



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO HOSPITALARIO.

La decoración del entorno y los efectos de su implantación

Autor: Rocío Güell Álvarez de las Asturias Bohorques
Director: Carmen Escudero Guirado

Madrid
Marzo de 2014

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas





Cuando se habla de estrategia se está hablando necesariamente de futuro, y cuando se habla de comunicación estamos hablando de personas, las cuales integran sus conocimientos y sus comportamientos. La interrelación entre ambas -estrategia y comunicación- constituye, sin duda, la acción humana permanente (...). Por lo tanto, la preocupación por la estrategia y por la comunicación no es sólo meramente teórica, sino que constituye la exigencia permanente de la práctica para encontrar una respuesta a este condicionamiento decisivo del éxito o fracaso de personas e instituciones.

Santiago García Echevarría (2001:17)¹

¹ GARCIA ECHEVARRIA, S., "Prólogo", en PEREZ GONZALEZ, R.A., Estrategias de comunicación, Barcelona: Ariel, 1ª ed., 2001, p. 17

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas





Resumen.

En medio del debate político entorno a la sonada insostenibilidad del Sistema Sanitario Español a futuro, los investigadores se ven obligados a reflexionar acerca del fundamento de las instituciones hospitalarias con miras a un mejor aprovechamiento de los recursos y una optimización en la gestión de los mismos. A través de este estudio, se persigue presentar la comprensión de la optimización de la calidad asistencial en el servicio sanitario mediante la modificación del aspecto físico y decoración de los centros sanitarios revisando la literatura existente y profundizando en las repercusiones que reportan dichos cambios.

Palabras clave: optimización, calidad asistencial, servicio, gestión hospitalaria, decoración, entorno, repercusiones.

Abstract.

In the middle of the political debate on the future unsustainability of the Sanitary National System in Spain, researchers feel the responsibility to rethink about the purpose and mission of hospital institutions in order to achieve a better use of the resources and an improvement on their management efficiency. This study is aimed at trying to understand the optimization of health welfare by changing the physical environment, going through the existing literature and analysing the effects that the above mentioned changes bring.

Key words: Optimization, welfare quality, service, hospital management, decoration, environment, effects.

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas



Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas



A Gonzalo y a mis padres; Victoria e Ignacio.

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas





ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. EL HOSPITAL COMO EMPRESA.	17
3. GESTIÓN HOSPITALARIA Y SU ESCENARIO EN ESPAÑA.....	23
4. CONCEPTO Y MEDICIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO HOSPITALARIO.....	29
4.1 Concepto de calidad en la asistencia sanitaria.	29
4.2 Calidad asistencial y eficiencia como conceptos indisociables.	31
4.3 Medición de la calidad asistencial sanitaria en el servicio.	34
5. EL ENTORNO EN LA HOSPITALIZACIÓN.	39
5.1 El paciente hospitalizado.	39
5.2 La decoración de las Instalaciones Hospitalarias. Origen y actualidad.....	41
5.3 Efectos de la decoración hospitalaria en el paciente.....	44
6. CONSECUENCIAS DE LA IMPLANTACIÓN DE CAMBIOS EN LA DECORACIÓN EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA.	51
6.1 Análisis sobre la Estructura de Costes.	51
6.2 Marketing hospitalario y calidad asistencial.....	57
6.2.1 Marketing externo; De orientación al cliente.	60
6.2.2 Marketing interno; De orientación al personal sanitario.	64
6.3 Vínculo con la Responsabilidad Social Corporativa y la Ética Empresarial. ..	69
7. CONCLUSIONES.	73
REFERENCIAS	

ANEXOS

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas





ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	<u>PÁG.</u>
1. Proceso productivo hospitalario desde la perspectiva del paciente	18
2. Ciclo de hospitalización	19
3. Indicadores básicos de los centros hospitalarios según la finalidad de los mismos	23 y ss.
4. Tipos de procesos productivos en un Hospital	28
5. Clasificación de los Sistemas Sanitarios en función de su eficiencia	33
6. Implantación de un Programa de Calidad Asistencial	36
7. Ejemplos de implantación de técnicas decorativas ligadas a la conexión con la naturaleza	46
8. Ejemplo de implantación de técnicas decorativas ligadas al cuidado de los detalles	48
9. Ejemplo de implantación de técnicas decorativas ligadas al acceso de familiares y amigos	49
10. Relación calidad asistencial y costes totales	53
11. Curva de Costes Totales	54
12. Relación Productividad y Calidad	56
13. Función del marketing hospitalario	59
14. Siete Ps. Gestión del Marketing Hospitalario	62
15. Pirámide invertida de Kotler	65
16. Influencias en las decisiones sobre RSC	70

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas





1. INTRODUCCIÓN.

Objetivos. A través de este trabajo de investigación se persigue presentar la comprensión de una de las últimas técnicas de gestión de la calidad en el servicio sanitario consistentes en la modificación del aspecto físico de las instituciones hospitalarias, por las consecuencias tan positivas que dichos cambios reportan y que se verán desarrolladas en este proyecto en relación a su repercusión en los costes de gestión, estrategia de *marketing* a implantar y Responsabilidad Social Corporativa del hospital.

Diversos estudios demuestran los efectos inmediatos que en la recuperación de los pacientes produce el acondicionamiento de las habitaciones empleando determinadas técnicas decorativas. Sin embargo, la intención de este trabajo de investigación no es detenerse en un análisis de las consecuencias médicas o curativas sino dar un paso más, comprobando la repercusión que todo ello genera en la globalidad de la institución como unidad de negocio.

Concretamente, se analizará cómo se refleja en los costes o si mejoran aspectos de eficiencia, en qué medida se ve afectada la imagen y comunicación del hospital y finalmente en qué medida se relaciona con la dimensión de la ética empresarial.

Mediante la revisión de la literatura existente se intentará comprender la magnitud de este fenómeno que, nacido en Estados Unidos, apunta a ser de obligada implantación en los hospitales de mayor prestigio de España en un futuro próximo.

Metodología. Para su realización se recurre al método de investigación deductivo el cual: “mediante inferencias lógicas constituye una cadena de enunciados, cada uno de los cuales es una premisa o conclusión de otro que le es próximo según las leyes de la lógica” según Hernández (2006: 35)².

Dado que se trata de examinar una nueva estrategia de gestión de calidad en el servicio sanitario con el fin de comprender las importantes repercusiones que genera en la gestión

² HERNÁNDEZ MELÉNDRIZ, E., “Metodología de la Investigación”, Cómo escribir una tesis, 2006, Pg. 35



hospitalaria, esta metodología parece la más adecuada, toda vez que permite el desarrollo ordenado de matices y la profundización en la literatura existente de cada uno de ellos.

En aras a garantizar la mayor documentación posible, se ha hecho uso tanto de fuentes bibliográficas primarias como secundarias. Para ello, han resultado profundamente útiles las bases de datos científicas de *Dialnet*, *EBSCO*, *AtoZ* e *ISI Web of Knowledge* en la búsqueda de manuales y artículos relevantes. También se ha utilizado documentación proporcionada por Instituciones Nacionales como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad así como del Instituto Nacional de Estadística.

Asimismo, otras fuentes de utilidad han sido las proporcionadas por centros especializados en el sector de análisis y por último, se ha hecho uso de la información obtenida con la propia experiencia al haber estado en contacto directo con pacientes y personal sanitario intercambiando opiniones durante largos periodos de tiempo, lo que sin duda, ha enriquecido el trabajo elaborado.

Estado de la cuestión. De acuerdo con el Sistema de Cuentas de Salud dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (en lo sucesivo MSSSI), España gastó en sanidad 98.860 millones de euros en 2011, alrededor de un 9,3% del PIB. (MSSSI, 2012, citado por Puig, 2013)³

Afirma la Estadística del Gasto Sanitario Público, que actualmente alrededor del 30% del gasto sanitario total español es privado mientras que el 70% restante constituye gasto público (EGSP, 2008, citado por García Calatayud, 2009)⁴. Explica Puig (2013; 18) que: “[d]e éste último, unos 506 millones de euros corrieron a cargo de las cuentas públicas estatales mientras que los 66.066 millones restantes, fueron asumidos por los presupuestos autonómicos en 2011”. (Véase Anexo 1)

³ PUIG SAMPER, F., “El gasto sanitario en España”, Cuadernos de Información Sindical, nº36, Madrid, noviembre de 2013, Pg. 12

⁴ GARCÍA CALATAYUD, ML, “Private health expenditure: data sources and estimation methods”, Workshop on Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework in Spain, París, junio de 2009, Pg. 5



Afectadas por una reducción en sus ingresos como consecuencia de la crisis, las Comunidades Autónomas se han visto obligadas a recortar esta partida en 5.400 millones entre el 2010 y 2012.

Según los datos disponibles, se produjo una brecha de 8000 millones entre los 72000 millones gastados en sanidad por la Administración y los 64000 presupuestados. Esta cantidad tuvo que ser soportada por los proveedores y posteriormente subsanada por el Estado mediante políticas de rescate. En 2012 el Ministerio de Hacienda puso en marcha un Plan de Pago a Proveedores, un mecanismo extraordinario de financiación para las Comunidades Autónomas con miras a aliviar temporalmente esta situación de la industria farmacéutica y sanitaria.

Alarmanamente, los estudios indican que:

[D]e cumplirse las previsiones del Fondo Monetario Internacional, la Economía debería crecer un mínimo de 1,4% anual entre 2013 y 2016 para garantizar el mantenimiento de la Sanidad pública, si no se adoptan reformas para controlar el gasto. El crecimiento medio anual del gasto sanitario público español esperado para el citado periodo se estima en el 4,4%, aunque hay una notable variabilidad entre Comunidades Autónomas.

Abellán (2013:7)⁵

Ante dicha perspectiva de futuro, estas se han visto en la necesidad de plantear nuevas formas de afrontar la financiación y dirección de los centros sanitarios proponiendo entre otras alternativas la conflictiva gestión indirecta (mediatizada bajo el término privatización) de los servicios sanitarios, subrayando la necesidad y urgencia de modificar el sistema de salud el cual califican como insostenible. (Véase Anexo 2)

En medio de este debate político entorno a lo que Sánchez Bayle (2013:5)⁶ califica como: “mercantilización de la salud” en España, los investigadores se ven obligados a reflexionar acerca del fundamento de las instituciones hospitalarias con miras a un mejor

⁵ ABELLÁN PERPIÑÁN, JM., et al., “El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas”, Fundación BBVA e Ivie, Madrid, julio de 2013, Pg. 7

⁶ SÁNCHEZ BAYLE, M. et al., “Fundación 1 de Mayo”, en ESTUDIOS, Sostenibilidad de la Sanidad Pública en España: Hay alternativas a la privatización sanitaria, Madrid, julio de 2013, Pg. 5



aprovechamiento de los recursos, encontrando en el paciente su razón última de ser y planteando en torno al mismo nuevas formas de optimización de la gestión convencidos de que asegurando su eficiencia, deba ser menor el crecimiento del gasto público destinado a los servicios de salud, reduciendo los efectos de la insostenibilidad del sistema y repercutiendo en la subsistencia estable de los centros de salud nacionales.

Convencido de ello, este estudio se une a dicha tarea mediante el análisis de la calidad en el servicio hospitalario y de los nuevos métodos de optimización en aras a facilitar su futura implantación los distintos hospitales españoles.

Partes principales del TFG. El trabajo se estructura en cinco partes. En la primera se presenta la justificación de este estudio en la consideración de la realidad hospitalaria como unidad empresarial. Así mismo, en esta primera parte se insiste en el papel principal que adopta el paciente como centro y motivación de toda la investigación. En un segundo apartado, se recorre la situación en que se encuentra a día de hoy la realidad hospitalaria en España en aras a comprender el interés que tiene la implantación de estas modernas técnicas de gestión en su sistema. El tercer punto se dirige a delimitar el concepto de gestión de la calidad aplicada al área de la salud y determinación de su importancia. El cuarto bloque profundiza en las nuevas técnicas de decoración desde sus orígenes hasta la delimitación de las herramientas de implantación actuales en hospitales de nuestro entorno. Finalmente, se analizan las repercusiones de dichos cambios en la gestión de la calidad hospitalaria sobre la estrategia de dirección y administración de entidades sanitarias.



2. EL HOSPITAL COMO EMPRESA.

En el momento en que uno se aproxima por primera vez al concepto de *empresa* aprenderá que se trata de una unidad económico-social que mediante el empleo de recursos humanos, materiales e intangibles persigue la satisfacción de necesidades personales. Por medio de esta definición sencilla, la cual memorizamos cuando comenzamos a estudiar sin ninguna dificultad, podemos estructurar todo el desarrollo de este proyecto.

Y es que, si bien tradicionalmente uno tiende a asociar el término *hospital* con servicio, humanidad y curación entre otras acepciones afines, se equivocaría si esto le llevara a concluir que dicha institución no debe reparar en términos de eficiencia cuando aquello que está en juego es la salvaguardia de la salud de un ser humano. Esta actitud algo *naive* donde todo se basa en simplificaciones a pesar de que expone de forma tremendamente acertada el sentido último de todo servicio sanitario, el de atender al paciente, no acierta a comprender la complejidad que entraña la gestión hospitalaria en términos de dirección.

Lo que diferencia a otros tipos de organismos tales como asociaciones u organizaciones no gubernamentales con la empresa es la connotación económica que presenta esta, la cual no debe constituir su objetivo último pero sí un principio necesario. No debe olvidarse que si bien es cierto que la empresa a corto plazo persigue necesariamente la obtención de un beneficio si quiere sobrevivir, a largo plazo lo esencial es la aceptación recibida por otros agentes del mercado tales como proveedores o clientes quienes por medio de una relación continua con la empresa garantizan su existencia. Podría afirmarse con rotundidad que una empresa deja de existir cuando no es validada por la sociedad por no responder a sus necesidades.

Así, encuadrando la realidad del hospital en la definición arriba propuesta, resulta tremendamente sencillo comprender su figura como empresa de servicios:

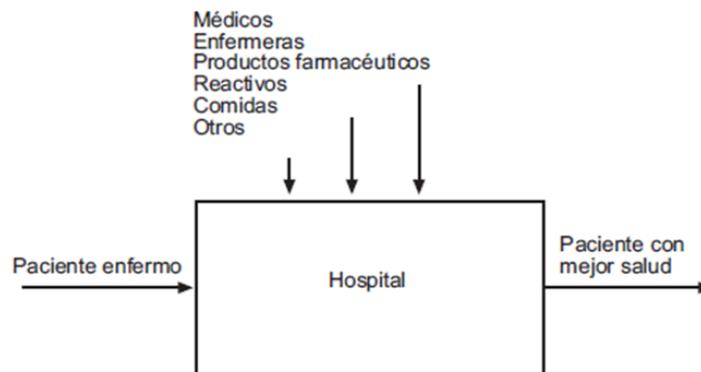
De la definición primera se desprende que el fin último de estas organizaciones es satisfacer necesidades personales algo que todo hospital cumple con creces puesto que a través de su servicio repara en la carencia más grave que puede tener el hombre y que le



habilita a satisfacer el resto de ellas, su propia salud. Para todo paciente el hospital es un organismo que mejora su salud; la produce y la vende en su proceso productivo.

El siguiente gráfico ilustra el proceso productivo de todo hospital desde la perspectiva del paciente:

(1)Proceso productivo hospitalario desde la perspectiva del paciente.



(Valor:1990)⁷

El mercado de un hospital está configurado entonces, según Valor (1990:3) por aquella población que: “por razones de proximidad, por razones de especialización en algunos tratamientos o por razones puramente administrativas, pueden acudir al mismo en una búsqueda de mejorar su salud”.

Desde el punto de vista de la empresa, el cliente es la persona que decide qué comprar, paga por un producto o servicio y en última instancia valora la calidad recibida.

Continua diciendo que: “El paciente, sin embargo, acude a un hospital normalmente aconsejado por un profesional médico, redirigido a un centro privado o a uno de carácter público con motivo de la asignación previa estructural del sistema de la Seguridad Social”.

Así mismo, son contados los casos donde el paciente paga directamente por el servicio que recibe (incluso en los supuestos de atención médica privada suele contarse con la cobertura de un seguro médico). Consecuencia de lo anterior: “el cliente de un hospital

⁷ VALOR, J., “Gestión en la Empresa Hospitalaria”, IESE Business School, Barcelona, 1990, Pg. 3



percibe una mayor calidad cuanto más tiempo y coste se empleen en su curación; no es sensible al precio”. Valor (1990:3)

Finalmente, en relación a la calidad puede decirse que esta cobra una importancia superior a la valoración efectuada por los clientes en otros casos por lo mucho que condiciona la vida de los mismos.

Para poder validar dicha institución en el marco empresarial se debería así mismo dar aceptación a la afirmación de que ese objetivo es satisfecho mediante la combinación de recursos humanos, materiales e intangibles algo que por su evidencia no requiere mayor aclaración que entender la institución hospitalaria como un lugar donde personal cualificado dispone de las herramientas necesarias (activo fijo y circulante) para llevar a cabo la actividad de sanación.

En la siguiente tabla se observa el camino recorrido por el paciente y sus varias fases:

(2) *Ciclo de hospitalización*



(Afanador:2011)⁸

A título de ejemplo, piénsese en la cantidad de intervenciones graduales en el tiempo que recibe un paciente desde la producción de un accidente de tráfico hasta que recibe el alta.

⁸ AFANADOR, G., “Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario”, INALDE Business School, Bogotá, 2011, Pg. 2



Por último, debe darse validez a la dimensión económica de la actividad hospitalaria que se concreta en la necesidad de remunerar y reponer los recursos humanos, materiales tecnológicos e intangibles para garantizar a corto plazo la sostenibilidad de la misma pero teniendo presente la necesidad de perseguir una óptima atención y servicio al paciente como única vía de legitimación social y supervivencia a futuro. De un modo simplificado Malagón-Londoño (2008:354)⁹ explica que:

El presupuesto de toda institución sanitaria se divide en dos grandes grupos: ingresos y gastos. Los ingresos se subdividen según sean provenientes del gobierno, donaciones particulares, fundaciones o producto de la prestación de servicios dada. Sin embargo, (...)

Para acceder a un ejemplo verídico de facturación véase el Anexo 3.

Sin ánimo de profundizar en ello más de lo que sería necesario para este proyecto, se puede analizar ahora la figura hospitalaria desde las claves de optimización y eficiencia.

Según Barea Tejeiro (1993;93)¹⁰:

El hospital es una empresa (...) de producción múltiple (...) que combina factores de producción y produce el servicio de asistencia sanitaria. Las empresas de servicios suponen generalmente que ofrecen servicios en lugar de creer que fabrican productos, de ahí que no consigan pensar y actuar de forma tan coherente como lo hacen las empresas de fabricación, preocupadas por la producción eficiente, a bajo coste, de productos que satisfagan al cliente.

Es importante por lo tanto entender que la figura del hospital se encuadra dentro de la tipología organizacional empresarial. Por ello, no solo tiene sentido sino que es imprescindible plantearse la eficiencia en la gestión de los recursos como forma de atender cada vez mejor al paciente en la subsanación de su enfermedad y conseguir, al garantizar su aceptación y apoyo, la supervivencia de la empresa.

⁹ MALAGÓN-LONDOÑO, G., "Administración Hospitalaria", Bogotá, junio de 2008, Pg. 354

¹⁰ BAREA TEJEIRO, J., "Conferencia Inaugural de las primeras Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitario", en Fundación Signo, El Hospital; Empresa de Servicios, Hellín, enero de 1993, Pg. 93



Aclarado lo anterior será a partir de un planteamiento orientado al paciente desde el que deba buscarse siempre la máxima eficiencia puesto, ¿Quién es el paciente sino el cliente de esta empresa? ¿No es este la última razón de ser de ella desde un plano ético pero también económico?

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas





3. GESTIÓN HOSPITALARIA Y SU ESCENARIO EN ESPAÑA.

Una vez ha quedado expuesta la consideración del hospital como empresa, el propósito de este apartado consistirá en analizar la relevancia de la gestión hospitalaria, para posteriormente centrar la exposición del tema en el estudio en profundidad de cómo mejorarla a través de la optimización de la calidad en el servicio hospitalario.

Según el INE, en el informe Estadística de Indicadores Hospitalarios que realizó anualmente hasta el año 2006, en España hay una media de 1,73 hospitales por cada 100000 habitantes. En ellos el número de camas disponibles alcanzaba en 2005 una media de 3,36 por cada 1000 habitantes.

(3) *Indicadores básicos de los centros hospitalarios según la finalidad de los mismos.*

	Hospitales por	Índices por 1.000 habitantes		
	100.000 habitantes	Camas en funcionamiento	Ingresos	Altas
TOTAL	1,73	3,36	117,56	117,43
Generales	0,98	2,51	107,32	107,27
Especiales de corta estancia	0,27	0,18	8,33	8,30
Especiales de larga estancia	0,27	0,29	1,15	1,12
Psiquiátricos	0,21	0,38	0,76	0,74

Adaptado de INE (2005)¹¹

A día de hoy, los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (en lo sucesivo EDDDES), recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (en lo sucesivo INE), revelan que 19 millones de españoles padecen enfermedades crónicas lo que equivale a más de 48000 enfermos por cada 100000 habitantes al año.

De ellos, entre cinco y siete millones de personas reciben asistencia de forma sistemática y continua en los distintos centros hospitalarios españoles fruto de dicha cronicidad.

¹¹ "Estadística de indicadores hospitalarios", INE, Madrid, 2005, Tabla Excel 1



Según se desprende de la encuesta, como media, cada paciente español padece de 1,84 enfermedades y está en tratamiento médico en casi todas ellas.

Con un porcentaje de ocupación total del 81,11% y un periodo de estancia medio de 8,47 días, los centros sanitarios españoles atienden anualmente a más de 994,78 pacientes hospitalizados, 1270,9 consultas externas, 562,14 atenciones de urgencias y 97,31 intervenciones quirúrgicas. Todo ello sobre un índice porcentual por cada 1000 habitantes.

(3) *Indicadores básicos de los centros hospitalarios según la finalidad de los mismos.*

	Estancia media	Índice de rotación	Porcentaje de ocupación
TOTAL	8,47	34,95	81,11
Generales	6,82	42,81	79,95
Especiales de corta estancia	5,40	46,07	68,10
Especiales de larga estancia	83,18	3,81	86,82
Psiquiátricos	169,64	1,95	90,47

Índices por cada 1.000 habitantes

	Estancias causadas	Consultas externas	Urgencias	Actos quirúrgicos
TOTAL	994,78	1270,59	562,14	97,47

Adaptado de INE (2005)

Tales cifras no hacen sino ilustrar la enorme dimensión de la realidad sanitaria en España. No en vano, el sector salud es uno de los principales sectores productivos de la economía. Explica Rivera (2004:104)¹²:

¹² RIVERA, B. *et al*, "La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico", A Coruña, junio de 2005, Pg. 104



Por un lado, y bajo la perspectiva de sector de actividad, la sanidad ejerce efectos multiplicadores sobre la productividad individual de cada trabajador, contribuye a la creación de empleo y posee efectos redistributivos de la renta sobre los hogares.

Por otro, al ocupar un porcentaje considerable del PIB, actúa como motor de crecimiento económico y arrastra a otros sectores con los que se relaciona.

El valor que lo sanitario merece en la esfera económica, unida al delicado estado financiero que atraviesa actualmente la realidad sanitaria¹³, acentúan la urgencia de encontrar fórmulas nuevas y adecuadas de gestión en el marco de un sistema de salud insostenible. En concreto, en relación a la gestión hospitalaria por ocupar un puesto preferencial dentro del esquema general de dicho sistema.

El concepto de dirección de hospitales ha sufrido una profunda evolución pasando de ser en la antigüedad una tarea encomendada a un buen médico, religioso o militar autoritario, a ser hoy tarea y desempeño de un experto o técnico. Y es que, desde el momento en que se comienza a comprobar el papel protagonista que adopta la sanidad en la economía nacional, los hospitales se convierten en el punto de mira. Como generadores de riqueza, deben plantearse inevitablemente la manera de optimizar su servicio a través de la idea de gestión de los servicios de salud.

Consecuentemente, puede decirse que la gestión sanitaria resulta fundamental por tres motivos:

En primer lugar, puesto que se perfila como un puente que une la economía y la medicina, ya que utiliza las herramientas de la primera para analizar y solucionar los conflictos que surgen en la segunda;

En segundo lugar, porque si bien no resuelve el problema de la escasez de recursos, permite determinar prioridades y el procesamiento del fenómeno de la escasez; y

¹³ Para una mayor comprensión, se recomienda revisar el estado de la cuestión expuesto previamente en este estudio al inicio del mismo.



En tercer lugar, ya que mejora la eficiencia técnica, al analizar el proceso productivo, la administración, el coste y la productividad dentro del ámbito de la salud.

Avale (2013:2)¹⁴

Analizada la justificación e importancia de la gestión en todo hospital, conviene conocer en qué consiste concretamente y cuáles son las áreas que deben preocupar al gerente.

Explica Blejmar (2005:1)¹⁵ que: “gestionar es hacer que las cosas sucedan. No es una acción sino una mediación con miras a alcanzar un propósito o misión haciendo que otros cumplan sus cometidos tal y como les es exigible, sin necesidad de abarcar todo uno mismo”.

Dentro de las distintas configuraciones empresariales, puede decirse que los hospitales son las instituciones más complejas de gestionar. Divididos en un número considerable de unidades generalmente independientes, y haciendo uso de procedimientos especializados, los empleados sanitarios desempeñan su profesión guiados por una doble línea de autoridad: administrativa y médica. A todo ello se refiere ingeniosamente Moraes (1989, citado por Lemus, 2001)¹⁶ al describirlo como una: “verdadera Torre de Babel”.

Según afirman varios autores entre ellos Ribera (1990:7)¹⁷: “en la compleja gestión administrativa hospitalaria, pueden identificarse dos tipos de procesos productivos claramente diferenciados”:

- ✓ la producción técnica o de productos intermedios y;
- ✓ la producción clínica o de productos finales.

En el primero, se sitúan el conjunto de actividades que estando relacionadas con el diagnóstico del paciente no son más que puntuales en el tratamiento. En este proceso, conocido como *off-line*, entrarían la realización de estudios, investigaciones, tests de laboratorio o actividades de apoyo y logística.

¹⁴ AVALE, A., “La Economía y el Sector de la Salud”, Madrid, julio de 2013, Pg.2

¹⁵ BLEJMAR, B., “Gestionar es hacer que las cosas sucedan”, Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, Argentina, 2005, Pg. 1-3

¹⁶ LEMUS, J.D., “Salud Pública, Marco conceptual e instrumentos operativos”, CIDES, 2001, Pg. 5

¹⁷ VALOR, J., RIBERA, J., “Gestión en la Empresa Hospitalaria”, IESE, Navarra, 1990, Pg. 7



En el segundo, también calificado como proceso *in-line* el profesional de la salud atiende al paciente examinando su estado clínico para tomar decisiones, desde su llegada al hospital hasta una vez recibe el alta.

Dentro de este último, la gestión administrativa se focaliza tanto en la gestión de los recursos productivos como del mismo proceso.

En relación a los recursos productivos, la gestión hospitalaria abarca:

- *Los recursos humanos.* La contratación del personal sanitario y selección del personal, su remuneración salarial, la motivación de los mismos en su desarrollo profesional y humano y la aplicación de sanciones y despidos.
- *El equipo capital.* El control de bienes inmuebles y maquinaria instrumental del hospital en relación a su amortización y sustitución por innovación.
- *Las materias primas.* Las compras y negociaciones con los proveedores así como el almacenamiento y conservación de medicamentos e instrumental médico.

En relación al mismo proceso productivo:

- *La admisión.* En relación a la captación de pacientes mediante la adopción de estrategias de marketing, la acogida en urgencias y el control de suficiencia de espacio y disponibilidad del personal sanitario.
- *El equipo médico.* De su agrupación en equipos y la colaboración de otros profesionales sanitarios.
- *El diagnóstico.* Sobre su externalización o realización interna.
- *La función terapéutica.* Consiste en la coordinación de quirófanos y medicamentos en el tiempo.
- *El proceso clínico.* Función principal consistente en coordinar dichos servicios de diagnóstico y función terapéutica.
- *La demanda de servicios complementarios.* En relación a comidas, limpieza o estancias.



Valor y Ribera (1989) precursores de esta corriente de pensamiento, lo representaban mediante el siguiente gráfico:

(4) Tipos de procesos productivos en un Hospital



Adaptado de Valor y Ribera (1989)¹⁸

Del modo en que cada una de estas áreas es gestionada, dependerá la calidad global del servicio prestado por el hospital. Es decir, que cuando se habla de gestión, el término calidad se perfila como un objetivo y a la vez como una exigencia en el modo en el que es restaurada la salud del paciente. Habiendo analizado la primera, se profundiza ahora en esta última.

¹⁸ VALOR, J., RIBERA, J., "Algunos aspectos de gestión en instituciones sanitarias", CIRIEC, Valencia, marzo de 1989



4. CONCEPTO Y MEDICIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO HOSPITALARIO.

Quedó establecida en apartados previos la asociación del hospital con la empresa y, como consecuencia, la del paciente como cliente. Se vio también el especial perfil del paciente como alguien que compra su salud y, se observó en concreto, que en relación a la calidad podía decirse que esta cobra una importancia superior a la valoración efectuada por los clientes en otros casos por lo mucho que condiciona la vida de los mismos.

Y es que, una vez se comprende que el paciente debe ser el centro de toda gestión hospitalaria, resulta casi inmediato reflexionar sobre el concepto de calidad en el servicio y sobre el hecho de que el modo en que la gestión de dicha calidad es desempeñada por el hospital, afecta al alcance de la eficiencia de dicha institución.

Es decir, siendo el objetivo de todo hospital mantener la confianza del paciente y sus familiares o amigos, es imprescindible cuidar el trato que este recibe cuando es hospitalizado.

A través de este apartado se buscará demostrar la importancia decisiva de una buena gestión de calidad con miras a lograr justificar lo crucial de la futura implantación de esta nueva práctica en los distintos hospitales españoles.

4.1 Concepto de calidad en la asistencia sanitaria.

Frente a toda tarea productiva donde la satisfacción de necesidades se vincula a la propiedad sobre una cosa, la prestación de servicios se nos presenta asociada a términos tales como intangibilidad, inseparabilidad, variabilidad, lo perecedero y ausencia de propiedad.

Ante tales elementos de carácter abstracto, Malagón-Londoño *et al.* (2006:13)¹⁹ recuerdan que también en el proceso productivo de servicios: “[e]s menester, que la calidad sea definida como algo tangible y no como un valor abstracto y filosófico”.

¹⁹ MALAGÓN-LONDOÑO, G. et al, “Garantía de calidad en salud”, Ed. Médica Panamericana, 2006, Pg. 13



A pesar de lo que Donabedian (1996, citado por Malagón-Londoño, 2006)²⁰, pionero en el estudio de la definición del concepto de calidad de la atención en salud, recalca: “[l]a calidad de la atención médica es una idea extremadamente difícil de definir”, es posible a día de hoy delimitar el concepto mediante la explicación que en 1991 dio la Organización Mundial de la Salud²¹:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y que destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

Aclaran diversos autores entre ellos Williams (2010:1)²² que:

En primer lugar, calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención;

En segundo lugar, que no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo;

En tercer lugar, que es una cualidad objetivable y mensurable; y

Por último, que no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

Si bien compleja es la delimitación del concepto no lo es la comprensión de la importancia que tiene; la gestión de la calidad en el servicio es lo fundamental en un área donde aquello que va a ser valorado por el paciente no es otro que la forma en que su salud es reparada. Decía Donabedian (1996, citado por CIDCAM, 2006)²³ que: “cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”.

²⁰ MALAGÓN-LONDOÑO, G. *et al*, “Garantía de calidad en salud”, Ed. Médica Panamericana, 2006, Pg. 80

²¹ “The principles of quality assurance”, Quality Assurance Healthcare, OMH, 1989, Pg. 1: 79-95

²² WILLIAMS, I., “Calidad de los Servicio de Salud”, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Argentina, 2010, Pg. 1

²³ “Homenaje: Avedis Donabedian; Pionero en la calidad de la atención médica”, Revista Oficial de la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica, Nº 3, febrero de 2006, Pg. 17



La gestión de la calidad hace necesaria que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad. Se verá a continuación su relación con el concepto de eficiencia.

4.2 Calidad asistencial y eficiencia como conceptos indisociables.

Cuando algo es eficiente, en sentido estricto, es porque hace bien lo suyo. Por lo tanto, en el ámbito empresarial podría definirse la eficiencia partiendo de la misma delimitación de la empresa que se abordó en el primer apartado de este estudio. Así, un hospital será eficiente cuando satisfaciendo necesidades ligadas a la salud, lo haga minimizando el empleo de recursos en ello.

A título de ejemplo y más concretamente, la eficiencia de una intervención quirúrgica será medida a partir de la consecución de los objetivos buscados con la operación al menor coste posible. Es, pues: “un término fundamentalmente económico que hace mención a la mejor de todas las alternativas posibles”. Cortina y Alfonso (1991:63)²⁴

La OMS y la mayoría de los autores como Varo (1994:41)²⁵ coinciden al definir la eficiencia como: “la relación existente entre los resultados asistenciales y los recursos utilizados y sus costes”. O lo que es lo mismo, la eficiencia mide el modo en que se garantiza/obtiene el fin asistencial.

Uno podría pensar que una asistencia de calidad es incompatible con la delimitación del término eficiencia dada, en tanto en cuanto mejorar la calidad implicaría una mayor inversión en los recursos utilizados para atender al paciente elevando los costes.

Sin embargo, la relación entre los dos términos se hace determinante cuando uno comprende que el uso eficiente de los recursos en el ámbito sanitario, no está solo ligado a un plano financiero sino que implica el cumplimiento de dos criterios:

²⁴ FERNÁNDEZ-RÍOS, M. *et al*, “Eficacia organizacional: concepto, desarrollo y evaluación”, Madrid, 1997, Pg. 63

²⁵VARO, J., “Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios”, Madrid, 1994, Pg. 41



El primero es que la atención y los servicios se presten al menor coste (lo que se determina como eficiencia técnica o clínica) y el segundo, que la asistencia se valore mejor por la sociedad (referida como eficiencia social).

Varo (1994;41)²⁶

De tal modo que la asistencia y, más concretamente la calidad de la misma, se perfilan como auténticos indicadores de la eficiente prestación de servicios en un hospital. Retomando reflexiones previas de este estudio, en el corto plazo interesa una reducción de costes para considerar la eficiencia de la actividad pero es en el largo plazo, cuando un servicio se califica como eficiente solo si es valorado por la sociedad.

Continúa profundizando este, sobre los dos criterios estableciendo sus características:

La eficiencia teórica está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios. Su evaluación se realiza mediante auditorías llevadas a cabo por sanitarios de igual cualificación profesional.

Sin embargo, la eficiencia social, depende de la institución, del sistema administrativo y gerencial. Es la eficiencia con que la organización hospitalaria presta un servicio y lo pone a disposición de los pacientes. Por ello su evaluación, aunque influye en el coste sanitario, se realiza mediante la implantación de programas de control y mejora de la calidad.

Así, la calidad asistencial cobra una importancia tal que resulta esencial en toda gestión hospitalaria. Posteriormente se analizará cómo evaluar la calidad en la asistencia sanitaria.

No es de extrañar que, convencidos de su importancia, los distintos hospitales lleven años orientando su actividad hacia un servicio asistencial de calidad lo que les lleva no solo a cumplir la normativa vigente de garantía de los derechos de los pacientes sino a optimizar, más allá de los mínimos exigibles, su prestación de servicios de salud.

²⁶ VARO, J., "Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios", Madrid, 1994, Pg. 41



Además de la tenencia de Programas de Calidad, buscan adaptarse a las exigencias impuestas por organismos reconocidos en aras a obtener una certificación de calidad. Cabe mencionar el certificado de AENOR de Gestión de la Calidad, de adaptación al sistema ISO 9001 (aprobado por la norma *ISO 9001:2008* elaborada por la Organización Internacional para la Estandarización) el cual es otorgado con motivo del compromiso de cada centro acreditado con la calidad y la excelencia de los servicios asistenciales.

Son muchos los hospitales españoles que han obtenido gradualmente su acreditación, a título de ejemplo cabe citar la concesión reciente del mismo al Hospital Quirón Barcelona en 2010 o al Hospital de Guadarrama en 2013.

Un requisito para mejorar la calidad asistencial, paralelo a la implantación de Programas de Calidad, es el de la formación de los profesionales. Los individuos, los departamentos y la organización en su conjunto precisan aprender que la excelencia puede conseguirse y hacerlo. Esta formación debe dirigirse a todas las áreas buscando que todos los profesionales dirijan su actividad hacia un fin común con la organización.

Adicionalmente, se organizan cada año reuniones en las que responsables de la gestión y otros profesionales sanitarios discuten sobre la situación y futuro de la calidad asistencial. Una de las más esperadas es la Anual Reunión de Coordinadores de Calidad de Hospitales organizada por la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Estas y otras son las medidas encaminadas a una garantía creciente de la calidad asistencial hospitalaria en España.

Fruto de este compromiso, la Sanidad Española se ha consagrado como la quinta más eficiente del mundo según una clasificación elaborada por Bloomberg en el 2013:

(5) Clasificación de los Sistemas Sanitarios en función de su eficiencia.

POSICIÓN	PAÍS	EFICIENCIA EN CALIDAD
4	Israel	68,7
5	España	68,3
6	Italia	66,1
7	Australia	66,0

Adaptado de Bloomberg (2013)



Evidentemente los avances tecnológicos y de investigación provocan que la apreciación de la calidad en el servicio esté en constante evolución y cambio debiendo adaptar la prestación sanitaria constantemente si se busca mantener el estándar de calidad frente a la competencia.

Con ello tiene sentido plantearse nuevas formas de optimización de la calidad asistencial por su relevancia, sumida en un marco de incertidumbre e insostenibilidad como ya quedó apuntado en momentos anteriores.

4.3 Medición de la calidad asistencial sanitaria en el servicio.

Como bien lo define Silva (1997:43)²⁷, de manera muy general, un indicador es: “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo”.

Es evidente que en toda medición debe intervenir el uso de indicadores. Sin embargo, el control de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea difícil ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de algo tan abstracto como es la calidad de un servicio, no pueden ignorarse la variedad de intereses que influyen en una evaluación de ese tipo.

Desde el punto de vista del paciente, por ejemplo, para que una consulta médica sea de calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático para algunas personas, mientras que para otras solo habrá sido adecuada si el médico se ha preocupado en conocerle así como los detalles y especificidades de sus síntomas o enfermedad. Desde el punto de vista del profesional sanitario, tampoco existe un patrón uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad.

²⁷ SILVA, LC., “Escalas e indicadores: Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica”, Madrid, 1997, Pg. 43-58



A pesar de parecer indeterminada, la calidad puede medirse y debe hacerse toda vez que se persiga desde el hospital una eficiente prestación de servicios tal y como quedó explicado con anterioridad.

Según Suñol (2013:1)²⁸, y siguiendo las teorías clásicas de Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta:

El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.

Evidentemente son muchas las categorías y componentes que se relacionan con la calidad y que varían según los distintos autores. Pero, ¿cómo deben medirse?

Juran (1990:24)²⁹, sostiene que “la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás”. Así, se inició una corriente hoy consolidada en la gestión hospitalaria consistente en la necesidad de fomentar la implantación de programas de mejora de la calidad como base a una posterior evaluación.

Afirman que solo en la última de las fases, podría darse la evaluación de la misma buscando implantar mejoras al sistema en funcionamiento mediante una detallada y exigente evaluación previa.

Habiendo profundizado en esta corriente, pueden identificarse tres fases en el proceso de implantación de un programa de calidad:

²⁸ SUÑOL, R., “La Calidad de la Atención”, Barcelona, 2013, Pg. 1.

²⁹ JURAN, JM., “Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para directivos.”, Barcelona, 1990, Pg. 24



(6) *Implantación de un Programa de Calidad Asistencial.*

FASE DE PLANIFICACIÓN	FASE DE CONTROL	FASE DE VALORACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Tareas de determinación y concreción acerca de los pacientes a los que se dirige el programa.- Determinación de las necesidades de los pacientes potenciales.- Elección del grado de calidad a obtener/garantizar.	<ul style="list-style-type: none">- Actuaciones encaminadas a la preparación de la medición de las necesidades determinadas previamente.- Aplicación de los métodos de medición.	<ul style="list-style-type: none">- Se hace uso de matrices de mejora, utilizadas para archivar una documentación precisa de los resultados obtenidos.- Proposición de cambios e implantación de los mismos.

Elaboración propia

En una primera *fase de planificación*, se deben llevar a cabo tareas de determinación y concreción acerca de los pacientes a los que se dirige el programa (tanto los internos como aquellos puntuales) así como de sus necesidades según lo dispuesto por estos autores. Evidentemente, dentro de un hospital se encontrarán tantas necesidades como situaciones y realidades enfrenten los pacientes. Esta compleja tarea, en ocasiones deriva en una nueva delimitación de la estructura, en aras a ajustarla a las necesidades definidas. Por último, debe determinarse el grado de calidad que será perseguido en cumplimentación con la estrategia seguida por el hospital.

El ejercicio de delimitación de la tipología de pacientes, sus necesidades y el grado de calidad a implantar debe efectuarse sobre la totalidad de la estructura hospitalaria. Resulta útil en esta fase establecer un ranking en función de la importancia de cada una de las necesidades. Esta puede fácilmente obtenerse mediante la realización de entrevistas a los pacientes primero, seguido por los directivos y responsables de cada departamento para terminar con los restantes profesionales sanitarios, lo que proporciona una buena diferenciación de las percepciones de cada uno de los grupos encuestados.



La segunda *fase* es la que denominan los autores *de control*. Consta en una serie de actuaciones encaminadas a la medición de cada una de las dimensiones determinadas en la fase previa de planificación.

Para cada una de las variables se deben determinar qué elementos pueden usarse para establecer su nivel y su escala de medida. En algunos casos bastará con elaborar una escala nominal o en categorías (¿Duerme bien? Si/No) mientras que en otros supuestos deberá asignarse una escala ordinal o por grados (muy antipático como 0, antipático como 1, neutral como 2, y así sucesivamente). También requieren otras variables el uso de escalas cuantitativas (como por ejemplo el número de días de estancia en el hospital).

Tras la apreciación de cada una de las variables se debe aplicar un método que realice la medición y que puede consistir desde realización de encuestas hasta un cronómetro o el análisis de los documentos de reclamaciones habilitados por el centro.

Por último, existe una *fase de valoración*. En ella se hace uso de matrices de mejora, utilizadas para llevar una documentación precisa de los resultados obtenidos. (Véase Anexo 4).

Puede suceder, que las variables elegidas para medir la excelencia sean parcialmente contradictorias entre sí. Aun cuando puedan existir cambios que mejoren ambas variables, el gestor se encuentra ante la necesidad de buscar un equilibrio entre las mismas. En un caso real con múltiples variables será imposible la mejora de todas ellas. Frente a esta posibilidad de desatención de algunas variables, es importante establecer unos niveles mínimos para cada una de ellas, niveles por debajo de los cuales las variables no deberán situarse nunca.

Para asegurar que tanto los pesos como las dimensiones elegidas son los correctos, es conveniente ensayar el método durante unos meses antes de considerarlo válido. Esto permite efectuar ajustes tanto en las variables a usar como en los pesos asignados y los valores mínimos, actuales y objetivos. También permite asegurar que el sistema establecido funciona adecuadamente y proporciona las mediciones necesarias.

Las fases de planificación, control y mejora deben repetirse cíclicamente, actualizando las necesidades de los clientes, las correspondientes dimensiones de la excelencia, las



variables para medir la posición en estas dimensiones y el establecimiento de la matriz de mejora y los pesos para el cálculo del índice de calidad.

Ribera (1990:15)

Una vez comprendida la metodología a seguir en la medición de la calidad asistencial hospitalaria, el estudio se detendrá en el examen de una de las categorías determinantes en la percepción de la misma, el entorno de hospitalización.



5. EL ENTORNO EN LA HOSPITALIZACIÓN.

Tras haber conocido la importancia de una buena gestión de la calidad asistencial y de sus componentes, este trabajo se detiene en la profundización sobre el entorno hospitalario y, más concretamente, en la decoración de los espacios sanitarios.

Sin ánimo de restar importancia al resto de áreas que componen un servicio de calidad asistencial en todo el hospital, se ha optado por la elección de la decoración como motivo de estudio. Esto se debe fundamentalmente al enorme desarrollo que está experimentando en países de nuestro entorno, como se verá más adelante, por los importantes efectos que produce en la gestión del hospital a los que también se procederá a analizar en apartados posteriores. También al interés personal derivado de una inquietud surgida de la propia experiencia.

A través de este apartado se intentará percibir desde la perspectiva del paciente el proceso de hospitalización con el objetivo de comprendiendo la magnitud de su relevancia, entender por qué algo tan superficial como puede parecer la decoración de las instalaciones hospitalarias se muestra como determinante en el futuro de la gestión de calidad de todo servicio de curación.

5.1 El paciente hospitalizado.

La hospitalización es un fenómeno de alta incidencia con repercusiones psicológicas y sociales capaces de modificar el carácter del paciente e incidir en su vida con carácter permanente. Y es que podría calificarse como un acontecimiento indeseable, imprevisible e incontrolable: Este supone salir de un entorno conocido, no está programado y no depende de uno mismo. Decía Taylor (1979;5)³⁰ que “el paciente está en el hospital no para curarse sino para ser curado. Es decir, no para hacer cosas sino para dejarse hacer”.

³⁰ “El caso de la hospitalización”, Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias de la Salud, Sevilla, 2013.
Pg. 5



Uno como paciente depende del hacer de otros perdiendo su intimidad, necesitando del prójimo y todo ello en actitud de ignorancia de quien desconoce los procedimientos y consecuencias de su enfermedad. Surgen así mismo con carácter esporádico conflictos familiares, presión económica e incluso restricciones laborales o pérdida del empleo.

Para ser paciente hay que ser necesariamente humilde. Cuando se pierde el control sobre la vida se pueden adoptar como tal distintas actitudes. Juega un papel fundamental el tipo de enfermedad que se padezca, el estado de la misma en que uno se encuentra, la composición familiar y la etapa de la realidad vital que atraviesa entre otros.

Existen quienes dócilmente se dejan atender comprendiendo que ellos mismos no son capaces por sus propios medios de alcanzar la sanación, sintiéndose cómodos en un entorno que en nada se asemeja a aquello que acostumbran pero sin duda son estos los menos frecuentes.

Lo habitual es que durante la hospitalización y, como consecuencia de la misma, el paciente enfermo atravesase psicológicamente una etapa complicada que se manifestará en forma de baja autoestima, tristeza o hasta estados depresivos. Hasta tal punto es así, que se ha generalizado el término *estrés quirúrgico* para referirse al impacto emocional que aparece en numerosas intervenciones quirúrgicas provocado por una mayor concentración de glucocorticoides en la sangre. Explica el Doctor Valladares Mendías (2000:145)³¹ que: “[s]e trata de una respuesta hormonal a la cirugía”.

Además de los efectos psicológicos, el paciente hospitalizado sufre físicamente consecuencias de merecida importancia tales como dolencias post-operatorias de múltiples tipologías y grados u otras como un descanso insuficiente.

El problema habitual con estas adversidades es que tanto profesionales como pacientes tienden a olvidar la frecuencia con que se presentan en casos de hospitalización. Hernández (2001:10)³² realizó un estudio sobre un total de 406 hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Barros Luco Trudeau de Santiago de Chile

³¹ VALLADARES MENDÍAS, Dr. J., *Estrés quirúrgico y activación hipófiso-suprarenal en edad pediátrica*, Lanzarote; mayo de 2000, Pg. 145

³² HERNÁNDEZ, G. *et al*, “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile”, Chile, noviembre de 2001, Pg. 10



entre noviembre de 1994 y abril de 1996, obteniendo los resultados resumidos a continuación:

La prevalencia concreta de trastornos psíquicos fue en total del 62%, presentando las mujeres un porcentaje más alto (65 %) con respecto a los hombres (60 %). Estos porcentajes en pacientes hospitalizados son más elevados si los comparamos con los datos obtenidos en pacientes ambulatorios (...)

Hernández (2001:10)

A pesar de que fuera efectuado hace un periodo relativamente largo, dichas cifras nos muestran hasta qué punto el ser humano no está cómodo con la hospitalización algo que no solo se puede decir que no haya cambiado sino que incluso habrá incrementado como consecuencia de una calidad de vida en descenso.

Por lo tanto, la realidad es que la hospitalización trastoca al paciente más de lo que aparentemente pueda percibirse. Y por eso es tarea obligada del hospital partir de ello con miras a diseñar la prestación de un servicio eficiente y de calidad.

5.2 La decoración de las Instalaciones Hospitalarias. Origen y actualidad.

Son muchas las prácticas que pueden desarrollarse con el objetivo de mejorar la calidad en el servicio durante el periodo de hospitalización. No en vano se dijo anteriormente que la calidad nunca deja de estar completa y que siempre se puede mejorar. Piénsese en aspectos tales como la modificación del trato recibido por el personal de enfermería, el régimen de horarios de visita, el incómodo pijama quirúrgico que deben llevar los pacientes o incluso el menú establecido por el hospital.

Todos estos elementos configuran lo que se encuadra bajo el término *entorno* de hospitalización pero a ellos debe añadirse una nueva estrategia que, si bien ha sido estudiada desde la antigüedad, apenas se ha comenzado a implantar en España.

Como se verá a continuación, esta presenta un influjo tal sobre el paciente que empieza a perfilarse como de imprescindible instauración en los hospitales de mayor prestigio del



mundo. Es preciso pues, profundizar en ella, en aras a dar a conocer esta exitosa estrategia de gestión y a fomentar su progresivo calado en los hospitales de nuestro país.

No se trata, sin embargo, de una práctica reciente. Sus primeras implantaciones datan de la Grecia clásica, donde sus habitantes diseñaban ya los templos en entornos naturales donde el arte y la música fueran predominantes preocupados por promover la salud. (Jaramillo, 2001)³³

Así mismo, en el Siglo XIX, Florence Nightingale (1854, citado por Attewell, 1998)³⁴, enfermera, se pronunció sobre la importancia de la luminosidad, aire fresco y el silencio estableciendo que: “la tarea del profesional sanitario debía consistir en situar al paciente en la mejor condición de tal forma que la naturaleza y el entorno actuaran y la curación pudiera producirse”.

En las últimas décadas, esta práctica ha resurgido con fuerza desde los Estados Unidos transmitiendo su urgencia al resto de países y a sus variados sistemas sanitarios.

Según Zborowsky (2008:1)³⁵, este se viene enfrentando a uno de los periodos de mayor construcción de hospitales de la historia: “con una inversión de 16 billones de dólares en 2004 incrementada a más de 20 billones al año al final de 2010”.

Lo interesante de este fenómeno es que con él se ha creado la oportunidad de plantear el diseño de sus centros sanitarios con el objetivo no solo de garantizar la máxima funcionalidad a médicos y enfermeros sino también con miras a reducir el estrés sufrido por el paciente y sus familiares durante su estancia. Vuelve a consolidarse con ello, que la base de todo hospital debe estar en el servicio al paciente, quien como cliente garantiza su viabilidad en el largo plazo.

Neurólogos ligados estrechamente a esta nueva ciencia orientada a la decoración hospitalaria explican, que nuestro cerebro y sistemas nervioso, endocrino e inmunitario están en constante interacción. Candace Pert³⁶ (1997), dijo que: “[l]o que pensamos en

³³ JARAMILLO, J., “Evolución de la Medicina: Pasado, presente y futuro”, Costa Rica, julio de 2001, Pg. 107

³⁴ ATTEWELL, A., “Florence Nightingale”, UNESCO, París, marzo de 1998, Pg. 174

³⁵ ZBOROWSKY, R.N., “Creating Optimal Healing Environments in a Health Care Setting”, marzo de 2008, Pg. 1

³⁶ PERT, C., “Molecules of Emotion”, New York, 1997.



cada momento modifica nuestra bioquímica”. “Por consiguiente, una habitación de hospital ruidosa y fría puede no solo generar sensación de preocupación o tristeza e impotencia sino también acelerar el pulso, incrementar la presión arterial y la tensión muscular”. Blomkvist (citado por Ulrich, 2005)³⁷

“Además, las hormonas producidas como consecuencia del estrés podrían afectar al sistema inmunológico provocando una más lenta curación de las heridas”. Kiecolt-Glaser (1995)³⁸

Equipos de investigación de la A&M University de Texas y Georgia Tech analizaron más de seiscientos artículos revisando la literatura existente con miras a obtener información relevante acerca de cómo el diseño de las instalaciones afecta a las entidades hospitalarias. Entre sus resultados más relevantes son destacables una disminución del grado de estrés del paciente, incremento de la seguridad del mismo, menor cansancio del personal sanitario y en consecuencia una mejor calidad del servicio prestado.

Dicho estudio resultó ser el detonante de nuevos procesos de investigación que en el último cuarto del siglo XX se concretaron en la creación del *Center for Health Design*, una organización no lucrativa situada en California destinada a profundizar mediante la investigación, en el arte de la decoración del entorno sanitario. A día de hoy el Centro colabora con la formación de futuros profesionales en el ámbito de la decoración hospitalaria habiendo configurado una auténtica titulación y emitiendo tras la superación del mismo el certificado EDAC o *Evidence-Based Design Accreditation and Certification*.

Este título debe su nombre al término instaurado por Hamilton (citado por Ulrich, 2003)³⁹ quien describe este fenómeno de reorientación del diseño hospitalario como una tendencia al *evidence-based design* o, lo que es lo mismo, que el diseño encuentre fundamentación en una labor compleja de investigación que justifique toda elección final

³⁷ ULRICH, R. et al, “Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care”, 2005

³⁸ GLASER, R., “Slowing of wound healing by psychological stress”, Lancet, 1995, Pg. 346

³⁹ ULRICH, R., “The Center of Health Design”, Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century, E.E.U.U., 2004. Pg. 2



y que es similar a la tendencia médica de este siglo consistente en que cada decisión médica sea validada por investigación previa.

Aunque el de mayor prestigio, no es este Centro la única entidad en haberse especializado en ello. Por ejemplo el *Samueli Institute* ha desarrollado un modelo que sugiere que la curación es resultado de intención, integridad, relaciones, estilo de vida, atención médica y organización de los espacios sanitarios.

Otras Compañías que se han ido especializando gradualmente y que son las más demandadas en proyectos de diseño y decoración hospitalaria de Estados Unidos son: *HDR* (Omaha), *Perkins&Will* (Chicago), *Anshen&Allen* (San Francisco), *Perkins Eastman* (Nueva York), *Cannon Design* (Nueva York), *NBBJ* (Seattle), *HKS* (Dallas) o *HoK* (St. Louis). (Véase Anexo 5)

Sin ánimo de enumerar la totalidad de entidades que han visto en todos estos hallazgos una auténtica oportunidad de negocio sobre la optimización de la calidad en el servicio sanitario, veamos a continuación cuáles son las modificaciones propuestas más concretamente sobre la decoración no solo de las habitaciones sino de las instalaciones hospitalarias en su conjunto.

Resultará de importancia el análisis posterior de las consecuencias que produce la decoración sobre la calidad asistencial de un centro y ésta sobre la gestión global del hospital puesto que en ellas se justificará el protagonismo concedido por las instituciones mencionadas en el presente apartado al diseño de los hospitales y su merecido protagonismo.

5.3 Efectos de la decoración hospitalaria en el paciente.

No debe olvidarse que el objetivo de recorrer todo lo que se ha investigado en relación a la decoración hospitalaria hasta el momento no es sino una ayuda determinante con miras a poder plantear en un futuro la viabilidad de implantación de dichos cambios en los distintos hospitales españoles, tanto públicos como privados. Así podrán analizarse



los efectos que estos cambios generan sobre la calidad asistencial de los servicios sanitarios prestados en aras a mejorar la eficiencia productiva del hospital.

Este apartado está dirigido a ver qué puede cambiarse en la decoración de todo hospital con miras a optimizar el entorno de sanación. De la abundante literatura revisada, se hace una exposición individual en base a lo leído e investigado sobre el tema. Se debe puntualizar que a pesar de la inversión requerida en ciertos aspectos de renovación, siempre es posible encontrar alternativas de menor coste dirigidas a producir los mismos efectos. Algo que resulta especialmente relevante en el área de la gestión pública hospitalaria dada la situación presupuestaria delicada que atraviesan y que ya ha sido desarrollada.

Estos son los aspectos más íntimamente ligados a la concepción del entorno y decoración de las habitaciones:

La conexión con la naturaleza, el color, el cuidado de los detalles, la capacidad de elección del paciente, el acceso a familiares y amigos, la reducción del ruido ambiental, la instalación de facilidades y los servicios comunes.

Conexión con la naturaleza. Estudios señalan que un contacto medio de 3 a 5 minutos diarios con la naturaleza puede reducir significativamente el estrés, rabia y miedo potenciando la sensación de paz.

Un estudio de Roger Ulrich (2002:2)⁴⁰, demostró mediante uno de sus experimentos cómo al ubicar un hospital de Oregon, en Estados Unidos en un entorno natural, se redujo el tiempo de recuperación en los pacientes (de cinco a dos días) y ayudó a que estos necesitaran menos medicamentos (uno en vez de dos dosis y media) para el dolor.

Las distintas técnicas seguidas por los más variados hospitales para conseguir este efecto van desde la orientación de las habitaciones hacia espacios naturales con alta luminosidad hasta la instalación de jardines interiores, chimeneas o peceras en zonas comunes. A este respecto, pueden verse los ejemplos ilustrativos de los Hospitales *Sloane*, *Royal Children's Hospital*, el Centro *Yawkey* y el Hospital de *Khoo Teck Puat*:

⁴⁰ ULRICH, R., "Health Benefits of Gardens in Hospitals", Plants for people international floride, Texas, 2002. Pg. 2



(7) Ejemplos de implantación de técnicas decorativas ligadas a la conexión con la naturaleza.



(I) El Royal Children's Hospital, Melbourne Australia.



(D) Sloane Hospital, Beckenham, Londres.



(I)Tejado del Centro de Cancer Yawkey, Massachusetts



(D)Entrada al jardín interior del Khoo Teck Puat Hospital (Yishum, Singapur)

Una alternativa posible, consiste en la incorporación de vegetación artificial en las habitaciones de los pacientes. Igualmente, otra opción que tampoco requiere de una gran inversión, y que es altamente recomendable por sus beneficios, consiste en colocar



cuadros o fotos de paisajes diversos en las habitaciones. Una psicóloga con un doctorado en arquitectura especializada en el diseño de sistemas sanitarios, afirma que:

Estoy convencida de que el arte contribuye a acelerar la recuperación de los pacientes, así como ayuda a controlar mejor el dolor. Debe ser, sin embargo, la elección correcta puesto que mientras paisajes, rostros sonrientes u objetos sencillos ayudan a disminuir la presión arterial otros como pinturas abstractas producen el efecto contrario.

Nanda (2009:2)⁴²

El color. Este puede iluminar la habitación (algo que ya ha quedado calificado como altamente beneficioso) y tiene la capacidad de hacer de ella un espacio visualmente más acogedor. Se descubrió que diferentes colores debían utilizarse en las habitaciones en función del tipo de paciente:

Por ejemplo, no debía tener el mismo color una habitación de consulta externa que un quirófano puesto que la realidad del paciente en cada una de ellas es completamente distinta. Subrayó que el azul o verde fueron los colores preferidos por los encuestados en las salas de intervención mientras que el blanco obtuvo la mayor aprobación para las consultas. (Park,2007)⁴⁴

Es más, decoradores recomiendan utilizar colores fríos cuando se pinten habitaciones, como el azul, celeste o verde, ya que estos favorecen a la relajación y el descanso. También cumplen con este objetivo los tonos beige o amarillo claro, por ejemplo. Los colores cálidos como el naranja o el rojo no son muy recomendados, principalmente este último, porque excita a los ocupantes. Solo se recomienda su uso en habitaciones de pacientes con problemas de depresión o de ánimo delicado.

El cuidado de los detalles. El objetivo de esta práctica es, según los expertos, incrementar la calidez de la habitación del paciente hospitalizado consiguiendo aumentar el nivel de confort mediante la creación de un espacio acogedor manteniendo la funcionalidad y la seguridad tan necesarias en un hospital.

⁴² NANDA, L., "Artwork at hospitals can help the healing process", EEUU, agosto de 2009, Pg.2

⁴⁴ PARK, JG., "Environmental color for pediatric patient room design" Doctoral dissertation, Texas, 2007



Se trata del uso de cortinas, alfombras, mantas, toallas o cojines que por su atractivo y colorido hagan parecer la habitación del hospital como la de cualquier vivienda habitual o entidad hostelera.

(8) *Ejemplo de implantación de técnicas decorativas ligadas al cuidado de los detalles.*



Elmhurst Memorial Hospital, Illinois

El propósito dicen no es el de sobrecargar la habitación, sino simplemente camuflar la frialdad de la misma fruto de la excesiva funcionalidad que se venía persiguiendo en una etapa anterior. Afirman que siendo esta la propuesta de menor coste, es la más beneficiosa puesto que hace que uno al sentirse familiarizado con el entorno deja de tener presente a todas horas la razón de su hospitalización.

Capacidad de elección del paciente. Está demostrado que la sensación de control reduce el estrés. Con esto, se propone facilitar al paciente la toma de decisiones tales como regular la densidad de la luz, elegir los canales de televisión o las emisoras de radio, seleccionar la temperatura querida de la habitación, elegir dónde sentarse, el control de las persianas mediante un mando o incluso el horario de comidas. Si bien algunas resultan inviables en los supuestos donde varios pacientes comparten habitación, son tremendamente eficaces.

La razón radica en lo que se viene tratando en apartados previos ligada a la sensación de abandono en los cuidados de otros, dejándose hacer. Dicen controlar pequeñas situaciones, devuelve la seguridad a los pacientes que pierden cuando son hospitalizados.



Acceso a familiares y amigos. Procesos variados de investigación muestran que cuando uno está acompañado se recupera más fácilmente. La razón está en que toda compañía mejora el estado de ánimo y en consecuencia predispone al hombre a la recuperación.

A título de ejemplo se cita el estudio conducido por Uchino y Garvey (1997:20)⁴⁵ sobre pacientes tras recibir cirugía cardíaca: “Los distintos hospitales deberían empezar a prestar especial cuidado en el diseño de las propias habitaciones con el objetivo de facilitar el descanso de aquellos familiares que pasan noche en el hospital así como de las salas de espera con mobiliario cómodo”.

Uno está habituado a tener que dormir en un espacio utilizado como sofá regularmente debiendo estirar unas sábanas al final del día. Distintas propuestas ya han sido configuradas.

(9) Ejemplo de implantación de técnicas decorativas ligadas al acceso de familiares y amigos.



Hospital Quirón Madrid Centro

Reducción del ruido ambiental. En aras a facilitar el descanso y reposo del paciente minorando su nivel de estrés, se persigue la reducción del ruido ambiental mediante el diseño de equipamiento, alarmas, sistemas de llamada al personal sanitario que siendo

⁴⁵ UCHINO, BN., GARVEY, TS., “The availability of social support reduces cardiovascular reactivity to acute psychological stress”, J Behav Med., 1997, Pg. 20



altamente eficaces resulten lo más silenciosos posibles. Además preocupa la insonorización de las habitaciones y separación de los pacientes.

En relación a la tendencia de hospitalización en habitaciones individuales son muchos los beneficios que reporta aparte del ya señalado: mayor privacidad en el trato con personal de enfermería, reducción del riesgo de contagio de enfermedades, incremento del poder de control o mayor acceso a acompañantes entre otros. El American Institute of Architects (2001:58)⁴⁶ subrayaba la necesidad de que: “todo hospital de nueva construcción mantuviera habitaciones de uso individual. La solución es que las habitaciones se diseñen con un menor espacio para cada paciente”.

Instalación de facilidades. Se encuadran en este apartado utilidades tales como la tenencia de televisión gratuita, disponibilidad de nevera o acceso a internet sin coste.

A pesar de encontrarse estas medidas entre las más demandadas por los pacientes españoles son solo 5 los hospitales públicos que ofrecen servicio gratuito televisivo.

Áreas comunes. Por último, se debe señalar el especial cuidado a prestar en el diseño o decoración de zonas como restaurantes, capillas o salas de culto, todos ellos englobados en la categoría de servicios generalizados de cada hospital. A pesar de que es difícil imaginar un establecimiento sanitario que carezca de estas áreas, es importante comprender la utilidad que representan para familiares y personal sanitario en momentos de celebración así como de sufrimiento el poder tener acceso a las mismas.

Evidentemente, son infinitos los cambios decorativos que pueden establecerse en cada hospital y no sería posible enumerar todas las posibilidades. Parece quedar propuesta, con esta clasificación, una pequeña orientación de tal forma que se perciba la multiplicidad de aspectos que deben cuidarse en un intento de atender el entorno sanitario.

⁴⁶ AIA, “Hospital and Healthcare Facilities”, Washington, 2001, Pg. 58



6. CONSECUENCIAS DE LA IMPLANTACIÓN DE CAMBIOS EN LA DECORACIÓN EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA.

En este último apartado se desarrollan las consecuencias que la decoración, como parte esencial de la calidad asistencial, genera en la gestión del hospital. Consecuencias que deben entenderse fundamentalmente no como efectos sino como la causa principal que motiva dichos cambios.

Es decir, fruto de la enorme incidencia que el cuidado de la calidad asistencial produce en el Hospital como unidad empresarial, se hace urgente un cuidado delicado y preferencial de la misma.

La implantación de técnicas decorativas no debe quedarse únicamente en un mero acto altruista que desde la gerencia del hospital se facilita al paciente garantizando su más pronta recuperación sino que se constituyen como fundamentales en cuanto en tanto repercuten directamente en la sostenibilidad de los centros hospitalarios, condicionando dicha gestión.

Sin ánimo de abordar la totalidad de áreas sobre las que incide una correcta o incorrecta calidad asistencial hospitalaria, este estudio se centra en tres dimensiones. Concretamente: En la estructura de costes, en la estrategia de *marketing* y por último en la Responsabilidad Social Corporativa (en adelante RSC).

6.1 Análisis sobre la Estructura de Costes.

Si bien es cierto que la asociación de los cambios en la decoración y la estrategia de marketing implantada en el hospital es casi inmediata (al tener como centro al paciente y por lo estético del cambio ligado a la imagen y comunicación), quizás no lo es tanto ligar estas prácticas con la idea de eficiencia como empresa.

Se podría creer que dichas prácticas resultan de una actitud interesada, una inversión de cara a conseguir aceptación por la sociedad y una estabilidad en el tiempo, que son



llevadas a cabo de manera inevitable, cumpliendo con los estándares de calidad en el servicio impuestos.

Más aún, uno podría hasta cuestionar su viabilidad de implantación dada la situación tan delicada que atraviesa la financiación hospitalaria pública en un mundo en crisis y la gran inversión que requieren estos cambios. No resultando oportuno invertir en ello cuando son tantas las necesidades a cubrir. Basta imaginar instrumental, maquinaria o salarios.

Siendo estos prejuicios legítimos, uno se sorprende cuando entiende la verdadera conexión que existe entre la calidad asistencial y los costes. Y es que si bien no es evidente que una mejora en la calidad asistencial repercuta en el corto plazo al menos, positivamente en los costes, sí lo es considerar que el descuido de la calidad genere consecuencias negativas para el hospital.

Según Net (2013:8)⁴⁷: “se ha demostrado fehacientemente que los costes de la no-calidad generan repeticiones innecesarias, que aumentan los costes y que éstos constituyen un porcentaje importante de los costes globales de cada centro, llegándose a cifrar en el (...) 35% en las empresas de servicios.”

A este concepto se refiere Varo (1994:333)⁴⁸ como: “los costes ocultos de la calidad”. Entiende que engloban bajo este concepto el conjunto de costes intangibles, que no pudiendo ser evaluados directamente a través de la gestión de contabilidad, son soportados por el paciente minorando el nivel de satisfacción por el servicio recibido. Taguchi (1986)⁴⁹ se refería a los mismos como: “las pérdidas que causa un producto o servicio a la sociedad después de haber sido entregados”.

A partir de esta idea, es interesante conocer como el primero, propone un nuevo enfoque hacia la aproximación de una mejora de la calidad desligándola de la inversión en tecnología y en recursos humanos (con altos costes) cuando quizás sea mucho más interesante plantearse el perfeccionamiento de los procesos, sin duda de una menor inversión.

⁴⁷ NET, À., “La Calidad de la Atención”, Barcelona, 2013, Pg. 8

⁴⁸ VARO, J., “Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios”, Madrid, 1994, Pg. 333

⁴⁹ TAGUCHI, G., “Introduction to Quality Engineering”, New York, 1986



A partir de la distinción entre *actividades de prevención* (como formación o sistemas) y *actividades de evaluación* (posteriores a la actividad productiva), Lundwall (1975)⁵⁰ desarrolla la relación de dos tipos de costes de calidad: “los costes de fallo (0 si el servicio es 100% conforme), los costes de evaluación (0 si el servicio es 100% defectuoso)”.

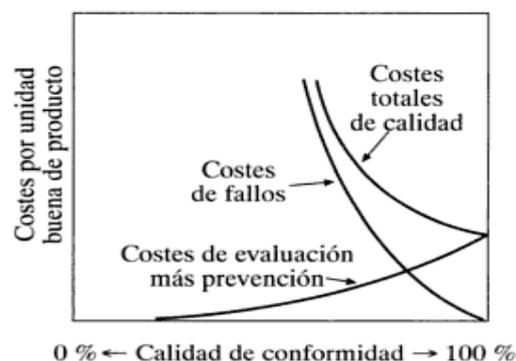
Sin embargo,

[L]a nueva tecnología ha reducido los índices de fallos en productos y servicios. (...) ha disminuido los errores humanos y ha perfeccionado la inspección y los ensayos lo que ha conducido a una revisión del modelo clásico de relación entre los costes de evaluación y los costes de fallo propuesta por Lundwall.

Campanella (1992)⁵¹

La nueva estructura se comprende a través del siguiente gráfico:

(10) *Relación calidad asistencial y costes totales.*



(Campanella:1992)

Especifica la autora, que: “la suma de las curvas de los costes de evaluación y la de los costes de fallos da lugar a la curva de los Costes totales de calidad, de donde es posible identificar la existencia de tres zonas: ”

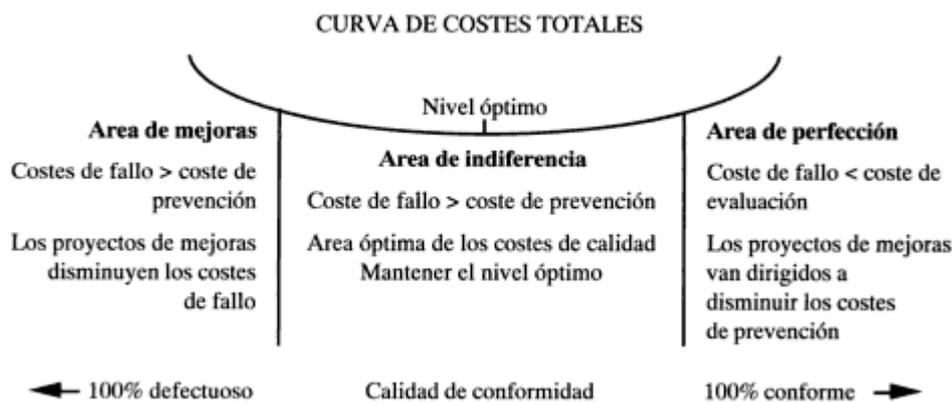
⁵⁰ LUNDWALL, L. et al, “Dropping out treatment: a critical review”, 1975

⁵¹ CAMPANELLA, J., “Principles of Quality Costs. Principles, Implementation and Use”, Wisconsin, 1992



- Zona de proyectos de mejora. En esta área los costes de fallos son muy superiores a los costes de evaluación. Interesa, por tanto, establecer proyectos de mejora.
- Zona de perfeccionismo. Los costes de evaluación exceden a los costes de fallo. Interesa revisar las normas de calidad, reducir la inspección y controlar el proceso y no el producto final.
- Zona de indiferencia. En el campo industrial, los costes de fallo representan el 40% de los costes totales y los costes de prevención el 10%. Conviene desarrollar proyectos que los disminuyan o poner más énfasis en el control.

(11) Curva de Costes Totales.



(Campanella:1992)

El interés que estas reflexiones reportan al estudio en cuestión, radica en la posibilidad de incluir los costes derivados del cambio en la decoración en el conjunto de los costes de evaluación, en la línea de lo que se ha venido desarrollando en el apartado anterior.

Debe darse un buen entorno en el trabajo para evitar la insatisfacción del personal. Este, sintiéndose más cómodo y comprobando el efecto positivo que produce en los pacientes y la imagen del hospital, desempeña mejor su trabajo y se vuelve más productivo. En tanto en cuanto consigue un efecto positivo sobre el personal sanitario en el desempeño de su trabajo, pueden circunscribirse a dicha categoría de costes.



Concluye Varo (1994:334)⁵²:

Esta interrelación de costes, mantenida en el tiempo, mejora la calidad de los servicios y disminuye el coste de la calidad en todos sus conceptos: permite optimizar los recursos humanos, materiales y financieros y rentabilizarlos mejor, lo cual es importante en un sistema dependiente de recursos limitados y con una demanda cada vez mayor.

Una vez visto que la verdadera mejora en los costes y la calidad se produce con una mejora del diseño del producto en sí mismo o la revisión del proceso productivo (concretado en la fase de hospitalización del paciente), puede confirmarse la estrecha relación entre la calidad y los costes propuesta por Harrington (1987)⁵³ consistente en que: “no se pueden reducir los costes sin afectar a la calidad, es posible mejorar la calidad sin incrementar los costes y se puede reducir el coste mejorando la calidad”.

Por otro lado, y habiendo asentado la idea de necesidad del cuidado de la calidad concretada en este estudio en la decoración del entorno, resulta interesante conocer hasta dónde debería llegar una adecuada inversión en la mejora de la misma.

Existe la idea generalizada de contraponer calidad y productividad. Creer que el control posibilita la calidad pero toda vez que este se pierde, la calidad se ve deteriorada. Al respecto, Suñol (2013:7)⁵⁴ se ha pronunciado explicando que:

Partiendo de una calidad hipotéticamente nula, ésta aumenta proporcionalmente a medida que aumenta paralelamente la cantidad de actividad sanitaria, si bien después de llegar a un máximo, la calidad no aumenta y aún disminuye a medida que se va aumentando la cantidad de la producción.

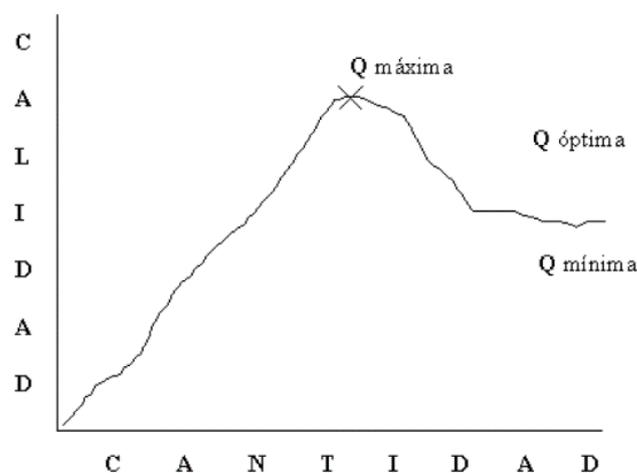
⁵² VARO, J., “Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios”, Madrid, 1994, Pg. 334

⁵³ HARRINGTON, H.J., “Improvement process”, Nueva York, 1987

⁵⁴ SUÑOL, R., “La Calidad de la Atención”, Barcelona, 2013, Pg. 7



(12) Relación Productividad y Calidad



(Suñol:2013)

Se trata por tanto de conseguir una situación intermedia que se mueva dentro de una franja acotada entre la calidad mínima aceptable y la calidad óptima. La conclusión práctica que puede sacarse es que, en relación a la obtención de calidad, es perjudicial moverse en niveles bajos de cantidad como lo es en niveles muy altos de cantidad que agobian el trabajo del profesional.

En la literatura revisada, suele representarse la eficiencia hospitalaria en función de estos dos valores:

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Calidad} * \text{Cantidad}}{\text{Costes}}$$

Varo (1994:339)⁵⁵ clarifica que:

Una causa frecuente del aumento de los costes de la asistencia sanitaria es la prestación de servicios con una calidad excesiva para las necesidades del cliente. Y si la cantidad de atención es exagerada y perjudicial; disminuye, en consecuencia, la calidad del servicio prestado.

En esta línea varios autores defienden que una óptima calidad no significa, necesariamente, grandes medios tecnológicos, sino aquéllos que son precisos para cubrir las necesidades de los clientes y cumplir los requisitos de calidad establecidos. Así, todos

⁵⁵VARO, J., "Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios", Madrid, 1994, Pg. 339



los hospitales pueden alcanzar niveles óptimos de calidad en los servicios que prestan, independientemente de lo sofisticado que sean sus equipos.

En relación al caso que nos concierne en este estudio, baste señalar lo prescindible de una elevada inversión en la implantación de las modificaciones de carácter decorativo para la adecuación del entorno hospitalario. Basta considerar alternativas sencillas, que sin un elevado coste, logran marcar la diferencia al incidir de un modo tan directo sobre el paciente.

No es por lo tanto, esta práctica un exceso de calidad en el servicio sino una exigencia desde el momento en que el hospital vuelve a centrarse en el paciente como cliente y garante. Ganando no solo el paciente en confort, sino el hospital también viendo mejorada su imagen y reduciendo el coste en la línea de lo que se ha venido desarrollando en este apartado.

Hasta ahora hemos venido hablando de los costes directos relacionados con el proceso de prestación de servicio pero no deben olvidarse los costes indirectos, también determinantes aunque no vayan a desarrollarse en este estudio. Estos son aquellos costes que no están vinculados al proceso en sí y que englobaría suministros (luz, agua, etc.) o arrendamientos.

6.2 Marketing hospitalario y calidad asistencial.

De todo lo expuesto hasta el momento, se debe retomar como punto de partida en este apartado, el ya conocido *principio de autonomía* en la sanidad, el cual justifica la personalización del trato al paciente, la ampliación de las prestaciones, o la posibilidad de elección del mismo.

Según Mira (1996:25)⁵⁶: “definir cuál es el mejor método para proporcionarles unos cuidados que resulten satisfactorios a los pacientes es, precisamente, el objetivo del

⁵⁶ MIRA, JJ., VITALLER, J. *et al*, “Calidad Corporativa Hospitalaria. ¿Qué transmite la prensa escrita?”, *Todo Hospital*, 1996, Pg. 131: 25-32



marketing sanitario.” Es decir, propone entender el *marketing* como una herramienta que trata de que la empresa tenga lo que el cliente quiere.

Esta idea, que sitúa la acción del *marketing* en un momento previo a la prestación del servicio puede contrastar con nuestra tradicional idea del mismo. Se tiende a pensar que el *marketing* es el instrumento utilizado por toda empresa para vender productos y servicios a través de una mejora de la imagen. Que su tarea consiste en conseguir que el cliente quiera lo que la empresa ofrece. Sin embargo, los expertos no ponen hoy en duda aquello sobre lo que Peter Drucker (1975 citado por Mayurí, 2009)⁵⁷, el abuelo del *marketing* moderno, incidió insistentemente, “[e]l *marketing* no busca vender lo que se fabrica sino fabricar lo que se vende.”

Solo desde esa concepción del *marketing* puede uno entender la estrecha relación entre este y la calidad asistencial. La idea es relativamente sencilla:

El marketing es intercambio y comunicación, procesos necesarios para adecuar oferta y demanda en un servicio sanitario personalizado y de calidad. Y, para lograr todo esto satisfactoriamente, es imprescindible que la organización se oriente hacia el cliente en todos sus procesos.

Buil (2000:4)⁵⁸

Asumiendo al paciente como centro, se entiende pues que el *marketing* incida directamente en la esfera global del hospital, transformándolo, en aras a conseguir adecuarlo a un servicio óptimo de calidad asistencial.

Tiene sentido entonces hablar de la incidencia del *marketing* hospitalario en la calidad como causa y no como efecto. El marketing hospitalario examina qué quiere el paciente y qué espera del hospital para luego así diseñar una adecuada gestión de la calidad asistencial.

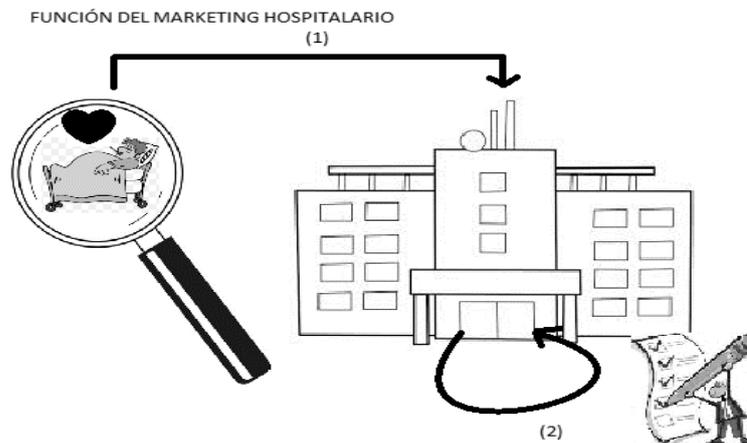
⁵⁷ MAYURÍ, J., “Marketing estratégico y costos en la globalización de los Mercados”, Gestión en el Tercer Milenio, Rev. de Investigación de la Fac. de Ciencias Administrativas Vol. 12 Nº 23, UNMSM, Lima, julio de 2009

⁵⁸BUIL, J.A. et al, “Marketing sanitario y calidad asistencial: reflexiones para el diseño de los servicios quirúrgicos”, Madrid, 2000, Pg.4



El siguiente gráfico refleja lo anterior de una forma clara:

(13) *Función del marketing hospitalario.*



Elaboración propia

La aplicación del *marketing* en la gestión de la calidad de los servicios de salud ayuda enormemente a una mejor utilización de los recursos porque, si se hace correctamente, proporciona siempre una concreta y específica disminución en los costes como se verá en un apartado posterior.

Pero realmente lo más significativo es que sin él, difícilmente pueden alcanzarse los objetivos que se espera han de lograr dichos servicios en el largo plazo, ligados a la aceptación recibida por otros agentes del mercado tales como proveedores o clientes quienes por medio de una relación continua con la empresa garantizan su supervivencia.

Aclarado lo anterior, conviene entonces analizar cuáles son las actuaciones en las cuales se concreta el *marketing* hospitalario y que inciden en el planteamiento de la gestión hospitalaria.



6.2.1 Marketing externo; De orientación al cliente.

La mayoría de los modelos de *marketing* se basan en la experiencia de competir en el mercado. Ahora bien, en el sector servicios la competencia descansa, tanto a nivel estratégico como operativo, en reconocer y aceptar que lo sustancial de lo que se oferta está constituido por el conjunto de aspectos susceptibles de ser percibidos por los pacientes.

Es decir, reconocer cómo perciben estas las interacciones que se provocan entre ellos y el personal sanitario (lo que se denomina calidad funcional del proceso), identificar adecuadamente qué es lo que se les suministra (calidad técnica del resultado) y conocer de qué manera valoran la percepción de lo que reciben (imagen y comunicación de la calidad provista).

Así, son dos los tipos de *marketing* que se desarrollan en toda empresa y que deben adaptarse a las necesidades de los servicios hospitalarios:

El *Marketing Estratégico*. Consiste en el análisis de las necesidades del mercado, que desemboca en el desarrollo de servicios rentables. Identifica los segmentos actuales o potenciales, analizando las necesidades de los pacientes y orientando la empresa hacia oportunidades atractivas, que se adaptan a sus recursos y que ofrecen un potencial de crecimiento y rentabilidad consolidando su posicionamiento en el Mercado.

La gestión estratégica se sitúa en el mediano y largo plazo, ya que se propone establecer la misión de la empresa, definir sus objetivos, elaborar una estrategia de desarrollo y mantener un equilibrio en la cartera de servicios.

El *Marketing Operativo*. Es el encargado de desarrollar en el corto plazo, por medio de acciones concretas, los resultados que surgen del análisis estratégico anterior. Estas acciones, concretadas en un Plan de *Marketing*, tienen que ver con decisiones sobre la prestación del servicio, la localización, el precio y la comunicación, cuyo objetivo es dar a conocer y valorizar las cualidades que distinguen a sus servicios, dirigiéndose al público objetivo elegido.



Todo Plan de Marketing Hospitalario se concreta según Sreenevas (2013:4366)⁵⁹ en el desarrollo y perfeccionamiento de los siguientes aspectos fundamentados en el concepto de las “cuatro P” del marketing-mix introducido por McCarthy pero adoptando tres nuevas dimensiones:

- Servicio (*Product*). En el caso del Hospital serían los servicios de salud que ofrece.
- Localización (*Place*). En los servicios de salud, los usuarios deben necesariamente acercarse a las clínicas y hospitales para adquirir el servicio.
- Precio (*Price*). Resulta compleja la tarea de fijación de un precio por lo delicado del servicio prestado al incidir sobre la salud del individuo restaurándola.
- Comunicación (*Promotion*). Seleccionando los medios adecuados para comunicarse con el paciente potencial.
- Procedimientos (*Packaging*). Los mecanismos o rutinas en la prestación de un servicio afectan a su calidad.
- Posicionamiento (*Positioning*). El servicio al cliente pretende conseguir una relación duradera con el cliente.
- Personas (*People*). El capital humano es un aspecto muy importante en toda organización y más aún al tratarse de servicios médicos, puesto que deben ser impartidos por profesionales competentes; aquí incluso este factor llega a convertirse un aspecto clave de diferenciación y de posicionamiento.

Resulta interesante, a partir de las siete Ps, plantear la existencia de auténticas fuentes de ventaja competitiva, desde las cuales, bien sea mediante la tenencia de recursos o la implantación de acciones concretas, se obtenga un elemento diferencial respecto a los restantes competidores.

La siguiente tabla refleja dichas fuentes de ventaja competitiva y posibles prácticas encaminadas a conseguir alcanzar una mayor diferenciación frente a otros hospitales:

⁵⁹ SREENEVAS, T. *et al*, “7Ps in corporate hospitals – Administrators’ perspective”, India, octubre de 2013, Pg. 4366 y ss.



(14) Siete Ps Gestión del Marketing Hospitalario.

	SERVICIO	LOCALIZACIÓN	PRECIO	COMUNICACIÓN	PROCEDIMIENTOS	POSICIONAMIENTO	PERSONAS
FUENTES VC	<p>La tecnología más moderna en equipos de diagnóstico.</p> <p>Instalaciones físicas nuevas y acogedoras que salen de lo común (no tienen apariencia de hospital).</p>	<p>Poseer dependencias médicas alternas.</p> <p>Poseer un número considerable de posibles usuarios concentrados en un ámbito universitario.</p>	<p>El Hospital, tiene la posibilidad de beneficiarse con descuentos, a través de las empresas que mantengan convenios con la misma.</p>	<p>Lograr una buena percepción del servicio por el usuario.</p> <p>Buenas técnicas comunicativas.</p>	<p>Contar con personal capacitado, equipos modernos que hacen que las consultas, exámenes médicos, etc. sigan un proceso correcto, logren calidad en el servicio y satisfacción en el cliente.</p>	<p>Buena percepción del servicio prestado.</p> <p>Políticas de buen servicio al usuario.</p>	<p>Poseer médicos y enfermeras con experiencia y prestigio.</p>
POSIBLES ACCIONES A IMPLANTAR	<p>Aprovechar al máximo la percepción que la gente tiene del Hospital, resaltando en la publicidad la tecnología de punta que poseemos.</p> <p>Ilustrando en el caso de ser posible, las instalaciones.</p>	<p>Dotar a todas las dependencias médicas con información de los servicios y beneficios que ofrece el Hospital.</p> <p>Mediante publicidad, conducir a los usuarios internos al Hospital.</p> <p>Captar la demanda insatisfecha de otros hospitales.</p>	<p>Fijación de precios en relación a la competencia.</p> <p>Diversificación de las formas de pago.</p> <p>Comunicación de estructura de costes en publicidad.</p>	<p>Aprovechar los aspectos positivos que percibe de nosotros la gente y resaltarlos en la publicidad.</p> <p>En base a los resultados obtenidos a través la encuesta podemos elegir los medios más idóneos para la comunicación.</p>	<p>Hacer que los procesos sean rápidos y eficaces.</p>	<p>Seguir brindando la mejor atención.</p> <p>Comunicar en la publicidad la buena atención referida.</p> <p>Explotar como referente la atención humanitaria en la que basa el Hospital toda su actividad</p>	<p>Al momento de comunicar hacer énfasis en mostrar el personal con el que contamos.</p>

Adaptación Salomé (2008)⁶⁰

⁶⁰ SALOMÉ, T., "Plan de Marketing y difusión interna para el Hospital UTPL", Ecuador, 2008, Pg. 55



A pesar de su aparente sencillez, son múltiples las complicaciones que se dan en el desarrollo de los planes estratégicos de *marketing* fijados anualmente desde la gestión hospitalaria. Entre ellas destaca Sanguino (1998:395)⁶¹:

- Las regulaciones exhaustivas de precios por parte de la autoridad pública.
- Al ser los servicios recibidos por el usuario, pagados por terceras entidades aseguradoras, la sensibilidad del paciente hacia el precio es mucho menor lo que agudiza la sensación de que el *marketing* no es necesario.
- Por su doble dimensión, pueden surgir problemas derivados del reparto del poder existente en algunas instituciones sanitarias entre el personal clínico y el personal administrativo a la hora de establecer determinadas estrategias o políticas de *marketing*.
- Por último, la prestación de servicios sanitarios (...) conlleva indudables implicaciones éticas que no se dan en otros servicios. No en vano, la protección de la salud es un derecho reconocido al ciudadano por todas las constituciones contemporáneas de los países desarrollados.

Sin embargo, la principal dificultad añadida a la orientación del *marketing* hospitalario concretada en los aspectos anteriores, radica según numerosos autores, en la capacidad de este para superar los problemas derivados de la intangibilidad de los servicios que presta. Al contrario que una empresa que vende productos físicos y tangibles, los servicios no pueden ser probados antes de su compra y, por ello, se ha de esperar a haber recibido los mismos para poder juzgarlos.

Este problema, puede ser solucionado según Evans y Berman (1987)⁶²: “mediante el desarrollo de una representación tangible del servicio, identificar el servicio asociando la intangibilidad del mismo a un objeto tangible o apostando por la diferenciación de la calidad en el servicio.”

⁶¹ SANGUINO, R., “Marketing Hospitalario. El Estado de la Cuestión”, Universidad de Extremadura, 1998, Pg. 395

⁶² EVANS, J.R., BERMAN, B., “Marketing”, Mac Millan, Barcelona, 1987



De lo anterior se concluye que, si bien es cierto que la calidad asistencial no necesita del *marketing* para darse, nunca llegará a ser óptima sin este puesto que es el *marketing* el que permite perfeccionar con sus herramientas la calidad objetivo fijada por el hospital.

Por el contrario, no es posible concebir una buena estrategia y planificación del *marketing* sin tener como objetivo la optimización de la calidad asistencial. Ya que, si un producto o servicio no satisface las demandas de los clientes, el trato ni es posible ni se llegará a producir.

Vista la importancia tal que la calidad asistencial tiene sobre el *marketing* sanitario en todas sus dimensiones, el especial cuidado que se preste a la manera de cuidar el entorno de hospitalización a través de la decoración, debe comprenderse inmerso entre los objetivos fundamentales de *marketing* a perseguir desde la gerencia del hospital por el departamento correspondiente en función de su estructura interna.

Al experimentar constantes cambios, las propuestas para la mejora de la calidad asistencial van actualizándose y concretándose en los distintos Planes de *Marketing* cada año permitiendo a la institución dirigirse hacia la excelencia en el cumplimiento de sus objetivos determinados como *marketing* estratégico. Con su implantación no solo se garantiza una fidelización del paciente lo que otorga estabilidad a la institución sino también una visión positiva del servicio prestado por parte de la sociedad en su conjunto como se verá en apartados posteriores.

6.2.2 *Marketing interno; De orientación al personal sanitario.*

Desde la empresa existe un tipo adicional de *marketing* que es el interno. Este se concreta en el trabajo que ha de llevar a cabo la empresa para formar y motivar a sus clientes internos, es decir, a los profesionales sanitarios y el resto de personal empleado quienes están en contacto bien directamente o bien indirectamente con los pacientes.

Los objetivos se concretan en lograr que dicho personal de contacto y de apoyo a los servicios que presta el hospital, trabaje como un verdadero equipo volcado a proporcionar



la mejor satisfacción a los clientes. Esto es lo que Berry (1986:49)⁶³ explica como: “el conseguir que todas las personas de la organización practiquen dicha filosofía de marketing”.

Aunque en el presente estudio se desarrolle este apartado de forma poco profunda, no deja de ser de vital importancia. Si la Dirección no se ocupara de esta dimensión, peligraría con toda seguridad el éxito de las actuaciones que se lleven a cabo en los mercados externos, en la relación con los pacientes.

El interés que tiene se asienta en la idea de que en el marketing de una institución de prestación de servicios, la calidad está ligada a la prestación del mismo y, para lograr la eficacia se necesita que el marketing interno funcione como un proceso de gestión global. Dicho proceso debe concretarse en que todos los empleados (incluida la Dirección) comprendan y experimenten en su trabajo la vocación de servicio al paciente y que todos los empleados estén preparados y motivados para actuar de una forma orientada a un servicio de calidad.

Ahora bien, explica Corella (1998:192)⁶⁴ que: “el *marketing* interno requiere abandonar hoy concepciones antiguas en torno a la dirección, aferradas al pensamiento taylorista de distinción absoluta entre los miembros de la dirección y el resto de empleados a su servicio”. Con ello anuncia la nueva y actualizada consideración en torno a la cultura empresarial.

Según De Val (1997:307)⁶⁵:

La cultura empresarial define cómo el hombre se identifica con la organización, concibe su sistema de valores y lo relaciona con el suyo propio”, y matiza que “la cultura de empresa existe a dos niveles: uno visible, gracias al conjunto de instrumentos a través de los cuales se materializa (símbolos, ritos, máximas, aderezos, estructuras...); y otro invisible, que responde al conjunto de valores, creencias, actitudes, sentimientos, suposiciones..., que residen en su plantilla humana.

⁶³ BERRY, LL., “Big Ideas in Services Marketing. J Consumer Marketing.”, 1986, Pg. 49

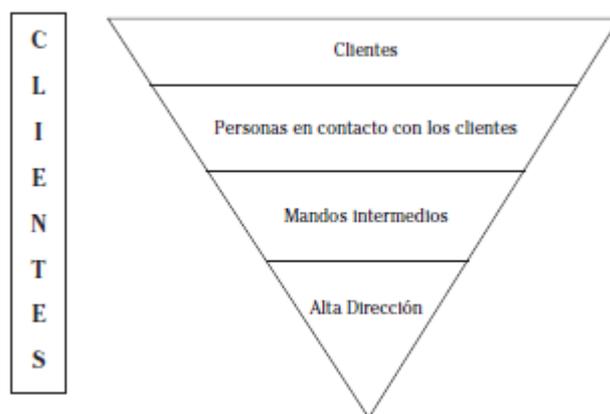
⁶⁴ CORELLA, J.M., “Introducción a la gestión de marketing en los servicios de Salud”, Pamplona, 1998, Pg. 129

⁶⁵ DE VAL, I., “La cultura empresarial. Organizar: acción y efecto.”, ESIC, Madrid, 1997, Pg. 307



Para lograr este grado de compromiso, se debe buscar un cambio en la concepción tradicional de la estructura empresarial, de tal forma que si el paciente es el centro de la actividad de prestación de servicios, entonces sean aquellos que estén en un mayor contacto con este, los que se sitúen en escalones superiores jerárquicamente. Kotler (1992:1-63) lo representa del siguiente modo:

(15) Pirámide invertida de Kotler.



Adaptado Kotler (1992)⁶⁶

Esta inversión de la pirámide tradicional requiere una nueva adopción de roles en el planteamiento de la gestión hospitalaria, concretadas según los expertos en las siguientes:

La empresa debe proporcionar herramientas para que las personas en contacto con el público puedan actuar. Para ello debe describirse el trabajo que se desea que realicen, explicar cómo se espera que atiendan a los clientes y cómo deben resolverse sus dudas. Conviene explicar y justificar los sistemas de promoción profesional, los sueldos y los incentivos. También los directivos deben informar de las estrategias de la empresa y de los resultados que se obtienen.

El personal de la empresa es el primer mercado a atender. Este debe comprender que tiene que actuar como se le indica, y que en ciertas ocasiones ha de prestar servicios adicionales. Asimismo, deben aceptar que los servicios de formación y otras actividades de la empresa se encaminan a apoyarles en su contacto con los clientes. La formación de

⁶⁶ KOTLER, P.H., "Dirección de Marketing. Análisis, Planificación, Gestión y Control", Capítulo 1, Reino Unido, 1992, Pg. 1-63



cada miembro de la empresa tiene como objetivo que cada trabajador sepa qué hace, por qué y acepte su función en el seno de la organización.

Todo trabajador debe tener una visión muy clara de cómo son las relaciones que la empresa desea con sus clientes y en qué medida participa cada persona de la empresa en ellas. Deben crearse flujos de información internos e interactivos entre los directivos y los trabajadores garantizando un clima informativo abierto.

La relación que esta dimensión del marketing tiene con la optimización de la calidad asistencial sanitaria, se concreta en que si bien son responsables de la determinación de la estrategia a seguir los miembros de la gerencia del hospital, son los profesionales sanitarios los encargados de implementarla con su actuación diaria en su trato con el paciente. Ellos son la imagen del hospital, los garantes de dicha calidad asistencial.

Sin embargo su compromiso va más allá. Recae sobre estos la responsabilidad de preocuparse por conocer a su cliente, de preguntarse sobre qué busca y comprendiendo su realidad transmitirlo a instancias de dirección para que puedan aplicar las mejoras y cambios pertinentes. Ellos son los que de primera mano saben lo que al paciente le preocupa, lo que necesita, y por ello les es exigible su colaboración en la tarea de optimización del servicio.

El interés que presenta en la decoración del entorno hospitalario, es que sean estos los encargados de asesorar al hospital acerca de cuáles son los cambios más urgentes, que faciliten la estancia al paciente pero que incrementen la funcionalidad y fácil desempeño de su trabajo como profesionales de la salud. No en vano se estableció en apartados anteriores la importancia de realizar encuestas o reuniones con el personal sanitario en aras a evaluar la calidad asistencial.

Sorprendentemente, la gestión del entorno concretada en la decoración hospitalaria opera en una doble dirección. No sólo es consecuencia a propuestas del *marketing* interno sino que la implantación de dichos cambios, incide directamente en la forma en que los profesionales desempeñan su trabajo, repercutiendo en su productividad.



Ulrich (2004)⁶⁷ confirma que: “los cambios en el entorno hospitalario por medio de la decoración pueden ayudar a prevenir errores médicos, infecciones transmitidas así como mejorar la eficiencia y motivación del personal sanitario”.

Un entorno adecuado para el paciente es, sin duda un entorno óptimo de trabajo para el profesional. No solo porque se reduce con la funcionalidad, el riesgo de transmisión de enfermedades durante la hospitalización sino que este sintiéndose cómodo desempeña correctamente su trabajo.

Esta realidad decorativa se solidifica en términos de comportamiento organizacional bajo la consideración de factor higiénico dentro de la Teoría Bifactorial (Herzberg, 1959)⁶⁸ la cual explica con mayor precisión la capacidad de incidencia que el entorno tiene en el trabajo del profesional. Esta divide los factores motivacionales en dos áreas diferenciadas:

Los *factores de higiene*. Son aquellos que rodean a la tarea pero no dependen del trabajador, resultan extrínsecos a la misma. Entrarían en esta categoría el salario y beneficios, la política de la empresa y su organización, las relaciones con los compañeros de trabajo o el entorno del mismo. Estos evitan la insatisfacción de los trabajadores cuando son cubiertos pero en el caso de garantizarse no son capaces de incidir en la motivación del profesional.

Los *factores motivadores*. Son los que incluye el trabajo en sí mismo. Serían factores de este tipo el reconocimiento, la independencia laboral, la responsabilidad o la promoción. Estos son los factores capaces de motivar al profesional al aportar satisfacción pero de no darse, en ningún caso producen insatisfacción.

Es por ello, que considerando excesivamente optimista, lo que los expertos en gestión hospitalaria afirman sobre la capacidad motivacional que la mejora del entorno genera en los profesionales sanitarios, su cuidado e interés es necesario en este aspecto. Debe darse un buen entorno en el trabajo para evitar la insatisfacción del personal. Este, sintiéndose más cómodo y comprobando el efecto positivo que produce en los pacientes y la imagen del hospital, desempeña mejor su trabajo y se vuelve más productivo.

⁶⁷ ULRICH, R., “The Role of the Physical Environment in the 21st Century Hospital”, Nueva Jersey, 2004

⁶⁸ HERZBERG; F., "The Motivation to Work", Estados Unidos, 1959



Se verá a continuación la incidencia real de la implantación de estas mejoras en el área financiera de gestión.

6.3 Vínculo con la Responsabilidad Social Corporativa y la Ética Empresarial.

Estos dos últimos conceptos sientan las bases para poder hablar de la dimensión ética de la garantía de calidad que ya quedó perfilada en el apartado relativo al paciente hospitalizado.

En el sentido que se viene persiguiendo a lo largo de este estudio, podría parecer que la única motivación para implantar los cambios decorativos radica en los múltiples efectos favorables que produce sobre el hospital tales como en costes o imagen vistos anteriormente. Si bien es cierto, que debe ser esta la primera de las motivaciones para implantar estas técnicas desde la gestión sanitaria (puesto que no se trata de una organización sin ánimo de lucro y es por ello perfectamente lícita la adopción de medidas que aseguren su supervivencia), no deja de ser una exigencia ética el velar por el paciente y su mayor confort.

En efecto, las consideraciones de hacer el máximo bien, el no hacer daño, el permitir la máxima soberanía de decisión en aquellos temas que le atañen -y no hay nada que ataña más a una persona que su propio cuerpo y su propia vida- y procurar el bien de la comunidad, devienen un imperativo ético.

Suñol (1997:6)⁶⁹

No se trata sólo de hacer lo mejor posible al mínimo coste para ahorrar o aumentar beneficios, sino porque el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos.

Es posible identificar cuatro factores de motivación en la implantación de funciones encaminadas a la excelencia en la atención sanitaria, mejorando la calidad asistencial.

⁶⁹ SUÑOL, R., "El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: Ética y Costes en Medicina Intensiva", Barcelona, 1997, Pg. 6



Estos llevan a las empresas a asumir responsabilidades adicionales a la producción de bienes y servicios que les caracterizan:

Por un lado existen los *factores legales*, exigencias normativas que se imponen desde la Administración Pública y que establecen los requisitos mínimos de calidad a cumplimentar por el conjunto de centros sanitarios del Estado, tanto públicos como privados. Estos deben ser necesariamente cumplimentados por todo hospital en España.

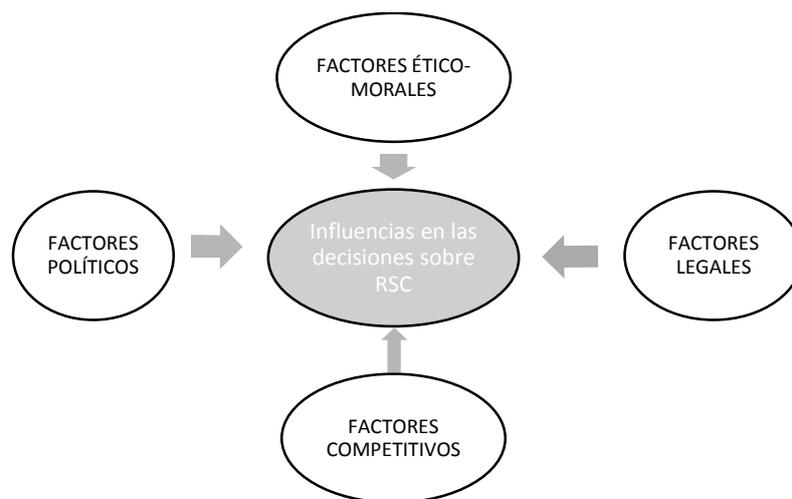
Por otro lado, *factores políticos*, exigidos por el poder de los grupos de interés. Piénsese a título de ejemplo en la estrategia política del Partido Popular al plantear la gestión por concesión de seis hospitales madrileños recientemente suspendida.

Evidentemente, se pueden identificar también *factores competitivos*. Ciertas empresas, no compartiendo el compromiso de un mayor cuidado en la atención al paciente ven en el establecimiento de mejoras la posibilidad de resultar más atractivas al resto de centros sanitarios con los que compite en el mercado.

Finalmente, como ya se apuntó arriba, la posibilidad de ser implantados estos cambios por un profundo convencimiento de la finalidad curativa de los pacientes, lleva a considerar *factores ético-morales*.

Así, es posible resumir lo anterior a través del siguiente gráfico:

(16) *Influencias en las decisiones sobre RSC*



Elaboración propia



Bien se haga con esta motivación o se haga para dar una buena imagen como Institución preocupada por su Responsabilidad Corporativa, lo cierto es que debe darse. Y se hará bien mediante la implantación de estas técnicas u otras que, teniendo como centro al paciente, se relacionen siempre con la calidad del servicio prestado.

Puesto que, como decía Cervantes (1841:315)⁷⁰: “La buena opinión califica la acertada medicina.”

⁷⁰ CERVANTES, M., “Persiles y Sigismunda”, Tomo Cuarto, 1841, Pg. 315





7. CONCLUSIONES.

De cumplirse las previsiones del Fondo Monetario Internacional, la Economía debería crecer un mínimo de 1,4% anual entre 2013 y 2016 para garantizar la sostenibilidad de la Sanidad pública, si no se adoptan reformas para controlar el gasto. Sin embargo, el crecimiento medio anual del gasto sanitario público español esperado para el citado periodo se estima en el 4,4%, aunque hay una notable variabilidad entre Comunidades Autónomas.

En medio de dicho escenario político, los investigadores se ven obligados a reflexionar acerca del fundamento de las instituciones hospitalarias con miras a un mejor aprovechamiento de los recursos, encontrando en el paciente su razón última de ser y planteando en torno al mismo nuevas formas de optimización de la gestión convencidos de que asegurando su eficiencia, deba ser menor el crecimiento del gasto público destinado a los servicios de salud, reduciendo los efectos de la insostenibilidad del sistema y repercutiendo en la subsistencia estable de los centros de salud nacionales.

Entendiendo que la figura del hospital se encuadra dentro de la tipología organizacional empresarial, no solo tiene sentido sino que es imprescindible plantearse la eficiencia en la gestión como forma de atender cada vez mejor al paciente en la subsanación de su enfermedad y conseguir garantizar, mediante su aceptación y apoyo, la supervivencia de la empresa. Es en este marco donde se comprende la necesidad de hablar de asistencia sanitaria y su calidad de prestación.

Dentro de sus componentes, cobra en Estados Unidos una importancia relevante el cuidado de los aspectos de confort del paciente hospitalizado, ligado a la construcción de nuevos hospitales en las últimas décadas, lo que ha supuesto volver a replantearse la manera de entender dichas instituciones. De esta tendencia, surge un movimiento consolidado hoy, en el que se busque adecuar la estancia del paciente a sus necesidades, viendo disminuido su estrés y posibilitando una más rápida recuperación. Dicha corriente se empieza a expandir con fuerza a países de nuestro entorno siendo realmente útil su conocimiento y valoración encaminados a una posible futura implantación.



De la corroboración de dichos efectos surge entonces la posibilidad, para los gestores hospitalarios, de hacer uso de estas técnicas por las importantes y variadas repercusiones que genera. Se ha visto que estas deben ser entendidas como causas que motiven su implantación más que como meras consecuencias. Existen múltiples posibilidades de adecuación del entorno las cuales se han analizado agrupándose en categorías.

No solo se ha dicho que como consecuencia de estas, la imagen del hospital se vea beneficiada por medio de una estrategia adecuada de marketing externo, sino que los efectos redundan en una mayor motivación de los profesionales sanitarios, lo que contribuye a una producción más eficiente.

Asimismo, ha quedado señalada la importante repercusión que genera en los costes siendo esta dimensión seguramente la menos conocida y quizás alejada del concepto de calidad que pueda tener el lector. Este ahorro, si bien no soluciona el problema de la insostenibilidad económica contribuye a dotar de estabilidad al Sistema Sanitario. Otras de las repercusiones sociales que se han visto, han sido desde la Ética y la Responsabilidad Social Corporativa.

Sorprendida de que una reflexión personal surgida de la propia experiencia no solo se haya dado realmente sino que se haya materializado en un auténtico movimiento, me reafirmo en la idea de que el cuidado de la asistencia y de su calidad ligada al entorno sanitario es fundamental, no como un acto altruista desde la administración sino como una necesidad más urgente de lo que intuía.

Veo que estas prácticas se han desarrollado fundamentalmente en el ámbito de la hospitalización infantil en España pero seguro deberán implantarse en un futuro próximo en favor de los restantes pacientes tal y como se viene haciendo en Estados Unidos y otros países. Fruto de ello, deriva su interés de estudio y conocimiento. Especialmente dado el peso que ocupa la Sanidad en la Economía Española y la importancia que los Centros Hospitalarios dan al cuidado de la asistencia sanitaria de calidad.

Personalmente ha resultado ser de enorme utilidad para mi futuro profesional el cual dirijo hacia la gestión hospitalaria y en él he encontrado la oportunidad de ver la aplicación práctica de lo aprendido a lo largo de los 5 años de estudio de Grado en Administración



y Dirección de Empresas hacia el ámbito sanitario, que es lo que empezaré a hacer a partir de ahora.

Rocío Güell Álvarez.
Carmen Escudero Guirado. [*tutor*]

Universidad Pontificia Comillas
Trabajo de Fin de Grado,
Grado en Administración y Dirección de Empresas





REFERENCIAS

- “El caso de la hospitalización”, Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias de la Salud, Sevilla, 2013. Pg. 5
- “Estadística de indicadores hospitalarios”, INE, Madrid, 2005, Tabla Excel 1
- “Homenaje: Avedis Donabedian; Pionero en la calidad de la atención médica”, Revista Oficial de la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica, Nº 3, febrero de 2006, Pg. 17
- “The principles of quality assurance”, Quality Assurance Healthcare, OMH, 1989, Pg. 1: 79-95
- ABELLÁN PERPIÑÁN, JM., et al, “El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas”, Fundación BBVA e Ivie, Madrid, julio de 2013
- AFANADOR, G., “Atención segura y de calidad al paciente a través del manejo del proceso hospitalario”, INALDE Business School, Bogotá, 2011, Pg. 2
- AIA, “Hospital and Healthcare Facilities”, Washington, 2001, Pg. 58
- ATTEWELL, A., “Florence Nightingale”, UNESCO, París, marzo de 1998, Pg. 174
- BAREA TEJEIRO, J., “Conferencia Inaugural de las primeras Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitario”, en Fundación Signo, El Hospital; Empresa de Servicios, Hellín, enero de 1993, Pg. 93
- BERRY, LL., “Big Ideas in Services Marketing. J Consumer Marketing.”, 1986, Pg. 49
- BLEJMAR, B., “Gestionar es hacer que las cosas sucedan”, Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires, Argentina, 2005, Pg. 1-3
- BUIL, J.A. et al, “Marketing sanitario y calidad asistencial: reflexiones para el diseño de los servicios quirúrgicos”, Madrid, 2000, Pg.4
- CAMPANELLA, J., “Principles of Quality Costs. Principles, Implementation and Use”, Wisconsin, 1992
- CERVANTES, M., “Persiles y Sigismunda”, Tomo Cuarto, 1841, Pg. 315
- CORELLA, J.M., “Introducción a la gestión de marketing en los servicios de Salud”, Pamplona, 1998, Pg. 129
- DE VAL, I., “La cultura empresarial. Organizar: acción y efecto.”, ESIC, Madrid, 1997, Pg. 307
- DONABEDIAN, A., “Clinical Performance and Quality Health Care”, 1993
- EVANS, J.R., BERMAN, B., “Marketing”, Mac Millan, Barcelona, 1987
- FERNÁNDEZ-RÍOS, M. et al, “Eficacia organizacional: concepto, desarrollo y evaluación”, Madrid, 1997, Pg. 63
- GARCÍA CALATAYUD, ML, “Private health expenditure: data sources and estimation methods”, Workshop on Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework in Spain, París, junio de 2009, Pg. 5
- GLASER, R., “Slowing of wound healing by psychological stress”, Lancet, 1995, Pg. 346
- HARRINGTON, H.J., “Improvement process”, Nueva York, 1987
- HERNÁNDEZ MELÉNDREZ, E., “Metodología de la Investigación”, Cómo escribir una tesis, 2006, Pg. 35
- HERZBERG; F., "The Motivation to Work", Estados Unidos, 1959
- JARAMILLO, J., “Evolución de la Medicina: Pasado, presente y futuro”, Costa Rica, julio de 2001, Pg. 107
- JURAN, JM., “Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para directivos.”, Barcelona, 1990
- KOTLER, P.H., “Dirección de Marketing. Análisis, Planificación, Gestión y Control”, Capítulo 1, Reino Unido, 1992, Pg. 1-63
- LEMUS, J.D., “Salud Pública, Marco conceptual e instrumentos operativos”, CIDES, 2001, Pg. 5
- LUNDWALL, L. et al, “Dropping out treatment: a critical review”, 1975



- MALAGÓN-LONDOÑO, G. et al, “Garantía de calidad en salud”, Ed. Médica Panamericana, 2006, Pg. 80
- MALAGÓN-LONDOÑO, G., “Administración Hospitalaria”, Bogotá, junio de 2008, Pg. 354
- MAYURÍ, J., “Marketing estratégico y costos en la globalización de los Mercados”, Gestión en el Tercer Milenio, Rev. de Investigación de la Fac. de Ciencias Administrativas Vol. 12 N° 23, UNMSM, Lima, julio de 2009
- MIRA, JJ., VITALLER, J. et al, “Calidad Corporativa Hospitalaria. ¿Qué transmite la prensa escrita?”, Todo Hospital, 1996, Pg. 131: 25-32
- NANDA, L., “Artwork at hospitals can help the healing process”, EEUU, agosto de 2009, Pg.2
- NET, À., “La Calidad de la Atención”, Barcelona, 2013, Pg. 8
- PARK, JG., “Environmental color for pediatric patient room design” Doctoral dissertation, Texas, 2007
- PERT, C., “Molecules of Emotion”, New York, 1997
- PUIG SAMPER, F., “El gasto sanitario en España”, Cuadernos de Información Sindical, nº36, Madrid, noviembre de 2013, Pg. 12
- RIVERA, B. et al, “La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico”, A Coruña, junio de 2005, Pg. 104
- SALOMÉ, T., “Plan de Marketing y difusión interna para el Hospital UTPL”, Ecuador, 2008, Pg. 55
- SÁNCHEZ BAYLE, M. et al., “Fundación 1 de Mayo”, en ESTUDIOS, Sostenibilidad de la Sanidad Pública en España: Hay alternativas a la privatización sanitaria, Madrid, julio de 2013, Pg. 5
- SANGUINO, R., “Marketing Hospitalario. El Estado de la Cuestión”, Universidad de Extremadura, 1998, Pg. 395
- SILVA, LC., “Escalas e indicadores: Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica”, Madrid, 1997, Pg. 43-58
- SREENEVAS, T. et al, “7Ps in corporate hospitals – Administrators’ perspective”, India, octubre de 2013
- SUÑOL, R., “El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: Ética y Costes en Medicina Intensiva”, Barcelona, 1997
- SUÑOL, R., “La Calidad de la Atención”, Barcelona, 2013, Pg. 1
- SUÑOL, R., “La Calidad de la Atención”, Barcelona, 2013, Pg. 7
- TAGUCHI, G., “Introduction to Quality Engineering”, New York, 1986
- UCHINO, BN., GARVEY, TS., “The availability of social support reduces cardiovascular reactivity to acute psychological stress”, J Behav Med., 1997, Pg. 20
- ULRICH, R. et al, “Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care”, 2005
- ULRICH, R., “Health Benefits of Gardens in Hospitals”, Plants for people international floride, Texas, 2002. Pg. 2
- ULRICH, R., “The Center of Health Design”, Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century, E.E.U.U., 2004. Pg. 2
- ULRICH, R., “The Role of the Physical Environment in the 21st Century Hospital”, Nueva Jersey, 2004
- VALLADARES MENDÍAS, Dr. J., Estrés quirúrgico y activación hipófiso-suprarenal en edad pediátrica, Lanzarote; mayo de 2000, Pg. 145
- HERNÁNDEZ, G. et al, “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile”, Chile, noviembre de 2001, Pg. 10
- VALOR, J., “Gestión en la Empresa Hospitalaria”, IESE Business School, Barcelona, 1990, Pg. 3
- VALOR, J., RIBERA, J., “Algunos aspectos de gestión en instituciones sanitarias”, CIRIEC, Valencia, marzo de 1989
- VALOR, J., RIBERA, J., “Gestión en la Empresa Hospitalaria”, IESE, Navarra, 1990, Pg. 7



- VARGAS GONZALEZ, V., “Calidad en la Prestación de Servicios de Salud”, Revista de Ciencias Sociales Vol. XIX, Nº 4, Venezuela, diciembre de 2013, Pg. 665
- VARO, J., “Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios”, Madrid, 1994, Pg. 41
- VARO, J., “Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios”, Madrid, 1994, Pg. 333
- ZBOROWSKY, R.N., “Creating Optimal Healing Environments in a Health Care Setting”, marzo de 2008, Pg. 1



ANEXOS

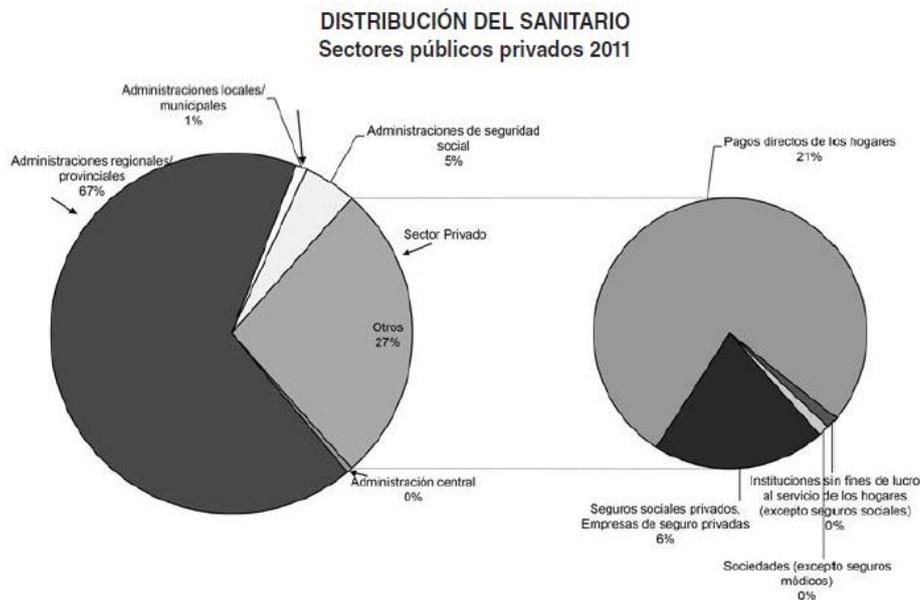
Anexo 1⁷¹:

Sistema de Cuentas de Salud España, 2003-2011 Gasto sanitario total según agente de financiación Millones de euros corrientes										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Administraciones públicas	44.868	48.767	53.430	59.180	64.253	71.028	75.378	74.773	72.217	
Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	41.538	45.115	49.476	54.914	59.750	66.256	70.732	70.080	67.549	
<i>Administración central</i>	461	446	451	576	623	609	918	550	508	
Administraciones regionales/provinciales	40.233	43.804	48.104	53.359	58.048	64.493	68.537	68.522	66.066	
Administraciones locales/municipales	845	865	921	979	1.079	1.154	1.277	1.008	976	
Administraciones de seguridad social	3.330	3.651	3.955	4.266	4.502	4.772	4.645	4.692	4.668	
Sector privado	19.007	20.378	21.935	23.507	25.169	26.222	25.495	25.998	26.643	
Seguros sociales privados. Empresas de seguro privadas	3.533	3.923	4.408	5.069	5.619	5.632	5.752	5.404	5.490	
Pagos directos de los hogares	14.682	15.719	16.680	17.460	18.285	19.729	19.081	19.936	20.417	
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	480	486	589	605	619	341	374	406	373	
Sociedades (excepto seguros médicos)	311	250	258	374	646	520	287	252	363	
Resto del mundo	
GASTO TOTAL	63.875	69.145	75.365	82.687	89.422	97.250	100.872	100.770	98.860	

De los 98.860 millones de euros gastados en sanidad en 2011, 72.217 millones corresponden al sector público y 26.643 al sector privado, un 73,0% y un 27,0% respectivamente.

Como puede verse en la tabla y a continuación en el gráfico, la mayor parte del gasto sanitario generado por los poderes públicos es soportado por las Administraciones Autonómicas. A ellas corresponde el 66,8% del gasto sanitario total y el 91,5% del correspondiente a las Administraciones Públicas.

⁷¹ PUIG SAMPER, F., "El gasto sanitario en España", Cuadernos de Información Sindical, nº36, Madrid, noviembre de 2013, Pg. 18



Anexo 2⁷²:

Expansion.com
Pon Expansion.com como tu página de inicio

Menú: Mi dinero, Empresas, Economía, Sociedad, Opinión, Jurídico, Directivos, Multimedia, Tendencias

Agenda de hoy, Datos macroeconómicos, Política

IBEX 35 10.024,7 (-0,93%) | I.G. BOLSA MADRID 1.025,4 (-0,79%) | DOW JONES 16.143,4 (-0,07%) | EURO STOXX 3.112,7 (-0,20%)

Portada » Economía y Política » Política

Ana Mato: la Sanidad seguirá siendo gratuita pero harán falta reformas

Menéame | Twittear 44 | Recomendar 28 personas han recomendado esto. Regístrate para ver qué recomiendan tus amigos.

Más noticias sobre: sanidad, crisis sanidad

"Yo definiría la situación de nuestro sistema sanitario de absolutamente insostenible. Hacen falta reformas", ha insistido Mato, quien ha subrayado su propuesta de un pacto de Estado en Sanidad y Políticas Sociales para que se pueda "racionalizar el gasto, mejorar los sistemas y quitar duplicidades a través de una cartera básica de servicios".

Anexo 3⁷³:

Facturación del Grupo Hospitalario Quirón en 2012 condicionado por el servicio prestado.

⁷²"Ana Mato: La sanidad seguirá siendo gratuita pero harán falta reformas ", Diario Expansión, 4 de agosto de 2012, Pg. 1

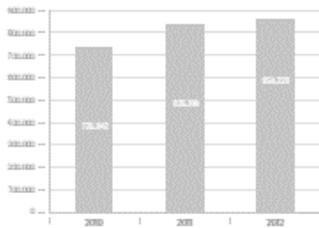
⁷³ "Memoria Corporativa Grupo Hospitalario Quirón", Madrid, 2012, Pg. 78 - 83



VENTAS POR SEGMENTOS DE MERCADO % ventas
SALES: MARKET SEGMENTS % sales

100 — .

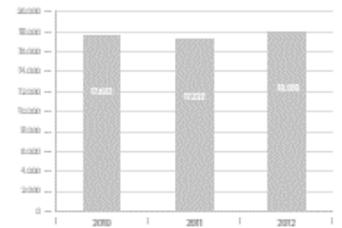
URGENCIAS · EMERGENCIAS



2012 * 856.220
2011 * 835.109
2010 * 735.842

(*) Suma de datos de Quirón y USP Hospitales
(*) Aggregate sum of Quirón and USP Hospitals data

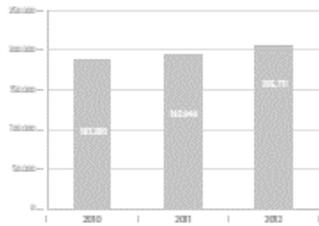
PARTOS ATENDIDOS · DELIVERIES ATTENDED



2012 * 18.010
2011 * 17.232
2010 * 17.623

(*) Suma de datos de Quirón y USP Hospitales
(*) Aggregate sum of Quirón and USP Hospitals data

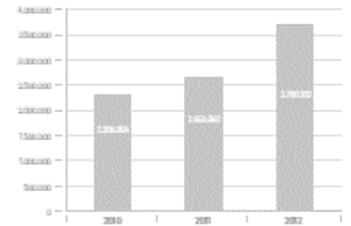
INTERVENCIONES · OPERATIONS



2012 * 205.711
2011 * 193.946
2010 * 187.380

(*) Suma de datos de Quirón y USP Hospitales
(*) Aggregate sum of Quirón and USP Hospitals data

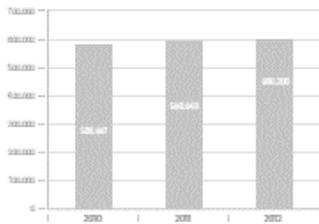
CONSULTAS · CONSULTATIONS



2012 * 3.700.103
2011 * 2.659.863
2010 * 2.306.804

(*) Suma de datos de Quirón y USP Hospitales
(*) Aggregate sum of Quirón and USP Hospitals data

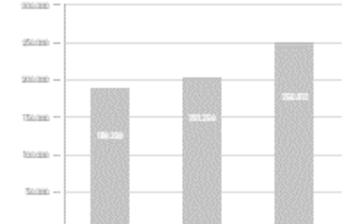
ESTANCIAS PRODUCIDAS · HOSPITAL STAYS



2012 * 600.200
2011 * 590.648
2010 * 580.667

(*) Suma de datos de Quirón y USP Hospitales
(*) Aggregate sum of Quirón and USP Hospitals data

INGRESOS · ADMISSIONS



2012 * 250.012
2011 * 201.259
2010 * 189.189

(*) Suma de datos de Quirón y USP Hospitales
(*) Aggregate sum of Quirón and USP Hospitals data

3. PLANTILLA · WORKFORCE

2012	👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤 2.947	👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤 3.848	6.795
2011	👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤 2.849	👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤 3.829	6.678
2010	👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤 2.584	👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤👤 3.799	6.383
	GHQ	USP	TOTAL



Anexo 4⁷⁴:

Matriz de mejora

Variable 1	Variable 2	Variable 3	Variable 4	...	Variable n	Posición
0	5					10
1-3	6					9
4-6	7					8
7-9	8					7
10-12	9					6
13-15	10,5					5
15-20	12					4
21-25	14					3
26-30	16					2
31-35	18					1
36-40	20					0
						Posición actual
						Ponderación
						Valor ponderado

← Objetivos
 ← Situación actual
 ← Nivel mínimo

	Índice de excelencia
--	----------------------

⁷⁴ VALOR, J., "Gestión en la Empresa Hospitalaria", IESE Business School, Barcelona, 1990, Pg. 14



Anexo 5⁷⁵:



Top 40 firms in **HealthCare Design**

1. **HDR** Omaha; hdrinc.com
2. **Perkins + Will Chicago**; perkinswill.com
3. **Anshen + Allen San Francisco**; anshen.com
4. **Perkins Eastman New York**; perkinseastman.com
5. **Cannon Design New York**; cannondesign.com
6. **NBBJ** Seattle; nbbj.com
7. **PageSoutherlandPage** Houston; pspaec.com
8. **Shepley Bulfinch Richardson & Abbott** Boston; sbra.com
9. **HKS** Dallas; hksinc.com
10. **SmithGroup** Detroit; smithgroup.com
11. **Zimmer Gunsul Frasca Architects** Portland, Oregon; zgf.com
12. **Hammel, Green and Abrahamson** Minneapolis; hga.com
13. **Karlsberger** Columbus, Ohio; karlsberger.com
14. **Granary Associates** Philadelphia; granaryassoc.com
15. **HoK** St. Louis; hok.com
16. **WHR Architects** Houston; whrarchitects.com
17. **Gresham, Smith and Partners** Nashville; gspnet.com
18. **Francis Cauffman** Philadelphia; franciscauffman.com
19. **Anderson Mikos Architects** Oak Brook Terrace, Illinois; andersonmikos.com
20. **Flad & Associates** Madison, Wisconsin; flad.com
21. **TRO Jung/Brannen** Boston; trojungbrannen.com
22. **Loebl Schlossman & Hackl** Chicago; lshdesign.com
23. **OWP/P** Chicago; owpp.com
24. **Harley Ellis Devereaux** Southfield, Michigan; harleyellisdevereaux.com
25. **Leo A Daly** Omaha; leodaly.com
26. **Ballinger** Philadelphia; ballinger-ae.com
27. **EwingCole** Philadelphia; ewingcole.com
28. **Array Healthcare Facilities Solutions King of Prussia**, Pennsylvania; arrayhfs.com
29. **Lawrence Group** St. Louis; thelawrencegroup.com
30. **Tsoi/Kobus & Associates** Cambridge, Massachusetts; tka-architects.com
31. **Ratcliff Emeryville**, California; ratcliffarch.com
32. **Maregatti Interiors** Indianapolis; maregattiinteriors.com
33. **JRS Architect** Mineola, New York; jrsarchitect.com
34. **Steffian Bradley Architects** Boston; steffian.com
35. **RLF** Winter Park, Florida; rlfae.com
36. **NTD Architecture** San Diego; ntdstichler.com
37. **Ronald Schmidt & Associates** Englewood, New Jersey; rsaia.com
38. **Reilly + Associates Architects** Seacliff, New York; reilly-assoc.org
39. **RMJM Hillier** Princeton, New Jersey; rmjmhillier.com
40. **Gallun Snow Associates** Denver; gallunsnow.com

⁷⁵ Interior Design Magazine, febrero de 2008.

Anexo 6⁷⁶:

Televisión gratis en 5 hospitales públicos

- Son La Paz, el Ramón y Cajal, la Princesa, el 12 de Octubre y el Clínico San Carlos.
- Emitirán un canal interno de televisión, Salud Madrid.
- La televisión también retransmitirá las inauguraciones de centros sanitarios que haga la presidenta.

⁷⁶ Noticia 20 Minutos, enero de 2007.