

Organización y gestión hospitalaria hoy: Servicio de cirugía

(Hospital organisation and management today:
the surgery service)

Echenique Elizondo, Miguel; Díaz Aguirregoitia, Javier
Univ. del País Vasco. UD Medicina. Pº Dr. Begiristain, 105. 20014
Donostia

BIBLID [1577-8533 (2003), 5; 191-236]

Recep.: 19.08.02
Acep.: 19.08.02

Durante las dos últimas décadas hemos asistido a un proceso de cuantificación económica de los Servicios Médicos, en general, y de los quirúrgicos entre ellos. El elevado coste de la práctica médica actual ha hecho necesario la introducción en el mundo de la gestión económica de los responsables de los Servicios Quirúrgicos de nuestros Hospitales con el fin de optimizar y mejorar los niveles de asistencia sanitaria y la selección de actuaciones médicas, considerando el coste de los mismos en el proceso de toma de decisiones. El presente artículo es una revisión de ésta nueva forma de práctica médica hospitalaria quirúrgica.

Palabras Clave: Alcohol. Alcoholismo. Estructura social. Norma. Ruptura de la norma. Ritos.

Egungo gizarteetan alkohola presente dago antzinetetik. Alkoholaren kontsumoa asko aldatzen da kultura desberdinen arabera, baina guztietan horren kontsumoa aldagai batzuen mende dagoela ikus daiteke. Horien artean, nabarmentzekoak dira: estatusa, adina, gizabanakoaren sexua eta gizarte egitura. Halaber, alkoholak gizabanako askoren sozibilizazioan duen eragina agerian jartzen saiatu gara, hala talde jakin batean sartzeko nola horretatik aldentzeko ere.

Giltza-hitzak: Alkohola. Alcoholismoa. Gizarte egitura. Araua. Araua urratzea. Errituak.

Au cours des dernières décennies nous avons assisté à un processus de quantification économique des Services Médicaux, en général et, parmi eux, des chirurgicaux. Le coût élevé de la pratique médicale actuelle a exigé l'introduction dans le monde de la gestion économique des responsables des Services Chirurgicaux de nos Hôpitaux afin d'optimiser et d'améliorer les niveaux d'assistance sanitaire et la sélection d'interventions médicales, en considérant leur coût dans le processus de prise de décisions. Cet article est une révision de cette nouvelle forme de pratique médicale hospitalière chirurgicale.

Mots Clés : Alcool. Alcoolisme. Structure sociale. Règle. Rupture de la règle. Rites.

INTRODUCCIÓN: NECESIDAD DE “CAMBIO” DE ACTITUD

El Hospital es una institución muy antigua. Posiblemente, los griegos y romanos ya tenían algo parecido. Los templos podían cumplir ésta misión –i. e. el de Esculapio en Epidaurio-. Pero el hospital actual, no es ni puede ser el Hospital de Beneficencia con raíces en la Edad Media y la Religión, ni el Hospital Científico que se inicia a primeros del presente siglo y se consolida en los años 1950 y 1960. El primero sólo respondía ante la Religión o las Instituciones religiosas del tipo confesional que fuere y el segundo, ante la Ciencia. Entre las preocupaciones presupuestarias del *Hospital de Beneficencia* primaba algo tan básico como la *manutención* de los “acogidos”. A lo largo de los siglos la sociedad aportó cantidades ingentes de recursos económicos financiando la tecnología y la ciencia en que se basa el cambio al *Hospital Científico*. Pero hoy la sociedad demanda, cada vez con más fuerza, algo tan simple como que ese hospital demuestre objetivamente que **vale la pena gastar** esos recursos que actualmente gasta. El Hospital debe volver a cambiar y el nuevo hospital, que ya se está gestando, será un centro consciente de los recursos que utiliza, que se preocupa de valorar los costes de la medicina que presta con los beneficios que de ella se producen. Se podría denominar a este centro el **Hospital Eficiente**, que tomará el relevo al Hospital Científico de la misma manera que éste lo hizo con el Hospital Benéfico.

En este contexto se enmarca un Servicio Clínico, en este caso quirúrgico, cuya gran dotación en recursos económicos hace necesaria e imprescindible, la modernización del mismo hacia un modelo distinto del antiguamente denominado “Servicio Científico” hacia otro que podemos llamar “Servicio Eficiente”, y que da paso a la **Gestión como parte integrante e importante de su concepción** sin abandonar los planteamientos científicos rigurosos, basados en la Evidencia Científica. Este concepto mixto de ciencia y gestión hermanados, tiene que fructificar en unos productos sanitarios provistos de alta calidad, entendiendo la calidad, en términos muy concisos, como **“el producir bien a la primera**, sin complicaciones o defectos”, que a la larga es lo que encarece un producto bien sea sanitario o de cualquier naturaleza.

Un directivo que no capte y viva este cambio de actitud que demandan los tiempos, y éste es un punto vital de reflexión, **está perdido** en el tiempo y en espacio. No sabe dónde pisa ni qué momento histórico le ha tocado vivir. Se estancará e irá rodando de forma anárquica, decadente y caduca por la empresa hospitalaria. Para un directivo no es suficiente ofertar una historia profesional brillante, una fidelidad a la empresa..., posiblemente un servilismo poco imaginativo, hay que ir más allá y entender que, como decía Heráclito “panta rei”, todo cambia, el mundo está en movimiento perpetuo.

El que lleva dentro a un verdadero directivo, **está siempre por encima de todo cambio y se adapta suave y paulatinamente a todo nuevo esquema organizativo**, y de la misma manera que como médico no debe observar en un ser humano la etiqueta de la raza, religión o partidismo político sino que debe verlo siempre como un ser vivo que puede precisar de sus conociemien-

tos profesionales en caso de enfermedad, **un verdadero director debe estar siempre por encima de un cambio de circuitos administrativos, de una modificación de organigrama o de un cambio de propiedad.** La misión exclusiva del directivo es la de dirigir y ejercer sus funciones de dirección por encima de cualquier evento que pueda surgir e incluso perturbar la estabilidad de la empresa hospitalaria.

Mientras que la Religión es una vocación y la Medicina una profesión la Gestión se basa en entender cómo funciona la sociedad y cómo funcionan los grupos de personas, cuáles son sus valores, cómo desea utilizar sus recursos, etc. **La gestión sobre todo es una actitud**, pero también es conocer un conjunto de técnicas que le permitan llevar a la realidad esta actitud. Ya en 1986 The New England Journal of Medicine propugnaba la figura del “Physician executive” con conocimientos en Análisis financiero, Contabilidad Analítica, Contabilidad de costes, Análisis macroeconómico, Marketing y Planificación Estratégica.

La Gestión / Dirección, en mi opinión, es un **oficio** o una **profesión** y **no un título, un poder, una gratificación** o una **prebenda**. Y lo malo es que muchos aún continúan pensando que ello es así. Por dirección todavía entienden la ostentación del poder, el mandar, el hacer lo que uno quiere, poder ganar más dinero... y nada más. Sin embargo, dirigir es algo mucho más serio y responsable y que debe ser el objeto de una seria reflexión. Dirigir implica tratar, convivir y trabajar con seres humanos, quienes por definición no pueden ser tratados con “técnicas”, sino con profesionalidad, **humanidad y comprensión**. Y esto es un arte, pero apoyado en técnicas psicológicas suficientemente conocidas hoy.

Deseo antes de nada, después de estas reflexiones muy breves, definir y precisar de una forma sencilla lo que se entiende por Dirección. Quizá se trate de una descripción un tanto amplia, pero ello en bien de la clarificación de conceptos.

Por Dirección / Gestión se entiende: *El proceso de actuación dinámica y continuada de un hombre sobre otros, con el objeto de conducir su comportamiento y actuación profesionales, hacia el logro de unos objetivos determinados, que no han sido marcados por las inquietudes personales y caprichosas del mismo, sino que obedecen a un fin superior de empresa, objetivos que han sido determinados generalmente de una forma objetiva por él mismo y por otros niveles.*

Por estas razones entiendo que en el momento actual un **Jefe de Servicio Clínico de Hospital es fundamentalmente un Gestor de recursos**, un “director” en el sentido anteriormente expuesto. Mejor todavía, un “facilitador” de tareas, que pone en juego de manera constante la autonomía dada a los subordinados y la corresponsabilidad de éstos en el logro de los objetivos pactados. Este director Si además reúne en su peculiar historia una personalidad donde se den en cantidades apreciables un nivel profesional alto, indudablemente mejor. La talla

científica y profesional alta, puede servir de base para una más fácil aceptación de los componentes del Servicio.

Indudablemente entre los objetivos de un Servicio Quirúrgico estarán presentes los ya clásicos componentes de asistencia, docencia e investigación, pero **gestionados** en el sentido empresarial del término, para que los tres sean de calidad y eficientes, es decir, lo más completos con el mínimo coste.

Acercándome más directamente a lo que supone una PROYECTO de GESTION para un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, lo primero que un Director o Jefe del mismo se debe preguntar es:

¿QUÉ ES LO QUE EL CIUDADANO DEMANDA A UN SERVICIO QUIRÚRGICO?

Y la respuesta que me parece más realista se puede dividir en tres partes:

1. “Que me atiendan *pronto* (que me operen)”
2. “Que me acierten (que me curen)”
3. “Que me atiendan bien, con dignidad de persona.”

Para atender estas peticiones, que al mismo tiempo son derechos de los ciudadanos, hay que plantearse una **previsión de actividades gestoras**, es decir resulta evidente un proceso de **planificación** de las actividades de ese mismo Servicio. Por ello antes de entrar en el esquema organizativo de este Proyecto, dos palabras acerca de la Planificación.

Todo directivo de hospital, y en sentido amplio un Jefe de Servicio lo es, se diferencia del que no ocupa este puesto de responsabilidad, en que realiza o debe realizar una serie de tareas específicas de la función directiva. Estas tareas directivas son variadas, aunque dos de ellas son fundamentales:

- La adopción de decisiones de política hospitalaria.
- La conducción del equipo humano.

Las demás tareas directivas podemos considerarlas como instrumentales:

- **Organización, Coordinación, Programación, Comunicación, Control.**

Todo este proceso directivo que podemos englobar en líneas generales en el concepto de **Planificación, comprende las siguientes actividades:**

- La previsión o pronóstico (¿Qué va a ocurrir?).
- El plan concreto o programa de acción (¿Qué hacer?).
- El presupuesto (¿Cómo hacer?).

Un plan concreto o programa, un **PROYECTO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE UN SERVICIO QUIRÚRGICO**, consistirá, por tanto en:

1. **Definir qué objetivos deben alcanzarse en un periodo temporal determinado.**
2. **Establecer los medios que deben emplearse y en qué fechas.**
3. **Determinar qué personas deben encargarse de qué medidas o acciones.**

La Planificación de un Servicio Quirúrgico es un proceso continuo, que interrogándose permanentemente sobre *lo que la Especialidad quirúrgica es, lo que será y lo que debiera ser* aborda el ayer, el **futuro** inmediato y las ulteriores perspectivas del hospital.

Ahora bien, el PACIENTE deberá ser el EJE CENTRAL de todo este proceso de planificación y control. Él es el que da sentido a todo el quehacer. Si se ha hablado y escrito mucho de una medicina humanista, no es menos cierto que estamos obligados a centrar en el ser humano doliente todo el **humanismo de la gestión sanitaria**. Podríamos hablar, como una vez le oí a mi maestro el Profesor Manuel González, que estamos tratando con “su majestad, el enfermo”. Incluso un aspecto que nos llevaría mucho tiempo comentar como es el del “**consentimiento informado**” debe considerarse no como un mecanismo más de la llamada Medicina defensiva, sino como un derecho del enfermo en el ejercicio de su libre voluntad.

Sólo de una forma rápida quiero tocar un tema que me parece muy importante, por lo que supone de visión hacia el futuro y de actitud realista del Gestor / Facilitador de un Servicio clínico: el concepto de CLIENTE. Este vocablo tan denostado por los médicos para referirse a los pacientes creo que tiene un cierto fundamento, si la aplicamos en un sentido más amplio no sólo al enfermo, sino a su familia o a profesionales afines. Y así, podemos distinguir:

- CLIENTE EXTERNO: el paciente y su familia.
- CLIENTE INTERMEDIARIO: médico de cabecera, de gran importancia en el sistema de salud en que nos moveremos.
- CLIENTES INTERNOS: En primer lugar los profesionales del servicio y de otros Servicios, para los que nos comportamos como *proveedores*, y a la vez como, *clientes*.

Indudablemente este concepto debe inspirar una planificación y gestión de un Servicio Clínico que se precie de tener una concepción moderna y abierta al cambio, creatividad y calidad.

Estos principios generales son los que he aplicado en la realización de este Proyecto. No entraré o muy poco en conceptos ya sabidos y harto tratados en otros ámbitos, como la asistencia, la docencia y la investigación porque estimo que en una Proyecto de Gestión *sólo deben ser tratados en sus aspectos relativos a la gestión* de los mismos.

Fundamentalmente este Proyecto puede dividirse en dos partes:

1. DEFINICIÓN DE LA DEMANDA de un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

2. DEFINICIÓN DE LA OFERTA que un Servicio puede realizar de ahora en adelante.

Si bien, esta última cuestión - la Oferta - habría que fraccionarla para una mejor exposición en otros cinco puntos:

1. Análisis de la situación actual

- Producto bruto del Servicio
- Coste aproximado de la producción
- Recursos del Servicio
- Análisis crítico de la situación

2. Definición de objetivos

- Asistenciales: Hospitalización, consultas, quirófanos, urgencias
- Docentes e Investigadores: Staff, Residentes

3. Propuesta de funcionamiento

- De la actividad Asistencial: Hospitalización, consultas, quirófanos, urgencias
- De la actividad Docente e Investigada: Formación continuada, Residentes, Tesis doctorales, Sesiones del Servicio, Organización de Cursos, Reuniones, Congresos

4. Definición de presupuestos

- Recursos Humanos
- Recursos Materiales
- Recursos Financieros
- Recursos Administrativos

5. Definición del sistema de control

- Del grado de cumplimentación de objetivos
- Control de la actividad: Sistema de Información
- Control del Funcionamiento y Rendimiento
- Control de la calidad

1. DEFINICIÓN DE LA DEMANDA

1.1. Estudio de Población y División territorial

1.2. Previsiones basadas en la tendencia

Resulta difícil ejercer de profeta en este punto, sobre todo porque las fuentes de información están a diferentes niveles, no siempre alcanzables para quien escribe y, sobre todo, matizadas por planteamientos que rebasan las leyes del libre mercado y caen de lleno muchas veces en el campo de las decisiones polí-

ticas. Sin embargo un directivo de un Servicio Quirúrgico **deberá estar atento a los cambios que tanto desde el punto de vista técnico, como desde el punto de vista socio cultural, se produzcan**. Indudablemente las peticiones de cirugía laparoscópica van a crecer, así como una demanda de hospitalización corta sobre todo para los procesos más frecuentes, que previsiblemente serán más frecuentes en consonancia con el aumento de la edad de los habitantes de la Comunidad Autónoma.

De acuerdo con los tiempos el Hospital cambiará sus características que serán:

- Más pequeños y con menos camas.
- Habrá un auge de Patología ambulatoria y de la Cirugía ambulatoria.
- Estancias cada vez más cortas.
- Servicios centrales clínicos potentes.
- Auge de la Información / informática sanitaria.
- Telemedicina. Telerradiología. Sesiones multihospitalarias.
- Potenciación del centro de salud en conexión con hospital.
- Separación del acceso de los procesos ambulatorios, diagnósticos y la cirugía.
- Coexistencia de técnicas menos invasivas con técnicas con gran agresividad. (Cirugía ambulatoria y trasplantes).
- Cirugía efectiva y autofinanciable.
- Mayor % con anestesia local.
- Hospitalización domicilio y la Familia se ocupa del paciente.
- ¿Docencia de residentes en ambulatorios? Para la cirugía menor.

Como ejemplos de las consecuencias que estos cambios sociales y técnicos generan debo citar **dos acontecimientos que condicionan la necesidad de una transformación en la mentalidad asistencial** de forma perentoria, pero sin olvidar que ello conlleva repercusiones docentes e investigadoras: la aparición de Unidades Funcionales y el Contrato - Programa. El primero como resultado de innovación técnica y el segundo como fruto de un cambio en la filosofía gerencial sanitaria

La aparición de las **técnicas laparoscópicas** en Cirugía Abdominal y Torácica, hacen que las necesidades de personal, instrumental, horas de quirófano, tiempo de hospitalización, cambien. Y con ello cambian los gastos generados por los procesos. Es posible que para hacer frente a esta nueva necesidad, sea necesaria una renovada dotación de personas y recursos a este campo, creando específicamente una **Unidad de Cirugía Laparoscópica**. Esta Unidad tendrá una base y unos contenidos fundamentalmente técnicos especiales, que, tras sus balbuceos de hace años, aparecen ahora completamente consolidados. Es el quehacer quirúrgico *mínimamente invasivo* demandado, además por la sociedad actual. Y es posible que en un plazo de 10 años gran parte de la Cirugía General y del Aparato Digestivo se realice con estas técnicas. (Ver Anexo: Proyecto de Funcionamiento Unidad de Cirugía Laparoscópica).

En segundo lugar, la progresiva tendencia a disminuir la hospitalización de pacientes operados, aconseja plantearse seriamente la creación de una **Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria**. No entro en detalles sobre el tema, que serán abordados más tarde, pero abundando en su conveniencia, resulta significativo que los países más ricos y con más recursos - por ejemplo USA - hayan diseñado y desarrollado desde hace años estas unidades, en las que sin perder calidad se reducen costes y en gran número de casos se aumenta el confort del paciente (Ver Anexo: Proyecto de Funcionamiento de Unidad de Cirugía Ambulatoria).

Por último, y dentro del campo de la Cirugía General y del Aparato Digestivo, hay una parcela que se está configurando como una Superespecialidad más dentro de ese mismo terreno: la **Cirugía endocrinológica**. En este Hospital está recibiendo y operando una gran cantidad de pacientes afectos de esta patología, de tal manera que estimo como muy conveniente intentar una **Unidad Funcional Endocrinológica** con una conexión estrecha con el Servicio de Endocrinología; pero además estamos viendo la necesidad de plantear una salida científicamente serie a un problema que cada día vemos con más frecuencia: la **Obesidad mórbida**. Dentro de esta patología endocrina entraría de lleno la solución quirúrgica a este problema no pequeño que la alimentación excesiva, el sedentarismo, y el fenómeno psicológico de la ansiedad están creando en el mundo civilizado y “sin hambre”. (Aunque tengo avanzado tanto el proyecto de Cirugía endocrina como de Cirugía de la Obesidad, el no haber ultimado el contacto con el Servicio de Endocrinología, me impide en buena ética presentarlo)

Dichos cambios o innovaciones técnicas, y otras que pueden generarse, van a modificar continuamente la demanda de un Servicio de Cirugía General. Y no es menor de ellos el que se puede plantear a corto o medio plazo, siguiendo los postulados de **Osasuna Zainduz**, si nos tenemos que preparar para una competencia - desearía que no se convirtiera en competición - con otros centros hospitalarios de la Red pública o de la iniciativa privada. Me refiero al **Contrato Programa** en el que habrá que ofertar un **producto** a buen precio y de calidad, para poder llevarlo a cabo y recibir a cambio las prestaciones económicas y/o no directamente económicas precisas para **obtener beneficios**. De hecho, el contrato programa “es el instrumento jurídico mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre el Departamento competente en la materia y las organizaciones del ente público Osakidetza para la provisión de servicios sanitarios.”

Y en dicho **Contrato Programa** habrá de concretarse para establecer una relación de la actividad a desarrollar con la financiación una serie de puntos que claramente expone la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi, artículo 19:

- Estimación del volumen global de la actividad y previsión de las contingencias sanitarias objeto de la cobertura.
- Determinación cuantificable y periódica de los requisitos de calidad que deberán cumplir los servicios sanitarios.

- Estimación finalista de la cobertura económica de la actividad consignada con cargo a los créditos presupuestarios, periodicidad de los pagos y documentación justificativa para la realización de los mismos.
- Requisitos y procedimiento de control y auditoría sanitaria.
- Los niveles de responsabilidad que adquieren las partes en cuanto a revisiones, adaptaciones y demás incidencias que se susciten en la aplicación del convenio.”
(Ley 8/1997 de 26 de Junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. B.O.P.V. nº 138 de 21 de Julio de 1997)

2. DEFINICIÓN DE LA OFERTA

2.1. Análisis de la situación actual

2.1.1. PRODUCTO BRUTO DEL SERVICIO

2.1.2. COSTE APROXIMADO DE ESTA PRODUCCIÓN

Los costes de un Servicio en un Hospital de Osakidetza no son fáciles de calcular. Podríamos utilizar dos sistemas: el primero, el más simple, consistiría en ir sumando los costes unitarios de cada acto médico y del resto del personal sanitario, así como los costes de las medicaciones empleadas, y productos consumidos e imputarle un porcentaje sobre los gastos de estructura hospitalaria y mantenimiento. Esto que parece fácil, en la práctica es inviable y de hecho se ha desechado esta fórmula de cálculo de costes.

Aunque cuestionable y perfectible como todo lo humano, en la actualidad y dentro de Osakidetza, se estudian los costes necesariamente aproximados por el momento y con las herramientas de que hoy se dispone, de hospitalización, de consultas, por estancia, etc., llegando al cálculo de los Puntos de Intensidad Relativa (PIR) como “correctores” necesarios del coste de los distintos procesos, que comentaré a continuación. El sistema de cálculo de costes, que hoy se realiza en Osakidetza, sintéticamente es como sigue:

Metodología de cálculo de costes (líneas generales)

Para calcular el coste por Servicio se establecen varias etapas:

1. Identificación y definición de los **Servicios Finales** que son los que realizan asistencia directa y definen la actividad principal del hospital. Son los que elaboran el **producto** final. En líneas generales, podríamos identificarlos con los Servicios Asistenciales clásicos. En ellos se imputan directamente los costes de Personal (fundamentalmente médico) y los Suministros aportados a cada Servicio. Si las Unidades de Enfermería correspondieran exactamente con cada Servicio Médico, los costes de personal de Enfermería y Auxiliares podrían imputarse directamente a ellos. Como no es así, (pacientes ectópicos, UCI, Reanimación, etc.), es preciso hacer un cálculo

intermedio de los **costes de las estancias producidas en las Unidades de Enfermería** y posteriormente, sabiendo en número de pacientes y las estancias de estos pacientes en cada Unidad de Enfermería imputar los costes correspondientes a cada Servicio.

2. Identificación de los **Servicios Intermedios**, que son los que colaboran necesariamente en el producto final del hospital (Laboratorios, Radiología, Microbiología, etc.). Si el “producto” que elaboran es para el exterior, pueden considerarse en esta circunstancia como Servicios Finales. En caso contrario imputarán a cada Servicio los costes de la parte correspondiente de su producción consumidos por ese Servicio (por ejemplo el número de TAC que se haga en un Servicio).
3. Identificación y cálculo de los costes de los **Servicios Estructurales**, siendo estos los que representan una condición de *necesariedad o conveniencia* para que el producto final sea completo en toda su dimensión humana. (Entre ellos se encuentra toda la estructura de Gestión del hospital, mantenimiento, cocina, edificio, etc.). Los costes generados también se imputarán en una proporción adecuada a los diferentes Servicios. A veces resultará fácil de calcularla (cocina) y otras veces será un poco más complejo.

Para establecer los costes de Hospitalización y de alguna manera tener un punto de referencia del coste de un mismo proceso en pacientes diferentes (colecistitis en paciente joven sin otras patologías o en un paciente anciano, diabético, cirrótico, hipertenso, etc.) que permita calcular y prever los costes de la Hospitalización de un Servicio, se han ideado los Sistemas de Clasificación de Pacientes.

En 1970 en la Universidad de Yale, financiados por agencias federales de Estados Unidos, comenzaron a desarrollar una alternativa a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Su objetivo era mejorar el proceso de revisión y pago de los pacientes por las Compañías de Seguros y por la Seguridad Social Americana. De esta forma apareció el DRG (Diagnosis Related Groups), - en castellano GDR - (Grupos relacionados por diagnóstico). Paulatinamente han ido apareciendo otros sistemas de clasificación de pacientes: MEDIGROUPS (Medical Illness Severity Grouping System) PSI (Patient Severity Index), CSI (Computerized Severity Illness), PMC (Patient Management Categories), etc.

De ellos, Osakidetza ha optado por el sistema PMC, como herramienta que mide con rigor y consistencia la actividad de los hospitales. Su fortaleza reside en la incorporación de las características clínicas del paciente como eje vertebrador del análisis de la producción hospitalaria. Se trata de un método de clasificación de la severidad de los pacientes y una aproximación a la cuantificación de costes del hospital. En las categorías PMC están representados pacientes con similares características, requerimientos diagnósticos y terapéuticos; de este modo se conocen mejor las **particularidades de procesos concretos y la posibi-**

lidad de mejorarlos tanto desde el punto de vista de calidad en sí del proceso como desde el punto de vista de la posible disminución de costes, es decir, para mejorar el “**manejo**” de los pacientes.

Para la evaluación de la complejidad del paciente y la asignación de categoría, se consideran los *datos del paciente* (edad, sexo), codificación de *diagnósticos* y *procedimientos*, es decir, el “consumo de recursos”, basada en la CIE-9-MC, así como los datos al alta (fecha, tipo de alta, etc.). La complejidad generada se mide, mediante un cálculo de diseño propio de Osakidetza, en Puntos de Intensidad Relativa (P.I.R.), por lo cual un proceso es tanto más complejo y por lo tanto precisará de más recursos cuanto mayor puntuación PIR tenga.

Este sistema de interrelación del sistema PMC con los PIR ha permitido establecer patrones de cuidado óptimo para cada categoría de pacientes, permite la obtención de Coste por Proceso mediante la aplicación conjunta de contabilidad analítica y aporta referencias básicas para la evaluación de la calidad asistencial (comorbilidad, complicaciones, severidad, mortalidad, procesos ambulatorizables, estancia media real y estancia media esperada, etc.).

Con todos estos datos, calculado el coste del Servicio, considerado como servicio final generador de productos finales, e imputados todos los costes correspondientes a los Servicios Intermedios y Estructurales y *una vez conocida su producción en términos de puntos de complejidad o puntos PIR, se puede obtener el coste unitario de cada punto PIR por Servicio. Y multiplicando este coste por el índice PIR de cada proceso PMC, se calcula el coste de cada proceso.*

Importancia codificación exacta de PMC's **Importancia Informe de Alta**

Por ello se comprende la importancia de una buena codificación de los PMC's de cada paciente y la gran trascendencia del informe de alta como documento a partir del cual obtener datos que permitan una obtención muy ajustada a la realidad del P.I.R.

El coste de Consultas externas y Urgencias: considerado como producto final se obtiene el coste unitario de cada actividad efectuando el cociente entre el coste total de cada una de las actividades y el número de actos médicos realizados. La Urgencia ingresada se considera como producto intermedio y por tanto su coste se distribuye hacia los servicios de hospitalización. Por lo tanto no lo consideramos en este caso como producto final.

El coste de los Servicios Generales Clínicos, cuando actúan como Servicios Intermedios, generando productos intermedios, también se imputarán a cada Servicio en la proporción que hayan consumido tales productos generados por ellos.

2.1.3. RECURSOS DE QUE DISPONE EL SERVICIO

Recursos humanos:

Plantilla médicos:

De momento la plantilla de médicos es inalterable por circunstancias ligadas fundamentalmente al estatus administrativo de plaza en propiedad.

No obstante, puede darse que en este ambiente de “cambio” de la filosofía sanitaria hacia la Gestión, este número de médicos del servicio se vea alterada hacia el incremento o la disminución de los mismos y sea preciso “reciclar” o “recolocar” a los mismos en otras áreas sanitarias quirúrgicas. Implícitamente me estoy refiriendo a una cierta “movilidad” funcional de acuerdo con las necesidades cambiantes del Servicio.

Enfermería DUE / Auxiliares:

Corresponde a la Dirección de Enfermería la gestión y control de este personal sanitario. No obstante **la relación entre el Jefe de Servicio y la dirección de Enfermería debe ser estrecha, colaboradora y sin fisuras**. Sin embargo en el futuro sería deseable que todo el personal del Servicio dependiera del Jefe de Servicio y que el paso hacia el cambio se iniciara por parte de la propia Dirección de Enfermería o del propio estamento. Pienso que en un estilo de Gestión de Recursos con una filosofía “facilitadora” de tareas no debe plantearse ningún problema de competencias absurdas.

Administrativos.

Recursos materiales:

- Áreas de hospitalización
- Consultas externas
- Quirófanos
- Los Despachos y Salas de Reuniones

2.2. Definición de objetivos

Entiendo por Objetivo *la intención, comunicada por una declaración, que describe la modificación que se desea conseguir en un determinado entorno o personas, en un periodo de tiempo.*

No entro en la definición de objetivos generales - quizá podríamos llamarles “institucionales” - que afectan a la actitud de los médicos frente al hombre enfermo, la sociedad, etc. A estas alturas si estos objetivos no se han alcanzado muy poco podremos hacer. Por ello me voy a referir a objetivos muy **específicos**, sabiendo que los objetivos, para que sean **efectivos** tendrán que ser: Lógicos, es decir, *sin contradicciones internas*, Concretos, Realizables, Observables, y Mensurables.

De un modo general y de manera muy básica el OBJETIVO BÁSICO de toda gestión sanitaria es *el aprovechamiento óptimo de los recursos en orden a maximizar el número de servicios prestados con el mayor nivel de calidad posible y al menor costo factible.*

2.2.1. ASISTENCIALES

Desde un punto *doctrinal* podríamos diferenciar varios tipos de objetivos Asistenciales, haciendo distinción entre objetivos de **Actividad**, de **Rendimiento** y de **Calidad**, pero sería muy prolijo y posiblemente artificial en una **Proyecto de gestión** hacerlo así. Por ello será muy práctico, en detrimento de lo académico, a la hora de plantear objetivos. Por otro lado aunque podríamos ofrecer una larga y abigarrada serie de objetivos a cumplir, me concretaré a los que me parecen más perentorios.

– Área de hospitalización:

- *Reducir la Estancia Media 2 puntos* en un plazo de cuatro años. Estimo que es un objetivo muy ambicioso, pero muy posiblemente realizable según las ideas anteriormente expresadas y alcanzando los Objetivos siguientes.
- *Obtener una cooperación importante con Servicio Hospitalización a Domicilio*, de tal manera que los procesos con tasa de gravedad o complejidad I puedan ser seguidos por tal Servicio.
- *Ambulatorizar procesos de gravedad / complejidad I.* (en estrecha relación con el punto anterior)
- *Bajar a 0,5 días la Estancia Media Preoperatoria*, con un porcentaje muy alto de pacientes ingresados el mismo día de la intervención. Aunque en este punto va a ser precisa una colaboración primordial con el Servicio de Admisión de pacientes y con las Consultas del Servicio Intra y Extrahospitalarias. Tengo que hacer notar que este objetivo más que indicador de calidad del servicio podemos considerarlo como de funcionamiento del servicio, pero también de todo el Hospital.
- *Disminuir los costes “gestionables” desde el Servicio:* Por ejemplo nº de exploraciones radiológicas no necesarias (TAC), antibioterapia racional, etc. Indudablemente los gastos “estructurales”, que “se imputan” al Servicio y sobre los cuales no es posible actuar desde este nivel, será imposible modificarlos aunque intentaremos colaborar en su reducción.
- *Disminuir la Tasa de Infección de Herida Quirúrgica a estándares admitidos como aceptables.* La cifra admitida como un estandar aceptable es el 7,5% (global). Actualmente se desconoce cual sea la incidencia de la Infección quirúrgica en el servicio pero hay datos que hacen suponer una lejanía a esta cifra. Por lo que a través de una política antibiótica consensuada con los miembros del Servicio, pero apoyada en las conclusiones de las Comisiones Técnicas, en este caso, la Comisión de Infecciones intentaremos, primero conocer con claridad cual sea nuestra tasa de infección quirúrgica y posteriormente llegar al estándar cita-

do. La repercusión económica de un solo día de hospitalización por infección es considerable. Además hay que contar con que alguno de los pacientes pueda fallecer por motivo directo de la Infección Nosocomial.

– **Área de Urgencias:**

- *Reducir los ingresos “en observación” por procesos dolorosos abdominales inespecíficos.*
- *Revisar los criterios de actuación en los diversos procesos basándose dicha revisión sobre las indicaciones quirúrgicas en estudios ya realizados de evidencia científica que demuestren su efecto positivo en la expresión coste / beneficio*
- *Incrementar el número de Intervenciones relacionadas con la patología biliar, como manifestación palpable del enunciado anterior.*
- *Observancia de la presencia física en el horario de Urgencias con total escrupulosidad.*
- *Disminuir el % de Intervenciones Urgentes Diferidas.*

– **Área de Consultas:**

- *Incrementar el número de consultas realizadas al año.* En realidad deben ser las *mínimas necesarias* para controlar al paciente antes de remitirle a la Atención Primaria o al médico de su procedencia o que continuará su tratamiento (oncólogo por ejemplo).
- *Conseguir una demora media de 15 días, máximo 30, tanto para las consultas hospitalarias como para las extrahospitalarias.* Se trata de una atención rápida a la demanda de la Atención Primaria.
- *Aumentar la capacidad diagnóstica y de preparación preoperatoria.* De tal manera que al menos el 80% de los pacientes estén estudiados completamente desde la consulta. *Considero necesaria la visita preanestésica en 100%, Así como el cumplimiento del Protocolo ASA.*

– **Área de Quirófanos:**

Coincido plenamente con las últimas directrices sugeridas por la Gerencia y la Dirección Médica del Hospital y que me limito a enumerar:

- *Alcanzar un rendimiento de los quirófanos superior al 80%.*
- *Evitar una cancelación quirúrgica superior al 2%.*
- *Reducir la cirugía diferida procedente de Urgencias.* Ver el último punto de los objetivos del Área de Urgencias.
- *Utilización escrupulosa de las normas de Asepsia / Antisepsia en lo que respecta a vestuario y lavado de manos.*
- *Demora entre 0 y 7 días para procesos neoplásicos.*
 - Existe un objetivo eminentemente quirúrgico, pero dependiente de la consecución de otros objetivos que afectan a diferentes áreas del Servicio e incluso incumben parcialmente al resto de Servicios del hospital. Se trata de:
- *Alcanzar una demora de lista de espera quirúrgica que oscile de 3 meses a 6 meses como máximo.*

2.2.2. DOCENTES E INVESTIGADORES

– **Pregraduados:** Es posible que al ser un hospital con docencia de pregraduados, tengamos que preocuparnos de su integración en el Servicio de Cirugía en su calidad de estudiantes de último Curso de Carrera, donde todos sus créditos son prácticos. Podría ser factible que dichos estudiantes **pudieran realizar maniobras sencillas**, durante sus rotaciones y servir como los antiguos médicos “internos”, que en su origen dio lugar a los médicos Internos, Residentes. Podrían representar **un ahorro importante** para el hospital, si los consideramos como potenciales ayudantes de quirófano y hospitalización, aunque sin responsabilidad clínica.

– **Médicos Staff:**

Con la intención de llevar a cabo una **formación continuada** adecuada considero que es preciso:

- *Favorecer y estimular la puesta en funcionamiento de nuevas técnicas quirúrgicas*
- *Realizar periódicamente un reciclaje de los conceptos de Gestión de Recursos Sanitarios, al menos cada tres años*
- *Asistir a un Congreso o Curso de Cirugía cada año.*
- *Presentar un mínimo de 1 Comunicación anual a un Congreso Nacional o Internacional de la Especialidad.*
- *Publicar como mínimo un trabajo científico al año, preferiblemente en colaboración con otros médicos del Servicio.*
- *Encargarse de la protocolización y puesta al día de los procesos quirúrgicos que se le asignen como miembro de la Sección o Unidad de la que forma parte dentro del Servicio.*
- *Participar en algún Curso o cursillo de docencia postgraduada cada año.* Comprendo la dificultad de alcanzar de inmediato este objetivo por la falta de cultura en este sentido.
- *Participar en alguna línea y equipo de investigación de acuerdo con las posibilidades del Servicio.*

– **Médicos Residentes:**

Al igual que en el caso de los médicos de staff, su objetivo, además de formarse, es reciclarse continuamente. Para ello proponemos la realización de:

- *Asistencia a un Curso de Cirugía cada año, realizando preferentemente ciclos completos.*
- *Asistencia a un Congreso anual.*
- *Facilitar y estimular la asistencia a otros Centros de la Red de Osakidetza, de otras Comunidades Autónomas o del Extranjero, donde se realicen otras técnicas quirúrgicas de las empleadas en el Servicio.*
- *Estimular su interés por el uso de fondos bibliográficos bien sea de acceso directo o bien a través de telemedicina.*
- *Publicación de un mínimo de un trabajo de investigación clínica anual.*
- *Realización de un mínimo de dos Comunicaciones anuales a Congresos.*

- *Participar activamente en la línea de investigación clínica que elija o se le asigne.*
- *Realización de su Tesis Doctoral sincrónicamente con su periodo de MIR si lo desea, de acuerdo con el calendario que le marque su Tutor.*
- *Iniciar y familiarizarse paulatinamente en el conocimiento de los conceptos de Gestión de Recursos Sanitarios.*
- *Realizar un Curso anual monográfico sobre “El proceso de la toma de decisiones en Cirugía”, impartido por el Jefe de Servicio u otro miembro de Staff.*

Los Residentes Rotantes de otras Especialidades Quirúrgicas serán tratados como si fueran residentes del propio Servicio durante el tiempo de su rotación, sobre todo si es anual, haciendo hincapié en la adquisición de conocimientos básicos quirúrgicos y de habilidades técnicas básicas a todos los cirujanos.

Si los Rotantes son de especialidades médicas, la orientación es menos quirúrgica, insistiendo más en aspectos de indicaciones / contraindicaciones, puntos de vista, etc., sin perjuicio de que su actitud personal durante la rotación sea más cercana a la de un residente de especialidades quirúrgicas.

– **Diplomados en Enfermería:**

- *Invitarles a que participen en las sesiones clínicas semanales referentes a preoperatorio y complicaciones postoperatorias.*
- *Facilitar su especialización en algunos cuidados de pacientes cuya patología sea frecuente en nuestro Servicio.*
- *Facilitar la publicación de trabajos de Enfermería.*
- *Asistencia a un Congreso de Cuidados de Enfermería, por lo menos anual.*

2.3. Propuesta de funcionamiento

2.3.1. DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

– **Organización de la actividad en consultas hospitalarias y extrahospitalarias:**

Tiene varias modalidades:

1. *A demanda o consulta espontánea*, que es la que se realiza sin previa citación del paciente, que acude al Servicio por diversos motivos. Sólo debe utilizarse en casos muy excepcionales.
2. *Programada*, es la que realizamos habitualmente, consistente en que el paciente ha sido previamente citado, bien se trate de una “primera consulta” o de una “sucesiva”.

La organización de la actividad médica en el **área de consultas externas** puede hacerse de diversas maneras, pero con un orden preestablecido en el que se

consideran fundamentales distintos criterios que condicionan distintos sistemas:

- *Sistema de distribución* de pacientes en las consultas. Consultas por Patologías que quizá coincidirían con las **Unidades Funcionales** si las hubiera.
- *Sistema de citación*. El clásico y seguido en la actualidad donde se citan pacientes en relación con la conexión habida con los distintos médicos de las distintas Secciones de que actualmente consta el Servicio. La relación médico / paciente prima sobre otros parámetros organizativos.
- *Sistema de Rotación de los médicos*. Teniendo en cuenta las distintas situaciones de compromiso legal de cada uno de los médicos del Servicio, en relación con la Administración sanitaria (Médicos FEA o no).

Me inclino por un sistema mixto entre el sistema de citación y de distribución. No obstante, de acuerdo con la **negociación** que se establezca con la Dirección Médica y con los propios médicos del Servicio, optaremos por uno u otro sistema, siempre dispuestos a cambiarlo si los resultados no coinciden con los objetivos apuntados anteriormente.

La reducción de ingresos en observación puede conseguirse mediante una cita en consultas con carácter preferente y asegurando una respuesta en 24 / 48 horas.

Para cumplir el objetivo de un control preoperatorio adecuado propondré a la Dirección del centro algún sistema de “toma de contacto cercano” e inmediato con el paciente próximo a operar en un plazo de una semana. Tengo la experiencia de que conforme pasan uno o dos meses se pierde la relación con el paciente y lo que es peor con su situación clínica preoperatoria actual. **No sería precisa una gran asignación de recursos ni personales ni materiales:** basta con un médico o dos del Servicio durante unas dos o tres horas por la tarde. El lugar podría ser la Consulta Externa o algún despacho del área de Hospitalización, donde citar a los pacientes y mantener una rápida entrevista.

- **Normas de funcionamiento del Área de Hospitalización:**

Es una actividad de prestación asistencial directa entre el médico del Hospital y el paciente ingresado en el Centro. Se suele englobar dentro de esta actividad el pase de visita y las normas generales de funcionamiento del Servicio.

De acuerdo con las directrices de la Dirección la visita deberá estar pasada para las **11 horas de la mañana**. Ello exigirá una coordinación estrecha de la participación de los distintos miembros en el horario de quirófano. Dentro de cada Sección o Unidad, se puede establecer una rotación que distribuya el trabajo equitativamente entre ellos, alternando días de quirófano con pase de

visita y la consulta externa. En principio es deseable dejar a la iniciativa del Jefe de cada Unidad o Sección la distribución del personal a su cargo. Sólo desviaciones en el sentido de exclusión del trabajo o sobrecarga del mismo de algún miembro del grupo, sería precisa una intervención meditada y prudente del Jefe de Servicio.

Las altas, si rotativamente se encarga un médico del pase de visita, se pueden prever con 24 horas de antelación y antes de las 12 de la mañana estar comunicadas. Los informes de las altas dadas en el día se realizarán sin problemas de esta manera. Si además se dispone de **dictáfonos**, para dejar realizado el informe sin dependencia directa de posibles agobios de trabajo de las secretarías, mejor. E indudablemente con el nuevo programa INFOGEN las tardanzas en la confección de informes de alta prácticamente habrán desaparecido y posiblemente no serán necesarios los dictáfonos.

Me parece que la observancia del **horario de trabajo** a que los componentes del Servicio se han comprometido debe ser cumplido. Sin embargo y en aras de unos mejores resultados, es necesaria **una flexibilidad inteligente**. Estoy convencido *que organizando bien las tareas de cada uno de los médicos y consensuando con ellos el cumplimiento de objetivos asistenciales, publicaciones del Servicio, docencia encargada y quizá de gestión de su parcela asistencial*, el cumplimiento del horario no presentará ningún problema. Es posible que el incumplimiento de horario sea consecuencia de una falta de tareas a realizar. Hay personas cuya propia creatividad e iniciativa genera tareas; otras a las que habrá que sugerírselas o mejor **encargárselas**. Empeñarse en que se cumpla el horario a ultranza puede llevar a una permanencia, aburrida y ensoñadora y a la larga estéril, si no está llena de absentismo laboral.

No puedo olvidar de hacer un comentario de las **Interconsultas**. La asistencia sanitaria es demandada por un médico a un Servicio o a un médico concreto del mismo para analizar una situación patológica que puede requerir intervención quirúrgica. Puede realizarse en Consultas externas o en el área de hospitalización. Las interconsultas deben estar organizadas en el sentido que exista:

- Un sistema de registro de las mismas, que contabilice el número de interconsultas realizadas al Servicio.
- Un sistema adecuado de distribución entre los médicos de las interconsultas que se hagan al Servicio. Me parece más operativo una distribución por Secciones o Unidades.

- **Normas de funcionamiento del Área de la Actividad Quirúrgica:**

La adecuada programación de los quirófanos es una de las medidas más importantes de las que depende la calidad de un Servicio de Cirugía y es misión y deber del Jefe de Servicio confeccionar los partes de quirófano **sin**

“perder” ningún día de quirófano y de **“aprovechar al máximo el rendimiento”** de los mismos. Así como un comienzo puntual de las intervenciones: las 8,30 horas debe ser el inicio de toda Cirugía. Será precisa, por tanto una Programación cuidadosa de los partes de Quirófano. **Considero una obligación cuidar personalmente - no necesariamente hacer - la programación quirúrgica semanal.** Solamente si hubiera desequilibrios en la autonomía de gestión y en la corresponsabilidad de los Jefes de Unidad o de Sección, sería preciso confeccionarla personalmente y a ser posible durante el tiempo necesario para reconducir desviaciones.

En este cometido hay que tener en cuenta varios principios:

- **Correcta indicación quirúrgica**, de acuerdo a los resultados de los estudios publicados o realizados dentro del mismo Servicio, en procesos de indicación no clara. Honradamente pienso que el “según mi criterio” tan típico
- **Distribución de los pacientes:** Orden de prelación de acuerdo con la patología que presente cada paciente: intervenciones limpias, limpias / contaminadas, sucias. Previendo la posibilidad de la utilización de camas de UCI y / o Reanimación, de acuerdo con los Servicios de Anestesia y Cuidados Intensivos
- **Cirujano responsable.** Elección delicada sobre todo al existir un elenco de Cirujanos bien formados en el Servicio. Es deseable que los Jefes de cada Sección y / o Unidad se responsabilicen de designar al cirujano responsable de cada intervención. Sólo en caso de dejación de responsabilidades el Jefe de Servicio debería designarlo.
- **Número, periodicidad y tipo de operaciones que realiza cada cirujano.** Sobre todo en el caso de los **Residentes.** Aspecto que debe mirarse cuidadosamente. Idem para operaciones en las que ejerce de ayudante.

Con estos principios estimo que el rendimiento de quirófanos será del 80 % y que la distribución de la patología operada sea uniforme entre los cirujanos.

Indudablemente no todos los cirujanos son iguales, por ello no impondré una intervención quirúrgica a quien no sepa o no se crea en condiciones de realizarla. Aspecto delicado que sólo la habilidad y la “mano izquierda” del Jefe de Servicio solventarán en el día a día del trabajo. Si hay alguna laguna de conocimiento o habilidades, habrá que estimular el reciclamiento profesional del afectado y de ninguna manera evitar que se recicle si lo desea. El conocimiento debe estar abierto a todo el que desee adquirirlo. Jamás cerrará un Jefe de Servicio las puertas del perfeccionamiento profesional al que lo demande.

- **Normas de funcionamiento del Área de Urgencias:**

Su objetivo es proporcionar una atención continuada, de tal manera que cuando existe más de un Servicio de Cirugía deben organizarse con el fin de cubrir las veinticuatro horas del día, atendiendo aquellos casos urgentes que no admiten demora.

El número de Cirujanos de presencia física en los equipos de urgencia estaría en función del número de llamadas de urgencia provenientes del exterior o generadas por el mismo hospital. En este sentido, creo que sería muy beneficioso para el funcionamiento del Servicio, intercalar un cirujano de otra Sección en el día de guardia de otra Sección. Favorecería la continuidad de la asistencia al día siguiente de la guardia, al no quedar “desatendida” la hospitalización correspondiente a lo cirujanos salientes de guardia y podría establecerse una mayor permeabilidad entre los grupos de trabajo del Servicio.

La reducción de ingresos en observación puede conseguirse mediante una cita en consultas con carácter preferente y asegurando una respuesta en 24/48 horas.

No me parece adecuado ni conveniente que el personal de “presencia física” de guardia en el hospital se ausente del mismo, bajo ningún concepto. Hay ausencias admitidas dentro de la “**flexibilidad**” aceptada como normal (motivos de fuerza mayor de carácter personal fundamentalmente y que el sentido común admite como válidos). Opino que la realización de otros “trabajos” relacionados o no con la medicina no serán motivos suficientes para justificar una ausencia total o temporal. Para que ésta pueda tener lugar por estos motivos válidos, siempre deberá ser adecuadamente cubierta la guardia por otro médico de la plantilla, autorizado por el Jefe de Servicio y/o la dirección del Hospital.

El ejemplo y la docencia debida a los Residentes y el respeto al paciente que pueda llegar y ser objeto de la asistencia así lo demandan.

– Normas Generales del Servicio (Admisión, Citación, Historia clínica, Informes de alta, Protocolos):

- **Admisión:** La admisión de los pacientes está regulada por el Servicio de Admisión de Enfermos del Hospital. En principio se ajustará al número de camas asignado al Servicio. En principio la admisión del paciente debe ser próxima en el tiempo a la intervención quirúrgica proyectada. La estancia preoperatoria debe acercarse al 0,5 %.

Las situaciones, además de las inmediatamente prequirúrgicas, que actualmente exigen hospitalización y que observaremos con atención son dos:

- a) Deterioro grave de la situación clínica del enfermo que exige cuidados especiales de enfermería y atención médica frecuente;
 - b) Actuaciones diagnósticas o terapéuticas agresivas que llevan al enfermo a situaciones clínicas que requieren la misma atención.
- **Citación:** Tanto la citación de Consultas como la citación para Cirugía programada de pacientes no ingresados se hará a través de las Secretarías, bien del pool de Secretarías de Consultas como de las Secretarías de la planta. Creo que son necesarias, al menos dos en planta de hospitalización.

- **Historia Clínica e Informe de Alta:** La Historia clínica, una vez dado de alta el paciente será devuelta al Archivo General con el Informe de alta cumplimentado de tal manera que haya una *clara indicación de los diagnósticos del paciente para así facilitar el cálculo de los PMC y del PIR*. Nos acercamos a un punto de conversión de la actual Hª clínica en soporte papel, hacia el soporte informático (**Hª Clínica informatizada**). Preveo la *necesidad de ir reciclando a los médicos del servicio para la cumplimentación informática* de los datos de la Hª de los pacientes. Indudablemente en ello hay muchas ventajas, de cara a conservación de documentos, ahorro de espacio y rapidez de gestión; pero también se intuyen problemas no pequeños relacionados sobre todo con la confidencialidad.
- **Protocolos:** Me parece importante la confección de Protocolos o Guías de Práctica Clínica como manifestación práctica de la **Medicina basada en la Evidencia**.

Los *objetivos* deseables que dotan de sentido a la tarea de elaboración de GPC son los siguientes:

1. *Orientar en la toma de decisiones clínicas correctas.* Es éste un objetivo especialmente útil para los médicos y los pacientes. La variación de la práctica clínica es un hecho inherente a la propia naturaleza del acto médico, fruto de la incertidumbre de las decisiones médicas. Sin embargo, existen variaciones inapropiadas que, en beneficio del paciente y del médico, deben ser minimizadas. En este sentido, las GPC son una ayuda valiosa en el proceso de toma de decisiones propias del acto médico, al poder incorporar un análisis sistemático de tal proceso: el **metanálisis estadístico**.
2. *Mejorar la calidad* de la práctica médica, objetivo deseable no sólo para los médicos y los pacientes, sino también para los gestores o cualquier proveedor de servicios sanitarios:
3. *Promover la adecuada utilización de las tecnologías* médicas, objetivo propio de todos los profesionales de la sanidad. Está bien demostrado que el uso de las tecnologías es muchas veces excesivo, exponiendo con frecuencia a los **pacientes** a procedimientos diagnósticos y terapéuticos agresivos, sin ningún beneficio demostrable.
4. *Guiar en la priorización de la distribución de recursos.* En este sentido, las guías, como instrumento de evaluación tecnológica, pueden constituir un medio de información técnica valiosa para los decisores en política sanitaria. Es este un objetivo de interés para el conjunto de la sociedad, en una época actual con evidente limitación de los recursos disponible.
5. *Reducir riesgos de litigios legales.* Objetivo de especial importancia para los profesionales sanitarios, pues la existencia de documentos que recojan unas directrices aceptadas por consenso sobre buena práctica clínica aportaría unos patrones estándares de comparación, que facilitarían la defensa jurídica del médico frente a la proliferación de querellas indiscriminadas.

Creo que la Guías de Práctica clínica deben presentar unos *atributos deseados de toda GPC*:

1. *Validez*, en el sentido que si una guía es llevada a la práctica, el seguimiento de sus recomendaciones consiga los resultados esperados. El análisis de la validez implica que se considere sistemáticamente la evidencia científica de los datos existentes en la literatura, y una relación precisa entre dicha evidencia y la fortaleza de las recomendaciones de la guía.
2. *Reproducibilidad y fiabilidad*, entendiéndolo por la primera el hecho de que si un panel de expertos distinto utilizase la misma evidencia y el mismo método de desarrollo, la guía obtenida sería esencialmente similar. Además, una GPC es fiable si es interpretada y utilizada por distintos profesionales de la misma manera.
3. *Aplicabilidad clínica*, en el sentido de que las situaciones clínicas o pacientes en los que poder utilizar una guía estén bien identificados y que sus recomendaciones sean aplicables en la práctica cotidiana.
4. *Flexibilidad clínica*. Basada en la presentación de unas directrices para la correcta toma de decisiones clínicas que evite de dogmatismos injustificables. En este sentido, una crítica editorial de *The Lancet*, sugiere que un objetivo de las GPC debiera ser el acotar las variaciones inaceptables de la práctica médica, y no el minimizar las diferencias legítimas de opinión.

Y en cuanto a su elaboración es preciso tener en cuenta una serie de *condiciones*:

1. *Claridad en el texto*. Definiendo los términos con precisión, evitando un lenguaje ambiguo. Redactando el documento con una argumentación fluida y procurando una presentación sencilla
2. *Elaboración multidisciplinaria*, con participación de expertos con formación en distintos aunque complementarios campos de conocimiento, incluyendo representantes de los diferentes grupos profesionales implicados en el tema recogido por cada guía.
3. *Documentación y metodología explícitas*, recogiendo los participantes implicados, el material científico revisado, los métodos y criterios de evidencia utilizados; etc. Todo ello descrito de la forma más meticulosa posible.
4. *Actualización periódica* en función de la existencia de nuevas aportaciones significativas.

No quiero dejar una opinión crítica respecto de las guías de práctica clínica. En mi opinión, las *limitaciones* más importantes son:

1. Las GPC *no generan datos primarios*, sino que constituyen una elaboración a partir de los conocimientos aportados por la investigación clínica y por los estudios de efectividad de las tecnologías sanitarias.

2. Las GPC son *instrumentos*, en buena parte, educativos. En este sentido, el que un documento de recomendaciones cambie la propia práctica médica y que finalmente mejore los resultados clínicos de una determinada intervención puede ser, en, ocasiones, una pretensión excesiva. No, obstante, el *análisis del impacto* de las GPC es absolutamente clave, y un análisis cuidadoso de los estudios publicados nos llevaría a concluir que los mejores resultados se han obtenido cuando los protocolos se generan con métodos rigurosos, cuando se incorporan mecanismos de información de *feedback*, y cuando los líderes de opinión en el tema concreto toman parte en las etapas de elaboración e implementación en los niveles más locales. Hay estudios recientes de su efecto sobre la práctica médica y su conclusión es positiva.
3. El desarrollo sistemático de GPC es en todos los países una tarea *reciente y sus objetivos muy ambiciosos*, lo que nos obliga a realizar una comprobación de la validez de este instrumento. Es posible que esta “minoría de edad” en el desarrollo de las guías, explique las debilidades de algunas de ellas, como la ausencia de objetivos concretos, una metodología de elaboración escasamente rigurosa, o el desinterés por la evaluación del impacto de sus recomendaciones.

2.3.2. DE LA ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

- **Formación continuada:** Al ritmo de cambio de los conocimientos actuales es precisa un programa de formación continuada de todos los miembros en plantilla del servicio. El objetivo primordial es **conseguir suficientes expertos en cada Servicio para las técnicas más frecuentemente manejadas o actuales**. Todo lo invertido en este aspecto es conseguir un mayor prestigio para el Hospital. Debe ir orientada en varias facetas:
 - De los contenidos de la especialidad quirúrgica de manera **específica y monográfica**. Se intentará realizarla en Centros de reconocido prestigio bien sean dentro del Estado Español o bien en el Extranjero.
 - De los objetivos asistenciales planeados. Me parece muy importante extender la cultura de Gestión a **todos** los componentes del Servicio.
- **Residentes:** Propongo una rotación de los residentes por las distintas Secciones o Unidades Funcionales. Creo que la formación de los mismos será más completa haciéndolo así. Si algún tipo de patología no se llevara a cabo en el Servicio, habría que facilitar la rotación de los mismos a Unidades o Centros donde se practicaran.
En principio será asignados a una sección y su programa de docencia se ajustará a la **Guía de formación de Especialistas**, a la que me remito.

La docencia, tanto del pregrado como de los Residentes, debe ser programada conjuntamente con la asistencia. En el caso de estos últimos, debe desarrollarse básicamente en forma de sesiones clínicas del Servicio, sesiones bibliográficas, casuísticas, monográficas, estadísticas, participación en sesiones anatomoclínicas y de otros Servicios etc. Pero sin olvidar la práctica de quirófano, ya

que el componente de “oficio” quirúrgico no se adquiere en las aulas sino en el quirófano. La formación continuada se desarrolla a través de cursos, congresos, seminarios, reciclajes y estancias en otros Servicios hospitalarios.

- **Tesis doctorales:** Se estimulará por parte de todos los miembros del Servicio la consecución del Doctorado, sobre todo a los Residentes. La labor formativa que tiene la confección de una Tesis Doctoral, obviamente, produce una maduración del pensamiento crítico y científico. Un buen pensamiento científico, con claras ideas de epidemiología quirúrgica condicionará una manera de pensar lógica y basada sólo en lo “evidente” estáticamente.
- **Sesiones del Servicio.** Es deseable que se establezcan, las **siguientes reuniones del Servicio**, siempre a primera o última hora de la mañana, sin excluir otras reuniones o sesiones con otros Servicios al completo o con miembros aislados de otros Servicios que conforman una Unidad Funcional:

SESIONES	DÍA
Sesión bibliográfica mensual	Primer miércoles de mes.
Sesión de actualización de técnicas quirúrgicas (videos, instrumental etc.)	Segundo miércoles de mes.
Sesión de publicaciones, congresos, estancias etc.	Tercer miércoles de mes.
Sesión clínica de enfermos problemáticos y fallecidos	Cuarto miércoles de mes.
Sesión clínica de presentación de enfermos que van a operarse la próxima semana y de los problemas existentes en los operados ingresados	Viernes, final de la mañana

- **Organización de Reuniones, Cursos y Congresos.** Retomando esta tradición tengo intención de organizar cada año o cada dos años, de acuerdo con la Dirección del Centro para confeccionarlo conjuntamente, una Reunión Profesional, algún Curso que gravite sobre temas de amplia experiencia en los Servicios. El ejemplo lo tenemos en los Cursos que en otros Hospitales del Estado se están realizando. Ello supone prestigio y una ventana al exterior nada despreciable. Si la organización es seria, los contenidos son atrayentes, a corto plazo pueden ser rentables para el hospital en cuanto a bienes intangibles y recursos monetarios. Los derechos de inscripción al Curso o Congreso, así como las subvenciones de organismos públicos (Osakidetza, Universidad País Vasco) o privados (Instituciones Bancarias y de Ahorro), pueden suponer una fuente de ingresos para completar ciclos de formación de Residentes o Staff.

2.4. Definición de Presupuestos

Entiendo por **Presupuesto** la concreción valorada de los diferentes programas de actividad; es decir, la expresión numérica y armónica de un programa.

2.4.1. RECURSOS MATERIALES

- **Número de locales de consulta.** Los locales de consulta hospitalaria me parecen adecuados en cuanto a número. Su habitabilidad es mejorable, aunque comprendo que pueda haber otros proyectos más perentorios. Sin embargo para poder alcanzar los objetivos expuestos previamente, considero muy importante y necesario **ampliar el campo de acción extrahospitalario del Servicio a más Ambulatorios que los controlados actualmente.** Será un objetivo prioritario conseguir que el Servicio “salga” del Hospital y “vuelva” al mismo para realizar una asistencia integral. Pienso que será objeto de **una negociación a varias bandas** entre los servicios de Cirugía, Dirección Médica, Dirección de Área, etc.
- **Número de locales y horas de quirófano:** De momento no es posible solicitar mayor número de quirófanos / jornada. Entre otros motivos porque el aprovechamiento de los mismos aún no ha conseguido llegar al 80%. Pero es un punto que puede quedar en el horizonte, para que al cabo de algún tiempo pueda ser una necesidad. Concretamente me refiero a la posibilidad de la **“prolongación de jornada quirúrgica”** a las tardes que fueran precisas. Del mismo modo me refiero a la posibilidad de poner en funcionamiento **una Unidad de Cirugía Ambulatoria**, para cuyo funcionamiento sería necesaria una distribución de quirófanos algo distinta que habrá que estudiar con profundidad sabiendo que poner en marcha un quirófano normal en un mañana habitual está calculado en unas **1.500 E.**
- **Número de Camas de hospitalización y costes de Hospitalización.** Considero que un número similar de camas al del Servicio de Cirugía A puede conseguirse **índices de ocupación y de rotación** adecuados. Recuerdo que el coste de una estancia en este hospital, con datos de 2000 es de **520 E.** En lo que de mí dependa el coste *“gestionable”* (coste de un TAC o RNM sí o no necesario) tratará de aminorar el gasto por estancia; ahora bien los gastos *estructurales* que escapan de mi gestión condicionarán unos costes sobre los que no se puede actuar desde el nivel de Jefe de Servicio.

Equipamiento. La necesidad de revisión continua de la tecnología empleada es evidente.

2.4.2. RECURSOS HUMANOS

- **Plantilla médica.** De momento no puedo afirmar que falte o sobre personal médico de plantilla. Es una tesis que quizá lleve al menos un año conseguir

su elucidación y explicación razonada, pero es posible que de un cálculo estricto de gastos, se llegue a la conclusión de que uno o dos componentes de la plantilla médica no sean necesarios para completar todo el trabajo proyectado. En este hipotético caso habría que tomar alguna decisión para reconvertir las plazas o personas. El cálculo de una plantilla médica de un Servicio está ya sobradamente estudiado, pero no siempre los resultados matemáticos se ajustan a la realidad.

- **Plantilla de Enfermería.** Se sale totalmente de mis posibles competencias con la legislación vigente. No obstante es indispensable que las enfermeras asignadas a la hospitalización tengan **una continuidad suficiente** para una asistencia técnicamente correcta.
- **Plantilla no sanitaria.** Afirmando lo mismo que en el punto anterior, aunque por lo que se desprende de los comentarios del resto de personal de Enfermería la presencia permanente en planta de Hospitalización de un Celador, controlado por la Supervisión de Enfermería agilizaría mucho la movilización de los pacientes y acortaría la demora de transporte de documentos.

2.4.3. RECURSOS FINANCIEROS

- **Gasto Personal.** Está, por ley, totalmente fuera de las posibilidades del Jefe de Servicio, de momento, establecer las retribuciones del personal Facultativo y no facultativo. No obstante y por motivos obvios de responsabilidad, compromiso y dedicación la Gerencia del hospital podría, dentro de los epígrafes legales que delimitan las retribuciones de los facultativos, dotar de alguna flexibilidad al sistema retributivo.

No obstante y aunque sea un tema muy delicado y siempre sometido a control de la Gerencia y Dirección Médica del Hospital, podría ser interesante poseer una capacidad de maniobra económica que estimulase el trabajo de las personas que así lo precisen. O bien premie con un supuesto “reparto de beneficios” si después de una actividad laboral bien realizada (**Medicina basada en la Evidencia**, otra vez), con ahorro en pruebas complementarias, aprovechamiento de quirófanos correcto, etc., se comprueba que del presupuesto global del Servicio ha sobrado una cantidad de recursos económicos. Quizá sea una ensoñación fruto de meditación calenturienta, pero considero equitativo que quien trabaja más y mejor, gane más o se le recompense de alguna manera, bien sea económicamente o bien con la financiación de asistencia a Curso o Congresos de la Especialidad correspondiente.

- **Gastos Previstos.** Y aún así la colaboración con la Gerencia y Dirección del Hospital en disminuir los estructurales es una obligación ineludible. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, refiriéndome a Reuniones, Cursos y Congresos, el objetivo no es generar gastos, sino que sea autofinanciable y si es posible generador de recursos monetarios. Los ingresos por

derechos de inscripción, y las subvenciones de Organismos Públicos o privados deben costear totalmente los gastos precisos.

- **Plan de Necesidades y Plan de Inversiones.** Dada mi situación de desconocimiento con detalle de las necesidades reales del Servicio de Cirugía B resulta poco menos que imposible realizar un plan de **Necesidades e Inversiones** mínimamente creíble.

No obstante, la previsión de organización de varias Unidades funcionales (Cirugía Ambulatoria, Endocrinología y Laparoscópica) obligará en corto plazo a plantear un conjunto de Necesidades y quizá alguna Inversión precisa cuya amortización se hará con los beneficios aportados en rapidez de atención a pacientes y disminución de consumo de estancias.

- **Otros Gastos (Subvenciones, Libros, Revistas, etc.)** Indudablemente pueden existir otros gastos en este estilo de Gestión que puedan recaer sobre el Servicio directamente. No se descarta que distintas Sociedades empresariales planteen trabajos conjuntos de carácter investigacional, previamente aprobados por la dirección del Centro y muy posiblemente a través de la Comisión de Ensayos Clínicos del Hospital, conllevando subvenciones, que deban ser administradas en el Servicio. Se plantea algo que dentro del espíritu actual de la Gestión Sanitaria es muy sugestivo, como es la colaboración de la Empresa Hospitalaria con la Empresa generadora de productos de Consumo, bien sea sanitario (laboratorios farmacéuticos), o bien técnico (Programas informáticos aplicados a sanidad o simplemente hardware).

Si antes he apuntado la posibilidad de “beneficios” en la gestión del Servicio, una utilización muy adecuada de los mismos hay que buscarla en la compra de libros técnicos específicos, o Revistas de la Especialidad que por distintas razones no puedan estar en la Biblioteca del Centro.

2.4.4. RECURSOS ADMINISTRATIVOS

- **Despachos (individuales, comunes, para información).** El número de despachos con que actualmente cuenta el Servicio me parece a todas luces insuficiente y los despachos mismos, obsoletos. Creo que es el momento de tratar seriamente este problema.

Me parece que como mínimo, **cada Unidad o Sección debe contar con un local** donde reunirse los médicos componentes de dicha Unidad y comentar las eventuales modificaciones que se producen en los pacientes y donde poder trabajar de manera personal, confeccionando informes, protocolos, etc.

Es deseable que la **información a los familiares** del estado de evolución de los pacientes **no se realice en los pasillos**, como ahora lo hacemos de manera mayoritaria, sino en un despacho acondicionado al efecto. El respeto a los pacientes y a los familiares requiere este servicio de calidad asistencial.

También, el Servicio debe poseer de **una Sala de Reuniones** donde poder realizar las Reuniones Semanales del Servicio y cualquier otra reunión que con carácter ordinario o extraordinario se pueda necesitar por necesidades de funcionamiento del Servicio.

– **Material de Ofimática: material informático y estadístico**

La dotación del Servicio en Ordenadores Personales es escasa y posiblemente obsoleta. Considero necesario que con la mayor brevedad se complete un parque de ordenadores personales, al menos uno por Sección o Unidad Funcional. El precio de este conjunto de ordenadores puede oscilar en el **6.00 E** (precios actuales de PC). Aunque también es posible que algunas Empresas Farmacéuticas y de Instrumental Quirúrgico puedan facilitarnos estos medios de trabajo imprescindibles en el ambiente ofimático moderno.

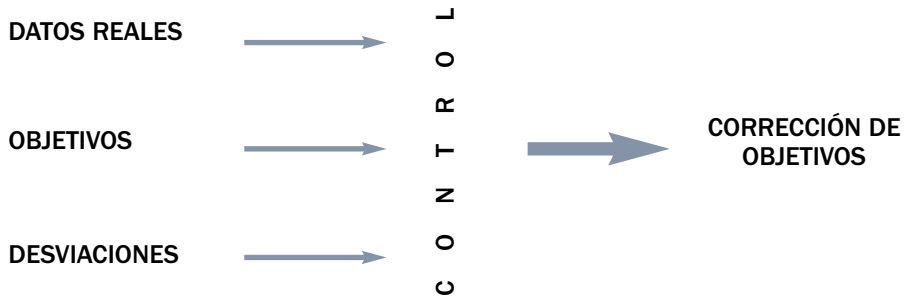
He sido invitado a asistir a la Presentación por parte del Servicio de Informática de este Hospital al proyecto de Automatización Informática del Hospital. Me congratulo con esta iniciativa que entra de lleno en mi convicción de la necesidad de la misma... desde hace varios años. Mi postura de colaboración en la implantación y mejora si fuera necesaria de los programas CLINIC, INFOGEN, etc., es convencida y decidida. La operatividad de estos programas de almacenamiento de datos y confección de Informes de alta va a hacer posible la **primera etapa de un proceso de control**, imprescindible para calibrar la calidad de un centro o de un Servicio: *la recogida de información veraz*, no sesgada, que pueda ser luego procesada e interpretada.

Disponer de la conexión con la Red Internet. Un gran trabajo de búsqueda de información actualísima se realizará en pocos minutos en lugar de las horas y horas que empleamos en la actualidad.

2.5. Definición del sistema de control

2.5.1. CONTROL DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE OBJETIVOS

No cabe duda que en un programa de gestión del Servicio de Cirugía a cuatro años es preciso un control del grado de cumplimentación de los objetivos propuestos. Tales objetivos no se va a poder cumplir inmediatamente, sino que su cumplimiento, como anteriormente he comentado debe ser cadenciado en los cuatro años objeto de la gestión. El grado de cumplimiento anual será pactado con el Director Gerente, el Director Asistencial y/o Director Médico y/o el Subdirector Médico. El conocimiento de los datos reales irá permitiendo la corrección de los objetivos propuestos o bien la confirmación de esos mismos objetivos.



Los datos que iremos recogiendo, muy posiblemente en soporte informático para luego verterlos en cuanto sea necesario a soporte papel los podemos sistematizar en varios epígrafes lógicos, sin desdeñar otras posibles clasificaciones. Una de ellas que me parece correcta es la que recoge datos de la **Actividad**, del **Funcionamiento** y **Rendimiento**, y de la **Calidad**.

2.5.2. CONTROL DE LA ACTIVIDAD (SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTROS)

Consiste sencillamente en el registro de las actividades realizadas en los distintos ámbitos de quehacer del Servicio. Es el primer paso a la hora de establecer un control o de iniciar un proceso de toma de decisiones: requerir y recoger la **información precisa** y veraz de las actividades del servicio. Como ejemplos de los puntos objetivables y controlables según las distintas facetas asistencial, docente e investigadora, distinguimos:

- Faceta Asistencial

- Numero de Ingresos
- Numero de altas
- Número de estancias
- Número de primeras visitas en consultas externas
- Número de sucesivas visitas en consultas externas
- Número de Interconsultas
- Número de intervenciones quirúrgicas
 - Programadas con anestesia general
 - Programadas con anestesia regional
 - Programadas con anestesia local
 - Urgentes con anestesia general
 - Urgentes con anestesia regional
 - Urgentes con anestesia local
- Número de Urgencias, total del Servicio
- Número de Urgencias que requirieron ingreso
- Número de exploraciones radiológicas pedidas
- Número de necropsias

– **Faceta Docente**

- Número Sesiones clínicas de enfermos problemáticos y fallecidos
- Número Sesiones de publicaciones, congresos y estancias
- Número de Sesiones de actualización en técnicas quirúrgicas (videos, instrumental)
- Número de Sesiones de presentación de pacientes para operar en los días / semana próxima
- Número de comunicaciones hechas a Congresos y Reuniones Nacionales
- Número de comunicaciones hechas a Congresos y Reuniones Internacionales
- Número de Intervenciones realizadas por Residentes solos, supervisados

– **Faceta Investigadora**

- Número de Trabajos publicados al año
- Número de Tesis Doctorales realizadas / año
- Número de Líneas de investigación abiertas

2.5.3. CONTROL DEL FUNCIONAMIENTO Y DEL RENDIMIENTO

Hay un pequeño matiz entre los datos expuestos anteriormente, que se refieren a datos que miran más hacia la eficacia de las tareas del Servicio y los datos que a continuación voy a enumerar y que miran más hacia la eficiencia del esfuerzo realizado por los componentes de ese servicio. En los datos que a continuación propongo se hace referencia de modo más o menos preponderante a los distintos recursos que se consumen en el servicio:

- **Recursos materiales**
- **Recursos humanos**
- **Recursos económicos**

– **Indicadores de Funcionamiento**

- Estancia Media Global
- Estancia preoperatoria de Intervenciones Programadas.
- Estancia preoperatoria de Intervenciones Urgentes.
- Porcentaje de Ocupación
- Índice de Rotación
- Presión de Urgencias
- Relación primeras visitas / segundas visitas
- % Cancelación de Intervenciones programadas
- % Cirugía programada que se hace en UCSI
- Intervenciones por Urgencias diferidas

Recuerdo que el cálculo es el siguiente:

$$\text{Estancia media} = \frac{\text{Total número de Estancias} \times 100}{\text{Total número de Estancias} \times 100}$$

$$\text{Porcentaje de ocupación} = \frac{\text{Total número de Estancias} \times 100}{\text{Número de camas del servicio} \times \text{número de días del periodo que se estudia}}$$

$$\text{Índice de Rotación} = \frac{\text{Número de Ingresos}}{\text{Número de camas}}$$

$$\text{Presión de Urgencias} = \frac{\text{Número de Ingresos por urgencia}}{\text{Número Total de Ingresos}}$$

– **Indicadores de Rendimiento**

- Porcentaje de tiempo médico dedicado a Consultas
- Porcentaje de tiempo médico dedicado a Interconsultas
- Porcentaje de tiempo médico dedicado a Hospitalización
- Porcentaje de tiempo médico dedicado a Actividades quirúrgicas.
- Porcentaje de tiempo médico dedicado a la Asistencia.
- Porcentaje de Utilización de locales de consultas externas
- Porcentaje de Utilización de Quirófanos Cirugía Programada
- Porcentaje de Utilización de Quirófanos Cirugía Urgente.

Con la recogida de estos datos, pero **individualizados por cirujano**, podremos tener la base para establecer la posibilidad de una **incentivación diferenciada** entre los distintos médicos del servicio.

2.5.4. CONTROL DE CALIDAD

En general, no se tiene una idea suficientemente clara de lo que es o debe ser la calidad y su control en el Hospital: ¿Cómo puede medirse objetivamente la calidad de los servicios recibidos por un paciente hospitalario? Un hospital, que ofrece a sus pacientes servicios de alta calidad, ¿en qué se diferencia de otro cuyos servicios no lo son? Un hospital cuyos servicios son de “baja calidad” ¿qué debe de hacer para mejorarlos?

El nivel de calidad de un producto o servicio, *en la industria*, es el **grado de aproximación de cada una de sus características a las de su prototipo**. Este concepto de calidad exige la definición previa de las características exigidas en el servicio hospitalario a prestar. Es decir, es necesario definir los aspectos ideales, o características óptimas, de los componentes del servicio que el enfermo debe recibir, estableciendo no sólo el alcance de sus derechos, sino los detalles científicos, humanos y técnicos que se esperan lograr.

El grado en que las características del servicio prestado se aproximen a las del prototipo ideal u óptimo, definirá el grado de calidad alcanzado. Natural-

mente que ello va a depender, por un lado, de la *eficacia en la gestión* y por otro, de los *recursos* que se pongan a contribución. Cuanto mayor sea el grado de calidad de los servicios hospitalarios que se pretenda alcanzar, para un valor constante de la eficacia en la gestión, mayor tendrá que ser el consumo de recursos. Esta ley fundamental (*alta calidad exige elevados costes*), siempre habrá que tenerla presente.

En el hospital, el equilibrio entre costes y nivel de calidad es diferente, según el servicio a prestar. No es lo mismo una apendicectomía, que una cirrosis o una anastomosis portocava. El equilibrio entre los costes y cada nivel de calidad vendrá dado por una ecuación diferente para cada proceso.

Por ejemplo, para que mejore la calidad de algunos procesos (cirugía cardíaca extracorpórea) exige unos costes muy elevados; en otros casos (apendicectomía) el nivel de calidad logrado no necesariamente afecta a los costes de manera importante. Ello pone de manifiesto que la calidad de los servicios prestados en una apendicectomía no tiene por qué ser inferior en un hospital rural que en un hospital de tercer nivel. Por lo mismo, la calidad de los servicios por neumectomía en un hospital comarcal es probable que resulte de tan bajo nivel, en función de los medios materiales disponibles, que desaconsejen su práctica, aunque los medios humanos fueran suficientes.

Es decir, *servicios hospitalarios de calidad no son sinónimos de hospital importante* en medios (hospital docente, hospital regional, etc.). Todos los hospitales pueden alcanzar niveles óptimos de calidad en los servicios que prestan. Lo que ocurre es que no todos los hospitales alcanzarán estos niveles óptimos en todos los procesos. Los más sofisticados sólo podrán ser ofrecidos en un nivel aceptable de calidad, por aquellos hospitales mejor dotados.

La gestión de la calidad es, por consiguiente, “hallar siempre el equilibrio entre los medios utilizados en la prestación de los servicios hospitalarios y las necesidades cubiertas, en los pacientes tratados, hasta su alta”.

En este contexto, el tema de la calidad en el Hospital se materializa en algo concreto: la definición de las necesidades y el establecimiento de los medios. Para definir las necesidades habrá que contar con la *opinión del paciente*, y *no sólo tener en cuenta los aspectos científicos y técnicos*. El equilibrio entre lo que la ciencia médica puede proporcionar y lo que el paciente espera recibir, tiene sentido y excluye cualquier criterio demagógico sobre calidad óptima.

En cuanto a los medios para la calidad, que determinarán el nivel de la misma, o que serán necesarios para un nivel dado de antemano, vienen dados por la llamada «regla de las 5 M».

1. *Men* (Las personas)
2. *Materials* (Los materiales y productos utilizados)

3. *Methods* (Los métodos de trabajo - protocolos médicos)
4. *Machines* (Las máquinas, instalaciones, edificios)
5. *Management* (La dirección y organización)

Definición conceptual de la calidad de la asistencia hospitalaria

Hemos dicho ya que la calidad de un producto o servicio es el grado en que éste se aproxima a su prototipo. Ello supone que la calidad sea algo que se puede tener en *grados variables*. No es algo que se tiene o no se tiene. No existe la “nula calidad” y difícilmente existe la “calidad óptima”.

La calidad *no es un atributo único*, sino un conjunto de atributos. La calidad viene dada por una *clase* especial de atributos relacionados entre sí desde el punto de vista funcional. También se expresa a través de una *combinación heterogénea* de atributos reunidos en un “paquete” de atributos heterogéneos que definen la calidad. Pero, ¿quién lo establece? Este es el interrogante principal sobre la calidad. A veces es la costumbre, o el uso establecido; otras veces es el mandamiento administrativo, o la autoridad sanitaria; en otras ocasiones se trata simplemente de preferencia personal.

La definición de calidad que aceptamos como válida en este momento puede ser la siguiente. Se dice que la atención hospitalaria tiene ***mayor o menor grado de calidad en la medida en que sus atributos se aproximan a los del prototipo***. En función de cómo se establezca el prototipo se suele hablar de calidad absoluta, individualizada y social.

Calidad absoluta, según la terminología de Vuori y Donabedian, es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la: salud del paciente hospitalario, teniendo en cuenta solamente lo que la ciencia y la tecnología médica pueden lograr. Viene condicionada por la naturaleza del problema de salud que debe afrontarse, por los avances científicos y tecnológicos que condicionan el proceso de atención y por el “arte” de la medicina y profesiones afines. Es decir, que este concepto de calidad la asistencia se basa exclusivamente en el concepto de salud y enfermedad y el estado de la ciencia y la tecnología médicas. No tiene en cuenta, por lo tanto, los aspectos relativos a costes, a las expectativas de los pacientes, cuestiones sobre el grado de confort e intimidad. Algunos, a este tipo de calidad asistencial, le llaman (en lugar de “absoluta”) calidad “científica”, “técnica” o “profesional”. Nos parece más acertado denominarla calidad absolutista porque hay aspectos del tratamiento que no encajan del todo dentro de la ciencia o la tecnología, y por otra parte no todas las profesiones que intervienen en la asistencia hospitalaria, son coincidentes en sus criterios sobre la salud, la asistencia y la calidad.

Calidad individualizada es aquella cuyo prototipo se compone de una serie de atributos, en los cuales los correspondientes a las expectativas y valoraciones del paciente, sobre beneficios y riesgos que comporta la asistencia, son de importancia relevante. Esta forma de concebir la calidad se basa en que el obje-

tivo de la atención es mejorar el *bienestar* del paciente. Ello exige que sea éste quien tome las decisiones sobre las distintas alternativas de tratamiento. El profesional experto en salud informará al paciente o sus familiares, y ellos serán quienes decidan. En muchas ocasiones el paciente delegará esta responsabilidad en su médico y éste deberá decidir teniendo en cuenta no sólo el problema de salud - enfermedad de su paciente y el nivel de la ciencia y la tecnología médica relacionada con dicho problema, sino también los riesgos / beneficios personales, sus criterios de valor sobre minusvalías y limitaciones que el tratamiento pueda acarrear, etc.

El problema del coste en este concepto de calidad es un factor que debe ser tenido en cuenta, sobre todo cuando es el paciente quien tiene que afrontarlo.

La definición *social* de *calidad* de la atención hospitalaria comporta la suma de nuevos factores a la definición de calidad individualizada. El coste aquí no es individual sino social y su financiación corresponde a algún tipo de seguro. Además del beneficio individual, debe de considerarse, también, el que se produzca en el ámbito de toda la población. Es muy importante considerar cómo se produce la distribución de dicho beneficio social entre toda la población.

Elementos básicos de la calidad de la asistencia hospitalaria

Consideramos que son tres los elementos básicos que configuran la calidad de la asistencia hospitalaria: el componente técnico, el social y el correspondiente al entorno.

El *componente técnico* del grado de calidad, logrado en la asistencia hospitalaria, corresponde a la situación en que se encuentre la ciencia y la tecnología médica respecto al problema de salud del que se trate. La relación entre lo que podría ofrecerse al paciente desde el punto de vista científico y técnico y lo que realmente se le ha ofrecido determinará el grado de calidad logrado, en cuanto a este componente se refiere.

El *componente social* viene condicionado por la relación interpersonal entre el médico y los demás profesionales que prestan la asistencia, y el paciente. Es la parte de “arte” que comporta el ejercicio profesional.

El *componente correspondiente al entorno* es lo que Donabedian llama las “amenidades”. Tiene que ver con el grado de confort logrado, en relación con el que se podría alcanzar. a través de la correcta iluminación y decoración, los servicios de hostelería proporcionados, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, etc.

Estos tres componentes están interrelacionados. El técnico puede verse afectado de forma sustancial por la relación interpersonal: El efecto de un tratamiento sobre el proceso salud - enfermedad de cualquier paciente dependerá también del comportamiento profesional, de la forma y modo en que se aplique.

En muchas ocasiones la relación interpersonal o componente social de la asistencia hospitalaria prestada al paciente, se basa y tiene como fundamento, el conocimiento científico y su aplicación tecnológica (ciencias sociales del comportamiento y antropológicas, así como la técnica de la entrevista personal y otras). Además, ambos componentes, técnico y social, se interaccionan potenciándose o inhibiéndose.

Brook y Williams, en 1975, formularon una definición de la calidad de la atención de salud de la siguiente forma:

$$\text{Calidad de la Atención de Salud} = \text{Atención técnica} + \text{Arte de la atención} + \text{E}$$

(Atención técnica) (arte de la atención) + E

En ella, la atención técnica se compone de aquellos aspectos relativos al correcto diagnóstico y tratamiento. El arte de la atención incluye no sólo el componente social o relación interpersonal, sino también el componente relativo al entorno. El factor interactivo expresa que la calidad no es sola y simplemente el resultado de la suma de estos dos componentes. El factor E trata de tener en cuenta la probabilidad de error en la medición de los datos.

De la indudable complejidad de entender la Calidad en Asistencia Sanitaria se sigue una cierta dificultad también en medir, en cuantificar la misma. Por esa razón, la mayoría de los expertos se inclinan por seguir las orientaciones del reconocido autor de Gestión en temas de Salud, Donabedian

En el año 1980, Donabedian realiza una revisión de las estrategias de otros autores para la medición de la calidad, comparándolas con su formulación en el año 1966 y llega a la conclusión que todas ellas son variaciones de su formulación **estructura - proceso - resultado**.

Nosotros también aceptamos esta estrategia que me parece vigente, y muy apropiada, ya que indica que la calidad de un proceso sanitario no está fuera del producto, **no es**, para decirlo gráficamente, **“la guinda” que se coloca encima de un pastel**.

Por lo tanto estudiaremos para el control de la calidad:

1. Análisis de la estructura o valoración de la calidad de los *Medios*.
2. Análisis del proceso de valoración de la calidad de los *Métodos*.
3. Análisis de los resultados o análisis de la calidad del *Producto*.

Análisis de la estructura

Es el método más sencillo, y el más antiguo, consistente en el establecimiento de unos baremos y la comparación de la realidad con éstos. Estos baremos, con niveles y escalas de valor, se refieren a:

- *Medios materiales* (edificios, equipamiento, instalaciones, utillaje)
- *Medios humanos* (índice de personal, dedicación, estructura, porcentaje de personal más cualificado, vinculación, etc.)
- *Estructura organizativa* (órganos de gobierno, grado de profesionalidad en los directivos, grado de participación, órganos consultivos, número y operatividad de las comisiones y juntas, etc.)

Análisis del proceso (*audit* médico y de enfermería)

A diferencia del método estructural, éste es un método dinámico, aunque también indirecto, que pretende analizar lo que el hospital está haciendo, cómo funciona, en lugar de cómo debería funcionar. Se basa en el análisis de la **historia clínica**, fundamentalmente, pero también en la observación directa de los **métodos de trabajo de médicos y profesionales** de la enfermería.

Consiste en seleccionar un proceso o un grupo de procesos, (apendicectomías, cirrosis, neumonías, etc.) buscar, por muestreo, un grupo de historias clínicas de cada proceso y analizar el método de trabajo seguido para establecer el diagnóstico y el proceso terapéutico. Se requiere, como en el caso anterior, el establecimiento de prototipos que en este método son los “**protocolos**” de actuación médica y de enfermería. Sin ello el análisis de las historias clínicas por un equipo médico, además de utilizar criterios que no son conocidos por el resto de los médicos y del hospital, se basan en subjetivismos más que en baremos de comparación estándar. Además de los protocolos se precisan también los baremos o escalas de valoración, como etapa previa.

Aparte de analizar la historia clínica, se observan los aspectos fundamentales del trabajo médico y de enfermería de forma directa, como son la visita a los enfermos hospitalizados, la consulta externa, o los diferentes trabajos de cuidados de enfermería.

Naturalmente, que este método, para ser completo, además del *audit* médico, comprende el *audit* de enfermería.

Análisis de los resultados

Tanto el método estructural como el del proceso, son indirectos, y por lo tanto no garantizan la calidad del servicio que el paciente recibe.

Los **indicadores de calidad de resultados más utilizados** son:

- **concordancia clinicopatológica,**
- **mortalidad perioperatoria**
- **tasa de infecciones de herida quirúrgica.**

Las comisiones clínicas *ad hoc* analizan estos aspectos a partir de la historia clínica.

Fundamentalmente, el abordaje del análisis de los resultados pensamos que puede realizarse por los siguientes procedimientos.

1. Encuestas de opinión de los usuarios.
2. Indicadores comparativos de las diferentes comunidades científicas (a nivel hospitalario).
3. Indicadores epidemiológicos en la comunidad receptora.

Análisis de la opinión del paciente

Si ya he dicho al comienzo de este proyecto que el paciente es el eje de todo el proceso de planificación y producción, resulta lógico que nos preguntemos cuáles son sus expectativas, para poder satisfacerlas e inclusive superarlas si fuera posible.

Recientemente, se están haciendo intentos de introducir en los métodos de control de calidad de los hospitales el grado de satisfacción del paciente. Los tres métodos descritos con anterioridad se basan en la opinión de expertos, pero no tienen en cuenta la calidad del servicio que el hospital presta al paciente, tal como éste lo percibe, hecho este último, fundamental, en un proceso de gestión integrado de la calidad.

Creo que ello se debe a la posición de autoridad absoluta del médico respecto del paciente a quien sólo se le reconoce el derecho a tomarse su medicación (con reservas) y se le exige obediencia total. Se aducen, como argumento, cuestiones técnicas y la certeza incuestionada de que el paciente no está preparado para comprender lo que más le conviene. Esta actitud es aceptable a medias en los aspectos puramente técnicos, pero nadie mejor que el enfermo está capacitado para valorar la “calidad humana” del servicio que presta el hospital, aspecto de la terapéutica, de valor equiparable a los puramente técnicos.

Se acepta plenamente la gran dificultad que supone la valoración del aspecto humano de la asistencia hospitalaria, pero ello no debe desanimar a los expertos y a los responsables. Debemos repetir que **el hospital sirve al hombre enfermo y no a la medicina ni a los profesionales sanitarios**. La opinión del paciente es por ello fundamental.. Probablemente, no es válido el interrogante que tantas veces se plantea. ¿Qué es más importante dar al enfermo lo que el experto, el médico, dice que le conviene más, o lo que el paciente espera recibir del hospital? Porque la verdad está en que las dos cosas son igualmente esenciales, y por atender un aspecto no puede abandonarse el otro.

La dificultad estriba en cómo determinar ese “grado de satisfacción del paciente”. Con los objetivos de lograr buenas relaciones públicas, se han intentado diferentes métodos. El método más fácil de instrumentar sería la encuesta a rellenar por el cliente o sus familiares, durante o después del internamiento. Más completa me parece la entrevista de un equipo de expertos sanitarios,

sociólogos, psicólogos, etc.) con aquellos pacientes que hicieron uso del hospital. Naturalmente, que el campo es inmenso y no se ha hecho más que empezar.

El papel de las comisiones clínicas en el control de calidad de la asistencia hospitalaria:

Sólo un comentario, quizá un poco crítico sobre el objetivo estratégico de las comisiones clínicas, dentro de la estrategia general de Control de Calidad.

Pienso que una correcta y global estrategia del control de calidad de la asistencia hospitalaria debe comprender las acciones de **las comisiones clínicas** pero no tiene que limitarse a ellas.

El papel de las comisiones clínicas es el específico de cada una de ellas, es decir: estudio de las infecciones hospitalarias, grado de perfección en la realización de las historias clínicas, la concordancia diagnóstica clinicopatológica de la tasa de mortalidad, de la higiene y epidemiología hospitalaria, de la terapéutica farmacológica, etc. Pero está claro, que la calidad de la asistencia hospitalaria, no viene dada sólo por los datos estadísticos sobre infecciones, precisión de la elaboración de la historia clínica, la tasa de concordancia diagnóstica clinicopatológica, la tasa de mortalidad, etc. Creo que es un instrumento más de alcanzar una calidad asistencia, importante sin duda, pero no el único, como he comentado más arriba.

CONCLUSIÓN

Pienso que el servicio es la **piedra angular de la organización hospitalaria**. De alguna forma, la actividad del hospital puede ser considerada como la suma de las actividades de los servicios médicos que lo integran y cada servicio es el responsable de la atención sanitaria a la población de su zona correspondiente, y en último extremo de su grado de salud, siempre, obviamente, en lo referente a la especialidad concreta.

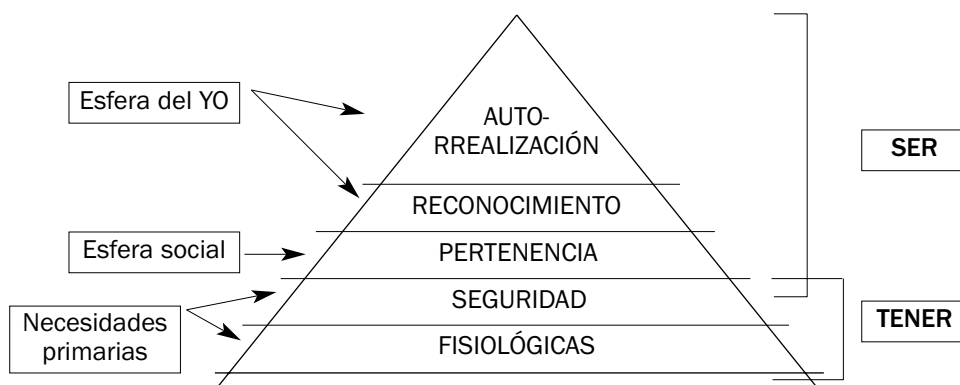
La estructura del servicio, que no es sino la organización de todos los recursos de una especialidad, permite como ninguna otra llevar a cabo la misión y los objetivos de la Especialidad en el Zona correspondiente, al centralizar la información, los recursos y las decisiones.

La realización de estas funciones encomendadas utilizando para ello las diversas áreas de trabajo y sus recursos de la forma más correcta y coordinada, es lo que expresamos con una palabra mágica: *organización*. Como en toda actividad social, *el nivel de organización es lo que transforma una serie de actos inconexos en un proceso dirigido a un fin y con unas metas concretas, produciendo un resultado coherente*. **Lo que distingue un Servicio de un conjunto de profesionales es la organización.**

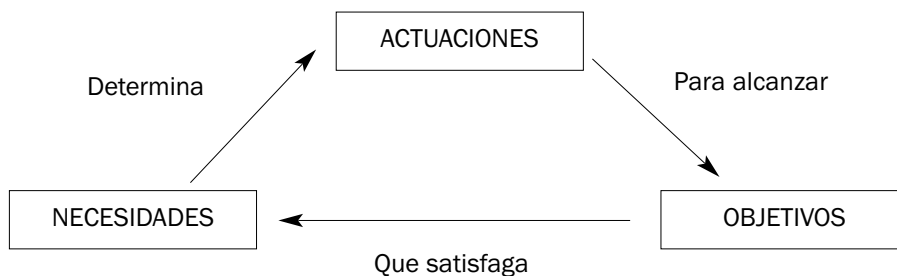
Una *dificultad* importante que requiere capacidad organizativa, reside en *cubrir las diversas áreas de asistencia, manteniendo la atención al enfermo lo más **personalizada** y homogénea posible en cuanto a criterios y protocolos, tanto de calidad como de eficacia*. En unidades pequeñas esto resulta relativamente sencillo, pero en grandes servicios como el de Cirugía General “B” puede llegar a ser extremadamente complejo.

No existen soluciones esquemáticas o unívocas para este problema. Sólo la imaginación, el trabajo en equipo y la asunción de responsabilidades permiten ir corrigiendo y adaptando la organización a las necesidades.

En este Proyecto de Organización y Gestión de un Servicio de Cirugía, he expuesto lo que me propongo poner en marcha en caso de ser designado como responsable. Es una visión hacia el futuro con la mirada puesta en los cambios que van a venir pero quiere ser también una apuesta por un futuro mejor y más ilusionado de trabajo para todos los componentes del citado Servicio. Es también un proyecto en el que, quizá quede entre líneas, no se hacen concesiones a la pasividad y al desaliento, sino que, al menos en mi intención, la gestión de los recursos, sobre todo humanos, va a ir orientada a producir, en la medida de mis posibilidades, la satisfacción de necesidades que toda persona precisa en sus distintos ámbitos, del TENER y/o del SER: sobre todo la autorrealización y el reconocimiento, sin olvidar si fuera preciso, aspectos básicos de la “pirámide” de necesidades expuesta a continuación.



Por ello toda actuación irá encaminada a alcanzar unos objetivos, extraordinariamente variados, pero eso sí, que satisfagan las necesidades lógicas de las personas que integran un Servicio de Cirugía. Tal conducta conllevará indefectiblemente al cumplimiento total de las metas expuestas en páginas anteriores.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Ad hoc committee on medical ethics of the American College of Physicians, *Ann. Intern. Med.*, 101: 129-137, 1984.
2. ALBRECHT, K. At America's service, Edit. Dow Jones-Irwin, Homewood, Illinois, EE.UU. 1988.
3. ARAGÓ, I. La Planificación Hospitalaria, Dep. Leg. M-2.417- 1974. Imprenta RUAN S.A. Madrid.
4. ARANAZ, JM.; MIRA, JJ.; VITALLER, J.; HERRERO, JF. La Calidad en la Atención Especializada desde la perspectiva de la Atención Primaria Todo Hospital 1990; 68:29-32.
5. ARMSTRONG, M. Cómo aumentar la eficacia del Directivo, Ed. Deusto, Bilbao 1986.
6. ASENJO SEBASTIÁN, M. A.; BOHÍGAS, L. La gestión hospitalaria, Edic. Eurosystem, S.A., Barcelona, 1987.
7. ATKINSON, C. C.; HARGREAVES, W. A.; HOROWITZ, M. J.; SORENSEN, J. E. Administración de hospitales. Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario, Edit. Trillas, S. A., México, 1988.
8. BALAS, A. Regimen jurídico de personal sanitario de la Seguridad social, Tomo I: médicos. Ed. García-Plata, Madrid, 1986.
9. BARQUÍN, M. Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica, 5 ed. Nueva Edit. Interamericana. México, 1985.
10. BASS, R. D.; WINDLE, C. Continuity of Care: An Approach to Measurement. *American Journal of Psychiatry*, 129 (1972): 110-15.
11. BLANCO, A.; SENLE, A. Desarrollo de directivos y calidad total en la organización. ESIC Ed. Madrid, 1.988.
12. BLUM, H. Evaluating health care. *Medical care*, 1974.2: 999-1011

13. BONFILL, X. Cómo debiera ser el hospital ideal *Med Clin* (Barc) 1993.
14. BONFILL, X. El posible papel de la epidemiología clínica en el hospital. *Revisión en Salud Pública* 1991; 2: 167-184
15. CARTWRIGHT, A. Patients and Their Doctors: A study of General Practice. New York: Atherton Press, 1967.295 pp.
16. CCECCS, IE5, ACMCB. FPT Estad sobre tendencias escenarios que actuen sobre les competencies professionals en ciencias de la salut Barcelona: FPT-CCECCS, 1994
17. COCHRANE, A. L. Effectiveness and efficiency random reflections on health services. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
18. COCHRANE, A.L. Eficacia y Eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios Sanitarios. Ed. Salvat, Barcelona, 1985.
19. CODINA, J. La ética en la vida de las organizaciones sanitarias Madrid 7 Días Médicos 1995: 253
20. COILE Jr.; R. C.: The new medicine. Reshaping medical practice and Health cure management., Edit. Aspen Publishers Inc., Rockville, MD. EE.UU. 1985.
21. Comisión de Análisis Evaluación del Sistema Nacional de Salud Informe y Recomendaciones Madrid: Caesns. 1991; 22 - 23
22. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud Informe y recomendaciones. Madrid, julio de 1991.
23. COSTAS, E. La mala reforma de la asistencia primaria (y II). Tribuna Médica 23 a 29 de mayo de 1994.
24. COSTAS, E. La mala reforma de la asistencia primaria (I). Tribuna Médica 16 a 22 de mayo de 1994
25. CUESTA, A.; MORENO, J.A.; GUTIERREZ, R. La calidad de la asistencia hospitalaria. Ed. Doima, Barcelona, 1986.
26. CHAPUT DE SAINTONGE, DM.; HERXHEIMER, A. La utilización de los efectos de placebo en la asistencia médica Lancet (ed. esp.) 1994; 26: 123
27. CHRISTOFFEL, T. J. D. Medical care evaluation: an old new idea. *Journal of medical education*, 15: 83-88
28. DE MIGUEL, JM. Estructura del sector sanitario Madrid: Editorial Tecnos, 1978.
29. DE MIGUEL, JM. La sociedad enferma (las bases sociales de la política sanitaria española) Colección manifiesto Madrid: Akal Editor 1979
30. DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund anuanerly*, 44: 166-206 (1966)

31. DONABEDIAN, A. Explorations in Quality assessment and Monitoring. *Health Adm. Press, Ann. Arbor*: (1982).
32. DONABEDIAN, A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical Care*, 6: 181 - 201 (1968).
33. DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor, Health Administration Press*, 1980, vol. I.
34. DUMONT, J. La calidad del tiempo personal, Ed. Deusto, 1989.
35. ELOLA, J. Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma Barcelona: SG Editores 1994
36. ENTHOVEN, AC.; KRONICK, R. A consumer-Health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy *N Engl J Med* 1989; 320: 29 - 37; 94-101
37. ENTHOVEN, AC. Reflections of the management of the National Health Service. Londres: Nuffield Provincial Hospital Thrust 1985.
38. ERNST & WHINNEY. El concepto de los grupos de diagnósticos relacionados y sus aplicaciones. Madrid, 1984.
39. ESPING ANDERSEN, G. Los tres mundos del estado del bienestar Valencia: Alfons el Magmanim, 1993.
40. FARRINGTON, J. F. et al. Quality assessment and quality assurance. The performance review alternative. *New England journal of medicine*, 363: 154-156 (1980).
41. FLETCHER RH, FLETCHER SW, WAGNER H. Epidemiología clínica. Barcelona: Ed. Consulta 1989
42. FREIJE A. Estrategias y políticas de Empresa, Ed. Deusto, 1981.
43. FREIJE A. Planificación a corto plazo y control de dirección, Ibérico Europea de Ediciones, 1982.
44. GENE, J. La Atención Primaria de Salud en las reformas británica y catalana Estudio comparativo I parte Working for Patients. *Hospital* 2000; 1990;4:71-84.
45. GREENE, R. Assuring quality in medical care. The state of the art. Cambridge, M. A. Ballinger, 1976.
46. GUTIERREZ MARTÍ, R. Nuevo modelo de Gestión Hospitalaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. Insalud, Madrid, 1.984.
47. HERNÁNDEZ, G.; NAVARRO, C.; GERVÁS, J. El fracaso de la reforma sanitaria. *El País*, martes 30 de noviembre de 1993
48. Hurst W. Reforming Health Care in Seven European Nations *Health Affairs* 1991;10:7-21.

49. JOHNSON, R. La dirección de Personal. Ed. Deusto, Bilbao, 1.989
50. KEPNER, Ch.H. TREGOE, B.B. El nuevo directivo racional. McGraw- Hill, México, 1983.
51. KOSECOFF, J.; KAHN, KL., ROGERS, WH.; REINISCH, EJ.; SHERWOOD, MJ.; RUBENSTEIN, LV. et al Prospective payment system and impairment at discharge The "Quicker and Sicker" Story Revisited. *JAMA* 1990; 264: 1 980.
52. KRAVETZ, D. La revolución de los recursos Humanos. Una nueva dimensión de la gestión empresarial. Ed. Deusto, Bilbao, 1990.
53. LAST, JM. Diccionario de epidemiología Barcelona: Salvat Editores, 1989
54. LÁZARO, P. Evaluación de Tecnología Médica. Papeles de Gestión sanitaria. Monografía nº 2. Valencia: M/C/Q Ediciones, 1994.
55. LÁZARO, P.; POZO, F.; RICOY, JR. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de la salud (II): Investigación en servicios de salud. *Med Clín (Barc)* 1995; 104: 67 - 76.
56. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE del 29 de abril.
57. LONG, D. Prospective quality assurance. *QRB*, 10: 143:145 (1984).
58. LÓPEZ, J. ¿Crisis de la sanidad o crisis de la medicina? *Gaceta Sanitaria* 1994; 8:248 256.
59. LUBITZ, J.; PRIHODA, R. The use and cost of medicare services in the last two years of life, *Health Care Finan. Rea.*, 5(1): 117-130, 1984.
60. MAKOVER, H. B. The quality of medical care. Methodology of survey of the medical groups associated with the health insurance plan of New York. *American Journal of public health*, 41: 824-832 (1951).
61. MARÍN, I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico? *Med Clin (Barc)* 1995; 104:381-386.
62. MARTIN, A. Atención Primaria y hospital. *Todo Hospital* 1994; 108: 47 - 51
63. MARTIN, A. La figura de médico de familia. *Med Clin (Barc)* 1993; (Supl 1): 12-13
64. MAYNARD, A. Competition in the UK National Health Service: mission impossible?
65. *Health Policy* 1993 23: 193 - 204
66. Ministry of Welfare. Health and Cultural Affairs The Netherlands Choices in Health Care, 1992
67. MONRAS, P. De l'organització jeràrquica a l'organització participativa Una reforma hospitalaria necessària *Salut Catalunya* 1995, 9 115-123

68. MONRAS, P.; GIL, P.; REV, M.; BARO, X. Desarrollo profesional en las organizaciones sanitarias participativas *Revista ROL de Enfermería* 1995;200.
69. MORENO, J.A. Modelo integrado de Gestión Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Escuela de Gerencia Hospitalaria. Madrid, 1980.
70. MUIR GRAY, J.A. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Churchill Livingstone España. Madrid, 1997
71. MYERS, B. A. A guide to medical care administration. Concepts and principles. Washington, D. C. American Public Health Association, 1969, vol 1.
72. NÁJERA, E.; CORTÉS, M.; GARCÍA, C. La reorientación del Sistema Sanitario. Necesidad del enfoque epidemiológico *Revisiones de Salud Pública* 1989;1: 15-30.
73. ODIORNE, G.S. La dirección por objetivos. Ed. Labor, Barcelona, 1972.
74. OMS Atención Primaria de Salud Conferencia Internacional de Alma Ata Ginebra: OMS 1978
75. OMS Targets for health for all. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1985.
76. ORIOL BOSH, A. De l'aprenentatge i el canvi (disertación] Barcelona: IES, 1993.
77. ORTÚN, V. Clínica y gestión. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 298 300.
78. ORTÚN, V. Incorporación de los criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas. *Información General Española*; 1990: 681.- 682: 117 - 129.
79. OSBORNE, D.; GAEBLER, T. La reinención de Gobierno Barcelona: Paidós. 1994.
80. OWEN, J.K. Conceptos modernos de administración de Hospitales, Ed. Interamericana, 1ª Ed. 1963.
81. PEÑA, J. J.; GLESNER-ANDERSON, V. Hospital management: Winning strategies for the 80's, Edit. Aspen Publishers Inc., Rockville, MD. EE.UU. 1985.
82. PETERS, T. Del caos a la excelencia, Ed. Folio, Barcelona, 1990
83. PINEAULT, R.; DAVELUY, C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategia, Masson, S. A., Barcelona, 1987.
84. POZO, F.; RICOY, JR.; LÁZARO, P. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud: I. La epidemiología clínica. *Med Clin (Barc)* 1994; 102:664 669.
85. PUIG, J. Sanidad, gestión y economía: ¿Relaciones peligrosas? *Todo Hospital* 1994; 104: 55 - 61
86. RELMAN, S. Assessment and Accountability: The Third Revolution in Medical Care *N Engl J Med* 1988;319: 1220 - 1222.

87. RODRÍGUEZ, JA. Envejecimiento y familia Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) Colección monografías, m 137
88. ROELAND, H. S.; ROWLAND, B. L. Gerencia de hospitales. Organización y funciones de sus departamentos, Edit. Díaz de Santos, S. A., Madrid, 1988.
89. SACKETT, DL.; HAYNES, RB.; TUGWELL, P. Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica Madrid: Díaz de Santos, 1989
90. SALTMAN, RB.; VON OTTER, C. Public competition versus mixed markets. Analytic comparison Health Policy 1989 11: 43-55.
91. SANAZARO, P. J.; WORTH, R. M. Concurrent quality assurance in hospital care. *N Eng. J Med*, 298: 1171-1177 (1978).
92. SANDRICK, K. M. Approaches to cost and risk reduction taken by three organisations. *QRB*, 9: 73-76 (1983).
93. Secretary of State for Health Working for patients. Londres HMSO, 1989.
94. SIN, A. L. et al. Inappropriate use of hospitals in a randomised trial of health insurance plans, *N. Eng. J. Med.*, 315: 1259-1266, 1986.
95. SMALLEY, H.E.; FREEMAN, J.R. Dirección y organización de clínicas y Hospitales. Ibérico Europea de Ediciones, Madrid, 1.970
96. SMITH, D. B.; METZNER, C. A. Differential Perceptions of Health Care Quality in a Prepaid Group. *Medical Care*, 4 (1970): 264-75.
97. STARFIELD, B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1.129 - 1.133.
98. TEMES, J.L.; PASTOR, V.; DÍAZ, J.L. Manual de Gestión Hospitalaria, Ed. Interamericana, McGraw-Hill, Madrid, 1992.
99. THOMAS, KB. The consultation and the therapeutic illusion *Br Med J* 1978; 1:1327
100. THOMAS, KB. The placebo in general practice. *Lancet* 1994; 344: 1 066
101. THOMAS, KB. Temporarily dependent patient in general practice. *Br Med J* 1974; 1: 625-626.
102. TRULLENQUE, R.; CHECA, F.; GARCÍA. Formación del Cirujano. Patrocinio de la Excma. Diputación de Valencia, 1992.
103. VALOR SABATIER, J.; RIBERA SEGURA, J. Gestión de la empresa hospitalaria, *J. ICE* 681-2: 131-152, 1990.
104. Varios: Trends in medical care costs, *Stat. Bull.*, 1: 2-8, 1987.
105. VUORI, HV. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? Atención Primaria, 1983; 0:3-4.

106. VUORI, H. Quality assurance in health services. *WHO. Pub. Health Europe*, 16: Copenhagen (1981).
107. VUORI, H. Optimal and logical quality: two neglected aspects of the quacity of health servicese. *Medical care*, 18: 975-985 (1980).
108. WARE, J. E.; SNYDER, M. K. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical cure services. *Medical care*, 13 (1975): 669-82.
109. WENBERG, J. Population illness rates do no explain population hospitalization rates *Med Care* 1987; 25: 354 – 359
110. Meal audit and the general practitioner. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 23: 697-706 (1973).
111. World Federation For Medical Education Proceedings of the World Summit on Medical Education Edimburgo 1993 En: Walton HJ. editor *The Changing Medical Profession Medical Education* 1994: Supl 1: 140 – 149
112. YATES, J. Camas hospitalarias. Problema clínico y de Gestión. Ed. Doima, 1989.
113. YUSTE, J.; DÍAZ, L.; DE MIGUEL, JM.; LOBO, F. Apuntes para un libro negro de seguridad social Madrid: Akal editor, 1982.
114. ZYZANSKI, S. J.; HULKA, B. S.; Y CASSEL, J. C. Scale for the Measurement of 'satisfaction' with medical care: Modifications in content, form scoring. *Medical care*, 12 (1974): 611-20.