REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

DISCURSO
leído por el Académico Electo
MIGUEL-ANGEL ASENJO SEBASTIÁN
en el acto de su recepción
el día 29 de octubre de 1995

DISCURSO
de respuesta del Académico Numerario
Muy Ilustre Doctor
JOAQUÍN TORNOS SOLANO

BARCELONA
1995

ASPECTOS FUNDAMENTALES
DE LA PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

DISCURSO
leído por el Académico Electo
MIGUEL-ANGEL ASENJO SEBASTIÁN
en el acto de su recepción
el día 29 de octubre de 1995

DISCURSO
de respuesta del Académico Numerario
Muy Ilustre Doctor
JOAQUÍN TORNOS SOLANO

BARCELONA
1995

Coordinación:
PUBLICACIONES NACIONALES TÉCNICAS Y EXTRANJERAS, S.A. PUNTEX
Via Laietana, 30 - 08003 BARCELONA
Imprenta:
L'Alzina. BARCELONA
Depósito Legal: B - 41117 - 1995

En recuerdo de mis padres, médico y maestra de un pequeño pueblo castellano, de quienes recibí permanente ejemplo de responsabilidad, constancia, entrega, sacrificio, amor y sobriedad. A mi mujer e hijas que me han proporcionado la paz y el sosiego que he necesitado para realizar mi tarea.

DISCURSO
leído por el Académico
Electo
MIGUEL-ANGEL ASENJO SEBASTIÁN
en el acto de su recepción
el día 29 de octubre de 1995

Excelentísimo Señor Presidente
Dignísimas Autoridades
Muy Ilustres Señores Académicos
Señoras y Señores

Mis primeras palabras serán de agradecimiento pero precedidas, ahora mismo, de otras de esperanza ya que sobre la esperanza se edifica la vida tal como recuerda la OMS cuando anuncia que "quien tiene salud tiene esperanza y quien tiene esperanza lo tiene todo" y muy recientemente una personalidad de nuestro entorno ha escrito que quien nada espera de los demás puede acabar odiándoles; quien nada espera de si mismo se autodestruye. La vida, concluye, se construye sobre la esperanza. Yo tengo la esperanza, y así lo manifiesto públicamente, de cumplir dignamente las responsabilidades que con vuestros votos señores académicos, que agradezco profundamente, me habéis impuesto. Tengo también la esperanza de que la presencia de todos ustedes arropándome en este acto tan importante para mi sea expresión de amistad a la que yo correspondo con este segundo y también sincero agradecimiento. El meu agraïment no és menor i el de la meva família tampoc envers la gent catalana en quines terres estem vivint ja fa vint-i-cinc anys i, en conseqüència, sense renegar del nostre origen castellà, som catalans a tots els efectes i amb orgull ho manifestem.

Confío en que todos ustedes comprendan y acepten que con motivo de este relevante acto en mi biografía recuerde ahora a aquellas personas que más han influido en mi vida y manifieste públicamente mi gratitud hacia ellas. En primer lugar, a mis padres y simultáneamente a mi esposa. Estas tres personas -de ellas hoy solamente me queda la última, que felizmente me acompaña- han sido las que más han influido en mí. Mi padre como médico de pueblo de 120 habitantes con seis anejos, situado en el norte de Burgos, a 1.000 metros de altura y cuyas Navidades eran anunciadas por las nieves con dos meses de antelación, me enseñó el sentido de la responsabilidad individual, el esfuerzo diario, la constacia en el empeño y la disponibilidad permanente. Mi madre se esforzó en enseñarme el sentido sobrenatutal de la vida y me indujo a aceptar que la realidad cotidiana siempre está por encima de los deseos. Como maestra de aquel pueblo, además de la primeras letras, me enseñó la solidaridad y la paciencia con las personas. La enseñanza práctica de la responsabilidad individual también fue una contribución de mi padre como consecuencia de su ejercicio profesional. En

aquel hogar radicado en aquella aldea y en aquel tiempo, recién acabada la guerra civil española con todas sus secuelas, fuimos orientados, mis dos hermanas y yo, por la palabra certera y, sobre todo, por el ejemplo constante de mis padres a estar disponibles para los demás, a ejercer el esfuerzo personal, a aceptar la responsabilidad individual y a practicar la sinceridad permanente ya que no podía ser de otra manera en una comunidad tan pequeña donde todos conocíamos todo, de todos, en todo momento y sólo se podía elegir entre la sinceridad o el ridículo. Fuimos informados, con la observación de su práctica, que la credibilidad personal consiste en que las palabras y los hechos coincidan y aprendimos que la palabra convence pero el ejemplo arrastra. De mi esposa aprendo cada día lo agradable que resulta para la convivencia diaria la práctica de la tolerancia en aquello que no sea valores fundamentales pues para éstos se muestra intransigente. Los practica y los exige. El sosiego que produce a su alrededor y el ambiente distendido que ha creado en casa, disculpando casi todo de todos me han proporcionado la tranquilidad que mi profesión y mi impaciente personalidad necesitan. Su permanente reflexión y consejo me han sido fundamentales. A ella y a mis hijas que tantas satisfacciones nos proporcionan, quiero darles las gracias una vez más y en esta ocasión, públicamente en presencia de ustedes.

De mis profesores debo decir que la primera fue mi madre y que además tuve la suerte de hacer el Bachillerato en los Hermanos de las Escuelas Cristianas y del hermano Ildefonso aprendí la objetividad de los números, el rigor en el método y la síntesis en las expresiones. Al hermano Cesáreo le preocupaban más las formas: la letra gótica bien hecha y la presentación limpia primaban sobre los contenidos. El hermano Ildefonso y el hermano Cesáreo eran, como se ve, complementarios y esta complementariedad conviene recordar que es frecuente en muchos aspectos de la vida y debe aprovecharse. El hermano Pablo exigía recitar de memoria las preposiciones de acusativo de latín que creo son diecinueve y aún las recuerdo. D. Pedro, éste seglar, nos obligó a memorizar todos los partidos judiciales de todas la provincias españolas; no está mal como entrenamiento mental que luego me fue útil para aprender la nómina internacional de Anatomía y supongo que para otras muchas cosas relacionadas con el uso de la memoria. El hermano Gregorio exigía recitar el Catecismo Astete al revés, es decir empezando por el final, cuando no habíamos fallado por el principio; tampoco éste era mal ejercicio de memoria y de paciencia, cualidades fundamentales en la relación diaria con los demás. Finalmente, del hermano Cándido recuerdo su facilidad para motivarnos a aprender poesías. Así de forma imperceptible nos fueron ejercitando la memoria y exigiendo muchas horas de

estudio y en consecuencia desarrollando el hábito del trabajo, tan necesario en la juventud y siempre. Ya he dicho que el encargado de los números era el hermano Ildefonso, responsable de Física y Matemáticas, uno de los mejores profesores que yo he conocido. El Bachillerato influye mucho en la vida profesional e incluso la condiciona. Para mí fue una suerte conocer a los profesores citados y con agradecimiento los recuerdo ahora.

Elegir estudiar Medicina y en Valladolid, donde el Bachillerato, fue una opción que no me planteó duda alguna ya que mi padre y un hermano suyo eran médicos, mis dos abuelos también y un primo hermano de mi madre, Miguel Sebastián, era Catedrático y durante diecisiete años Decano de aquella Facultad de Medicina y que menciono ahora porque así tengo disculpa para citar a mi admirado colega e inmerecido amigo el Dr. Moisés Broggi, último ex-Presidente de esta Academia que en diversas ocasiones me ha hablado de mi tío Miguel, condiscípulo suyo, manifestándome que era un alumno que se lo sabía todo. En aquella Facultad pronto se hacía admirar y querer el Prof. Gómez Bosque, catedrático de Anatomía, que enseñaba lo necesario y, en consecuencia, exigía. Era tal su dedicación que un mes antes de los exámenes daba clases de repaso, gratuitas naturalmente, con carácter voluntario a las ocho de la mañana. Todos acudíamos a esas clases y también a las ordinarias. ¡Que gran profesor! En Quirúrgica era un deleite escuchar al Prof. Hipólito Durán por su dominio de la asignatura y del idioma. Era un profesor exigente y justo con examen oral final de toda la asignatura. A través de él y por ser el libro de texto recomendado tuve referencias del Profesor Piulachs al que allí llamábamos ***Pí***ulachs y así lo hice en los primeros días cuando le conocí personalmente como miembro de la Junta de Clínicas del Clínic de Barcelona. Su inteligencia y tolerancia suplieron con creces mi ignorancia.

Por encima de cualquier otro como profesor, maestro de maestros, bondadoso, sabio y generoso, con entrega absoluta de su persona a la Universidad, quiero destacar al profesor de Patología Médica Dr. Sisinio de Castro de quien fui alumno interno, por oposición, a partir del cuarto año de carrera de 1960 a 1964, que dirigió mi Tesis Doctoral hasta su defensa en junio de 1966 y con quien fui Profesor Ayudante de Clases Prácticas. A él le debo mis pequeños éxitos estudiantiles y de posgrado inmediato (aparecer en la publicación de algunos trabajos científicos antes de acabar la carrera, finalizar con éxito la oposición a Premio Extraordinario, ser becario de la Fundación March y haber leído la Tesis Doctoral a los dos años de acabar la carrera). Aún me sigo preguntando cómo

se puede saldar tan gigantesca deuda ¿habrá contribuido algo a disminuir el débito su público reconocimiento? En aquella Clínica Médica Universitaria también era Profesor Adjunto y luego Catedrático D. Enrique Romero quien más tarde sería mi suegro y cuya amabilidad y tolerancia es reconocida por todos. El Catedrático de la Clínica era, como ya he dicho, el Prof. Miguel Sebastián, hombre enormemente respetado en la Facultad y en la ciudad, prematuramente fallecido y que como toda gran persona le caracterizaba una igual modestia e impresionante humildad.

Durante esta época de estudiante de Medicina y como Director de la Revista Clínica, órgano oficial de la Academia de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina de Valladolid, tuve la ocasión de conocer en persona a D. Agustín Pedro i Pons que pronunció la conferencia inaugural del Curso sobre accidentes cerebrovasculares. De él escribió años después D. Alfonso Balcells, a quien tanto debo y públicamente agradezco, con motivo de su ingreso en esta Real Academia el 31 de marzo de 1974, sustituyendo precisamente a D. Agustín, que "el Prof. Pedro Pons deja un vacío, pero diría que, como los grandes, los verdaderos maestros, deja también un legado, de valor incalculable, y una escuela, muy extensa, de discípulos y de promociones numerosas de antiguos alumnos". De estos discípulos mucho debo al Prof. Farreras por su reimpresión corregida de la sexta edición, en 1962, del libro de Medicina Interna en un solo tomo de pastas negras, que fue mi libro de texto y que aún conservo subrayado reiteradamente, y en el que en el prólogo agradecía a C. Rozman que entonces contaba 30 o 31 años ya que la edición era de 1960, aunque no consta el mes y de ahí mi duda en la edad, la paciente, cuidadosa y atenta labor a la que debía la copia del manuscrito, corrección de las pruebas de imprenta y redacción del índice alfabético. Del Prof. Farreras escribía el Prof. Rozman en su Discurso de ingreso a esta Academia, en 1990 que era "un hombre esencialmente bueno, gran trabajador, médico erudito y prolífico escritor con matices de clínico genial". Yo conocí al Prof. Rozman nueve años después de dicha reimpresión también como al Prof. Piulachs en la Junta de Clínicas del Hospital Clínic de Barcelona y desde entonces hemos mantenido una mutua amistad, extensiva a las familias, que conservamos. A su persona debo muchas cosas y no es la menor haber dejado de fumar hace ya dieciséis años.

Los seis años descritos viviendo prácticamente en las salas del Hospital Clínico y también Provincial de Valladolid por las mañanas y muchas de las tardes y noches haciendo guardias en él o en la Residencia del Seguro, así como

en vacaciones ayudando o incluso sustituyendo a mi padre, han dejado en mí una huella indeleble de respeto hacia el enfermo y admiración por los médicos y por ello ha sido una suerte haber contribuido, como gestor hospitalario, a que esa relación médico-enfermo se hiciera tan fácil y tan intensa como me ha sido posible en cada momento.

De las personas que han influido en mi profesión de gestor hospitalario, que en enero ha hecho veintinueve años que la inicié y que ha sido ejercida de forma exclusiva e ininterrumpida hasta ahora, debo agradecimiento a muchas personas. Por orden cronológico y tal como las recuerdo, a D. Emiliano Berzosa, Presidente de la Diputación de Valladolid que me matriculó en el primer Curso de Gestión Hospitalaria celebrado en España ya que aquel Clínico también era Provincial y por tanto gestionado por la Diputación. Al Profesor García Orcoyen, Director General de Sanidad, y Dr. Serigó, Director de la Escuela de Gerencia Hospitalaria, que me iniciaron en los aspectos teóricos de la profesión a finales de 1964. A D. Antonio Vázquez, Presidente de la Diputación de Jaén que confió ¡y de qué manera! en la juventud nombrándome gerente, en enero de 1966, del Hospital Provincial de aquella ciudad y en el que permanecí hasta 1968. A D. José López Muñiz, Presidente de la Diputación de Oviedo en cuyo Hospital General de Asturias, primero como adjunto de gerencia y luego como gerente, estuve desde 1968 a noviembre de 1971 en cuya fecha me incorporé al Hospital Clínic de Barcelona en calidad de Director Técnico. De esta larga etapa solo recuerdo aspectos positivos y personas inteligentes tanto porque es objetivamente cierto, como porque así lo siento ya que tampoco soy una excepción a la regla de Jorge Manrique de que "como a nuestro parecer cualquier tiempo pasado fue mejor". En los Profesores D. Cristóbal Pera y D. Ciril Rozman, como Decano y Vice-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y, en consecuencia, Presidente y Vice-Presidente de la Junta de Clínicas del Hospital Clínic y Provincial en 1971-72, período en el que realizamos la importante reforma funcional del Hospital Clínic y en D. Joan Grau, gerente del Hospital, quiero personalizar mi agradecimiento para todos los profesionales y empleados de la Institución que con su entrega han hecho posible que hoy el Clínic de Barcelona ocupe una posición tan destacada tanto en el ámbito nacional como incluso en el internacional. También quiero agradecer al Prof. González Fusté su tolerancia, desde 1974, por mi adscripción docente a su cátedra y que me fue fundamental para obtener la plaza de Profesor Titular hace ya más de diez años en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Aquí y en otros aspectos importantes para mí, también intervino

favorablemente el entonces Decano y desde 1965 amigo, Prof. Salvá, a quien recuerdo en este momento con particular gratitud.

Al Dr. Joaquín Tornos, Secretario de esta docta Corporación, le conozco desde siempre si esa fecha la situamos en 1972 y coincido con todos en reconocer su amabilidad personal y la eficacia e inteligencia con que desarrolla todas sus tareas. También quiero dejar constancia aquí de mi admiración y agradecimiento.

Al Conseller Trias le debo muchas cosas siendo para mí de gran ayuda sus sugerencias y consejos en momentos difíciles de mi actividad profesional.

Al Presidente de esta Corporación le agradezco su amistad, ayuda e imparcialidad ahora y antes.

A D. David Parcerisas, Director de la Escuela de Alta Dirección y Administración de Empresas de Barcelona con la que tantos lazos me unen desde 1973 y a D. Ramón Martín, Director General de Puntex y editor de la Revista Todo Hospital, a la que estoy vinculado como miembro del Comité Editorial desde sus inicios y ahora como Director, también les ruego acepten la expresión de mi admiración, respeto y amistad.

De entre los amigos ajenos a la profesión, me es grato poner al frente a Juan Sánchez, salmantino inteligente, empresario catalán de éxito y hombre generoso. Juan Sacristán es de una eficacia y capacidad de decisión extraordinarias y Gonzalo Jiménez experto jurista y ameno charlista. Todos ellos me han ayudado y quiero agradecerles, así como a sus familias, el regalo de la amistad. En este grupo está también el Prof. Rafael Jiménez de Parga cuyos frecuentes consejos, siempre a solicitud mía, me han sido, en algún caso concreto, fundamentales; él y su familia cuentan mucho para mí y los míos. Jorge Noguera y familia, así como Joaquín Maluquer y la suya, forman parte de esta relación restringida de amigos y la cierran los canarios, como decimos en casa, José Carlos y Lourdes que son los más recientes con diez años de amistad.

Me es grato agradecer finalmente a María Eugenia Ribas, mi Secretaria desde 1972, la fidelidad y eficacia que ha demostrado a lo largo de estos muchos años y que la han hecho acreedora al respeto de todos y a figurar por méritos propios en la pequeña historia de ese gran hospital que es el Clínic de Barcelona.

Es de estricta justicia elogiar la persona y la obra de quien vengo a sustituir el extraordinario científico, excelente universitario y magnífica persona como fue D. Amadeo Foz Tena que nació en Lécera (Zaragoza), donde su padre ejercía su profesión de médico, el 22 de enero de 1913, y se trasladó a Barcelona diez años después donde realizó los estudios de Bachillerato y de Medicina, licenciándose en 1939. Seguidamente se le encargó la dirección de la Sección de Bacteriología del Laboratorio de la Cátedra de Patología y Clínica Médica del Profesor D. Agustín Pedro i Pons del que había sido alumno interno y permaneció hasta el año 1972 en que desapareció dicho Laboratorio con motivo de la reestructuración funcional del Clínic y se creó el Servicio de Microbiología Clínica que pasó a dirigir el Profesor D. Agustín Pumarola i Busquets. La formación bacteriológica la completó el Dr. Foz en Zurich, en 1945, en el Instituto de Higiene de la Universidad, trabajando con los profesores H. Mosser y A. Grumbach. En 1949, ganó la plaza de Jefe de Sección de Bacteriología del Departamento de Investigación del Hospital Municipal de Infecciosos. En el año 1958, realizó un curso sobre "cultivos celulares aplicados a la virología" con el Prof. Lépine en el Instituto Pasteur de París. Este mismo año fue nombrado miembro del cuadro de Expertos en Brucelosis de la Organización Mundial de la Salud, siendo renovado cada cuatro años. En 1969, defendió su Tesis Doctoral "Estudio sobre la estandarización del antígeno utilizado en las reacciones serológicas para el diagnóstico de la Brucelosis" calificada con Premio Extraordinario. A partir del curso 1969-80, fue nombrado catedrático contratado de la Cátedra de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, durante cinco cursos y posteriormente Catedrático Extraordinario.

En 1971, se le concedió la encomienda con placa de la Orden Civil de Sanidad por su labor en el brote de cólera de aquel año. También era, desde 1974, Médico Consultor del Laboratorio de Microbiología del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona y, desde 1975, Secretario del Departamento de Medicina, Farmacia y Veterinaria de la Fundación Juan March.

La faceta docente del Dr. Foz ha sido excelente de tal manera que muchos y prestigiosos bacteriólogos se formaron con él, tales como el Dr. L. Arcalís Arce, la Dra. C. Roy Arenosa, el Dr. G. Prats Pastor, el Dr. M. Simón Pujal, el Dr. M. Durán Bellido, el Dr. Martínez y el Dr. S. Garriga Girona y notables especialistas clínicos de enfermedades infecciosas han desarrollado su indispensable formación bacteriológica con el Dr. Amadeo Foz, tales como el Dr. T. Rubio Tello, el Dr. G. Verger Garau, el Dr. J. Llorens Terol y el Dr. L. Serra.

Su primer trabajo fue publicado, en 1943, en Medicina Clínica junto con el Profesor Farreras y lo titularon "Vacunoterapia intravenosa de la Fiebre de Malta". A este trabajo le siguieron otros superando el centenar. Colaboró en once libros y en gran número de Ponencias y Comunicaciones a Congresos, en Sociedades Científicas, Congresos, Symposia y Mesas Redondas, tanto nacionales como extranjeros.

El Dr. D. Amadeo Foz Tena manifestaba, en 1970, con legítimo orgullo y lo transcribiré con su propia redacción que "un punto al que he dedicado especial atención es a la creación de una biblioteca especializada que facilite a toda persona interesada en los problemas de Enfermedades Infecciosas de Microbiología e Inmunología el estudio de los mismos. He conseguido reunir más de 40 revistas importantes referentes a Bacteriología, Enfermedades Infecciosas, Inmunología, Virología y Antibióticos. Hemos llegado a reunir -concluía el Dr. Amadeo Foz- una colección de más de 21.600 separatas, de ellas 1.780 sobre Brucelosis."

Los temas a los que el recordado Dr. Foz dedicó mayor atención fueron los de: endocarditis bacteriana subaguda, brucelosis humana y animal, diagnóstico bacteriológico y serológico de la fiebre tifoidea, estudio sobre la bacteriología y epidemiología de los estafilococos, serología de las enfermedades reumáticas, bacteriología de las infecciones urinarias y serología de la mononucleosis infecciosa.

La labor científica del Dr. Foz Tena se puede agrupar en cuatro tipos de trabajos: 1.- Estudio y valoración de técnicas diagnósticas muy utilizadas especialmente hemocultivos y seroaglutinación; 2.- Estudio, introducción y difusión de técnicas nuevas no utilizadas en España, tales como la reacción de la fijación de complemento y la prueba de Coombs antibrucella en el diagnóstico de la brucellosis humana y la técnica de Ruíz Castañeda para hematocultivos, las relativas al diagnóstico serológico de las enfermedades reumáticas mononucleosis infecciosa, infecciones urinarias y métodos bioquímicos para la valoración de antibióticos; 3.- Problemas epidemiológicos, tales como el estudio de la serología brucelar del ganado bovino y porcino, estudio sobre vacuna antipoliomielítica con virus vivos vacunando a más de 3.000 personas; primer ensayo en Europa, en 1961, sobre vacuna antisarrampión e incidencia de portadores nasales de estafilococo; 4.- Trabajos experimentales, tales como los referidos al mecanismo de la reacción de Waaler-Rose.

El Dr. Foz ha realizado aportaciones originales sobre la endocarditis lenta, la brucelosis, el factor RA, la tifoidea, bacteriología de las infecciones urinarias y, finalmente, sobre antibióticos. Precisamente su Discurso de ingreso en esta Real Academia lo tituló "La resistencia bacteriana a los antibióticos" y fue leído el 6 de febrero de 1977 cuyo día, en consecuencia, se produjo su ingreso en esta docta casa, ocupando el sillón nº 11 en substitución del Dr. D. Hermenegildo Arruga Liró. Espero ser un digno sucesor de un profesor preocupado por la docencia dialogante, investigador meticuloso y autor prolífico en materia de bacteriología de quien el Académico Rozman escribió, en 1990, que a su criterio era el bacteriólogo clínico más destacado de España y que a mi me complace transcribir aquí como frase final de mi homenaje a su memoria.

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

He elegido este tema por las cuatro siguientes razones:

Primera.- Porque a él he dedicado los treinta últimos años de mi vida y creo conocer suficientemente.

Segunda.- Porque lo desarrollaré de una manera general, asequible a cualquier público no especialista, como podrán comprobar seguidamente.

Tercera.- Por su actualidad como lo demuestra sus permanentes apariciones en titulares de prensa, de la que más adelante expondré una muestra tomada de la prensa diaria y en una fecha elegida al azar y

Cuarta.- Porque en esta misma Academia hace cinco años, se pronunció un Discurso de Recepción en el que se puede leer literalmente: "un área en la cual el futuro médico ha de recibir una formación adecuada es en las repercusiones económicas que tienen sus decisiones. Clásicamente, el médico se ha formado sin considerar las cuestiones económicas de su ejercicio. Incluso, Oscar Wilde incluyó a los médicos como un objeto de sus burlas al afirmar "Conocen el valor de todo y el precio de nada". En el currículum de medicina no hay ninguna materia que lo trate. El ambiente de los hospitales universitarios al respecto ha sido de ignorancia o de menosprecio de las repercusiones económicas que tienen las decisiones médicas. De siempre se ha considerado que el alto sentido moral hace que la economía sea irrelevante para la medicina ya que la práctica ética obliga a que cualquier paciente reciba el mejor tratamiento lo cual es

incompatible con la reducción de los gastos. Es obvio también que los recursos humanos no son ilimitados y, por tanto, justamente un ejercicio ético obliga que los gastos se hagan de la forma más adecuada. Los profesionales de la medicina habrán de ser evaluados en este sentido ya que su evaluación será considerada como correcta nada más si los costos que se derivan son proporcionales a su importancia".

En este largo pasaje transcrito, se reclama implícitamente, como luego veremos, un análisis de los conceptos de: necesidad (recursos sanitarios suficientes), eficacia (capacidad real de los Servicios), eficiencia (resultados a coste adecuado), equidad (instituciones accesibles a todos), de calidad (diagnóstico certero, terapéutica correcta y amable trato personal) y gestión (conseguir objetivos -metas- generalmente a través de otros y responsabilizarse de lo que otros han hecho).

La prensa diaria, como adelantaba en la tercera razón para elegir el tema, se hace eco de problemas sanitarios que podemos englobar en alguno de los seis conceptos que he citado y, en consecuencia, permiten un análisis objetivo. He aquí unos cuantos titulares de finales de 1994:

- La falta de camas para ingresos provoca el colapso de Urgencias.
- Solo una décima parte de los hipertensos están controlados.
- El PP critica el reparto indiscriminado de la productividad en los hospitales del INSALUD.
- Absueltos dos médicos acusados de la muerte de un sacerdote.
- Un pediatra certificó el fallecimiento de un bebé vivo en Sevilla sin ni siquiera verlo.
- Un equipo de cirujanos reimplantan una mano cortada con un machete.
- Médicos extranjeros del Hospital de Baza se sienten discriminados.
- Los trasplantes de órganos crecieron un 10 por ciento, en 1994.
- La enferma en coma por fallo del aparato de anestesia inicia la rehabilitación.
- La asfixia financiera del sistema sanitario actual es irremediable.
- España tiene 150.000 portadores del virus del SIDA.
- Galdácano reduce la estancia media un 28 por ciento en tres años.
- Los médicos no están protegidos por la Ley.
- El gasto farmacéutico superó la suma de ocho ministerios.

Con la finalidad de poner cierto orden a tan variopinta información es por lo que he creído oportuno escribir sobre los aspectos fundamentales de la planificación aplicada a los hospitales ya que, ellos solos, consumen el 62,5% de los cuatro billones de pesetas que anualmente gastamos en sanidad, que exigen una rigurosa planificación como se reclamó en el Discurso citado.

SÍNTESIS DE LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

Los hospitales sirven para intentar recuperar la salud disminuida y la salud ha sido definida por la OMS "como el completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad". Nos debemos preguntar seguidamente ¿y por qué se puede enfermar? La respuesta es que por la interacción de tres factores: agentes causantes de enfermedad -> huesped humano -> medio ambiente. Los agentes causantes de enfermedad podemos agruparlos en: físicos, químicos y biológicos; el huésped humano está condicionado por la herencia, la edad, el sexo, la raza y los hábitos y finalmente el ambiente puede influir favorable o negativamente según sus características físicas y psicosociolaborales. La interacción entre agentes y huésped humano constituye la medicina clínica, la que se produce entre el huésped humano y el medio ambiente es la preventiva y la resultante del medio ambiente y los agentes de enfermedad corresponde a la medicina laboral. En consecuencia, lo más inteligente por eficaz y barato es promocionar la salud por medio de la educación sanitaria, prevenir la enfermedad que ya requiere ciertas técnicas y exige el diagnóstico precoz y evitar las secuelas para lo que en muchos casos será precisa la hospitalización. Al mismo tiempo debemos transmitir los conocimientos por medio de la enseñanza y adquirir otros nuevos investigando. En definitiva, hay que promocionar la salud, prevenir la enfermedad, evitar las secuelas, enseñar e investigar.

Al planificar es fundamental considerar que en el hospital existen cuatro grupos de interés: los enfermos, los suministradores de salud (preferentemente médicos y enfermeras), los gestores y los políticos o propietarios, con intereses y sobre todo prioridades que pueden no ser coincidentes ya que, por ejemplo, al enfermo le interesa no esperar, al médico disponer de medios, al gestor que se

utilicen bien los recursos, incluidos los personales que son los más caros, al político no subir los impuestos y al propietario ganar dinero. Armonizar todos estos intereses depende de muchas circunstancias, pero sobre todo de una correcta planificación, organización, dirección, coordinación y evaluación, que más adelante analizaré, pero también y mucho de las características personales de los individuos por cuanto que el hospital es la institución social de máxima interacción personal y las personas en sus extremos pueden ser optimistas o pesimistas y seguros o inseguros; de la intersección de las líneas que unen estos extremos resultan cuatro cuadrantes que en el delimitado por optimistas-seguros se encuentran las personas prudentes y que asumen los acontecimientos, aceptan los consejos y deciden en consecuencia, y cronológicamente, con múltiples excepciones, están entre 35 y 55 años; en el cuadrante delimitado por seguros-pesimistas se sitúan los conservadores que viven más de recuerdos que de esperanzas y generalmente son los de mayor edad; en el área delimitada por optimistas-inseguros se colocan los radicales, para ellos todo es sí o no, no existen matices y generalmente no han cumplido los 30. Finalmente, a cualquier edad, aparece el reaccionario para el que todo y todos son deficientes y es el resultado del pesimista-inseguro. Este tipo de personalidad pertenece tanto al enfermo, como al médico, al gestor, al político o al propietario y actúan conforme a ellas por lo que la objetivación numérica de los hechos es fundamental, máxime sabiendo que el sistema sanitario influye en el 11% de la salud y produce el 90% del gasto, del que más del 62%, en España, se emplea en hospitales, por lo que éstos han de ser objetivamente:

necesarios
eficaces
eficientes
equitativos
de calidad y
bien gestionados

Necesidad.- La unidad de medida que utilizaremos para objetivar la necesidad será la cama hospitalaria cuya cantidad dependerá de una ecuación matemática que relaciona número de enfermos, promedio de estancia, índice de ocupación y período de tiempo considerado.

Eficacia.- Mide la capacidad real de la institución en circuntancias ordinarias expresada en número de enfermos. También se objetiva por

medio de una expresión matemática que, para hospitalización, relaciona número de camas, porcentaje de ocupación, período de tiempo y promedio de estancia.

La efectividad se refiere a lo realmente realizado.

Eficiencia.- Consiste en obtener dicha efectividad al menor coste. Su expresión matemática es un quebrado en el que en el numerador está la actividad y en el denominador el gasto.

Equidad.- Se logra cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso. Su cumplimiento se mide por la accesibilidad y se relaciona con el número de camas, ocupación y adecuación del ingreso y de la estancia (promedio de estancia).

Calidad.- Se consigue diagnosticando y tratado a los enfermos conforme a la ciencia y a las relaciones humanas. Se basa en los conocimientos, la tecnología y la motivación. Los conocimientos se actualizan y estimulan por medio de la docencia y la investigación. La calidad se objetiva por medio de indicadores directos asistenciales, quejas, reclamaciones y encuestas de opinión e indirectos docentes e investigadores.

Gestión.- Consiste en conseguir objetivos cuantificados, fechados y asignado el responsable de lograrlos, que así se transforman en metas como recuerda la OMS. Se trata de decidir y por tanto arriesgar. Riesgo e incertidumbre menores si han sido previamente calculados los cinco factores recién descritos.

DESARROLLO DE LA PLANIFICACIÓN HOSPITALARIA

1. Aspectos generales

Frases como "la salud no tiene precio" han dejado de escucharse o se pronuncian con menos frecuencia y con menor convicción ya que se sabe que la salud debido a una serie de circunstancias irreversibles tiene un coste elevadísimo que alguien debe abonar: bien el que utiliza los servicios o bien entre todos por medio de impuestos o cuotas.

Dentro de los países democráticos desarrollados, existen modelos sanitarios de todo tipo siendo, en cuanto a la financiación, extremos que se ponen como ejemplo los correspondientes por un lado a Estados Unidos de Norteamérica y por otro a Gran Bretaña. El primero, de financiación fundamentalmente privada, consume el 13,5% del PIB nacional y supera las 250.000 Pts. por ciudadano y año y el segundo de financiación pública protege a todos los ciudadanos siendo el primer país democrático que, desde 1947, dispone de un Servicio Nacional de Salud que actualmente consume el 7% del PIB con más de 100.000 Pts. por individuo y año. Ambos limitan implícitamente el consumo ya que el modelo de Estados Unidos frena su utilización por medio del precio y el de Gran Bretaña a través de las listas de espera. Ambos frenos, obviamente, crean insatisfacción en los ciudadanos usuarios por lo que al tratar de corregirlo, uno extendiendo la protección y el otro mejorando la gestión por medio de incentivos económicos acortan la distancia que separa a ambos modelos reduciendo la brecha actualmente existente.

Para comprender los múltiples modelos incluidos entre ambos extremos se esgrimen diversas razones, a continuación de la fundamental y soberana consistente en que son el resultado de decisiones democráticas libremente adoptadas por naciones soberanas. Entre esas diversas razones se encuentran las de aquellos que opinan que cuando algo no cuesta se abusa de ello y en consecuencia hay que gravarlo para evitar el abuso. Para otros la salud es tan importante que su reparación en caso de disminución debe estar garantizada por medio de la solidaridad ciudadana manifestada económicamente por medio de impuestos o cuotas.

¿Cómo se explica que en Japón, donde no se hacen trasplantes de órganos, la esperanza de vida, es decir el número de años que por término medio vive una persona, sea el más alto del mundo si además ocurre que el número de médicos por 1.000 habitantes es la mitad que en Alemania o que en Francia y que el gasto en sanidad apenas es un poco superior a la mitad que en Estados Unidos de Norteamérica? Estamos ante una aparente paradoja pero tiene una fácil explicación ya que la salud medida por el indicador esperanza de vida, para los ciudadanos de los países occidentales, está condicionada por cuatro factores, como ya hemos anunciado, de los que el primero es la biología o herencia que según los expertos contribuye con un 27%, en segundo lugar influye el ambiente en que vivimos y representa el 19%, el tercer factor es el estilo de vida: alimentación, tabaco, agresividad, drogas, insatisfacción, placidez, sosiego,

tranquilidad, ejercicio, etc., que aporta un 43% y en cuarto lugar está el sistema sanitario: hospitales, ambulatorios, médicos, medicamentos, etc., que representa el 11% restante, mientras que este factor consume el 90% de los recursos empleados en salud. Para mejorar el estilo de vida apenas se consume el 1,5%. Para el ambiente el 1,6% y el 6,9% restante se aplica a los problemas de la herencia. En definitiva, el factor que menos influye para alargar la esperanza de vida es el sistema sanitario con un 11% y es el que más recursos consume con un 90% y de ellos, como más adelante precisaremos, más del 60% son consumidos por la actividad hospitalaria.

Cada país ha resuelto sus problemas sanitarios como le ha parecido conveniente ignorando lo que han hecho sus vecinos, de tal forma que existen en el mundo 57 confusas variaciones de impuestos, seguros sociales, cargos a los pacientes, seguros privados, hospitales públicos y privados, médicos que trabajan para ellos, trabajan en ello o, incluso, tienen sus propias clínicas. En todo caso, para que las decisiones sanitarias sean correctas es necesario implicar y tener en cuenta a los cuatro agentes fundamentales a quienes afecta sus consecuencias: en primer lugar los enfermos hace años llamados pacientes ya que el acto médico consistía en el imperativo: ¡desnúdese, túmbese, cállese, haga lo que le decimos y le curaremos!, (prototipo de medicina paternalista) luego pasaron a usuarios (podían protestar si no están satisfechos pero no podían elegir) y se tiende a que sean clientes (si no les gusta como son atendidos se van a otro médico u hospital, es decir tienen posibilidad de elección), en segundo lugar los suministradores principalmente los médicos, tanto de asistencia primaria como hospitalaria, y cuya satisfacción es fundamental para la de los usuarios-clientes, en tercer lugar los políticos, tanto el gobierno, como la oposición y en cuarto lugar los administradores (gerentes, directores, jefes y supervisores).

Las características más apreciadas de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, además de la eficacia y la calidad, son la equidad y la eficiencia. Por medio de la primera se pretende que a la misma necesidad se ofrezca similar recurso cuya primera condición es la accesibilidad al sistema de todos por igual y con la eficiencia se logra que lo que se programa se obtiene al menor coste posible y cuyo resultado numérico, matemáticamente, es consecuencia de dividir lo realizado por los recursos consumidos. Teóricamente, para lograr la máxima eficiencia deberíamos aumentar el numerador donde aparece la actividad haciendo lo máximo que se deba adecuadamente objetivado y consensuado,

disminuir el denominador en el que se sitúa lo que se gasta y que concretamente en los hospitales españoles es del 62,5% de todo el gasto sanitario y además el hospital como empresa tiene unas características muy peculiares.

2. Peculiaridades de la empresa hospitalaria

Desde que la Organización Mundial de la Salud, hace más de cuarenta años, definió la salud como "el completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad" alguien, jocosamente pero no sin fundamento, definió el acto asistencial como "un encuentro en el que personas aparentamente sanas tratan de curar a otras aparentemente enfermas" recalcando con ello la importancia del componente psicológico tanto del que solicita ayuda, que a efectos de eficiencia se situaría en el numerador del quebrado (actividad), como del que la presta que a los mismos efectos estaría en el denominador (gasto) con una proporción que en los hospitales españoles no es inferior al 70%, consecuencia de abonar los salarios del personal. A ello hay que añadir las especiales características del hospital que se concretan en:

2.1. Ser empresa de servicios cuyo principal recurso es el personal del que más del ochenta por ciento es titulado o diplomado universitario con todas sus implicaciones.

2.2. Se financia con presupuesto lo que exige una rigurosa planificación (previsión anticipada de un acontecimiento; en este caso económico-hospitalario). La planificación hospitalaria es una actividad muy técnica que requiere preparación y metodología científica. Tan es así, que se ha llegado a publicar que cuando la contrapartida por los servicios prestados es de tipo presupuestario se tiende a disminuir la actividad, si el abono es por acto médico se tiende a hacer más actos, si se paga por estancia se alargan y si es por caso se seleccionan los más rentables.

2.3. Está muy regulado legalmente normalizando los derechos y obligaciones de los usuarios, de los suministradores (médicos y enfermeras fundamentalmente) y de los administradores, así como la de los poderes públicos.

2.4. A la vez que lugar de máxima interacción humana con fines asistenciales es una escuela, un centro de investigación y un hotel, cuyos clientes inválidos

por sí mismos permanecen habitualmente en la habitación excepto si en ellos se realizan exploraciones especializadas o intervenciones quirúrgicas.

2.5. En general, con la universalización del derecho a la asistencia, es una empresa pública o al menos de interés público que además de la eficacia y calidad que la pondrán en evidencia pública debe cuidar específicamente la eficiencia y la equidad, en general menos conocida (aunque las listas de espera son evidente consecuencia, si son correctas, de la falta de accesibilidad).

2.6. Las decisiones más importantes para los usuarios y para el prestigio del hospital son las que toman los médicos y enfermeras en el acto asistencial. Dichas decisiones, sin intervención jerárquica inmediata, suponen una compra en un mercado cuasi-ilimitado con crecimiento exponencial, que comporta la adquisición de unos bienes que consumidos por los usuarios son abonados por unos terceros que no participan ni en la decisión de comprar ni en su consumo. En consecuencia, los médicos y también las enfermeras, son los auténticos gestores de los servicios prestados por el hospital, tanto en su efectividad (mejora de la salud) como en su eficiencia (al menor coste). También la calidad, que como en la enseñanza no se almacena para luego distribuirla sino que se otorga simultáneamente con el acto asistencial, es patrimonio, en lo fundamental, de los médicos y de las enfermeras. Persuadir de que su ética y motivación sea favorable al enfermo y al hospital es una de las tareas fundamentales de la gestión. Dicha motivación no será favorable si actúa contra sus intereses. Ellos, médicos y enfermeras, son los más influyentes relaciones públicas del hospital y precisan, por tanto, una concisa y veraz información de acuerdo con las características de sus servicios.

3. Características de los hospitales bien planificados

Los buenos hospitales tienen las siguientes seis características:

3.1. necesarios
3.2. eficaces
3.3. eficientes
3.4. equitativos
3.5. de calidad y
3.6. están bien gestionados

3.1. Necesidad

El número de enfermos que pueden ingresar en un hospital o en un Servicio hospitalario es directamente proporcional al número de camas (c), a la ocupación de las mismas (io) y al período de tiempo considerado (t) y es inversamente proporcional al número de días que permanezca ingresado cada uno de ello que se denomina estancia media (em) según la relación matemática que a continuación expongo:

$$e = \frac{c \times t \times io}{em}$$

de la cual se deduce que el número de camas es directamente proporcional al número de enfermos ingresados (e) y al número de días que permanezcan ingresados (em) y es inversamente proporcional a la ocupación y al período considerado según la siguiente relación matemática deducida de la anterior

$$c = \frac{e \times em}{t \times io}$$

Si el resultado de su aplicación es superior o inferior a lo exitente, esa cantidad es la que sobra o falta exacta y respectivamente.

Sobre la frecuentación hospitalaria, que es el número de ingresos por mil habitantes en un año, influyen trece factores y sobre la estancia media veintitrés. El índice de ocupación se ve influenciado por cinco factores y la t se expresa siempre por los 365 días del año.

Como se ve la respuesta a la necesidad de camas es matemática y por tanto numérica, resultado de aplicar la fórmula anteriormente expuesta con los ajustes que comporten los tan numerosos factores citados y que a continuación enumero:

. Factores que influyen en la frecuentación hospitalaria: (e del quebrado)
  . Disponibilidad de camas
  . Método de pago
  . Edad de la población

. Distribución geográfica de camas
. Servicios extrahospitalarios. Asistencia primaria
. Funcionamiento servicios centrales
. Hábitos médicos y normas sociales
. Provisión de médicos
. Investigación y enseñanza
. Hospitales privados
. Vivienda
. Morbilidad y
. Organización interna

. Factores que influyen sobre la estancia media: (Em del quebrado)
. La aumentan
. Un mayor número de camas
. Un número más elevado de facultativos
. Un índice de mortalidad más alto
. Mayor número de enfermos por facultativo
. Entrada de nuevos Residentes
. Mayor antigüedad en la especialidad
. Existencia de programa docente
. Mayor dotación en investigación
. Mayor porcentaje de ingresos de urgencia y
. Peor estado socioeconómico de la población
. La disminuyen
. Baja dotación de camas
. Mayor demanda
. Mejor acceso a hospitales de crónicos
. Elevado número de personal no médico
. La protocolización en enfermería
. Mayor actividad en consultas externas
. Control más estricto sobre las estancias y
. Mejor dotación tecnológica
. Resultados variables
. Preferencias culturales de los usuarios
. Tipos de diagnóstico
. Juicio clínico y hábitos médicos
. Día de la semana del ingreso
. Estilo administrativo de los centros

A pesar de todo, es difícil calcular exactamente la necesidad hospitalaria ya que la asistencia sanitaria se distingue de los demás bienes del mercado porque:

- La incidencia de la enfermedad es incierta e igualmente el resultado del tratamiento médico. Además, la capacidad de pago no constituye en modo alguno la base del derecho a recibir asistencia médica sino la necesidad que el individuo siente de recibirla ya que la mayoría están asegurados.
- El usuario no tiene conocimiento preciso de su gravedad y forma de atajarla. Se basa, fundamentalmente, en la decisión profesional de los médicos, no siempre desinteresada.
- La promoción de la salud y la acción preventiva de la enfermedad, más o menos intensas, actúan sobre el triángulo morbigenético formado por el agente productor de enfermedad-huésped humano-medio ambiente, de cuya interacción depende que el individuo enferme y con ello la necesidad, que es previa a la demanda.

Mas aún, se trata, en gran parte, de una acción estatal no lucrativa, por lo que, aunque cada vez más preocupados por los costos, los responsables médicos no pretenden optimizar los beneficios ya que ni su salario ni su estabilidad en el empleo depende de ello. Tampoco su vocación ni preparación oficial se orientan en este sentido.

Por otra parte, el sistema está muy intervenido por la Administración por cuanto:

- La iniciativa privada podría tender a la creación de una mayor demanda interesada por encima de la necesidad, con sus consecuencias económicas.
- Asistir al enfermo es tratar la enfermedad y con ello evitar la pobreza y en consecuencia mejorar el capital humano.
- Su logro es muy oneroso lo que obliga a una redistribución de la renta entre personas y regiones por medio de los impuestos.
- La disponibilidad u oferta crea su propia demanda, incluso por encima de la necesidad objetiva.

Para conocer la demanda, que es la necesidad expresada, la encuesta es el procedimiento mejor -ninguno es perfecto- existiendo dos métodos principales de proyección de la demanda en materia de salud:

- método de comparaciones internacionales y
- método del análisis de la demanda efectiva de cuidados médicos

En el primer caso, se toma el país que se considera tiene un nivel óptimo de salud y se compara con el que se estudia, analizando los medios y la organización. Es evidente que las variables son tantas que su utilidad es meramente orientativa.

El método de análisis de la demanada efectiva de cuidados médicos permite determinar la cantidad y clase de servicios médicos que serán necesarios para satisfacer la demanda, en función de factores:

. demográficos
. sociales
. económicos
. geográficos y
. tipo de cobertura

El inconveniente de este método es que perpetúa las disparidades geográficas a lo largo del tiempo y no mide exactamente la necesidad.

Los factores determinantes de la demanda hospitalaria se pueden agrupar en:

. Demográficos: edad, sexo y tamaño de la familia.
. Sociales: nivel cultural y social, hábitos médicos, normas sociales y vivienda.
. Económicos: renta familiar disponible, precios, tipo de protección, tasa de reembolso.
. Distribución de la población: concentración urbana o dispersión rural.
. Sanitarios: morbilidad, disponibilidad de servicios extra e intrahospitalarios, provisión de médicos, investigación y enseñanza, utilización de hospitales privados y organización hospitalaria.

Es tan variable el número de camas hospitalarias de los diversos países como indica la Tabla 1 y tan relacionado el gasto sanitario con su número que es obligado estudiar con detenimiento los factores determinantes de la demanda que, a su vez, condicionan la lista de espera y la satisfacción de la población.

Demográficos.-

. Edad.- Además del número de personas y sus variaciones derivadas del crecimiento vegetativo y de los movimientos migratorios, es conocido que los primeros y últimos años de vida son los más vulnerables y por ello necesitan más cuidados y, en consecuencia, mayor consumo sanitario.

Engels y cols. incluso han publicado unidades de consumo según edades y tipo de institución tal como indica la Tabla 2.

Tabla 1. Países y número de camas hospitalarias por mil habitantes (estadísticas de la OMS: 1987)

País	Camas por 1000 habitantes
Albania	6,10
Alemania R.D.	10,65
Alemania R.F.	11.80
Austria	11.32
Bélgica	8,91
Bulgaria	10,61
Dinamarca	8,34
España	5,26
Finlandia	15,50
Francia	10,58
Grecia	6,18
Hungria	8,69
Irlanda	10,62
Islandia	17,16
Italia	10,37
Luxemburgo	10,30
Malta	10,56
Mónaco	13,00
Noruega	14,99
Países Bajos	9,85
Polonia	7,67
Portugal	15,28
Rumania	6,99
Reino Unido:	
Inglaterra	6,66
Escocia	11.59
País de Gales	8,96
Irlanda del Norte	11,20
Suecia	14,82
Suiza	11,45

(continua)

Tabla I. (continuación)

País	Camas por 1000 habitantes
Checoslovaquia	7,70
Turquía	2,19
U.R.S.S.	11,93
Yugoslavia	6,32

Tabla 2. Consumo hospitalario según edad

Grupo de edad	Hospitales Generales	Enfermed. crónicas	Enfermed. mentales	Tratat. ambulator.	Asist. méd. conjunto
0 - 9	0,63	0,0	0,0	0,35	50,4
1- 19	0,47	0,02	0,01	0,27	0,5
20 - 29	0,78	0,02	0,27	0,53	0,5
30 - 39	0,82	0,03	0,49	0,73	0,6
40 - 49	0,90	0,09	0,90	0,83	0,8
50 - 59	1,29	0,21	1,30	1,24	1,2
60 - 69	1,74	0,69	1,87	1,68	1,6
70 - 79	2,00	2,09	2,15	2,07	2,0
80 -	1,37	6,85	3,01	2,30	2,4
TOTAL	10,00	10,00	10,00	10,00	10,0

. La frecuentación hospitalaria (F.h.) -número de personas hospitalizadas por mil habitantes y año- en España es de 237 para menores de un año, de 54 de 1 a 14 años, 72 para los de 15 a 44, casi 88 para los de 45 a 64 años y supera los 165 para los de más de 65 años.

. El sexo influye ya que las mujeres consumen más servicios sanitarios concretamente a partir de la pubertad y a expensas, principalmente, de los servicios de Obstetricia y Ginecología, como puede observarse en la Tabla 3 en la que también se expone la estancia media,

. El tamaño de la familia ejerce gran influencia sobre el consumo hospitalario. El consumo es mayor en familias de dos personas, decrece hasta la de 5 o 6

y es máximo en familias muy numerosas que tienen difíciles condiciones de vida y bajo nivel sociocultural. Probablemente ello se debe a que acuden tarde al médico y además el tratamiento no es posible en el medio familiar.

Sociales.-

. El nivel cultural y social, influidos por la renta disponible y educación hace que el consumo varíe hasta en un 50 por ciento. Se ha podido comprobar, a partir del estudio de Eginai de Navarra, que:
. El consumo de asistencia sanitaria aumenta con el nivel de educación.
. El gasto hospitalario disminuyē, relativamente, con el nivel cultural.

Tabla 3. Tasas de admisión por 1000 habitantes y estancia media según edad y sexo (1988) en España

Edad	Tasa de Hombres	admisión Mujeres	Estancia Hombres	media Mujeres
< 1 año	338	267	9	9
1- 4 años	90	62	5	6
5-14 años	49	32	6	6
15-24 años	65	83	10	6
25-34 años	56	162	13	6
35-44 años	63	92	15	10
45-54 años	89	85	15	15
55-64 años	131	90	16	16
65-74 años	190	117	17	19
75 >	242	159	18	20
Todas las edades	98	90	14	11

. La relación entre gasto hospitalario/gasto sanitario total aumenta con la disminución del nivel cultural ya que los pobres, aunque tienen menor frecuentación hospitalaraia, alargan el promedio de estancia. Se puede afirmar que el nivel cultural tiene una influencia muy superior a la renta e, incluso, a los precios. A mayor nivel cultural, mayor consumo sanitario.

. Hábitos médicos y normas sociales.- La deambulación temprana postoperatoria y la mayor eficacia terapéutica han disminuido el número de días que por término medio permanece ingresado cada enfermo -estancia media-. En Obstetricia hay países que reservan el hospital para el primer nacimiento o partos difíciles, en otros, que son la mayoría, todos se realizan en el hospital. En muchos países, las parturientas están 2 o 3 días en el hospital, mientras que en otros permanecen hasta 10. Diferencias que, evidentemente, hacen variar la utilización y con ello la necesidad de camas. Cuantos más días permanezcan hospitalizados los enfermos, más camas se necesitan para el mismo número de enfermos.
. Vivienda.- La tendencia general a vivir en casas pequeñas, sin servicio doméstico, con la familia trabajando fuera de casa, conduce a que enfermos que podrían ser atendidos en el domicilio lo sean en el hospital. Esto ocurre frecuentemente con la población anciana.

Factores económicos.-
. La renta familiar disponible influye poco sobre la cantidad de consumo sanitario pero sí sobre la forma de realizarlo:
. Los individuos, a partir de cierta disponibilidad económica, dan gran importancia a la salud. Para lo indigentes apenas la tiene.
. Los medicamentos son considerados indispensables por todos los ciudadanos. Los cuidados dentarios y parte de los psiquiátricos sólo se consideran necesarios cuando crece la cultura y la renta.
. Los aumentos de renta no producen un aumento proporcional del consumo.
. Los precios - tienen muy poca importancia sobre el consumo ya que la mayoría de países cuentan con sistemas de cobertura ante tal eventualidad y, en consecuencia, la gente no paga cuando utiliza los servicios sanitarios.
. El tipo de cobertura - tiene gran influencia, de tal manera que quien está protegido por un Seguro o una Mutua realiza un mayor consumo sanitario. Quien paga directamente de su bolsillo, se lo piensa antes de realizar el gasto.
. La tasa de reembolso - en aquellos sistemas que lo tienen implantado, que consiste en pagar directamente al médico y al hospital, cuando se acude a ellos y posteriormente el Seguro devuelve todo o la mayor parte de lo pagado, comporta escasa variación de consumo ya que el posible problema que pueda representarle al individuo el adelanto realizado suele cubrirse con un reaseguro.

Distribución de la población.-

. Afecta a los hábitos del consumo sanitario.- Cuánto mayor es la concentración humana, mayor es el consumo por las siguientes razones:
. Aunque en las grandes urbes gracias a la prevención han disminuido las infecciones, han aumentado las enfermedades propias de la industrialización.
. La mayor oferta existente en las grandes urbes facilita una mayor demanda.
. En Estados Unidos, el Servicio de Salud Pública en cumplimiento de la Hill Burton Act distribuyó los hospitales generales para enfermos agudos -excluídos tuberculosos, enfermos crónicos y mentales- en circunscripciones divididas en tres categorías: rural, intermedia y base o regional.
. El número de camas hospitalarias de estas circunscripciones debe corresponder a las características siguientes:
. Las áreas con una densidad superior a 4,5 habitantes por km^2 dispondrán de 2,5 camas por 1.000 habitantes en las circunscripciones rurales; 4 si se añaden las circunscripciones intermedias y 4,6 incluida la base o regional.
. En las áreas con 2,5 a 4,5 habitantes por km^2 existirán 3 camas por 1.000 habitantes en las rurales; 4,5 con las intermedias y 5 sumando circunscripciones de base.
. En las áreas con menos de 2,5 habitantes por km^2 habrá 3,5 camas por 1.000 habitantes en las circunscripciones rurales; 5 con las intermedias y 5,5 incluida la base o regional.
. En Francia se ha podido observar que son suficientes 3,4 camas por 1.000 habitantes para regiones rurales y en la zona de influencia de París se necesitan 8,2.

Sanitarios.-

. Morbilidad.- Las enfermedades degenerativas tienden a prolongar la estancia en el hospital aumentando la necesidad de camas y ocurre en las poblaciones cultas, ricas y viejas, Las enfermedades infecciosas son de estancia corta disminuyendo la necesidad de camas y es propio de poblaciones incultas, pobres y con corta esperanza de vida.
. Disponibilidad de servicios.- He indicado anteriormente como una mayor oferta conduce a una mayor demanda. Tal es así que existe un axioma que dice: "toda cama vacía en un hospital público sufre un impulso irrefrenable a ser ocupada". En los países ricos una buena organización extrahospitalaria disminuye la demanda hospitalaria; en los pobres ocurre lo contrario ya que al existir subconsumo sanitario aparecen menos enfermos que luego se envían al hospital.

- Provisión de médicos.- Influye muy variablemente ya que los países con escasos médicos utilizan poco el hospital, por cuanto que muchas enfermedades quedan ocultas. Cuando el número aumenta, también aumenta el número de ingresos en el hospital por sobrecarga del propio médico al no dedicar el tiempo debido, volviendo a estabilizarse o bajar el número de ingresos hospitalarios, cuando el número de médicos aumenta de nuevo.
- Investigación y enseñanza.- Los hospitales que desarrollan esta función suelen tener promedios de estancia más largos porque:
  - Sus enfermos suelen ser más complicados
  - Los departamentos son más especializados
  - Sus índices de ocupación son más bajos por menor polivalencia de las camas.
  - Razones docentes e investigadoras, con lo que para atender al mismo número de enfermos precisan más camas o dicho de otra forma con las mismas camas se atienden menos enfermos porque cada enfermo, por témino medio, permanece ingresado más tiempo.
- Hospitales Privados.- La estancia suele ser más corta porque:
  - Los casos son más sencillos
  - Hay una menor especialización
  - Los usuarios suelen tener más facilidades en sus domicilios para ser cuidados y
  - El médico se preocupa por los costos con lo que vigila más los días de estancia.
- Organización hospitalaria.- Cuando se jerarquizan y racionalizan los hospitales se evitan duplicidades, se coordinan las posibilidades, aumenta el rendimiento y disminuye la necesidad de camas para la misma demanda. La mala organización produce lo contrario.

En definitiva, la demanda hospitalaria, que es la necesidad expresada, depende fundamentalmente del tipo de cobertura, de la edad y de la disponibilidad de camas hospitalaria que como hemos visto en Europa oscila desde un mínimo de 2,19 camas por mil habitantes en Turquía hasta un máximo de 17,16 camas por mil habitantes en Islandia y ello es debido a que el número de enfermos que pueden ingresar en un hospital como se ha dicho es resultado de aplicar la relación matemática:

$$e = \frac{c \times t \times io}{em}$$

en la que:

e = número de enfermos ingresados

c = número de camas

t = tiempo considerado

io = índice o porcentaje de ocupación

em = promedio de estancia, o estancia media que es el número de días que por término medio está ingresado un enfermo.

Sabiendo la frecuentación hospitalaria (F.h.) que es el número de enfermos ingresados por mil habitantes y año, el índice de ocupación deseado y el promedio de estancia conveniente, estamos en condiciones de conocer el número de camas necesarias, despejando la fórmula anterior y sería:

$$c = \frac{e \times em}{io \times t}$$

En Europa, las estadísticas indican lo siguiente:

. Frecuentación hospitalaria = 150 enfermos por mil habitantes y año
. Índice de ocupación = 85% de las camas
. Promedio de estancia = 12 días

con lo que, para una población de 250.000 habitantes (Área Sanitaria, en España), precisaríamos el siguiente número de camas:

$$c = \frac{e \times Pe}{Io \times t} = \frac{\frac{150}{1.000} \times 250.000 \times 12}{\frac{85}{100} \times 365 \text{ (días al año)}} = 1.450 \text{ camas}$$

que representarán 5,80 camas por 1.000 habitantes, ya que si para 250.000 habitantes se necesitan 1.450 para mil necesitaremos:

$$\frac{1.450 \times 1.000}{250.000} = 5{,}8 \text{ camas}$$

Ahora bien, supuesto que consiguiéramos reducir a la mitad el promedio de estancia dejándolo en 6 días, y aumentar hasta el 95% la ocupación, precisaríamos para atender a la misma población, aplicando la misma fórmula, el siguiente número de camas:

$$c = \frac{\frac{150}{1.000} \times 250.000 \times 6}{\frac{95}{100} \times 365} = 649 \text{ camas, en vez de las } 1.450$$

precedentes, que representarían el 44,73% de las necesarias con el anterior índice de ocupación y promedio de estancia. Ambos parámetros dependen de la gestión de los directivos y médicos del hospital con el consiguiente ahorro económico para la sociedad y de incertidumbre y sufrimiento para los que se encuentran en la lista de espera.

Para enfermos agudos, en nuestro país, los parámetros a aplicar son:

. Frecuentación hospitalaria: 110 por mil habitantes
. Índice de ocupación = 90%
. Promedio de estancia = 8 días

con lo que para una población de 250.000 habitantes necesitaríamos el siguiente número de camas:

$$c = \frac{\frac{110}{1.000} \times 250.000 \times 8}{\frac{90}{100} \times 365} = 670 \text{ camas}$$

equivalentes a 3 camas por mil habitantes para enfermos agudos ya que

$$\frac{670 \times 1.000}{250.000} = 2,70$$

T.E. Chester, en 1972, para una población de 100.000 personas y para todo tipo de hospitalización, recomienda:

500 camas para enfermos agudos
500 camas para enfermos crónicos
48 camas para psicogeriatría
ello representaría 10,48 camas por 1.000 habitantes.

K.L. White en 1977, proponía 4,9 camas por mil habitantes para agudos y 4,7 para crónicos y, en conjunto 9,6 camas por 1.000 habitantes.

En 1981, en Escocia, se propusieon:

Servicios generales agudos.....2,5 camas x 1000 habitantes
Especialidades regionales.....0,5 camas x 100 habitantes
Geriatría (larga estancia).....10 camas x 1000 hab. de más de 65 años
40 camas x 1000 hab. de más de 75 años
Psicogeriatría.....10 camas x 1000 hab. de más de 65 años
Servicios de día para ancianos..... 3 camas x 1000 hab. de más de 65 años
Hospital de día geriátrico.....1,2 camas x 1000 hab. de más de 65 años
0,6 plazas comunit. por 1000 habitantes

Recientemente, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar norteamericano en su circular 42 CFR P121 ha propuesto, de acuerdo con el artículo 1.501 de la Ley de Salud Pública, lo siguiente:
Camas hospitalarias
menos de 4 camas ‰ (agudos) aproximadamente 3,7 ‰
Excepciones:
. si más del 33% de la población tiene más de 65 años
. fluctuaciones temporales población

. zonas urbanas muy densas
. zonas rurales con más de 45' distancia al hospital
. atracción hospitalaria elevada

Índice de ocupación Hospital General

más del 80% en Unidades médico-quirúrgicas

Excepciones:

. fluctuaciones temporales población
. zonas rurales. Hospitales pequeños de menos de 4.000 ingresos/año.

Servicios obstétricos

Unidades de más de 2.000 partos/año en zona no metropolitana. Ideal 3-500 partos.

Más de 500 partos/año en zona no metropolitana

Excepciones:

. más del 10% población con más de 45' distancia al hospital
. Io más de 75% siempre

Servicios pediátricos

Unidad de más de 20 camas

Excepciones:

. más del 10% de la población está a más de 30' distancia del hospital
. Io más de 65% en unidades de 20-39 camas
. más de 75% en unidades de 40-79 camas
. más de 80% en unidades de 80 camas

Cirugía a corazón abierto

más de 200 operaciones/año. Puede abrirse otra cuando se realicen más de 350.

Cateterismo cardíaco

. más de 300 cateterismos/año en adultos. No abrir otra si no se hacen más de 500
. más de 150 cateterismos/año en niños
. no cateterismos si no hay Cirugía Pediátrica

Radioterapia

. más de 450 nuevos casos/año. No otra si no se hacen más de 7.500 tratamientos/año
. 2/3 nuevos pacientes precisan Radioterapia alto voltaje y cada uno 25 tratamientos/año

T.A.C.

2.500 exploraciones/año. Otro si se hacen más de 4.000

En definitiva, para concretar la necesidad medida por el número de camas hospitalarias necesarias es preciso determinar la frecuentación prevista, el índice de ocupación adecuado y el promedio de estancia correcto y después aplicar la fórmula:

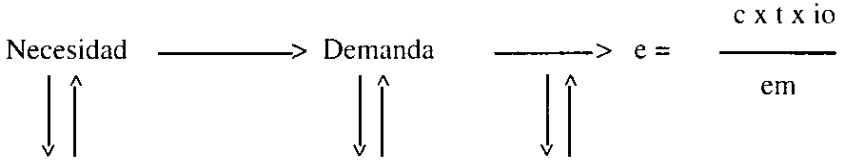
$$c = \frac{e \times em}{t \times io}$$

en la que: **c**, número de camas, **e,** número de enfermos que ingresarán, que recordemos, cuando se refiere a mil habitantes y un año se denomina frecuentación hospitalaria; **em,** promedio de estancia; **t** = 365 días e **io** = índice o porcentaje de ocupación.

Con el análisis descrito conoceremos cuantas camas son precisas y con ello si el hospital o el servicio en cuestión es o no necesario y, en su caso, cuál es la dimensión exacta del mismo.

3.2. Eficacia

La segunda característica es la de eficacia que mide la capacidad de los hospitales para dar servicio en condiciones ordinarias y viene determinada, para la hospitalización, por la aplicación de la primera fórmula anteriormente citada y que se puede representar en el siguiente esquema:



(Interacción entre: agentes de enfermedad - huésped humano - medio ambiente - individuo)

Cultura y accesibilidad

lista de espera

La efectividad es lo realmente conseguido para lo cual los objetivos deben ser cuantificados, fechados, escritos y nombrado el responsable de conseguirlos con nombre y dos apellidos.

Cuanto mayor sea el número de camas, el tiempo considerado y el índice de ocupación y menor sea la estancia media, mayor será el número de enfermos ingresados los cuales a su vez condicionan la actividad en urgencias y en consultas externas.

Los objetivos son de tres tipos: asistenciales, docentes e investigadores que con mayor o menor amplitud deben realizar todo tipo de hospital. Lógicamente el hospital universitario, regional, desarrollará más la docencia e investigación que el hospital comarcal o general básico.

Dicha actividad se realizará en consultas externas, urgencias y hospitalización con el apoyo de los servicios centrales y de los servicios generales como expresa la figura 1 y en cada una de estas áreas funcionales se planificarán también sus objetivos o posible actividad, cuantificados, fechados, escritos y nombrado el responsable de conseguirlos.

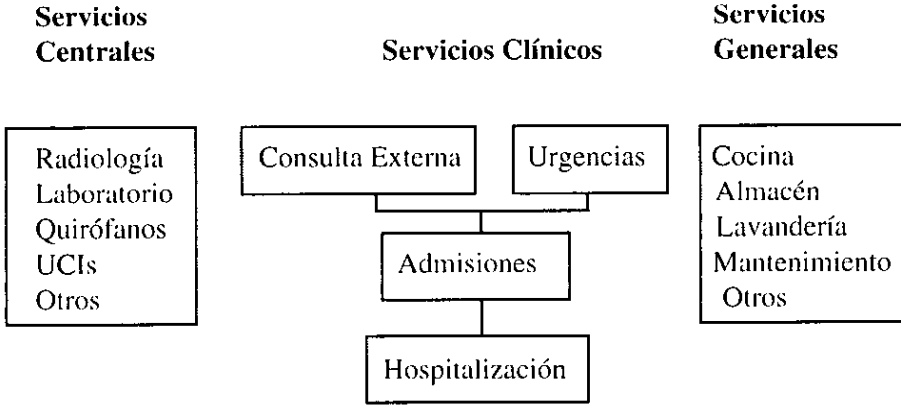


Figura 1. Esquema de las áreas funcionales hospitalarias

Se comenzará por hospitalización en la que el número de enfermos que pueden ingresar viene determinado por la aplicación de la siguiente fórmula:

$$e = \frac{c \times t \times io}{em}$$

En los tres tipos de hospital de agudos: comarcal, de distrito y regional el Io no debe ser inferior al 85% y las em serán como máximo de 8,5 días para el primero, de 9 para el de distrito y de 11 días para el regional y éstos serán los índices que se aplicarán.

La actividad en urgencias, una vez calculado el número de ingresos en hospitalización (e) es muy sencilla ya que, como es obvio, una parte de los ingresos procederá de urgencias y la otra parte restante de consultas externas. Los ingresos procedentes de urgencias generalmente son de un 60% que, a su vez, representa el 15-20% de los que acuden a urgencias. En consecuencia, las urgencias se deben planificar para atender a:

$$60/100 \times e \times \frac{100}{15} = 4e$$

es decir se multiplica por cuatro el número de los ingresados. Todo ello en condiciones ordinarias, sin acontecimientos extraordinarios que los puedan enmascarar.

La actividad en consultas externas también guarda relación con hospitalización por cuanto el 40% restante de ingresos proceden de ellas y se acepta que por cada 3-4 primeras visitas se produce un ingreso y por cada primera se atienden 4-5 sucesivas. En consecuencia, el número de primeras visitas a realizar en consulta externa sería consecuencia de multiplicar el 40% de los ingresos por 3 o 4 cuyo producto representarían las primeras visitas y éstas por 4 o 5 nos indicaría las sucesivas y, en consecuencia, las primeras visitas serían:

$$\frac{40}{100} \times e \times 3\text{-}4 = 1{,}5\,e$$

y el número de sucesivas 1,5 e x 4,5 = 7,5e y en total 1,5e + 7,5e = 9e

En definitiva, podemos asegurar que el número de asistencias en consulta externa es igual al número de ingresados multiplicado por nueve.

En resumen, los objetivos asistenciales de un hospital de agudos equilibrado se cumplirán si se obtienen los siguientes resultados relacionados con el número de ingresos (e) que depende de la demanda, número de camas, índice de ocupación, período considerado y promedio de estancia:

- hospitalización = e
- urgencias = 4e
- consulta externa = 9e

En el Clínic de Barcelona, en el año 1994, se han obtenido los siguientes resultados:

- hospitalización: 32.790 = e
- urgencias: 139.627 = 4,25e
- consulta externa: 310.904 = 9,48e

En Cataluña, en 1988, la actividad hospitalaria de enfermos agudos ha sido la siguiente con 3,34 camas por mil habitantes:

- hospitalización: 514.924 = e = 102,5 ingresos por mil habit. (F.h.)
- urgencias: 1.800.607 = 3,66e = 401 por mil habitantes
- consulta externa; 4.082.841 = 7,94e = 767,5 por mil habitantes

Los quirófanos, cuidados intensivos y servicios centrales se planificarán de forma similar aplicando la misma fórmula sustituyendo el número de camas por lo que proceda: quirófanos, aparatos de radiodiagnóstico, etc. Igualmente se hace con servicios generales así como con cada uno de los servicios clínicos para los que existen índices concretos de ingresos a través de urgencias, consultas externas y promedios de estancia stándar locales, sectoriales, autonómicas, estatales e internacionales. Nosotros disponemos y hemos publicado más de 300 parámetros de planificación hospitalaria. La aplicación del Protocolo de Adecua-

ción de Ingresos y Estancias, al ser de carácter científico, es de una gran utilidad ya que además permite, e incluso requiere, una amplia participación de los médicos.

Los objetivos docentes son también fundamentales y pueden concretarse en:
. Enseñanza de:
  . estudiantes de Medicina
  . licenciados: especialistas y médicos generales
  . enfermeras y matronas
  . asistencias médico-sociales y
. Otras profesiones afines:
  . secretarias médicas
  . técnicos de diversas especialidades
  . archivistas
  . contables
  . expertos en mantenimiento de aparatos médicos
  . técnicos de administración
  . gestores hospitalarios

Para la formación de los estudiantes de Medicina conviene recordar que el médico de familia tendrá que realizar, según la OMS, las siguientes funciones:

1. Prestación de asistencia continuada y completa
2. Prestación de asistencia primaria
3. Prestación de asistencia de tipo personal e individual:
   . prevención y
   . promoción de la salud
4. Prestación de asistencia de tipo familiar:
   . estado de salud
   . composición, constitución genética
   . comportamiento, educación sanitaria
   . enfoque psíquico, sociocultural y económico
5. Prestación de asistencia de tipo colectivo: factores asociados a la morbilidad con sus características:
   . sociales-psicológicas
   . económicas
   . nutricionales
   . industriales de la colectividad

Causas de enfermedad:
. infecciones
. malnutrición
. afecciones crónicas
Factores influyentes en:
. crecimiento
. desarrollo
. vejez y
. procesos degenerativos

6. Función educativa de la población y
7. Además, ha de tener nociones de economía, política sanitaria y uso correcto de los recursos de salud.

Conviene señalar, no obstante, que el hospital y más concretamente el universitario, como centro de máximo nivel, presenta importantes lagunas para la formación del médico general tales como:

1° La excesiva especialización y facilidad de utilización de, prácticamente, todos los medios asistenciales.
2° Excesivo acento de la asistencia en el individuo, con olvido de la colectividad.
3° La complejidad y escasa representatividad de la patología regional, especialmente de los enfermos hospitalizados

por lo que es necesario, tal como hace tiempo aconseja la OMS, aprovechar:
. los centros de asistencia primaria
. los cuidados domiciliarios
. los servicios de consultas externas
. los de urgencias y

la colaboración con los médicos de familia, facilitada esta última, sobre todo, por la regionalización hospitalaria y sanitaria que permite la fácil y obligada estancia de médicos y estudiantes entre unos escalones y otros de la red hospitalaria, con aprovechamiento de todos los hospitales de la región o area sanitaria.

Es preciso, además, coordinar los dos factores casi antagónicos de la docencia:

a) Mínima molestia para el enfermo, ya de por si molesto con su enfermedad y
b) La adquisición de suficiente experiencia práctica.

Por ello, cada vez se recomiendan y se usan más:

1º Las técnicas de conferencias, seminarios, sesiones clínicas y medios audiovisuales.
2º La simulación de situaciones, muy bien expuestas por McGuire y Wezeman, a través de:
   . maniquíes automatizados
   . modelos tridimensionales
   . situaciones simuladas escritas
   . simulación mediante ordenadores y
   . simulación con personas reales
3º Utilización del Servicio de Urgencias y de Consultas Externas con mucha mayor actividad que hospitalización.
4º La obligatoriedad de rotar por todos los servicios sanitarios del sector.

Los actuales programas de Medicina Familiar y Comunitaria españoles contenidos en la Guía de Formación de Médicos Especialistas ya establece este tipo de formación.

Para la formación del especialista clínico que con carácter general se realiza en España, desde 1978 a través del sistema de Residencia, también es imprescindible el hospital. La mencionada Guía recoge los programas de cuarenta y ocho especialidades al amparo de lo preceptuado en el Real Decreto 127/1984 de 11 de enero, que regula la obtención de títulos de especialista y en cada programa se especifica la participación hospitalaria en la formación siendo exclusiva en la mayoría de ellos.

Por este procedimiento de Residencia, en 1991, comenzaron su formación especializada 3.730 licenciados, de ellos 3.554 en hospitales públicos y 176 en privados, distribuyéndose en 107 para farmacéuticos, 152 para licenciados en Ciencias Químicas y Ciencias Biológicas y las 3.471 restantes para médicos.

Para la formación de enfermeras y resto de profesionales sanitarios, también se hace imprescindible el hospital.

Los objetivos investigadores que estarán más o menos desarrollados según sea el ámbito y nivel del hospital, pueden ser de investigación:

. básica, pura o inductiva y
. aplicada, operativa o deductiva, que para Harrington es la que, previa adquisición de nuevos conocimientos, es de utilización inmediata y de gran desarrollo en los hospitales.

Recientemente, se ha comenzado a medir la calidad de la investigación por el factor de impacto de la revista en que se realiza la correspondiente publicación que según el baremo del Journal Citation Reports para el N Engl J Med, en 1993, es de 23.762 por original publicado y para Med Clin (Barc) es de 0.909, siendo ésta la máxima puntuación de las publicadas en castellano.

Si el hospital consigue los objetivos asistenciales, docentes e investigadores así descritos será efectivo ya que la efectividad es lo realmente conseguido. La eficacia es lo que puede y debe conseguir en condiciones ordinarias.

3.3. Eficiencia

Es una característica por medio de la cual se pretende obtener metas (objetivos cuantificados: cifrados, fechados y nombrado el responsable de conseguirlos) al menor coste posible con adecuada calidad. Se expresa matemáticamente por medio de un quebrado en el que en el numerador figura la actividad calculada de acuerdo con lo escrito en el capítulo anterior es decir con la eficacia y en el denominador el gasto realizado para conseguir dicha actividad. Se puede afirmar que el resultado de ello es el coste por actividad hospitalaria y debería conocerse, para cada uno de los servicios que ofrece el hospital. Para calcular dicho coste por servicio, se utiliza como instrumento la contabilidad analítica.

Por otra parte, es conocido que el gasto más cuantioso de un hospital es el de personal resultante de multiplicar el salario de cada persona por el número de ellas y que representa el 70% del gasto total del hospital, lo que obliga a calcular, lo más científicamente posible, la plantilla de personal (número, categoría y niveles) y su salario el cual a su vez conviene relacionar con los resultados obtenidos. Cuando el sueldo está estrechamente relacionado con los resultados de cada cual produce un hospital muy competitivo, eficiente y probablemente tenso y conflictivo. Cuando el salario no guarda relación con el resultado individual, el hospital suele ser menos eficiente, más sosegado y tranquilo pero cuando el conflicto aparece suele ser más violento. También la holgura del abanico salarial contribuye a la competitividad y por ello a la eficiencia ya que

si es amplio el hospital es más competitivo y si es estrecho existe cierta dejadez. Suficiente relación entre resultados y salario y determinada amplitud del abanico salarial favorecen una mayor competitividad y consiguiente eficiencia, aún a costa de una mayor tensión.

En sanidad pública en general y muy concretamente en la muy singular empresa hospitalaria aparece un curioso mercado, como hemos dicho antes, cuyas leyes no son las habituales. En efecto, consume el paciente-usuario-cliente, compra el médico y paga un tercero. En consecuencia, es el comprador que generalmente puede comprar en un mercado sin más limitaciones que las que impone la ciencia y la tecnología, quien determina el gasto y en este caso también la actividad ya que los Jefes de Servicio hospitalarios son también quienes determinan el índice de ocupación de las camas que utilizan y el promedio de estancia de los enfermos que las ocupan y consecuente con ello la actividad previsible en consultas externas, tanto de primeras como de sucesivas visitas que es de donde proceden los ingresos programados.

Se impone, en consecuencia, una planificación por lo menos de mínimos de eficiencia. Como hemos dicho, matemáticamente se expresa por un quebrado con la actividad por numerador y como denominador el gasto que puede ser fijo y variable. El fijo, que supera el 80% en el hospital público, se debe en su mayoría al pago de la nómina de personal que supera el 70% del gasto total hospitalario y está condicionado por el número de personas, el nivel y el salario. El número de personas se puede calcular relacionándolo con los resultados económicos (tipo actividad privada) y, por tanto, condicionándole a ellos o bien analizando la actividad y calculando el tiempo necesario para cada actividad multiplicando por el número de actividades y dividiendo por el número de horas contratadas y abonadas económicamente a cada persona.

En definitiva, para el cálculo del número de médicos necesarios o plantilla médica se precisa:

1º Determinar la actividad como anteriormente se ha explicado, en eficacia.
2º Establecer el tiempo necesario por cada actividad en cada Servicio para lo que existen indicadores suficientes para ello aplicando, si fuera preciso, el perfil de severidad -P.S.I.-,
3º Asignar tiempo de actividad asistencial por médico para lo que también existen índices.
4º Calcular el cociente entre tiempo necesario y tiempo asistencial asignado.

Algunos módulos de tiempo necesario para una correcta asistencia aplicables por actividad son los siguientes:

. Por enfermo ingresado y día	
. hospitalización normal	15 minutos
. hospitalización en UCI	60 minutos
. Consultas externas	
. primeras visitas	30 minutos
. sucesivas	15 minutos
. Enfermo urgente	25 minutos
. Curas	15 minutos
. Intervenciones quirúrgicas	120 min. y 2 médicos
. Anestesia	120 minutos
. Partos	90 minutos
. Radiodiagnóstico. Estudio individual.	15 minutos
. Laboratorio. Estudio individual.	3 minutos
. Consulta interservicios	30 minutos

Aplicando estos módulos a cada actividad, corregidos con el P.S.I. si fuera preciso, en escala de 1 a 4 y multiplicando por el número de actividades obtenemos el tiempo total necesario. A continuación se asigna tiempo de actividad asistencial por médico, procediendo de la siguiente manera:

Tiempo disponible		
. Días del año		365
. Días no laborales:		
. domingos	52	
. sábados	52	
. Vacaciones	22 *	
. Fiestas	14	
Total	140	140
. Días hábiles		225

* Aunque son 30 de vacaciones 8 están incluidos en sábados y domingos

Trabajando 40 horas semanales, de lunes a viernes, representan 8 diarias y, en consecuencia, 225 días laborables x 8 horas diarias = 1.800 horas laborables anuales. No todas ellas de trabajo asistencial. La mayoría de autores para el

conjunto de un Servicio aceptan que el tiempo asistencial exclusivo sea el 68% del laborable, el resto se empleará en docencia e investigación. Cuando el Servicio es muy numeroso, se recomienda la siguiente asignación (Tabla 4):

Tabla 4. Distribución del tiempo médico

Categoría	Mando	Porcentaje de actividad		
		Asistencia	Doc + Inves	Formación
Jefe de Servicio	45	30	25	-
Jefe de Sección	20	60	20	-
Adjunto	-	80	20	-
Residente 4° y 5°	-	70	-	30
Residente 3°	-	60	-	40
Residente 2°	-	50	-	50
Residente 1°	-	30	-	70

Número de médicos. Se calcula dividiendo el tiempo necesario -actividad multiplicada por módulos de actividad- por el tiempo disponible -1.800 horas- reducidas en el porcentaje correspondiente según sea la categoría, aplicando la Tabla 4. Aproximadamente, como se ha dicho, equivale al 68% del tiempo disponible para el conjunto.

El nivel dependerá del organigrama y puestos jerárquicos que establezcamos.

El procedimiento para calcular la plantilla de enfermería es semejante, utilizando como tiempos necesarios por estancia o enfermo/día los de:

- cuidados mínimos 60 minutos
- cuidados medios 220 minutos
- cuidados intensivos 480 minutos

La distribución del tiempo de enfermería se expone en la Tabla 5:

Tabla 5. Distribución del tiempo de enfermería

Categoría	Mando	Porcentaje de actividad		
		Asistenciade	Doc + Inves	Formación
Directora	80	-	20	-
Jefe de Área	60	10	15	15
Supervisora	20	60	10	10
A.T.S. o D.E.	10	80	5	5
Auxiliar	-	'95	-	5

El porcentaje de titulados y auxiliares se indica en la Tabla 6.

Tabla 6. Porcentaje de A..T.S. o D.E. y Auxiliares

Área funcional	A.T.S. o Diplom. Enfer.	Auxiliar Enfermería
Medicina	60	40
Cirugía	70	30
Obstetricia y Ginecología	60	40
Pediatría	85	15
Prematuros	100	-
UCI	90	10

Por turnos: Mañana 40% Tarde 40% Noche 20%

El personal administrativo y de servicios generales se suele determinar relacionandolo con el número de camas, según los siguientes módulos que se expresan en el Tabla 7.

Tabla 7. Personal administrativo y de servicios

Número de camas	- 250	250-500	500-800	- 800
Administración	0,10	0,11	0,12	0,14
Cualificados	0,17	0,17	0,17	0,17
No cualificados	0,33	0,33	0,33	0,33
TOTALES	0,60	0,61	0,62	0,64

Nos hemos extendido en el análisis del cálculo de la platilla porque el pago de sus salarios representa el 70% del gasto anual de mantenimiento del hospital. No hay otro elemento cualitativa y cuantitativamente más importante en el hospital que el personal, exceptuando el enfermo. Es evidente que también deben ser planificados y controlados el resto de gastos pero como el de personal ninguno es tan influyente en conseguir la eficiencia.

Para homogeneizar y comparar la actividad hospitalaria, ésta se puede expresar en Unidades Básicas de Asistencia, UBAs, en las que diversas actividades se valoran como expreso en la Tabla 8:

Tabla 8. Valoración de la actividad hospitalaria en UBAs

Actividad	Valor UBA
Estancia	1
Primera visita	0,40
Revisión	0,20
Urgencia	0,50
Hospitalización de día	0,75
Intervención quirúrgica programada	0,75

La medida de la eficiencia se puede realizar por UBAs/persona, que agrupa: urgencias, consultas externas y hospitalización. Se considera una eficiencia normal la siguiente: hospital comarcal 300 UBAs por persona empleada y año,

hospital de distrito 250 UBAs/persona/año y hospital regional 170 UBAs/persona/año.

El otro factor, además del número, para calcular el gasto de personal es el salario. Al multiplicar el número de personas por el salario de cada uno obtenemos el gasto total de personal.

Dicho salario guarda relación con la motivación personal y para Maslow las personas se motivan o desean lo siguiente, en el orden que se expone: 1° cubrir sus necesidades fisiológicas; 2° seguridad; 3° status; 4° autodeterminación y 5° necesidades estéticas. A los dos primeros grupos y parte del tercero sobre todo les motiva el dinero. Es la teoría X de MacGregor. Al resto del tercero y a los dos siguientes les motiva decidir sobre su propia actuación. Es la teoría Y del mismo autor. Para los primeros como técnica de gestión se utiliza la valoración de tareas, para los segundos la dirección participativa por objetivos.

La valoración de tareas comporta determinar los factores, establecer el criterio de cada uno, fijar el stándar y aplicarlo a cada uno de los puestos de trabajo. Los factores pueden ser los diez siguientes: conocimientos, experiencia, supervisión, responsabilidad por el proceso, responsabilidad por trabajo en equipo, responsabilidad de trato con el público, responsabilidad por custodia de valores, ambiente de trabajo, esfuerzo físico y riesgo. La dirección por objetivos comporta la gestión participativa.

Además de todo ello, es necesario cuidar el ambiente y entorno de trabajo de tal manera que un puesto de trabajo es satisfactorio si además de un salario justo consta de las siguientes características: tiene autonomía, es variado, tiene retos a alcanzar, permite tomar decisiones, permite resolver problemas, permite aprender, permite progresar, es un trabajo en equipo y posee respeto y ayuda mutua.. Ello depende fundamentalmente de nosotros mismos y algo, algunos dicen que mucho, de nuestro jefe.

La eficiencia se logra aplicando el método descrito y se expresa por el resultado del cociente actividad dividida por gasto.

3.4. Equidad

La equidad se cumple cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso. La condición fundamental para ello es la accesibilidad facilitada por el adecua-

do aprovechamiento de los recursos con máximo índice de ocupación (io) y permanencia mínima en el hospital (em). No es aceptable que hospitales generales con lista de espera tengan índices de ocupación inferiores al 90% y estancias preoperatorias de 5 días o estancia media general superior a 8 días, excepto para los de alta tecnología, aunque los docentes de USA tienen promedios de estancia de 7,70 días, con el 78% de ocupación y el conjunto de los hospitales de aquel país tiene una media de estancia hospitalaria de 6,90 días por enfermo a pesar de que su índice de ocupación es bajísimo, situándose en el 55%.

Para objetivar la equidad sería conveniente realizar estudios de adecuación aplicando el correspondiente protocolo con participación de los propios clínicos y correctos análisis de las listas de espera así como de los rendimientos de las personas y los Servicios. Los buenos resultados deben ser reconocidos y recompensados.

Un procedimiento muy simple y muy útil es comparar la estancia media de nuestro hospital con la estancia media stándard para Grupos Relacionados de Diagnóstico (DRG) norteamericanos de Estados Unidos que es la que se expone en la siguiente Tabla 9:

Tabla 9. Estancia media para algunos procesos en USA

GRD nº	Descripción	Em USA en días
14	Transtornos específicos cerebrovasculares, excepto ictus transit.	7,00
82	Neoplasias respiratorias	6,70
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5,80
89	Neumonía simple y pleuritis, edad > 17 a. con c/c.	7,00
90	Neumonía simple y pleuritis, edat > 17 a. sin c/c.	5,20
97	Bronquitis y asma, edad > 17 a. sin c/c.	4,30
127	Insuficiencia cardíaca y choque	5,90
167	Apendicectomía sin diagnóstico complicado, sin c/c.	3,60
182	Esofagitis, gastroent. y otras enf. digestivas, edad > 17 a. con c/c.	4,80
183	Esofagitis, gastroent. y otras enf. digestivas, edad > 17 a. sin c/c.	3,40
320	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad > 17 a. con c/c.	6.50
321	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad >17 a. sin c/c.	4,80
395	Transtornos de la serie roja, edad >17 a.	4,60
489	Infección por VIH con una condición mayor relacionada	9,30

Como hemos dicho, la equidad se cumple si el sistema sanitario y más concretamente el hospital ofreciera a igual necesidad similar recurso. La condición previa y la característica fundamental, repitámoslo, de la equidad es la accesibilidad. El hospital ha de ser accesible tanto jurídica, como física y como culturalmente. Aquí en España, jurídicamente, por el Art. 1.2 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, todos los españoles, así como los extranjeros residentes en España tenemos reconocido el derecho a la asistencia. Jurídicamente no hay duda pues, que el sistema sanitario español es accesible para todos y por ello, en este aspecto, cumple la característica de sistema equitativo. Cultural y físicamente (número de camas situadas en lugar adecuado), las diferencias son manifiestas.

Para que el hospital sea accesible físicamente es preciso que existan camas disponibles y además que esté situado a una distancia, medida en tiempo, no en quilómetros aunque se relacionen, no superior a cierto tiempo, convencionalmente aceptado en un máximo de cuarenta y cinco minutos, para llegar desde el domicilio con los medios de locomoción habituales. Para poder cumplir con esta característica de proximidad además de disponer de un número adecuado de camas, teniendo en cuenta que no todos los hospitales pueden disponer de todo, se regionalizan, se jerarquizan y se sectorizan, que es una técnica de planificación sanitaria ampliamente extendida. El número adecuado de camas se puede calcular utilizando los conceptos y las fórmulas matemáticas expuestas anteriormente donde se describe la característica de necesidad. La regionalización y su correspondiente sectorización exige disponer de hospitales de tres niveles, de acuerdo con su ámbito de utilización y que se denominan: comarcal, de distrito y regional, que en algunas Comunidades Autónomas españolas, como es el caso de Cataluña, adoptan el apelativo de: básico, de referencia y de alta tecnología respectivamente y siempre haciendo referencia a hospitales generales. Probablemente esta denominación es más explícita que la más extendida y difundida por la OMS de: local o comarcal, de distrito o regional. En todo caso, para lograr la equidad hospitalaria se precisa jerarquizar y regionalizar los hospitales estableciendo los tres niveles expuestos, con la denominación que se crea más conveniente en cada circunstancia concreta.

Para hacer factible la accesibilidad física, además de lo expuesto, es decir, de disponer de un número de camas suficientes, situarlas a las distancias adecuadas y determinar el nivel hospitalario conveniente, es precisa su correcta utilización que hace referencia a lo que podíamos denominar equidad interna y que se

obtiene siguiendo el procedimiento expresado al exponer los conceptos de eficacia y eficiencia que se relacionan con la demanda, ocupación y estancia media el primero, y la actividad y el gasto para la eficiencia. Por todo ello la equidad hace referencia y depende del tipo de hospital, del número de camas disponibles, tamaño del hospital, especialidades ofertadas, ocupación de las mismas, estancia media, coste de personal y productividad del mismo. Algunos autores, ofreciendo un gran servicio a la planificación de la equidad, recomiendan la aplicación de las magnitudes que, para una población no inferior a 1.200.000 habitantes, se resumen en la siguiente Tabla 10:

Tabla 10. Parámetros de equidad

Tipo de Hospital	% camas s/total	Especialidades	Nº camas	Io	Estancia media 2)	Índice personal/ cama 3)	Coste/ personal	Rendimiento UBAS/ persona 4)
A Comarcal	45	Medicina,Cirugía, Traumatología, Obstetricia y Pediatría	>100 < 300	>85%	7<	1.50<	62%	>300
B de distrito	35	Intermedias entre A y C	>300 <600	>85%	9<	1.75<	64%	>250
C Regional	25	Todas 1)	>600 <1000	>85%	11<	2.50<	66%	>170

1) Expuestas en el R.D. 127/1984 de 11 de enero (BOE 31.1.94)
2) Si los ingresos de Obstetricia superan el 8% del total
3) Con contrato de 40 horas semanales
40 Una 1ª visita = 0,4 UBA; 1 sucesiva = 0,2; 1 urgencia = 0,5: una estancia = 1 UBA

La accesibilidad cultural viene condicionada y se puede determinar por los niveles de estudio a los que ha accedido la población a la que sirve el hospital (enseñanza general básica, bachiller, formación profesional, diplomados, licenciatura o doctorado) de tal forma que se observa que las poblaciones incultas son pobres, enferman más, utilizan menos los servicios y cuando lo hacen su estancia es más corta ya que suelen padecer enfermedades infecciosas, de evolución más rápida, cerrando el círculo: pobreza -> incultura -> enfermedad -> pobreza. Las poblaciones ricas son cultas, padecen enfermedades

degenerativas, consumen más y tienen estancia medias más largas, precisan más camas hospitalarias y las utilizan más.

En definitiva, la herencia, el entorno, el estilo de vida y el sistema sanitario son los cuatro determinantes de la salud y son los que condicionan la esperanza de vida que, a su vez, está ligada a los intereses, a veces contrapuestos y otras coincidentes de los usuarios -> suministradores -> administradores y políticos. En todo caso, cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso se está cumpliendo con la ineludible obligación de la equidad que, junto con la eficiencia, son las dos características fundamentales de los buenos sistemas sanitarios, especialmente los públicos, de los que los hospitales forman parte importante.

La correcta aplicación del protocolo de adecuación de ingreso y estancia casi garantiza el cumplimiento de la equidad.

3.5. Calidad

La calidad y el precio son los dos factores que más reiteradamente se repiten como fundamentales para definir un buen producto o servicio. Sobre el precio o más precisamente sobre el coste ya lo hemos comentado ampliamente en el apartado referido a eficiencia. La calidad, por otra parte, ha sido definida como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los pacientes, tanto reales como percibidas, con el menor consumo de recursos. La calidad en los servicios sanitarios puede analizarse por medio de sus dos componentes: uno científico que consiste en diagnosticar correctamente y aplicar la terapéutica conveniente; el otro aparente que pretende que el enfermo tenga la sensación de que se le trata como él desea. A este último aspecto se le ha denominado empatía y refleja el proceso de transferencia psicológica que se produce entre el paciente y el profesional de la salud.

Para ambos componentes de la calidad citados es necesario establecer en primer lugar el nivel al que se desea llegar teniendo en cuenta los conocimientos, tecnología y motivación existentes, determinando los criterios que se van a medir y los estándares que se deben alcanzar y después, en segundo lugar se establece el control que se va a aplicar por medio de un adecuado sistema de

recogida de datos y finalmente se procede a la correspondiente acción correctora. Establecer estándares que evalúen las diferencias existentes entre los resultados esperados y los obtenidos en las actividades de los profesionales de salud constituye el área de investigación fundamental de los modelos más avanzados para asegurar la calidad asistencial.

También deben ser atendidas las sugerencias y reclamaciones de los usuarios y realizar encuestas de opinión de los mismos para el conjunto del hospital y, en su caso, por Servicios. De los resultados deben estar informados los responsables.

En realidad la buena calidad asistencial sería aquella en la que el acto asistencial y la atención permanente al enfermo se desarrolla conforme a los más precisos y actualizados conocimientos científicos, su correcta apliación técnica y exquisito trato humano. En consecuencia se logrará la calidad máxima si las personas que realizan la asistencia al enfermo tienen conocimientos adecuados permanentemente actualizados (aspecto científico de la asistencia que es la fundamental), si los aplican correctamente para lo que necesitan disponer de aparatos adecuados y suficientes (aspecto tecnológico de la atención, que es muy importante) y lo hacen poniendo al enfermo como centro de toda actuación (acto asistencial que es el que el enfermo percibe), recordando que la persona que se siente enferma y acude al hospital generalmente está angustiada y se le debe tratar de forma paciente (que sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo, dice el Diccionario) ya que el generalmente llamado paciente hay que tratarle como cliente.

Se puede concretar, como ya hemos explicado, que la calidad asistencial es la suma de dos componentes: uno intrínseco, resultado de aunar conocimientos y tecnología y otro extrínseco que es el componente humanitario de la asistencia hospitalaria en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares hasta la información y los aspectos relacionados con la hostelería. Curiosamente, aunque no sorprendentemente, el enfermo-paciente-usuario-cliente y sus familiares acostumbran a dar más importancia a este segundo aspecto de la asistencia que es el que perciben y por ello se llama también a ésta calidad percibida. El médico frecuentemente desprecia este aspecto o al menos lo descuida especialmente cuando trabaja en el sistema público. Tampoco el hospital público -constituido por las personas que trabajan en el edificio, no por el edificio como podría parecer- cuida suficientemente la calidad extrínseca o aparente, acaso

porque casi siempre escasea el dinero y lo gasta en otras cosas científicamente más importantes pero menos aparentes para el enfermo, sus familiares y la opinión pública. Además, al hospital público le sobra clientela y de eso, posiblemente, abusa.

Para garantizar la calidad necesitamos disponer de personal con conocimientos adecuados (cuidar la selección), actualizados permanentemente (cuidar la formación continuada incluida la investigación) que los pueden aplicar correctamente (cuidar la adquisición y mantenimiento del material) sobre una persona (cuidar los aspectos informativo-organizativo-hoteleros y de trato humano) y todo ello en el orden expuesto con la prioridad citada. En definitiva, garantizar la calidad es más que un control de calidad y se logra estableciendo previamente el nivel que se desea obtener y luego comprobando que se cumple dicho nivel, es decir aplicando el control. Lo importante, lo difícil, lo que más tiempo, paciencia y esfuerzo consume es el establecimiento del nivel. Lo más fácil es comprobar que se cumple el nivel una vez establecido, y en esto consiste el control. Si no se establece previamente el nivel es imposible el control.

La universidad, los hospitales, las comisiones de selección y la dirección del hospital no son ajenos a esta cuestión ya que la formación del pregrado en las correspondientes facultades y escuelas, la especialización en los hospitales acreditados, la selección de los mejores para el ejercicio práctico de la misma, así como una permanente actualización, previa la correspondiente motivación facilitada por la estructura organizativa hospitalaria, son fundamentales para lograr y mantener una adecuada calidad asistencial hospitalaria, tanto científica como aparente. La información al paciente en este último caso es importantísima, así como el cumplimentar los quince apartados del art. 10 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Sanidad que regula los derechos de los enfermos.

Todo lo anterior se fundamenta en los siguientes principios básicos: la calidad es un parámetro continuo dentro de una amplia gama ya que siempre es posible mejorar la calidad y también empeorarla. La calidad debe ligarse siempre al coste. A partir de cierto nivel de medios, la calidad depende exclusivamente de la actitud del personal ya que la calidad es cuestión de toda la organización. Por encima y por debajo de ciertos límites, la cantidad reduce e incluso impide la calidad. La política de calidad es mucho más que un control de calidad y no suple a una mala organización, antes al contrario es consecuencia de ella.

Conviene recordar que además de ser buenos hay que parecerlo, ya que el 95% de las quejas hospitalarias se refieren a la calidad extrínseca, aparente o percibida. Es preciso potenciar el servicio de reclamaciones, corregir las expuestas, contestar a todas las que se produzcan y difundirlas entre quienes les afecte.

Así como la universidad debe organizarse y ser para el alumno y en torno a él se planificará, el hospital es para el enfermo-cliente y en consecuencia la actividad y los horarios deben favorecerle a él.

El desarrollo práctico de la política de calidad consistirá en:

1° Establecer el nivel de calidad y

2° Realizar el control de calidad, comprobando si se cumple el nivel.

El nivel lo marca el propio hospital de la siguiente manera:

1. Cumpliendo las normas externas que los organismo competentes establecen -BOE 3.5.80 y Ordre 10 de juliol de 1991 (DOG 1477).

2. Estableciendo normas internas:

2.1. Instrucciones Permanentes

Esta es, a mi juicio, la parte más importante, la más adecuada, la más barata, la más motivante y la menos realizada. Cuando se establecen normas se obliga a reflexionar. Se revisa lo útil e inútil, los circuitos de personal, material y enfermos, así como el aprovechamiento de todos sus elementos. Participa todo el equipo, se integran los más destacados y el grupo rechaza a los reticentes. Deberían ser regulados, a través de instrucciones permanentes, al menos:

- Unidad de Enfermería
  - Bloque quirúrgico
- Reanimación y Cuidados Intensivos
- Archivo de Historias
- Servicio de Urgencias
- Consultas Externas
  - Laboratorio
  - Radiodiagnóstico
  - Esterilización

- Servicio de Admisiones
- Derechos de los enfermos
    - Humanización
    - Servicio de Atención al Paciente
    - Cualquier otro que el hospital precise o la Dirección considere oportuno

Se realiza en hojas intercambiables, revisables y perfectibles constantemente. Se publican los servicios que las tienen y los que faltan, así como los motivos.

2.2. Protocolos

Se puede juzgar indirectamente la calidad, y sobre todo el rigor científico, de un Servicio por el número y tipo de diagnósticos y tratamientos que tengan protocolizados. Si se toman las afecciones más frecuentes o las más costosas o ambas y se escribe previamente:

- Tipo de enfermedad. Diagnóstico.
- Número y tipo de análisis
- Número y tipo de radiografías
- Otros datos complementarios
- Criterios de ingreso
- Posibles complicaciones
- Probables días de estancia
- Tipo de tratamiento:
    - medicación
    - dosis y
    - tiempo

La garantía de una mejor asistencia está asegurada y además puede calcularse previamente el coste de cada una de las enfermedades y se pueden programar el número de enfermos. Conociendo el coste y la epidemiología, pueden establecerse el tipo y número de ingresos. Esta es una forma de motivar al personal médico y controlar objetivamente la eficacia del director médico, garantizando una calidad y costes posibles. La investigación también se favorece por cuanto pueden compararse los resultados obtenidos en el diagnóstico y tratamiento, modificando una sola variable que siempre queda registrada.

2.3 Índices

Se pueden establecer como objetivos y comparar cada período de tiempo que interese: por ejemplo, se pueden establecer por meses, partiendo del año anterior, el:

- % de mortalidad
- % de infecciones
- % de complicaciones
- % de reingresos
- % de interconsultas
- % de reintervenciones
- etc., etc.

Comparar períodos distintos de tiempo y diferentes hospitales.

Cualquier otro parámetros que pueda interesar puede considerarse (ver BOE 9.9.78 que especifica 71 parámetro de cantidad, calidad y costo). Lo importante es ver la evolución en el tiempo y establecer los objetivos que se pretenden conseguir.

En resumen el nivel lo establece el hospital con:

1. Aplicación de normas externas:
   1.1. Normas de Acreditación
      1.1.1. Estructura física
      1.1.2. Personal
      1.1.3. Equipamiento
      1.1.4. Organización y norma jurídica

2. Desarrollo de normas internas:
   2.1. Instrucciones Permanentes
   2.2. Protocolos
   2.3. Índices

Control de Calidad. Establecido el nivel, el control se realizará a través del análisis del:

1. Proceso
2. Los resultados y
3. Opinión del usuario

1. El proceso. Consiste en saber si las cosas se realizan tal como se han protocolizado. Se controlan a través del jefe de servicio por medio de sesiones clínicas, bibliográficas, cierre de historias clínicas, etc., que también establecerá y controlará para su Servicio la estructura y los resultados.

2. Los resultados. Comparando lo obtenido en relación a lo programado. Se realiza por el Director Médico, apoyado en Comisiones que, como mínimo, para el INSALUD (BOE 16.4.87) existirán las siguientes;
   . Infección hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica.
   . Historias Clínicas, Tejidos y Mortalidad.
   . Farmacia y Terapéutica.
   . Tecnología y adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos.
   . Investigación, Docencia y Formación continuada.

3. Opinión del usuario. El control corresponde al Director-Gerente para lo que es imprescindible crear el Servicio de Atención al Paciente, Sugerencias y Reclamaciones para:
   . entregar a su ingreso la carta de derechos y deberes así como
   . explicarle el funcionamiento del hospital

Igualmente, para recibir las:
. Quejas de los usuarios
. Posibles sugerencias y
. Realizar las encuestas
que es la mejor manera de conocer, y por tanto evaluar, el funcionamiento del hospital, según la opinión de los usuarios.

Además, establecerá y controlará para el conjunto del hospital: estructura, protocolos y resultados, disponiendo del dossier de calidad.

En definitiva, cada Servicio, y en su conjunto el hospital, dispondrá por días, semanas, meses, trimestres y años:
. Indicadores
. Informe de Comisiones y
. Sugerencias y reclamaciones

que señalarán las medidas permanentes a tomar para su mejora.

La obligatoriedad de implantar una política de garantía de la calidad asistencial hospitalaria encuentra su fundamento legal en el Art. 69 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para aquellas Comunidades Autónomas que en dicha fecha no hubiesen dictado normas aplicables a la materia ya que el artículo 2.1. de dicha norma legal establece que el Art. 31, apartados b) y c) y del 57 al 69 constituirán derecho supletorio lo que obviamente quiere significar que suple a lo que no se haya hecho. Para dicha norma lo hecho en materia de calidad, hecho está. En Cataluña, desde 1981, ya existen normas que intentan facilitar la consecución de la calidad asistencial hospitalaria. Dichas Normas de Acreditación, que es como se llaman, se han ido renovando periódicamente (tres veces desde entonces) en diciembre de 1981, mayo de 1983 y julio de 1991 con la correspondiente publicación en el Diari Oficial de la Generalitat a partir de cuyas fechas han empezado a surtir el efecto correspondiente.

Las etapas de su implantación exigen distinguir entre nivel de calidad y control de calidad ya que establecido el nivel, por medio del control podemos conocer en qué medida se consigue el nivel establecido. Para establecer el nivel, que es fundamental ya que si no sabemos a dónde vamos difícilmente llegaremos, procede actuar como sigue: en primer lugar, comprobar que existe estructura hospitalaria tanto tanto física o arquitectónica, como de personal, como de instalaciones y material, así como organización y normas de actuación, es decir que debemos conocer el punto de partida, que se verá objetivado evaluando el grado de cumplimiento de las Normas de Acreditación de la Generalitat que deben ser previas y que pueden referirse a:

1) Criterios de acreditación en relación a la dirección y organización general: dirección, administración y funcionamiento general.
2) Criterios de acreditación en relación a la atención y asistencia del enfermo: admisión, procedimiento de evaluación de la calidad, derechos de los enfermos, sugerencias y reclamaciones y asistencia social.
3) Criterios de acreditación en relación a la seguridad, estructura e instalaciones: estructura física, hospitalización general y pediátrica, consultas externas, urgencias, farmacia, banco de sangre, dietética, bloque quirúrgico y obstetricia.
4) Criterios de acreditación en relación a las unidades complementarias de diagnóstico: diagnóstico por la imagen, laboratorio y anatomía patológica.
5) Criterios de acreditación en relación del soporte asistencial: documentación clínica, biblioteca y esterilización.

6) Criterios de acreditación en relación a la unidad de hostelería: cocina, lavandería y limpieza.

El grado de cumplimiento de las normas nos permite conocer la disposición para conseguir una adecuada calidad asistencial. La Acreditación no es la calidad pero sin Acreditación es muy difícil, casi imposible, conseguir calidad. Es, podríamos afirmar, la predisposición para conseguir calidad o la condición sin la cual no es posible conseguir la calidad.

Comprobado que existe estructura y organización suficientes, es preciso, en segundo lugar, para establecer el nivel, adoptar para el hospital y para cada uno de sus Servicios determinados estándares comúnmente aceptados debidamente cuantificados y referidos a, por ejemplo, relación de ingresos urgencias/totales, sucesivas visitas/primeras, estancia preoperatoria, estancia media, altas voluntarias, reingresos, lista de espera, radiografías por caso, análisis/paciente, porcentaje de autopsias, mortalidad, infecciones, relación clínico-patológica, complicaciones, mortalidad por proceso, reclamaciones, reclamaciones pendientes de respuesta, agradecimientos, enfermedades cuya asistencia está protocolizada. Conviene establecer pocos indicadores cada año pero ha de realizarse todos los años constante y permanentemente.

En tercer lugar, para establecer el nivel de calidad que se desea conseguir conviene revisar o editar (si no existieran) las normas que garanticen alcanzar, mantener y mejorar los estándares. Tales normas pueden referirse a: archivo de historias clínicas, servicios de hospitalización, consultas externas, urgencias, servicios centrales, comunes y generales, bloque quirúrgico y admisiones, entre otros.

Además, para cada servicio o unidad hospitalaria o no, se fijarán los propios estándares y los protocolos que sistematicen la metodología para su consecución.

Una vez que se ha establecido el nivel, es posible comprobar su cumplimiento que es lo que constituye el control de calidad que ha de cumplir una serie de preceptos que son:

1º Acercarle lo más posible al momento de actuación de tal manera que el que hace controla lo que hace y, a su vez, es controlado por otro de rango superior, en el momento de su realización.
2º La idea de control es esencial en todos los estamentos: médico, enfermería, administrativo y resto de personal y dicha idea no es peyorativa.

3º Debe aceptarse la idea de que los sanitarios nos podemos equivocar pues en caso contrario nos pondremos a la defensiva lo que nos impedirá mejorar.
4º Establecer grupos de trabajo y círculos de calidad: sesiones clínicas, clínico patológicas y de mortalidad desde la óptica de control de calidad.
5º Promover, constituir y regular el funcionamiento de comisiones tales como las de: farmacia, infecciones, mortalidad, historias clínicas y otras (ver R.D. 521/1987, de 15 de abril. B.O.E. 16.4.87 ya citado) siempre y cuando se haya realizado todo lo anterior ya que la definición, promoción y responsabilidad de la calidad debe ligarse a la línea ejecutiva.
6º Potenciar la función de sugerencias y reclamaciones y difundirlas entre quienes les afecte y
7º Establecer el dossier de calidad por servicios y unidades sobre el que se establecerán los objetivos cualitativos en el marco de la política de dirección por objetivos, establecida también por el artículo 69 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Conviene vincular el nivel y control a personas concretas con cargos concretos como puede ser: el Jefe de Servicio para el nivel y control del Servicio de forma directa, cada Director para los de su División a través de los Jefes de Servicio y Comisiones, el Gerente para los del hospital a través de los Directores y reservando para sí el concreto de Sugerencias y Reclamaciones que junto con Encuestas de Opinión a usuarios-clientes le informarán del estado de satisfacción-opinión de los que deberían ser, en los hospitales públicos, los verdaderos accionistas-propietarios del hospital y que si ahora no lo son lo serán en el futuro inmediato y en todo caso cada vez lo serán más.

3.6. Gestión

Gestionar, dicen los expertos, consiste en conseguir objetivos, a través de otros, previamente calculados, estableciendo la fecha de su consecución, así como la persona responsable de conseguirlos. Para gestionar es necesario decidir y por tanto arriesgar. Cuando los objetivos han sido calculados, fechados y nombrado el responsable de lograrlos se han transformado en metas que son mucho más operativas. Las metas, como dice la OMS, son objetivos cuantificados y por tanto operativos que se pueden conseguir y también evaluar.

Para lograr una adecuada gestión son necesarias dos premisas y seis disciplinas. Las dos premisas se concretan en:

1ª Establecer un sistema contable que permita medir numéricamente lo conseguido para compararlo con lo que se pretendía conseguir y

2ª Disponer de capacidad de decisión, consistente en tener autoridad tanto legal, conferida o delegada por quien tiene autoridad para ello, como reconocida o aceptada por quienes hay que mandar. Además, debe ser equilibrada con la responsabilidad ya que cuando el cociente autoridad/responsabilidad es superior a la unidad hay riesgo de despotismo o dictadura y cuando es inferior a la unidad el peligro es de esclavitud.

Las seis disciplinas necesarias, precisamente en el orden que se exponen, se resumen a continuación y son las siguientes:

1ª Conocimiento de los hechos, que consiste en tener formación suficiente y disponer de información adecuada en el momento oportuno.

2ª Determinación de objetivos, que se concreta en establecer numéricamente los objetivos, ponerles fecha y nombrar el responsable de conseguirlos.

3ª Dotación de medios, tanto arquitectónicos, como instrumentales, y de personal, adecuados a los objetivos previstos.

4ª Establecimiento de la estructura funcional, implantando un organigrama que contemple las relaciones entre las personas y que recoja el reflejo de responsabilidades.

5ª Selección y motivación del personal, es la cuestión fundamental pues en definitiva en un lugar con tanta interacción personal como es el hospital, la satisfacción del enfermo y sus familiares está relacionada directamente con la satisfacción del profesional.

6ª Evaluación ya que ningún plan sanitario funciona sin problemas. Lo importante es conocer las desviaciones para corregirlas o para, en su caso, cuestionar todo el plan si eso aconsejara la importancia de las desviaciones observadas.

El fundamento de la gestión se encuentra en la propia definición del hospital para el que la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en 1946, la siguiente: "El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación".

En España disponemos de una definición de hospital, por primera vez desde 1962, y está contenida en la Ley de Hospitales 37/1962 de 21 de Julio -BOE 23.VIII.1962- que los define de forma semejante a la OMS ya que en su artículo primero expresa: "Son hospitales, cualquiera que sea la denominación que ostenten, los establecimientos destinados a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que pueda realizarse en ellos, además, en la medida que se crea conveniente, medicina preventiva y de recuperación y tratamiento ambulatorio. Los hospitales, continúa el citado artículo, son también centros de formación del personal técnico y sanitario y de investigación científica, siempre que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines, que lo consientan el caracter y finalidad de cada institución y que se establezca la debida coordinación con los centros docentes oficiales."

La Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad -BOE 102 de 29 de abril del mismo año- confirma la anterior definición y en su artículo 68 señala que: "Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria". En su disposición final primera manifiesta: "Con objeto de alcanzar los objetivos que en materia de formación pregraduada, posgraduada y especialización sanitaria se señalan en el Título VI, el Gobierno en el plazo de dieciocho meses a partir de la publicación de la presente Ley regularizará, aclarará y armonizará los siguientes textos legales: (y entre otros cinco, cita textualmente) El párrafo segundo del artículo primero de la Ley 37/1962 de 21 de julio, sobre los hospitales como centros de formación y especialización" y de esta manera sin solución de continuidad se cierra un ciclo de 40 años de legislación hospitalaria.

Los hospitales, por sus múltiples funciones, cuantiosa actividad, gran empleo de personal y enorme coste económico constituyen un fenómeno

socio-económico-sanitario de primera magnitud. En los hospitales españoles anualmente se hospitalizan más de tres millones de personas. Sus Consultas Externas atienden, en el mismo período, cerca de veinte millones de visitas y sus Servicios de Urgencias se aproximan a los siete millones de atenciones anuales. El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y los equivalentes de las Comunidades Autónomas que tienen transferida la Sanidad emplean a más de 200.000 personas y gastan anualmente en asistencia hospitalaria más del 60% de los casi 4 billones de pesetas empleados en asistencia sanitaria. Todas estas razones obligan a una gran pericia en la gestión de hospitales y rigor en el control de su gasto.

La evidencia de que no todos los hospitales son iguales, y en consecuencia su gestión requiere ciertos matices, obliga a una previa clasificación de los mismos.

Los hospitales se clasifican:

Por su función:

Generales.- Son los hospitales que no están destinados exclusivamente a una especiadad médica, quirúrgica o médico-quirúrgica determinada, sino que atienden simultáneamentea enfermos de diversas especialidades.

Especiales o Monográficos.- Son aquellos destinados preferentemente a una especialidad médica, quirúrgica o médico-quirúrgica. Tales son las maternidades, los hospitales psiquiátricos, los oftalmológicos, los hospitales oncológicos y similares.

Por el tipo de pacientes:

Agudos o de corta estancia y
Crónicos o de media y larga estancia

Por su ámbito:

Locales o comarcales
de Distrito o Provinciales y
Regionales
según sea el área cubierta en relación a la procedencia de los enfermos.

Por su nivel asistencial:

Baja complejidad

Complejidad media y
Alta tecnología
según sean las características del edificio, instalaciones, número de personal empleado, organización y funcionamiento técnico.

Por su dependencia patrimonial:
Públicos
Privados
según de quién sea la titularidad, propiedad o pertenencia de ellos.

Además de la precedente clasificación, que es válida para todos los hospitales, los que colaboran en la asistencia a los enfermos protegidos por la Seguridad Social y que no son propiedad del INSALUD (Instituto Nacional de la Salud), se clasifican en siete grupos y tres niveles.

En Cataluña, los hospitales se agrupan, según Orden de la correspondiente Conselleria de 23 de abril de 1986 en:

. *Nivel A.*- Hospital General Básico, capaz de atender el 80% de la demanda de su área. En total sumarán el 40% de las camas.

. *Nivel B.*- Hospital de Referencia de un Área o Subárea Sanitaria para una población de unos 400.000 habitantes. En su conjunto contabilizarán el 35% de las camas.

. *Nivel C.*- Hospital de Referencia con servicios y equipamientos de Alta Tecnología para una población de alrededor de 1.500.000 habitantes que en conjunto representarán el 25% de las camas.

Para la gestión es fundamental la organización y por ello la analizaremos con cierto detenimiento. Organizar es el proceso de definir y agrupar las actividades del hospital estableciendo relaciones de autoridad entre ellas. Cuando el jefe realiza su función organizadora define, distribuye y asigna actividades en forma tal que puedan ejecutarse eficazmente. Organizar supone determinar obligaciones y asignarlas, así como establecer y mantener relaciones de autoridad entre los grupos. Los grupos fundamentales de un hospital son los médicos, las enfermeras, los administrativos y otro personal dedicado, principalmente, a las actividades de hostelería.

La actividad fundamental del hospital es la asistencial aunque también es importante la docente y la investigadora y podríamos decir que inseparables y los lugares físicos donde dichas actividades se realizan son las consultas externas, las urgencias, la hospitalización, los servicios centrales y los servicios generales.

La expresión gráfica de la organización con sus líneas de autoridad y responsabilidad es el organigrama que es como el plano al edificio. No es el edificio pero difícilmente se puede edificar sin un plano previo, sirviendo además posteriormente para saber como están relacionadas las partes. El organigrama consta de línea de mando o ejecutiva y línea de consejo o staff.

Los puntos clave de la organización son los siguientes:

1º División del trabajo y por tanto especialización: Cardiología, Nefrología, etc.

2º Delegación de responsabilidad, jerarquización y departamentalización.

3º Delegación de autoridad para poder exigir responsabilidad ya que el cociente autoridad/responsabilidad debe ser igual a la unidad. No es conveniente tener mucha autoridad y poca responsabilidad y viceversa. Crea relaciones despótico-sumisas.

4º Información. Sin información es imposible la acción.

5º Motivación. En definitiva la acción la inician, la continúan y la finalizan las personas.

Para integrar estos puntos clave se confecciona el organigrama observando, siempre, las siguientes reglas:

Primera.- Un jefe debe tener un número de colaboradores directos lo bastante limitado como para que pueda, efectivamente, supervisarlos y coordinarlos. El Teorema de Graicunas permite calcular el número de relaciones (R) que puede establecerse entre diversos miembros (n) de un grupo según la siguiente fórmula:

$$R = n \left(\frac{2^n}{2} + n - 1 \right)$$

A niveles superiores, este número se suele fijar entre 4 y 8, pudiendo ser mayor:
- si el trabajo es fácil, homogéneo y estable y
- si la preparación de los colaboradores es suficiente como para asumir delegación de funciones.

Segunda.- La agilidad es básica en toda organización. Hay que reducir todo lo que se pueda los niveles. En la mayoría de hospitales de ámbito regional, desde el Jefe de Departamento de la División Médica hasta el Residente de primer año, existen ocho niveles que son excesivos pues aumenta la burocracia, enlentece el proceso asistencial y encarece el resultado.

Tercera.- Toda función preponderante para el desarrollo del hospital debe ser objeto de un órgano especializado. La función preponderante de todo hospital es la asistencial y en consecuencia según sea el ámbito del hospital dispondrá de más o menos servicios especializados.

Cuarta.- Un órgano especializado debe tener un jefe que conozca suficientemente dicha técnica para poder entenderse con los colaboradores. Concretamente al frente de cada Servicio especializado siempre estará un médico especialista. Esto, incluso, es válido para la Dirección del Hospital. En una encuesta de la OMS, de 51 países, incluídos los de CEE, en 45 de ellos los directores del hospital son médicos y, en su mayoría sin funciones clínicas y con dedicación exclusiva. Previamente, la OMS había recomendado que la dirección hospitalaria en los grandes hospitales estuviera constitui da por un director, médico, sin funciones clínicas y experto en gestión, y un Subdirector, no médico, especialista en "economía doméstica".

Quinta.- El organigrama se hace de acuerdo con las personas disponibles. No se hacen las personas para los organigramas sino los organigramas para las personas. Lo contrario es ficción o intereses momentáneos de escasa duración.

Sexta.- El organigrama no debe publicarse prematuramente. Es muy difícil cambiarlo. Toda imprevisión en este aspecto tiene graves consecuencias.

¿Existe manera de saber si un organigrama es correcto? Para saber si una estructura organizativa, cuya expresión gráfica es el organigrama, es correcta se parte de dos axiomas:

Axioma 1°. Un buen organigrama no quiere decir que la gestión sea buena, pero sí lo contrario.

Axioma 2°. Es difícil una buena gestión con organigrama malo, aunque un líder fuerte puede suplirle momentáneamente.

La estructura hospitalaria se ve influida por muchos factores que pueden concretarse en dos tipos:
. extrahospitalarios e
. intrahospitalarios

Los extrahospitalarios pueden ser: políticos, geográficos, económicos, fiscales, técnicos, financieros y sociales.

Los intrahospitalarios pueden resumirse así: función y ámbito del hospital, tamaño del mismo, número de servicios, demanda hospitalaria, número de pacientes, tipo de pacientes, calidad y cantidad de artículos de consumo y equipo, jornada, horario de trabajo, supervisión, flexibilidad, calidad de los estudios, experiencia, salario y motivación del personal y características arquitectónicas del edificio.

Los síntomas de una mala estructura organizativa son de tres tipos:
. económicos
. funcionales y
. psicosociológicos

Los más destacados son los siguientes:
. Económicos
. Mala utilización de los medios existentes: aparatos sin funcionar.
. Desocupación de medios humanos. Personas y turnos sin función determinada.

. Mandos sobrecalificados en relación a la verdadera función desempeñada.
. Fuerte proporción de gastos fijos dentro de los gastos del hospital. Los gastos fijos son aquellos que no varían aunque varíe el número de enfermos-gastos de personal, preferentemente- y variables son los que guardan relación con el número de enfermos atendidos, por ejemplo, alimentación y medicación.

. Funcionales:

. "Surmenage" de los jefes: siempre están irritados, inseguros, agobiados y transmiten estos sentimientos a sus colaboradores.
. Organos sin objetivos demasiado precisos ni propósitos concretos. Indefinición de metas.
. Decisiones tardías o fuera de tiempo. Procesos muy largos para problemas de rutina (el director tiene que firmarlo todo).
. Alargamiento del circuito de comunicaciones. Burocracia excesiva.
. Falta de capacidad de reacción a las desviaciones. No se sabe lo que se quiere obtener y no es imposible, en consecuencia, saber si nos desviamos del propósito.
. Excesiva necesidad de coordinación. Algunos autores consideran que la necesidad de coordinación es consecuencia de mala organización, pues algo bien organizado está automáticamente coordinado.
. Dispersión de objetivos (cada uno va por su lado, se dedica a su hobby).
. Muchas normas provisionales que la Dirección no se atreve a estabilizar.

. Psicológicos:

. Falta de eficacia de la línea de mando -todo el mundo sabe lo que tiene que hacer, pero nadie lo hace-. Las órdenes han de ser correctas y aceptadas. A veces es preferible que las órdenes no tengan tanta calidad técnica pero que sean "vendidas" mejor a los empleados. Muchos jefes actúan pensando que si lo que han ordenado es genial todo está arreglado y no es así.
. Dilución de las responsabilidades. Zonas de nadie, tensiones personales, reacciones de autodefensa. No están bien definidas las responsabilidades.
. Inseguridad en la propia actuación. No se sabe qué juicio merece a los superiores.
. Fuerte rotación de altos mandos. Frecuentes dimisiones o ceses.
. Dentro del hospital dos castas. Los que lo saben todo y los marginados que no se enteran de nada.
. Desconfianza general en el sistema de los mandos superiores.

- Lucha por el poder. Todos quiren mandar.
- Desproporción de la estructura de edades y fecha de ingreso en la misma. No se entienden entre sí cuando personas mayores con muchos años en el hospital se relacionan con otros jóvenes recién llegados.

Todos los principios anteriores son muy importantes para organizar y consecuentemente gestionar si bien el hospital está muy regulado legalmente y ello es tan evidente en nuestro entorno que, por ejemplo, en España, para cumplir con su función debemos aplicar el artículo 68 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que dice: "Los centros hospitalarios desarrollarán además de las tareas estrictamente asistenciales funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria". Para determinar el número mínimo de hospitales aplicamos el artículo 65, apartado I, que expresa lo siguiente: "Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá al menos de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura física de ésta y los problemas de salud". Previamente, el artículo 56.5 ha señalado que cada Área de Salud compredera una población entre 200.000 y 250.000 habitantes. El sistema de gestión a implantar lo regula el artículo 69 que exige: "En los servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos". Para establecer el organigrama del hospital es obligado, para todos los del INSALUD, aplicar el Real Decreto 521/1987 de 15 de abril que enumera: las Divisiones del hospital, las siete concretas áreas adscritas a la Gerencia, las nueve de la División Médica, las seis de la División de Enfermería y las seis de la de Gestión y Servicios Generales. Igualmente señala los órganos colegiados de participación y asesoramiento, su composición y cometidos, así como el funcionamiento del hospital. Si, por ejemplo, se desea implantar docencia posgraduada el R.D. 127/1984 de 11 de enero regula las características, adscripción y número de especialidades que, a su vez, condiciona el tipo de hospital.

El Consejo de Europa también ha estudiado la organización hospitalaria y la Resolución 77 sobre Organización y Estructura interna de los Hospitales recomienda:

1. Integración de las prestaciones médicas a los enfermos hospitalizados, no hospitalizados y a los sometidos a exámenes de medicina preventiva:

- Sistema sanitario coordinado con adecuado régimen de intercambio de información entre los diversos niveles.
- Integración organizativa de urgencia, consultas externas y hospitalización. Puede existir una separación orgánica de estos servicios en los grandes hospitales.
- Utilizar medios diagnósticos del hospital para consultas ambulatorias especialmente radiología y laboratorios que deberán trabajar en tres turnos, diarios.

2. Organización de los cuidados.
   - Promover una estructura de cuidades graduados, estructurados en cuidados intensivos, medios y mínimos.
   - Evitar hospitalizaciones innecesarias para lo que recomienda servicios de convalecencia y cuidados domiciliarios.
   - Favorecer la creación y funcionamiento de unidades psiquiátricas en hospitales generales.

3. Dirección del hospital:
   - Distinción neta entre los propietarios, ya sea el Estado o particulares, que señalan la política general y la Dirección del Centro que se cuida de la administración de personal y la organización de los servicios internos.
   - Los cargos superiores, incluidos los médicos, tendrán formación específica en administración hospitalaria.
   - Estructura matricial con doble entrada en el organigrama que correlaciona y coordina los servicios médicos y los administrativos.
   - Promover una política global -no parcial- de gestión de personal.
   - Proporcionar alojamiento y guardería, que facilite el trabajo de la enfermera.
   - Para integrar, utilizar voluntarios y disminuidos para ciertos trabajos.

4. Sistema de informática hospitalaria:
. Apoyar su implantación en los hospitales para asegurar:
   - Calidad y volumen de las informaciones
   - Mayor precisión y rapidez.
   - Una organización racionalizada
   - Comprenderá los siguientes subsistemas:
     - Administración del hospital
     - Diagnóstico y terapia
     - Planificación, organización y control del hospital

5. Comunicación y trasportes internos:

. Procurar:

  . Empleo económico de comunicaciones y transporte, tanto horizontal como vertical, para lo que el diseño arquitectónico es fundamental.
  . Información a pacientes, a ser posible de tipo visual.
  . Mejora de comunicaciones entre el personal para facilitar la información.

6. Estructura de los servicios médicos del hospital:

. Tratamiento global del paciente para lo que se precisa una estrecha colaboración entre los especialistas coordinados por el Director Médico y además:
. Cierta centralización de los servicios de diagnóstico
. Reuniones regulares de los médicos
. Dimensión adecuada del hospital
. Responsabilidad médica final siempre en un médico
. Normalización y protocolización frecuente con responsabilidades definidas.

7. Evaluación del trabajo médico:

. Toma de conciencia de los médicos de la:
  . Eficacia de la gestión e
  . Importancia de la gestión y de
  . Cualquier medio que permita mejorar la calidad y rapidez de los cuidados
. Será conveniente:
  . Crear organismos de control y evaluación del coste y la calidad del trabajo médico.
  . Formar a los médicos y sensibilizarlos durante su estudios y su servicio, de los aspectos de eficacia, eficiencia, equidad, calidad y gestión sanitarias.
. Suministrarles información y documentación en su ejercicio profesional de tipo:
  . administrativo
  . finanaciero y
  . técnico
. Que participen activamente en la formación del personal médico e intercambio de información con el personal administrativo.

8. Estructura de los servicios de enfermería:

Recomienda el cuidado en equipo por personas, no por funciones, y de tipo personalizado por paciente.

9. Servicios médico-sociales:
Promover su puesta en marcha para evitar dificultades al enfermo: psicológicos, morales y financieros.

10. Derechos del enfermo. Procurar tanto en la concepción de la estructura interna como en la gestión del hospital que sean observados los factores que humanizan la asistencia.

11. División del trabajo, participación e incentivos:
. Procurar que la división del trabajo y la especialización no obstaculicen el trato global y humano del enfermo.
. Facilitar la participación del personal sin que entorpezca la acción administrativa en materias de organización y personal.
. Estimular:
. Autonomía en el trabajo
. El salario y la
. Formación permanente

12. Servicios compartidos entre hospitales:
. Promover servicios comunes a fin de:
. Una mejor calidad del servicio ofrecido
. Una mayor economía y rentabilidad
. Una mejor disponibilidad y garantía de las prestaciones
. Una mayor seguridad

Se trata esencialmente de los siguientes servicios:
a) Servicios de tipo industrial en general (lavandería, cocina y mantenimiento).
b) Servicios de tipo médico-técnico y servicios anexos (farmacia, laboratorio, desinfección, esterilización, mantenimiento de material técnico e informático, archivos y microfilmes, educación de personal y biblioteca).
c) Servicios de tipo administrativo y financiero.

13. Seguridad en el hospital:
. Saber que las medidas de seguridad se conciben y se ponen en marcha al mismo tiempo.
. Reducir:
. Riesgos generales: incendios generales.

. Riesgos específicos: aparatos eléctricos, radiaciones ionizantes, trabajos de laboratorio, contaminación microbiana.
. Recomendable nombrar un responsable de seguridad.
. Desarrollar más: lencería, mobiliario y revestimentos ignífugos.

14. Concepción de los hospitales:
. Integrados dentro de un plan regionalizado, cerca de la población
. Estructura flexible de construcción.
. Buena comunicación física entre Servicios, asegurando la eficacia funcional.
. Reducir al máximo la pérdida de energía.
. Asegurar un entorno terapéutico adecuado mediante una concepción bien desarrollada.

15.Cooperación internacional en planficiación y administración hospitalaria, favoreciendo los contactos e intercambio de datos en la planificación, estadística y gestión, instituyendo centros de investigación en estructura interna de hospitales, promoviendo becas y estancias coordinadas por el Consejo de Europa.

El ordenamiento jurídico español y concretamente la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, recoge en todos sus aspectos la precedente Resolución del Comité de Ministros del Consejo de Europa y los amplía en muchos otros. El artículo 10 de la mencionada Ley especifica un total de quince derechos de los usuarios de la sanidad. Para garantizar dichos derechos y delimitar la autoridad y responsabilidad de cada miembro del hospital se establece el Organigrama que está regulado por una norma jurídica derivada de la Ley General de Sanidad y que es el Real Decreto 521/1987 de 15 de abril, publicado en el BOE del 16 de abril de 1987, anteriormente citado y que además de lo allí expuesto regula: La Gerencia, funciones, designación y áreas de adscripción; la División Médica, con el procedimiento de nombramiento, funciones, áreas adscritas y dependencia orgánica. Igualmente ocurre para la División de Enfermería: División de Gestión y Servicios Generales. También establece la composición y funcionamiento de las Comisiones de Dirección, Participación, Control de Garantía de la Calidad, Bienestar Social y Junta Técnico Asistencial. Igualmente se ocupa del funcionamiento general del hospital e individualiza el Servicio de Atención al Cliente. Todo ello queda plasmado en la siguiente Figura 2 que recoge el organigrama.

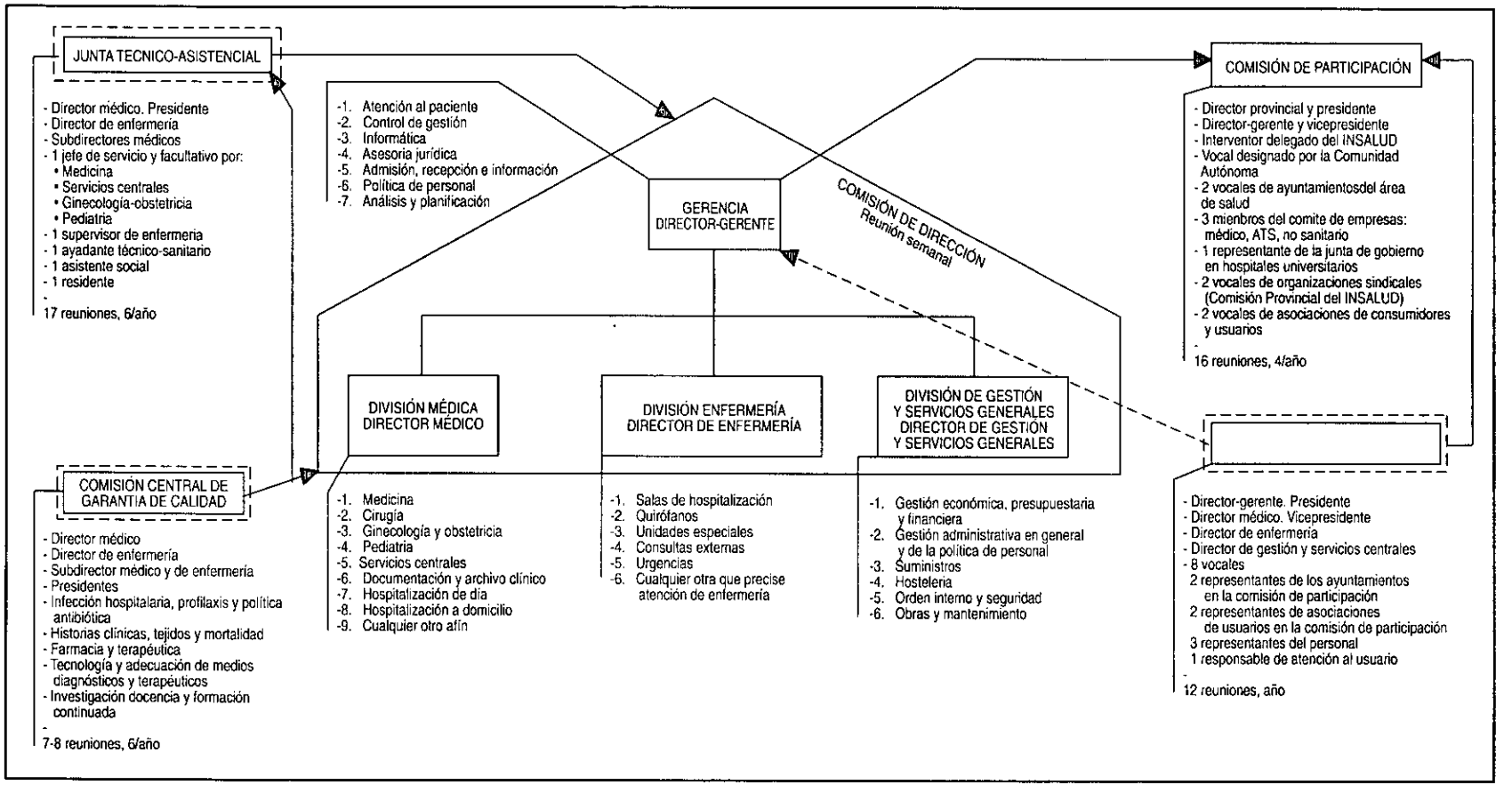


Figura 2. Organigrama de los hospitales del INSALUD (R.D. 521/1987, de 15 de abril, BOE, 16-4-1987)

La gestión diaria del hospital se puede concretar en el siguiente plan específico de actuación:

1° Separar: dirección, gestión y participación.

2° Trabajo en equipo con responsable final único.

3° Gente muy cualificada con resultados demostrados.

4° Disponer de toda la autoridad necesaria y de toda la responsabilidad derivada.

5° Contar con un buen equipo administrativo de soporte.

6° Sistema contable por proceso, diagnóstico GRD's u otros

7° Presupuestos reales con participación de los jefes.

8° Cuenta de resultados sabiendo cuanto se gana o se pierde.

9° Máxima autonomía financiera.

10° Buena política de personal.

11° Informatizar cuanto se pueda.

12° Evaluación: cualitativa y cuantitativa constantes.

13° Auditar con frecuencia y

14° Reconocer que estamos al servicio del ciudadano enfermo. Los horarios y los derechos deben favorecerle a él.

De lo escrito hasta aquí se deduce que los titulares de prensa citados al comienzo de este Discurso se pueden encajar dentro de alguno de los seis capítulos descritos y así por ejemplo en el concepto de necesidad caben los referentes al colapso de Urgencias, a los hipertensos, SIDA y el relativo a la esclerosis. En eficacia caben los relativos a que la falta de camas para ingresos colapsa Urgencias y el de la reducción de la estancia media. En eficiencia encaja el relativo al reparto indiscriminado de la productividad, el de los médicos extranjeros, el de los trasplantes, el gasto de farmacia y el de la asfixia financiera. A calidad el del reimplante de una mano y como paso previo a los tribunales de justicia a los que se había recurrido los relativos a pediatría, al aparato de

anestesia y a los acusados de una muerte. De esta manera cada acontecimiento dispone de su específico análisis metodológico y correspondiente acción correctora contribuyendo con esta metodología a la mejora de la equidad, eficiencia y calidad hospitalarias que deben ser sus fundamentales características.

EPÍLOGO

Aquí en Cataluña, lo expuesto se cumple cabalmente ya que el marco de la sanidad está determinado por la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya y la creación del Servei Català de la Salut que consolidan el modelo catalán que se inició, en 1981, con las transferencias sanitarias. El hecho más característico es la provisión mixta de servicio y la consecuente separación entre financiamiento y producción. El Servei Català de Salut es responsable de la planificación, el financiamiento, la compra y evaluación de servicios. La producción corresponde a los Centros de la Red de Utilización Pública. La organización se basa en estructura territorial por regiones y sectores sanitarios y órganos de dirección y participación comunitaria. Los instrumentos son el Plan de Salud y el contrato. Se evalúa por medio de la acreditación. Se gestiona por medio de empresas públicas y privadas y tiene por objeto mejorar el estado de salud de la población y el grado de satisfacción de quienes utilizan el sistema.

Para llegar a esa magnífica posición nuestro Presidente ha sido protagonista, y me es grato proclamarlo, el cual, además, contestando al Discurso de recepción que he citado en la cuarta razón de la introducción de este Discurso en la que se reclamaba una asignatura específica en el curriculum de Medicina manifestó: "me ha complacido mucho que un clínico proponga la introducción en el currículum de Medicina la enseñanza de las repercusiones económicas que comportan las decisiones médicas. Yo mismo me he ocupado con frecuencia de este gran problema. Aquí mismo, por ejemplo, se habló en el acto de recepción del malogrado Ramon Trias i Fargas cuando tuve el honor de responder a su discurso "Gasto sanitario y asignación de recursos" y no es extraño que un economista -como era Trias- y un administrador sanitario -como era yo en aquel momento- coincidan en afirmar que los recursos dedicados a sanidad son y serán finitos pase lo que pase. Cabe, pues, optimizar el gasto sanitario y racionar -por mal que suene esta expresión racionar- la asistencia sanitaria dado que, año tras año, el gasto se incrementa y ya no hay economía que lo resista".

Hoy, Sr. Presidente, este otro administrador sanitario que ahora ocupa esta Tribuna puede manifestarle con satisfacción, cierto orgullo y mucho agradecimiento para quienes lo han hecho posible, especialmente el Decano, Dr. Mezquita, que la asignatura reclamada hace cinco años en este mismo lugar ya existe oficialmente, desde hace un año, en el nuevo currículum de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y que con su aquiescencia desde

esta Real Academia también podremos, a partir de ahora, responder objetiva y científicamente siempre que se nos pregunte, o por iniciativa propia, si un servicio sanitario es necesario, eficaz, de calidad y si está bien gestionado.

También seremos capaces de acotar, actualizar, promover y propagar las características fundamentales de las dos exigencias básicas de los servicios hospitalarios públicos como son la equidad que asegura la justicia distributiva y la eficiencia que al relacionar la actividad con el gasto forma parte de la solidaridad ciudadana que esta Real Academia desde siempre proclama. Contribuiremos así a fomentar la salud y con ello la esperanza y recordemos como dijimos al principio que;"quien tiene salud tiene esperanza y quien tiene esperanza lo tiene todo".

He dicho.

BIBLIOGRAFIA

1. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. Med Care 1994; 32(8):771-87.

2. Anrys H et al. Les Hopitaux dans le Marché Commun: legislations, structures et fonctionnement. Ed. Maison Larcier S.A., Bruxelles 1977.

3. Asenjo MA. Gestión hospitalaria e incentivación del personal. Todo Hospital 1993; 100:25-30.

4. Asenjo MA. Curso de Gestión Hospitalaria. Apuntes de clase. ESADE, Barcelona 1990.

5. Asenjo MA. El hospital como empresa. Med Clin (Barc) 1991; 96:780-3.

6. Asenjo MA, Baré MLL, Bayas JM, Prat A, LLedó R, Grau J, Salleras LL. Relationship between severity, costs ans claims of hospitalized patients using the Severity of Illness Index. Eur J Epidemiol 1994; 10:625-32.

7. Asenjo MA, Bohigas L. Gestión Hospitalaria. Ed. Eurosystem, S.A. Barcelona 1987.

8. Asenjo MA, LLedó R, Trilla A. Quality of care and quality assessment in spanish hospitals. Clinical Performance and Quality of Health Care 1994; 2(2):97-9

9. Audet AM, Scott HD. The Uniform Clinical Data Set: an evaluation of the proposed national database for Medicare's quality review program. Ann Intern Med 1993; 119(12):1209-13.

10. Balcells A. Especialización e integración en medicina. Vigencia de la medicina interna. Discurso para la recepción como académico numerario a la Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona 1974.

11. Barbuska A, Cleek M. Measuring gain-sharing dividends in acute care hospitals. Health Care Manage Rev 1994, 19(1):28-33.

12. Barea J, Gómez A. El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad. Instituto de Estudios Económicos, Madrid 1994.

13. Bellés A, Asenjo MA, LLedó R, Prat A, Vallés A, Sentís J. Estudio de la demenda radiológica en asistencia primaria. Revista Atención Primaria 1992; 9(3):149-52.

14. Berry DE, Seavey JW. Assuring access to rural health services: the case for revitalizing small rural hospitals. Health Care Manage Rev 1994; 19(2):32-42.

15. Blumenthal D. Total quality management and physicians' clinical decisions. JAMA 1993; 269(21):2775-8

16. Bohigas L. La asistencia sanitaria: ¿producto o servicio?. Puntexpress 1992; 51:1-3.

17. Brook R, Lohr K. Monitoring quality of care in the Medicare Program. JAMA 1987; 258(21):3138-41.

18. Burns LR, Thorpe DP. Trends and models in physician-hospital organization. Health Care Manage Rev 1993; 18(4):7-20.

19. Burns LR, Beach LR. The quality improvement strategy. Health Care Manage Rev 1994; 19(2):21-31.

20. Bustamante J. Desarrollo de la nefrología . Momento actual. Discurso para la recepción como Académico Numerario a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Valladolid 1987.

21. Carles, RM. Glosa dominical. La Vanguardia 31/12/94.

22. Casas M, Wiley MM. Diagnosis Related Groups in Europe. Ed. Springer-Verlag, Berlin 1993

23. Chilingerian JA. New directions for hospital strategic management: the market for efficient care. Health Care Manage Rev 1992; 17(4):73-80

24. Conesa A et al. Calidad percibida por los usuarios de consultas externas en un hospital universitario. Rev Clin Esp 1993; 192:346-51.

25. Corbella J. La responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries. Discurs per a la recepció com Acadèmic Numerari a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona. Barcelona 1985.

26. Cuchi A, Bayas JM, LLedó R, Bohigas L, Sentís J, Asenjo MA. An analysis of the factors affecting the average lenghth of stay in the otolaringology unit. World Hospitals. The International Hospital Federation 1993; 28(3):18-22

27. Cuervo JL, Varela J, Belenes R. Gestión de Hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vivens Vives, Barcelona 1994.

28. Culyer AJ, Meads A. The United Kingdon: effective, efficient, equitable? J Health Polit Policy Law 1992; 17(4):667-88.

29. De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en atención primaria núm. 7. Ed. Doyma, Barcelona 1991.

30. Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res 1976; 2:453-66.

31. Diversos autores. Jornadas de Gestión y Evaluación de costes hospitalarios. Hospital de Hellín, 1993.

32. Donabedian A. The quality of care, how can it be assessed? JAMA 1988; 260(12):1743-8.
33. Donabedian A. The epidemiology of quality. Inquiry 1985; 22:282-92.

34. Dowler JM. Jordan-Simpson DA, Adams O. Gender inequalities in care-giving in Canada. Health Rep 1992, 4(2):125-36.

35. Engebretson MJ, Cembrowski GS. Achieving the Health Care Financing Administration limits by quality improvement and quality control. A real-word example. Arch Pathol Lab Med 1992; 116(7):781-7.

36. Fleming S, McMahon L, Desharnais S, Chesney J, Wrobleswsky R. The measurement of mortality. Med Care 1991; 29(9):815-28.

37. Foment J. La formació humanística del metge: ornament o necessitat? Salut Catalunya 1994; 8:145-9.

38. Fundación BBV. Debate sanitario: medicina, sociedad y tecnología. Ed. BBV, Bilbao 1992.

39. García Paez JM. El hospital, una organización sanitaria competitiva y eficaz. Med Clin 1992; 99(13):502-4.

40. Gelinier O. Nueva dirección de la empresa. A.P.D. Madrid 1980.

41. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari núm. 20. Barcelona 1993.

42. Glaser WA. The competition vogue and its outcomes. Lancet 1993, 341(8848):805-12.

43. Glaser WA. The Unites States needs a health system like other countries. JAMA 1993, 270(8):980-4.

44. Gonnella J, Louis D, McCord J. The stagin concept, an approach to the assessment of outcome of ambulatory care. Med Care 1976; 14(1):13-21.

45. Grau J. Spring Conference. Survey Results Utrecht 5 - 7 May. 1993.

46. Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. Med Care 1993; 31(1):84-94.

47. Heyssel RM. et al. Year book of health care management 1992. Ed. Mosby Year Book, Inc. St. Louis 1992

48. Holt PE. Anderson B. Medical record content: recurring area of concern in hospital analysis. Aust Clin Rev 1992; 12(3):109-14.

49. Hospital Committe of the European Economic Community. Hospital planning and management. 1983-84. ACCD.

50. Iglehart JK. Managed competition. N Engl J Med 1993; 328(16):1208-12.

51. Iglehart JK. The american health care system. Medicaid. N Engl J Med 1993; 328(12):896-900.

52. Iglehart JK. The american health care system. Teaching Hospitals. N Engl J Med 1993; 329:1052-6.

53. Journal Citation Reports. A bibliometric analysys of Science Journals in the ISI Data Base. Philadelphia 1992.

54. Kahn J. Gestión de Calidad en los Centros Sanitarios. SG editores, Barcelona 1990.

55. Kilbreth E, Cohen AB. Strategic choices for cost containment under a reformed U.S. health care system. Inquiry 1993; 30(4):372-88.

56. Kronick R, Goodman DC, Wennberg J, Wagner E. The marketplace in health care reform. The demographic limitations of managed competition. N Engl J Med 1993; 328(2):148-52.

57. Kurtz RA, Paul Chalfaut P. The sociology of medicine and illness. Ed. Allyn and Bacon. Massachussets 1991.

58. Lafarga JLL. El consorci: un instument al servei del consens. Salut Catalunya 1994; 8:141-4.

59. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing sanitario. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid 1994

60. Ley 37/1962 de 21 de julio, de hospitales. Boletín Oficial del Estado nº175 de 23 de julio 1962.

61. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº102 de 29 de abril 1986.

62. López G. Els sistemes de finançament dels hospitals: anàlisi de tendències i estudi de consistència de les propostes de reforma per a la seva implantació en els sistemes sanitaris públics. Gac Sanit 1993; 7(36):131-46.

63. López G, Corona JF, Figueres J. Estudi del sistema de finançament autonòmic de la sanitat. Col.lecció Els LLibres dels Fulls Econòmics nº3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1992.

64. LLedó R, Asenjo MA. La conflictividad en el hospital como consecuencia de la Enfermedad de Tomás. Puntexpress 1992:44:1-2.

65. LLedó R, Vilella A, Baré ML, Bayas JM, Prat A, Asenjo MA. La importancia de las encuestas de opinión a los usuarios del hospital en la calidad asistencial. Todo Hospital 1992; 87:9-11.

66. McGuire HC, Wazemen HF. Cuadernos de salud pública. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1975; 61:20-38.

67. Mapelli V. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. Soc Sci Med 1993; 36(8):999-1009.

68. Mhatre SL, Deber RB. From equal access to health care to equitable access to health: a review of Canadian provincial health commissions and reports. Int J Health Serv 1992; 22(4):645-68.

69. Miller MG, Miller LS, Fireman B, Black SB. Variation in practice for discretionary admissions. Impact on estimates of quality of hospital care. JAMA 1994; 271(19):1493-8.

70. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. España: Sistema Nacional de Salud. Borrador, documento de trabajo en curso.

71. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Subdirección General de Planes de Salud. Estrategia de salud para todos en el año 2000 en España. Borrador, documento de trabajo en curso.

72. Miquel-Collell C, Asenjo MA. La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria. Med Clin (Barc) 1992; 98:134-6.

73. Miranda R, Salvatierra B, Vivanco B, Alvarez C, Lezana MA. Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México. Salud Pública Mex 1993; 35(6):576-84.

74. Mirvis, DV. Physicians' autonomy -the relation between public and professional expectations- N Engl J Med 1993; 328(18):1346-9.

75. Moss F, McNicol M. Secondary care beyond Tomlinson: an opportunity to be seized or squandered? Brit Med J 1992; 305(6863):1211-4.

76. Naidu GM, Kleimenhagen A, Pillari GD. Organization of marketing in U.S. hospitals: an empirical investigation. Health Care Manage Rev 1992; 17(4):29-43.

77. Nguyen NX, Derrick FW. Hospital markets and competition: implications for antitrust policy. Health Care Manage Rev 1994; 19(1):34-43.

78. Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya nº1477, de 7 d'agost 1991.

79. Organización Mundial de la Salud. Los hospitales y la salud para todos. Serie de Informes Técnicos 744, Ginebra 1987.

80. Organización Mundial de la Salud. Les Services de Santé en Europe. Troisième edition. Volume 2, Copenhague 1983.

81. Organización Mundial de la Salud. Los hospitales y la revolución de la asistencia. Ginebra 1989.

82. Ovretveit J. Health Service Quality. An introduction to quality methods for health services. Blackwell, Oxford 1992.

83. Ozcan YA, Luke RD. A national study of the efficiency of hospitals in urban markets. Health Serv Res 1993; 27(6):719-39.

84. Paci P, Wagstaff A. Equity and efficiency in Italian health care. Health Econ 1993; 2(1):15-29.

85. Phibbs CS, Robinson JC. A variable-radius measure of local hospital market structure. Health Serv Res 1993; 28(3):313-24.

86. Pla de Salut de Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1993.

87. Plan de Acción 1993-1995. Asistencia especializada del area sanitaria 4 de Madrid. Madrid 1993.

88. Planas J. Historia de la cirugía plástica allá y aquí. Discurso para la recepción como Académico Numerario a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona 1993.

89. Planificació Sanitària Pública a Catalunya. Plà de Reordenació Hospitalària, volum 4. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona 1987.

90. Pollack M, Ruttimann U, Getson P. Accurate prediction of the outcome of pediatric intensive care. N Engl J Med, 1987; 316(15):134-40.

91. Prat A, LLedó R, Vilella A, Asenjo MA. Adecuación de los ingresos y de las estancias en un hospital universitario. Carta en Medicina Clínica 1993; 101(18):717-8.

92. Puentes-Markides C. Women and access to health care. Soc Sci Med 1992; 35(4):619-26.

93. Radany MH, Luft HS. Estimating hospital admission patterns using Medicare data. Soc Sci Med 1993; 37(12):1431-9.

94. Real Decreto 127/1984 de 11 de enero. Boletín Oficial del Estado de 31 de enero 1984.

95. Real Decreto 521/1987 de 15 de abril. Boletín Oficial del Estado 16 de abril 1987.

96. Rodney M Coe. Sociología de la medicina. Alianza Universidad. Ed. Mac Graw Hill Inc. New York 1970;57.

97. Roma J. Un nou repte pel Servei Català de la Salut: la qualitat de servei. Salut Catalunya 1994; 8:113.

98. Rozman C. Reflexions sobre l'ensenyament de la Medicina. Discurs per a la recepció com Acadèmic Numerari a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona. Barcelona 1990.

99. Salleras LL, Asenjo MA. Organización y gestión del hospital. Capítulo 94 de Medicina Preventiva y Salud Pública, 9 ed. Ed. Masson-Salvat Medicina, Barcelona 1991.

100. Sanazaro PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la asistencia médica. Control de Calidad Asistencial 1987; 2:4.

101. Segovia de Arana JM. La nueva gestión clínica. Rev. Mapfre 1993;79-83.

102. Servei Català de la Salut. La planificació hospitalària: nous papers, nous instruments. Plà de Salut. Quadern núm. 3. Barcelona 1993.

103. Shiell A. Paying for efficiency: what price the quality of hospital care? Aust J Public Health 1992; 16(3):294-301.

104. Schut FT. Workable competition in health care: prospects for the Dutch design. Soc Sci Med 1992; 35(12):1445-55.

105. Sullivan FW. Professional standards review organizations:the current scene. Am J Psychiatry 1974; 132(12):1354-7.

106. Temes JL, Díaz JL, Parra B. El coste por proceso hospitalario. Ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid 1994.

107. Tresnowsky BR. Building a foundation for universal access. Inquiry 1992; 29(2):269-73.

108. Trilla A, Miró JM. Control de la infección nosocomial: ¿quién?, ¿cómo? y ¿cuánto cuesta?. Med Clín (Barc) 1989; 92:217-9.

109. Vivas D, Sánchez Ruano E. Informe Delphi. El Sistema Sanitario Español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo. M/C/Q Ediciones, Valencia 1993.

110. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Ed. Masson, S.A. Barcelona 1989.

111. Wenzel RP. Assessing quality health care. Ed. Williams and Wilkins. Baltimore 1992.

112. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv 1992, 22(3):429-45.

113. Young G, Beekun RI, Ginn GO. Governing board structure, business strategy, and performance of acute care hospitals: a contingency perspective. Health Serv Res 1992; 27(4):543-64.

DISCURSO DE BIENVENIDA

Leído por el Académico Numerario
Muy Ilustre Doctor

Joaquín Tornos Solano

Excmo. Sr. Presidente
Dignísimas autoridades
Muy Ilustres Sres. Académicos
Señoras y señores

Ante todo quiero expresar mi gratitud a la Junta Directiva por haberme designado para dar la bienvenida al Dr. Miguel Angel Asenjo Sebastián y responder a su discurso de recepción, ya que constituye para mi un gran honor y motivo de satisfacción personal.

Siento una gran satisfacción por la sincera amistad que nos une y porque el Dr. Asenjo ingresa en esta Corporación después de una labor extraordinaria, desplegada ininterrumpidamente, en el campo de la Planificación y Gestión Hospitalarias, tanto en la vertiente de su práctica diaria como en su docencia e investigación. En el desarrollo de esta labor ha conquistado numerosos éxitos que le han convertido en un maestro indiscutible de la misma. Si a esto le sumamos sus excelentes virtudes humanas y profesionales, su relativa juventud y la especialidad que cultiva su ingreso será de gran valor para la Academia.

También me satisface el hecho de que hoy ocupemos esta tribuna de la Real Academia de Medicina de Cataluña dos personas, no catalanas de nacimiento, que sin renunciar a nuestro origen, nos sentimos catalanes a todos los efectos e identificados con esta Cataluña que proclama y defiende con tesón sus irrenunciables señas de identidad.

Voy a cumplir con el madato protocolario de presentar el currículum de nuestro Recipiendario y contestar a su discurso.

El Dr. Asenjo nació en Piñel de Abajo (Valladolid) el 8 de marzo de 1940 en la casa de su abuelo materno, médico titular de aquel pequeño pueblo. Vivió en Vileña de Bureba (Burgos) donde su padre era el médico del lugar y de seis anejos más. Genéticamente estaba destinado a ser médico nuestro recipendario.

Cursó el Bachillerato en Valladolid y terminó la reválida con Matrícula de Honor. En 1957 ingresó en la Facultad de Medicina de aquella ciudad, obteniendo el grado de Licenciatura con Premio Extraordinario. Acabada la carrera es nombrado profesor ayudante de clases prácticas y, aquel mismo año, obtiene una beca de la Fundación March de Investigación que le permitió realizar su Tesis Doctoral sobre "Poder de transporte del plasma para la tiroxina en las disproteinemias" que defendió en junio de 1966 y obtuvo la máxima calificación de sobresaliente Cum Laudae. En el curso 1965-66 fue nombrado profesor adjunto interino de la Facultad.

En aquellas fechas nuestros hospitales, que hasta la década de los 40 habían sido más bien casas de beneficiencia para la asistencia de enfermos pobres, iban adquiriendo un protagonismo capital en la asistencia sanitaria, convirtiendo en el centro neurálgico del complejo sistema sanitario actual. Tenían que planificarse y gestionarse con criterios eficaces de adaptación a las nuevas exigencias que la sociedad demandaba y para esto hacían falta personas dedicadas a esta importante, compleja y difícil misión. El Dr. Asenjo se siente inclinado a dedicarse a esta actividad a la que se entrega con auténtica vocación.

La Diputación de Valladolid le concedió una beca para que pudiera realizar el primer curso de "Dirección y Administración Hospitalaria" que tuvo lugar en Madrid a mediados de 1965. El curso lo realizó con tal rigor y calidad que, cuando la Diputación de Jaén solicitó un candidato para dirigir su Hospital Provincial, la Dirección General de Sanidad no dudó en recomendar a nuestro recipiendario como Director Gerente de los Establecimientos Benéfico-Sanitarios de la Diputación de Jaén. En Jaén, el Dr. Asenjo desplegó una actividad extraordinaria, con excelentes resultados ya que en poco más de dos años realizó un estudio de las necesidades hospitalarias de la provincia, redactó los estatutos del Órgano de Gestión y el Reglamento Interno del Hospital. Introdujo la figura del Médico Residente en 1967 y fue promotor del nuevo hospital del que trazó

su plan de necesidades así como su actividad previsible, organizó su plantilla y su presupuesto económico. En 1970 se inauguró el nuevo hospital con las directrices señaladas por él. Este hospital fue acreditado oficialmente para la docencia posgraduada acontecimiento infrecuente en los hospitales provinciales.

En 1968 se incorporó como Director Gerente al Hospital General y al Hospital Psiquiátrico Provincial de Asturias, dependientes ambos de la Diputación Provincial. En este último desarrolló, por primera vez en España, la psiquiatría de sector y extrahospitalaria, situando en las cabeceras de comarcas sedes de asistencia psiquiátrica ambulatoria a la que acudían periódicamente los equipos psiquiátricos del Hospital.

El Hospital General de Asturias, que en aquel entonces estaba considerado, en lo funcional, como el hospital más moderno de España, creó en 1960 la figura del Gerente y todos sus médicos, excepto los procedentes del antiguo Hospital, ejercían con dedicación exclusiva y, en 1963, ya contaba con médicos internos y residentes y la correspondiente comisión docente, llamada precisamente Comisión de Residentes.

En Oviedo, el Dr. Asenjo recibió varias felicitaciones del Consejo de Administración y del Órgano de Gestión de los Establecimientos Sanitarios de Asturias por su excepcional y acertada actuación en momentos de gran dificultad. En colaboración con el Sr. Artigas Candela redactó un plan de regionalización hospitalaria.

En octubre de 1971, el Dr. Asenjo se incorporó a la Dirección del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona como Director Técnico. A finales de noviembre, además de desarrollar las funciones propias del cargo, ya había presentado un "Anteproyecto de Reestructuración del Hospital".

La Junta de Clínicas, presidida por el Prof. Pera como Decano y el Prof. Rozman como Vice-decano, dedicó varias sesiones a analizar el anteproyecto que fue aprobado en marzo de 1972 y el Dr. Asenjo lo elevó y defendió ante el Patronato. Su aplicación condujo al Hospital, que en 1966 tenía la calificación B de acreditación oficial, pasase en la próxima evaluación a calificación A y que en 1979 fuese acreditado para la docencia de posgraduados, y en 1981 fuese calificado por Sanidad a efectos de concierto con el máximo nivel y la Generalitat le concedió el nivel III que era el máximo concedido en Cataluña.

En aquellas fechas se estableció en el Hospital la dirección participativa por objetivos, que permitió una gran integración del personal, particularmente los médicos, en la gestión y planificación, lo que facilitó la jerarquización y renovación total de la plantilla médica, de tal forma que, excepto los Catedráticos que continuaron en sus puestos, el resto del personal médico tuvo que presentarse al respectivo concurso libre de méritos de carácter nacional, para ocupar plazas con contratos de tres años, renovables por cinco y en la tercera revisión por un período no inferior a diez años o de carácter indefinido. Posteriormente, la publicación de la Ordenanza Laboral de Establecimientos Sanitarios de noviembre de 1975 dispuso que todos fueran fijos; pero la primera renovación se llevó a efecto previa evaluación del trabajo realizado. Hoy, el Clínic está considerado como uno de los mejores hospitales españoles. La Junta de Clínicas del Hospital le felicitó unánimemente por la magnífica actuación en tarea tan compleja y difícil.

La actividad docente del Dr. Asenjo es extraordinaria, profundo conocedor de la especialidad que cultiva, siente la necesidad de comunicar sus conocimientos y, en este sentido, organiza cursos en Jaén y en Oviedo y llegado a Barcelona dirige cursos de Gestión Gerencial Hospitalaria que se iniciaron en 1974. En la Universidad de Barcelona dirige desde 1974 un Curso de Doctorado sobre Planificación Hospitalaria y Economía Médica. Ha sido también profesor de ESADE y, desde 1986, es Profesor Titular de Administración Sanitaria, habiendo conseguido que en la reforma de los currícula de la Licenciatura de Medicina de la Universidad de Barcelona de 1993 aparezca una asignatura troncal denominada "Administración Sanitaria: Planificación, Programación y Evaluación de Servicios". Ha colaborado con la Escuela Nacional de Sanidad, desde 1968, en la docencia de la misma.

En su currículum figuran relacionados, con lugar de celebración y fecha, más de 170 cursos importantes y ha impartido clases en Odontología y Farmacia.

La parcela investigadora también es sobresaliente, habiendo finalizado bajo su dirección nueve tesis doctorales todas ellas calificadas "Cum Laudae". Ha participado en 25 proyectos de investigación subvencionados, tres de ellos internacionales. Es autor de 4 libros, 14 capítulos de libros y 7 monografías científicas. Ha publicado más de 150 artículos científicos en revistas nacionales e internacionales, tales como World Hospital, órgano oficial de la Federación Internacional de Hospitales o European Journal of Epidemilogy. Ha participado

en 14 Ayudas y Becas de Investigación Científica entre las que se encuentran 7 ayudas FISS y la prestigosa ayuda de la Fundación Juan March.

Ha intervenido como ponente o comunicante en 49 Congresos Nacionales o Internacionales. Es el único especialista que ha intervenido como ponente en los nueve congresos nacionales de hospitales celebrados hasta la actualidad y es miembro del Comité Editorial de 8 revistas científicas, así como de la Comisión "Planificación, gestión y evaluación de servicios de salud" del Fondo de Invetigaciones Sanitarias; es también coordinador del Área de Gestión Sanitaria, Epidemiología y Salud Pública de la Fundación Privada Clínic para la Investigación Biomédica y ha sido invitado a participar recientemente, junto con otros diez expertos, en la Comisión Interministerial de I + D para la propuesta española a la Unión Europea de política científica en los próximos 4 años. Es, además, Director de la Revista TODO HOSPITAL, de gran tirada.

El Dr. Asenjo pertenece a múltiples comisiones y comités de expertos, habiendo tenido reconocimiento internacional y ha recibido encargos como Consultor de la Oficina Panamericana de la Organización Mundial de la Salud para realizar informes en República Dominicana, Nicaragua y Perú y del Banco Interamericano de Desarrollo para informar sobre la cesión de la zona del canal de Panamá. Fue experto consultor para redactar el programa funcional del Hospital Univesitario de la UNPHU en Santo Domingo de República Dominicana.

Esta es, en síntesis, la obra extraordinaria y fecunda del Dr. Asenjo, fruto de una dedicación vocacional ininterrumpida y sentida profundamente.

En la exposición de su discurso, el Dr. Asenjo demuestra sus vastos conocimientos y su dilatada experiencia en un tema tan fundamental para la Sanidad y tan complejo, como es el de la Planificación Hospitalaria y su Gestión, labor a la que está consagrando su vida.

El Hospital, nos dice Asenjo, constituye un fenómeno socioeconómico sanitario de primera magnitud por lo que su planificación y gestión se ha convertido en una actividad muy técnica que requiere gran preparación y metodología científica. Al escuchar su discurso hemos podido apreciar como el Dr. Asenjo analiza con el máximo rigor y metodología científica todos los factores que han de tenerse en cuenta a la hora de planificar y gestionar bien un

hospital y lo han hecho con tal sencillez y precisión que hemos podido conocer cuando un hospital o servicio hospitalario es objetiva y mantemáticamente necesario, cual ha de ser su exacta capacidad, su rendimiento, su eficiencia, su gestión y como pueden objetivarse científicamente tales objetivos.

Nos hemos dado cuenta, también, que planificar y gestionar las actividades desarrolladas en el Hospital es una labor sobresaliente pero extraordinariamente difícil, ya que tiene que hacerse en una empresa pública de servicios, con una compleja situación jurídica que la regula y con más del 80% del personal titulado universitario o diplomado, que defienden en ocasiones intereses no coincidentes y con una economía cada día más agobiante, ya que los avances científicos y tecnológicos, el envejecimiento de la población y el aumento del nivel de vida aumentan las exigencias de la población, a un ritmo tan acelerado, que los recursos económicos disponibles no lo pueden satisfacer en su totalidad y en estas condiciones, obviamente, toda gestión es más difícil. Anualmente se gastan en España cuatro billones de pesetas en Sanidad de los que más de un 60% son para los hospitales.

El hospital, por otra parte, tiene una dinámica muy activa y variable. La incidencia que sobre él ejercen los cambios en la demografía, la desaparición de unas enfermedades y aparición de otras nuevas y la incesante incorporación de nuevas y complejas técnicas van introduciendo frecuentes modificaciones en su funcionamiento, hasta tal punto que no es aventurado predecir que el hospital del futuro será, sin duda, bastante distinto al actual.

Ne es extraño, por tanto, que a pesar de la evidente modernización que han experimentado los hospitales y la buena calidad de la asistencia clínica, docente e investigadora que en ellos se imparte hayan ido apareciendo anomalías que han conducido, a veces a situaciones conflictivas, tensas, entre los diversos colectivos que intervienen en la actividad hospitalaria que llegaron incluso, en ocasiones, a hacer difícil la convivencia entre los diversos servicios que lo componen.

A pesar de todo hay que reconocer, sin reservas, que gracias a la jerarquización y modernización de nuestros hospitales públicos la medicina asistencial, así como la docencia e investigación han logrado situarse a nivel de la de los países más desarrollados. Esta es una realidad incuestionable.

Al logro de esta realidad han contribuido, fundamentalmente, los médicos que se entregaron al servicio del hospital público con enorme entusiasmo y dedicación; sin embargo, es obligado reconocer que actualmente se detecta un cierto grado de malestar, especialmente puesto de manifiesto entre los médicos asistenciales. Se hace necesario, por tanto, proceder a un estudio desapasionado de las causas que originan esta situación.

Una de las principales causas de este malestar, creen algunos que radica, fundamentalmente, en el enfrentamiento existente entre el área de gestión, preocupada esencialmente por el coste económico, y los médicos que, en general, tienen poca sensibilidad respecto al coste de sus decisiones, a pesar de que hoy tener en cuenta el coste beneficio es, éticamente, indispensable.

El médico asistencial observa con cierta inquietud como se van incrementando las plantillas del personal técnico sanitario no asistencial y que este cuerpo adquiere cada vez más protagonismo en la toma de decisiones que afectan al desenvolvimiento de la vida hospitalaria, prescindiendo de la opinión de los médicos que, en definitiva, son los auténticos gestores de la calidad asistencial y del prestigio de la institución.

Acabamos de oír que la valoración de la calidad de la asistencia está condicionada por la adecuada aplicación de los conocimientos científico-técnicos, el indispensable tratamiento humano cordial con el enfermo y el confort del hospital.

En general, nadie discute la alta calidad científica de la asistencia hospitalaria pero se cuestiona, frecuentemente, la bondad de la relación médico enfermo y el confort.

Muchas son las causas del deterioro de la relación médico enfermo expuestas ya tantas veces; pero quisiera señalar dos que creo afectan, especialmente, a los médicos del hospital. Una reside en que este médico no cree en la necesidad de mantener una buena relación con el enfermo para programar su futuro. Ha llegado a la triste conclusión de que este aspecto, tan fundamental, no cuenta para nada en el baremo de méritos para promocionarse en su carrera ya que lo que se valora para ascender profesionalmente es publicar el factor de impacto y asistir a congresos.

El médico vive obsesionado por hacer currículum y ésto, que es una necesidad y un gran mérito, es grave cuando se convierte en el único parámetro válido para ascender profesionalmente porque comporta el peligro de que la atención al enfermo está únicamente en relación con el interés que despierta su enfermedad. Lo interesante es la enfermedad no el enfermo.

Otra de las causas es el sobresfuerzo y las condiciones de trabajo en que se desenvuelve la actividad de los médicos asistenciales que están en contacto directo y diario con los enfermos, bien sea en las consultas externas, sala de hospitalización o en las masificadas urgencias. Actividad que es muy estresante y que requiere mucho tiempo y dedicación.

Estos médicos tienen, además, la sensación de que su trabajo es minusvalorado, sobre todo, si lo comparan con el valor que se adjudica al desarrollado en otras áreas no asistenciales, menos estresantes y que además gozan de más facilidades para aumentar su currículum.

Se hace necesario mejorar estas deficiencias máxime si, como es notorio, el trato recibido y el confort son los aspectos percibidos por el paciente y, por tanto, los más valorados al enjuiciar la calidad de la asistencia.

Hemos escuchado que el personal se lleva el 70% del gasto total del hospital y ésto obliga a revisar con rigor las plantillas de todo el personal y proceder a su equilibrada distribución entre las diversas áreas. Mi impresión es que, en general, no existe tal equilibrada distribución del personal de acuerdo con sus diversas funciones. Como ejemplo respecto a esta cuestión, puedo decir que, durante los años que dirigí el Departamento de Medicina del Valle Hebron, los médicos se veían obligados a dedicar gran parte de su labor a tareas imprescindibles de tipo administrativo para suplir la ausencia de secretarias.

Los esfuerzos hechos por la administración para incentivar y premiar a los médicos más dedicados al hospital no han dado el fruto deseado, entre otras causas, por la falta de rigor en su aplicación.

La convivencia de la sanidad pública con la privada, perfectamente compatible, plantea también situaciones que deberían clarificarse. Es justo reconocer que la mayoría de los médicos comparten su ejercicio profesional en ambos campos. Su actividad en la privada, no les ha impedido cumplir con rigor las

obligaciones que les son exigidas por la sanidad pública. Nada a objetar por tanto; pero hay que reconocer, sin reservas, que el matrimonio sanidad pública-privada se presta a desviaciones y excesos que en ocasiones, por su notoriedad, motiva agravios comparativos que minan la moral de los profesionales que dedican su actividad íntegramente al hospital.

Estos y otros hechos aconsejan reconsiderar hoy la problemática que envuelve la vida de los hospitales en busca de de una solución que permita mantener y reforzar el estímulo, la ilusión de los profesionales sanitarios y garantizar la calidad de la asistencia. Este estudio debería ser realizado principalmente por los profesionales de la medicina con la participación de los gestores y de los usuarios. Sus decisiones han de ser tomadas a plena luz y con la participación de todos los involucrados en la tarea hospitalaria si se quiere que sean mejor aceptadas.

Estas reflexiones que acabo de señalar y otras que puedan hacerse ponen de manifiesto, como ya indicamos, la difícil tarea del gestor hospitalario. Persuadir a médicos, enfermeras y resto del personal de que su ética y motivación sean favorables al enfermo y al hospital es una de las tareas fundamentales de la gestión gerencial dice nuestro recipiendario.

Con esto nos quiere decir que para llevar a cabo esta labor el gestor además de ser competente ha de ser una persona comprensiva, con espíritu conciliador, humilde, para que su labor sea eficaz. El Dr. Asenjo une a su competencia y laboriosidad estas virtudes que le han permitido aunar voluntades en personas con criterios contrapuestos, en cuantos centros ha desarrollado su actividad. Asenjo repite y aplica con frecuencia la siguiente frase "ya que no pensamos igual, pensemos juntos" y lógicamente le ha dado, como a todos los que la aplican muy buenos resultados.

El Dr. Asenjo es un persona que ha elegido y decidido con frecuencia y con acierto, como recomienda Descartes en "El discurso del método" cuando afirma que "No es suficiente tener buen sentido sino lo principal es aplicarlo bien" y ha seguido a Ortega cuando escribe "La vida que es ante todo lo que podemos ser, vida posible, es también y por lo mismo decidir entre las posibilidades lo que en efecto vamos a ser ... ni un solo instante se deja descansar a nuestra actividad de decisión. Inclusive cuando desesperados nos abandonamos a lo que quiera venir hemos decidido no decidir". Asenjo es de los que siempre ha decidido y se ha visto obligado a decidir a lo largo de su muy activa vida profesional y para ello

la providencia le ha ayudado y ha puesto permanentemente en su camino a Mª Luisa que, como hija de un Catedrático de Médica, conocía bien cual es la vida al lado de un hombre laborioso; no ha tenido más que dar continuidad a lo vivido en su casa y que como excelente artista pintora que es ha utilizado los colores suaves de la vida y su acertado consejo para lograr la paz y el sosiego que ha permitido a nuestro protagonista desarrollar tan impresionante tarea. Otra virtud del Dr. Asenjo es su exquisita puntualidad que refleja su buena educación como hace tiempo sentenció el famoso ex gerente Kilian "La puntualidad es la mejor prueba de una buena educación".

En mis palabras de presentación del nuevo Académico he pretendido señalar su enorme y fecunda obra en un tema tan importante como es la planificación y gestión hospitalaria y he resaltado, también, su actividad docente e investigadora y sus extraordinarias virtudes humanas.

Su incorporación a la Academia, aparte de ser un reconocimiento a sus méritos y virtudes, es un reconocimiento al prestigio de la planificación y gestión hospitalaria catalana. Hoy, por tanto, es un día de renovación y alegría para la Academia que se enriquece con otro valor que dará, estoy seguro con creces, lo que ésta espera de él. Para mi ha sido un honor y un placer haber hecho su presentación en este acto solemne y ruego, en nombre de todos los compañeros y en el mío propio, al excelentísimo Sr. Presidente que imponga al Dr. Miguel Angel Asenjo Sebastián la medalla que le acredita como Académico Numerario de esta Corporación.

Muchas gracias Sr. Presidente y enhorabuena Dr. Asenjo.