27.761.323	-73,91
HGUGM	34.378.976	51.772.634	-17.393.658	-50,59
HGUV	42.418.274	41.489.519	928.755	2,19
HGCDRN	27.446.773	33.563.014	-6.116.241	-22,28
CHJC	(2)	85.191.767	(2)	(2)

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) La contabilidad analítica en este hospital no imputaba los costes de personal a las unidades de gestión analítica final. La certificación de costes de personal entregada por la gerencia del C.H. Juan Canalejo no distinguía entre los costes de los médicos especialistas y los costes de los Médicos Internos Residentes.

Se observan diferencias sustanciales entre las cifras de los costes de personal de los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular imputados por los hospitales de los hospitales a las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular y las obtenidas en la prueba de fiscalización. El Tribunal ha intentado su explicación con los siguientes resultados:

- En el H. Central de Asturias, la diferencia por importe de 27,8 millones de pesetas no imputados a la unidad de gestión analítica final tenía su origen en diversas causas:

- Los ingresos percibidos por los médicos especialistas en concepto de guardias y de atención continuada (21.504.458 pesetas) se imputaban a otra unidad de gestión analítica final, la de Urgencias.

- Un importe de 5.635.000 pesetas que correspondía a las remuneraciones percibidas por los médicos especialistas por la realización de trasplantes, se imputaba a otra unidad de gestión analítica final, la de Trasplantes.

- Del resto de la diferencia observada (621.865 pesetas), el Tribunal de Cuentas no ha encontrado la causa o causas que la justifiquen.

- El Tribunal de Cuentas no ha podido identificar la causa o causas que justifiquen los 17 millones de pesetas no imputados por el H.G. Gregorio Marañón a la unidad de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular. Esta diferencia entre lo verificado y lo imputado es incluso superior, ya que la gerencia de este hospital no aportó finalmente al Tribunal la nómina de un médico especialista con plaza vinculada a una Universidad.

- La diferencia de 0,9 millones de pesetas imputados de más por el H. General de Valencia a la unidad de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular se correspondía con el importe de la denominada «bolsa de sustituciones».

- El Tribunal no ha podido tampoco identificar las causas que justifican la diferencia de 6,12 millones de pesetas imputada de menos por el H. de Gran Canaria a la unidad de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular.

En relación con los costes de farmacia el Tribunal de Cuentas ha efectuado una prueba, intentando comparar los costes imputados por los hospitales a las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular con las

cifras de consumo de productos farmacéuticos de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular certificadas por las unidades de Farmacia. Los resultados se pueden observar en el cuadro siguiente:

CUADRO 5.13

Resultados del análisis de los costes de farmacia imputados a las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular. 1999

HOSPITAL	CONSUMO SEGÚN CONTABILIDAD ANALÍTICA	CONSUMO SEGÚN FARMACIA	DIFERENCIA	% DE LA DIFERENCIA
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	17.126.100	(2)	(2)	(2)
HGUGM	31.149.697	53.756.660 (3)	-22.606.963 (3)	-72,58 (3)
HGUV	64.741.797	64.741.797	-	-
HGCDrN	4.938.456	(4)	(4)	(4)
CHJC	66.458.885	69.692.453	-3.233.568	-4,87

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) El H. Central de Asturias no disponía del consumo de farmacia por unidades de gestión analítica final.

(3) Se incluye el consumo de una unidad de enfermería que está compartida por Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

(4) El sistema de información de la farmacia de este hospital no permite identificar a qué unidades de gestión analítica final se ha imputado el consumo de medicamentos.

Como se puede observar en el cuadro anterior:

- La gerencia del H. Central de Asturias no pudo facilitar la información del consumo de farmacia por unidades de gestión analítica final por la misma razón que para las unidades de Cardiología: que las tres unidades de farmacia existentes se encontraban en proceso de cambio de sus aplicaciones informáticas según certificó la gerencia.

- En el H. de Gran Canaria los códigos utilizados por el sistema de información de la unidad de farmacia no permitían identificar las unidades asistenciales en las que se consumían los medicamentos.

- En el H.G. Gregorio Marañón las diferencias se debían principalmente a que los consumos eran imputados a las unidades de enfermería, y estas a su vez estaban compartidas por las unidades asistenciales de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, no pudiendo desagregar los consumos de cada una de ellas.

Las diferencias puestas de manifiesto se debían fundamentalmente a la insuficiencia de los sistemas de información económica de las unidades de farmacia de estos hospitales, lo que ocasionaba que la imputación de determinados costes directos a las unidades de gestión analítica final se realizara por coeficientes de reparto que variaban de un hospital a otro.

La escasa fiabilidad que se deduce de los costes de personal y farmacia imputados a las unidades de gestión analítica final de Cirugía Cardiovascular, unida a

las limitaciones derivadas de la heterogeneidad en la estructura de los costes, cuestiona la validez de los costes obtenidos de la contabilidad analítica como elemento de comparación de los hospitales, al tiempo que impide al Tribunal de Cuentas realizar un análisis de la eficiencia de estas unidades.

5.3 Una aproximación al coste del infarto agudo de miocardio.

En este apartado del Informe se presentan los resultados obtenidos del análisis de los costes de atención sanitaria hospitalaria del IAM en el SNS, en las CC.AA. de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Como se ha señalado en el apartado 5.1. de este capítulo, en los últimos años el desarrollo de los sistemas de información de los hospitales del SNS, en especial del CMBD, y de los sistemas de contabilidad de costes han propiciado el desarrollo y la utilización de los sistemas de clasificación de pacientes, con el objeto de agruparlos por tipos de procesos y todo ello, con la finalidad de obtener el coste por proceso. El sistema de clasificación de pacientes utilizado en el SNS ha sido el denominado Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR).

Los GDR son una herramienta útil para el control de la gestión hospitalaria interna y a su vez permiten la comparación intrahospitalaria. Para obtener los GDR, se parte de los registros de altas hospitalarias del

CMBD tomando como base los diagnósticos principales incluidos en la codificación CIE-9-CM (v. 1.4.1.), se determinan las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) que, a su vez, se clasifican en relación con el consumo de recursos en GDR, en concreto la CDM correspondiente a las enfermedades del aparato circulatorio incluye 55 GDR, de los que los relacionados con el IAM, que han sido objeto de esta fiscalización, son los que se señalan a continuación:

- GDR N.º 121: «Trastornos circulatorios con IAM y complicaciones cardiovasculares sin defunción».
- GDR N.º 122: «Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones cardiovasculares sin defunción».
- GDR N.º 123: «Trastornos circulatorios con IAM con defunción».

5.3.1 El coste del infarto agudo de miocardio en el sistema nacional de salud, en las comunidades autónomas de la muestra y en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

El Tribunal de Cuentas solicitó al MSC, al Insalud y a las Consejerías competentes en materia sanitaria de las cinco CC.AA. de la muestra los costes del IAM de cada uno de los años del periodo 1997-1999 relativos a su demarcación territorial. La respuesta al requerimiento del Tribunal fue muy heterogénea.

CUADRO 5.14

Coste de los GDR 121, 122 y 123 en el SNS.1997 (en pesetas)

GDR 121: IAM CON COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES SIN DEFUNCIÓN	GDR 122: IAM SIN COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES SIN DEFUNCIÓN	123: IAM CON DEFUNCIÓN
736.350	586.510	459.410

Como se verá más adelante estos importes son inferiores, en general, a los facilitados por los seis hospitales.

B. El coste del infarto agudo de miocardio en el Insalud y en las comunidades autónomas de la muestra.

Como contestación a la petición del Tribunal, el Insalud entregó un documento denominado «Análisis de los GDR correspondientes a 1997» en el que se resume toda la información relativa a cada uno de los GDR, sin embargo el estudio no incluía el coste por GDR. Además, facilitó información de los 25 GDR más frecuentes en la especialidades de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular en los años 1997, 1998 y 1999 pero tampoco contenían el coste por GDR. También facilitó esta última información correspondiente al conjunto de

A. El coste del infarto agudo de miocardio en el sistema nacional de salud.

En contestación a la petición del Tribunal de Cuentas el MSC facilitó el documento «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud», que contiene los resultados correspondientes a los 18 hospitales participantes (v. 5.1.). Hay que señalar que entre los 18 hospitales no existió una adecuada representación de hospitales grandes en los que se atienden patologías más complejas por lo que determinados procesos de GDR muy relevantes no tuvieron la representación suficiente.

Los resultados del Proyecto se concretaban en un análisis comparativo de los pesos específicos americanos (que son los que utilizan habitualmente en la gestión sanitaria) con los pesos específicos obtenidos a través del citado Proyecto de los GDR en el SNS para el año 1997, pero no concretaban el coste de cada uno de ellos. En el cuadro 1 del anexo 5.1 se presenta, detallada, esta información.

Ante la falta de información de costes, el Tribunal de Cuentas volvió a solicitar al MSC la información de los costes de los GDR 121, 122 y 123 objeto de esta Fiscalización (v. 5.1.), para cada uno de los años del periodo 1997-1999. El MSC certificó que la única información de la que disponía sobre costes se refería al año 1997, y son los que se reflejan en el siguiente cuadro:

hospitales gestionados por el Insalud ubicados en la C.A. de Madrid y al conjunto de hospitales gestionados por el Insalud ubicados en la C.A. del Principado de Asturias. En los cuadros 3 a 8 del anexo 5.1 se detallan los datos correspondientes al número de altas producidas en cada uno de los GDR, así como la estancia media y su peso específico.

En relación con las CC.AA. de la muestra las Consejerías competentes facilitaron información muy heterogénea lo que ha limitado la fiscalización del Tribunal de Cuentas. A continuación se expone el contenido de la información recibida:

- La C.A. de Madrid facilitó información de sus hospitales a través de unos documentos denominados «Análisis del CMBD» correspondientes al año 1997 que contenían información relativa a cada GDR pero

CAPÍTULO 6

La actividad de la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), con especial referencia al infarto agudo del miocardio (IAM)

Este capítulo del Informe incluye los resultados del análisis de la actividad de la atención sanitaria especializada de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), con especial referencia al infarto agudo de miocardio (IAM). En primer lugar, se exponen los resultados del análisis de la actividad relacionada con las EAC y el IAM que se desarrolla en las áreas asistenciales de hospitalización. A continuación, se muestran los resultados de la actividad de las áreas asistenciales de consultas externas (extrahospitalarias e intrahospitalarias) y diagnóstica y terapéutica (hemodinámica, ecocardiografía, holter y ergometría) de Cardiología y quirúrgica de Cirugía Cardiovascular.

Además, este capítulo incluye los resultados obtenidos de determinadas pruebas efectuadas por el Tribunal de Cuentas en relación con la calidad de la atención sanitaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC), con especial referencia al infarto agudo de miocardio (IAM). Estas pruebas han permitido el análisis de las listas de espera (de consultas externas y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de Cardiología e intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular), el traslado de pacientes a otros hospitales públicos y a centros concertados, la mortalidad hospitalaria de las EAC y del IAM y las reclamaciones y felicitaciones presentadas por los pacientes en relación con la atención prestada por las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular. Asimismo se exponen los resultados de una prueba efectuada sobre el consumo de determinados medicamentos (fibrinolíticos).

Como ya se ha señalado en el capítulo 1 de este Informe, el Tribunal de Cuentas se ha visto limitado parcialmente para efectuar el análisis referente al conjunto de los hospitales de las CC.AA. de la muestra ya que la única información sobre la actividad asistencial de que disponían el Insalud y las Consejerías competentes en materia sanitaria de estas CC.AA. está contenida en sus respectivas memorias de gestión de la actividad sanitaria especializada. Las memorias facilitadas son de estructura y contenido muy diferentes, y en ellas se efectúa un análisis muy heterogéneo de la atención sanitaria especializada, a lo que se añade el desfase temporal con que se produce su publicación, por lo que resultan poco comparables. Estas Administraciones Públicas sanitarias, al carecer de información detallada, actualizada y completa sobre la actividad asistencial de las EAC, ante el requerimiento del Tribunal de Cuentas, solicitaron esta información a las gerencias de los hospitales de su demarcación territorial, que fue entregada al Tribunal sin haber sido previamente normalizada y

sin incluir ningún dato de coste. No disponía de ninguna información agregada para toda la C.A.

- La C.A. Valenciana entregó la información de los costes de los GDR 121, 122 y 123 para los años 1997 y 1998. No aportó ninguna otra información en relación con el número de altas, la estancia media o el peso específico de estos GDR. En los cuadros 1 y 2 del anexo 5.1 se detallan estos costes.

- La C.A. de Canarias sólo facilitó información del coste por GDR del antiguo Hospital Nuestra Señora del Pino, actualmente H. de Gran Canaria, correspondiente a 1997. No aportó ninguna otra información en relación con el número de altas, la estancia media o el peso específico de estos GDR. No disponía de ninguna información agregada para toda la C.A.

- La C.A. de Galicia facilitó información relativa al número de altas y estancia media producida por cada GDR correspondiente a los años 1997, 1998 y 1999, desagregada para cada uno de los hospitales de la C.A. pero sin incluir ningún dato de coste. La información correspondiente a toda la C.A. se encuentra en los documentos entregados denominados «CMBD de los hospitales del Servicio Gallego de Salud» correspondientes a los años 1997 y 1998, que facilitan información por GDR solamente del número de altas, estancia media y peso específico. Estos datos se detallan en los cuadros 1 y 2 del anexo 5.1.

- La C.A. del Principado de Asturias no realizaba ninguna explotación por GDR en el hospital que gestionaba.

C. El coste del infarto agudo de miocardio en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización no habían llegado a un desarrollo de sus sistemas de información asistenciales y económico-administrativos que les permitieran la determinación de sus propios pesos específicos de cada GDR y por tanto no habían llegado a obtener los costes reales de cada proceso.

Las explotaciones de los sistemas de información realizadas por cada uno de los seis hospitales son muy heterogéneas.

En la Fundación H. Alcorcón la obtención del coste por proceso se realizaba utilizando los pesos específicos americanos estandarizados para cada GDR. En el momento de realizar las pruebas de fiscalización se estaban desarrollando las denominadas «vías clínicas», que son instrumentos o guías que normalizan todas las actuaciones sanitarias y administrativas realizadas ante una determinada patología así como sus consumos, con la finalidad de conseguir el coste por proceso real propio del hospital.

El H. Central de Asturias y el H.G. Gregorio Marañón obtenían el coste por proceso utilizando los pesos específicos americanos estandarizados para cada GDR. En el H. General de Valencia el coste por proceso se hallaba aplicando la importancia relativa de las estancias de cada GDR al coste general del hospital. El H. de Gran Canaria, a pesar de estar incluido en el proyecto «Análisis y Desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud» llevado a cabo por el MSC, no disponía de información de coste por proceso ni de GDR debido a los problemas de codificación de su CMBD que se han expuesto tan reiteradamente (v. 1.8.). En el C.H. Juan Canalejo ni siquiera se explotaba la información de la base de datos del CMBD.

A partir del análisis de los GDR se pueden establecer normas para determinar la duración de la estancia media ya que este parámetro influye directamente en el coste del proceso. Como ya se ha señalado los GDR se obtienen por agrupación de los diagnósticos codificados en la base de datos del CMBD, por lo que el Tribunal de Cuentas ha calculado el porcentaje que representan las altas incluidas en cada uno de los GDR 121, 122 y 123 respecto del total de altas codificadas con diagnóstico de IAM en cada uno de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

En el cuadro siguiente se muestra, para cada uno de los seis hospitales, la información disponible de la estancia media y del coste por proceso de los GDR 121, 122 y 123, así como el porcentaje de altas de IAM incluidas en estos tres GDR.

CUADRO 5.15

Estancia media y coste por proceso de los GDR 121, 122 y 123 y representatividad de las altas de IAM. 1999

HOSPITAL	ESTANCIA MEDIA			COSTE GDR			% ALTAS DE IAM INCLUIDAS EN LOS GDR / TOTAL ALTAS DE IAM CMBD		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123
FHA	(1)	(1)	(1)	529.497	358.865	674.168	33,57	52,45	13,99
HCA	12,54	10,18	3,36	801.395	536.499	880.433	33,15	59,30	7,55
HGUGM	16,84	11,79	7,15	1.377.942	976.378	2.863.667	21,10	56,96	21,94
HGUV	14,02	10,78	13,40	1.310.439	1.007.239	1.252.452	20,50	71,13	8,37
HGCDrN	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)
CHJC	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)

(1) El hospital no disponía de esta información.

(2) Este hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

(3) El hospital no realiza la explotación del CMBD ni obtiene el coste por proceso.

Como se puede observar en el cuadro anterior, los costes de los GDR de IAM (121, 122 y 123) presentan diferencias muy importantes por hospitales porque estos costes están en relación con el coste total de la actividad del hospital, con la estancia media y con el número de altas que se puedan agrupar en cada GDR. Los porcentajes de altas de IAM incluidas en estos GDR analizados presentan diferencias muy importantes que están relacionadas y son consecuencia del nivel de desarrollo del CMBD y de la calidad de su codificación que permite agrupar mayor o menor número de altas en cada GDR.

- El coste del IAM con complicaciones (GDR 121) varía de 529.497 pesetas en la Fundación H. Alcorcón a 1.377.942 pesetas en el H.G. Gregorio Marañón. A excepción de la Fundación H. Alcorcón, en los tres hospitales restantes de los que se tiene esta información el coste del GDR 121 era superior al certificado por el MSC para el conjunto del SNS. Hay que destacar que el H.G. Gregorio Marañón presenta el coste más elevado, y es a su vez el que presenta la estancia media más larga, lo que es coherente.

- El coste del IAM sin complicaciones (GDR 122) varía de 358.865 pesetas en la Fundación H. Alcorcón a 1.007.239 pesetas en el H. General de Valencia. A excepción de la Fundación H. Alcorcón y del H. Central de Asturias, en los otros dos hospitales de los que se dispone de esta información el coste del GDR 122 era superior al certificado por el MSC para el conjunto del SNS. Es importante señalar que en el H. General de Valencia, que es el que presenta el coste más alto de este GDR, su estancia media no es la más larga y sin embargo es el que agrupa mayor porcentaje de altas en este GDR.

- El coste del IAM con defunción (GDR 123) varía de 674.168 pesetas en la Fundación H. Alcorcón a 2.863.667 pesetas en el H.G. Gregorio Marañón. En todos los hospitales el coste del GDR 123 era muy superior al certificado por el MSC para el conjunto del SNS. Hay que destacar que en el H.G. Gregorio Marañón, que es el que presenta el coste más alto de este GDR, su estancia media no es la más larga y sin embargo es el que agrupa mayor porcentaje de altas en este GDR.

En definitiva, el Tribunal de Cuentas se ha visto limitado y no ha podido determinar el coste de la asistencia sanitaria del IAM en el Sistema Nacional de Salud, debido fundamentalmente a la heterogeneidad de los sistemas de contabilidad analítica existentes en los hospitales y a la insuficiencia de los sistemas de información asistencial de que disponen (el CMBD no está implantado en todos los hospitales y su nivel de codificación no alcanza, en todos los casos, a la totalidad de las altas hospitalarias limitando su agrupación por GDR) que impiden la obtención del coste por proceso.

agregada (v. 1.8.). Todo ello ha supuesto que el análisis efectuado en relación con la actividad y la calidad de la atención sanitaria especializada de las EAC y del IAM que se desarrolla en los hospitales de las CC.AA. de la muestra se haya visto reducido exclusivamente al estudio de la actividad de las áreas asistenciales de hospitalización (altas, estancia media e ingresos), de la mortalidad hospitalaria y de la actividad quirúrgica de Cirugía Cardiovascular.

Asimismo, las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización tampoco aportaron toda la información solicitada por el Tribunal de Cuentas. Así, las memorias de gestión de la actividad asistencial correspondientes al año 1999 requeridas durante las pruebas de fiscalización efectuadas en los hospitales no fueron aportadas por las gerencias del H. Central de Asturias y del H. General de Valencia, que en su lugar entregaron los cuadros de mandos. Además, estas memorias y cuadros de mandos contenían información de la actividad diferenciada por unidades asistenciales, pero con un nivel de detalle muy diferente en cada hospital, lo que ha hecho que el Tribunal en ocasiones haya tenido que agregar datos para poder analizarlos de forma homogénea e incluso recurrir a registros originales de las propias unidades asistenciales.

6.1 La actividad en el área asistencial de hospitalización en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra.

En este apartado se analiza la actividad que se realiza en el área asistencial de hospitalización en relación con la atención sanitaria de las EAC y en especial del IAM; en concreto se analizan las altas, las estancias y los ingresos que se producen en todas las unidades asistenciales que atienden estas patologías en los hospitales públicos de las CC.AA. de la muestra.

La única información homogénea disponible en todos los hospitales, y que permite realizar el análisis

de la actividad de la hospitalización de un paciente de EAC, es decir, diferenciada por patologías, es la contenida en las bases de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que se cumplimentan en todos los hospitales. Por ello, en la primera fase de la Fiscalización el Tribunal de Cuentas requirió al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) las bases de datos del CMBD del periodo 1997-1999. Sin embargo, como ya se ha expuesto en el capítulo 1 de este Informe (v. 1.8.), la base de datos entregada por el MSC al Tribunal en febrero de 2000 únicamente correspondía a 1998 y además una vez revisada resultó incompleta, ya que sólo incluía datos de altas de todos los hospitales de gestión pública (del SNS) de una de las cinco CC.AA. de la muestra, la C.A. de Galicia. De las otras cuatro CC.AA., la ausencia de información era más relevante en la C.A. de Canarias, donde el Tribunal de Cuentas detectó que la información de la base de datos del CMBD referida a esta Comunidad Autónoma no incluía la de algunos hospitales públicos (Complejo Hospitalario Materno-Insular, Hospital Nuestra Señora de Guadalupe y Hospital Nuestra Señora de los Reyes) y que la información referente al H. de Gran Canaria sólo contenía el 50% de sus altas. Por todo ello, como también se ha expuesto anteriormente (v. 1.8.) el Tribunal de Cuentas no ha considerado válida a los efectos de esta Fiscalización la base de datos del CMBD referida a la C.A. de Canarias.

6.1.1 Altas con diagnóstico de enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y de infarto agudo de miocardio (IAM) y estancia media.

A continuación se exponen los resultados del análisis de las altas del CMBD con diagnóstico de EAC y de IAM (v. 1.4.1.) en relación con las altas hospitalarias totales con diagnóstico codificado y con la población de referencia de las CC.AA. de la muestra, así como el análisis de la estancia media de EAC e IAM.

Como se puede observar las altas con diagnóstico de EAC en relación con las altas hospitalarias totales en las cuatro CC.AA. de la muestra que han podido ser objeto de este análisis oscilan entre el 15,28% de la C.A. del Principado de Asturias y el 12,75% de la C.A. Valenciana, porcentaje en todo caso superior al 11,46% obtenido para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) del INE correspondiente también a 1998 (v. 1.5.).

El indicador de altas de EAC en relación con la población de referencia presenta valores muy distintos en estas CC.AA., que oscilan desde 1.240,48 altas en la C.A. del Principado de Asturias a 945,25 en la C.A. de Madrid. En este caso los valores de este indicador en las cuatro CC.AA. son inferiores al de 1.281,83 altas de EAC por 100.000 habitantes obtenido de la EMH para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

La estancia media por EAC obtenida de la EMH para el conjunto del SNS es de 10 días (v. 1.5.), cifra similar a la obtenida en la C.A. del Principado de Asturias (10,37), superior a la de C.A. Valenciana (8,84 días) e inferior a las que presentan las CC.AA. de Madrid y de Galicia (11,26 y 11,01 días, respectivamente).

En cuanto a las altas de IAM, en el cuadro anterior puede observarse que existen diferencias importantes entre CC.AA. en el porcentaje que representan sobre las altas de EAC, ya que los valores oscilan entre el 18,16% de la C.A. del Principado de Asturias y el 12,48% de la C.A. de Madrid. Los porcentajes de las cuatro CC.AA. objeto de este análisis superan el 8,04% obtenido de la EMH para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

En relación con el porcentaje que representan las altas de IAM sobre las altas hospitalarias totales, el mayor valor (2,78%) corresponde a la C.A. del Principado de Asturias y el menor (1,65%) a la C.A. de Madrid, cifras que superan ampliamente el 0,92% obtenido de la EMH para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

En las cuatro CC.AA. que han podido ser objeto de este análisis, el valor del indicador de altas con diagnóstico de IAM por 100.000 habitantes varía desde 225,30 en la C.A. del Principado de Asturias hasta 117,99 en la C.A. de Madrid. Al contrario de lo advertido en relación con las EAC, los valores que presentan las CC.AA. en este caso son superiores al de 103,10 altas de IAM por 100.000 habitantes obtenido de la EMH (v. 1.5.).

La estancia media por IAM presenta también diferencias entre estas CC.AA., ya que oscila entre 11,96

días en la C.A. de Madrid y 8,86 en la C.A. del Principado de Asturias. Excepto en la C.A. de Madrid, en el resto de CC.AA. analizadas la estancia media por IAM es inferior a la de 11 días obtenida de la EMH (v. 1.5.).

Estas desigualdades en los valores de los indicadores utilizados por el Tribunal de Cuentas para analizar las altas derivadas de EAC y de IAM en las cuatro CC.AA. podrían estar relacionadas con la estructura demográfica y con los patrones de morbilidad hospitalaria, pero presentan también una relación directa con la dotación de recursos humanos y materiales destinados a la atención de esta patología, su organización y su funcionamiento, lo que podría sugerir una cierta inducción de la demanda y diferencias en los criterios clínicos de los médicos que deciden el ingreso, aspectos a los que ya se ha hecho referencia en los capítulos 3 y 4 de este Informe.

6.1.2 Tipos de ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y por infarto agudo de miocardio (IAM).

El Tribunal de Cuentas ha analizado también los ingresos hospitalarios por EAC y por IAM que se producen en las CC.AA. de la muestra. El análisis ha consistido, en primer lugar, en determinar la importancia que estos ingresos tienen en relación con los ingresos hospitalarios totales y, en segundo lugar, en precisar el porcentaje que representa cada tipo de ingreso (urgente o programado) por EAC e IAM en relación con el número total de ingresos de estas patologías. Este último punto es de gran relevancia ya que el tipo de ingreso repercute en la evolución que experimenta el paciente durante su estancia hospitalaria. Su conocimiento y control son necesarios para planificar y organizar adecuadamente los recursos humanos y materiales del área asistencial de hospitalización.

En el cuadro siguiente constan los resultados de este análisis, obtenidos mediante el tratamiento de la base de datos del CMBD entregada por el MSC. Hay que precisar que el Tribunal ha detectado en esta base un pequeño número de ingresos de las CC.AA. de Madrid y Valenciana con un código que no ha podido ser identificado por lo que se han considerado en una categoría distinta de los ingresos urgentes y programados; su detalle consta en el cuadro 3 del anexo 6.1 a este Informe.

CUADRO 6.1

Resultados del análisis de las altas con diagnóstico de eac y de IAM y de la estancia media en las comunidades autónomas de la muestra. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EAC			IAM (1)			
	% ALTAS EAC (2)/ALTAS TOTALES C.A. (2)	ALTAS EAC (2)/100.000 HABITANTES	DÍAS DE ESTANCIA MEDIA POR EAC	% ALTAS IAM (2)/ALTAS EAC (2)	% ALTAS IAM (2)/ALTAS TOTALES C.A. (2)	ALTAS IAM (1)/100.000 HABITANTES	DÍAS DE ESTANCIA MEDIA POR IAM
CAM	13,20	945,25	11,26	12,48	1,65	117,99	11,96
CAV	12,75	1.023,09	8,84	15,56	1,98	159,23	9,31
CAC	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
CAG	13,95	1.091,11	11,01	14	1,95	152,74	10,74
CAPA	15,28	1.240,48	10,37	18,16	2,78	225,30	8,86

(1) Las altas de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(2) En el cuadro 1 del anexo 6.1 constan las altas totales y las altas con diagnóstico de EAC e IAM de los hospitales de las CC.AA. de la muestra.

(3) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto (v. 1.8.).

CUADRO 6.2

Resultados del análisis de los ingresos por EAC y por IAM en las comunidades autónomas de la muestra. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EAC			IAM (1)		
	INGRESOS EAC (2) / TOTAL INGRESOS (2)	% INGRESOS URGENTES EAC (2) / INGRESOS EAC (2)	% INGRESOS PROGRAMADOS EAC (2) / INGRESOS EAC (2)	INGRESOS IAM (2) / TOTAL INGRESOS (2)	% INGRESOS URGENTES IAM (2) / INGRESOS IAM (2)	% INGRESOS PROGRAMADOS IAM (2) / INGRESOS IAM (2)
CAM (3)	13,20	67,58	32,42	1,65	87,90	12,01
CAV (3)	12,75	80,46	18,37	1,98	93,53	6,47
CAC	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
CAG	13,95	80,08	19,92	1,95	96,78	3,22
CAPA	15,28	78,39	21,61	2,78	90,25	9,75

- (1) Los ingresos de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.
 (2) El cuadro 3 del anexo 6.1 incluye el número total de ingresos, el número de ingresos por EAC y por IAM y su desglose en función de su tipología.
 (3) En la base de datos del CMBD existía un porcentaje del 0,02% de los ingresos por IAM de los hospitales de C.A. de Madrid y un porcentaje del 1,16% de los ingresos por EAC de los hospitales de C.A. Valenciana con un código no identificado no incluidos entre los ingresos urgentes y programados.
 (4) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto (v. 1.8.).

Los ingresos por EAC presentan valores sobre el total de ingresos que oscilan desde el 15,28% de la C.A. del Principado de Asturias al 12,75% de la C.A. Valenciana. La C.A. del Principado de Asturias también presenta el porcentaje más alto de ingresos de IAM sobre el total de ingresos, el 2,78%, si bien el menor valor corresponde en este caso a la C.A. de Madrid, con una cifra del 1,65%.

Resulta evidente que la mayor parte de los ingresos por EAC, y sobre todo por IAM, tienen carácter urgente aunque se aprecian diferencias entre las CC.AA. Destaca principalmente la C.A. de Galicia, donde el 96,78% de los ingresos por IAM son urgentes; en sentido contrario sobresale la C.A. de Madrid, con los mayores porcentajes de ingresos programados por EAC y por IAM, del 32,42% y del 12,01%, respectivamente.

Estas diferencias observadas entre las CC.AA. en el tipo de ingreso de los pacientes de EAC e IAM podrían estar relacionadas con la diferente patología que presenta la población de referencia y con la diversidad de criterios en la consideración de la urgencia por parte los médicos que deciden el ingreso de los pacientes.

6.2 La actividad en el área asistencial de hospitalización en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

En este apartado se analiza la actividad que se realiza en el área asistencial de hospitalización en

relación con la atención sanitaria de las EAC y en especial del IAM en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización; y se analizan los mismos parámetros que en el apartado anterior.

En este caso la información sobre la actividad del área asistencial de hospitalización procede de las bases de datos del CMBD correspondientes a 1999 aportadas por las gerencias de los seis hospitales. Como ya se ha señalado en el capítulo 1 de este Informe el Tribunal de Cuentas constató que la información de la base de datos del CMBD del H. de Gran Canaria sólo contenía el 50,73% de sus altas, por lo que esta base no se ha considerado válida a los efectos de esta Fiscalización (v. 1.8.), lo que ha impedido el análisis.

6.2.1 Altas con diagnóstico de enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y de infarto agudo de miocardio (IAM) y estancia media.

A continuación se exponen los resultados del análisis de las altas del CMBD con diagnóstico de EAC y de IAM en relación con el total de altas hospitalarias con diagnóstico codificado y con la población de referencia de los hospitales, así como el análisis de la estancia media de EAC e IAM.

CUADRO 6.3

Resultados del análisis de las altas con diagnóstico de EAC y de IAM y de la estancia media en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. 1999

HOSPITAL	% ALTAS EAC (2) / ALTAS TOTALES (2)	ALTAS EAC (2) / 100.000 HABITANTES	DÍAS DE ESTANCIA MEDIA POR EAC	% ALTAS IAM (1) (2) / ALTAS TOTALES (2)	% ALTAS IAM (1) (2) / ALTAS EAC (2)	ALTAS IAM (1) (2) / 100.000 HABITANTES	DÍAS DE ESTANCIA MEDIA POR IAM
FHA	13,33	893,90	6,76	1,65	12,35	110,38	7,64
HCA	16,46	2.037,05	13,31	2,47	15	305,49	10,02
HGUGM	12,84	989,60	14,03	1,45	11,29	111,77	12,84
HGUV	15,32	635,51	10,10	1,88	12,30	78,19	11,19
HGCDrN	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
CHJC	16,63	1.328,60	12,12	1,97	11,87	157,73	10,17

- (1) Las altas de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.
 (2) En el cuadro 2 del anexo 6.1 constan las altas totales y las altas con diagnóstico de EAC e IAM de estos hospitales.
 (3) Este Hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Las altas con diagnóstico de EAC representan un porcentaje sobre el total de las altas hospitalarias que oscila entre el 16,63% del C.H. Juan Canalejo y el 12,84% del H.G. Gregorio Marañón, siendo ambos hospitales de análoga complejidad técnica (v. 1.7.). Los valores que presenta este indicador en los hospitales difieren de los obtenidos en el mismo indicador calculado para el conjunto de hospitales de sus CC.AA. (v. cuadro 6.1.). Así, el valor que presenta el H.G. Gregorio Marañón es inferior al obtenido para el conjunto de hospitales de la C.A. de Madrid; mientras que, por el contrario, los correspondientes al resto de los hospitales son superiores a los obtenidos en sus respectivas CC.AA.

El número de altas con diagnóstico de EAC en relación con la población de referencia es muy distinto entre estos hospitales; el mayor valor (2.037,05) corresponde al H. Central de Asturias y el menor (635,51) al H. General de Valencia, valores que en ambos casos difieren considerablemente de los obtenidos en sus respectivas CC.AA. (1.240,48 en la C.A. del Principado de Asturias y 1.023,09 en la C.A. Valenciana). La comparación entre ambos indicadores pone de manifiesto la importancia que tiene cada hospital dentro del ámbito de su Comunidad Autónoma en la atención de las EAC. El H. Central de Asturias que, según ya se ha dicho, presenta valores más altos que los otros hospitales de igual complejidad técnica (H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo) en cuanto al número de médicos especialistas de Cardiología y camas de cuidados cardiológicos en relación con población de referencia (v. 3.3.1.2.A. y 4.1.1.), es también el hospital que cuenta con más altas con diagnóstico de EAC por 100.000 habitantes, lo que apunta, en todo caso, a la existencia (en relación con el resto de hospitales) de diferentes

criterios de los médicos especialistas acerca de la conveniencia del ingreso hospitalario.

La estancia media de los pacientes de EAC en estos hospitales no guarda relación con la obtenida en su respectiva C.A. Tal y como se observa en el cuadro anterior los tres hospitales de mayor complejidad técnica, el H.G. Gregorio Marañón, el H. Central de Asturias y el C.H. Juan Canalejo (v. 1.7.), presentan una estancia media superior a la del resto de hospitales. Las diferencias que se aprecian a su vez en la estancia media de estos tres hospitales de análoga complejidad, podrían explicarse por diferencias en la morbilidad atendida, aunque también podrían deberse a diferencias en los procedimientos asistenciales y de gestión de pacientes.

Los porcentajes de número de altas con diagnóstico de IAM sobre las altas por EAC son, en todos los casos, más pequeños que los de sus respectivas CC.AA. y también los porcentajes de número de altas con diagnóstico de IAM sobre las altas hospitalarias totales, salvo en la Fundación H. Alcorcón, donde el porcentaje es idéntico, y en el C.H. Juan Canalejo, que en este caso presenta un porcentaje levemente superior al obtenido en la C.A. de Galicia. Los valores más pequeños de ambos indicadores (del 11,29 y del 1,45%, respectivamente) corresponden al H.G. Gregorio Marañón; los más elevados, a otro hospital de su misma complejidad técnica, el H. Central de Asturias, donde las altas con diagnóstico de IAM representan el 15% de las altas con diagnóstico de EAC y el 2,47% de las altas hospitalarias totales (v. cuadro 6.1.).

Destaca el valor del indicador de altas con diagnóstico de IAM por cada 100.000 habitantes del H. Central de Asturias, que asciende a 305,49, muy superior al obtenido en la C.A. del Principado de Asturias (225,30) y en el resto de hospitales, entre los que el menor valor

corresponde al H. General de Valencia, con sólo 78,19 altas, valor inferior al obtenido en la C.A. Valenciana (159,23) (v. cuadro 6.1.). El Tribunal ha constatado que los valores de los indicadores de número de altas con diagnóstico de IAM en relación con la población de referencia en estos hospitales, con carácter general, guardan una relación directa con los valores de los indicadores de número de médicos especialistas de Cardiología y de número de camas de cuidados cardiológicos en función de la población de referencia (v. 3.3.1.2.A. y 4.1.1.), lo que apunta, en todo caso, a la existencia de diferencias en los criterios de los médicos especialistas acerca de la conveniencia del ingreso hospitalario.

La estancia media de IAM en estos hospitales presenta valores muy distintos que oscilan desde la cifra de 12,84 correspondiente al H.G. Gregorio Marañón a la de 7,64 de la Fundación H. Alcorcón. Estos valores no guardan relación directa con los extraídos para su respectiva C.A. (v. cuadro 6.1.). Al igual que se ha

explicado en relación con la estancia media de EAC, las diferencias que se observan entre hospitales de igual complejidad podrían explicarse por diferencias en la morbilidad atendida y en los procedimientos asistenciales y de gestión de pacientes.

6.2.2 Tipos de ingresos hospitalarios por enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y por infarto agudo de miocardio (IAM).

El Tribunal de Cuentas, mediante el tratamiento de las bases de datos del CMBD de 1999 entregadas por las gerencias de los hospitales, ha analizado la importancia que los ingresos por EAC e IAM tienen con respecto a los ingresos hospitalarios totales y ha precisado el porcentaje que cada tipo de ingreso (urgente o programado) por EAC e IAM tiene en relación con el número total de ingresos de estas patologías. Los resultados de este análisis se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.4

Tipos de ingreso por EAC y por IAM. 1999

HOSPITAL	EAC (1)			IAM (2)		
	INGRESOS EAC (1) / TOTAL INGRESOS (1)	% INGRESOS URGENTES EAC (1) / INGRESOS EAC (1)	% INGRESOS PROGRAMADOS EAC (1) / INGRESOS EAC (1)	INGRESOS IAM (1) / TOTAL INGRESOS (1)	% INGRESOS URGENTES IAM (1) / INGRESOS IAM (1)	% INGRESOS PROGRAMADOS IAM (1) / INGRESOS IAM (1)
FHA	13,33	81,92	18,08	1,65	98,66	1,34
HCA	17,14	71,74	28,26	2,57	90,01	9,99
HGUGM	13,27	72,22	27,78	1,50	95,22	4,78
HGUV	15,41	71,79	28,21	1,90	86,96	13,04
HGCDrN	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
CHJC	16,63	71,62	28,38	1,97	84,05	15,95

- (1) El cuadro 4 del anexo 6.1 incluye el número total de ingresos, el número de ingresos por EAC y por IAM y su desglose en función de su tipología.
 (2) Los ingresos de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.
 (3) Este Hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

El H. Central de Asturias presenta el porcentaje más elevado de ingresos por EAC en relación con los ingresos totales del hospital, un 17,14%, cifra superior a la obtenida para la C.A. del Principado de Asturias (15,28%); el valor más pequeño de este indicador, 13,27%, corresponde al H.G. Gregorio Marañón, porcentaje levemente superior al de la C.A. de Madrid (13,20%). Estos hospitales presentan también los valores mayor y menor del indicador de ingresos por IAM en relación con los ingresos hospitalarios totales, del 2,57% el H. Central de Asturias y del 1,50% en el H.G. Gregorio Marañón, aunque en este caso ambos porcentajes son inferiores a los obtenidos en sus respectivas CC.AA. (2,78% y 1,65%, respectivamente).

La mayor parte de los ingresos por EAC, y sobre todo por IAM, tienen carácter urgente. El porcentaje de ingresos urgentes por EAC se sitúa en los hospitales en torno al 72%, salvo en la Fundación H. Alcorcón en la que los ingresos urgentes ascienden al 81,92%, valor muy superior al obtenido para el conjunto de hospitales de la C.A. de Madrid (67,58%). La proporción de ingresos urgentes por IAM es más variable que la de EAC, ya que oscila entre el 98,66% en la Fundación H. Alcorcón y el 84,05% en el C.H. Juan Canalejo. Estos valores presentan una tendencia inversa a las proporciones obtenidas, respectivamente, para el conjunto de los hospitales de su C.A., ya que, como se ha indicado anteriormente (v. 6.1.2.), la C.A. de Galicia presenta el

porcentaje de ingresos urgentes por IAM más elevado mientras que la C.A. de Madrid presenta el menor valor.

Estas diferencias observadas entre los hospitales en el tipo de ingreso de los pacientes de EAC e IAM podrían estar relacionadas con la diferente patología que presenta la población de referencia y con la diversidad de criterios en la consideración de la urgencia por parte de los médicos que deciden el ingreso hospitalario de los pacientes.

6.3 La actividad en el área asistencial de consultas externas de cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Como ya se ha señalado al principio de este capítulo, las carencias de información del Insalud y de las Consejerías de las CC.AA. de la muestra en relación

con las consultas externas ha impedido su análisis, por lo que el análisis se ha tenido que limitar a los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

La información de que ha dispuesto el Tribunal para la realización de este análisis se ha obtenido de las memorias de gestión y, en su defecto, de los cuadros de mandos correspondientes a 1999 facilitados por las gerencias de los hospitales. El análisis se ha centrado en valorar la demanda de la población de las consultas primeras y en obtener el indicador de consultas externas sucesivas en relación con las primeras consultas, que informa sobre el seguimiento que se realiza a los pacientes una vez diagnosticados.

Los resultados del análisis de las consultas externas (extrahospitalarias e intrahospitalarias) de la especialidad de Cardiología se recogen en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.5

Consultas externas de cardiología. 1999

HOSPITAL	CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIAS (1)		CONSULTAS EXTERNAS INTRAHOSPITALARIAS (1)	
	SUCESIVAS / PRIMERAS	PRIMERAS / 100.000 HABITANTES	SUCESIVAS / PRIMERAS	PRIMERAS / 100.000 HABITANTES
FHA	(2)	(2)	2,82	2.126,83
HCA	1,80	968,61	3,27	1.262,03
HGUGM	(2)	(2)	5,14	126,37
HGUV	(2)	(2)	13,12	124,17
HGCDrN	0,29	2.142,35	0,96	1.487,21
CHJC	2,31	630,92	24,27	44,51

- (1) El cuadro 1 del anexo 6.2 incluye el número de consultas externas (extrahospitalarias e intrahospitalarias) de Cardiología.
 (2) Estos hospitales no realizan consultas externas extrahospitalarias ya que en el área de referencia de la Fundación H. Alcorcón no existían Centros de Especialidades Periféricas (CEP) y en las respectivas áreas de referencia del H.G. Gregorio Marañón y del H. General de Valencia existían CEP pero no eran gestionados directamente por el hospital (v. 3.1.1.B.).

Como ya se ha indicado (v. 3.1.1.B) sólo tres hospitales (H. Central de Asturias, H. de Gran Canaria y C.H. Juan Canalejo) realizaban consultas externas extrahospitalarias, ya que el resto de hospitales (Fundación H. Alcorcón, H.G. Gregorio Marañón y H. General de Valencia) no las realizaban por no tener asignados Centros de Especialidades Periféricas. Las diferencias en los valores del indicador de consultas sucesivas / primeras son importantes; en el caso del C.H. Juan Canalejo, el valor es de 2,31 mientras que en el H. Central de Asturias y H. de Gran Canaria, los valores de este indicador se sitúan en 1,80 y 0,29, respectivamente. El Tribunal no ha encontrado relación entre estos valores y el tiempo que los médicos especialistas dedican a esta actividad asistencial (v. 3.3.1.12.C.), por lo que las diferencias en el seguimiento de pacientes sólo podrían expli-

carse por la aplicación de diferentes criterios médicos en la programación de esta actividad.

En relación con el indicador de consultas primeras por cada 100.000 habitantes, su valor oscila entre 2.142,35 en el H. de Gran Canaria y 630,92 en el C.H. Juan Canalejo, en el que las consultas externas extrahospitalarias que se realizaban eran principalmente consultas sucesivas. Estas diferencias presentan una importante relación con el porcentaje de tiempo que los médicos especialistas dedican al área de consultas externas (v. 3.3.1.12.C.) y con el porcentaje de utilización de los locales (v. 4.1.2.), lo que apunta a que estas diferencias se deben, en parte, a la organización de esta actividad asistencial, cuestión que pone de manifiesto a su vez la falta de equidad de esta prestación respecto a la población de referencia.

Las consultas externas intrahospitalarias presentan diferencias en los valores del indicador de consultas externas sucesivas / primeras que pueden explicarse, en parte, por la organización de la actividad de consultas externas, como es el caso del C.H. Juan Canalejo, en el que el valor de 24,27 de este indicador está relacionado con el hecho de que en este tipo de consultas externas intrahospitalarias sólo se atendían consultas monográficas de seguimiento de pacientes diagnosticados de determinadas patologías cardiovasculares. No obstante, en los tres hospitales que sólo disponían de consultas externas intrahospitalarias (Fundación H. Alcorcón, H.G. Gregorio Marañón y H. General de Valencia), los valores de este indicador presentan diferencias muy importantes (2,82, 5,14 y 13,12, respectivamente). En los dos hospitales restantes (H. Central de Asturias y H. de Gran Canaria), donde se atienden consultas intra y extrahospitalarias, los valores del indicador son de 3,27 y 0,96, respectivamente. El Tribunal no ha encontrado en ninguno de los seis hospitales relación entre los valores de este indicador y el porcentaje del tiempo que sus médicos especialistas dedican a esta actividad asistencial (v. 3.3.1.12.C.), por lo que las grandes diferencias en el seguimiento de pacientes sólo podrían explicarse por la aplicación de diferentes criterios médicos en la programación de esta actividad.

El indicador de consultas externas intrahospitalarias primeras por cada 100.000 habitantes varía entre 2.126,83 en la Fundación H. Alcorcón y 44,51 en el C.H. Juan Canalejo. Las diferencias que se observan en los valores de este indicador presentan una importante relación con el porcentaje de tiempo que los médicos especialistas dedican al área de consultas externas (v. 3.3.1.12.C.); sin embargo, no guardan relación con el porcentaje de utilización de los locales (v. 4.1.2.), lo que apunta a que estas diferencias podrían deberse en parte a la organización de esta actividad asistencial, cuestión que pone de manifiesto a su vez la falta de

equidad de esta prestación respecto a la población de referencia.

En conclusión, existen diferencias importantes en los hospitales en el área asistencial de consultas externas de Cardiología en relación con la población de referencia y con el seguimiento de pacientes (índice sucesivas / primeras) que ponen de manifiesto la falta de equidad en la atención sanitaria a la población y en la calidad asistencial. Sin embargo, la inexistencia de estándares de referencia por un lado y la indeterminación de los objetivos relacionados con esta actividad asistencial que se contiene en los contratos de gestión pactados por las gerencias de los respectivos hospitales (v. 2.5.) por otro, limitan al Tribunal de Cuentas para pronunciarse sobre si los valores obtenidos de estos indicadores son adecuados y coherentes, o no lo son.

6.4 La actividad en el área asistencial diagnóstica y terapéutica de cardiología en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Como ya se ha señalado al principio de este capítulo, también en este caso las carencias de información del Insalud y de las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra, en relación con la actividad asistencial realizada en el área diagnóstica y terapéutica ha impedido su análisis, lo que ha conducido a que el Tribunal de Cuentas haya limitado este análisis a los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

6.4.1 Los procedimientos de Hemodinámica.

El Tribunal de Cuentas en relación con los procedimientos de hemodinámica ha realizado el análisis teniendo en cuenta la población de referencia y separando los procedimientos diagnósticos de los terapéuticos. Los resultados de este análisis se recogen en el siguiente cuadro:

CUADRO 6.6

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos de Hemodinámica. 1999

HOSPITAL	PROCEDIMIENTOS DE HEMODINÁMICA (1) / 100.000 HABITANTES	PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE HEMODINÁMICA (1) / 100.000 HABITANTES	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS / PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
FHA	(2)	(2)	(2)
HCA	196,07	36,31	4,40
HGUGM	605,94	179,11	2,38
HGUV	211,84	47,77	3,43
HGCDrN	501,06	174,09	1,32
CHJC	692,27	187,68	2,41

- (1) El cuadro 2 del anexo 6.2 incluye el número de procedimientos de hemodinámica.
 (2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

Como se observa, en el C.H. Juan Canalejo se realizan 692,27 procedimientos por cada 100.000 habitantes mientras que el H. Central de Asturias sólo se realizan 196,07. Los valores de este indicador están en relación directa con los obtenidos en los indicadores de médicos de las unidades funcionales de hemodinámica (v. 3.3.1.2.B.) y de equipos de hemodinámica por 100.000 habitantes (v. 4.1.3.B.).

En estos hospitales, con excepción del H. General de Valencia y del H. Central de Asturias, el número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica es muy superior al valor registrado para todo el territorio español en el año 1999 por la Sociedad Española de Cardiología que es de 59 procedimientos intervencionistas (terapéuticos) por 100.000 habitantes. Según esta misma fuente, en España se realizan menos exploraciones terapéuticas que en los países de nuestro entorno. En este sentido, informes recientes⁹ señalan que durante el periodo 1992-2000 se ha producido en España un aumento acumulado en el número de procedimientos intervencionistas de alrededor del 300%, sin embargo

durante el periodo 1996-2000 su aumento relativo ha sido inferior al del resto de países de nuestro entorno.

El valor del indicador de procedimientos de hemodinámica diagnósticos / terapéuticos oscila desde 4,4 a 1,32, cifras correspondientes al H. Central de Asturias y al H. de Gran Canaria, respectivamente, lo que muestra que existen diferencias en los criterios clínicos de indicación de este procedimiento que afectan a la equidad de esta prestación a la población de referencia y a la calidad de la asistencia sanitaria.

6.4.2 Los procedimientos de ecocardiografía.

El Tribunal de Cuentas en relación con los procedimientos diagnósticos de ecocardiografía ha analizado estos procedimientos en relación con la población de referencia y sólo en los hospitales en los que su sistema de información lo permitía, ha realizado este análisis diferenciando las ecocardiografías convencionales y las especiales, con los siguientes resultados.

CUADRO 6.7

Procedimientos de ecocardiografía. 1999

HOSPITAL	PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAFÍA (1) / 100.000 HABITANTES	PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAFÍA CONVENCIONALES / ESPECIALES (1)
FHA	2.299,30	(2)
HCA	2.015,11	4,37
HGUGM	2.630,18	1,86
HGUV	799,94	(2)
HGCDrN	1.526,89	(2)
CHJC	1.484,98	8,76

- (1) El cuadro 3 del anexo 6.2 incluye el número de procedimientos de ecocardiografía.
 (2) Los sistemas de información de la Fundación H. Alcorcón, del H. General de Valencia y del H. de Gran Canaria no permitían distinguir entre las diferentes técnicas especiales de los procedimientos de ecocardiografía.

Como se puede observar existen diferencias importantes en el número de procedimientos de ecocardiografía realizados por cada 100.000 habitantes, oscilando los valores de este indicador entre 2.630,18 en el H.G. Gregorio Marañón y 799,94 en el H. General de Valencia. Estos valores tienen una relación directa con el número de equipos por población de referencia en todos los hospitales excepto en el H. Central de Asturias. (v. 4.1.4.B.).

En los tres hospitales (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo) cuyos siste-

mas de información permitían diferenciar las diversas técnicas especiales de los procedimientos de ecocardiografía, se observa que la importancia relativa de los procedimientos de ecocardiografía convencionales respecto de los procedimientos de ecocardiografía especiales practicados es muy irregular, y varía desde 8,76 en el C.H. Juan Canalejo a 1,86 en el H.G. Gregorio Marañón. Estos datos apuntan a diferencias en los criterios sobre la indicación clínica de las diferentes técnicas de este tipo de procedimientos.

En conclusión los procedimientos de ecocardiografía se aplican con desigualdades importantes que afectan a la equidad de la prestación a la población de referencia y a la calidad de la asistencia sanitaria, lo que apunta a diferencias de criterios clínicos en la indicación de la técnica (v. 4.4.).

⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo y Sociedad Española de Cardiología. Cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación 2001. Madrid: 2001, pp. 82-83.

6.4.3 Los procedimientos de holter y de ergometría.

En relación con los procedimientos diagnósticos de holter y de ergometría el Tribunal ha analizado estos procedimientos en relación con la población de refe-

rencia y sólo en aquellos hospitales en los que su sistema de información lo permitía, ha diferenciando las ergometrías convencionales y las especiales. Los resultados de este análisis se recogen en el siguiente cuadro:

CUADRO 6.8

Procedimientos de holter y de ergometría. 1999

HOSPITAL	PROCEDIMIENTOS DE HOLTER / 100.000 HABITANTES (1)	PROCEDIMIENTOS DE ERGOMETRÍA / 100.000 HABITANTES (1)	PROCEDIMIENTOS DE ERGOMETRÍA CONVENCIONALES / ESPECIALES (1)
FHA	609,57	736,21	(2)
HCA	450,45	1.141,23	20,89
HGUGM	127,78	434,05	39,07
HGUV	156,73	240,64	(2)
HGCDrN	173,15	640,51	(2)
CHJC	271,91	348,94	9,30

(1) El cuadro 4 del anexo 6.2 incluye el número de procedimientos de holter y de ergometría.

(2) Los sistemas de información de la Fundación H. Alcorcón, del H. General de Valencia y del H. de Gran Canaria no permitan distinguir entre las diferentes técnicas especiales de los procedimientos de ergometría.

Como se observa el valor más alto del indicador de procedimientos de holter por cada 100.000 habitantes corresponde a la Fundación H. Alcorcón, con 609,57 procedimientos, y el más bajo al H.G. Gregorio Marañón, con tan sólo 127,78. Los valores de este indicador están relacionados con los obtenidos en el indicador de número de lectores de holter por población de referencia (v. 4.1.5.), lo que indica diferencias en los criterios clínicos de indicación de estos procedimientos que provocan desigualdades en la atención sanitaria a la población y una cierta inducción de la demanda.

Los valores del indicador de ergometrías por 100.000 habitantes oscilan desde 1.141,23 en el H. Central de Asturias hasta 240,64 en el H. General de Valencia y están en relación con los valores obtenidos en el indicador de número de ergómetros por población de referencia (v. 4.1.6.). La relación entre las ergometrías convencionales y las especiales en los tres hospitales en los que ha podido ser analizada (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo) es muy variable, lo que indica también la existencia de diferencias en la indicación clínica de esta técnica. El C.H. Juan Canalejo, donde el valor de este indicador es de 9,30, es el que más ergometrías especiales realizó durante 1999 (v. anexo 6.2 cuadro 4).

6.5 La actividad en el área asistencial quirúrgica de cirugía cardiovascular.

En este apartado se analiza la actividad que se realiza en el área asistencial quirúrgica de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular en hospitales de la CC.AA. de la muestra y en hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Por su especial importancia, se incluye un análisis de los trasplantes cardiacos realizados por los hospitales durante 1999, así como una breve descripción de la situación en España y en las CC.AA. de la muestra en relación con esta actividad. La información relacionada con esta actividad asistencial entregada por el Insalud y las CC.AA. de la muestra en la primera fase de la fiscalización, no estaba actualizada y era muy heterogénea, razón por la que el Tribunal de Cuentas ha utilizado la información disponible procedente de la Organización Nacional de trasplantes.

6.5.1 Las intervenciones de cirugía cardiovascular.

A. Las intervenciones de cirugía cardiovascular en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra.

La información sobre la actividad que se realiza en el área asistencial quirúrgica por las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular en los hospitales de las cinco CC.AA. de la muestra fue entregada por el Insalud y por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA.

El análisis de esta actividad se ha centrado en el número de intervenciones de Cirugía Cardiovascular realizadas en los 19 hospitales que disponían de esta especialidad ubicados en las CC.AA. de la muestra

(v. 3.1.2.) en relación con la población de referencia y con las altas producidas por EAC e IAM. Los resultados se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.9

Intervenciones de cirugía cardiovascular realizadas. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR / 100.000 HABITANTES (1)	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1) / 100 ALTAS DE EAC (2)	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1) / 100 ALTAS DE IAM (2)
CAM	80,40	8,51	68,14
CAV	64,50	6,30	40,51
CAC	42,02	(3)	(3)
CAG	54,87	5,03	35,93
CAPA	42,28	3,41	18,77

(1) El cuadro 5 del anexo 6.2 incluye el número de intervenciones realizadas en las CC.AA. de la muestra correspondientes a 1998.

(2) El cuadro 1 del anexo 6.1 incluye las cifras totales de altas con diagnóstico de EAC e IAM de las CC.AA. de la muestra.

(3) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto (v. 1.8.).

Los valores obtenidos en los indicadores de número de intervenciones por 100.000 habitantes presentan diferencias significativas entre las cinco CC.AA. de la muestra. La C.A. de Madrid alcanza las 80 intervenciones por 100.000 habitantes, muy por encima de los valores de 42,28 y 42,02 obtenidos, respectivamente, en las CC.AA. del Principado de Asturias y Canarias. Estas diferencias muestran una relación directa con el número de médicos especialistas por población de referencia (v. 3.3.2.1.A.); la C.A. de Canarias, como ya se ha señalado en capítulos anteriores, era la única de las cinco CC.AA. que había concertado con hospitales privados la realización de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular.

Asimismo, la C.A. de Madrid presenta el número de intervenciones por cada 100 altas de EAC más elevado (8,51), correspondiendo a la C.A. del Principado de Asturias el menor valor (3,41). Igual situación se muestra respecto al número de intervenciones por cada 100 altas de IAM cuyo valor en la C.A. de Madrid es 68,14 y en la C.A. del Principado de Asturias es 18,77.

Las variaciones en estos resultados apuntan a diferencias en los criterios clínicos de indicación de estas

intervenciones de Cirugía Cardiovascular, dando lugar a desigualdades en la atención sanitaria a la población de referencia.

B. Las intervenciones de cirugía cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

En este apartado se analiza la actividad que se realiza en el área asistencial quirúrgica de las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular. La información facilitada estaba contenida en las memorias de gestión o en los cuadros de mandos aportados por las gerencias de los hospitales.

El análisis de las intervenciones de Cirugía Cardiovascular se ha realizado en función de los siguientes parámetros: el total de intervenciones de Cirugía Cardiovascular realizadas en el conjunto de los hospitales de cada C.A.; el total de intervenciones de todo tipo efectuadas en cada hospital; la población de referencia y el número de altas de EAC e IAM. Sus resultados se recogen en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.10

Intervenciones de cirugía cardiovascular. 1999

HOSPITAL	% INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1)/INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE LA C.A. (2)	% INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1)/TOTAL INTERVENCIONES DEL HOSPITAL (1)	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1)/ 100.000 HABITANTES	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1)/ 100 ALTAS DE EAC (3)	INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1)/ 100 ALTAS DE IAM (3)
FHA	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
HCA	100	1,93	45,04	7,65	50,99
HGUGM	9,56	1,66	72,68	7,34	65,03
HGUV	15,96	2,59	29,82	11,09	90,16
HGCDrN	32,16	1,57	36,36	(5)	(5)
CHJC	54,91	2,50	129,86	9,77	82,33

- (1) El cuadro 6 del anexo 6.2 incluye el número total de intervenciones efectuadas.
 (2) El cuadro 5 del anexo 6.2 incluye el número total de intervenciones de cada una de las CC.AA. de la muestra correspondientes a 1999.
 (3) El cuadro 2 del anexo 6.1 incluye el número de altas con diagnóstico de EAC e IAM.
 (4) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.
 (5) Este Hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

La importancia relativa de las intervenciones de Cirugía Cardiovascular realizadas en los hospitales en relación con las intervenciones que se realizan en la C.A. en la que están ubicados varía desde 100% en el H. Central de Asturias, por que es el único de esta C.A. que disponía de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, al 9,56% en el H.G. Gregorio Marañón de la C.A. de Madrid.

En relación con el resto de intervenciones que se realizan en el hospital, las intervenciones de Cirugía Cardiovascular varían desde el 2,59% en el H. General de Valencia al 1,57% en el H. de Gran Canaria en el que como ya ha quedado señalado (v. 3.3.2.2.A.) su escasa actividad era la causa principal y desencadenante del importante número de derivaciones de pacientes a centros concertados.

Las diferencias en el número de intervenciones realizadas por cada 100.000 habitantes son muy notables entre los hospitales. El C.H. Juan Canalejo, con 129,86 intervenciones, presenta el valor más elevado, muy por encima de la cifra de 29,82 correspondiente al H. General de Valencia, que presenta el indicador de menor valor. Los valores de este indicador están directamente relacionados con el número de médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular por 100.000 habitantes (v. 3.3.2.2.A.) y con el número de horas de quirófano asignadas por la gerencia de cada hospital a las unidades de Cirugía Cardiovascular según la población de referencia (v. 4.2.2.). Sin embargo, no muestra relación con los

valores del número de intervenciones por cada 100 altas de EAC e IAM. Estos resultados apuntan, en todo caso, a diferencias en los criterios clínicos de indicación de las intervenciones de Cirugía Cardiovascular y ponen en evidencia desigualdades en la atención sanitaria a la población de referencia.

6.5.2 Los trasplantes cardiacos.

A. Los trasplantes cardiacos en los hospitales de las comunidades autónomas de la muestra.

Las carencias de información actualizada y homogénea relativa a esta prestación facilitada por el Insalud y por las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra han conducido al Tribunal a utilizar los datos obtenidos del estudio publicado en 2001 «Trasplante Cardíaco España 1999», realizado por la Organización Nacional de Trasplantes, sobre trasplantes cardiacos realizados en España y en las CC.AA. de la muestra.

En este estudio se señala que el 27,3% de los trasplantes cardiacos realizados en 1999 ha sido indicado por un diagnóstico de enfermedad isquémica, de ahí que el Tribunal de Cuentas se planteara un análisis específico del trasplante cardiaco.

El cuadro siguiente presenta el número de trasplantes cardiacos realizados en España así como la tasa calculada por millón de habitantes en el periodo 1997-1999.

CUADRO 6.11

Trasplante cardiaco. Actividad en España. 1997-1999

AÑO	TOTAL TRASPLANTES REALIZADOS	TASA POR MILLÓN DE HABITANTES
1997	318	8
1998	349	8,8
1999	336	8,5

En España, la tasa de trasplantes cardiacos se ha mantenido en torno a 8 trasplantes por millón de habitantes durante los tres años del periodo analizado, la tasa más elevada de los países europeos de nuestro entorno.

El cuadro siguiente se presenta la tasa de trasplantes cardiacos por millón de habitantes de las CC.AA. de la muestra, obtenida del estudio «Trasplante Cardíaco España 1999».

CUADRO 6.12

Trasplante cardiaco en las comunidades autónomas de la muestra. 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TRASPLANTES POR MILLÓN DE HABITANTES
CAM	7,9
CAV	9,2
CAC	4,3
CAG	13,8
CAPA	24

CUADRO 6.13

Resultados del análisis de los trasplantes cardiacos efectuados en los hospitales acreditados para su realización. 1999

HOSPITAL	TRASPLANTES CARDIACOS (1) / MILLÓN DE HABITANTES	TRASPLANTES CARDIACOS (1) / 1.000 ALTAS HOSPITALARIAS (2)	TRASPLANTES CARDIACOS (1) / 1.000 INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ADULTOS (3)	TRASPLANTES CARDIACOS (1) / 1.000 ALTAS DE EAC (4)	TRASPLANTES CARDIACOS (1) / 1.000 ALTAS DE IAM (4) (5)
HCA	23,90	0,67	53,06	4,06	27,06
HGUGM	28,26	0,37	38,88	2,86	25,28
CHJC	77,41	0,97	59,61	5,83	49,08

- (1) El cuadro 6 del anexo 6.2 incluye el número de trasplantes cardiacos efectuados en estos hospitales.
 (2) El cuadro 3 del anexo 3.6 incluye el número total de altas hospitalarias de cada uno de los hospitales.
 (3) El cuadro 6 del anexo 6.2 incluye el número de intervenciones de Cirugía Cardiovascular.
 (4) El cuadro 2 del anexo 6.1 incluye el número de altas con diagnóstico de EAC e IAM.
 (5) Las altas de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

El C.H. Juan Canalejo es el que presenta los valores más altos en los cinco indicadores analizados. Las diferencias entre hospitales muestran, una vez más, los

problemas de equidad de esta prestación a la población de referencia y las diferencias en la calidad asistencial que pueden obedecer, como ya se ha señalado anterior-

Las CC.AA. de la muestra presentan valores en la tasa de trasplantes muy distintos. La C.A. del Principado de Asturias presenta la tasa más elevada con 24 trasplantes por millón de habitantes, frente a la C.A. de Canarias, con sólo 4,3 trasplantes por millón de habitantes. En esta C.A. incide, nuevamente, el escaso número de médicos especialistas en relación con la población de referencia.

Estas diferencias pueden obedecer a múltiples causas como: los factores demográficos, la disponibilidad de equipos humanos capacitados técnicamente para la realización de trasplantes y los criterios clínicos de indicación del trasplante.

B. Los trasplantes cardiacos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Sólo tres hospitales de los seis en los que se han realizado las pruebas de fiscalización estaban acreditados para la realización de trasplantes cardiacos, el H. Central de Asturias, el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo, de análoga categoría y complejidad técnica. El Tribunal de Cuentas ha obtenido la información sobre los trasplantes cardiacos de las memorias de gestión y, en su caso, de los cuadros de mandos aportados por las gerencias de los hospitales. Los resultados de este análisis se presentan en el cuadro siguiente:

mente, a múltiples causas como: los factores demográficos, la disponibilidad de equipos humanos capacitados técnicamente para la realización de trasplantes y los criterios clínicos de indicación del trasplante.

6.6 Las listas de espera en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

El Tribunal de Cuentas, durante las visitas realizadas a los hospitales, llevó a cabo diversas pruebas en relación con la calidad de la atención sanitaria de las EAC entre las que se encuentra el análisis de las listas de espera de consultas externas y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de Cardiología y de las listas de espera de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular.

Así, el Tribunal, con la finalidad de conocer la accesibilidad de los pacientes de EAC a las prestaciones sanitarias en las que se concreta la atención de estas enfermedades, solicitó a las distintas unidades de Admisión de estos hospitales información sobre el número de pacientes existentes en estas listas de espera señaladas, su desglose por determinados intervalos de días, así como los días de demora máxima en cada una de las listas. El número de pacientes considerado incluye tanto el de los pacientes que al día de la fecha en que el Tribunal realizó la prueba de fiscalización en cada hospital disponían ya de cita como el de aquellos otros pacientes que, habiéndola solicitado, aún no la tenían asignada.

Los sistemas de información para la gestión de pacientes de las unidades de Admisión en los hospitales son muy heterogéneos, y en ocasiones no permiten obtener el número de pacientes por los intervalos requeridos, como en el H. General de Valencia, donde no es posible en ningún caso obtener esta información y en el C.H. Juan Canalejo, cuyo sistema informático no permite obtener estos datos de las listas de espera de consultas externas y de procedimientos de ecocardiografía, holter y ergometría aunque sí de las de procedimientos de hemodinámica e intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular. La insuficiencia de los sistemas de información para la gestión de pacientes de las

unidades de Admisión de estos dos hospitales, puesta de manifiesto a través del análisis de las listas de espera, queda recogida en los cuadros de este apartado (v. cuadros 6.14 a 6.20) en los que se exponen detalladamente los resultados de este análisis.

Asimismo, el Tribunal de Cuentas ha comprobado que las unidades de Admisión de los hospitales no siempre gestionan y controlan todas las listas de espera sino que son las propias unidades asistenciales las que lo llevan a cabo en determinadas ocasiones, circunstancia que es especialmente significativa en las listas de espera de procedimientos de hemodinámica pero que también ha sido detectada en relación con las listas de espera de otros procedimientos diagnósticos de Cardiología. Los registros informáticos de estas unidades asistenciales son insuficientes e incluso inexistentes en algunos casos, como se detalla a continuación.

6.6.1 Listas de espera de consultas externas de cardiología.

El análisis de las listas de espera de consultas externas se ha centrado en las consultas primeras extrahospitalarias e intrahospitalarias de las unidades asistenciales de Cardiología. En todos los hospitales fueron las unidades de Admisión las que facilitaron al Tribunal esta información. En los resultados del análisis que se exponen a continuación no constan los días de demora máxima de las listas de espera de consultas ya que el tratamiento conjunto de los diversos tipos de consultas existentes (generales y monográficas) impediría que este dato fuera muy significativo en este caso.

A. Consultas externas extrahospitalarias.

En el cuadro siguiente se exponen los resultados del análisis de las listas de espera de las consultas externas extrahospitalarias de las unidades asistenciales de Cardiología de los tres hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que tenían asignados Centros de Especialidades Periféricas (CEP) (v. 3.1.1.B.).

CUADRO 6.14

Listas de espera de consultas externas extrahospitalarias de cardiología

HOSPITAL	N.º TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA	LISTA DE ESPERA DESGLOSADA POR INTERVALOS DE DÍAS		
		<= 30	> 30 <= 90	> 90
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	58	52	6	0
HGUGM	(1)	(1)	(1)	(1)
HGUV	(1)	(1)	(1)	(1)
HGCDrN	1.715	127	1.116	472
CHJC	489	(2)	(2)	(2)

(1) La Fundación H. Alcorcón, el H.G. Gregorio Marañón y el H. General de Valencia no realizaban consultas externas extrahospitalarias debido a que no tenían asignados Centros de Especialidades Periféricas (v. 3.1.1.B.).

(2) El sistema de información para la gestión de pacientes de la unidad de Admisión no permitía obtener los intervalos de demora.

Según se desprende del cuadro anterior, el H. de Gran Canaria presenta una cifra muy elevada de pacientes en lista de espera de consultas externas extrahospitalarias de Cardiología (1.715). A su importancia cuantitativa se une el hecho de que 472 de estos pacientes (el 27,52%) llevaban más de 90 días en lista de espera en el momento de efectuar las pruebas de fiscalización en este hospital. El H. de Gran Canaria dispone de uno de los valores más bajos de los obtenidos en los hospitales en el indicador de número de médicos especialistas de Cardiología por 100.000 habitantes (3,33) (v. 3.3.1.2.A.) lo que, unido al porcentaje del 25,50% del tiempo médico dedicado al área asistencial de consultas externas que presenta este hospital y a la elevada productividad de sus médicos especialistas de Cardiología (109,67%) (v. 3.3.1.2.C.), parece indicar que este elevado número de pacientes en lista de espera de consultas externas extrahospitalarias de Cardiología se debe a la insuficiencia de los recursos humanos destinados a la atención de esta prestación.

El número de pacientes en lista de espera del C.H. Juan Canalejo, aun siendo menor que el del H. de Gran

Canaria, es considerable (489 pacientes). Este hospital dispone también de un número escaso de médicos especialistas de Cardiología según la población de referencia (3,29) y la productividad de sus médicos alcanza el 95,49% (v. 3.3.1.2.C.). Esto indica que su elevado número de pacientes en lista de espera podría deberse a una organización deficiente de los recursos humanos de la unidad asistencial de Cardiología ya que el porcentaje del tiempo médico dedicado al área asistencial de consultas externas es apenas del 10,99%.

En todo caso, las diferencias que se aprecian en el número de pacientes en consultas externas extrahospitalarias de las unidades asistenciales de Cardiología entre estos tres hospitales evidencian la inequidad existente en la atención que se presta a sus poblaciones de referencia.

B. Consultas externas intrahospitalarias.

En el cuadro siguiente se exponen los resultados del análisis de las listas de espera de las consultas externas intrahospitalarias de las unidades asistenciales de Cardiología.

CUADRO 6.15

Listas de espera de consultas externas intrahospitalarias de cardiología

HOSPITAL	N.º TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA	LISTA DE ESPERA DESGLOSADA POR INTERVALOS DE DÍAS		
		<= 30	> 30 <= 90	> 90
FHA	619	271	348	0
HCA	92	82	7	3
HGUGM	21	19	2	0
HGUV	84	(1)	(1)	(1)
HGCDrN	626	193	259	174
CHJC	0	(1)	(1)	(1)

(1) El sistema de información para la gestión de pacientes de la unidad de Admisión no permitía obtener los intervalos de demora.

Como se puede observar en el cuadro anterior el número de pacientes en lista de espera para ser atendidos en las consultas externas intrahospitalarias de Cardiología de la Fundación H. Alcorcón y del H. de Gran Canaria es muy superior al del resto de hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. En ambos hospitales los pacientes en lista de espera de consultas de Cardiología superan los 600, en el caso del H. de Gran Canaria con demoras importantes, ya que 174 pacientes (27,80%) tienen una antigüedad superior a los 90 días. En el C.H. Juan Canalejo, la inexistencia de pacientes en lista de espera se debe a que las consultas externas intrahospitalarias de este hospital son monográficas por lo que fundamentalmente se atienden en ellas consultas sucesivas o de revisión que por su propio planteamiento no generan lista de espera.

En la Fundación H. Alcorcón el tiempo médico dedicado al área asistencial de consultas externas, el 44,16%, es superior al del resto de hospitales (hay que recordar que este hospital no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios) (v. 3.3.1.2.C.); sin embargo, este hospital dispone de uno de los valores más elevados de los obtenidos en los hospitales en el indicador de número de médicos especialistas de Cardiología por 100.000 habitantes (5,91) (v. 3.3.1.2.A.), y la productividad de sus médicos se sitúa en apenas el 59,64% (v. 3.3.1.2.C.). Todo ello evidencia que la importancia de la lista de espera de este hospital se debe a la infrutilización de los recursos humanos asignados a la unidad asistencial de Cardiología.

Por el contrario, el H. de Gran Canaria, como ya se ha señalado en el apartado anterior en relación con las

consultas externas extrahospitalarias, dispone sólo de 3,33 médicos especialistas de Cardiología según la población de referencia (v. 3.3.1.2.A.) lo que, unido a la elevada productividad de sus médicos, ya reseñada, y al porcentaje del 25,50% del tiempo médico que se dedica al área asistencial de consultas externas (v. 3.3.1.2.C.), constata, también en este caso, que el elevado número de pacientes en lista de espera obedece a la insuficiencia de los recursos humanos asignados a la unidad asistencial de Cardiología de este hospital.

También destaca la lista de espera existente en el H. Central de Asturias, de 92 pacientes, a pesar de que es el hospital que cuenta con el mayor número de médicos especialistas de Cardiología según la población de referencia, 8,58 (v. 3.3.2.1.A.), lo que podría deberse a una cierta infrautilización de los recursos humanos asignados a la unidad asistencial de Cardiología de este hospital, cuya productividad es del 74,03% (v. 3.3.2.1.C.).

Las diferencias apreciadas entre hospitales en el número de pacientes que esperan para ser atendidos en consultas externas intrahospitalarias de Cardiología ponen en evidencia la inequidad existente en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia.

6.6.2 Listas de espera de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de cardiología.

Como se ya se ha indicado, la gestión de las listas de espera de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de Cardiología en los hospitales no siempre está centralizada en las unidades de Admisión. Así, la gestión de los pacientes de las listas de espera de hemodinámica se realiza por las unidades funcionales de hemodinámica

en el H. Central de Asturias, en el H. General de Valencia y en el H. de Gran Canaria. De igual forma, la gestión de las listas de espera de procedimientos de ecocardiografía, ergometría y holter en el H. Central de Asturias y en el H. de Gran Canaria se lleva a cabo por las correspondientes unidades funcionales. La unidad funcional de hemodinámica del H. General de Valencia dispone de un registro informático de los pacientes en lista de espera, pero insuficiente ya que no permite obtener los intervalos de demora. Por el contrario, ninguna de las unidades funcionales del H. Central de Asturias y del H. de Gran Canaria que gestionan sus respectivas listas de espera dispone de un registro informático de los pacientes. En el caso del H. de Gran Canaria, en el momento de realizar las pruebas de fiscalización ni siquiera se conocía el número de los pacientes en lista de espera, ya que las peticiones de cita no estaban registradas, por lo que el Tribunal realizó una prueba más exhaustiva, procediendo al recuento de las peticiones de cita archivadas.

A. Listas de espera de procedimientos de hemodinámica.

A continuación se exponen los resultados del análisis de las listas de espera de procedimientos de hemodinámica de las unidades funcionales correspondientes de los cinco hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que disponían de hemodinámica en su cartera de servicios (v. 3.1.1.B.). Con carácter general, los registros del sistema de información de listas de espera de procedimientos de hemodinámica en los hospitales no distinguen entre procedimientos diagnósticos y terapéuticos, por lo que el análisis se ha realizado conjuntamente.

CUADRO 6.16

Listas de espera de procedimientos de hemodinámica

HOSPITAL	N.º TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PROCEDIMIENTOS DE HEMODINÁMICA	LISTA DE ESPERA DESGLOSADA POR INTERVALOS DE DÍAS			DÍAS DE DEMORA MÁXIMA
		<= 30	> 30 <= 90	> 90	
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	179	(2)	(2)	(2)	92
HGUGM	6	6	0	0	18
HGUV	179	(2)	(2)	(2)	325
HGCDrN (3)	123	46	28	49	311
CHJC	305	62	124	119	170

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

(2) El sistema de registro de pacientes de la unidad funcional de hemodinámica no permitía obtener los intervalos de demora.

(3) La unidad funcional de hemodinámica no disponía de un registro de los pacientes en lista de espera. Toda la información fue obtenida por el Tribunal de Cuentas.

En el cuadro precedente se puede observar que, entre los cinco hospitales, destaca ampliamente el C.H. Juan Canalejo, con 305 pacientes en lista de espera, de los que 119 (el 39,02%) tienen una antigüedad superior a 90 días. En el momento de efectuar las pruebas de fiscalización en el hospital, el paciente más antiguo permanecía en ella desde hacía 170 días, tiempo de espera muy inferior al que presentan otros hospitales, como el H. General de Valencia (325 días) y el H. de Gran Canaria (311 días), que sin embargo mantienen un número menor de pacientes en lista de espera. En el H.G. Gregorio Marañón la lista de espera es prácticamente nula. Estas diferencias entre hospitales en el número de pacientes que esperan para ser atendidos en las unidades funcionales de hemodinámica y en los días de demora máxima evidencian la inequidad de la atención sanitaria que se presta a la población de referencia.

El Tribunal de Cuentas ha observado que, con carácter general, un mayor número de pacientes en lista de espera de hemodinámica está en relación con una menor dotación de los recursos de médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales de hemodinámica (v. 3.3.1.2.B.) y con un menor número de equipos de hemodinámica (v. 4.1.3.B.) en función de la población de referencia, lo que en un principio apuntaría a que la existencia de pacientes en lista de espera se debe a la insuficiencia de los recursos huma-

nos y materiales asignados a estas unidades. Sin embargo, como se ha señalado en el capítulo 4 de este Informe (v. 4.1.3.B.), sólo en el H. Central de Asturias y en el H. General de Valencia el número de equipos de hemodinámica se situaba por debajo del valor de referencia de 2,8 equipos por millón de habitantes señalado por la Sociedad Española de Cardiología (SEC), por lo que la existencia de un número considerable de pacientes en lista de espera apuntaría más a ineficiencias importantes en la gestión de los recursos asignados a las unidades funcionales de hemodinámica y a la diversidad de los criterios clínicos adoptados para la inclusión de pacientes en las listas de espera.

B. Listas de espera de procedimientos de ecocardiografía.

En el cuadro siguiente se exponen los resultados del análisis de las listas de espera de procedimientos de ecocardiografía de las unidades funcionales correspondientes de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Sólo en tres hospitales (Fundación H. Alcorcón, H. General de Valencia y C.H. Juan Canalejo) los registros del sistema de información de listas de espera de procedimientos de ecocardiografía distinguen entre procedimientos convencionales y especiales de ecocardiografía, por lo que el análisis de estas listas se ha realizado de forma conjunta.

CUADRO 6.17

Listas de espera de procedimientos de ecocardiografía

HOSPITAL	N.º TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAFÍA	LISTA DE ESPERA DESGLOSADA POR INTERVALOS DE DÍAS			DÍAS DE DEMORA MÁXIMA
		<= 30	> 30 <= 90	> 90	
FHA	247	238	9	0	73
HCA	250	(1)	(1)	(1)	(1)
HGUGM	1.453	592	838	23	126
HGUV	545	(2)	(2)	(2)	556
HGCDrN (3)	1.242	177	354	711	199
CHJC	1.344	(2)	(2)	(2)	345

(1) El sistema de registro de pacientes de la unidad funcional de ecocardiografía no permitía obtener los intervalos de demora ni la demora máxima.

(2) El sistema de información para la gestión de pacientes de la unidad de Admisión no permitía obtener los intervalos de demora.

(3) La unidad funcional de ecocardiografía no disponía de un registro de los pacientes en lista de espera. Toda la información fue obtenida por el Tribunal de Cuentas.

Las cifras que presentan las listas de espera de procedimientos de ecocardiografía en todos los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización son muy elevadas, aunque sobrepasan ampliamente el H.G. Gregorio Marañón, el C.H. Juan Canalejo y el H. de Gran Canaria, con 1.453, 1.344 y 1.242 pacientes en

lista de espera, respectivamente. En este último hospital, 711 pacientes (el 57,25%) llevaban, en el momento de realizar las pruebas de fiscalización, más de tres meses en lista de espera. Sin embargo, el H. General de Valencia, según la información facilitada por la unidad de Admisión, es el hospital con el paciente más antiguo

en lista de espera. Estas diferencias entre hospitales en el número de pacientes en lista de espera de procedimientos de ecocardiografía y en los días de demora máxima evidencian la inequidad de la atención sanitaria que se presta a la población de referencia.

El número de pacientes en lista de espera de procedimientos de ecocardiografía no muestra relación con una menor dotación de ecocardiógrafos en función de la población de referencia (v. 4.1.4.B.), lo que sugiere que la magnitud de estas listas de espera se debe a inequidades importantes en la gestión de los recursos asignados a las unidades funcionales de ecocardiografía de los hospitales y a la diversidad de los criterios clínicos adoptados para la inclusión de pacientes en las listas de espera.

C. Listas de espera de procedimientos de holter.

A continuación se exponen los resultados del análisis de las listas de espera de procedimientos de ergometría de las unidades funcionales correspondientes de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

CUADRO 6.18

listas de espera de procedimientos de holter

HOSPITAL	N.º TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE PROCEDIMIENTOS DE HOLTER	LISTA DE ESPERA DESGLOSADA POR INTERVALOS DE DÍAS			DÍAS DE DEMORA MÁXIMA
		<= 30	> 30 <= 90	> 90	
FHA	71	67	4	0	76
HCA	295	(1)	(1)	(1)	(1)
HGUGM	292	90	168	34	154
HGUV	77	(2)	(2)	(2)	94
HGCDrN (3)	509	78	104	327	380
CHJC	291	(2)	(2)	(2)	280

(1) El sistema de registro de pacientes de la unidad funcional de holter no permitía obtener los intervalos de demora ni la demora máxima.

(2) El sistema de información para la gestión de pacientes de la unidad de Admisión no permitía obtener los intervalos de demora.

(3) La unidad funcional de holter no disponía de un registro de los pacientes en lista de espera. Toda la información fue obtenida por el Tribunal de Cuentas.

La lista de espera de pacientes para la realización de un procedimiento de holter es casi idéntica, en torno a los 290 pacientes, en los tres hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización de mayor complejidad técnica (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y C.H. Juan Canalejo). El hospital con mayor lista de espera es, sin embargo, el H. de Gran Canaria, con 509 pacientes, de los que 327 (el 64,24%) tienen una antigüedad superior a tres meses. La demora máxima, superior a un año (380 días), corresponde también a este hospital, aunque la demora máxima del C.H. Juan Canalejo y del H.G. Gregorio Marañón (280 y 154 días, respectivamente) son también reseñables. Estas diferencias que se aprecian en el número de pacientes en lista de espera de procedimientos de holter y en los días de demora máxima evidencian, también en este caso, la inequidad existente en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia.

Al igual que se ha indicado anteriormente en relación con la lista de espera de procedimientos de ecocar-

diografía, el número de pacientes en lista de espera de holter no muestra relación con una menor dotación de equipos (v. 4.1.5.), lo que sugiere que su importancia se debe a una gestión ineficiente de los recursos asignados a las unidades funcionales de holter de los hospitales y a la diversidad de los criterios clínicos adoptados para la inclusión de pacientes en las listas de espera.

D. Listas de espera de procedimientos de ergometría.

En el cuadro siguiente se muestran los resultados del análisis de las listas de espera de procedimientos de ergometría de las unidades funcionales correspondientes de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Sólo los registros del sistema de información de listas de espera de procedimientos de ergometría del C.H. Juan Canalejo distinguen entre procedimientos convencionales y especiales de ergometría, por lo que el análisis de estas listas se ha realizado de forma conjunta.

CUADRO 6.19

Listas de espera de procedimientos de ergometría

HOSPITAL	N.º TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE PROCEDIMIENTOS DE ERGOMETRÍA	LISTA DE ESPERA DESGLOSADA POR INTERVALOS DE DÍAS			DÍAS DE DEMORA MÁXIMA
		<= 30	> 30 <= 90	> 90	
FHA	93	79	14	0	83
HCA	193	(1)	(1)	(1)	(1)
HGUGM	511	180	307	24	(1)
HGUV	341	(2)	(2)	(2)	529
HGCDrN (3)	589	117	154	318	254
CHJC	629	(2)	(2)	(2)	339

(1) El sistema de registro de pacientes de la unidad funcional de ergometría no permitía obtener los intervalos de demora ni la demora máxima.

(2) El sistema de información para la gestión de pacientes de la unidad de Admisión no permitía obtener los intervalos de demora.

(3) La unidad funcional de ergometría no disponía de un registro de los pacientes en lista de espera. Toda la información fue obtenida por el Tribunal de Cuentas.

La lista de espera de ergometría en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización es considerable, especialmente en el C.H. Juan Canalejo, en el H. de Gran Canaria y en el H.G. Gregorio Marañón, con 629, 589 y 511 pacientes, respectivamente. En el H. de Gran Canaria, 358 de estos pacientes (el 53,99%) permanecían en lista de espera desde hacía más de 90 días en el momento de efectuar las pruebas de fiscalización. El hospital con mayor demora máxima es el H. General de Valencia (529 días), aunque también es importante la demora máxima que presentan las listas de espera del C.H. Juan Canalejo (339 días) y del H. de Gran Canaria (254 días). Estas diferencias existentes entre hospitales en el número de pacientes en lista de espera de procedimientos de ergometría y en los días de demora máxima ponen de manifiesto de nuevo la inequidad existente en la atención sanitaria que se presta a la población de referencia.

Tampoco el número de pacientes en lista de espera de procedimientos de ergometría muestra relación con una menor dotación de equipos (v. 4.1.6.), lo que sugiere, una vez más, que la importancia considerable de estas listas de espera tiene su origen en la gestión ineficiente de los recursos asignados a las correspondientes unidades funcionales de ergometría existentes en los hospitales y en la diversidad de los criterios clínicos adoptados para la inclusión de pacientes en las listas de espera.

6.6.3 Listas de espera de intervenciones quirúrgicas de cirugía cardiovascular.

A continuación se exponen los resultados del análisis de las listas de espera de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular de las unidades asistenciales correspondientes de los cinco hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización que disponían de esta especialidad en su cartera de servicios (v. 3.1.1.B.):

CUADRO 6.20

Listas de espera de intervenciones de la especialidad de cirugía cardiovascular

HOSPITAL	N.º TOTAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	LISTA DE ESPERA DESGLOSADA POR INTERVALOS DE DÍAS			DÍAS DE DEMORA MÁXIMA
		<= 30	> 30 <= 90	> 90	
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	107	26	39	42	220
HGUGM	49	40	6	3	132
HGUV	92	(2)	(2)	(2)	280
HGCDrN	27	7	6	14	1.483
CHJC	216	29	67	120	349

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) El sistema de información para la gestión de pacientes de la unidad de Admisión no permitía obtener los intervalos de demora.

El hospital con mayor lista de espera en intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular es el C.H. Juan Canalejo, con 216 pacientes, seguido del H. Central de Asturias con 107. Llama la atención que el H. de Gran Canaria, a pesar de contar sólo con 27 pacientes en lista de espera, presenta una demora máxima muy considerable, de 1.483 días, que no fue justificada por la gerencia del hospital. El reducido número de pacientes en lista de espera que presenta este hospital se debe al escaso número de médicos de esta especialidad de que dispone, que sólo permite programar intervenciones de escasa complejidad, por lo que una gran parte de los pacientes se deriva a otro hospital, como se detalla en el apartado siguiente de este capítulo. La demora máxima en los otros hospitales es en todo caso superior a los cuatro meses, llegando casi al año en el C.H. Juan Canalejo (349 días). Estas diferencias entre hospitales en el número de pacientes que esperan para ser intervenidos quirúrgicamente y en los días de demora máxima también constatan la inequidad de la atención sanitaria que se presta a la población de referencia.

El número de pacientes en lista de espera de intervenciones de Cirugía Cardiovascular está en relación con una menor dotación de los recursos de médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular (v. 3.3.2.2.A.) y con un menor número de horas disponibles de quirófano (v. 4.2.2.) en relación con la población de referencia, lo que en principio apuntaría a que la existencia de listas de espera en los hospitales se debe a una insuficiencia de los recursos humanos y materiales asignados a las unidades asistenciales de esta especialidad, si bien un análisis más amplio permite concluir que las ineficiencias en la gestión de estos recursos apuntadas ya con anterioridad en este Informe (v. 4.2.2.) y la diversidad de criterios clínicos existentes en la indicación de las intervenciones de Cirugía Cardiovascular serían las causas de estas listas de espera.

Para paliar el problema de la importancia de las listas de espera de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Cardiovascular el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) el 13 de junio de 2000 puso en marcha el «Plan de reducción de la demora en Cirugía Cardíaca», con el objetivo de conseguir que a 30 de septiembre de 2000 la demora máxima para la realización de una intervención de Cirugía Cardiovascular en los hospitales del Insalud se situara en 60 días. Este plan se acompañó de un acuerdo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Cisns) para que las medidas que se adoptaran en todas las CC.AA. fueran las mismas.

El Tribunal de Cuentas entiende que este «plan de choque» del MSC ha sido sólo una solución temporal y que, debido a que la población está cada vez más envejecida y por tanto demanda más prestaciones, la programación habitual propicia que las listas de espera aumenten de nuevo. Por ello, para evitar periodos de

espera excesivos y teniendo en cuenta estas circunstancias, el MSC debe realizar una planificación a medio y largo plazo y adoptar las medidas necesarias para optimizar y, en su caso, aumentar los recursos, siempre de acuerdo con las necesidades reales de la población y en aplicación de los criterios técnicos de indicación científica y de coste-eficiencia.

6.7 Análisis de los traslados de pacientes de enfermedades del aparato circulatorio (eac) e infarto agudo de miocardio (iam) a otros hospitales por carencia o insuficiencia de medios en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Ni el Insalud ni las cinco Consejerías de las CC.AA. de la muestra atendieron el requerimiento formulado por el Tribunal de Cuentas para que facilitaran información sobre el número de los traslados de pacientes de EAC efectuados desde hospitales públicos a otros públicos o privados de su propia Comunidad Autónoma o de otra.

La gestión de estos traslados se realizaba en las delegaciones territoriales del Insalud y en las de los Servicios de Salud de las CC.AA. que en el momento de realizar la fiscalización ya tenían transferidas las funciones y servicios del Insalud. Cuando las gerencias de los hospitales, bien por la carencia de determinadas prestaciones en su cartera de servicios o bien por su insuficiencia, habitualmente ligada a importantes listas de espera, proponían el traslado de un enfermo a otro hospital, realizaban la propuesta a la delegación territorial del Insalud o del Servicio de Salud correspondiente. En consecuencia, las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización desconocían la facturación que generaban los traslados de pacientes, y las gerencias de los hospitales situados en las CC.AA. con transferencias tampoco conocían el centro al que finalmente eran remitidos. No obstante, la gerencia del H. de Gran Canaria solicitó esta información a la delegación territorial del Servicio Canario de Salud durante los trabajos de fiscalización efectuados en el hospital.

El Tribunal de Cuentas, en el desarrollo de sus trabajos de fiscalización, sólo ha dispuesto de información en relación con las propuestas de traslado de pacientes realizadas para recibir atención de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular en cuatro de los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, cuyas gerencias disponían de un sistema de información adecuado para el registro y control de las propuestas de traslado. El H. Central de Asturias y el C.H. Juan Canalejo no disponían de información sobre esta materia. El análisis de esta información figura en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.21

Propuestas para el traslado de pacientes para recibir atención sanitaria de cardiología y cirugía cardiovascular desde los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización a otros hospitales públicos y privados concertados. 1999

HOSPITAL	NÚMERO TOTAL DE PACIENTES TRASLADADOS	NÚMERO DE PACIENTES TRASLADADOS PARA RECIBIR ATENCIÓN SANITARIA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	% TRASLADOS DE ATENCIÓN SANITARIA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR / TOTAL DE TRASLADOS	% TRASLADOS A HOSPITALES PÚBLICOS	% TRASLADOS A HOSPITALES PRIVADOS
FHA	2.731	527	19,30	99,62	0,38
HCA	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HGUGM	1.744	0	0	0	0
HGUV	479	54	11,27	(2)	(2)
HGCDrN	2.500	68	2,72	32,35 (3)	67,65 (3)
CHIC	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)

(1) Las gerencias del H. Central de Asturias y del C.H. Juan Canalejo no disponían de esta información.

(2) La gerencia del H. General de Valencia, una vez que realizaba la propuesta del traslado de enfermos a otro hospital, no recibía información sobre el centro al que había sido trasladado el paciente.

(3) Información solicitada por la gerencia del H. de Gran Canaria a la delegación territorial del Servicio Canario de Salud durante los trabajos de fiscalización efectuados en el hospital.

Como se observa en el cuadro anterior:

- La gerencia del H. Central de Asturias no disponía de un sistema de información que le permitiera conocer esta información, a pesar de que toda la atención de Cirugía Cardiovascular a la población infantil tenía que ser derivada fuera de su C.A.
- La gerencia del C.H. Juan Canalejo aportó información contradictoria sobre el número total de traslados de pacientes a otros hospitales durante el año 1999. En respuesta a un primer requerimiento del Tribunal de Cuentas, la gerencia aportó documentación en la que constaba el traslado de 24 enfermos durante ese año para recibir atención sanitaria cardiovascular. Posteriormente, ante una nueva petición de información del Tribunal de Cuentas, la gerencia entregó otra documentación distinta a la anterior en la que sólo constaban tres traslados de pacientes para recibir atención de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular. Dado que la gerencia del centro no supo aclarar la disparidad de cifras existente en la documentación aportada, el Tribunal de Cuentas no pudo validarla y el C.H. Juan Canalejo tuvo que quedar fuera de este análisis. No obstante, hay que señalar que, según consta en la primera información entregada, 18 de los 24 pacientes trasladados lo fueron a una clínica privada en el marco de un concierto. En esta clínica se da la circunstancia de que realizaban su actividad asistencial cuatro médicos pertenecientes a la plantilla del «Área del corazón» del C.H. Juan Canalejo, como ha podido comprobar el Tribunal de Cuentas mediante la revisión y el análisis de la documentación

entregada en la primera fase de la fiscalización por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A. de Galicia¹⁰.

- El mayor número de traslados de pacientes se produce en la Fundación H. Alcorcón, y en su mayoría a otros centros públicos de la propia C.A., lo que está justificado por la inexistencia en su cartera de servicios de una unidad funcional de hemodinámica y de una unidad asistencial de la especialidad de Cirugía Cardiovascular (v. 1.7., 3.1.1. y 3.1.2.).
- La gerencia del H. General de Valencia no disponía de información sobre el centro en el que finalmente eran atendidos los pacientes trasladados.
- El 67,65% de los traslados del H. de Gran Canaria se efectuaron a hospitales privados concertados (v. 3.2.). Esta cifra diferencia de nuevo a este hospital en relación con los demás de la muestra.
- El H.G. Gregorio Marañón es el único de los hospitales visitados en el que no se trasladaron pacientes para recibir atención de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular en 1999.

El cuadro siguiente muestra el desglose de las prestaciones que causan los traslados de pacientes efectuados para recibir atención de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular.

¹⁰ No puede ser aceptada la alegación relativa a que los pacientes atendidos en un centro concertado lo fueron por personal facultativo perteneciente a la plantilla del C.H. Juan Canalejo dentro de su jornada laboral, ya que en los papeles de trabajo de esta Fiscalización consta documentación aportada por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la C.A. de Galicia en la que se indica que estos médicos formaban parte de la plantilla del centro concertado.

CUADRO 6.22

Prestaciones que causan los traslados de pacientes a otros hospitales para recibir atención de cardiología y cirugía cardiovascular. Año 1999

HOSPITAL	NÚMERO DE PACIENTES TRASLADADOS	% CONSULTAS EXTERNAS	% PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	% INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
FHA	527	8,35	88,43	3,23
HCA	(1)	(1)	(1)	(1)
HGUGM	0	0	0	0
HGUV	54	0	100	0
HGCDrN	68	0	29,41	70,59
CHJC	(1)	(1)	(1)	(1)

(1) Las gerencias del H. Central de Asturias y del C.H. Juan Canalejo no disponían de esta información.

Como se puede observar en el cuadro anterior, las prestaciones sanitarias demandadas por los pacientes trasladados a otros hospitales públicos y privados desde la Fundación H. Alcorcón, el H. General de Valencia y el H. de Gran Canaria fueron: la atención en consultas externas, la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la realización de intervenciones quirúrgicas.

- La Fundación H. Alcorcón fue el único de estos tres hospitales que trasladó pacientes a otros hospitales para la atención en consultas externas, tratándose en todo caso de consultas de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, de la que carece. Estos traslados, realizados en su práctica totalidad a otros centros públicos de la propia Comunidad Autónoma, representan el 8,35% del total de los traslados de pacientes para recibir atención de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular.

- Los traslados para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos se produjeron por causas diversas:

— En la Fundación H. Alcorcón los pacientes trasladados para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (466 pacientes) representan el 88,43% del total de pacientes trasladados para recibir atención de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular. Sólo dos de estos traslados se efectuaron a un centro concertado (para la realización de una resonancia magnética cardiaca); el resto se efectuaron a otros centros públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Como ya se ha puesto de manifiesto con anterioridad, este elevado número de traslados se debe fundamentalmente a que durante 1999 el hospital carecía de hemodinámica en su cartera de servicios, siendo 343 los traslados que se efectuaron para la realización de un procedimiento diagnóstico de hemodinámica y 41 los traslados

que se efectuaron para la realización de un procedimiento terapéutico de hemodinámica.

— El H. General de Valencia es el hospital que cuenta con el mayor porcentaje de traslados efectuados a otros centros para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, todos ellos de hemodinámica (100%). El motivo de estos traslados es la elevada lista de espera de hemodinámica existente en el hospital (v. 6.6.2.A.), probablemente debido al escaso número de médicos especialistas de Cardiología asignados a las unidades funcionales de hemodinámica (v. 3.3.1.1.B.) y a un menor número de equipos de hemodinámica (v. 4.1.3.B.) respecto a la población de referencia.

— El porcentaje de pacientes trasladados desde el H. de Gran Canaria para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos es del 29,41% (20 pacientes). Cuatro de los traslados se efectuaron para la realización de pruebas que no estaban incluidas en la cartera de servicios del hospital pero sobre las causas que motivaron los restantes el Tribunal no ha podido obtener información. Todos los traslados se produjeron a centros públicos de otras Comunidades Autónomas, tres para la realización de procedimientos diagnósticos de hemodinámica, dos para la realización de procedimientos terapéuticos de hemodinámica y 15 para la realización de otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- En cuanto a los traslados de pacientes para la realización de intervenciones quirúrgicas:

— En la Fundación H. Alcorcón, el porcentaje de pacientes trasladados para la realización de una intervención quirúrgica es del 3,23% (17 pacientes). En todo caso, los traslados se efectuaron a otros centros públicos de la misma Comunidad Autónoma. De ellos, 15 fueron trasladados para la realización de una inter-

vencción de Cirugía Cardiovascular y los dos restantes para la realización de un trasplante cardiaco.

— Destaca el elevado porcentaje de pacientes trasladados desde el H. de Gran Canaria para la realización de intervenciones quirúrgicas 70,59% (48 pacientes). Salvo dos pacientes trasladados para la realización de trasplantes cardíacos, los 46 pacientes restantes se trasladaron a un mismo centro privado concertado (v. 3.2.) para la realización de una intervención de Cirugía Cardiovascular. Ello es debido principalmente a que el escaso número de médicos de esta especialidad existente en el hospital sólo permite programar intervenciones de escasa complejidad (v. 3.3.2.A.).

6.8 Análisis de la mortalidad hospitalaria de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) y del Infarto agudo de miocardio (IAM).

Como se ha señalado en el capítulo 1 de este Informe al describir la importancia de las EAC, la tasa de mortalidad de estas enfermedades en 1998 en España está cifrada en 339,08 casos por 100.000 habitantes; a

su vez, la tasa de mortalidad del IAM en 1998 está cifrada en 65,72 casos por 100.000 habitantes (v. 1.5.).

6.8.1 Análisis de las altas por defunción de las enfermedades del aparato circulatorio (eac) y del infarto agudo de miocardio (iam) en las comunidades autónomas de la muestra.

Para poder disponer de datos homogéneos de las defunciones que se producen en la atención sanitaria de las EAC y así analizarlas en mayor profundidad, el Tribunal de Cuentas utilizó las bases de datos del CMBD de todos los hospitales de las cinco CC.AA. de la muestra facilitadas por el MSC que, como ya se ha señalado en el capítulo 1 de este Informe (v. 1.8.), correspondían al año 1998.

El cuadro siguiente recoge el número de defunciones derivadas de EAC y de IAM en relación con el total de defunciones habidas en cada una de las CC.AA. de la muestra en el año 1998, nuevamente con la limitación de la C.A. de Canarias, que una vez más no ha podido ser analizada ya que su información era incompleta (v. 1.8.).

CUADRO 6.23

Importancia de las altas por defunción de eac y de IAM. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	% ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC / TOTAL ALTAS POR DEFUNCIÓN C.A. (2)	% ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) / TOTAL ALTAS POR DEFUNCIÓN C.A. (2)	% ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) / ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (2)
CAM	25,29	3,84	15,20
CAV	29,27	5,36	18,29
CAC	(3)	(3)	(3)
CAG	26,78	4,41	16,47
CAPA	26,26	5,64	21,49

(1) Las altas de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(2) En el cuadro 1 del anexo 6.3 constan las altas por defunción totales y las altas por defunción de EAC e IAM de los hospitales de las CC.AA. de la muestra.

(3) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto (v. 1.8.).

Las altas por defunción derivadas de EAC en el conjunto de los hospitales de las cuatro CC.AA. de la muestra que han podido ser analizadas en relación con el total de altas por defunción que se producen en cada C.A. presenta diferencias que oscilan entre el 29,27% de la C.A. Valenciana y el 25,29% de la C.A. de Madrid, porcentajes que son inferiores al 37,31% obtenido de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte del INE para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

Las altas por defunción de enfermos diagnosticados de IAM en el conjunto de los hospitales de estas cuatro CC.AA. en relación con el total de altas por defunción que se producen en cada C.A. presenta diferencias que

oscilan entre el 5,64% de la C.A. del Principado de Asturias y el 3,84% de la C.A. de Madrid, porcentajes que también son inferiores al 7,23% obtenido de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte del INE para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

Se aprecian otras diferencias en las altas por defunción derivadas de IAM en relación con las altas por defunción derivadas de EAC en el conjunto de los hospitales de las cuatro CC.AA. que oscilan entre el 21,49% de la C.A. del Principado de Asturias y el 15,20% de la C.A. de Madrid. Solamente la C.A. del Principado de Asturias se sitúa por encima del 19,38%

obtenido de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte del INE para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

El cuadro siguiente presenta el análisis de las altas por defunción derivadas de las EAC en relación con

la población de referencia y con las altas hospitalarias con diagnóstico de EAC en las CC.AA. de la muestra, con la excepción nuevamente de la C.A. de Canarias.

CUADRO 6.24

Altas por defunción de eac en relación con la población de referencia y con las altas hospitalarias de EAC. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1) / 100.000 HABITANTES	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1) / 1.000 ALTAS DE EAC
CAM	70,09	74,15
CAV	81,26	79,43
CAC	(2)	(2)
CAG	77,92	71,41
CAPA	79,97	64,47

(1) En el cuadro 1 del anexo 6.3 constan las altas por defunción de EAC de los hospitales de las CC.AA. de la muestra.

(2) Esta C.A. ha sido excluida del análisis porque su CMBD era incompleto.

De las cuatro CC.AA. analizadas, la C.A. Valenciana cuenta con los mayores índices de altas por defunción de EAC en relación con la población de referencia (81,26 por 100.000 habitantes) y con las altas hospitalarias por EAC (79,43 por cada 1.000 altas con diagnóstico de EAC). Por el contrario, los índices más bajos de mortalidad hospitalaria por EAC en relación con la población de referencia se sitúan en la C.A. de Madrid (70,09 por 100.000 habitantes) y en relación con las altas de EAC, en la C.A. del Principado de Asturias (64,47 por cada 1.000 altas con diagnóstico de EAC).

Todas las CC.AA. de la muestra presentan valores inferiores al de 339,08 defunciones por 100.000 habitantes obtenido de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte del INE para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

El cuadro siguiente presenta el análisis de las altas por defunción derivadas de IAM, en relación con la población de referencia y con las altas hospitalarias con diagnóstico de IAM en las CC.AA. de la muestra, con la excepción nuevamente de la C.A. de Canarias.

CUADRO 6.25

Altas por defunción de iam en relación con la población de referencia y con las altas hospitalarias de IAM. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) / 100.000 HABITANTES	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) (2) / 1.000 ALTAS DE IAM
CAM	10,65	90,28
CAV	14,87	93,36
CAC	(2)	(2)
CAG	12,83	84,03
CAPA	17,19	76,30

(1) En el cuadro 1 del anexo 6.3 constan las altas por defunción de EAC de los hospitales de las CC.AA. de la muestra.

(2) Las altas de IAM corresponden a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(3) Esta C.A. ha sido excluida del análisis porque su CMBD era incompleto.

La C.A. del Principado de Asturias es la que presenta el valor más alto del indicador de altas por defunción derivadas de IAM en relación con la población de referencia (17,19 por 100.000 habitantes), pero también la que presenta el menor valor en el indicador de defunciones hospitalarias por IAM por cada 1.000 altas de IAM, 76,30. El valor más alto de este último indicador, 93,36, corresponde a la C.A. Valenciana.

Todas las CC.AA. de la muestra presentan valores inferiores al de 65,72 altas por defunción derivadas de IAM por 100.000 habitantes obtenido de la Estadística de Defunciones según causa de muerte del INE para el conjunto del SNS (v. 1.5.).

Las diferencias observadas en los indicadores de análisis utilizados por el Tribunal de Cuentas para evaluar las altas por defunciones derivadas de EAC y de IAM de las CC.AA. de la muestra, con la excepción de la C.A. de Canarias, que no disponía de un registro del CMBD completo y válido, pueden explicarse, en parte, por las diferencias en la estructura demográfica y en los patrones de morbilidad de la población, pero también influye la oferta de servicios sanitarios para la atención de estas enfermedades, su organización y su funcionamiento, expuestos en los capítulos 3 y 4 de este Informe.

6.8.2 El análisis de las altas por defunción de las enfermedades del aparato circulatorio (eac) y del infarto agudo de miocardio (iam) en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

A. Análisis de las altas por defunción de las enfermedades del aparato circulatorio (EAC) Y del infarto agudo de miocardio (IAM).

El análisis de las altas por defunción se ha realizado a partir de la información contenida en las dos fuentes de información elaboradas por los hospitales, el CMBD y las memorias de gestión. El Tribunal de Cuentas ha debido tener en cuenta que existen diferencias en el número de defunciones que facilitaban estas dos fuentes de información. Asimismo, hay que señalar, que la memoria de gestión de la Fundación H. Alcorcón no presentaba esta información desagregada, específicamente, por unidades asistenciales, y nuevamente que el CMBD aportado por el H. de Gran Canaria era incompleto. Además, hay que recordar que el H. Central de Asturias y el H. General de Valencia no aportaron al Tribunal las memorias de gestión sino los cuadros de mandos (v. 1.8.).

En el cuadro siguiente se aprecian las diferencias entre la memoria de gestión o, en su caso, los cuadros de mandos y la base de datos del CMBD tanto en las defunciones totales de cada uno de los hospitales como en las defunciones producidas en las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular.

CUADRO 6.26

Diferencias entre las memorias de gestión y la base de datos del cmbd en las defunciones totales y en las producidas en las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular.1999.

HOSPITAL	TOTAL DEFUNCIONES HOSPITAL			DEFUNCIONES CARDIOLOGÍA			DEFUNCIONES CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		
	MEMORIA	CMBD	DIFERENCIA	MEMORIA	CMBD	DIFERENCIA	MEMORIA	CMBD	DIFERENCIA
FHA	542	539	3	(1)	16	(1)	(2)	(2)	(2)
HCA (3)	1.738	1.270	468	110	69	41	5	3	2
HGUGM	2.844	2.766	78	26	26	0	3	3	0
HGUV (3)	1.064	1.080	-16	109	108	1	4	4	0
HGCDrN	1.092	(3)	(3)	43	(3)	(3)	4	(3)	(3)
CHJC	1.783	1.805	-22	13	11	2	18	20	-2

(1) La memoria de la Fundación H. Alcorcón no distinguía las defunciones por unidades asistenciales.

(2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(3) La información de este Hospital procede del cuadro de mandos ya que no aportó la memoria de gestión (v. 1.8.).

(4) Este Hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Las diferencias observadas entre las distintas fuentes de información se deben al distinto nivel alcanzado en la codificación diagnóstica de las bases de datos del CMBD en estos hospitales (v. 1.8.). Así, las bases de datos del CMBD del H. Central de Asturias y del H. General de Valencia sólo contenían los registros de las altas con diagnóstico codificado, mientras que en la Fundación H. Alcorcón y en el H.G. Gregorio Marañón contenían las altas codificadas y las altas sin codificar.

La diferencia en el C.H. Juan Canalejo se debía a que en el CMBD se incluían todas las altas y en la memoria sólo las altas codificadas.

Las diferencias obtenidas en el H. Central de Asturias, por encima del 26%, y el hecho de que, adicionalmente, el Tribunal de Cuentas haya comprobado que en este hospital las altas por defunción son precisamente en las que menos se codifica el diagnóstico, hacen que su CMBD no pueda utilizarse para el análisis de las

defunciones por EAC (v. 1.8.). Esta deficiencia en la codificación diagnóstica de las altas por defunción en la base de datos del CMBD del H. Central de Asturias ocasiona una pérdida de información muy relevante para el análisis de las causas reales de defunción lo que repercute en la calidad de la asistencia sanitaria y, además, afecta a la obtención de los GDR (v. 5.3.).

Los datos contenidos en las memorias de gestión (y en el cuadro de mandos, en el caso del H. General de Valencia), relativos al número de defunciones producidas en las unidades asistenciales de Cardiología y

de Cirugía Cardiovascular no pueden utilizarse en el análisis de la mortalidad hospitalaria de las EAC ya que, al igual que los pacientes de EAC son hospitalizados en otras unidades asistenciales distintas a las especialidades citadas (v. 3.1.), las defunciones se producen también en cualesquiera de ellas. Por ello, los datos reflejados en el cuadro siguiente, donde se expone un resumen de las altas por defunción derivadas de EAC clasificadas por las unidades en las que se produjeron, se han extraído del CMBD de cada uno de estos hospitales.

CUADRO 6.27

Distribución de las altas por defunción de eac por unidades asistenciales de atención sanitaria especializada. CMBD. 1999

HOSPITAL	TOTAL ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1)			
	% UNIDAD DE CARDIOLOGÍA (1)	% UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLOGICOS + UNIDAD DE M. INTENSIVA (1)	% UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1)	% OTRAS UNIDADES (1)
FHA	11,68	14,60	(2)	73,72
HCA	(3)	(3)	(3)	(3)
HGUGM	4,09	22,09	0,33	73,49
HGUV	29,84	10,48	6,05	53,63
HGCDrN	(4)	(4)	(4)	(4)
CHIC	2,09	42,50	2,47	52,94

- (1) El cuadro 2 del anexo 6.3 incluye las altas por defunción de EAC totales y su distribución por unidades en las que se produjeron.
 (2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.
 (3) Este Hospital ha sido excluido del análisis por falta de codificación diagnóstica de las altas por defunción en el CMBD (v. 1.8.).
 (4) Este Hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

A pesar de las limitaciones expuestas en la información analizada, se puede afirmar que la mayor proporción de altas por defunción derivadas de EAC se han producido en unidades distintas de las de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, principalmente en las unidades asistenciales de Medicina Intensiva.

El cuadro siguiente presenta los resultados del análisis realizado de las altas por defunción derivadas de EAC en relación con el número total de altas por defunción, la población de referencia de los hospitales y el total de altas hospitalarias con diagnóstico de EAC.

CUADRO 6.28

Altas por defunción de eac en relación con el número total de altas por defunción, con la población de referencia y con el número total de altas hospitalarias de EAC. CMBD. 1999

HOSPITAL	% ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1) / TOTAL ALTAS POR DEFUNCIÓN (1)	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1) / 100.000 HABITANTES	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1) / 1.000 ALTAS DE EAC (2)
FHA	25,28	67,51	75,52
HCA	(3)	(3)	(3)
HGUGM	21,48	95,91	96,92
HGUV	23,31	44,37	69,82
HGCDrN	(4)	(4)	(4)
CHIC	29,56	101,99	76,77

- (1) En el cuadro 6.26 del Informe constan las altas por defunción totales y en el cuadro 2 del anexo 6.3 las altas por defunción de EAC de estos hospitales.
 (2) En el cuadro 2 del anexo 6.1 constan las altas con diagnóstico de EAC de estos hospitales.
 (3) Este Hospital ha sido excluido del análisis por falta de codificación diagnóstica de las altas por defunción en el CMBD (v. 1.8.).
 (4) Este Hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Como se puede observar, el porcentaje de altas por defunción de EAC respecto de las altas por defunción totales oscila entre el 29,56 del C.H. Juan Canalejo y el 21,48 del H.G. Gregorio Marañón. En relación con la población de referencia las defunciones por EAC presentan grandes diferencias que oscilan entre el 101,99 del C.H. Juan Canalejo y el 44,37 del H. General de Valencia. El hospital en el que se producen mayor número de altas por defunción de EAC respecto del total de altas diagnosticadas de EAC es el H.G. Gregorio Marañón con un valor de 96,92 altas por defunción de EAC.

No resulta extraño el que hospitales de similar categoría administrativa y complejidad técnica, como son el H.G. Gregorio Marañón y el C.H. Juan Canalejo, al atender patologías mucho más complejas, presenten mayor mortalidad que la Fundación H. Alcorcón y el H. General de Valencia.

El cuadro siguiente presenta los resultados del análisis análogo realizado por el Tribunal de Cuentas de las altas por defunción derivadas de IAM en relación con el número total de altas por defunción, las altas por defunción derivadas de EAC, la población de referencia de los hospitales y las altas hospitalarias con diagnóstico de IAM.

CUADRO 6.29

Altas por defunción de iam en relación con el número total de altas por defunción, con el número total de altas por defunción de EAC, con la población de referencia y con las altas hospitalarias de IAM. CMBD. 1999

HOSPITAL	% ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) / TOTAL ALTAS POR DEFUNCIÓN (1)	% ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) / ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1)	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) / 100.000 HABITANTES	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) / 1.000 ALTAS DE IAM (2)
FHA	3,87	15,33	10,35	93,75
HCA	(3)	(3)	(3)	(3)
HGUGM	2,67	12,44	11,93	106,74
HGUV	2,91	12,50	5,55	70,94
HGCDrN	(4)	(4)	(4)	(4)
CHIC	4,32	14,61	14,90	94,48

- (1) En el cuadro 6.26 del Informe constan las altas por defunción totales y en los cuadros 2 y 3 del anexo 6.3 constan, respectivamente, las altas por defunción de EAC e IAM de estos hospitales.
 (2) En el cuadro 2 del anexo 6.1 constan las altas con diagnóstico de IAM de estos hospitales.
 (3) Excluido del análisis por falta de codificación diagnóstica de las altas por defunción en el CMBD (v. 1.8.).
 (4) Este Hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

Como se observa en el cuadro anterior, las altas por defunción derivadas de IAM respecto al número total de defunciones que se producen en los hospitales presentan valores que oscilan desde 4,32% en el C.H. Juan Canalejo a 2,67% en el H.G. Gregorio Marañón. De igual forma, con respecto al número total de defunciones derivadas de EAC, el porcentaje más alto (14,61%) corresponde al C.H. Juan Canalejo y el más pequeño (12,44%), al H.G. Gregorio Marañón.

En relación con la población de referencia se aprecian diferencias muy importantes que oscilan desde 14,90 en el C.H. Juan Canalejo a 5,55 en el H.G. de Valencia. El Tribunal de Cuentas ha constatado que los valores de este indicador presentan una relación directa con los indicadores de altas diagnosticadas de IAM en relación con la población de referencia (v. cuadro 6.3) y

con los procedimientos de hemodinámica (diagnósticos y terapéuticos) en relación con la población de referencia (v. cuadro 6.6).

Por cada 1.000 altas de IAM, las altas por defunción de IAM presentan valores muy diversos; el indicador más alto (106,74) pertenece al H.G. Gregorio Marañón y el de menor valor (70,94), al H. General de Valencia.

B. Análisis de los informes de alta correspondientes a las defunciones derivadas de infarto agudo de miocardio.

El informe de alta es un documento de obligado cumplimiento por todos los hospitales que ha de elaborarse siempre que un paciente sea dado de alta en el hospital, independientemente de las circunstancias en

la que se produzca el alta (curación, defunción, traslado, etc.). Este documento sirve de base para la posterior codificación de la base de datos del CMBD.

Para comprobar la fiabilidad de los datos recogidos en el CMBD, que han sido utilizados en los anteriores análisis, el Tribunal de Cuentas solicitó a las gerencias de los seis hospitales los informes de alta correspondientes a las altas por defunción derivadas de IAM registradas en el CMBD. Como ya se ha puesto de manifiesto a lo largo de este Informe, el H. de Gran Canaria tenía un porcentaje del 50,73% de codificación en el CMBD correspondiente al año 1999 que invalida-

ba cualquier análisis, sin embargo, el Tribunal de Cuentas solicitó a la gerencia de este hospital los informes de alta de las defunciones derivadas de IAM, por lo que los datos de este hospital en este caso se incluyen en el análisis siguiente.

A partir del estudio de los informes de alta aportados, se comprobó la exactitud de los datos recogidos en el CMBD con los que figuraban en los informes aportados, incidiendo de una forma especial en el diagnóstico principal por ser el dato más sobresaliente para la Fiscalización. Los resultados de este análisis se pueden observar en el cuadro siguiente.

CUADRO 6.30

Índice de localización y comprobación de los datos de los informes de alta correspondientes a las defunciones derivadas de IAM. 1999

HOSPITAL	INFORMES DE ALTA REQUERIDOS POR EL TCU	% INFORMES DE ALTA LOCALIZADOS	% INFORMES DE ALTA NO LOCALIZADOS	% DE INFORMES DE ALTA CUYOS DATOS COINCIDEN CON LOS DEL CMBD	% DE INFORMES DE ALTA CON COINCIDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
FHA	21	100	0	80,95	95,24
HCA	36	100	0	38,89	86,11
HGUGM	76	81,58	18,42	37,10	91,94
HGUV	31	74,19	25,81	34,78	78,26
HGCDrN	69	65,22	34,78	22,22	75,56
CHIC	77	92,21	7,79	35,21	90,14

Como se observa en el cuadro precedente sólo en dos hospitales (Fundación H. Alcorcón y H. Central de Asturias) de los seis en los que se han realizado las pruebas de fiscalización las gerencias aportaron el total de los informes de alta solicitados. En el resto de hospitales el porcentaje de informes de alta no entregados por las gerencias a requerimiento del Tribunal oscila entre el 34,78 en el H. de Gran Canaria y el 7,79% en el C.H. Juan Canalejo.

En concreto, en cuanto a estos informes de alta no localizados cabe destacar que en el H.G. Gregorio Marañón no se aportaron los informes de alta correspondientes a 14 defunciones, aunque de 12 de ellas se aportaron informes de urgencias en los que constaba la defunción por IAM; de las otras dos defunciones restantes no se aportó ninguna otra documentación clínica.

En el H. General de Valencia no se aportaron los informes de alta correspondientes a ocho defunciones, pero de cada una de ellas se aportó un documento denominado «Hoja de defunción» que había sido implantado por la Comisión de Mortalidad.

En el C.H. Juan Canalejo no se aportó el informe de alta correspondiente a seis defunciones. En cinco de ellas existía informe de urgencias y en la otra solamente

se pudo localizar un informe de anatomía patológica, en todos los casos constaba la defunción.

En el H. de Gran Canaria no se aportó el informe de alta correspondiente a 24 defunciones sin que se aportase ninguna otra documentación clínica que permitiera constatar la defunción.

Además, puede observarse en el cuadro anterior que el hospital en el que existe una mayor coincidencia entre los datos registrados en el CMBD y los informes de alta por defunción analizados es la Fundación H. Alcorcón. Por el contrario, es destacable que el hospital en el que existe menor concordancia sea el H. de Gran Canaria, puesto que a la deficiencia, ya reiterada, de que sólo se codifican en él la mitad de las altas hospitalarias, se une el hecho de que los pocos datos cumplimentados en la base de datos del CMBD no se corresponden con los que contienen los documentos analizados.

C. Análisis del funcionamiento de las comisiones de mortalidad.

El Tribunal de Cuentas ha realizado una valoración de las actuaciones desarrolladas durante el periodo 1997-1999 por las Comisiones Clínicas de Mortalidad

encargadas del análisis de la mortalidad hospitalaria, ya que la existencia de estos órganos de participación y asesoramiento en la estructura organizativa de los hospitales y su adecuado funcionamiento son imprescindibles para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria que se presta a la población. Estas Comisiones se encuentran enmarcadas dentro de las Comisiones de Garantía de Calidad, existentes en los hospitales, tal como establece la normativa que regula la estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales.

En los seis hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización se había constituido la Comisión Clínica de Mortalidad, aunque su funcionamiento, durante los tres años analizados, fue muy irregular como se refleja seguidamente. Para conocer su funcionamiento durante el periodo 1997-1999, el Tribunal realizó un análisis de las actas de estas Comisiones entregadas por las gerencias de los seis hospitales. En el cuadro siguiente se expone un resumen del resultado de esta prueba de fiscalización.

CUADRO 6.31

Resultados del análisis del funcionamiento de las comisiones de mortalidad de los hospitales. 1997-1999

HOSPITAL	NÚMERO DE REUNIONES DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD		
	1997	1998	1999
FHA	(1)	4	(2)
HCA	5	5	2
HGUGM	2	5	3
HGUV	(2)	(2)	5
HGCDrN	3	7	5
CHIC	(2)	4	8

- (1) El hospital empezó a funcionar a finales de 1997 por lo que hasta 1998 no se constituyó definitivamente la Comisión.
 (2) Certificado de la gerencia del hospital de que la Comisión de Mortalidad no se reunió a lo largo de este año.

Como se observa en el cuadro anterior, sólo en tres hospitales (H. Central de Asturias, H.G. Gregorio Marañón y H. de Gran Canaria) de los seis en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, la Comisión Clínica de Mortalidad se reunió durante los tres años analizados, aunque con diferente periodicidad.

En los seis hospitales estas Comisiones plantearon la necesidad de establecer un registro de mortalidad hospitalaria, de cumplimentar el informe de defunción y de implantar un sistema de información que permita conocer las defunciones producidas en las urgencias, de modo que se facilite y agilice el análisis de la mortalidad.

No obstante, en los seis hospitales la mortalidad se analizaba en términos de la mortalidad general producida en cada hospital y de la mortalidad producida en cada especialidad. Sólo en los hospitales H. de Gran Canaria y C.H. Juan Canalejo se realizaba un análisis específico de la mortalidad por patologías.

Hay que señalar que el único hospital que disponía de informes de mortalidad en los tres años analizados fue el H.G. Gregorio Marañón.

6.9 Análisis de las reclamaciones y felicitaciones relativas a las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular presentadas en las unidades de atención al paciente en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

El Tribunal de Cuentas ha analizado, en primer lugar, las reclamaciones presentadas en las unidades de Atención al Paciente relacionadas con la atención prestada por las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización y su gestión. En segundo lugar, ha realizado un análisis de las causas que motivaron la presentación de estas reclamaciones. Por último, se ha realizado un análisis de las «felicitaciones» (denominación utilizada por las gerencias de los hospitales para referirse a los agradecimientos puestos de manifiesto por los pacientes o sus familiares a través de las unidades de Atención al Paciente) presentadas relativas a la atención prestada por estas unidades asistenciales.

En todos los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización la información relativa a las reclamaciones y a las felicitaciones se ha obtenido de los informes que elaboraban las unidades de Atención al Paciente existentes en todos los hospitales, tal como establecen las normativas que regulan la estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales. Asimismo el Tribunal de Cuentas ha realizado una revisión de los expedientes de las reclamaciones presentadas relativas a unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular. Toda la información de reclamaciones y felicitaciones analizada corresponde a las

presentadas en las unidades de Atención al Paciente durante el año 1999.

6.9.1 Reclamaciones relativas a las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular.

El cuadro siguiente refleja el número de reclamaciones presentadas en las unidades de Atención al Paciente de los hospitales en relación con las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular, así como aquellas que habían sido contestadas o resueltas por los hospitales.

CUADRO 6.32

Reclamaciones relacionadas con las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular y su gestión. 1999

HOSPITAL	TOTAL RECLAMACIONES PRESENTADAS	RECLAMACIONES DE CARDIOLOGÍA		RECLAMACIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
		% RECLAMACIONES DE CARDIOLOGÍA / TOTAL RECLAMACIONES PRESENTADAS	% RECLAMACIONES RESUELTAS CARDIOLOGÍA/ RECLAMACIONES DE CARDIOLOGÍA	% RECLAMACIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR / TOTAL RECLAMACIONES PRESENTADAS	% RECLAMACIONES RESUELTAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR / RECLAMACIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
FHA	816	1,72	85,71	(1)	(1)
HCA	218	5,05	36,36	1,38	33,33
HGUGM	1.198	1,42	100	0,33	100
HGUV	818	2,93	41,67	0,49	50
HGCDrN	2.417	2,07	100	0,46	100
CHIC	1.572	0,76	91,67	0,38	83,33

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

Las reclamaciones presentadas en relación con la atención prestada por las unidades asistenciales de Cardiología en los hospitales representan porcentajes sobre el total de reclamaciones que oscilan desde el 0,76% del C.H. Juan Canalejo hasta el 5,05% correspondiente al H. Central de Asturias.

El número de reclamaciones presentadas en relación con la atención prestada por las unidades de Cardiología contestadas o resueltas por las unidades de Atención al Paciente de los respectivos hospitales presenta diferencias importantes. Así, las reclamaciones del H.G. Gregorio Marañón y del H. de Gran Canaria fueron contestadas o resueltas en su totalidad, mientras que en el H. Central de Asturias y en el H. General de Valencia no se contestaron o resolvieron ni siquiera el 50% de ellas.

Por su parte, las reclamaciones referidas a las unidades de la especialidad de Cirugía Cardiovascular en estos hospitales representan porcentajes que no exceden del 0,50% del total de reclamaciones, salvo en el H. Central de Asturias, donde esta cifra es del 1,38%.

El porcentaje de reclamaciones contestadas o resueltas por las unidades de Atención al Paciente de los hospitales en relación con la atención prestada por las respectivas unidades de Cirugía Cardiovascular es también muy distinto. Las unidades de Atención al Paciente del H.G. Gregorio Marañón y del H. de Gran Canaria contestaron o resolvieron la totalidad de estas reclamaciones referidas a las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular, frente al H. Central de Asturias y al H. General de Valencia, en donde sólo contestaron o resolvieron, respectivamente, el 33,33% y el 50% de estas reclamaciones.

A partir de la información contenida en los expedientes de reclamaciones el Tribunal de Cuentas ha realizado el análisis de las causas que motivaron la presentación de las reclamaciones. Para ello el Tribunal ha considerado las siguientes categorías de causas: demora en la asistencia a consulta externa, demora en intervención quirúrgica, demora en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, trato profesional del personal sanitario (facultativo y no facultativo) y otras causas (deficiencias en vigilancia de enfermos, alimentación, seguridad, hie-

ne, normativa de visitas, pérdida de información clínica, etc.). A partir de la información contenida en los expedientes se han obtenido datos de la importancia relativa de cada causa sobre el total de estas reclamaciones, y por lo tanto de su incidencia.

El cuadro siguiente recoge las diferentes causas que motivaron las reclamaciones recibidas en las unidades de Atención al Paciente referidas a las unidades asistenciales de Cardiología, de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

CUADRO 6.33

Resultado del análisis de las causas que motivaron las reclamaciones relacionadas con las unidades asistenciales de la especialidad de cardiología. 1999

HOSPITAL	CAUSAS DE LAS RECLAMACIONES DE CARDIOLOGÍA (%)				
	DEMORA EN CONSULTAS EXTERNAS	DEMORA QUIRÚRGICA	DEMORA EN PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	TRATO PROFESIONAL	OTRAS CAUSAS
FHA	85,71	(1)	0	7,14	7,14
HCA	9,09	18,18	36,36	9,09	27,27
HGUGM	35,29	0	5,88	5,88	52,94
HGUV	16,67	16,67	4,17	41,67	20,83
HGCDrN	66	10	6	6	12
CHIC	75	0	0	16,67	8,33

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

Con carácter general, la demora en la atención en consultas externas es la principal causa de las reclamaciones presentadas en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización en relación con las unidades de Cardiología, motivando en el caso de la Fundación H. Alcorcón hasta el 85,71% de estas reclamaciones.

Otra causa importante de reclamación es el trato profesional dado a los pacientes por parte del personal sanitario, que en el caso del H. General de Valencia supone el motivo del 41,67% de las reclamaciones presentadas en relación con la unidad de Cardiología de este hospital.

Destaca asimismo que en el H. Central de Asturias el 36,36% de las reclamaciones referidas a la unidad de Cardiología se presentaron por demora en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, siendo ésta la causa más importante de reclamación en este hospital.

El cuadro siguiente recoge las diferentes causas que motivaron las reclamaciones recibidas en las unidades de Atención al Paciente referidas a las unidades asistenciales de Cirugía Cardiovascular de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

CUADRO 6.34

Resultado del análisis de las causas que motivaron las reclamaciones relacionadas con las unidades asistenciales de la especialidad de cirugía cardiovascular. 1999.

HOSPITAL	CAUSAS DE LAS RECLAMACIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (%)			
	DEMORA EN CONSULTAS EXTERNAS	DEMORA QUIRÚRGICA	TRATO PROFESIONAL	OTRAS CAUSAS
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	0	100	0	0
HGUGM	0	25	0	75
HGUV	25	50	0	25
HGCDrN	18,18	63,64	9,09	9,09
CHIC	0	50	0	50

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

La causa más importante de reclamación a las unidades de Cirugía Cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización se encuentra en la demora de la intervención quirúrgica, que en el caso del H. Central de Asturias alcanza al 100% de las reclamaciones de la unidad asistencial de esta especialidad.

El 18,18% de las reclamaciones de la unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular del H. de Gran Canaria y el 25% de las del H. General de Valencia se produjeron por demora en la atención en consultas externas.

Hay que resaltar que el 75% de las reclamaciones del H.G. Gregorio Marañón y el 50% de las del C.H. Juan Canalejo se deben a otras causas distintas de las anteriores.

El Tribunal de Cuentas ha realizado un análisis de las reclamaciones presentadas en las unidades de Atención al Paciente en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización relacionadas con las unidades asistenciales de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular en relación con la población de referencia, las altas producidas en cada una de las especialidades y las intervenciones quirúrgicas. Los resultados se observan en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.35

Análisis de las reclamaciones relacionadas con las unidades asistenciales de las especialidades de cardiología y de cirugía cardiovascular en relación con la población de referencia, las altas y las intervenciones quirúrgicas. 1999

HOSPITAL	RECLAMACIONES DE CARDIOLOGÍA		RECLAMACIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		
	RECLAMACIONES / 100.000 HABITANTES	RECLAMACIONES / 1.000 ALTAS CARDIOLOGÍA	RECLAMACIONES / 100.000 HABITANTES	RECLAMACIONES / 1.000 ALTAS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	RECLAMACIONES / 100 INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
FHA	6,90	17,54	(1)	(1)	(1)
HCA	3,50	2,73	0,28	6,93	0,61
HGUGM	2,67	4,28	0,63	4,33	0,86
HGUV	4,29	12,65	0,30	10,55	1,02
HGCDrN	11,09	27,34	2,44	33,95	6,71
CHJC	2,32	6,34	1,16	3,60	0,89

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

Los indicadores calculados en relación con las reclamaciones de Cardiología y de Cirugía Cardiovascular presentadas a las unidades de Atención al Paciente de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, no presentan valores muy elevados, salvo en el H. de Gran Canaria. Así, el número de reclamaciones de Cardiología por cada 1.000 altas de esta especialidad oscila desde 2,73 en el H. Central de Asturias a 17,54 en la Fundación H. Alcorcón, con la excepción del H de Gran Canaria, donde este indicador alcanza el valor de 27,34.

Por su parte, los valores del indicador de número de reclamaciones de Cirugía Cardiovascular por cada 1.000 altas de esta especialidad, al margen del elevado valor de 33,95 que presenta en el H. de Gran Canaria,

oscilan en los hospitales entre 3,60 y 10,55, cifras correspondientes, respectivamente, al C.H. Juan Canalejo y al H. General de Valencia.

Asimismo, destaca que el valor del indicador de número de reclamaciones de Cirugía Cardiovascular por cada 100 intervenciones de esta especialidad correspondiente al H. de Gran Canaria es de 6,71, muy superior al que presentan el resto hospitales, que se sitúa en torno a la unidad.

La diferencia del H. de Gran Canaria con respecto al resto de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, se debe en parte a que la gerencia de este hospital desarrolla una política específica para facilitar las reclamaciones de los pacientes.

6.9.2 Felicitaciones relativas a las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular.

Como se ha indicado al principio de este apartado, el Tribunal de Cuentas ha analizado también las felicitaciones presentadas en las unidades de Atención al Paciente en relación con la atención prestada por las unidades asistenciales de Cardiología y de

Cirugía Cardiovascular de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. En dos de los hospitales, H. Central de Asturias y H. General de Valencia, las unidades de Atención al Paciente no disponían de información relativa a las felicitaciones.

Los resultados de este análisis se expresan en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.36

Felicitaciones relacionadas con las unidades asistenciales de cardiología y de cirugía cardiovascular. 1999

HOSPITAL	TOTAL FELICITACIONES HOSPITAL	% FELICITACIONES A CARDIOLOGÍA / TOTAL FELICITACIONES	% FELICITACIONES A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR / TOTAL FELICITACIONES
FHA	43	6,98	(1)
HCA	(2)	(2)	(2)
HGUGM	97	3,09	3,09
HGUV	(2)	(2)	(2)
HGCDrN	60	21,67	1,67
CHJC	75	1,33	1,33

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) El Hospital carecía de esta información.

El porcentaje de las felicitaciones recibidas en las unidades de Atención al Paciente referidas a la atención prestada por las unidades asistenciales de Cardiología sobre el total de felicitaciones presenta diferencias muy importantes en los hospitales, ya que su valor oscila desde el 1,33% del C.H. Juan Canalejo al 21,67% del H. de Gran Canaria. Asimismo, el menor valor del porcentaje de felicitaciones a las unidades de Cirugía Cardiovascular sobre el total de felicitaciones (1,33%) corresponde al C.H. Juan Canalejo, siendo el mayor valor en este caso el del H.G. Gregorio Marañón (3,09%).

6.10 Análisis del consumo de fibrinolíticos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización.

Los fibrinolíticos son productos farmacéuticos de acción anticoagulante que se utilizan habitualmente en la fase precoz del IAM con el fin de evitar la progresión del trombo que lo origina. Su análisis facilita información sobre el principal producto farmacéutico utilizado en el tratamiento de esta patología y sobre su incidencia en el coste del IAM, por lo que el Tribunal de Cuentas ha considerado de interés realizar un análisis específico del consumo de estos productos farmacéuticos en los

hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización durante el año 1999.

Con el fin de conocer los fibrinolíticos autorizados en cada hospital, el Tribunal de Cuentas requirió a las gerencias de los seis hospitales la guía farmacoterapéutica utilizada en cada uno de ellos. Los seis hospitales disponían de ella. Sin embargo, según ha podido constatar el Tribunal de Cuentas no siempre coinciden los fibrinolíticos contenidos en las guías y los utilizados efectivamente en los hospitales. Así, se constató en el H. Central de Asturias, en el H.G. Gregorio Marañón y en el H. General de Valencia que utilizaban fibrinolíticos que no figuraban en la guía farmacoterapéutica del hospital. En el anexo 6.4 figuran los datos de la edición correspondiente a la guía farmacoterapéutica vigente en de cada uno de los hospitales, así como los datos comparativos de los fibrinolíticos contenidos en dichas guías y los efectivamente utilizados.

El análisis que resulta más interesante es el del gasto de fibrinolíticos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización, ya que estos datos muestran la importancia del gasto de los fibrinolíticos respecto del total de productos farmacéuticos y en relación con la población de referencia, con las altas de EAC y concretamente con las altas de IAM.

La gerencia del H. Central de Asturias certificó que los datos del consumo total de productos farmacéuti-

cos, y por tanto de fibrinolíticos, no estaban disponibles en su totalidad en el momento de realizar las pruebas de fiscalización debido a que la Farmacia del hospital se encontraba inmersa en un proceso de cambio del programa informático de gestión de la farmacia. La gerencia de este hospital aportó información incompleta correspondiente a parte del ejercicio 1999. Esta infor-

mación, si bien no puede ser utilizada por el Tribunal de Cuentas para analizar el gasto de fibrinolíticos, sí ha podido ser utilizada para determinar los precios de adquisición de estos productos farmacéuticos, cuyo análisis se realiza más adelante (v. cuadro 6.38).

Los resultados del análisis del gasto de fibrinolíticos se observan en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.37

Resultado del análisis del gasto de fibrinolíticos (en pesetas) en relación con el total de obligaciones reconocidas en el concepto de productos farmacéuticos, con la población de referencia, las altas de EAC y las altas de IAM. 1999

HOSPITAL	GASTO DE FIBRINOLÍTICOS	% GASTO DE FIBRINOLÍTICOS / GASTO TOTAL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	GASTO DE FIBRINOLÍTICOS / HABITANTE	GASTO DE FIBRINOLÍTICOS / ALTA DE EAC	GASTO DE FIBRINOLÍTICOS / ALTA DE IAM
FHA	11.679.721	2,58	57,56	6.439	52.142
HCA	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HGUGM	26.598.512	0,94	41,75	4.219	37.357
HGUV	22.475.831	3,03	40,21	6.328	51.432
HGCDrN	24.846.631	1,50	55,09	(2)	(2)
CHJC	24.848.981	0,85	48,09	3.620	30.490

(1) El Hospital no disponía del gasto total de productos farmacéuticos, y por tanto tampoco del gasto de fibrinolíticos, como consecuencia de un cambio en el programa informático de gestión de la farmacia del hospital.

(2) Hospital excluido de este análisis porque su CMBD era incompleto (v. 1.8.).

El gasto de fibrinolíticos sobre el total de gasto de productos farmacéuticos presenta un porcentaje que varía entre 0,85% en el C.H. Juan Canalejo y el 3,02% en el H. General de Valencia. Estos valores guardan relación con las altas de EAC e IAM producidas en cada uno de los hospitales (v. cuadro 6.3).

En relación con el gasto por habitante, es la Fundación H. Alcorcón la que presenta el consumo más elevado, con 57,56 pesetas, mientras que en el H. General de Valencia es con 40,21 pesetas el más bajo. El elevado consumo de la Fundación H. Alcorcón podría explicarse por ser este tipo de productos farmacéuticos una alternativa terapéutica utilizada en los hospitales que

no disponen de otros medios como son una unidad funcional de hemodinámica y una unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular. De igual forma, la Fundación H. Alcorcón presenta los valores más altos en los indicadores de gasto en relación con el número de altas de EAC y de IAM, aunque en estos casos es el C.H. Juan Canalejo el que presenta los valores más bajos.

Para completar el análisis del gasto de los fibrinolíticos en los hospitales, el Tribunal de Cuentas ha analizado los precios medios facturados por los laboratorios farmacéuticos de determinados principios activos y sus presentaciones comerciales. Los resultados de este análisis se muestran en el cuadro siguiente:

CUADRO 6.38

Resultados del análisis de los precios medios (en pesetas) de fibrinolíticos. 1999

PRINCIPIO ACTIVO	DENOMINACIÓN COMERCIAL	LABORATORIO	FHA	HCA	HGUGM	HGUV	HGCDrN	CHJC
ALTEPLASA	ACTILYSE	BOEHRINGER INGEL	86.652,28	86.122,38	87.898,35	87.880	83.745,05	86.034,13
ANISTREPLASA	IMINASE	MADAUS				100.048		
ESTREPTOQUINASA	STREPTASE 750.000	HOECHTIS MARION ROUSSEL	6.134,31	5.980,50	6.229,07	6.362,83		6.235,57

PRINCIPIO ACTIVO	DENOMINACIÓN COMERCIAL	LABORATORIO	FHA	HCA	HGUGM	HGUV	HGCDrN	CHJC
ESTREPTOQUINASA	KABIQUINASE 250.000	PHARMACIA & UPJOHN			2.167		2.105,13	
HALURONIDASA	WYDASE ME	(1)		1.228				
REPTPLASA	RAPILYSIN	ROCHE	84.007,55	78.043,41		84.538,85		
UROQUINASA	UROQUIDAN 100.000	SERONO	9.159,49	9.560,10	7.179,43		8.373,84	8.098,86
UROQUINASA	UROQUIDAN 250.000	SERONO		12.800,57	13.093,05		14.294,55	17.116,07
UROQUINASA	UROKINASE 100.000	VEDIM PHARMA		7.970,14	7.175,91	8.993,90		
UROQUINASA	UROKINASE 250.000	VEDIM PHARMA		16.420,43		20.384		
UROQUINASA	ABBOKINASE 250.000	ABBOT		13.045,76				

(1) No consta el nombre del laboratorio farmacéutico.

Como se puede observar en el cuadro anterior, los precios medios de los fibrinolíticos consumidos en los hospitales muestran diferencias muy importantes, tanto en el precio medio por principio activo como por denominación comercial.

• Se aprecian diferencias muy importantes en los precios medios por principio activo:

— La anistreplasa, que sólo utiliza el H. General de Valencia, presenta un precio medio muy superior a los del resto de fibrinolíticos, de 100.048 pesetas.

— La estreptoquinasa presenta variaciones que oscilan entre 2.105,13 pesetas del laboratorio Pharma & Upjohn y 6.362,83 pesetas del laboratorio Hoechts Marion Roussel.

— La uroquinasa, en su presentación de 100.000 unidades del laboratorio Serono, presenta precios más elevados que la de Vedim Pharma. Sin embargo, la presentación de 250.000 unidades de Serono presenta precios más bajos que la uroquinasa de Abbot, con un precio medio de 13.046 pesetas, y ambas más bajo que la uroquinasa de Vedim Pharma.

• Se aprecian diferencias, algunas muy importantes, en el precio medio pagado por los hospitales por el mismo principio activo con igual denominación comercial, sin razones que las avalen:

— El precio medio del streptase varía hasta un 6,39%; en el H. Central de Asturias es de 5.980,50

pesetas, mientras que en el H. General de Valencia es de 6.362,83 pesetas.

— El precio medio del uroquidán 100.000 varía hasta un 33%, oscilando entre 7.179,43 pesetas en el H.G. Gregorio Marañón y 9.560,10 pesetas en el H. Central de Asturias.

— El precio medio del uroquidán 250.000 más bajo es el del H. Central de Asturias, 12.800,57 pesetas, mientras que el precio pagado por el C.H. Juan Canalejo, 17.116,07 pesetas es un 33,7% más caro.

— El precio medio del urokinase 100.000 más bajo es el pagado por el H.G. Gregorio Marañón, 7.175,91 pesetas, superado en un 25,3% por el más alto, de 8.993,90 pesetas, del H. General de Valencia.

— El precio medio más bajo del urokinase 250.000 es el pagado por el H. Central de Asturias, 16.420,43 pesetas, siendo el del H. General de Valencia, 20.384 pesetas, un 24% más caro.

En los cuadros 1 y 2 del anexo 6.5 se pueden observar, respectivamente, el porcentaje de gasto de cada fibrinolítico en relación con el gasto total de fibrinolíticos de cada hospital y el número de unidades consumidas de cada fibrinolítico en relación con el número total de unidades consumidas de estos productos farmacéuticos en cada hospital.

Madrid, a 29 de mayo de 2003.—El Presidente del Tribunal de Cuentas, **Ubaldo Nieto de Alba**.

ANEXOS

Índice de anexos

- Anexo 1.1 Diagnósticos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones sobre el aparato cardiovascular. CIE-9-MC
- Anexo 1.2 Procedimientos utilizados con más frecuencia en los hospitales para el diagnóstico y tratamiento del IAM
- Anexo 1.3 Denominación de las consejerías competentes en materia sanitaria en el gobierno de cada una de las comunidades autónomas de la muestra y de sus respectivos servicios de salud. 1997-2001 .
- Anexo 1.4 Altas y estancias hospitalarias, estancia media y defunciones de EAC e IAM en las comunidades autónomas de la muestra
- Anexo 1.5 Altas y estancias hospitalarias, estancia media y defunciones de EAC e IAM en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- Anexo 2.1 Análisis de la documentación entregada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de planificación sanitaria
- Anexo 2.2 Normativa aplicable en las Comunidades Autónomas de la muestra en relación con los Planes de Salud. Periodo 1997-2001
- Anexo 2.3 Objetivos generales de los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas de la muestra. objetivos específicos de atención sanitaria de las EAC y de sus factores de riesgo contenidos en los planes
- Anexo 2.4 Programas y proyectos implantados en las Comunidades Autónomas de la muestra en relación con la atención sanitaria de las EAC. Periodo 1997-2393
- Anexo 2.5 Documentos de formalización de los pactos de objetivos concertados entre el insalud o las consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas de la muestra y las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. periodo 1997-1999
- Anexo 2.6 Objetivos específicos de atención de las EAC de las especialidades de cardiología y cirugía cardiovascular contenidos en los pactos de objetivos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Periodo 1997-1999
- Anexo 3.1 Unidades asistenciales, unidades funcionales y áreas asistenciales analizadas en la fiscalización
- Anexo 3.2 Técnicas especiales del área diagnóstica y terapéutica incluidas en la cartera de servicios de la especialidad de cardiología y fuentes de información utilizadas por el Tribunal de Cuentas para su análisis en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- Anexo 3.3 Tipos de intervención incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de cirugía cardiovascular y fuentes de información utilizadas por el Tribunal de Cuentas para su análisis en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- Anexo 3.4 Recursos humanos de los hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra y de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- Anexo 3.5 Tiempos estándar de referencia utilizados en el análisis de productividad de los recursos humanos y de utilización de los recursos materiales
- Anexo 3.6 Altas de EAC, de IAM y altas de las unidades asistenciales de cardiología y cirugía cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- Anexo 4.1 Recursos materiales de los hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra y de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- Anexo 5.1 Información relativa a los GDR 121, 122 y 123
- Anexo 6.1 Actividad en el área asistencial de hospitalización
- Anexo 6.2 Actividad en las áreas asistenciales de consultas externas y diagnóstica y terapéutica de cardiología y quirúrgica y de trasplantes de cirugía cardiovascular
- Anexo 6.3 Altas por defunción
- Anexo 6.4 Guías farmacoterapéuticas de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización
- Anexo 6.5 Porcentaje de gasto de cada fibrinolítico

ANEXO 1.1

Diagnósticos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones sobre el aparato cardiovascular. CIE-9-MC

DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	INTERVENCIONES SOBRE EL APARATO CARDIOVASCULAR
FIEBRE REUMÁTICA AGUDA	88.4.- ARTERIOGRAFÍA CON EMPLEO DE MATERIAL DE CONTRASTE	35.- OPERACIONES SOBRE VÁLVULAS Y TABIQUES DEL CORAZÓN
ENFERMEDAD CARDIACA REUMÁTICA CRÓNICA	88.5.- ANGIOCARDIOGRAFÍA CON EMPLEO DE MATERIAL DE CONTRASTE	36.- OPERACIONES SOBRE VASOS CARDIACOS
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	88.6.- FLEBOGRAFÍA	37.- OTRAS OPERACIONES SOBRE CORAZÓN Y PERICARDIO
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	88.7.- ULTRASONIDOS DIAGNÓSTICOS	37.5.- TRASPLANTE DE CORAZÓN
410.- INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	88.8.- TERMOGRAFÍA	38.- INCISIÓN, EXCISIÓN Y OCLUSIÓN DE VASOS
411.- OTRAS FORMAS AGUDAS Y SUBAGUDAS DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	88.9.- OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES	39.- OTRAS OPERACIONES SOBRE VASOS
412.- INFARTO ANTIGUO DE MIOCARDIO	89.4.- PRUEBAS DE ESTRÉS CARDIACO Y COMPROBACIONES DE MARCAPASOS	
413.- ANGINA DE PECHO	89.5.- OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS CARDIACOS Y VASCULARES NO QUIRÚRGICOS	
414.- OTRAS FORMAS DE ENFERMEDADES CARDIACAS ISQUÉMICAS CRÓNICAS	89.6.- MONITORIZACIÓN CIRCULATORIA	
ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR	92.0.- GAMMAGRAFÍA Y ESTUDIOS FUNCIONALES	
OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD CARDIACA	93.3.- OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE FISIOTERAPIA	
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	99.0.- TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	
ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS, ARTERIOLAS Y CAPILARES	99.6.- INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	
ENFERMEDADES DE VENAS Y LINFÁTICOS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	99.6.- CONVERSIÓN DEL RITMO CARDIACO	

ANEXO 1.2

Procedimientos utilizados con más frecuencia en los hospitales para el diagnóstico y tratamiento del IAM

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	
ECOCARDIOGRAFÍA	<p>Constituye el procedimiento de elección para el estudio de la anatomía y función cardíacas y se ha convertido en el más utilizado para el diagnóstico y seguimiento en la mayoría de las cardiopatías. Las principales ventajas de este procedimiento son su rapidez, su amplia disponibilidad, la excelente relación coste/beneficio que ofrece y su carácter no invasivo. Se realiza en dos modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De reposo: sin someter al corazón a ninguna exigencia de esfuerzo. - De esfuerzo o estrés: la exploración ecocardiográfica se realiza mientras se somete al corazón a un esfuerzo. Según la naturaleza de la provocación del esfuerzo se puede distinguir entre el generado por un ejercicio físico, realizado generalmente en un ergómetro de cinta o bicicleta, y aquél en el que el sobrerrequerimiento del corazón se produce por medio de un fármaco.
ERGOMETRÍA	<p>También conocido como "prueba de esfuerzo". Con este procedimiento se valora la respuesta cardíaca ante una exigencia física mediante un registro habitualmente electrocardiográfico. Esta prueba continúa siendo un procedimiento ampliamente utilizado en la valoración diagnóstica y en el pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica en estudio o ya conocida. Sin embargo, presenta limitaciones importantes en algunos subgrupos de pacientes que han favorecido el gran auge que en los últimos años han tenido en este campo las exploraciones con imagen, pues tanto la ecocardiografía como los isótopos radioactivos proporcionan información adicional inaccesible al electrocardiograma (ECG) de esfuerzo. Sin embargo, la prueba de esfuerzo va ampliando su campo de aplicación y es cada vez más utilizada en otros grupos de sujetos, tanto sanos (sedentarios, atletas, discapacitados) como enfermos con cardiopatías diferentes de la isquémica (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, cardiopatías congénitas...), aunque algunas de estas cardiopatías requieren más la monitorización del consumo de oxígeno (VO₂) que la monitorización del ECG.</p> <p>Las pruebas farmacológicas de esfuerzo con sustancias de perfusión miocárdica son también útiles en pacientes que no pueden hacer ejercicio.</p>

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	
MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA	<p>Se realiza fundamentalmente mediante dos procedimientos: el ambulatorio o holter y la telemetría, en la que los electrodos están conectados a un sistema emisor que envía la información a un sistema de registro a distancia. El uso de este último procedimiento está generalmente restringido a pacientes hospitalizados.</p> <p>El holter es el procedimiento diagnóstico más útil y fiable para el control y seguimiento del ritmo cardiaco a lo largo de una o varias jornadas para detectar posibles trastornos. Consiste en un sistema telemétrico por radiofrecuencia capaz de recoger y almacenar en una memoria todos los latidos cardiacos de un sujeto durante un periodo de 24 horas. Después esta información es transferida a un equipo de análisis por ordenador que desgrana los eventos registrados.</p>
CATERETERISMO CARDIACO	<p>Es un procedimiento en el que se introduce un catéter flexible a lo largo de las venas o las arterias hasta el interior del corazón y vasos contiguos con el fin de obtener datos diagnósticos y efectuar procedimientos terapéuticos.</p> <p>El cateterismo puede ser diagnóstico (angiografía) y terapéutico (angioplastia). Son diversos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Cardiología que se realizan accediendo a las estructuras cardiacas mediante un sistema de catéteres. El cateterismo se realiza en los laboratorios de hemodinámica o salas de cateterismo, que cuentan con un equipo de rayos X que permite ver en todo momento lo que se está realizando en el interior del organismo y unos equipos que controlan constantemente durante el procedimiento el pulso, el electrocardiograma y la tensión arterial del paciente.</p>
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS	<p>El tratamiento integral de los pacientes con cardiopatía isquémica incluye intervenciones para mejorar el flujo coronario o reparar estructuras dañadas por episodios isquémicos y actividades preventivas, que van desde los cambios de hábitos de vida a modernas y potentes terapias farmacológicas que actúan sobre las concentraciones de colesterol o la agregación plaquetaria. La fibrinólisis, también llamada trombolisis, consiste en la administración de un agente trombolítico o fibrinolítico en la fase precoz de un IAM con el fin de evitar la progresión en la formación del trombo que lo origina. La administración puede ser intracoronaria, mediante cateterización selectiva, o bien endovenosa periférica, que es la forma más frecuente.</p>
CIRUGÍA CORONARIA	<p>La cirugía cardiovascular del IAM comprende las intervenciones sobre las arterias coronarias. Se han realizado múltiples estudios (estudios de cohortes, casos-control, ensayos clínicos) que describen y comparan la eficacia y la efectividad del tratamiento quirúrgico en diversas situaciones clínicas y anatómicas, y en relación con el tratamiento médico o la angioplastia coronaria. Este conocimiento permite realizar unas recomendaciones sobre la indicación de la cirugía coronaria en cada una de las situaciones anatomoclínicas que puede presentar un paciente con cardiopatía isquémica con diverso grado de evidencia científica. No obstante, la indicación en un paciente en concreto de una intervención es una decisión individualizada. Ésta debe basarse en una recomendación, pero adecuadamente matizada y adaptada a la particular situación de cada paciente en cada momento.</p> <p>Hay determinadas cardiopatías en las que su evolución y/o la falta de respuesta a otros tratamientos conduce a una situación de deterioro de la función del órgano que hace que el trasplante cardiaco sea la única solución.</p>

ANEXO 1.3

Denominación de las Consejerías competentes en materia sanitaria en el Gobierno de cada una de las comunidades autónomas de la muestra y de sus respectivos servicios de salud. 1997-2001

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CONSEJERÍA	SERVICIO DE SALUD
CAM	Sanidad y Servicios Sociales (hasta 8.7.1999)	Servicio Regional de Salud (hasta 25.12.2001)
	Sanidad (desde 9.7.1999)	Servicio Madrileño de la Salud (Sermas), Instituto Madrileño de la Salud (Im salud) e Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (Ispcm) (desde 26.12.2001)
CAV	Sanidad y Consumo (hasta 21.2.1997)	Servicio Valenciano de Salud (hasta 1.1.1994)
	Sanidad (desde 22.2.1997)	Agencia Valenciana de la Salud (desde 30.7.1999)
CAC	Sanidad y Consumo	Servicio Canario de la Salud (Sercasa)
CAG	Sanidad y Servicios Sociales	Servicio Gallego de Salud (Sergas)
CAPA	Servicios Sociales (hasta 22.7.1999)	Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa)
	Salud y Servicios Sanitarios (desde 23.7.1999)	

ANEXO 1.4

Altas y estancias hospitalarias, estancia media y defunciones de EAC e IAM en las comunidades autónomas de la muestra

CUADRO 1: ALTAS HOSPITALARIAS TOTALES Y ALTAS DE EAC E IAM EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TOTAL ALTAS	ALTAS EAC	ALTAS IAM (1)	% ALTAS EAC / TOTAL ALTAS	% ALTAS IAM (1) / TOTAL ALTAS	% ALTAS IAM (1) / ALTAS EAC
CAM	563.894	60.653	4.301	10,76	0,76	7,09
CAV	436.369	49.011	4.446	11,23	1,02	9,07
CAC	178.802	21.275	2.089	11,90	1,17	9,82
CAG	289.468	37.862	2.760	13,08	0,95	7,29
CAPA	116.708	17.846	1.427	15,29	1,22	8
TOTAL MUESTRA	1.585.241	186.647	15.023	11,77	0,95	8,05

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE de 1998.

(1) Incluye altas correspondientes solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

CUADRO 2: ESTANCIAS HOSPITALARIAS TOTALES Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS DE EAC E IAM EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TOTAL ESTANCIAS	ESTANCIAS EAC	ESTANCIAS IAM (1)	% ESTANCIAS EAC / TOTAL ESTANCIAS	% ESTANCIAS IAM (1) / TOTAL ESTANCIAS	% ESTANCIAS IAM (1) / ESTANCIAS EAC
CAM	4.747.485	637.479	54.427	13,43	1,15	8,54
CAV	3.158.210	425.990	44.693	13,49	1,42	10,49
CAC	1.707.249	266.513	23.494	15,61	1,38	8,82
CAG	2.971.181	412.344	34.340	13,88	1,16	8,33
CAPA	1.338.611	205.600	17.953	15,36	1,34	8,73
TOTAL MUESTRA	13.922.736	1.947.926	174.907	13,99	1,26	8,98

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE de 1998.

(1) Estancias producidas por las altas correspondientes solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

CUADRO 3: ESTANCIA MEDIA TOTAL Y ESTANCIA MEDIA DE EAC E IAM EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ESTANCIA MEDIA TOTAL	ESTANCIA MEDIA EAC	ESTANCIA MEDIA IAM (1)
CAM	8	11	13
CAV	7	9	10
CAC	10	13	11
CAG	10	11	12
CAPA	11	12	13
TOTAL MUESTRA	9	10	12

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE de 1998.

(1) Estancia media correspondiente solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

CUADRO 4: DEFUNCIONES TOTALES Y DEFUNCIONES DE EAC E IAM EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TOTAL DE DEFUNCIONES	DEFUNCIONES EAC	DEFUNCIONES IAM (1)	% DEFUNCIONES EAC / TOTAL DEFUNCIONES	% DEFUNCIONES IAM (1) / TOTAL DEFUNCIONES	% DEFUNCIONES IAM (1) / DEFUNCIONES EAC
CAM	37.711	12.627	2.359	33,48	6,26	18,68
CAV	36.383	14.324	2.716	39,37	7,47	18,96
CAC	11.724	4.403	1.077	37,56	9,19	24,46
CAG	28.103	11.071	1.879	39,39	6,69	16,97
CAPA	12.259	4.381	981	35,74	8	22,39
TOTAL MUESTRA	126.180	46.806	9.012	37,09	7,14	19,25

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la Estadística de Defunciones según Causa de Muerte del INE de 1998.

(1) Incluye altas por defunción correspondientes solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

ANEXO 1.5

Altas y estancias hospitalarias, estancia media y defunciones de EAC e IAM en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

CUADRO 1: ALTAS HOSPITALARIAS TOTALES Y ALTAS DE EAC E IAM EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1998

HOSPITAL	TOTAL ALTAS	ALTAS EAC	ALTAS IAM (1)	% ALTAS EAC / TOTAL ALTAS	% ALTAS IAM (1) / TOTAL ALTAS	% ALTAS IAM (1) / ALTAS EAC
FHA	7.265	1.023	117	14,08	1,61	11,44
HCA	36.553	6.219	499	17,01	1,37	8,02
HGUGM	47.500	6.129	562	12,90	1,18	9,17
HGUV	21.950	3.572	300	16,27	1,37	8,40
HGCDiN	12.851	3.310	341	25,76	2,65	10,30
CHJC	40.047	6.385	582	15,94	1,45	9,12

Fuente: Base de datos del CMDB de 1998 aportada por el MSC.
(1) Incluye altas correspondientes solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

CUADRO 2: ESTANCIAS HOSPITALARIAS TOTALES Y ESTANCIAS HOSPITALARIAS DE EAC E IAM EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1998

HOSPITAL	TOTAL ESTANCIAS	ESTANCIAS EAC	ESTANCIAS IAM (1)	% ESTANCIAS EAC / TOTAL ESTANCIAS	% ESTANCIAS IAM (1) / TOTAL ESTANCIAS	% ESTANCIAS IAM (1) / ESTANCIAS EAC
FHA	31.603	6.609	961	20,91	3,04	14,54
HCA	362.606	65.921	5.865	18,18	1,62	8,90
HGUGM	477.375	75.571	7.946	15,83	1,66	10,51
HGUV	152.114	29.755	3.624	19,56	2,38	12,18
HGCDiN	154.341	41.408	3.977	26,83	2,58	9,60
CHJC	365.229	77.578	6.652	21,24	1,82	8,57

Fuente: Base de datos del CMDB de 1998 aportada por el MSC.
(1) Estancias producidas por las altas correspondientes solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

CUADRO 3: ESTANCIA MEDIA TOTAL Y ESTANCIA MEDIA DE EAC E IAM EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1998

HOSPITAL	ESTANCIA MEDIA TOTAL	ESTANCIA MEDIA EAC	ESTANCIA MEDIA IAM (1)
FHA	4,35	6,46	8,21
HCA	9,92	10,60	11,75
HGUGM	10,05	12,33	14,14
HGUV	6,93	8,33	12,08
HGCDiN	12,01	12,51	11,66
CHJC	9,12	12,15	11,43

Fuente: Base de datos del CMDB de 1998 aportada por el MSC.
(1) Estancia media correspondiente solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

CUADRO 4: DEFUNCIONES TOTALES Y DEFUNCIONES DE EAC E IAM EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1998

HOSPITAL	TOTAL DEFUNCIONES	DEFUNCIONES EAC	DEFUNCIONES IAM (1)	% DEFUNCIONES EAC / TOTAL DEFUNCIONES	% DEFUNCIONES IAM (1) / TOTAL DEFUNCIONES	% DEFUNCIONES IAM (1) / DEFUNCIONES EAC
FHA	300	87	16	29	5,33	18,39
HCA	1.068	252	37	23,60	3,46	14,68
HGUGM	2.284	628	76	27,50	3,33	12,10
HGUV	346	91	34	26,30	9,83	37,36
HGCDiN	822	216	29	26,28	3,53	13,43
CHJC	1.526	409	76	26,80	4,98	18,58

Fuente: Base de datos del CMDB de 1998 aportada por el MSC.
(1) Incluye altas correspondientes solamente al código 410 de la CIE-9-MC.

ANEXO 2.1

Análisis de la documentación entregada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de planificación sanitaria

CUADRO 1: MEDIDAS ESPECÍFICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO RECOGIDAS EN EL PLAN DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE 1995

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	ASISTENCIA Y FORMACIÓN	COORDINACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Consejo antitabaco. Diagnóstico y tratamiento precoz de la hipertensión arterial. Identificación precoz de los niveles altos de colesterol sérico. Recomendaciones dietéticas saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de respuesta adecuado. Desarrollo de medidas de evacuación que garanticen la asistencia hospitalaria inmediata a pacientes con cardiopatía isquémica. Facilitar la rehabilitación. Facilitar la formación a los profesionales en el manejo de estos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación sanitaria entre APS y AE. Colaboración intersectorial en la promoción y mantenimiento de hábitos saludables de vida, especialmente en los medios escolar y laboral.

CUADRO 2: OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD (PAPPS) Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> Estimular la calidad asistencial en los centros de atención primaria del Estado, integrando un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. Detectar las dificultades que genere su implantación, así como identificar las necesidades de personal e infraestructura precisas para llevarlo a la práctica. Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos, en base a las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación de las actividades preventivas. Promover la investigación sobre la prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> Para orientar la prevención cardiovascular en atención primaria es importante tener en cuenta el riesgo cardiovascular, más que considerar aisladamente cada uno de los factores de riesgo, e incluir tanto la prevención primaria como secundaria de las EAC. Establecer prioridades de actuación, que por orden decreciente de importancia son: <ol style="list-style-type: none"> Pacientes con enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica u otra enfermedad vascular arteriosclerótica ya conocida. Pacientes con un riesgo cardiovascular alto: riesgo igual o superior al 20% de sufrir una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años. Pacientes con un riesgo cardiovascular moderado: presentan alguno de los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus) y un riesgo cardiovascular inferior al 20% en los próximos 10 años. Pacientes con un riesgo cardiovascular bajo: no presentan ninguno de los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión).

ANEXO 2.2

Normativa aplicable en las comunidades autónomas de la muestra en relación con los planes de salud. Período 1997-2000

CUADRO 3: OBJETIVOS GENERALES, SUBPROGRAMAS, LÍNEAS DE EJECUCIÓN EN RELACIÓN CON LAS EAC Y PRESUPUESTO DEL PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIO DE PROMOCIÓN, INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y FORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

OBJETIVOS GENERALES	SUBPROGRAMAS	LÍNEAS DE EJECUCIÓN EN RELACIÓN CON LAS EAC	PRESUPUESTO
<p>1. Fomentar la "promoción de la salud" en los Estados miembros apoyando las acciones de cooperación.</p> <p>2. Incentivar la adopción de modos de vida y de comportamientos sanos.</p> <p>3. Favorecer el conocimiento de los factores de riesgo o de los aspectos favorables a la salud</p> <p>4. Favorecer los planteamientos intersectoriales y pluridisciplinarios de promoción de la salud teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas y de entorno físico necesarias para la salud del individuo y de la colectividad, especialmente para los grupos desfavorecidos.</p>	<p>A. Estrategias y estructura de promoción de la salud.</p> <p>B. Acciones específicas de prevención y promoción de la salud.</p> <p>C. Información sobre la salud.</p> <p>D. Educación para la salud.</p> <p>E. Formación profesional en materia de Salud Pública y de promoción de la salud.</p>	<p><u>1997:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de recomendaciones para la dieta sana europea. - Creación de un grupo de expertos en peso corporal. - Iniciar un debate sobre las intervenciones en materia cardiovascular. - Aplicación de estrategias para el ejercicio físico. <p><u>1998:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de acciones de alimentación sana. - Desarrollo de acciones de intervención sobre peso corporal. - Organizar una conferencia sobre nutrición y salud. - Apoyo a la iniciativa europea de salud cardíaca. - Apoyo al programa de vigilancia de la salud. - Fomento del ejercicio físico. <p><u>1999:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proponer recomendaciones sobre una alimentación sana. - Apoyo al programa de peso corporal . - Establecimiento de lazos firmes para la colaboración transfronteriza, intercambio de experiencias en salud cardíaca. - Fomento del ejercicio físico. 	<p>Total programa: 35 millones de euros.</p> <p>En cada ejercicio de duración del programa se realiza una convocatoria en el DOCE.</p> <p>La participación de los Estados miembros en el programa está regulada por el Comité del Programa, al que la Comisión Europea presenta un programa anual sobre las prioridades de acción para orientar a los candidatos a la realización de proyectos sobre las áreas de trabajo preferentes.</p>

C.A.	NORMA	ÓRGANO ADMINISTRATIVO RESPONSABLE Y COMPETENCIAS
CAM ¹	<p>Orden 516/1992, de 20 de julio (B.O.C.M. de 28 de julio), de creación y constitución de la Comisión Regional del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid.</p> <p>Decreto 40/1995, de 20 abril (B.O.C.M. n.º 106, de 5 de mayo), por el que se aprueba el Plan de Salud de la Comunidad.</p> <p>Decreto 262/1995, de 19 de octubre (B.O.C.M. n.º 255, de 26 de octubre), de estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.</p> <p>Decreto 5/1998, de 8 de enero, (B.O.C.M. n.º 16, de 20 de enero), por el que se modifica parcialmente el Decreto 262/1995, de 19 de octubre, de estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.</p> <p>Decreto 22/2000, de 10 de febrero (B.O.C.M. de 22 de febrero), por el que se aprueba la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.</p> <p>Orden 491/97, de 21 de febrero (B.O.C.M. de 19 de marzo) que crea la Comisión Mixta de evaluación del Plan de Salud de la CAM.</p>	<p><u>Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (hasta 20.01.1998):</u></p> <p>Formulación y ejecución de los Planes de Salud Pública para elevar el nivel de salud poblacional.</p> <p><u>Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (de 21.01.1998 a 22.02.2000):</u></p> <p>Formulación y ejecución de los Planes de Salud Pública para elevar el nivel de salud poblacional.</p> <p><u>Dirección General de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad (desde 23.02.2000):</u></p> <p>El diseño, propuesta y coordinación de la elaboración del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid, y del resto de herramientas de planificación sanitaria.</p> <p><u>Comisión Mixta de evaluación del Plan de Salud de la CAM:</u></p> <p>Emisión de un informe de evaluación, de carácter anual en el segundo trimestre de cada año, en el que se detallará el grado de cumplimiento del Plan de Salud y se analizará el impacto del Plan de Salud en la prestación de servicios sanitarios por el sistema público de la Comunidad de Madrid.</p>
CAV	<p>Ley 8/1987, de 4 de diciembre (D.O.G.V. n.º 724, de 16 de diciembre), de creación y regulación del Servicio Valenciano de Salud.</p> <p>Decreto 33/1997, de 26 de febrero (D.O.G.V. n.º 2.942, de 1 de marzo), de Reglamento Orgánico y Funcional de la Consejería de Sanidad y Consumo.</p> <p>Decreto 87/1999, de 30 de julio de 1999 (D.O.G.V. n.º 3.551, de 2 de agosto), por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consejería de Sanidad.</p> <p>Orden de 3 de enero de 2000 (D.O.G.V. n.º 3.666, de 14 de enero), del Consejero de Sanidad, por la que se desarrolla el Decreto 87/1999, de 30 de julio.</p>	<p><u>Consejería de Sanidad:</u></p> <p>La proposición al Consejo de la Generalitat del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.</p> <p><u>Consejero de Sanidad y Consumo (hasta 29.07.1999):</u></p> <p>Proposición al Consejo de la Generalitat del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.</p> <p><u>Dirección General para la Salud Pública de la Consejería de Sanidad (Desde 30.07.1999):</u></p> <p>Elaboración del Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, su seguimiento y evaluación.</p> <p><u>Oficina del Plan de Salud de la Consejería de Sanidad (desde 3.01.2000):</u></p> <p>El Plan de Salud.</p>

¹ No se incluye la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en vigor desde 26.12.2001, en cuyo artículo 9.1.d) se atribuye a la Consejería de Sanidad la aprobación del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma.

Objetivos generales de los Planes de Salud de las comunidades autónomas de las muestras. Objetivos específicos de atención sanitaria de las EAC y de sus factores de riesgo contenidos en los planes

ANEXO 2.3

COMUNIDAD AUTÓNOMA	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN SANITARIA DE LAS EAC Y DE SUS FACTORES DE RIESGO
CAM	<p>2. Otera Pública</p> <p>2.1. Salud pública</p> <p>2.1.2. Acciones en grupos etarios y de riesgo</p> <p>2.2: APS</p> <p>2.2.3. Programas protocolizados de promoción y prevención.</p> <p>2.3.6. Acciones frente a problemas específicos.</p>	<p>2.1.2 Coordinar las actividades de salud pública con las de APS (en 10 años).</p> <p>2.2.3. Programas protocolizados de promoción y prevención:</p> <p>Adulto y anciano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial. - Deshabilitación tabáquica. - Control del colesterol - Diabetes. <p>Otros grupos de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de enfermedades cardiovasculares. <p>2.3.6. Acciones frente a problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formación de grupos de expertos que delimitan la necesidades mínimas de equipamiento y camas de alta tecnología en: <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía cardíaca adultos e infantil. - Trasplante cardíaco adultos e infantil.
CAV (1)	<p>3) <u>Enfermedades cardiovasculares:</u></p> <p>3. Disminuir la mortalidad por ECV < de 65 años en un 15% (tasa 36/2) en 2000.</p> <p>4. Disminuir la mortalidad por E. Cerebrovasculares en un 25% (tasa 101/9) en 2000.</p> <p>5. Disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica en un 10% (tasa 66/2) en 2000.</p> <p>6. La población (35-65 años) con colesterol en sangre >250mg/dl debe ser <20% en 2000.</p> <p>7. Hipertensos controlados >50% en 2000.</p> <p>14) <u>Tabaco:</u></p> <p>48. El % de fumadores en la población >16 años debe ser <35% en hombres y <20% en mujeres.</p> <p>50. El % de fumadores profesionales sanitarios y docentes <20%.</p> <p>51. Disminución del % de personas que inician el hábito tabáquico entre los 11 y 18 años.</p>	<p>3.1. Estrategia poblacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difusión de hábitos alimentarios saludables. • Fomento del ejercicio. • Disminuir el consumo de tabaco. <p>3.2. Estrategias de alto riesgo: diagnóstico y control precoces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial. • Hipofibrinemia. • Tabaquismo. • Diabetes. <p>3.3 Estrategias de actuación intrasectorial e intersectorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homogeneización de los criterios asistenciales en todos los niveles de atención y coordinación de los programas y servicios de APS, AE y SP. • Mejora de atención a las situaciones de urgencia cardiovascular. • Coordinación intersectorial con Educación, Agricultura y Pesca, medios de comunicación, asociaciones, asociaciones ciudadanas, asociaciones ciudadanas. • 16.1. Actividades informativas:
CAC	<p>Ley 11/1994, de 26 de julio (B.O.C. n.º 96, de 5 de agosto), de Ordenación Sanitaria de Canarias.</p> <p>Decreto 322/1995, de 10 de noviembre (B.O.C. n.º 154, de 4 de diciembre), por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad y Consumo.</p> <p>Decreto 3/1997, de 21 de enero (B.O.C. n.º 41, de 31 de marzo), por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias</p>	<p><u>Consejería de Sanidad y Consumo:</u></p> <p>La elaboración del Plan de Salud de acuerdo con las directrices establecidas por el Gobierno de Canarias.</p> <p><u>Consejo Canario de Salud:</u></p> <p>Informar, con carácter previo a su aprobación, el anteproyecto del Plan de Salud de Canarias, sus revisiones y adaptaciones, y conocer el estado de su ejecución.</p> <p><u>Consejero de Sanidad y Consumo:</u></p> <p>Elevar a la consideración del Gobierno el Plan de Salud para su traslado al Parlamento de Canarias.</p> <p>Proponer al Gobierno de Canarias la aprobación del Plan de Salud, una vez que el Parlamento de Canarias se haya pronunciado.</p>
CAG	<p>Ley 1/1989, de 2 de enero (D.O.G. n.º 7, de 11 de enero), de creación del Servicio Gallego de Salud, modificada por la Ley 8/1991, de 23 de julio (D.O.G. n.º 157, de 19 de agosto).</p> <p>Decreto 63/1996, de 15 de febrero (D.O.G. n.º 41, de 27 de febrero) y Decreto 48/1998, de 5 de febrero (D.O.G. n.º 33, de 18 de febrero), que deroga al anterior, por los que se establece la estructura orgánica de los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.</p> <p>Decreto 64/1996, de 15 de febrero (D.O.G. n.º 41, de 27 de febrero) y Decreto 49/1998, de 5 de febrero (D.O.G. n.º 33, de 18 de febrero), que deroga al anterior, por los que se establece la estructura orgánica de los servicios centrales del Servicio Gallego de Salud.</p>	<p><u>Consejería de Sanidad y Servicios Sociales:</u></p> <p>Elaborar la planificación general sanitaria de Galicia y proponer al Consejo de la Xunta, para su aprobación, el Plan de salud de la Comunidad Autónoma.</p> <p><u>Consejo Gallego de Salud del Servicio Gallego de Salud:</u></p> <p>Conocer e informar el Plan Gallego de Salud antes de su elevación al Consejo de la Xunta de Galicia.</p> <p><u>Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales:</u></p> <p>Elaboración del plan de salud pública integrante del Plan de Salud.</p> <p><u>Consejo de Planificación de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales:</u></p> <p>Coordinar las actuaciones que conduzcan a la elaboración del plan de salud, que abarca los de salud pública y de asistencia sanitaria, su seguimiento y su complementación con el plan sociosanitario.</p> <p><u>Subdirección General de Planificación Sanitaria y Aseguramiento de la Secretaría General del Servicio Gallego de Salud:</u></p> <p>La elaboración del proyecto del plan de asistencia sanitaria integrante del Plan de Salud.</p>
CAPA	<p>Ley 1/1992, de 2 de julio (B.O.P.A. n.º 162, de 13 de julio), sobre creación del Servicio de Salud del Principado de Asturias.</p> <p>Decreto 39/1996, de 26 de julio (B.O.P.A. n.º 179, de 2 de agosto), por el que se regula la estructura orgánica de la Consejería de Servicios Sociales.</p> <p>Decreto 83/1999, de 11 de agosto (B.O.P.A. n.º 100, de 13 de agosto), por el que se regula la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.</p>	<p><u>Consejo de Gobierno del Principado de Asturias:</u></p> <p>Aprobar el Plan de Salud del Principado de Asturias, sin perjuicio de las competencias de la Junta General del Principado de Asturias.</p> <p><u>Consejo de Administración del Servicio de Salud:</u></p> <p>Elaborar planes y programas de actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias y elevarlos a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios para su posible integración en el Plan de Salud del Principado de Asturias.</p> <p>La elaboración del proyecto del Plan de salud del Principado de Asturias, así como la planificación, ordenación, programación y evaluación general de las actividades y servicios sanitarios.</p> <p><u>Consejería de Salud y Servicios Sanitarios:</u></p> <p>La elaboración del proyecto del Plan de salud del Principado de Asturias.</p> <p><u>Dirección Regional de Salud Pública (hasta 12.08.1999):</u></p> <p>Seguimiento y desarrollo del Plan de Salud del Principado de Asturias en colaboración con los órganos de planificación correspondientes.</p> <p><u>Dirección General de Salud Pública (desde 13.08.1999):</u></p> <p>La formulación, seguimiento, evaluación y actualización del Plan de Salud para Asturias en colaboración con los órganos de planificación correspondientes.</p> <p><u>Servicio de Promoción y Programas de Salud de la Dirección General de Salud Pública (desde 13.08.1999):</u></p> <p>El apoyo técnico a la elaboración, seguimiento, evaluación y actualización del Plan de Salud para Asturias.</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN SANITARIA DE LAS EAC Y DE SUS FACTORES DE RIESGO
	<p>52. Retrasar la edad media de inicio por encima de los 16 años.</p> <p>16) <u>Conductas saludables:</u></p> <p>57. Todos los ámbitos de la vida social y actividad deberán proporcionar oportunidades para la promoción de la salud.</p> <p>58. Incremento del personal sanitario en actividades de educación para la salud.</p> <p>59. Reducir un 10% la prevalencia en personas >15 años sedentarias.</p> <p>60. El % de mujeres >15 años que realicen algún tipo de deporte debe ser > 25%.</p> <p>61. Reducir la prevalencia de obesidad en la población >15 años en un 15%.</p> <p>62. Contribución de grasas al aporte energético diario < 30%, contribuyendo el porcentaje de grasas saturadas <10%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física. • Dieta mediterránea. <p>16.2. Actividades educativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. • Ejercicio. <p>16.4 Actividades asistenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso y obesidad.
CAC	<p>1) <u>Enfermedades cardiovasculares:</u></p> <p>1.1. Disminuir la mortalidad por cardiopatía isquémica en un 10% respecto a 1990 (tasa hombres: 97,3; tasa mujeres: 64).</p> <p>1.2. Disminuir la mortalidad por ECV en un 20% respecto a 1990 (tasa hombres:75; tasa mujeres: 60).</p> <p>4) Drogas y conductas adictivas.</p> <p>8) Salud materno-infantil.</p> <p>19 Alimentación y nutrición.</p>	<p><u>Objetivos de reducción del riesgo:</u></p> <p>1. Desarrollo en APS de un programa de diagnóstico precoz de los factores de riesgo para 1997.</p> <p>2. Desarrollar procedimientos de diagnóstico precoz de la hipertensión arterial en el 75% de los usuarios de APS y en el 85% de los servicios médicos de empresa para 1998.</p> <p>3. Mantener en tratamiento al menos al 75% de los hipertensos detectados para 2001.</p> <p>4. Controlar adecuadamente las cifras de tensión arterial al menos en el 50% de los hipertensos tratados.</p> <p>5. Al menos el 10% de la población >18 años debe realizar ejercicio físico isotónico durante al menos 30'/día, para 2001.</p> <p>6. Sólo el 15% de la población > 18 años tendrá cifras de colesterol >240 mg/dl para 2001.</p> <p>41. A partir de la aprobación del plan: potenciar el cumplimiento efectivo de la legislación vigente respecto a la prohibición de fumar en lugares públicos y promover acciones ante los organismos pertinentes para proteger los derechos de los no fumadores.</p> <p>42. A partir de la aprobación del plan, y con carácter anual, el Sercasa promoverá que al menos un 60% de las embarazadas atendidas abandonen el consumo de tabaco.</p> <p>43. Disminuir al 25% la prevalencia de fumadores en los trabajadores del Sercasa para el año 2001.</p> <p>44. Disminuir al 25% la prevalencia de fumadores en maestros y profesores para 2001.</p> <p>301. Potenciar el etiquetado nutricional de los productos alimentarios.</p> <p>302. Reducir el número de personas con hábitos alimentarios de riesgo para el año 2001.</p> <p>305. Reducir la tasa de población con índice de masa corporal >30.</p> <p><u>Objetivos de mejora en la oferta de servicios:</u></p> <p>7. Articular los mecanismos necesarios para que el 100% de los esfigmomanómetros de mercurio sean sometidos a un sistema de revisión y calibraje de forma periódica.</p>
COMUNIDAD AUTÓNOMA		<p>8. Articular los mecanismos necesarios para alcanzar, en el año 2001, los niveles de estandarización y control de calidad que permitan un máximo de variabilidad del 3% en las determinaciones de colesterol en el 50% de los laboratorios de la C.A.</p> <p>9. Para el primer semestre de 1997, el Sercasa habrá desarrollado protocolos de consenso y de líneas de actuación sobre el tratamiento anticoagulante en la enfermedad cerebrovascular de origen isquémico, así como tratamientos fibrinolíticos en el IAM.</p> <p>10. Para 1998, el Sercasa reducirá los traslados por enfermedad coronaria a través de la optimización progresiva de las unidades asistenciales.</p> <p>11. Para 1999, el Sercasa desarrollará un programa marco que coordine las actividades de prevención secundaria de las ECV entre los diferentes niveles asistenciales.</p> <p>12. Para el 2001, el Sercasa habrá incorporado en los hospitales de referencia la prestación de rehabilitación para las ECV.</p> <p>57. Antes de finalizar 1997, el Sercasa promoverá la introducción del consejo antitabáquico en todos sus niveles asistenciales, alcanzando al menos al 80% de los fumadores detectados en APS en el 2001.</p> <p>151. Para 1998, el Sercasa habrá desarrollado programas homogéneos de atención a la menopausia a aplicar complementariamente en los diferentes niveles asistenciales.</p> <p><u>Objetivos de formación y educación para la salud:</u></p> <p>13. A partir del primer trimestre de 1998, el Sercasa establecerá programas de formación estructurados y temporizados sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada dirigidas al personal médico que realiza asistencia continuada, con una cobertura del 15% anual.</p> <p><u>Objetivos de necesidades de información:</u></p> <p>14. El Sercasa monitorizará la morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.</p> <p>15. Antes de finalizar 1999, los centros de salud con más de un año de funcionamiento tendrán registrado en el 80% de las historias clínicas de la población de riesgo cardiovascular: consejo antitabáquico, consejo nutricional y consejo sobre ejercicio físico.</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN SANITARIA DE LAS EAC Y DE SUS FACTORES DE RIESGO
CAG	<p>1) <u>Enfermedades Cardiovasculares:</u></p> <p>1. Mantener la tendencia descendente de la tasa de mortalidad en menores <65 años.</p> <p>2. Aumentar la proporción de hipertensos diagnosticados y tratados en un 40%.</p> <p>3. Un 80% de los pacientes diagnosticados de hipertensión, controlados.</p> <p>4. Un 80% de la población gallega entre 35 y 65 años deberá mantener cifras de colesterol en sangre <220 mg/dl.</p> <p>5. La prevalencia de la hipercolesterolemia en la población deberá ser <25%.</p> <p>7) <u>Adicción y drogodependencias:</u></p> <p>26. Disminuir el porcentaje de fumadores habituales en un 10%.</p> <p>14) Diabetes mellitus.</p> <p>51) Deberá mantenerse una tendencia decreciente en la aparición de complicaciones tardías como son la mortalidad por isquemia cardíaca.</p>	<p><u>Lineas de acción hasta el año 2001:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a todos los padres acerca de la dieta adecuada que deben seguir sus hijos desde el nacimiento hasta finalizar la edad pediátrica, aprovechando los controles de puericultura establecidos en APS, de forma que se cubra el 90% de la población diana. • Promover actuaciones de educación para la salud en el medio escolar, fomentando la adopción de hábitos de vida saludables y el diseño de protocolos de menús escolares equilibrados, bajos en grasas y sal, y procurar que el consumo diario no sea >6 g/día. • Incrementar las acciones sobre la población adulta atendida en los centros de APS, promoviendo hábitos saludables. • Incrementar la intervención sobre la población adulta que acuda a los centros de APS, controlando la tensión arterial, los niveles de colesterol plasmático y ofreciendo la inclusión en programas de deshabituación tabáquica a los fumadores. • Establecer los protocolos de tratamiento y potenciar la formación continuada de los profesionales sanitarios de APS de forma que repercuta en el control de las personas diagnosticadas de hipertensión arterial e hipercolesterolemia. • Promover los sistemas de información que permitan evaluar la eficacia de las intervenciones tomadas a cualquier nivel asistencial. • Consensuar, entre los profesionales especializados, en el manejo de enfermos hospitalizados por IAM, angor pectoris y accidente cerebrovascular, y su seguimiento y tratamiento terciario. • Información a los escolares de educación primaria y secundaria, y a la población mayor de 16 años, acerca de los riesgos del consumo de tabaco a través del personal docente, medios de comunicación y asociaciones comunitarias. • Fomentar el diagnóstico precoz de las adicciones a través de los docentes, personal sanitario, la familia y medio laboral. • Potenciar los programas de deshabituación tabáquica a través de la APS. • Cumplimentación de la normativa vigente sobre el tabaco y difusión de la información orientada a proteger los derechos de los no fumadores. • Prevención en la aparición de obesidad, a nivel escolar, y la APS, promoviendo hábitos de vida saludables, sobre todo los relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. • Elaboración de guías que garanticen la correcta información tanto de los enfermos, acerca de su control y prevención de complicaciones, como de los familiares o personas que conviven con ellos habitualmente.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN SANITARIA DE LAS EAC Y DE SUS FACTORES DE RIESGO
CAPA	<p>1) <u>Reducir la mortalidad prematura:</u></p> <p>6. Reducir la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica en varones:</p> <p>Para 2005, disminuir la tasa de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica (45-65 años) en un 20% respecto a la media del periodo 1987-1990.</p> <p>2) <u>Reducir los problemas de salud prevenibles:</u></p> <p>18. Reducir la proporción de consumidores de tabaco entre jóvenes:</p> <p>Para 2010, la prevalencia de fumadores (16-24 años) en un 30% respecto a 1987.</p> <p>19. Reducir el consumo total de tabaco:</p> <p>Para 2010, reducir el n.º de cigarrillos/habitante/año en un 20% respecto a 1991.</p> <p>3) Reducir las desigualdades en salud.</p> <p>4) Reducir condiciones asociadas con mayor morbilidad y mortalidad.</p> <p>5) <u>Aumentar el conocimiento sobre problemas de salud relevantes:</u></p> <p>24. Conseguir una información fiable y suficiente respecto al consumo de tabaco:</p> <p>Para 2000, desarrollar los mecanismos y sistemas de información necesarios para el conocimiento del estado y la evolución del problema.</p> <p>Para 2005, tener información disponible.</p>	<p><u>Compromiso 2: Fomentar la elección de estilos de vida saludables:</u></p> <p>Linea de actuación 10: Desincentivar y restringir los patrones de conducta y consumo perjudiciales para la salud (propia y ajena).</p> <p>Estrategia 21: Reducir la disponibilidad y accesibilidad de opciones perjudiciales para la salud mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilización de medidas impositivas fiscales sobre productos nocivos y estableciendo impuestos diferenciales progresivos según contenido de las sustancias agresivas para la salud. <p>Estrategia 22: Restringir las oportunidades de los individuos para adoptar conductas que impliquen riesgo para la salud, especialmente cuando se pueda afectar a terceras personas, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitación del consumo de tabaco en centros públicos, laborales y transportes colectivos. <p>Estrategia 23: Reducir las presiones ejercidas para estimular la necesidad, la demanda y la utilización de productos o adopción de comportamientos perjudiciales, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitación o prohibición de la publicidad de productos o actividades con una clara repercusión negativa sobre la salud, así como la promoción mediante patrocinio de actividades con imagen social positiva. <p>Linea de actuación 11: Garantizar el cumplimiento de las medidas desarrolladas.</p> <p>Estrategia 24: Reforzar la vigilancia, control y sanción de las medidas de tipo normativo, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia y sanción de la venta de tabaco a menores y del consumo en centros docentes, transportes públicos y centros sanitarios. - Sanción del incumplimiento de la normativa de publicidad y patrocinio. - Reforzamiento del control y sanción de conductas de riesgo para la salud de otros individuos. <p>Estrategia 25: Desvincular a las Administraciones Públicas de los beneficios de actividades perjudiciales para la salud.</p> <p>Linea de actuación 12: Elaborar información relevante sobre aspectos que estén relacionados de modo importante con la salud, según los conocimientos técnicos y científicos del momento.</p> <p>Compromiso 3: Adecuar la respuesta de los servicios sanitarios a los nuevos tiempos.</p> <p>Linea de actuación 14: Comprometer a los servicios sanitarios con la resolución de los problemas más relevantes en el Área Sanitaria y la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad.</p> <p>Estrategia 38: Desarrollar actuaciones preventivas tendentes a reducir la morbilidad y la mortalidad por ECV y sus secuelas, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de un programa regional para la detección y control de hipertensos, diabéticos y personas con elevados niveles de colesterol. - Establecimiento de espacios en el sistema sanitario para el consejo antitabaco. - Desarrollo, en el marco de las urgencias, de un programa específico de atención al IAM: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de programas de rehabilitación de cardiopatía isquémica y postquirúrgica.

(1) "Plan de Salud en la Comunidad Valenciana. Documento base" entregado por el MSC.

ANEXO 2.4

Programas y proyectos implantados en las comunidades autónomas de la muestra en relación con la atención sanitaria de las EAC.
Período 1997-2000

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE / PERIODO DE DESARROLLO	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EJECUCIÓN
CAM	Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Año de aprobación: 1995 (No consta periodo de desarrollo)	Monitorizar en la población adulta la prevalencia y características de los factores de riesgo.	- Consumo de tabaco. - Consumo de alcohol. - Actividad física. - Alimentación. - Realización de dietas. - Realización de prácticas preventivas: tensión arterial, colesterol, citologías, exploración de mamas. - Uso del cinturón de seguridad. - Uso de casco en moto. - Accidentes. - Conocimiento prevención de cáncer y enfermedades cardiovasculares.	Entrevistas periódicas a la población general.
CAV	Plan de Prevención de enfermedades cardiovasculares. Año de aprobación: 1994 (No consta periodo de desarrollo)	Disminuir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de las personas en edades de riesgo, interviniendo sobre los factores de riesgo modificables conocidos: <ul style="list-style-type: none"> Hipertensión. Dislipemia, tabaco. Sedentarismo. Alcohol. Diabetes. 	1. Difusión de la dieta mediterránea. 2. Reducir en los próximos dos años el porcentaje de fumadores en los profesionales sanitarios y docentes en un 5 y un 10%, respectivamente. 3. Reducir en los próximos dos años el número de fumadores en la población general en un 5%. 4. Disminuir el porcentaje de personas que inician el hábito tabáquico en el grupo de edad de 11-18 años y conseguir que la edad media de inicio >16 años, en los próximos dos años. 5. Conseguir mediante la estimulación del ejercicio físico que el número de personas sedentarias disminuya un 20% en los próximos dos años. 6. Incrementar en un 20% los pacientes hipertensos diagnosticados y tratados. 7. Incrementar en un 15% el número de hipertensos cuyas cifras tensionales estén controladas. 8. Incrementar en un 15% el número de pacientes hiperlipémicos diagnosticados y tratados. 9. Implantación del programa de detección y tratamiento precoz de hiperlipemias en el ámbito de la APS. 10. Mejorar la atención a las urgencias en la fase prehospitalaria. 11. Mejorar el grado de conocimiento sobre los costes imputables a las ECV.	Estrategias en la población general: <ul style="list-style-type: none"> Programa de disminución del consumo de tabaco. Programa de mejora de los hábitos alimenticios. Programa de mejora del ejercicio físico. Estrategias en población de alto riesgo: <ul style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial. Dislipemias. Acciones sobre el paciente fumador. Educación sanitaria para personas con factores de riesgo y enfermos crónicos.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE / PERIODO DE DESARROLLO	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EJECUCIÓN
CAC	Programa de Prevención y Control de los Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) 1996-2001	Herramienta de trabajo para los equipos de APS que permita una intervención preventiva y educativa sobre los factores de riesgo en su conjunto : <ol style="list-style-type: none"> Disminución del riesgo cardiovascular de la población adulta mediante el control y seguimiento integrado de los factores de riesgo que inciden en las enfermedades cardiovasculares. Disminución de la mortalidad por CI en un 10%. Disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en un 20%. 	1.1. Calcular el riesgo cardiovascular en la población de la Zona Básica de Salud e incluir en el programa de atención FRCV. 1.2. Controlar y seguir periódicamente a los usuarios según el riesgo cardiovascular. 1.3. Promocionar estilos de vida cardiosaludables.	Establece unas estrategias preventivas en el ámbito de la prevención primaria agrupándolas en dos bloques: <ul style="list-style-type: none"> Estrategia poblacional. Estrategia individual.
CAG	Mejora de la atención a los pacientes con infarto y otros síndromes coronarios agudos en Galicia. (Meiga) Fecha de aprobación: 18/enero de 2000 (No consta periodo de desarrollo general sino según proyecto concreto)	Combatir las enfermedades cardiovasculares en general y la cardiopatía isquémica en particular y lograr una mejoría en la calidad de vida.	Marco en el que se integren todas las actividades que se desarrollen en la C.A. en el futuro, orientadas a la mejor atención y/o conocimiento de los pacientes que sufren IAM y síndromes coronarios agudos. Integra tanto proyectos institucionales como individuales de suficiente alcance.	1. Estudio de los análisis de las demoras en la atención al IAM. 2. RIGA 2000: panel de discusión formado por expertos de diferentes estratos para el desarrollo de recomendaciones en base al conocimiento de la situación de las enfermedades cardiovasculares. 3. Mejora de la cadena de supervivencia que incluye todo el apartado de accesibilidad de desfibriladores y desfibrilación por personal no médico. Análisis de las dos bases de datos existentes. 4. Análisis de la actividad de los hospitales gallegos a través del CMBD. 5. Análisis de la actividad en sala de hemodinámica en los hospitales gallegos. 6. Análisis de la situación de la estimulación cardiaca en Galicia.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE / PERIODO DE DESARROLLO	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EJECUCIÓN
				<p>7. El proyecto Alerta Corazón, consistente en que el 061 pueda disponer de mejor información de los pacientes que han sufrido una crisis isquémica a través de la vinculación a los servicios de documentación de los hospitales.</p> <p>8. Ensayo Gracia, o estrategia del día después, para los pacientes que han sufrido una crisis isquémica y se les ha administrado trombolisis.</p> <p>9. Estudio de la conveniencia y viabilidad de la repercusión farmacología prehospitalaria de los síndromes coronarios agudos.</p>
CAG	Programa Integrado de Adulto-Anciano	<p>Contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular</p> <p>Contribuir a disminuir la morbilidad y la mortalidad por ECV y asma-EPOC.</p> <p>Contribuir a disminuir el número de incapacidades por ECV y asma-EPOC.</p> <p>Contribuir a aumentar los conocimientos sobre FRCV, enfermedad cardiovascular, asma, EPOC en la población general.</p> <p>Contribuir a mejorar la calidad de vida del anciano e incapacitados prestando una asistencia integral e interdisciplinar.</p>	<p>1. Conseguir al menos una cobertura del 10% de población adulta-anciana en 1996, del 35% en 1997, del 60% en 1998 y del 85% en 1999.</p> <p>2. Conseguir que al menos el 95% de los pacientes incluidos en el Programa tengan registrados los datos del cuestionario de captación (anamnesis y exploración).</p> <p>3. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como hipertensos fueran diagnosticados y clasificados según la norma correspondiente.</p> <p>4. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como hipertensos reciban consejo sobre medidas higiénico-dietéticas.</p> <p>5. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como hipertensos fueran tratados según la norma correspondiente.</p> <p>6. Conseguir que al menos el 75% de los pacientes registrados como hipertensos fueran seguidos según la norma correspondiente.</p> <p>7. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como dislipémicos fueran diagnosticados según la norma correspondiente.</p> <p>8. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como dislipémicos reciban consejo sobre medidas higiénico-dietéticas.</p> <p>9. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como dislipémicos fueran tratados según la norma correspondiente.</p> <p>10. Conseguir que al menos el 75% de los pacientes registrados como dislipémicos fueran seguidos según la norma correspondiente.</p> <p>11. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como diabéticos fueran diagnosticados según la norma correspondiente.</p>	<p>1. Capitación despistaje.</p> <p>2. Valoración diagnóstica.</p> <p>3. Tratamiento</p> <p>4. Seguimiento inicial.</p> <p>5. Seguimiento tras control.</p> <p>6. Derivación.</p> <p>7. Actividades de educación para la salud.</p> <p>8. Vacunación.</p> <p>9. Actividades de participación comunitaria.</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NOMBRE / PERIODO DE DESARROLLO	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EJECUCIÓN
			<p>12. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como diabéticos reciban consejo sobre medidas higiénico-dietéticas.</p> <p>13. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como diabéticos fueran tratados según la norma correspondiente.</p> <p>14. Conseguir que al menos el 75% de los pacientes registrados como diabéticos fueran seguidos según la norma correspondiente.</p> <p>15. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como obesos fueran diagnosticados según la norma correspondiente.</p> <p>16. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados como obesos fueran tratados según la norma correspondiente.</p> <p>17. Conseguir que al menos el 70% de los pacientes registrados como obesos fueran seguidos según la norma correspondiente.</p> <p>18. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes registrados en nuestros Protocolos de asma-EPOC fueran tratados según la norma correspondiente.</p> <p>19. Conseguir que al menos el 75% de los pacientes registrados en nuestros Protocolos de asma-EPOC fueran seguidos según la norma correspondiente.</p> <p>20. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes que estén siendo asistidos en domicilio deben tener registrados en listados de problemas, plan de actuación y nivel de seguimiento.</p> <p>21. Conseguir que al menos el 85% de los pacientes con patología crónica conste por escrito en el Plan de cuidados específicos de enfermería.</p>	
CAPA	(1)	(1)	(1)	(1)

(1) La C.A. del Principado de Asturias no había implantado en el periodo 1997 a 2000 programas o proyectos relacionados con la atención de las EAC.

ANEXO 2.6

Objetivos específicos de atención de las especialidades de cardiología y cirugía cardiovascular contenidos en los pactos de objetivos en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Período 1997-1999

CUADRO I: ÁREA DE PREVENCIÓN Y COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS). ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA. PERÍODO 1997-1999

HOSPITAL	DETALLE DE OBJETIVOS	1997	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	1998	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	1999	CUANTIFICACIÓN
FHA	(1)	(1)		Pacto de canalización de las consultas externas de Cardiología directamente desde APS	(2)		Pacto de canalización de las consultas externas de Cardiología directamente desde APS	3.200	
HCA	Implantación hoja de interconsulta entre APS y AE	(3)		Adecuación utilización de recursos mediante Protocolos de coordinación que contemplan los criterios de derivación de pacientes y pautas de actuación. Implantación del catálogo básico de exploraciones diagnósticas disponibles directamente desde APS. Mejora de los sistemas de información. Implantación de información de demoras de las consultas externas y exploraciones diagnósticas y consumos de APS. Proceso asistencial: aprobar pacto atención APS/AE por la CPA. Designación de directivos en ambos niveles: gestión y evaluación. Informe trimestral a la CPA.	(3)			(4)	(4)
HGUGM		(4)			(4)			(4)	(4)
HGUUV		(5)			(5)			(4)	(4)
HGODRN	Las gerencias de APS y AE deben establecer un Plan de Colaboración para 1997	(3)		Las gerencias de APS y AE deben establecer un Plan de Coordinación para 1998 que incluya aspectos de coordinación asistencial, docente y administrativa	(3)		Las gerencias de APS y AE deben establecer un Plan de Coordinación para 1999 que incluya aspectos de coordinación asistencial, docente y administrativa	(3)	(3)
CHJC	(4)	(4)		Programa gallego de promoción de vida sin tabaco	(3)		Mantener las actividades realizadas en el programa vida sin tabaco	(3)	(3)
				Establecimiento de una comisión de coordinación con APS en el ámbito de las	(2)		Establecimiento de un grupo de trabajo con representantes de las	(2)	(2)

HOSPITAL	DENOMINACIÓN DEL DOCUMENTO	FIRMANTES	FECHA DE LA FIRMA		
			1997	1998	1999
FHA	Contrato-marco suscrito entre el Insalud y la Fundación Hospital Alcorcón para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la seguridad social Cláusulas Adicionales I, II y III	Subdirector General de Asistencia Sanitaria del MSC, Vicepresidente del Patronato y Gerente del Hospital	(1)	Contrato: 27.05.1998 Cláusula Adicional I: 27.05.1998 Cláusula Adicional II: 1.12.1998	Cláusula Adicional III: 6.07.1999
HCA	Contrato de gestión	(2)	(2)	(2)	(2)
HGUGM	Concierto singular especial de carácter sustitutorio de fecha 22.12.1993 con la Cláusula Adicional IV que incorpora el Contrato-Programa de fecha 27.12.1996 Cláusula Adicional V	Presidente ejecutivo del Insalud y Consejero de Sanidad y Servicios Sociales de la CAM (3)	Prórroga tácita Cláusula Adicional IV de 27.12.1996	Prórroga tácita Cláusula Adicional IV de 27.12.1996	Cláusula Adicional V: 3.12.1999
	Resolución Ejecutiva del Insalud por la que se aprueba el régimen económico		29/12/98	15/11/99	
HGUUV	Convenio de Colaboración	Consejero de Sanidad y Presidente de la Diputación	Prórroga tácita 1/03/94 (4)	Prórroga tácita 1/03/94 (4)	16.03.1999
HGCDRN	Programa de Gestión Convenida	Director del Servicio Canario de Salud, Directora del Área de Salud de Gran Canaria, Director Gerente de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino-El Sabinat. (5)	2.06.1997	16.07.1998	14.07.1999
	Cláusula Adicional	Director del Servicio Canario de Salud y la Directora del Área de Salud de Gran Canaria		18.12.1998	
CHJC	Protocolo de Actividad/Financiación suscrito entre el Sergas y el C.H. Juan Canalejo-Marítimo de Oza	Presidente del Consejo de Administración del Sergas, Directores Generales de Asistencia Sanitaria, de Recursos Económicos, de Recursos Humanos, de Farmacia y Productos Sanitarios, Director Gerente, Director Médico, Director de Gestión y Director de Enfermería (6)	5.03.1997	(7)	(7)

(1) El hospital empezó a funcionar a finales de 1997 pero hasta 1998 no se firmó el primer contrato-marco.

(2) En la visita de fiscalización al HCA se entregaron al equipo fiscalizador sólo los Anexos del contrato de gestión correspondientes a los ejercicios 1997, 1998 y 1999, sin fecha y sin firma.

(3) En 1999 la firma es del Consejero de Sanidad, al haber cambiado la Consejería de denominación.

(4) Durante 1997 y 1998 continuaba en vigor, prorrogado tácitamente, el Convenio de 1.03.1994; sin embargo, el Gerente del hospital certificó que no existían los pactos de objetivos asistenciales para los años 1997 y 1998 que hubiesen hecho posible su aplicación efectiva.

(5) En 1999 el Gerente firmante pertenece al Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín, al producirse entonces el traslado a este centro de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino-El Sabinat.

(6) En 1997 la Dirección General de Formación y Productos Sanitarios no firmó el protocolo.

(7) No constaba en el documento la fecha de la firma.

ANEXO 2.5

Documentos de formalización de los pactos de objetivos concertados entre el INSALUD o las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas y las gerencias de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización. Período 1997-1999

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
			consultas externas, de las urgencias y de la hospitalización a domicilio		gerencias de APS y AE para estudiar en profundidad el proceso de derivación entre ambos niveles	
					Realización de protocolos conjuntos con APS	(2)
					Cita previa para AE desde unidades de APS	(2)
					Creación de la figura del especialista enlace-consultor	(2)

(1) El hospital empezó a funcionar a finales de 1997 pero hasta 1998 no se firmó el primer contrato-marco.

(2) Objetivo no cuantificado.

(3) Objetivo no cuantificable.

(4) No se firmaron objetivos relacionados con la prevención y la coordinación con Atención Primaria de Salud (APS).

(5) El Gerente del H. General de Valencia certificó la inexistencia de los pactos de objetivos asistenciales de los años 1997 y 1998 que hubiesen hecho posible la aplicación efectiva del Convenio de 1.03.1994.

CUADRO 2: ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS. ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. PERÍODO 1997-1999

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
FHA	(1)	(1)	<u>Cardiología:</u> Demora máxima	<15 días naturales	<u>Cardiología:</u> Demora máxima Demora media	<=90 días <=20 días naturales
HCA	<u>Cardiología:</u> Primeras Sucesivas Demora media <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Primeras Sucesivas Demora media	10.598 20.957 9 días 0 0 0 días	<u>Cardiología:</u> Primeras Sucesivas/primeras Demora máxima Demora media <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Sucesivas/primeras Demora máxima Demora media	5.510 2,35 15 días 12 días 18,7 10 días 7 días	<u>Cardiología:</u> Primeras Demora máxima Demora media <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Primeras Demora máxima Demora media	7.303 17 días 15 días 29 25 días 25 días
HGUGM	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
HGUV	(3)	(3)	(3)	(3)	<u>Cardiología:</u> Primeras Sucesivas % pacientes con demora máxima >3 meses <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Primeras Sucesivas % pacientes con demora máxima >3 meses	1.055 5.368 0% 289 1.287 0%
HGCCrN	<u>Cardiología:</u> Sucesivas/primeras Demora máxima para 1ª consulta <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Sucesivas/primeras Demora máxima para 1ª consulta	0,96 <15 días 0,96 <15 días	<u>Cardiología:</u> Sucesivas/primeras Demora máxima para 1ª consulta <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Sucesivas/primeras	1,01 <30 días 1,01	<u>Cardiología:</u> Sucesivas/primeras Demora máxima para 1ª consulta <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Sucesivas/primeras	1,04 <30 días 1,04
CHJC	<u>Cardiología:</u> Sucesivas/primeras Demora máxima para 1ª consulta AE <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Sucesivas/primeras Demora máxima para 1ª consulta AE	<=2,4 <30 días <=2,4 <30 días	<u>Cardiología:</u> Sucesivas/primeras Demora media atención <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Sucesivas/primeras Demora media atención	<=2,3 30 días <=2,3 30 días	<u>Cardiología:</u> Sucesivas/primeras Demora media atención Consultas de alta/primeras <u>Cirugía Cardiovascular:</u> Sucesivas/primeras Demora media atención Consultas de alta/primeras	2-2,5 30 días 1 2-2,5 30 días 1

(1) El hospital empezó a funcionar a finales de 1997 pero hasta 1998 no se firmó el primer contrato-marco.

(2) No se firmaron objetivos relacionados con la atención en consultas externas.

(3) El Gerente del H. General de Valencia certificó la inexistencia de los pactos de objetivos asistenciales de los años 1997 y 1998 que hubiesen hecho posible la aplicación efectiva del Convenio de 1.03.1994.

CUADRO 3: ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN. ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. PERÍODO 1997-1999

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
FHA	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)
HCA	(2)	(2)	(2)	(2)	Cirugía Cardiovascular: Estancia media de intervenciones cardiovasculares mayores sin circulación extracorpórea (GDR 111)	20 días
HGUGM	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
HGUV	(3)	(3)	(3)	(3)	Cardiología: Altas Cardiología Altas Unidad Coronaria Altas Hemodinámica Cirugía Cardiovascular: Altas Cirugía Cardiovascular Altas Reanimación Postcardiaca	1.291 95 319 353 24
HGCCDrN	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
CHJC	(2)	(2)	Cardiología: % Altas 0 días Cirugía Cardiovascular: % Altas 0 días Estancia media preoperatoria	<= 1% <= 1% <3,8 días	Cardiología: % Altas 0 días % Altas 1 días Cirugía Cardiovascular: % Altas 0 días % Altas 1 días % Altas médicas Estancia media preoperatoria	<1% <9% <1% <9% 27% <3,5 días

(1) El hospital empezó a funcionar a finales de 1997 pero hasta 1998 no se firmó el primer contrato-marco.

(2) No se firmaron objetivos relacionados con la atención en hospitalización.

(3) El Gerente del H. General de Valencia certificó la inexistencia de los pactos de objetivos asistenciales de los años 1997 y 1998 que hubiesen hecho posible la aplicación efectiva del Convenio de 1.03.1994

CUADRO 4: ÁREA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA (HEMODINÁMICA, HOLTER Y ERGOMETRÍA). ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA. PERÍODO 1997-1999

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
FHA	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)
HCA	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	1.262	Demora máxima enfermos no hospitalizados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de hemodinámica	30 días	Demora máxima enfermos no hospitalizados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de hemodinámica	30 días
	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	299	Demora media enfermos no hospitalizados para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de hemodinámica	15 días	Demora media enfermos no hospitalizados para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de hemodinámica	15 días
	Demora máxima enfermos hospitalizados para hemodinámica	0 días	Demora máxima enfermos hospitalizados para procedimientos diagnósticos de hemodinámica	3 días		
	Demora máxima enfermos no hospitalizados para hemodinámica	0 días				
HGUGM	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	1.850	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	1.850	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	2.277
	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	900	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	900	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	1.492
	Tarifa procedimientos diagnósticos de hemodinámica	130.623 ptas.	Tarifa procedimientos diagnósticos de hemodinámica	130.623 ptas.	Tarifa procedimientos diagnósticos de hemodinámica	139.160 ptas.
	Tarifa procedimientos terapéuticos de hemodinámica sin anestesia	310.500 ptas.	Tarifa procedimientos terapéuticos de hemodinámica sin anestesia	310.500 ptas.	Tarifa procedimientos terapéuticos de hemodinámica sin anestesia	330.793 ptas.
	Tarifa procedimientos terapéuticos de hemodinámica con anestesia	724.500 ptas.	Tarifa procedimientos terapéuticos de hemodinámica con anestesia	724.500 ptas.	Tarifa procedimientos terapéuticos de hemodinámica con anestesia	771.851 ptas.
	Tarifa de electrocardiograma de esfuerzo	11.136 ptas.	Tarifa de electrocardiograma de esfuerzo	11.136 ptas.	Tarifa de electrocardiograma de esfuerzo	11.864 ptas.
	Tarifa de holter	12.148 ptas.	Tarifa de holter	12.148 ptas.	Tarifa de holter	12.942 ptas.
	Tarifa de ecocardiografía	10.712 ptas.	Tarifa de ecocardiografía	10.712 ptas.	Tarifa de ecocardiografía	11.413 ptas.
	Tarifa de eco-transesofágico	32.544 ptas.	Tarifa de eco-transesofágico	32.544 ptas.	Tarifa de eco-transesofágico	34.671 ptas.

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
HGUV	(3)	(3)	(3)	(3)	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	872
					Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	148
					Demora máxima de hemodinámica	3 días
					Número de procedimientos de ecocardiografía	285
					Número de procedimientos de ergometría	85
					Número de procedimientos de holter	98
					Demora máxima ecocardiografía	7 días
					Demora máxima ergometría	15 días
					Demora máxima holter	15 días
HGCDrN	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	1.500	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	1.500	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	1.539
	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	1.100	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	1.200	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	1.163
	Tarifa de hemodinámica diagnóstica	100.000 ptas.	Tarifa de hemodinámica diagnóstica	104.000 ptas.	Tarifa de hemodinámica diagnóstica	106.000 ptas.
	Tarifa de hemodinámica terapéutica	529.000 ptas.	Tarifa de hemodinámica terapéutica	548.000 ptas.	Tarifa de hemodinámica terapéutica	559.000 ptas.
CHJC	Número de procedimientos diagnósticos de hemodinámica	1.550	Programa de autoconcertación de procedimientos de pruebas de esfuerzo	528	Cola de programación de hemodinámica	7
	Número de procedimientos terapéuticos de hemodinámica	225	Programa de autoconcertación de procedimientos de ecocardiografía	2.464	Tarifa prueba de esfuerzo	6.300 ptas.
	Demora máxima Cardiología intervencionista lista de espera	<6 meses	Tarifa prueba de esfuerzo	6.300 ptas.	Tarifa ecocardiografía	3.700 ptas.
			Tarifa ecocardiografía	3.700 ptas.		

(1) El hospital empezó a funcionar a finales de 1997 pero hasta 1998 no se firmó el primer contrato-marco.

(2) No se firmaron objetivos relacionados con los procedimientos diagnósticos de Cardiología. Sobre terapéuticos no pudieron firmarse porque la FHA no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

(3) El Gerente del H. General de Valencia certificó la inexistencia de los pactos de objetivos asistenciales de los años 1997 y 1998 que hubiesen hecho posible la aplicación efectiva del Convenio de 1.03.1994.

CUADRO 5: ÁREA QUIRÚRGICA. ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. PERÍODO 1997-1999

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
FHA	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)
HCA	(3)	(3)	Demora media Cirugía Cardiovascular	92 días	Demora máxima Cirugía Cardiovascular	180 días
			Número de trasplantes cardiacos	12	Demora media Cirugía Cardiovascular	60 días
					% de altas fuera del Área sanitaria para el By-pass coronario sin cateterismo cardiaco	56,25%
					% de altas fuera del Área Sanitaria para el By-pass coronario con cateterismo cardiaco	61,76%
					% altas fuera del Área sanitaria para intervenciones s/válvulas cardiacas sin cateterismo cardiaco	61,60%
					% altas fuera del Área sanitaria para implantación de marcapasos cardiaco permanente sin IAM, fallo o shock	0%
					Programa de optimización de la lista de espera de Cirugía Cardiovascular en octubre, noviembre y diciembre	0
					Número de trasplantes cardiacos	20
HGUGM	Número de trasplantes cardiacos	14	Número de trasplantes cardiacos	14	Número de trasplantes cardiacos	7
HGUV	(3)	(3)	(3)	(3)	Número total de intervenciones	560
					Número de intervenciones urgentes con anestesia local	0
					Número de intervenciones urgentes con anestesia general	57
					Número de intervenciones programadas con anestesia local	3
					Número de intervenciones programadas con anestesia general	500

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
					Número de pacientes en lista de espera > 12 meses	0
					% Pacientes en lista de espera entre 6-12 meses	0%
					% de cancelaciones de cirugía programada por causas imputables al centro	0-2%
HGCDRN	Intervenciones programadas procedentes de lista de espera	88%	Intervenciones programadas procedentes de lista de espera	76%	% Intervenciones programadas procedentes lista de espera	75%
	Intervenciones programadas procedentes de lista de espera > 6 meses	50%	Intervenciones programadas procedentes de lista de espera > 6 meses	15%	Intervenciones programadas procedentes de lista de espera > 6 meses	15%
	Disminuir el n.º de pacientes en lista de espera > 6 meses	10%	Número de pacientes en lista de espera > 6 meses	10	Número de pacientes en lista de espera > 6 meses	32
			Reducir tiempos espera quirúrgicos > 6 meses	50%	Reducir tiempos espera quirúrgicos > 6 meses	50%
					Número de pacientes con cardiopatía isquémica en lista de espera > 6 meses	17
CHJC	Número de intervenciones con cirugía extracorpórea	550	Programa de autoconcertación de cirugía extracorpórea.	90	Programa autoconcertación de cirugía extracorpórea	(4)
	Demora máxima	< 6 meses	Número de trasplantes cardiacos	48	Número de trasplantes cardiacos	45
	Número de trasplantes cardiacos	50	Puesta en marcha del programa de trasplante cardiaco infantil	(4)	Tarifa de cirugía extracorpórea	133.250 ptas.
			% Utilización de quirófanos	> 65%	% Utilización de quirófanos	> 65%
			% Anulación quirúrgica	<= 4,5%	Índice de programación	40%
			Entradas/Salidas de pacientes	< 1	% Anulación quirúrgica	<= 5%
			Número de pacientes con más de 6 meses de espera	0	Entradas/Salidas de pacientes	< 1
			Espera media global	< 70 días	Número de pacientes con más de 6 meses de espera	0
			Espera máxima de pacientes con prioridad 1	< 20 días	Espera media global en prioridades 1+2+3	< 70 días
					Desfase medio de prioridades 1+2+3	30 días

HOSPITAL	1997		1998		1999	
	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN	DETALLE DE OBJETIVOS	CUANTIFICACIÓN
					Espera máxima de pacientes con prioridad 1	15 días
					Espera máxima de pacientes con prioridad 2	< 45 días

(1) La FHA no disponía de la especialidad de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) No se firmaron objetivos relacionados con las intervenciones de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

(3) El Gerente del H. General de Valencia certificó la inexistencia de los pactos de objetivos asistenciales de los años 1997 y 1998 que hubiesen hecho posible la aplicación efectiva del Convenio de 1.03.1994.

(4) Objetivo no cuantificado.

ANEXO 3.2

Técnicas especiales del área diagnóstica y terapéutica incluidas en la cartera de servicios de la especialidad de cardiología y fuentes de información utilizadas por el Tribunal de Cuentas para su análisis en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

CUADRO 1: FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	FUENTES DE INFORMACIÓN	
			INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES (1)	CONTRATO DE GESTIÓN (2)
HEMODINÁMICA	(2)	(2)		(2)
ECOCARDIOGRAFÍA	(3)	(3)	Eco transtorácico Eco transesofágico Eco-Stress: farmacológico y de ejercicio Eco contraste	Ecocardiografía Eco transesofágico Eco-Stress
HOLTER	(3)	(3)	Holter ECG	Holter Colocación de Holter Retirada de Holter
ERGOMETRÍA	(3)	(3)	Ergometría estándar control ECG Ergometría con imagen ECO	Ergometrías Ergometría
OTRAS PRUEBAS	(3)	(3)		Electrocardiograma

(1) Información aportada por el Director Asistencial a requerimiento del Tribunal.

(2) La Fundación H. Alcorcón no dispone de hemodinámica en su cartera de servicios.

(3) No incluye información relativa a este procedimiento.

ANEXO 3.1

Unidades asistenciales, unidades funcionales y áreas asistenciales analizadas en la fiscalización

CUADRO 1: UNIDADES ASISTENCIALES, UNIDADES FUNCIONALES Y ÁREAS ASISTENCIALES.

UNIDADES ASISTENCIALES	UNIDADES FUNCIONALES	ÁREAS ASISTENCIALES
CARDIOLOGÍA	CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS	ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	HEMODINÁMICA	ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
PEDIATRÍA	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	ÁREA DE URGENCIAS
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	- Ecocardiografía	ÁREA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA
MEDICINA INTENSIVA	- Holter	ÁREA QUIRÚRGICA
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	- Ergometría	
	CARDIOLOGÍA INFANTIL	
	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR INFANTIL	
	REANIMACIÓN POST-INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	

CUADRO 2: DIFERENCIAS EN LAS DENOMINACIONES DELAS UNIDADES ASISTENCIALES Y FUNCIONALES ANALIZADAS EN LA FISCALIZACIÓN CON LS DENOMINACIONES DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN

HOSPITALES	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS	REANIMACIÓN POST-INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
FHA	(1)	MEDICINA INTENSIVA	(1)
HCA	CIRUGÍA CARDIACA	CORONARIOS MEDICINA INTENSIVA	MEDICINA INTENSIVA
HGUGM	CIRUGÍA CARDIACA	UNIDAD CORONARIA	CIRUGÍA CARDIACA ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HGUV	CIRUGÍA CARDIACA	UNIDAD CORONARIA	ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HGCCrN	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	MEDICINA INTENSIVA (SECCIÓN DE CARDIOVASCULAR)	MEDICINA INTENSIVA (SECCIÓN DE CARDIOVASCULAR)
CHJC	CIRUGÍA CARDIACA	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS (SECCIÓN DE MEDICINA INTENSIVA INTEGRADA EN EL ÁREA DEL CORAZÓN)	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS (SECCIÓN DE MEDICINA INTENSIVA INTEGRADA EN EL ÁREA DEL CORAZÓN)

(1) No dispone de estas unidades asistenciales ni funcionales.

CUADRO 2: HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS

TIPO DE PROCEDIMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN				
	MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES	CONTRATO DE GESTIÓN	AGENDAS
HEMODINÁMICA	(1)	Cateterismo Angioplastia Valvuloplastia Biopsia miocárdica	Cateterismo Angioplastia Valvuloplastia Biopsia miocárdica	Hemodinámica cardíaca diagnóstica	(1)
ECOCARDIOGRAFÍA	(1)	Eco transefágico Eco dobutamina Eco-Doppler Ecocardiograma	Eco transefágico Eco dobutamina Eco transtorácico	(2)	(1)
HOLTER	(1)	Holter	Holter Holter implantable	(2)	(1)
ERGOMETRÍA	(1)	Test ejercicio isótopos Test de ejercicio	Test ejercicio isótopos Test de ejercicio	(2)	(1)
OTRAS PRUEBAS	(1)	Electrocardiograma Till test	Electrocardiograma Till test	(2)	(1)

(1) Documentos no aportados.

(2) No incluye información relativa a este procedimiento.

CUADRO 3: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN				
	MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES (1)	CONTRATO DE GESTIÓN	AGENDAS
HEMODINÁMICA	Estudios hemodinámicos diagnósticos Cateterismo terapéutico Biopsia cardíaca	Estudios hemodinámicos diagnósticos Angioplastia Valvuloplastia Biopsia cardíaca Stent (cierre percutáneo de defectos congénitos)*	Estudios hemodinámicos diagnósticos Angioplastia Valvuloplastia Biopsia cardíaca	Procedimientos hemodinámicos diagnósticos Procedimientos hemodinámicos terapéuticos con / sin anestesia	(2)
ECOCARDIOGRAFÍA	Ecocardiografías Eco+Ergo Eco fetal	Eco transtorácico (Adultos/Infantil) Eco+Ergo Eco stress (dobutamina)* Eco transefágico (Adultos/Infantil) Eco fetal/transvaginal	Eco transtorácico Eco+Ergo Eco stress Eco transefágico	Ecocardiograma Eco transefágico	Ecocardiograma
HOLTER	Holter	Holter (Adultos/Infantil)	Holter	Holter	Holter
ERGOMETRÍA	Ergometrías	Ergometrías Ergometrías con determinación de O ₂	Ergometrías Ergometrías con determinación de O ₂	Electrocardiograma de esfuerzo	Electrocardiograma de esfuerzo
OTRAS PRUEBAS	Electrocardiograma	Electrocardiograma Otros (congénitos) Potenciales tardíos o promediación de señal*	Electrocardiograma Otros (congénitos)	(2)	(2)

(1) Información aportada por el Jefe de la unidad asistencial de Cardiología, no figura ni en la memoria de gestión ni en el cuadro de mandos del HGUGM.

(2) No incluye información relativa a este procedimiento.

CUADRO 4: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

TIPO DE PROCEDIMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN				
	MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES	CONTRATO DE GESTIÓN	AGENDAS
HEMODINÁMICA	(1)	Cateterismo Angioplastia	Cateterismo Angioplastia Stent Valvulares Balón contrapulsación Swan-Ganz By-Pass	Hemodinámica diagnóstica/intervencionista Angioplastia Stent	(2)
ECCARDIOGRAFÍA	(1)	Ecocardiogramas	Ecocardiogramas Eco ETE Eco dobutamina Eco intracoronario Eco dipiridamol Eco contraste Eco esfuerzo Eco tridimensional y Doppler color Eco transesofágico	Eco cardíaca Eco-Doppler	Ecocardiograma Eco-Dobutamina Eco-Transesofágico
HOLTER	(1)	Holter	Holter	Holter	Holter
ERGOMETRÍA	(1)	Ergometrías	Ergometrías	Ergometrías Ergometría + Eco Ergometría + determinación de O ₂	Pruebas de esfuerzo
OTRAS PRUEBAS	(1)	(1)	Electrocardiograma	Implante balón intraaórtico Potenciales tardíos de ECG y variabilidad RR	Electrocardiograma (Prequirúrgico y de Revisión)

(1) Documento no aportado.

(2) No incluye información relativa a este procedimiento.

CUADRO 5: HOSPITAL DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN

TIPO DE PROCEDIMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN				
	MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES	CONTRATO DE GESTIÓN	AGENDAS
HEMODINÁMICA	Cateterismo diagnóstico Stent Angioplastia Plastia herida	Cateterismo diagnóstico Stent Angioplastia Plastia herida Valvuloplastia Rotablator Aterectomia Coartoplastia Cierre ductus Embolización Miscelánea Pericard.	(1)	Hemodinámica diagnóstica Hemodinámica terapéutica	(1)
ECCARDIOGRAFÍA	Ecocardiogramas	Ecocardiogramas	(1)	(1)	Eco-Transesofágico Eco-Stress
HOLTER	(1)	Holter	(1)	(1)	Holter
ERGOMETRÍA	Ergometrías	Ergometrías	(1)	(1)	Ergometría
OTRAS PRUEBAS	Electrocardiograma Otras pruebas terapéuticas	Electrocardiograma	(1)	(1)	(1)

(1) No incluye información relativa a este procedimiento.

CUADRO 6: COMPLEJO HOSPITALARÍO JUAN CANALEJO-MARÍTIMO DE OZA

TIPO DE PROCEDIMIENTO	FUENTES DE INFORMACIÓN				
	MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES	CONTRATO DE GESTIÓN	AGENDAS
HEMODINÁMICA	Procedimientos diagnósticos Procedimientos terapéuticos	Cateterismo Stent Angioplastia Valvuloplastia Biopsias	(1)	Stent Angioplastia Valvuloplastia percutánea Aterectomia Cierre CIA Cierre ductus Rotablator	(1)
ECCARDIOGRAFÍA	Ecocardiogramas	Eco de ejercicio Eco dobutamina Eco-Doppler	(1)	Ecocardiografía	Ecocardiograma Ecocardiograma de ejercicio Eco con Dobutamina Ecocardiograma fetal
HOLTER	Holter	Holter	(1)	(1)	Holter
ERGOMETRÍA	Ergometrías	Ergometrías Ergometrías y alteración del ritmo Ergometrías y consumo O ₂	(1)	Ergometrías	Prueba de esfuerzo
OTRAS PRUEBAS	Otros estudios	(1)	(1)	Simpson	(1)

(1) No incluye información relativa a este procedimiento.

ANEXO 3.3

Tipos de intervención incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de cirugía cardiovascular y fuentes de información utilizadas por el Tribunal de Cuentas para su análisis en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

CUADRO 1: HOSPITAL GENERAL DE ASTURIAS

MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	FUENTES DE INFORMACIÓN		
		INFORMACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL	CONTRATO DE GESTIÓN	PARTE DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
(1)	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones totales ▪ Trasplante cardiaco 	Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronarios ▪ Valvulares ▪ Mixtos ▪ Aorta ▪ Congénito ▪ Otros ▪ Trasplante cardiaco 	Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante cardiaco 	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº intervenciones

(1) Documento no aportado.

CUADRO 2: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	FUENTES DE INFORMACIÓN		
		INFORMACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL	CONTRATO DE GESTIÓN	PARTE DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones programadas ▪ Intervenciones urgentes Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante cardiaco 	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones totales ▪ Tiempo de intervención Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante cardiaco 	Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronarios ▪ Coronarios sin circulación extracorpórea ▪ Coronarios / radial ▪ Valvular + coronario ▪ Valvular ▪ Cirugía urgente post- IAM ▪ Congénitos bajo circulación extracorpórea ▪ Aneurismas de aorta ▪ Tumores ▪ Otros ▪ Trasplante cardiaco 	(1)	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº intervenciones

(1) No incluye información sobre Cirugía Cardiovascular.

CUADRO 3: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

FUENTES DE INFORMACIÓN				
MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL	CONTRATO DE GESTIÓN	PARTE DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones urgentes ▪ Intervenciones programadas Tipo de anestesia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con anestesia general ▪ Con anestesia local 	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones urgentes ▪ Intervenciones programadas Tipo de anestesia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con anestesia general ▪ Con anestesia local 	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones urgentes ▪ Intervenciones programadas Tipo de anestesia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con anestesia general ▪ Con anestesia local 	Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ By-pass aorto coronario ▪ Sustitución de válvula cardiaca ▪ Cirugía congénita del adulto ▪ Pericardiectomia ▪ Cirugía del aneurisma torácico. Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones urgentes ▪ Intervenciones programadas 	(1)

(1) No incluye información específica sobre el tipo de intervención.

CUADRO 4: HOSPITAL DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN

FUENTES DE INFORMACIÓN				
MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL	CONTRATO DE GESTIÓN	PARTE DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones totales ▪ Intervenciones urgentes ▪ Intervenciones por intervalos de tiempo 	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones programadas ▪ Intervenciones urgentes Por tipo de intervención <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía extracorpórea 	Tipo de intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ C. Cardíaca con circulación extracorpórea. ▪ C. Cardíaca sin circulación extracorpórea. ▪ C. Vascular 	(1)	(1)

(1) No incluye información específica sobre el tipo de intervención.

CUADRO 5: COMPLEJO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO-MARÍTIMO DE OZA

FUENTES DE INFORMACIÓN				
MEMORIA	CUADRO DE MANDOS	INFORMACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL	CONTRATO DE GESTIÓN	PARTE DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervenciones programadas ▪ Intervenciones urgentes ▪ Intervenciones extraordinaria jornada Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante cardiaco Tipo de anestesia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Local ▪ Raqui-anestesia ▪ General 	Por actividad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Total intervenciones Tipo de intervención: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante cardiaco 	Tipo de intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía cardiaca mayor ▪ Cirugía valvular aislada ▪ Cirugía coronaria aislada ▪ Cirugía asociada coronaria y valvular ▪ Trasplante cardiaco 	Tipo de intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasplante cardiaco 	(1)

(1) No incluye información específica sobre el tipo de intervención.

Recursos Humanos de los hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra y de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

A. RECURSOS HUMANOS DE LOS HOSPITALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA

CUADRO 1: MÉDICOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CARDIOLOGÍA (IMEC). 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MÉDICOS ATENCIÓN ESPECIALIZADA (1)	MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CARDIOLOGÍA (MEC)				
		TOTAL (2)	CARDIOLOGÍA	CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS	HEMODINÁMICA	ADSCRITOS A OTRAS UNIDADES ASISTENCIALES
CAM	6.858	237	185	10	27	15
CAV	4.355	147	128	6	6	7
CAC	1.861	61	59	0	(4)	2
CAG	2.692	123	97	16	9	1
CAPA (3)	1.580	57	33	2	4	18

(1) Esta información se ha obtenido para: C.A. de Canarias y C.A. de Galicia de las Memorias de los Servicios de Salud 1.997, C.A. Valenciana del Balance de Gestión de la Conselleria de Sanitat 95/99 (datos 1997), C.A. de Madrid y C.A. del Principado de Asturias del Mapa de Atención Especializada del Insalud 1997.

(2) El total de Médicos Especialistas de Cardiología (MEC) recoge la suma de estos médicos asignados a las unidades asistenciales de Cardiología, unidades funcionales de Cuidados Intensivos Cardiológicos y Hemodinámica y otras unidades asistenciales.

(3) La información de Médicos Especialistas de Cardiología (MEC) asignados a la unidad funcional de Hemodinámica en la C.A. del Principado de Asturias se ha obtenido del hospital en el que se han realizado las pruebas de fiscalización por ser el único hospital de esta C.A. que dispone de esta técnica, ya que el Insalud no aportó esta información.

(4) En la C.A. de Canarias la Consejería con competencia en materia de asistencia sanitaria no aportó la información de Médicos Especialistas de Cardiología (MEC) asignados a la unidad funcional de hemodinámica.

CUADRO 2: MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (MECCV). 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA.	MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (MECCV)		
	TOTAL	MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CIRUGÍA CARDIACA	MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
CAM	43	37	6
CAV	27	12	15
CAC	7 (1)	0	7
CAG	14	14	0
CAPA (2)	5	5	0

Fuente: Información remitida por el Insalud y las Consejerías competentes en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas.

(1) No incluye los médicos especialistas de Cirugía Cardiovascular de los centros públicos y privados concertados)

(2) Ni el Insalud ni la Consejería aportaron información del H. Central de Asturias, único hospital de la C.A. que cuenta con las especialidades de Cirugía Cardiovascular, los datos son los obtenidos durante la visita de fiscalización.

B. RECURSOS HUMANOS DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN

CUADRO 3: RECURSOS HUMANOS TOTALES. 1999

HOSPITAL	PERSONAL TOTAL DEL HOSPITAL	MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL HOSPITAL	MIR DEL HOSPITAL	TOTAL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DEL HOSPITAL	PERSONAL NO SANITARIO DEL HOSPITAL
FHA	1.113	211	0	658	244
HCA	4.834	646	278	2.479	1.431
HGUGM	7.225	794	415	3.566	2.450
HGUV	2.145	282	116	1.170	577
HGCDrN	2.941	392	101	1.612	836
CHJC	3.815	600	151	2.050	1.014

Fuente: Memorias o Informes de Gestión de los hospitales correspondientes al año 1999.

CUADRO 4: MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CARDIOLOGÍA (MEC), DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (MECCV), MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS Y DE HEMODINÁMICA Y MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES (MIR) DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

HOSPITAL	MEC	MECCV	MÉDICOS ESPECIALISTAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS	MÉDICOS ESPECIALISTAS DE HEMODINÁMICA	MIR DE CARDIOLOGÍA	MIR DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
FHA	12	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	27	5	2	4	9	(2)
HGUGM	28	6	3	5	12	3
HGUV	18	4	2	3	12	2
HGCDrN (3)	15	3	4	4	10	(2)
CHJC (3)	17	6	3	3	8	1

Fuente: Relaciones de personal facilitadas por los hospitales en la visita de fiscalización.

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía en su cartera de servicios de unidad asistencial de la especialidad de Cirugía Cardiovascular, ni de unidades funcionales de Hemodinámica ni Cuidados Intensivos Cardiológicos, tampoco está acreditado para la formación médica postgraduada de las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

(2) Hospital no acreditado para la formación médica postgraduada de la especialidad de Cirugía Cardiovascular.

(3) Los médicos especialistas de las unidades funcionales de Cuidados Intensivos Cardiológicos de estos hospitales son médicos especialistas de la especialidad de Medicina Intensiva.

CUADRO 5: ENFERMEROS DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (ÁREAS ASISTENCIALES QUIRÚRGICA Y DE HOSPITALIZACIÓN), 1999

HOSPITAL	ENFERMEROS DE CARDIOLOGÍA	ENFERMEROS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (ÁREA QUIRÚRGICA)	ENFERMEROS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN)
FHA	(1)	(1)	(1)
HCA	96	6	(2)
HGUGM	136	12	33
HGUV	59	12	13
HGCDrN	43	6	25
CHJC	45	12	25

Fuente: Relaciones de personal facilitadas por los hospitales en la visita de fiscalización.

(1) La Fundación H. Alcorcón no realiza adscripción del personal de enfermería a ninguna especialidad.

(2) El personal de enfermería de Cirugía Cardiovascular en el área de hospitalización del H. Central de Asturias no es identificable por estar asignado a diferentes especialidades.

CUADRO 6: OTROS MÉDICOS DE ATENCIÓN A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

HOSPITAL	CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS ADULTOS	REANIMACIÓN POST-CCV ADULTOS	CARDIOLOGÍA INFANTIL	CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS INFANTIL	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR INFANTIL
FHA	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)
HCA	0	6	1	0	0
HGUGM	0	3	4	0	1
HGUV	0	6	(2)	(2)	(2)
HGCDrN	4	0	(2)	(2)	(2)
CHJC	3	3	4	3	2

Fuente: Relaciones de personal facilitadas por los Hospitales en la visita de fiscalización.

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de unidades funcionales de Cuidados Intensivos Cardiológicos ni de reanimación post-Cirugía Cardiovascular (CCV) en su cartera de servicios.

(2) Estos hospitales no disponen de atención de Cardiología a la población infantil.

CUADRO 7: SITUACIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CARDIOLOGÍA (MEC) Y DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (MECCV), 1999

HOSPITAL	MEC			MECCV		
	EN SITUACIÓN LABORAL ESTABLE	INTERINOS, CONTRATADOS COMO EVENTUALES Y POR SUSTITUCIÓN	CON PLAZA VINCULADA A LA UNIVERSIDAD	EN SITUACIÓN LABORAL ESTABLE	INTERINOS, CONTRATADOS COMO EVENTUALES Y POR SUSTITUCIÓN	CON PLAZA VINCULADA A LA UNIVERSIDAD
FHA	7	5	0	(1)	(1)	(1)
HCA	21	2	4	4	1	0
HGUGM	24	4	0	4	1	1
HGUV	15	3	0	4	0	0
HGCDrN	8	6	1	3	0	0
CHJC	11	6	0	3	3	0

Fuente: Relaciones de personal facilitadas por los Hospitales en la visita de fiscalización.

(1) La Fundación H. Alcorcón no disponía de unidad asistencial de la especialidad de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

ANEXO 3.5

Tiempos estándar de referencia utilizados en el análisis de productividad de los Recursos Humanos y de utilización de los recursos materiales

TIPO DE ACTIVIDAD	TIEMPO DE REALIZACIÓN (MINUTOS)
ALTA	30
INGRESO	30
ESTANCIA	15
CONSULTAS EXTERNAS INTRAHOSPITALARIAS PRIMERAS	30
CONSULTAS EXTERNAS INTRAHOSPITALARIAS SUCESIVAS	15
CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIAS PRIMERAS	10
CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIAS SUCESIVAS	7
HEMODINÁMICA DIAGNÓSTICA	120
HEMODINÁMICA TERAPEÚTICA	270
ECOCARDIOGRAFÍA CONVENCIONAL	30
ECOCARDIOGRAFÍA ESPECIAL	60
ERGOMETRÍA CONVENCIONAL	45
ERGOMETRÍA ESPECIAL	65
HOLTER - LECTURA	60
HOLTER - GRABACIÓN	1.440
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	240

ANEXO 3.6

Altas de EAC, DE IAM y altas de las unidades asistenciales de cardiología y cirugía cardiovascular en los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

CUADRO 1: TOTAL DE ALTAS DE EAC Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES ASISTENCIALES EN LAS QUE SE HAN PRODUCIDO, 1999

HOSPITAL	ALTAS TOTALES EAC S/CMBD (1)	ALTAS EAC DE CARDIOLOGÍA S/CMBD (1)	ALTAS EAC DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR S/CMBD (1)	ALTAS EAC DE MEDICINA INTENSIVA S/CMBD (1)	ALTAS EAC DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR S/CMBD (1)	ALTAS EAC RESTO UNIDADES ASISTENCIALES S/CMBD (1)
FHA	1.814	651	-	46	-	1.117
HCA	6.408	2.879	349	90	1.181	1.909
HGUGM	6.304	1.999	400	248	506	3.151
HGUV	3.552	1.508	335	26	419	1.264
HGCDrN	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
CHJC (3)	6.865	1.385	518	1.412	427	3.123

(1) Fuente: Bases de datos del CMBD aportadas por las gerencias de los hospitales correspondientes al año 1999.

(2) La base de datos del CMBD de 1999 entregada por la gerencia del hospital sólo contenía el 50,73% del total de las altas hospitalarias, por lo que este hospital no ha sido incluido en este análisis.

(3) Las altas de EAC de la unidad asistencial de Medicina Intensiva incluyen las altas de EAC de la unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos.

CUADRO 2: TOTAL DE ALTAS DE IAM Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES ASISTENCIALES EN LAS QUE SE HAN PRODUCIDO. 1999

HOSPITAL	ALTAS TOTALES IAM S/CMBD (1)(2)	ALTAS IAM DE CARDIOLOGÍA S/CMBD (1) (2)	ALTAS IAM DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR S/CMBD (1) (2)	ALTAS IAM DE MEDICINA INTENSIVA S/CMBD (1) (2)	ALTAS IAM DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR S/CMBD (1) (2)	ALTAS IAM RESTO UNIDADES ASISTENCIALES S/CMBD (1) (2)
FHA	224	182	-	24	-	18
HCA	961	921	9	15	1	15
HGUGM	712	561	29	89	1	32
HGUV	437	419	11	1	2	4
HGCDrN	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
CHJC (4)	815	285	40	119	0	371

- (1) Fuente: Bases de datos del CMBD aportadas por las gerencias de los hospitales correspondientes al año 1999.
 (2) Incluye altas correspondientes a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.
 (3) La base de datos del CMBD de 1999 entregada por la gerencia del hospital sólo contenía el 50,73% del total de las altas hospitalarias, por lo que este hospital no ha sido incluido en este análisis.
 (4) Las altas de EAC de la unidad asistencial de Medicina Intensiva incluyen las altas de EAC de la unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos.

CUADRO 3: TOTAL ALTAS PRODUCIDAS EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. 1999

HOSPITAL	ALTAS TOTALES	ALTAS TOTALES CARDIOLOGÍA (1)	ALTAS TOTALES CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (1)
FHA	13.604	798	(2)
HCA (3)	38.924	4.027	433
HGUGM	49.112	3.973	923
HGUV (3)	23.184	1.897	379
HGCDrN	13.415	1.829	324
CHJC	41.292	1.894	1.666

- (1) Información obtenida de las memorias de gestión de los Hospitales correspondientes al año 1999.
 (2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de la especialidad de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.
 (3) La información de este hospital procede del cuadro de mandos ya que no aportó la memoria de gestión.

ANEXO 4.1

Recursos materiales de los hospitales de las Comunidades Autónomas de la muestra y de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

CUADRO 1: NÚMERO TOTAL DE CAMAS, NÚMERO DE CAMAS DE CUIDADOS CARDIOLÓGICOS CLASIFICADAS SEGÚN LOS TIPOS DE CUIDADOS (NORMALES, INTERMEDIOS E INTENSIVOS) Y NÚMERO DE CAMAS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE CARDIOLOGÍA DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	N.º TOTAL DE CAMAS DEL HOSPITAL	N.º DE CAMAS DE CUIDADOS CARDIOLÓGICOS			N.º DE CAMAS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE CARDIOLOGÍA
		TOTAL	NORMALES	INTERMEDIOS	
FHA	253	16	16	0	0 (1)
HCA	1.350	80	66	6	8
HGUGM	1.765	86	75	0	11
HGUV	570	48	42	0 (2)	6
HGCDrN	713	56	51	0	5 (3)
CHJC	1.294	43	23	12	8 (3)

- (1) En la Fundación H. Alcorcón los cuidados intensivos cardiológicos se atienden en la unidad asistencial de la especialidad de Medicina Intensiva, pero no hay camas asignadas específicamente a su atención.
 (2) En este hospital existían 5 camas de cuidados cardiológicos intermedios instaladas pero sin funcionar, por lo que no se han analizado.
 (3) Camas de la unidad asistencial de Medicina Intensiva asignadas específicamente a la atención de cuidados cardiológicos intensivos.

CUADRO 2: NÚMERO DE LOCALES DE CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIAS E INTRAHOSPITALARIAS DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE CARDIOLOGÍA DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	N.º DE LOCALES DE CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIAS	N.º DE LOCALES DE CONSULTAS EXTERNAS INTRAHOSPITALARIAS
FHA	0 (1)	4
HCA	2	4
HGUGM	0 (1)	3
HGUV	0 (1)	4
HGCDrN	3	2
CHJC	4	1

- (1) Estos hospitales no realizan consultas externas extrahospitalarias ya que en el área de referencia de la Fundación H. Alcorcón no existían CEP y en las respectivas áreas de referencia del H.G. Gregorio Marañón y del H. General de Valencia existían CEP pero no eran gestionados directamente por el hospital.

CUADRO 3: EQUIPOS DE HEMODINÁMICA Y ECOCARDIOGRAFÍA DE LOS HOSPITALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1999

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EQUIPOS DE HEMODINÁMICA	ECOCARDIOGRAFOS
CAM	19	67
CAV	9	36
CAC	6	16
CAG	6	26
CAPA	2	14

Fuente: Información remitida por el Insalud y las Consejerías competentes en materia sanitaria de las CC.AA. de la muestra.

CUADRO 4: NÚMERO DE EQUIPOS DE HEMODINÁMICA, ECOCARDIOGRAFOS, HOLTER Y ERGÓMETROS DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE CARDIOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ADULTA DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	N.º DE EQUIPOS DE HEMODINÁMICA	N.º DE ECOCARDIOGRAFOS	N.º DE LECTORES DE HOLTER	N.º DE GRABADORAS DE HOLTER	N.º DE ERGÓMETROS
FHA	(1)	2	1	6	1
HCA	2	3	1	12	2
HGUGM	3	6	1	6	3
HGUV	1	2	1	4	1
HGCDrN	2	4	1	4	2
CHJC	2	4	1	4	2

(1) La Fundación H. Alarcón no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

CUADRO 5. NÚMERO DE ECOCARDIOGRAFOS Y HOLTER DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CARDIOLOGÍA INFANTIL DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	N.º DE ECOCARDIOGRAFOS	N.º DE LECTORES DE HOLTER	N.º DE GRABADORAS DE HOLTER
FHA	(1)	(1)	(1)
HCA	1	0	0
HGUGM	3	1	2
HGUV	(1)	(1)	(1)
HGCDrN	(1)	(1)	(1)
CHJC	1	0	2

(1) Estos hospitales no disponen de atención cardiológica a la población infantil.

CUADRO 6: NÚMERO DE CAMAS DE CUIDADOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CLASIFICADAS SEGÚN LOS TIPOS DE CUIDADOS (NORMALES Y DE REANIMACIÓN POST-INTERVENCIÓN) Y NÚMERO DE CAMAS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	N.º DE CAMAS DE CUIDADOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR			N.º DE CAMAS DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
	TOTAL	NORMALES	REANIMACIÓN POST-INTERVENCIÓN	
FHA	(1)	(1)	(1)	(1)
HCA	33	22	11 (2)	22
HGUGM	51	34	17 (3)	51
HGUV	19	13	6	19
HGCDrN	15	10	5 (2)	10
CHJC	39	32	7 (2)	32

(1) La Fundación H. Alarcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) Camas de la unidad asistencial de Medicina Intensiva asignadas específicamente a la atención de cuidados de reanimación post-intervención de Cirugía Cardiovascular.

(3) Cinco de estas camas son de cuidados intermedios.

CUADRO 7: NÚMERO DE QUIRÓFANOS ASIGNADOS A LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PARA LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ADULTA Y A LAS UNIDADES FUNCIONALES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR INFANTIL DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	N.º DE QUIRÓFANOS DE ADULTOS	N.º DE QUIRÓFANOS INFANTIL
FHA	(1)	(1) (2)
HCA	2	0
HGUGM	2	1
HGUV	2 (3)	(2)
HGCDrN	1	(2)
CHJC	2	1 (4)

(1) La Fundación H. Alarcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(2) Estos hospitales no disponen de atención cardiovascular a la población infantil.

(3) Uno de estos dos quirófanos estaba asignado a la unidad asistencial de Cirugía Cardiovascular dos días a la semana.

(4) Quirófano asignado la unidad funcional de Cirugía Cardiovascular Infantil 1 día a la semana.

ANEXO 5.1

Información relativa a los GDR 121, 122 y 123

CUADRO 1: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. AÑO 1997

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			PESO ESPECÍFICO			COSTE POR PROCESO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
MSC (1)	-	1.745	331	-	10,53	5,04	1,6867	1,3435	1,0523	736.350	586.510	459.410
Insalud	3.211	6.678	1.511	13,26	10,84	5,72	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-
CAV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	558.919	567.181	411.109
CAG	680	1.063	289	14,06	11,08	4,93	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-

CUADRO 2: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. AÑO 1998

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			COSTE POR PROCESO			PESO ESPECÍFICO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
CAV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	564.386	580.997	418.634
CAG	709	1.081	308	13,66	10,97	6,2	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-

CUADRO 3: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. AÑO 1999

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			PESO ESPECÍFICO			COSTE POR PROCESO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
Insalud total	2.046	4.924	382	13,92	11,14	6,64	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-
Insalud Madrid	326	817	79	15,40	12,42	6,73	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-
Insalud Asturias	274	637	32	12,38	10,37	6,28	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-

Fuente: Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud.

CUADRO 4: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. CARDIOLOGÍA. AÑO 1998

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			PESO ESPECÍFICO			COSTE POR PROCESO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
Insalud total	2.206	5.038	400	13,28	10,22	6,65	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-
Insalud Madrid	464	1.107	119	14,35	10,9	6,47	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-
Insalud Asturias	254	617	67	11,95	9,52	5,19	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-

Fuente: Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud.

CUADRO 5: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. CARDIOLOGÍA. AÑO 1999

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			PESO ESPECÍFICO			COSTE POR PROCESO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
Insalud total	2.529	5.478	467	12,58	10,11	6,78	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-
Insalud Madrid	454	1.140	127	12,95	10,37	6,97	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-
Insalud Asturias	293	608	72	12,04	9,82	5,06	2,7677	1,8758	3,5239	-	-	-

Fuente: Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud.

CUADRO 6: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. AÑO 1997

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			PESO ESPECÍFICO			COSTE POR PROCESO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
Insalud total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Insalud Madrid	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Insalud Asturias	2	-	-	16	-	-	2,7677	-	-	-	-	-

Fuente: Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud.

ANEXO 6.1

Actividad en el área asistencial de hospitalización

CUADRO 1: ALTAS TOTALES Y ALTAS CON DIAGNÓSTICO DE EAC E IAM EN LOS HOSPITALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ALTAS TOTALES (1)	ALTAS CON DIAGNÓSTICO DE EAC (1)	ALTAS CON DIAGNÓSTICO DE IAM (1) (2)
CAM	359.600	47.473	5.926
CAV	321.752	41.019	6.384
CAC	(3)	(3)	(3)
CAG	214.481	29.925	4.189
CAPA	88.311	13.495	2.451

(1) Fuente: Bases de datos del CMBD de 1998 entregadas por el MSC. Altas codificadas de los 82 hospitales de las CC.AA. de la muestra.

(2) Incluye altas correspondientes a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(3) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto.

CUADRO 2: ALTAS TOTALES Y ALTAS CON DIAGNÓSTICO DE EAC E IAM EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	ALTAS TOTALES (1)	ALTAS CON DIAGNÓSTICO DE EAC (1)	ALTAS CON DIAGNÓSTICO DE IAM (1) (2)
FHA	13.604	1.814	224
HCA	37.377	6.408	961
HGUGM	47.503	6.304	712
HGUV	23.043	3.552	437
HGCDn	(3)	(3)	(3)
CHJC	41.285	6.865	815

(1) Fuente: Bases de datos del CMBD de 1999 aportadas por las gerencias de los hospitales. Altas codificadas.

(2) Incluye altas correspondientes a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(3) Este hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto.

CUADRO 7: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. AÑO 1998

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			PESO ESPECÍFICO			COSTE POR PROCESO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
Insalud total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Insalud Madrid	-	18	-	-	8,83	-	-	1,8756	-	-	-	-
Insalud Asturias	1	-	-	31	-	-	2,7677	-	-	-	-	-

Fuente: Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud.

CUADRO 8: NÚMERO DE ALTAS, ESTANCIA MEDIA, PESO ESPECÍFICO Y COSTE POR PROCESO DE LOS GDR 121, 122 Y 123. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. AÑO 1999

ENTIDAD	N.º ALTAS			ESTANCIA MEDIA			PESO ESPECÍFICO			COSTE POR PROCESO		
	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
Insalud total	-	28	-	-	14,11	-	-	1,8756	-	-	-	-
Insalud Madrid	-	24	-	-	11,29	-	-	1,8756	-	-	-	-
Insalud Asturias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria del Insalud.

ANEXO 6.2

Actividad en las áreas asistenciales de consulta externas y diagnóstica y terapéutica de cardiología y quirúrgica y de trasplantes de cirugía cardiovascular

CUADRO 1: CONSULTAS EXTERNAS (EXTRAHOSPITALARIAS E INTRAHOSPITALARIAS) DE CARDIOLOGÍA EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN

HOSPITAL	CEX EXTRAHOSPITALARIAS DE CARDIOLOGÍA (1)			CEX INTRAHOSPITALARIAS DE CARDIOLOGÍA (1)		
	TOTALES	PRIMERAS	SUCESIVAS	TOTALES	PRIMERAS	SUCESIVAS
FHA	(2)	(2)	(2)	16.479	4.316	12.163
HCA	8.519	3.047	5.472	16.971	3.970	13.001
HGUGM	(2)	(2)	(2)	4.946	805	4.141
HGUUV	(2)	(2)	(2)	9.798	684	9.104
HGCDrN	12.456	9.663	2.793	13.153	6.708	6.445
CHJC	10.806	3.260	7.546	5.812	230	5.582

- (1) Fuente: Memorias de gestión de los hospitales correspondientes al año 1999. Sólo figuran las consultas externas de Cardiología de adultos.
- (2) Estos hospitales no realizan consultas externas extrahospitalarias ya que en el área de referencia de la Fundación H. Alcorcón no existían CEP y en las respectivas áreas de referencia del H.G. Gregorio Marañón y del H. General de Valencia existían CEP pero no eran gestionados directamente por el hospital.

CUADRO 2: PROCEDIMIENTOS (DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS) DE HEMODINÁMICA PRACTICADOS EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN

HOSPITAL	PROCEDIMIENTOS DE HEMODINÁMICA (1)		
	TOTALES	DIAGNÓSTICOS	TERAPÉUTICOS
FHA	(2)	(2)	(2)
HCA	2.133	1.738	395
HGUGM	3.860	2.719	1.141
HGUUV	1.184	917	267
HGCDrN	2.260	1.287	973
CHJC	3.577	2.528	1.049

- (1) Fuente: Memorias de gestión de los hospitales correspondientes al año 1999. Incluye Cardiología de adultos e infantil.
- (2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de hemodinámica en su cartera de servicios.

CUADRO 3: INGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS HOSPITALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA	INGRESOS HOSPITALARIOS (1)			INGRESOS HOSPITALARIOS POR EAC (1)			INGRESOS HOSPITALARIOS POR IAM (1) (2)					
	TOTALES	URGENTES	PROGRAMADOS	N.I.	TOTALES	URGENTES	PROGRAMADOS	N.I.	TOTALES	URGENTES	PROGRAMADOS	N.I.
CAM	359.600	211.485	148.112	3	47.473	32.082	15.390	1	5.926	5.213	712	1
CAV	321.752	211.389	103.488	6.875	41.019	33.005	7.537	477	6.384	5.971	413	0
CAC	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
CAG	214.481	146.163	68.317	1	29.825	23.965	5.960	0	4.189	4.054	135	0
CAPA	88.311	57.496	30.815	0	13.495	10.579	2.916	0	2.451	2.212	239	0

- N.I.: No identificados.
- (1) Fuente: CMBD de 1998 entregado por el MSC.
- (2) Ingresos correspondientes a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-NC.
- (3) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto.

CUADRO 4: INGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	INGRESOS HOSPITALARIOS (1)			INGRESOS HOSPITALARIOS POR EAC (1)			INGRESOS HOSPITALARIOS POR IAM (1) (2)		
	TOTALES	URGENTES	PROGRAMADOS	TOTALES	URGENTES	PROGRAMADOS	TOTALES	URGENTES	PROGRAMADOS
FHA	13.604	9.870	3.734	1.814	6.408	328	224	221	3
HCA	37.377	22.074	15.303	6.304	4.597	1.811	961	865	96
HGUGM	47.503	27.048	20.455	6.304	4.553	1.751	712	678	34
HGUUV	23.043	16.538	6.505	3.552	2.550	1.002	437	380	57
HGCDrN	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
CHJC	41.285	26.632	14.653	6.885	4.917	1.948	815	685	130

- (1) Fuente: Bases de datos del CMBD de 1999 aportadas por las gerencias de los hospitales.
- (2) Ingresos correspondientes a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-NC.
- (3) Este hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto.

CUADRO 3: PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAFÍA (CONVENCIONALES Y ESPECIALES) PRACTICADOS EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN

HOSPITAL	PROCEDIMIENTOS DE ECOCARDIOGRAFÍA (1)		
	TOTALES	CONVENCIONALES	ESPECIALES
FHA	4.666	(2)	(2)
HCA	6.339	5.159	1.180
HGUGM	16.755	10.896	5.859
HGUV	4.471	(2)	(2)
HGCDrN	6.887	(2)	(2)
CHJC	7.673	6.687	786

(1) Fuente: Memorias de gestión de los hospitales correspondientes al año 1999. Incluye Cardiología de adultos e infantil.

(2) Los sistemas de información de la Fundación H. Alcorcón, el H. General de Valencia y el H. de Gran Canaria no permitían distinguir entre los diferentes tipos de exploraciones.

CUADRO 4: PROCEDIMIENTOS DE HOLTER Y DE ERGOMETRÍA (CONVENCIONALES Y ESPECIALES) PRACTICADOS EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN

HOSPITAL	PROCEDIMIENTOS DE HOLTER TOTALES (1)	PROCEDIMIENTOS DE ERGOMETRÍA (1)		
		TOTALES	CONVENCIONALES	ESPECIALES
FHA	1.237	1.494	(2)	(2)
HCA	1.417	3.590	3.426	164
HGUGM	814	2.765	2.696	69
HGUV	876	1.345	(2)	(2)
HGCDrN	781	2.889	(2)	(2)
CHJC	1.405	1.803	1.628	175

(1) Fuente: Memorias de gestión de los hospitales correspondientes al año 1999. Incluye Cardiología de adultos e infantil.

(2) Los sistemas de información de la Fundación H. Alcorcón, el H. General de Valencia y el H. de Gran Canaria no permitían distinguir entre los diferentes tipos de exploraciones.

CUADRO 5: INTERVENCIONES TOTALES E INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (CCV) PRACTICADAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	N.º INTERVENCIONES DE CCV (1998) (1) (2)	N.º INTERVENCIONES DE CCV (1999) (1)
CAM	4.038	4.845
VAL	2.586	2.469
CAC	675	510
CAG	1.505	1.222
CAPA	460	490

(1) Fuente: Información entregada por el Insalud y los Servicios de Salud de las CC.AA. de la muestra.

(2) En el informe se recoge la información de 1998.

CUADRO 6: INTERVENCIONES TOTALES E INTERVENCIONES DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (CCV) PRACTICADAS EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN

HOSPITAL	N.º INTERVENCIONES TOTALES (1)	N.º INTERVENCIONES DE CCV (1)	N.º TRASPLANTES CARDIACOS (1)
FHA	9.665	(2)	(3)
HCA	25.354	490	26
HGUGM	27.972	463	18
HGUV	15.211	394	(3)
HGCDrN	10.472	164	(3)
CHJC	26.870	671	40

(1) Fuente: Memorias de gestión de los hospitales correspondientes al año 1999.

(2) La Fundación H. Alcorcón no disponía de Cirugía Cardiovascular en su cartera de servicios.

(3) La Fundación H. Alcorcón, el H. General de Valencia y el H. de Gran Canaria no estaban acreditados para la realización de trasplantes cardiacos.

Altas por defunción

CUADRO 1: ALTAS POR DEFUNCIÓN TOTALES Y ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC E IAM EN LOS HOSPITALES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE LA MUESTRA. 1998

COMUNIDAD AUTÓNOMA.	ALTAS POR DEFUNCIÓN TOTALES (1)	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM (1) (2)
CAM	13.916	3.520	535
CAV	11.129	3.258	596
CAC	(3)	(3)	(3)
CAG	7.979	2.137	352
CAPA	3.313	870	187

(1) Fuente: Bases de datos del CMBD de 1998 entregadas por el MSC. Altas por defunción de los 82 hospitales de las CC.AA. de la muestra.

(2) Incluye altas por defunción correspondientes a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(3) C.A. excluida de este análisis debido a que el CMBD de sus hospitales era incompleto.

CUADRO 2: ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC TOTALES Y SU DISTRIBUCIÓN POR UNIDADES EN LAS QUE SE PRODUCIERON EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE EAC (1)							
	TOTALES	CARDIOLOGÍA	QUIRURJÍA OCÚ	MEDICINA INTENSIVA	CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS	REHABILITACIÓN CARDIACA	ANGIOLOGÍA Y QUIRURJÍA VASCULAR	RESTO UNIDADES
FHA	137	16	-	20	-	-	-	101
HCA	293	62	2	77	-	-	-	112
HGUGM	611	25	2	135	-	-	13	436
HGUV	248	74	2	26	-	13	14	119
HGCDrN	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
CHJC	527	11	13	122	102	-	30	249

(1) Fuente: Bases de datos del CMBD de 1999 aportadas por las gerencias de los hospitales.

(2) Este hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto.

CUADRO 3: ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM TOTALES EN LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN. 1999

HOSPITAL	ALTAS POR DEFUNCIÓN DE IAM TOTALES (1) (2)
FHA	21
HCA	36
HGUGM	76
HGUV	31
HGCDrN	(3)
CHJC	77

(1) Fuente: Bases de datos del CMBD de 1999 aportadas por las gerencias de los hospitales.

(2) Incluye altas por defunción correspondientes a los códigos 410, 411 y 412 de la CIE-9-MC.

(3) Este hospital ha sido excluido del análisis porque su CMBD era incompleto.

Guías farmacoterapéuticas de los hospitales en los que se han realizado las pruebas de fiscalización

CUADRO 1: GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA Y COMPARACIÓN DE LOS FIBRINOLÍTICOS CONTENIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE HAN REALIZADO LAS PRUEBAS DE FISCALIZACIÓN CON LOS CON LOS FIBRINOLÍTICOS UTILIZADOS EN CADA UNO DE ELLOS

HOSPITAL	GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA	ANÁLISIS COMPARATIVO DE FIBRINOLÍTICOS		
		FIBRINOLÍTICOS CONTENIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA Y UTILIZADOS EN EL HOSPITAL	FIBRINOLÍTICOS CONTENIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA NO UTILIZADOS EN EL HOSPITAL	FIBRINOLÍTICOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL NO CONTENIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA
FHA	Guía Farmacoterapéutica, 1.ª edición, mayo de 1998	ACTILYSE RAPILYSIN STREPTASE UROQUIDAN 100.000		
HCA	Guía Farmacoterapéutica, ed. 1999	RAPILYSIN STREPTASE UROKINASE 100.000 UROKINASE 250.000 VARIDASA WYDASE ME		ABBOKINASE ACTILYSE UROQUIDAN 100.000 UROQUIDAN 250.000
HGUGM	Guía Farmacoterapéutica, 4.ª ed. 1997 (1)	ACTILYSE STREPTASE UROKINASE 100.000 UROQUIDAN 100.000 UROQUIDAN 250.000 VARIDASA	UROKINASE 250.000	KABIQUINASE
HGUV	Formulario, 5.ª ed. 1999/2000	RAPILYSIN STREPTASE UROKINASE 100.000 UROKINASE 250.000		ACTILYSE IMINASE VARIDASA
HGCDrN	Guía Farmacológica, marzo de 2000	ACTILYSE KABIQUINASE UROQUIDAN 100.000 UROQUIDAN 250.000 VARIDASA		
CHJC	Guía Básica de Medicamentos, 4.ª ed. 1994 (2)	ACTILYSE STREPTASE UROQUIDAN 100.000 UROQUIDAN 250.000		

(1) Durante la visita al Hospital, se aportó al Tribunal de Cuentas un documento denominado: "Actualización Guía Farmacoterapéutica 4ª Ed., Abril 2000".

(2) Durante la visita al Hospital se comunicó al Tribunal de Cuentas que estaba en imprenta una edición actualizada de esta guía a fecha de marzo de 2001.

ANEXO 6.5

Porcentaje de gasto de cada fibrinolítico

CUADRO 1: PORCENTAJE DE GASTO DE CADA FIBRINOLÍTICO RESPECTO DEL GASTO TOTAL DE FIBRINOLÍTICOS DEL HOSPITAL

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	FHA	HCA (1)	HGUGM	HGUV	HGCDrN	CHJC
ALTEPLASA	ACTILYSE	39,32	-	36,02	30,89	94,37	59,90
ANISTREPLASA	IMINASE		-		15,13		
ESTREPTODORNASA + ESTREPTOQUINASA	VARIDASA		-	0,34	0,004	0,01	
ESTREPTOQUINASA	KABIQUINASE		-	0,02		0,07	
ESTREPTOQUINASA	STREPTASE	2,36	-	1,03	0,17		3,56
HIALURONIDASA	WYDASE ME		-				
REPTEPLASA	RAPILYSIN	40,28	-		26,71		
UROQUINASA	ABBOQUINASE		-				
UROQUINASA	UROKINASE 100.000		-	4,61	17,85		
UROQUINASA	UROKINASE 250.000		-	9,88	9,25		
UROQUINASA	UROQUIDAN 100.000	18,04	-	48,09		2,73	6,71
UROQUINASA	UROQUIDAN 250.000		-			2,82	29,83

(1) El H. Central de Asturias no disponía del gasto total de productos farmacéuticos, y por tanto tampoco del gasto de fibrinolíticos, como consecuencia de un cambio en el programa informático de gestión de la farmacia del hospital.

CUADRO 2: NÚMERO DE UNIDADES CONSUMIDAS DE CADA FIBRINOLÍTICO EN RELACIÓN CON EL NÚMERO TOTAL DE UNIDADES CONSUMIDAS DE FIBRINOLÍTICOS EN CADA HOSPITAL. 1999

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL MEDICAMENTO	FHA	HCA (1)	HGUGM	HGUV	HGCDrN	CHJC
ALTEPLASA	ACTILYSE	13,8	-	1,67	10,13	50,63	18,13
ANISTREPLASA	IMINASE		-		4,36		
ESTREPTODORNASA + ESTREPTOQUINASA	VARIDASA		-	74,39	5,38	24,41	
ESTREPTOQUINASA	KABIQUINASE 250.000		-	0,05		1,44	
ESTREPTOQUINASA	STREPTASE 750.000	11,72	-	0,67	0,77		14,88
HIALURONIDASA	WYDASE ME		-				
REPTEPLASA	RAPILYSIN	14,58	-		9,10		
UROQUINASA	ABBOQUINASE 250.000		-				
UROQUINASA	UROKINASE 100.000		-	2,62	57,18		
UROQUINASA	UROKINASE 250.000		-		13,08		
UROQUINASA	UROQUIDAN 100.000	59,9	-	5,61		14,65	21,59
UROQUINASA	UROQUIDAN 250.000		-	14,98		8,86	45,39

(1) La gerencia del H. Central de Asturias certificó que los datos del consumo total de productos farmacéuticos, y por tanto de fibrinolíticos, no estaban disponibles en su totalidad en el momento de realizar las pruebas de fiscalización debido a que la Farmacia del hospital se encontraba inmersa en un proceso de cambio del programa informático de gestión de la farmacia.