



CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y
Cooperativa, nº 4, junio-septiembre 1988, pp. 119-148

La modernización de la gestión de los servicios de salud: Aspectos técnicos y de organización

J. I. Dalmau

Catedrático de Economía. Universidad Politécnica de Valencia

E. Sánchez

Abogada. Espec. Derecho Empresa

D. Vivas Consuelo

Médico. Master EGEI. Esp. Organiz. Y Admón. Hospitales

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa

ISSN: 0213-8093. © 1988 CIRIEC-España

www.ciriec.es www.uv.es/reciriec

LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: ASPECTOS TÉCNICOS Y DE ORGANIZACIÓN

J. I. DALMAU * E. SÁNCHEZ * D. VIVAS CONSUELO*

**Catedrático de
Economía. Univ.
Polít. Valencia**

**Abogada. Espc.
Derecho Empre
sa**

**Médico. Master EGEI.
Espc. Orgnz. y Admón.
Hospitales**

- Introducción
- La cultura de la organización
- La racionalización de la producción de los hospitales: la dirección de operaciones
- La calidad de la asistencia sanitaria.

(*) Programa Master en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud. Universidad Politécnica de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la dirección profesional de los hospitales y la evolución que se ha venido produciendo en el tiempo en el planteamiento científico de la dirección de los servicios de salud, se extiende de forma directa e indirecta a áreas de actuación social, económica y política, y constituye en el momento actual uno de los grandes retos de nuestra sociedad en lo que se refiere a como dirigir las organizaciones e instituciones de servicios de salud y como lograr mayor eficiencia en la asignación de los recursos que en ellas se involucran para el mayor logro de sus fines.

*El aumento
cuantitativo y
cualitativo de la
demanda de
servicios de salud
provoca una
inflación de costes
superior al
crecimiento del PIB*

Hoy en día, el contexto socio-económico ha modificado profundamente los principios del sector sanitario. El crecimiento de los costes de la salud y fundamentalmente los costes hospitalarios, ha necesitado de reformas en el funcionamiento y estructuras presupuestarias. El aumento cuantitativo y cualitativo de la demanda de servicios de salud provoca una inflación de costes superior al crecimiento del PIB. Esta problemática remite a la imposición al sector sanitario de implantar metodologías organizativas y de gestión avanzadas a fin de homogeneizar los objetivos y costes.

Una cosa es cierta, la salud es hoy día prisionera de la economía. La medicina no se limita a un diálogo entre el profesional y su paciente; los servicios de salud introducen en juego una cantidad de costes que amenaza la coherencia del sistema de protección social. El problema no está tanto en elegir entre una solución «privada» ó «pública», teniendo en cuenta que los hospitales públicos evolucionan hacia métodos de gestión próximos a los del sector privado, sino de clarificar las reglas de evaluación de costes. No hay en efecto, ninguna razón para que una operación de apendicitis cueste más cara en un hospital que en otro. Todos ellos deberían proporcionar un nivel de salud comprable y en consecuencia tener costes similares.

Se ha intentado para alcanzarlo en EE.UU., un método conocido como: Diagnostic Related Groups (GRD), que prevé 467 situaciones médicas a las que les corresponden costes terapéuticos y de estancia hospitalaria. En caso de

diagnóstico no correcto, de complicaciones que arrastren costes suplementarios, el hospital será responsable, y será él, quien se haga cargo de pagar el aumento y no el paciente o la Seguridad Social.

A nuestro entender, el problema gira no tanto alrededor de los costes, sino de la eficiencia con la que se utilizan los recursos para alcanzar los objetivos de la misión de la organización. Planteada así la cuestión, los costes son un subproducto de la actividad social, humanitaria y científica del hospital.

Pués ha quedado reiteradamente demostrado en diferentes países, sectores y sistemas de salud, que las políticas y enfoques de cálculos de rendimientos y otras formas de control de costes a ultranza, a la hora de tomar decisiones, han quedado definitivamente superados frente a las técnicas de dirección basadas en una filosofía de mejora continuada del proceso (O.P.T.). Ya que se ha llegado a la conclusión que para medir la evolución de una organización en el tiempo se ha de evaluar la productividad global de la empresa que viene delimitada por el rendimiento de la inversión (R.O.I.) y el balance social de la misma. Lo cual sitúa el problema en el terreno de la innovación social (cultura de la organización, etc.) y en la utilización de nuevos y más sofisticados medios de gestión y planificación que garanticen la Calidad de los Servicios de Salud.

LA CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN

Los hospitales, como la Universidad por ejemplo, son organizaciones donde la eficacia reposa esencialmente sobre la competencia de los profesionales que las componen. Este tipo de organizaciones no pueden evolucionar con la sola presión de una coerción externa de naturaleza tecnocrática o reglamentarista. Es necesario estudiar la cultura de la organización de modo que los valores y la filosofía se identifiquen con la «Misión» de la institución.

A una organización y al correspondiente sistema de dirección, le compete la función de ordenar los recursos de que dispone en las situaciones internas y del entorno, y

*La eficacia de la
organización
hospitalaria reposa
esencialmente
sobre la
competencia de los
profesionales que la
componen*

La cultura y la filosofía de la organización, junto a la definición de la estrategia, constituyen los elementos básicos del diseño de un moderno sistema de dirección y organización hospitalaria

orientar esa ordenación con criterios adecuados cara a lo que se quiera alcanzar, al estado de futuro.

La cultura de la organización viene determinada por el entorno en el cual se mueve y por su propia estructura. Esta cultura implica asumir un criterio de competitividad partiendo del propio individuo y de su capacidad de resolución de los problemas y, por otra parte, de lo que concierne a la confianza en la capacidad de la institución para ir asumiendo los cambios organizativos necesarios.

La eficiencia de una organización, de un sistema de dirección debe medirse siempre con respecto a la situación en la que está planteado y con respecto al estado de futuro que quiere alcanzarse. Por lo que es necesario analizar, los dos aspectos que determinan esta eficiencia:

1. *La filosofía de la organización*, que trata de definir los sistemas de valores que conducen a una unidad doctrinal o convergencia de esfuerzos para lograr una situación futura deseada, basándose no sólo en los recursos materiales y su cuantificación, sino en los comportamientos humanos o sistemas de valores que rigen como elemento común a todos los miembros de una institución sanitaria, dado que el índice de productividad depende mayoritariamente en este tipo de organizaciones de esta característica, la motivación, y no de otra, por lo que habrá que desarrollar estrategias de comunicación, imagen y motivación.

La evaluación de la cultura organizacional pasa por definir un sistema de valores que deben regir la orientación al futuro de la actividad asistencial. Sin una unidad doctrinal anclada en la filosofía de la organización, no puede darse respuesta a la flexibilidad exigida para crear estructuras organizativas y directivas con capacidad de descentralización y que, al mismo tiempo, concedan márgenes de creatividad e innovación que permitan conjugar la capacidad humana creativa con las exigencias de coordinación de un proyecto común caracterizado por una compleja división de trabajo.

2. *La definición de la estrategia*, que se va a seguir como procedimiento para alcanzar el estado de futuro vinculando las capacidades actuales disponibles.

Por lo tanto, estos tres componentes cultura, filosofía y

estrategia, constituyen los elementos básicos del diseño de un moderno sistema de dirección y organización hospitalaria, para con su utilización dar respuesta a un entorno avanzado, flexible y cambiante.

El punto de partida del plan estratégico es la «Misión». La definición de ésta tendrá una repercusión fundamental sobre el output, ya que no hay que olvidar que este no se reduce a un diagnóstico cuantificado económicamente (GRD) sino que representa una atención integral donde el clima asistencial de servicio es de vital importancia, sin olvidar que debe también encuadrarse en un contexto de avance científico, docencia y concienciación social. Plantear la misión hospitalaria desde otra perspectiva sería ir contra la naturaleza esencial del acto asistencial.

Se pueden diferenciar al menos tres tipos de misiones, los cuales están a veces contenidos en un solo principio, que tienen probada utilidad como fundamento para desarrollar estrategias y planes en variedad de empresas, incluyendo hospitales y otras organizaciones de atención sanitaria:

1. Un proyecto inspirador y altamente normatizado, descrito por Ackoff y otros, el cual dote a todos los integrantes de la organización y a todo lo que hacen con un sentido de propósito y de compromiso.
2. Un extenso compendio describiendo el rol de la organización y su propósito, el cual, en el caso de los hospitales, puede incluir la especificación de las principales funciones, filosofía, niveles de atención, servicios o especialidades, comunidades o mercados de servicio y relaciones con otros proveedores de atención sanitaria. En este sentido, a esto se le podría llamar una descripción del trabajo del hospital.
3. Una lista de creencias básicas, filosofías y valores que conduzcan a la organización. Estos principios «bases» que Thomas J. Peters y Robert H. Waterman, Jr. observan, son los que deben ser capaces de impulsar la vida de un hospital.

Constituir la «Misión» supone, en síntesis, crear el discurso organizativo fundamental del centro asistencial definiendo el ámbito simbólico referencial. Supone admitir

que este ámbito no es estático, sino que se encuentra en constante intercambio, componiendo un mercado en el que prevalecen unos subsistemas sobre otros, obedeciendo a criterios e intereses particulares.

EJEMPLO DE LA FORMULACIÓN DE LA MISIÓN DE UN HOSPITAL

MISSION STATEMENTS

Mount Sinai Medical Center
New York, N4 (1.212 camas)

PREAMBULO

En el contexto de las tradiciones judías de amistad y caridad el Mount Sinai Medical Center se somete a pautas de progreso en el arte y en la ciencia de la medicina hacia la excelencia clínica. Esta misión central (focus) consiste en una atención al paciente de alta calidad (high-quality patient care) y en una docencia impartida en una atmósfera de concienciación social y una profunda investigación de la naturaleza, causa, prevención y terapia de la enfermedad humana.

Artículo 1. LA ATENCIÓN AL PACIENTE.

En este centro médico académico, junto a la responsabilidad de la enseñanza y de la investigación en el laboratorio, el lado de la cama y en la comunidad, constituye la meta fundamental para todo el personal: una atención al paciente compasiva. Mount Sinai se esforzará en proveer la máxima atención al paciente, considerado como el modelo imprescindible para el aprendizaje.

Artículo 2. EDUCACIÓN.

El proceso de educación pretende graduar a los particulares quienes serán instados a una educación continuada a lo largo de la vida mientras

contribuyen de muchas y variadas formas a las necesidades de salud de la gente. Mount Sinai será el responsable de la certificación de los facultativos en el pregraduado, graduado y postgraduado, así como en la certificación de los científicos biomédicos en su graduación y además supervisará la educación de otros profesionales relacionados con la salud.

Artículo 3. INVESTIGACIÓN.

Puesto que la medicina es una ciencia derivada y se debe desarrollar dependiente, al menos de las ciencias biológicas, sociales y físicas, ninguna disciplina será excluida intencionalmente como irrelevante. Las investigaciones fundamentales y aplicadas serán ubicadas geográficamente próximas a las instalaciones clínicas. Mount Sinai animará, soportará y evaluará las ideas innovadoras y los programas en los servicios de salud.

Artículo 4. DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Mount Sinai participará como fuente nacional e internacional en la maduración, análisis y diseminación de la información pertinente para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Artículo 5. INTERÉS POR LA COMUNIDAD.

Mount Sinai será siempre sensible a las necesidades sociales y de atención sanitaria de las muchas diferentes comunidades a las que sirve. El centro será un participante en los esfuerzos para definir y solventar los problemas de los grupos y comunidades mediante su capacidad de desarrollar conocimiento científico, educación y servicio.

Artículo 6. ORGANIZACIÓN.

En el sistema de la libre participación, Mount Sinai se esforzará por crear un ambiente de desarrollo del trabajo estable favorable a la creatividad individual.

LA RACIONALIZACIÓN DE LA PRODUCCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Las dificultades crónicas de tesorería que padece la Seguridad Social y la situación poco satisfactoria de la economía en general alimentan regularmente el debate sobre la evolución de los gastos de sanidad, y fundamentalmente de los gastos de hospitalización, como ya se ha indicado. Podremos estar de acuerdo o no, sobre si hemos alcanzado el máximo nivel de gasto que nuestra economía se puede permitir en relación con los consumos, y la repercusión que un exceso de gastos tendría sobre la evolución de otros sectores de actividad (educación, industria, servicios sociales, etc.), pero esto no es más que la primera parte del problema y su respuesta es estrictamente política. La segunda parte de la cuestión que esto plantea, concierne a la eficiencia de la gestión hospitalaria.

La eficiencia de un sistema de gestión refleja directamente la calidad del Sistema Operativo de la Organización, definido este, como el conjunto de recursos materiales, humanos y tecnológicos cuya estructuración permita conseguir la misión encomendada

La eficiencia de un sistema de gestión refleja directamente la calidad del Sistema Operativo de la Organización, definido este, como el conjunto de recursos materiales, humanos y tecnológicos que deben ser estructurados y organizados de manera que capaciten a la organización para conseguir la misión encomendada. La dirección del S.O. consiste en la previsión, Planificación, Lanzamiento y Control de todas las actividades necesarias para obtener un servicio de calidad, rentable y eficiente. Estas técnicas de gestión conocidas como Dirección de Operaciones (Operations Management) deben integrarse en el ámbito de la Dirección y Planificación Estratégica para conseguir que los servicios sanitarios se adapten en todo momento a las necesidades de la población atendida en un contexto de humanización y eficiencia de la asistencia, que como ya se ha analizado, vendrá definido por la «Misión» de la organización.

LA ASISTENCIA SANITARIA COMO PRODUCTO

Pese a las resistencias que algunos profesionales de la salud oponen al considerar la prestación asistencial como un sistema de producción, desde el punto de vista económico la asistencia sanitaria no es otra cosa que el resultado de un sistema operativo que produce prestaciones de salud. Estas actividades de producción, por analogía con el sistema de producción industrial, puede ser mejor comprendidas como resultado de procesos y operaciones:

1. En un centro asistencial un *proceso* puede ser definido como un flujo continuo en el que tienen lugar la prestación de un servicio ya sea diagnóstico o terapéutico. Es decir, el conjunto de actividades que tienen lugar desde que se solicita la atención hasta que el paciente recibe el alta. En una empresa industrial consiste en la transformación de las materia primas a productos finales. En nuestro caso las etapas del proceso serían: solicitud de asistencia, lista de espera, admisión del paciente, análisis y exploración, diagnóstico, tratamiento y alta-revisiones (incluido reeducación).

Este proceso operativo o productivo puede a su vez clasificarse en cuatro categorías: actividad asistencial, inspección, transporte y espera, que afectan o pueden afectar a cada una de las etapas del proceso.

Con la optimización de este proceso se obtiene la disminución de los tiempos de espera en las diferentes etapas. Así, los problemas agudos en la gestión de los centros de salud que plantean las listas de espera, enfermos desplazados en otros departamentos, camas supletorias en los pasillos, etc., se solucionan en gran medida con la aplicación de estas técnicas.

2. Una *operación* es toda acción realizada por un hombre, una máquina o un equipo durante el servicio asistencial. La producción será el resultado de una o varias operaciones que se realicen en cada etapa del proceso asistencial. La estructura interna de una operación puede ser también analizada como sigue:

Desde el punto de vista económico la asistencia sanitaria no es otra cosa que el resultado de un sistema operativo que produce prestaciones de salud

- a) Operaciones de reglaje: se realizan antes y después de que un paciente o grupos de pacientes sean atendidos. La limpieza de quirófanos y preparación del instrumental, preparación de la habitación o consulta externa, son operaciones de esta naturaleza.
- b) Operaciones principales:
1. Operaciones esenciales: son las que se realizan directamente sobre el paciente con fines diagnósticos o terapéuticos. Es decir, intervenciones quirúrgicas, exploraciones, curas, alimentación, administración de fármacos, etc.
 2. Operaciones auxiliares: son el resto de operaciones relacionadas con los procesos asistenciales indirectamente: administrativas, aprovisionamiento, seguridad, etc.

Los procesos y operaciones están exhaustivamente explicitados a través de los protocolos de actuación médicos y de enfermería que describen, o deberían, las intervenciones quirúrgicas, procesos, diagnósticos y tratamientos que se realizan en los centros de salud. La investigación y el desarrollo científico en una institución sanitaria consiste en aplicar los conocimientos técnicos y científicos más eficientes para solucionar los problemas de salud que plantean los enfermos que son atendidos. Establecer estándares que evalúen las diferencias existentes entre los resultados esperados y los obtenidos en las actividades de los profesionales de la salud constituye el área de investigación fundamental de los modelos más avanzados para asegurar la calidad asistencial.

Pero antes de entrar en el análisis y descripción del sistema operativo asistencial y de su principal subsistema, el sistema de gestión de enfermos, debemos definir la misión de un centro asistencial, analizar el entorno externo para detectar las necesidades y con todo ello definir los planes estratégicos (largo plazo), tácticos y operativos que constituyen el input de información con el que se diseña y actualiza el sistema operativo asistencial (Health Care Systems Design). Actualmente la metodología de análisis empleada en los países industriales avanzados se conocen como Dirección y Planificación Estratégica

Con las directrices e información que nos dé el proceso de planificación estratégica definiremos a través del sistema de gestión de enfermos un flujo continuo de operaciones con controles que garanticen la calidad de acuerdo con un plan maestro de actividades y servicios. Este plan maestro será producto del estudio sistemático de los planes previstos, y en él se marcarán las necesidades y recursos materiales y humanos, es decir, lo que sería la aplicación de los sistemas industriales JIT (Just in Time) y MRP (Materials Requirement Planning) a la gestión de enfermos. Evidentemente esto no es posible aplicarlo sin la construcción previa de un complejo M.I.S. (Management Information System) soportado por las normas organizativas, subsistemas de información y circuitos que integran el sistema de gestión de enfermos, centro neurálgico de la actividad hospitalaria.

Por lo tanto, la dirección de operaciones del sistema operativo mediante el SGE se establecerá fundamentalmente a través de las siguientes funciones: previsión y tendencias, planificación, establecimiento del plan maestro, lanzamiento de las operaciones, control y feedback.

Esto en el plan operativo se traduce, por ejemplo, en una adecuada programación de las visitas en consultas externas, programación y planificación de las intervenciones quirúrgicas, asignación flexible de camas por servicios, planificación de las dietas en función de necesidades, aprovisionamiento de materiales fungibles en función de la previsión, coordinación entre servicios centrales, hospitalización y consultas externas, etc., todo ello en un sistema integrado de información.

LA DIRECCIÓN Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL SISTEMA OPERATIVO

A través de los años se ha descrito (D. Aaker, 1987) el proceso de desarrollo e implementación estratégico mediante técnicas tales como: presupuesto y control (1900), planificación a largo plazo (1950), planificación estratégica (1960) y dirección estratégica (1975). Estudios realizados

la aplicación de un sistema formal de planificación estratégica en los hospitales no se halla en la actualidad, salvo excepciones, ni siquiera en la fase de investigación y desarrollo

por la firma Mc Kinsey (importante empresa consultora especializada en planificación estratégica), han demostrado que la planificación estratégica formal evoluciona en las empresas individuales de una forma similar a los cuatro estadios históricos descritos. El objetivo de todas estas técnicas de gestión constituye el núcleo fundamental del trabajo directivo.

En la investigación realizada a este respecto por nuestro grupo en el seno del Programa Master en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud, hemos observado que la aplicación de un sistema formal de planificación estratégica en los hospitales no se halla en la actualidad, salvo excepciones, ni siquiera en la fase de investigación y desarrollo y son muy pocas las instituciones que han evolucionado en este sentido.

W.F. Christoffer lo define así:

"Cuando el negocio ha sido definido debemos obtener un conocimiento experto de la situación del negocio. Debemos entender donde estamos nosotros mismos, nuestra competencia, nuestros mercados, nuestra distribución, nuestro entorno y como hemos llegado hasta aquí. Debemos entender las tendencias significativas y percibir sus cambios cuando se desarrollen. Entendiendo el pasado, conociendo el presente y conceptualizando el futuro, podremos identificar las oportunidades en las cuales debemos concentrar nuestros esfuerzos y nuestros recursos. Mediante un negocio inteligente desarrollaremos la información que necesitamos para tomar decisiones finales en la definición del negocio, metas, estrategias y planes de acción".

Aunque el término de Dirección Estratégica es muy reciente, se dispone de un gran número de conceptos, modelos y métodos de gran utilidad y aplicación práctica en la gestión empresarial. Entre los conceptos destacan: grupos estratégicos, barreras de entrada y de salida, estructura de la industria, segmentación, posicionamiento, problemas estratégicos, puntos fuertes y débiles, competencias y activos distintivos, misión flexibilidad, factores claves de éxito, gap de uso, cultura y estructura de la organización, tipos estratégicos y estrategias globales. Los modelos y métodos empleados cubren el análisis de escenario, análisis

de impacto, sistema de información estratégico, los factores claves del éxito/parrilla de puntos fuertes de la competencia, curva de la experiencia, modelos de portafolio, matriz de entorno competitivo y la identificación de la competencia basada en los clientes.

La aplicación de estos conceptos, modelos y métodos al sector hospitalario es de gran utilidad y deberán integrarse progresivamente en los sistemas de gestión de nuestros servicios de salud, tanto públicos como privados, si se quiere obtener una verdadera eficiencia en la utilización de los recursos. Trabajos como "Strategic Thinking" Webber and Peters, "A Strategic Planning Process for Hospitals" Peters, o "Lo Marketing-Management Hospitalier" B. Dubois, exponen exhaustivamente el desarrollo e implementación de estas técnicas en la gestión hospitalaria con ejemplos concretos.

Para adaptar técnicas como la gestión por líneas de productos "Case Mix" a los hospitales públicos y demás organizaciones sin ánimo de lucro, se debe integrar la variable satisfacción del usuario para que realmente defina el output hospitalario, ya que la atracción de los clientes no regula el mercado al tener cada centro asignado un núcleo de población definido y no poder cambiar de centro aunque no quede satisfecho.

Establecida la misión, los elementos de la planificación estratégica se enumeran e integran como señala P. Reeves:

"Toda organización tiene una misión o propósito. La estrategia, es una aproximación integrada para poner en movimiento a la organización hacia el logro de su misión. La misión está en el nivel más alto, es un compendio de principios de lo que la organización debe llegar a ser. La estrategia ofrece las reglas del juego para llevar a cabo la misión, ante los cambios del entorno caracterizados por unos recursos limitados.

El plan es el proceso de la toma de decisiones en base a sus futuros efectos".

Junto con estos tres elementos básicos que enuncia el profesor Reeves en la cita anterior: misión, estrategia y plan, hay otros dos elementos igualmente esenciales que

*El plan estratégico
puede ser
entendido como la
toma de decisiones
sobre el estado de
futuro de la
organización*

deben estar incluidos en la lista: las acciones resultantes (Resulting actions) y los resultados deseados (Desired outcomes).

En términos sencillos, el plan estratégico puede ser entendido como la toma de decisiones sobre el estado de futuro de la organización. El proceso se desarrolla en varias fases. Aquí resumimos las que habitualmente tienen lugar:

1. La organización examina tanto lo que está pasando dentro como fuera de sus muros (Análisis interno y externo).
2. Esta hace suposiciones y previsiones sobre lo que cree puede ser su futuro (Forecasting and Trends).
3. Esta determinada como puede ser afectada por estos cambios anticipadamente, a veces preguntándose: ¿qué pasaría si la organización continuase así y no se hiciera nada (Evaluación).
4. Esta desde que estrategias intentará plantear, después de revisar todas las opciones para aprovechar las oportunidades o minimizar las amenazas percibidas.
5. Esta hace algunas elecciones contemplando las «mejores» estrategias, reconociendo a tres o cuatro estrategias como más operativas (Formulación estratégica).
6. Esta especifica las acciones, requeridas para desarrollar y activar las estrategias: quien será el responsable de llevar a cabo estas acciones, que recursos serán requeridos, cuando se llevará a efecto y como sabrá cuando y si estas acciones han conseguido los resultados deseados (Plan de acción).

En general los hospitales «excelentes» tienen un sentido muy fuerte de la misión y de un sistema de valores que la soporta, que motiva a su gente a hacer las «cosas correctas» en la forma «correcta». Pero también las organizaciones con misiones bien definidas pronto descubren que se necesita algo más para capacitarles a alcanzar sus filosofías y propósitos en un mundo cambiante. Este algo más es la estrategia.

En definitiva, la estrategia establece la dirección que ha de tomar una empresa, pero no indica que es aquéllo que debe ser hecho realmente para que la empresa vaya en esa dirección. Para hacerla operativa, la estrategia

La estrategia establece el plan y el plan soporta y lleva a término la estrategia

debe ser traducida a un plan que indique detalladamente qué es lo que debe ser realizado, cuándo, dónde, cómo, con qué recursos y por quién. Con otras palabras, la estrategia establece el plan y el plan soporta y lleva a término la estrategia.

DISEÑO DEL SISTEMA OPERATIVO

Los planes de acción, resultado del proceso de planificación estratégica, se traducen a nivel operativo en objetivos de actividad y calidad. Así, los principios generales de la organización se han de reflejar en un sistema productivo (operativo) flexible que se adapte en todo momento a las variaciones del entorno y satisfaga en definitiva las necesidades de la demanda. Es decir, que la información del proceso de planificación (tendencias y metas), junto con las características de la misión, del proceso y del entorno humano (cultura de la organización) surge el diseño total del sistema operativo (Buffa, 1973):

En un centro de salud hay que seguir las siguientes fases:

- Previsión y tendencias (a medio y largo plazo).
- Análisis estratégico (área de influencia, diagnósticos más frecuentes, etc.).
- Definición del producto/servicio (agudos, crónicos, niños, tipos de patologías, etc.).
- Descripción del sistema operativo.
- Asignación de recursos.
- Distribución en planta (lay-out).

Este proceso es interactivo y debe dar respuesta a los objetivos que marque la dirección estratégica actualizándose constantemente. Es decir, que la aparición por ejemplo de cambios tecnológicos en el tratamiento diagnóstico de las enfermedades, la aparición de nuevas enfermedades o nuevas formas de asistencia (por ejemplo, asistencia domiciliaria), originará cambios en la planificación y ejecución de la actividad.

La previsión y tendencias se deberán situar a dos niveles dentro del diseño del sistema operativo de un centro asistencial de salud. Primero en la fase de diseño y

El sistema de información se estructura en el sistema de gestión de enfermos (S.G.E.)

En nuestro país, ni los sistemas de información, ni las técnicas epidemiológicas, se han integrado en el proceso de planificación

posteriormente en la fase de actualización periódica que el sistema debe realizar para adaptarse al entorno.

La previsión intenta conocer anticipadamente el entorno futuro, sus oportunidades y amenazas, utilizando para ello métodos proyectivos y prospectivos. También busca conocer las tendencias en el futuro de la propia organización. La previsión es la base en la que se orienta la planificación.

La obtención y análisis de la información necesaria para la previsión y la planificación en la fase de diseño se realiza a través de diferentes indicadores epidemiológicos de la zona de influencia del centro asistencial. Para la reactualización del sistema operativo deberemos tener diseñado nuestro propio sistema de información, que como más adelante veremos se estructura en el Sistema de Gestión de Enfermos (S.G.E.). Como argumenta Knox (1981):

"La contribución de la epidemiología a la atención de la salud es esencialmente evaluativa. Es decir, la epidemiología tiene que ver con la evacuación previa de las propuestas alternativas dentro de las evaluaciones post-hoc en los programas completados".

En nuestro país, al igual que los sistemas de información, las técnicas epidemiológicas no han sido integradas en el proceso de planificación y la información está dispersa, con lo cual no se dispone de los indicadores apropiados para la planificación. La forma más adecuada de hacer uso de esta metodología de análisis es incluir los grandes indicadores epidemiológicos, natalidad, mortalidad y morbilidad, junto con los indicadores demográficos y socio-económicos en el proceso de planificación de los servicios y desarrollar a través de asociaciones científicas y sistemas matriciales de planificación, bases de datos y registros que aporten información fiable para la previsión de los servicios en sus diferentes fases. Así, este sistema de información sanitaria nos aportará los datos sobre las necesidades y problemas sanitarios del área de salud

La información necesaria para la planificación del Sistema Operativo y en definitiva para la toma de decisiones, tanto en los niveles estratégicos como táctico y operativo, comprende las siguientes áreas:

1. Mercado y perfil de competitividad en el área de salud en que esté integrada la institución: información demográfica, epidemiológica, otros servicios del área, etc.
2. Análisis interno: perfil global de competitividad.
3. Perfil de los servicios médicos.
4. Perfil de los pacientes.
5. Perfil financiero: tendencias de los ingresos y gastos por servicios, cash flow y desembolso de capital, etc.

Es importante considerar que, integrado en este sistema de información operativo que nos va a dar los datos de la actividad y calidad de nuestros servicios, paralelamente hay que instaurar un sistema de información financiera que analice los costes para así estar en condiciones de medir la eficiencia del sistema.

Sin entrar en la problemática que representa el diseño de un sistema de costes, hay que destacar la importancia que su conocimiento tiene a través de la doble función que cumple en la gestión:

- En primer lugar, informa a directores, médicos, centros de responsabilidad en general y responsables externos del hospital de aspectos tan importantes como son: precio de coste de una estancia, de un examen clínico, de una intervención, etc.
- Por otro lado, permite tomar decisiones en mejores condiciones. Los ejemplos de esto son muy numerosos: ¿Qué tarifa se debe aplicar a tal actividad? ¿Se puede o no poner en marcha tal actividad contenida en la previsión presupuestaria? ¿Cómo prever los presupuestos) Etc.

COMPONENTES DEL SISTEMA OPERATIVO

El Sistema Operativo está integrado por las áreas Clínico-Asistencial, Económico-Financiera y Servicios Generales

El sistema operativo, está integrado por las siguientes áreas: Clínico-Asistencial (División médica y de enfermería), Económico-Financiera y Servicios Generales (Hostelería, Mantenimiento, Compras, Almacén, etc.).

El área Clínico-Asistencial se estructura a través de servicios asistenciales (especialidades médicas) que atienden un tipo específico de patología en régimen ambulatorio (consultas externas) o en hospitalización, en función de la gravedad del caso médico. Algunos casos requieran ser interve-

nidos quirúrgicamente para lo cual es necesario dotar a estas especialidades de las instalaciones necesarias. Cada tipo de actividad necesita personal médico y de enfermería especializado y unos servicios diagnósticos comunes (laboratorio, radiología, etc.) y terapéuticos (farmacia, etc.).

Por otro lado cada proceso diagnóstico-terapéutico debe seguir unos pasos «hojas de ruta» que vienen definidas por los protocolos de actuación.

Desde un punto de vista funcional se puede decir que el sistema operativo de un hospital está compuesto de servicios asistenciales que pueden ser directos, indirectos y centrales; servicios auxiliares (farmacia, cocina, lencería, etc.) y una estructura administrativa y de gestión. En cada módulo se generan unos productos o prestaciones necesarias para el proceso asistencial. Los productos son: primera consulta, consulta sucesiva, consulta especializada, urgencia y estancia. Las prestaciones son: analítica, radiografía, quirúrgicas y anestesia, exploraciones, etc. Todas ellas dependen del modelo económico-productivo que hallamos diseñado.

Durante el proceso productivo se establecen dos tipos de flujos. Uno de materiales: farmacia, alimentación, lencería y esterilización; y un flujo de pacientes. El objetivo final del sistema es conseguir un flujo continuo de pacientes, a los que se les debe realizar una serie de prestaciones a un nivel máximo de calidad y un coste óptimo. La planificación, dirección y organización de este flujo de enfermos se realizará a través del Sistema de Gestión de Enfermos (S.G.E.).

DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE ENFERMOS

Como hemos dicho el S.G.E. constituye un sistema de información que regula la actividad hospitalaria (clínica, de pacientes y organizativa) es decir, el sistema operativo del hospital y todos los subsistemas que lo controlan: la hostelería, farmacia, almacén y mantenimiento, funcionan con las previsiones que realiza el S.G.E.

El diseño de un S.G.E. que integre toda la información necesaria para una utilización eficiente de los recursos que

Del correcto diseño de un S.G.E. dependerá, en gran medida, que un centro asistencial preste o no un servicio médico-clínico óptimo, de calidad y humanizado

configuren el sistema operativo es pues fundamental y de ello va a depender en gran medida, que un centro asistencial preste o no un servicio médico-clínico óptimo, de calidad y humanizado.

"Los sistemas de información (S.I.) son estructuras que recogen, almacenan, analizan y transmiten la información necesaria para la organización y gestión de los servicios sanitarios" (OMS: Health Information Systems, Copenhagen, 1983).

Ahora bien, en los hospitales la oferta de información es muy considerable ya que por las características de la actividad desarrollada se genera mucha información: registros, peticiones, listas, etc. Pero esta información suele estar dispersa y tener una escasa elaboración de sus datos, con lo que se convierte de hecho en un subproducto de la actividad, siendo muy exigua su utilización para la toma de decisiones.

LOS COMPONENTES DEL S.G.E

1. Población. Pacientes.

Constituye el módulo externo del sistema, la demanda. Es la población potencial que forma el área de influencia (sector sanitario) subsidiaria del hospital.

Este flujo de pacientes ha de ser analizado con técnicas epidemiológicas, ya que un adecuado estudio de las pirámides de población, morbilidad de la zona, análisis del medio ambiente, etc., nos da las variables de entrada del sistema. Este estudio, dada la cultura sanitaria de nuestro entorno, se deberá completar con técnicas de intervención de mercados, y así cuantificar las necesidades de la población de la zona de influencia del hospital.

2. Admisión. Módulo de entrada al Sistema Hospital.

El S.G.E. constituye la «llave» de entrada al sistema de gestión de enfermos. Se distinguen funcionalmente tres puertas

(«gates») de entrada: admisión de consultas externas, admisión de hospitalizaciones y admisión de urgencias.

En cada uno de los módulos hay registros normalizados que recogen los datos administrativos y clínicos. El servicio de admisiones centralizado funciona como cabeza jerárquica de un sistema de información que regula los recursos asistenciales tanto de urgencias como de hospitalización.

3. Servicios asistenciales. Módulos operativos directos.

Constituyen los módulos operativos donde se desarrolla la actividad específica del hospital, la atención sanitaria. En función de la especialidad de que se trate el servicio realiza su actividad en un submódulo u otro: consultas externas, hospitalización, bloque quirúrgico o servicio de urgencias.

4. Servicios Centrales. Módulo operativo indirecto.

Su actividad se produce como demanda del resto de los servicios asistenciales, no obstante en ocasiones recibe pacientes directamente del exterior, remitidos por profesionales externos al hospital. Está constituido por: laboratorio de análisis clínicos y servicio de radiodiagnóstico.

LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Como decíamos a la hora de definir la misión del servicio de salud, uno de los fines y principios fundamentales que debe estar presente en cualquier formulación, es el que hace referencia a la prestación del servicio con una "alta calidad en el cuidado o atención al paciente".

Así todo lo expuesto anteriormente no son más que vías y procedimientos para, al final, llevar a cabo de manera eficiente este principio.

Pues como, por ejemplo, dice Vuori:

“La clasificación del a veces confuso material existente relacionado con la investigación de la calidad y el control de la misma, presupone un marco conceptual con todas las variables y atributos que pueden usarse para describir sistemáticamente estas actividades. En la elaboración de este marco han de utilizarse dos conceptos:

1. Investigación de la calidad y su control como evaluación.

2. Asistencia sanitaria como proceso de producción».

Dada la creciente complejidad de la prestación de los servicios de salud y de su naturaleza intrínseca, es necesario abordar la problemática que plantea la calidad de los servicios bajo diferentes enfoques: Planificación, Gestión, Estructura, Proceso, Resultado y Educación; para obtener una visión de conjunto de todas las variables que actúan sobre los tres objetivos que consideramos fundamentales en toda atención a la salud: la satisfacción del paciente, la satisfacción del profesional y la rentabilidad económica y social del servicio (eficiencia).

Dar un repaso aunque fuera somero de todos estos aspectos excede con mucho a las dimensiones y características de este trabajo, con lo que nos hemos de limitar a su enumeración y realizar algunas reflexiones entorno a ellos.

¿QUÉ ES LA CALIDAD ASISTENCIAL?

La calidad asistencial depende de la calidad científico-técnica y de la calidad del proceso interpersonal

Antes de entrar en la metodología de evaluación de la calidad debemos definirla analizando los elementos que la integran y los diferentes contextos desde los que se ha intentado definir.

1. Elementos básicos de una definición.

La prestación de atención de salud se compone (Donabedian 1968) de tres elementos fundamentales:

- La atención científico-técnica.
- El proceso de relación interpersonal.
- El contexto en que se produce.

Si bien este último elemento demuestra un interés por la satisfacción del paciente Así la calidad de la prestación

dependerá fundamentalmente de:

- *La calidad científico-técnica:* "El grado de calidad científico-técnica es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios al aplicar la ciencia y tecnología médica"

- *La calidad del proceso interpersonal:* Es más difícil de valorar ya que la relación interpersonal está influida por valores, normas, expectativas y aspiraciones de pacientes y profesionales. Se afirma que este proceso constituye el llamado «arte» de la medicina.

Según ésto, una atención de calidad es aquélla que proporcione al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haberse tomado en cuenta el balance entre beneficios y riesgos (yatrogenia) esperados que acompañan al proceso asistencial en todas sus fases.

Este concepto es la base fundamental de los valores, ética y tradiciones de las profesiones de la salud: "Cuanto menos no dañar, usualmente hacer algún bien e, idealmente, realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada"

Con el paso del tiempo, la evolución de las ciencias médicas, la complejidad de las instituciones de salud, el aumento demográfico, la aplicación de nuevas tecnologías y el incremento de los costes, la definición de la calidad asistencial en un principio muy simple, se ha complicado considerablemente, como veremos más adelante

2. Beneficios, riesgos y costes: la calidad óptima.

Además de la importancia social que los servicios de salud tienen en los países desarrollados, dado el gran incremento que han experimentado sus costes, tienen una gran repercusión económica. La tabla siguiente muestra algunas cifras significativas que ha publicado la O.C.D.E

5,6% del P.I.B. de gastos públicos.*

7,2% del P.I.B. de gastos privados.*

9,1% consumos finales públicos y privados.*

9,6% consumo final público y privado en España.**

* Esta cifra representa el porcentaje medio de los países de la O.C.D.E.

** El presupuesto del Estado para sanidad supera el billón de pesetas.

La sanidad representa también, una de las principales fuentes de empleo, 5% del empleo.

Esto hace que, como en la industria, el coste de los servicios tenga un papel importante en la definición de la calidad. Es lógico que se espere un aumento de calidad proporcional al aumento de los costes, lo cual será un signo de la rentabilidad de la inversión, sobre todo si además, como frecuentemente ocurre, se produce un aumento de la productividad. Pero habitualmente esto no es así, debido fundamentalmente a la ineficiencia de los métodos y procesos de producción. Los recursos están mal distribuidos y son utilizados de una manera ineficiente, los papeles de diferentes actores: médicos, enfermeras, auxiliares, etc. están mal definidos y el sistema productivo (operativo) mal diseñado con lo cual no se optimizan los procesos.

Fundamentada en la variable del coste, Vuori 1980, diferencia entre calidad óptima y calidad lógica (Donabedian 1966), concepto este último que deriva de la teoría de la información, partiendo del empleo racional y juicioso de la información para la toma de decisiones y que describiremos más adelante.

- *La calidad óptima:* Las razones por las que la calidad de las prestaciones es un problema de optimización son: la calidad recibe un significado diferente para cada uno y varía según la situación y el contenido de la atención.

La definición funcional de la calidad usada en la industria: la calidad es la aptitud de un producto, fabricado

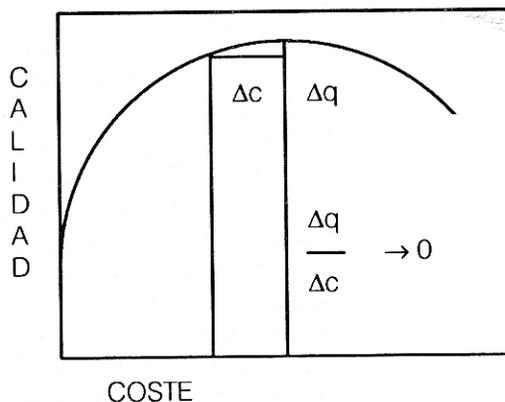
Así los factores que determinan la calidad óptima son el coste de las prestaciones y los beneficios que ellas reportan

al menos coste, para servir a los fines a que está destinado, constituye un ejemplo práctico de optimización.

Así los factores que determinan la calidad óptima son el coste de las prestaciones y los beneficios que ellas reportan.

La elección de la calidad óptima constituye una de las cosas más difíciles en la producción de prestaciones de servicios. Habrá que analizar estas tres variables:

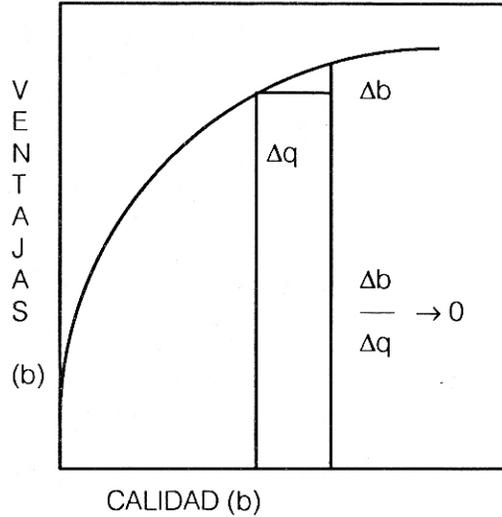
- Relación entre calidad/coste.
- Relación entre ventajas/calidad.
- El coste y ventajas de mejora de la calidad de las prestaciones.



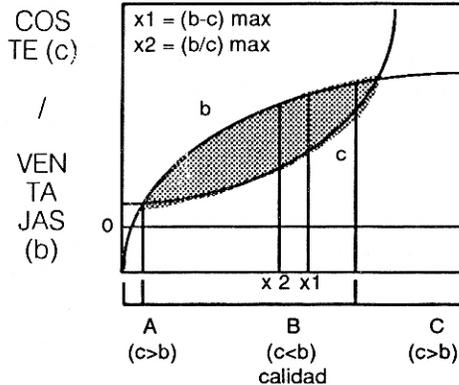
El coste marginal de las prestaciones de salud aumenta progresivamente hasta un límite tras el cual un aumento de recursos corre el riesgo de provocar una disminución (*) de la calidad (mala comunicación entre los profesionales, yatrogénia, etc.).

(*)

$$\frac{\Delta q}{\Delta c} \rightarrow 0$$



La relación entre las ventajas y beneficios se comporta de manera un poco diferente. Cuando la utilidad de las prestaciones es mediocre puede acarrear graves problemas ya-trogénicos y cuando aumenta, leves mejoras implican grandes ventajas, hasta llegar a un dintel tras el cual la utilidad marginal de las prestaciones disminuye con cada incremento de la calidad. Así un incremento del grado de certeza diagnóstica de 70% a 90%, multiplicando las pruebas diagnósticas por ejemplo, implica un gran incremento de utilidad marginal. Por contra, pasar de 90% a 95% de certeza, puede ser un lujo al no modificar la terapéutica elegida.



La figura anterior representa la relación entre ventajas y el coste de producción de las prestaciones según su calidad y resume lo dicho hasta ahora. En ella se distinguen tres zonas:

- a) El coste sobrepasa a la utilidad.
- b) Las ventajas son superiores a los costes. Zona de rentabilidad.
- c) El coste marginal sobrepasa las ventajas marginales de las mejoras de calidad.

En la zona B se distinguen dos puntos donde la calidad es óptima:

$X_1 = (b-c) \max$: mayor diferencia entre la utilidad y el coste del producto. Es la preferida por los consumidores.

$X_2 = (b/c) \max$: representa la utilización más rentable de los recursos. Es la calidad óptima desde el punto de vista de los productores.

Esto puede provocar tensiones entre productores y consumidores. Pero en salud esta diferencia varía con respecto a otros sectores de producción al asociarse profesionales de la salud y consumidores para exigir una calidad superior a la óptima en el contexto de un sistema que les permite ser indiferentes frente a los gastos. Teniendo en cuenta todas estas circunstancias, como afirma Vuori (1984) al definir la calidad se debería precisar:

- Calidad para quién.
- Calidad definida por quién.
- Calidad destinada a qué.

3. Los pacientes y la definición de la calidad.

Los pacientes son los definidores primarios de la calidad, con sus valores y expectativas del proceso interpersonal

Los pacientes son los definidores primarios de la calidad, con sus valores y expectativas del proceso interpersonal. Así, la satisfacción del paciente es en sí un objetivo y un resultado de la atención.

Es por tanto un instrumento muy valioso a la hora de evaluar la bondad de la calidad referida a:

- Aspectos hosteleros.
- Aspectos técnicos.
- Características de la atención interpersonal.

- Consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas y sociales.

La satisfacción del paciente tiene, pues, una doble relación con la calidad. En la medida que representa un beneficio, es núcleo fundamental de la definición; y en la medida, que es juicio de valor sobre la calidad, no forma parte de la definición, pero es fundamental a la hora de representar ciertos componentes, expectativas y valoraciones.

4. La satisfacción del profesional.

Como se ha indicado la calidad se basa en la satisfacción de los pacientes incide en el mejor desempeño de sus actividades profesionales y por lo tanto es un factor causal más de la buena atención. Constituye, pues, un criterio que debe regir la organización asistencial, ya que ésta debe servir a los intereses de los clientes (pacientes) y los profesionales que la integran. Por ello, la importancia del desarrollo de una cultura de la organización activa como instrumento para estimular la satisfacción de los profesionales.

Los estudios realizados por la O.M.S. y la A.P.H.A. (Asociación Americana de Salud Pública) resumen las variables fundamentales que influyen en la definición de la calidad en:

1. Eficacia: balance entre impacto efectivo y su impacto total en una situación ideal.
2. Rentabilidad: medida de la relación entre impacto efectivo y coste de la producción.
3. Grado de adecuación: entre la oferta y la demanda.
4. Satisfacción de consumidores y profesionales.
5. Accesibilidad: es la posibilidad para un consumidor de obtener las prestaciones, en cantidad suficiente y a precio razonable.
6. Calidad científico-técnica: grado de aplicación en la atención de los conocimientos y técnicas médicas actuales.
7. Continuidad: tratamiento global del paciente en el tiempo.

La O.M.S. resume la definición de la calidad en estos términos: *"Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir la óptima atención sanitaria, teniendo en cuenta*

todos los factores y las condiciones del paciente y del servicio médico para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de yatrogénia y con la máxima satisfacción del paciente en el proceso"

¿CÓMO EVALUAR LA CALIDAD?

El primer enfoque metodológico sobre la evaluación de la calidad asistencial lo hizo Donabedian (1968), analizándola bajo tres aspectos.

1. Proceso asistencial.

Se define como una serie de operaciones que se llevan a cabo entre profesionales y pacientes. La calidad de este proceso viene definida como un comportamiento normativo derivado de las ciencias médicas y de la ética o valores de la sociedad. Así, para evaluar la asistencia médica hay que evaluar este proceso.

2. Estructura.

La constituyen los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para realizar el servicio asistencial. Son elementos de estructura: los factores de producción, el tipo de seguro social, la organización médica, la ausencia o presencia de control de calidad etc.

Se considera una estructura adecuada, la que aporte unos recursos y un sistema apropiado como medio más importante para promover y proteger la calidad asistencial. Además, debe incorporar un mecanismo bien planificado para monitorizar la calidad de la asistencia y actuar de acuerdo con sus hallazgos.

3. Resultados.

Supone un cambio del estado actual y futuro del paciente atribuible a la actuación asistencial, que incluye mejoras de las funciones sociales, psicológicas y fisiológicas. Se considera como un resultado, la satisfacción del pa-

La altura de la organización y la racionalización de la producción son factores clave para el desarrollo de las políticas de calidad asistencial realmente eficientes

ciente y su educación sanitaria adquirida.

CONCLUSIÓN

En este trabajo hemos querido señalar la importancia que revisten metodologías como las dos primeras descritas, la cultura de la organización y la racionalización de la producción, para crear las condiciones de desarrollo de políticas de calidad asistencial realmente eficientes. Este es para nosotros el problema principal, esto es, la modernización de la gestión de los hospitales para conseguir que estos presten una asistencia sanitaria del alta calidad en el cuidado a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- AAKER, D.: "Management estratégico del mercado". Ed. Hispano Europea, S.A., 1987.
- ACKOFF, GHARAJEDAGUI and FINNEL: "A guide to controlling your corporation's future". New York City: John Wiley and Sons, 1984.
- BUFFA: "Dirección de operaciones. Problemas y Modelos". Ed. Limusa-Wcley 1973.
- CHRISTOPHER, W.F.: "Management for the 1980's". Englewood Clift, NJ: Spectrum Book-Prentice Hall, Inc, 1980.
- DUBOIS, B.: "Le Marketing-Management Hospitalier". Ed. Berger. Levrant, 1987.
- DONABEDIAN, A.: "La calidad de la atención médica". Ed. La Prensa Médica, S.A. México, 1984.
- DONABEDIAN, A.: "The definition of quality and approaches to its assessment". En: Exploration in quality assessment and monitoring. Vol 1. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980.
- KNOX, E.G.: "La epidemiología en la planificación de la salud". Siglo XXI Editores, S.A. México, 1981.
- PETERS, J.: "A strategic Planning Process for Hospitals". American Hospital Publishing, Inc, 1985.
- PETERS, T. and WATERMAN, R.M. Jr.: "In Search of exce-

- lence". New York City: Harper an Row, Inc, 1982
- PUMPIN, C. y GARCÍA ECHEVARRIA, S.: "Cultura empresarial". Ed. Díaz de Santos, S.A. 1988.
- REEVES, P.: "Strategic Planning for Hospitals" Chicago: Fundnation of the American College of Hospital Administrators, 1983.
- PINEAULT, R. y DAVELUY, S.: "La planificación sanitaria" Masson, S.A., 1987.
- VUORI, H.: "L'assurance de la qualité des prestations de santé". Copenhagen, O.M.S., 1984.
- WEBBER, J. and PETERS, J.: "Strategic thinkins: New frontier for hospital management". Chicago Amerian Hospital Association, 1983