

BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES



**COMUNIDAD AUTÓNOMA
DE LA REGIÓN MURCIANA**

AÑO 1984 - ABRIL
VOL. IV, NUM. 4
BOL. S. R. M. IV, 73-92

ÍNDICE

Pág.

Pedro J. Saturno Hernández: EL TIPO DE HOSPITAL, PÚBLICO/PRIVADO, COMO VARIABLE EN EL CONSUMO DE ASISTENCIA HOSPITALARIA (II); DIFERENCIAS EN LA MORBILIDAD ATENDIDA Y PERFIL ASISTENCIAL DE LOS CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE MURCIA	75
RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS	86
TESIS DOCTORALES	87
ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA	88
LEGISLACION SANITARIA	89
NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (Abril)	90

NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Normas de presentación y redacción

Los trabajos deberán estar mecanografiados a doble espacio y su extensión se atenderá a las siguientes pautas:

a) Trabajos de investigación, artículos de revisión y puesta al día de un tema sanitario, artículos de debate; salvo casos específicos y plenamente justificado, el máximo, como norma, será 8 folios Din A4 (aprox. 2.500 palabras), incluidas tablas o gráficas que, normalmente, no deberán ser más de 6. Las gráficas, dibujos o fotografías serán utilizados sólo cuando los datos no puedan ser claramente expresados de otro modo, y deberán ser presentados a tinta, en blanco y negro y sobre papel que permita su reproducción (papel satinado, papel vegetal).

En estos trabajos, el autor o autores incluirán en hoja aparte: 1) un resumen que no exceda en ningún caso las 80/100 palabras (8-10 líneas mecanografiadas); de no ser enviado este resumen, se entiende que el autor o autores aceptan el que haga la redacción de la revista; 2) algunas palabras clave para su clasificación; 3) una breve nota que identifique al autor o autores (nombre y apellidos y cargo que ocupan).

b) Notas o informes breves sobre algún tema de investigación o de actualidad sanitaria o sobre recensión crítica de alguna publicación de especial interés: el máximo, como norma, será 3 folios Din A4 (aproximadamente 900 palabras). En estos trabajos, el autor o autores incluirán únicamente una breve nota de presentación biográfica en los términos definidos para los trabajos del grupo anterior.

Las referencias bibliográficas

que se procurará reducir a las imprescindibles, serán citadas al final del artículo con la misma secuencia numérica en que aparecen las correspondientes llamadas en el texto.

La forma de citar la bibliografía será la habitual en las revistas científicas:

Artículos de revista: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del artículo, nombre de la revista (subrayado) y, si es el caso, en abreviatura, tomo o volumen y número, páginas, año.

Libros: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del libro (subrayado), ciudad edición, editorial, año.

Las notas a pie de página

serán identificadas mediante asterisco y mecanografiadas en la parte baja de la página de que se trate.

Criterios de aceptación de originales

Tendrían preferencia aquellos artículos que hagan referencia a problemas de Salud Pública del ámbito regional de Murcia. Sobre esta base, el Boletín recibirá la colaboración de todos los profesionales sanitarios, con la condición de que el tratamiento de los temas se mantenga dentro de los niveles aceptables de metodología y de competencia profesional.

Dos o más expertos de entre los miembros del Consejo de Redacción, revisarán los originales para proceder a su aceptación definitiva.

Para facilitar todo el proceso y asegurar la devolución de los trabajos no aceptados, es conveniente que los originales se envíen por correo certificado, o se entreguen en mano por triplicado.

El Consejo de Redacción asume la responsabilidad de los editoriales cuando éstos no vayan firmados. En los editoriales firmados y en el resto de los trabajos, las ideas expuestas son de responsabilidad de sus autores y el Boletín no se identifica necesariamente con ellos.

Correspondencia

Deberá dirigirse al Director del Boletín de Salud de la Región Murciana:

Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
Ronda de Levante, 11
MURCIA-8.

CONSEJO ASESOR DEL BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
José María MORALES MESEGUER

Ilmo. Sr. Vice-Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
Francisco MARTÍNEZ PARDO

Ilmo. Sr. Director Regional de Salud

Ilmo. Sr. Director Provincial de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Medicina

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Veterinaria

Ilmo. Sr. Decano Facultad Biológicas

Consejo de Redacción

P. Alonso, F. Galván, A. González Palacios, P. Marset Campos,
A. Martínez, C. Navarro, P. Parra, A. Peñuela, J. A. Sánchez Sánchez, J.
Saura, J. M. Sebastián Raz, P. Saturno

Directora: Dra. Elvira RAMOS GARCÍA

Edita:

Consejería de Sanidad,
Consumo y Servicios Sociales

Diseño gráfico:

Tip. San Francisco, S. A.

Fotocomposición:

Tip. San Francisco, S. A.

Imprime:

Tip. San Francisco, S. A.
San Nicolás, 31 - Murcia

Depósito Legal:

MU-491-1981

El tipo de hospital, público/privado, como variable en el consumo de asistencia hospitalaria (II): Diferencias en la morbilidad atendida y perfil asistencial de los centros públicos y privados de Murcia

PEDRO J. SATURNO

Cátedra de Higiene y Sanidad. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia

Basado en la Comunicación del mismo título presentada a la II Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (Valladolid, Nov. 1981)

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enmarca en el análisis de la influencia que la concreta estructuración institucional de nuestra asistencia hospitalaria ejerce sobre el uso del hospital y llega a configurar, junto con otros factores (1), una determinada caracterización de la demanda hospitalaria satisfecha. Como tal, es complementario de otro inmediatamente anterior (2) en el que se describe y analiza el grado de utilización (Tasas de Atracción, Porcentajes de Frecuentación, Área de Influencia) y forma de pago de la asistencia en cada tipo de centro.

En esta ocasión nos vamos a ocupar de la tipificación del perfil asistencial (morbilidad atendida, ingresos quirúrgicos, edad de los pacientes y estancias consumidas) en relación a los distintos hospitales que tienen cabida en nuestro medio.

Prendemos aclarar cómo la morbilidad atendida y sus parámetros acompañantes se distribuyen entre los diversos centros acomodándose al papel que estructuralmente se pueden éstos asignar dentro de la organización de la asistencia. Organización que está notablemente dominada por la ordenación a nivel de asistencia pública, habida cuenta de que la mayoría de la población está adscrita al sistema asistencial público. La política y base estructural del sistema público va a determinar —por inhibición *intencional* (política) o *circunstancial*— los huecos o parcelas a cubrir por instituciones ajenas.

II. MATERIAL Y METODO

Sobre la base de una muestra aleatoria de 5.149 casos, distribuida según el número de ingresos habidos en un mismo año en los 10 centros

hospitalarios presentes en el Sector asistencial de Murcia, representando algo más del 10% del total de pacientes atendidos en ese periodo de tiempo y usando como fuentes las fichas de ingreso y alta, Libros de Registro e historias clínicas, nos interesamos por variables que puedan definir el perfil asistencial del centro: Causa de ingreso, edad del paciente, estancias causadas y existencia o no de intervención quirúrgica. Como tipo de hospital consideramos aisladamente la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social, el Hospital Provincial de la Diputación, el de la Cruz Roja, los privados en su conjunto (distinguiendo eventualmente entre los que tienen asistencia maternal y los que no) y un pequeño centro benéfico-religioso. No abordamos el análisis del funcionamiento interno o calidad de la asistencia, lo cual precisaría de otras variables no anotadas y constituye en sí mismo otro campo concreto de estudio.

El código empleado para la recogida y tabulación de las causas de ingreso ha sido el de la Lista D para morbilidad hospitalaria de la C.I.E. de la O.M.S. (8.º revisión); si bien, debido a la dispersión de causas, algunas de ellas con muy bajos porcentajes de difícil consideración y estudio, hemos procedido a un reagrupamiento de las mismas fijando aisladamente ítems con frecuencia como mínimo en torno en general al 1%. Los grupos confeccionados lo han sido siguiendo un criterio funcional, y muchos de ellos son corrientemente utilizados con carácter propio en el campo de los estudios epidemiológicos; grupos tales como enfermedades cardíacas, tumores malignos, tumores benignos, hernias, enfermedades infecciosas, etc. En cualquier caso hemos cuidado de anotar en las tablas la exacta correspondencia con los ítems originales de la Lista D para facilitar eventuales comparaciones futuras.

Las distintas distribuciones obtenidas en cada una de las variables consideradas y según el tipo de hospital, las sometemos a pruebas estadísticas de significación (X^2), como base para unas conclusiones no atribuibles al azar del muestreo.

III. RESULTADOS

3.1. La morbilidad en los hospitales del Sector de Murcia: Importancia de la hospitalización tocoginecológica y concentración relativa de mayoría de los ingresos en torno a una decena de causas.

Como ya hemos explicado, el análisis de la morbilidad lo hacemos en base a un Listado resumido de, en total, 39 ítems. En la tabla 1 figura la correspondencia con los originales de la Lista D. Dicha tabla es asimismo la expresión ordenada y detallada de las frecuencias obtenidas para cada causa con su correspondiente intervalo de confianza e incluyendo o no el parto normal. Remitimos por tanto a ella como descripción pormenorizada de la morbilidad hospitalaria en nuestra zona. Queremos no obstante hacer mención de sus características más destacadas:

La primera de ellas es la gran importancia cuantitativa de los ingresos por causa tocoginecológica. Tomando conjuntamente los ingresos en relación al embarazo, parto y puerperio y enfermedades del Aparato Genital Femenino, suponen casi un 35% del total, cifra muy por encima del 13% que suponen todas las enfermedades del Aparato Digestivo y del casi 9% de los Traumatismos y Otros Efectos de Causa Externa, que son los dos grupos de causas de conjunto siguientes en importancia. Aún excluyendo los ingresos por parto normal por no considerarlo enfermedad sino algo fisiológico —razonamiento no aceptable sin embargo para un estudio de consumo de asistencia y distribución de recursos— que son por otra parte la causa aislada de más frecuencia, queda todavía un 12% de pacientes atendidos en régimen de hospitalización por causa tocoginecológica.

En segundo lugar, el hecho de que las 10 primeras causas de ingreso supongan ellas solas el 52,5% del total. Las 10 son causas incluibles en los grupos de conjunto arriba mencionados como más frecuentes (Tocoginecológicos, Efectos de Causa Externa y Enfermedades del Aparato Digestivo), a excepción de la rúbrica Amígdalas y Adenoides. Destaquemos igualmente los dos motivos de ingreso que siguen en importancia a estas diez primeras causas: Tumores Malignos y Enfermedades Cardíacas; y consideremos el amplio número de causas individualizadas que suponen algunos de los ítems que figuran por delante en frecuencia, como son Otros Efectos de Causa Externa (por exclusión de Traumatismos con Fractura y T.C.E.) y Otras Enfermedades del Aparato Digestivo (diferentes de Apendicitis, Hernias, Úlcera gastroduodenal y Gastritis), para subrayar adecuadamente la importancia relativa de las Enfermedades Cardíacas y los Tumores Malignos como causa de ingreso hospitalario.

Finalmente, y refiriéndonos a causas precisas e individualizadas, los resultados globales obtenidos nos ponen de manifiesto que las causas más

frecuentes son aquellas habitualmente sencillas —casi banales en algunos casos— y de evolución normalmente poco complicada, como son el ya mencionado Parto Normal (1.ª causa de ingreso, 22,7% del total), Apendicitis (2.ª causa, 5%), Hernias (7.ª causa, 2,7%) o Amígdalas y Adenoides (8.ª causa, 2,6%). Esta última es la primera causa de ingreso por enfermedad del Aparato Respiratorio, por encima de Bronquitis Crónica, Enfisema, Asma y Bronquitis agudas y Neumonías, que son los otros ítems de mayor relevancia de entre las enfermedades de localización respiratoria.

3.2. Morbilidad atendida en cada tipo de centro: Las bases de un perfil asistencial muy característico y diferenciado.

La distribución de la morbilidad hospitalaria entre los distintos tipos de hospital —Seguridad Social, Diputación, privados, Cruz Roja— nos pone de manifiesto unas diferencias entre los mismos estadísticamente significativas y que caracterizan una función asistencial bien definida en cada caso. De los resultados, expuestos en la tabla II, vamos a subrayar los ítems que más tipifican la función asistencial de cada centro, fijándonos sobre todo en los más frecuentes y con diferencias más ampliamente significativas entre hospitales:

En el hospital de la Seg. Soc. son significativamente más numerosos ($p < 0,001$) que lo esperado, según sus proporciones en el total de morbilidad atendida en el Sector, los ingresos por: Tumores Malignos, Enfermedades Cardíacas y Parto complicado, de entre las causas incluidas más arriba como de mayor frecuencia; pero también de otras causas *médicas* como Bronquitis Crónica-Enfisema-Asma, Enfermedades Infecciosas, Enfermedades Endocrinas y Metabólicas, Neumonías, etc... Ninguna causa de entre las consideradas que sea estrictamente quirúrgica ingresa significativamente con más frecuencia en el centro de la Seguridad Social (ver gráfico 1); algunas —las menos— tienen porcentajes compatibles con el esperado (Colelitiasis-Colecistitis), pero lo normal es que presenten frecuencias muy significativamente inferiores, como es el caso de Apendicitis, Hernias, Amígdalas-Adenoides, Fimosis, Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo (mayoritariamente quistes y abscesos), etc.; aunque aisladamente las Apendicitis sigan figurando en este centro entre las diez causas más frecuentes.

El Hospital Provincial recibe significativamente mayor proporción de ingresos por Efectos de Causa Externa y Amígdalas-Adenoides, entre las señaladas como más frecuentes en general; pero hay que destacar muy especialmente (ver Gráfico 1) la mayor proporción ($p < 0,001$) de pacientes afectados de Bronquitis Crónica-Enfisema-Asma, Neumonías y Enfermedades del Sistema Nervioso, hasta figurar entre las diez más frecuentes de este centro, y otras como las Enfermedades Infecciosas que suponen en torno al 6% (incluyendo Tuberculosis y Gastroenteritis como Infecciosas más destacables) de todos los ingresos, mientras que en el listado conjunto de morbilidad hospitalaria significan menos del 3%.

TABLA I

LA MORBILIDAD EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR DE MURCIA. LISTADO DE CAUSAS PARA EL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN CON OTRAS VARIABLES, ORDENADAS SEGÚN FRECUENCIA

Diagnóstico y Código. Lista D C.I.E. (8.ª Rev.)	Números casos muestra	%	(Intervalo de confianza) ^{**}	% acu- mulado	% excluy. Parto Normal	% acu- mulado	
1. Parto normal	222	1171	22,7	(±1,1)	22,7	—	—
2. Apendicitis	179, 180	260	5,0	(±0,6)	27,7	6,5	(6,5)
3. Enf. Ap. Gen. Femenino	204-213, 269, 270	250	4,8	(±0,6)	32,5	6,3	(12,8)
4. Traumat. con fractura	N242-N280	178	3,5	(±0,5)	36,0	4,5	(17,3)
5. Parto complicado	223-226	167	3,2	(±0,5)	39,2	4,2	(21,5)
6. Efect. causa ext. (otros)	N y E, excep. N242-N280 y N282	158	3,1	(±0,5)	42,3	4,0	(25,5)
7. Hernias	181-183	140	2,7	(±0,4)	45,0	3,5	(29,0)
8. Amígdalas y Adenoides	162	133	2,6	(±0,4)	47,6	3,3	(32,3)
9. Aborto	221	127	2,5	(±0,4)	50,1	3,2	(35,5)
10. Enf. Ap. Dig. (otras)	171, 172, 178, 184-189 191, 192	126	2,4	(±0,4)	52,5	3,2	(38,7)
11. Tumores malignos	57-83	119	2,3	(±0,4)	54,8	3,0	(41,7)
12. Enf. cardíacas	132, 133, 137-140	118	2,3	(±0,4)	57,1	3,0	(44,7)
13. Ing. y cons. especiales	Y271	115	2,2	(±0,4)	59,3	2,9	(47,6)
14. Enf. Ap. locomotor	231-243	110	2,1	(±0,4)	61,4	2,8	(50,4)
15. Tumores benignos	84-90	105	2,0	(±0,4)	63,4	2,6	(53,0)
16. Enf. del ojo	120-128	96	1,9	(±0,4)	65,3	2,4	(55,4)
17. A.C.V. hipertensión	134-136, 141-144	93	1,8	(±0,4)	67,1	2,3	(57,7)
18. B. Cr. Enfis. asma	161-169	88	1,7	(±0,4)	68,8	2,2	(59,9)
19. Colelitiasis, Colectistitis	190	85	1,6	(±0,3)	70,4	2,1	(62,5)
20. Enf. piel y t.c.s.	228-230	85	1,6	(±0,3)	72,0	2,1	(64,1)
21. Enf. infec. (otras)	1-5, 7, 18-56, 111	76	1,5	(±0,3)	73,5	1,9	(66,0)
22. Enf. sist. nervioso	103-108, 112-119	76	1,5	(±0,3)	75,0	1,9	(67,9)
23. B. Ag., Neumonía	154, 157-160	76	1,5	(±0,3)	76,5	1,9	(69,8)
24. T.C.E.	N282	70	1,4	(±0,3)	77,9	1,8	(71,6)
25. Anom. Congénitas	244-254	65	1,3	(±0,3)	79,2	1,6	(73,2)
26. Úlcera g. d. gastritis	173, 174, 177	58	1,1	(±0,3)	80,3	1,5	(74,7)
27. Enf. Endoc. y Metab.	93-98	57	1,1	(±0,3)	81,4	1,4	(76,1)
28. Alf. Perinatales	255-259	55	1,1	(±0,3)	82,5	1,4	(77,5)
29. Complic. embarazo	214-219, 227	51	1,0	(±0,3)	83,5	1,3	(78,8)
30. Gastroenteritis	6	49	0,9	(±0,3)	84,4	1,2	(80,0)
31. Enf. Ap. Resp. (otras)	155, 156, 163-167, 170	42	0,8	(±0,2)	85,2	1,1	(81,1)
32. Litiasis Ap. urinario	196	38	0,7	(±0,2)	85,9	0,9	(82,0)
33. Fimosis	202	38	0,7	(±0,2)	86,6	0,9	(82,9)
34. Varices, Hemorroides, e.a.	149-151	37	0,7	(±0,2)	87,3	0,9	(83,8)
35. Emb. normal. Falso parto	Y269	32	0,6	(±0,2)	87,9	0,8	(84,6)
36. Tuberculosis	9-17	24	0,5	(±0,2)	88,4	0,6	(85,2)
37. Far. y amig. agudas	153	16	0,3	(±0,1)	88,7	0,4	(85,6)
38. Ing. para observación	268	155	3,0	(±0,5)	91,7	3,9	(89,5)
39. Otras causas* y n.c.	Resto Lista D	409	7,9	(±0,7)	100	10,3	(100)

*) Todas ellas de frecuencia < 0,5%.

**) Para p < 0,05.

Los hospitales privados en cambio se nutren muy significativamente en mayor proporción (p < 0,001) de ingresos habitualmente *poco complicados* y comunes como Amígdalas-Adenoides, Apendicitis, Hernias, Parto normal y Enfermedades del Aparato Genital femenino; conjunto de causas que suponen, ellas cinco solas, en torno al 50% de todos los ingresos habidos en este tipo de centros (ver Gráfico 2). A ello hay que añadir la importancia, también estadísticamente significativa, de otras causas habitualmente quirúrgicas como Tumores Benignos, Enfermedades de Piel y Tejido Celular Subcutáneo, Varices-Hemorroides, y los ingresos para Observación, sin mención de diagnóstico, para completar un perfil de morbilidad mayoritariamente compuesto por una selección de la patología menos complicada (y sobre todo quirúrgica y obstétrica) que puede ser atendida a nivel de hospital comarcal y que parece que caracteriza la función asistencial de los centros privados.

El hospital de la Cruz Roja comparte esencialmente las características de morbilidad de los

hospitales privados. Son importantes el mismo tipo de causas de ingreso que en aquéllos, y todas las significativamente más frecuentes lo son también en mayor o menor medida en los hospitales privados. Únicamente es de destacar la importancia en relación a otros centros de los ingresos por enfermedades del ojo (6,3% frente al 1,9% en la morbilidad hospitalaria general), frecuencia no compartida con ningún otro hospital, aunque en números absolutos esté lejos de ser la más importante, y que puede venir explicada por las características profesionales (especialización) del personal sanitario adscrito a este centro.

3. Proporción de pacientes quirúrgicos: De los valores más bajos para el centro de la Seguridad Social al 100% en alguna clínica privada.

La información sobre el número de pacientes que han sido subsidiarios de intervención quirúrgica en cada tipo de centro, nos complementa y subraya la muy diferente caracterización en cuanto a morbilidad atendida y función asistencial de

TABLA II

MORBILIDAD HOSPITALARIA. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE CENTRO

Diagnóstico y Código. Lista D, C.I.E. (8.º Rev.)	Ciudad Sanit. Seg. Social		Hospital Provincial		Clínicas Privadas		Hospital Cruz Roja		Hosp. Real Piedad Benef.	TOTAL
	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	
	Gastroenteritis	6	37 (1,3) + (3)	10 (1,9) + (2)						
Tuberculosis	9-17	17 (0,6) =	6 (1,1) + (3)						1 (4,0)	24 (0,5)
Otras enfer. infecciosas	1-5, 7, 18-56, 111	51 (1,8) + (1)	15 (2,8) + (1)	5 (0,3) - (4)					5 (20,0)	76 (1,5)
Tumores malignos	57-83	105 (3,8) + (4)	9 (1,7) =	4 (0,2) - (4)					1 (4,0)	119 (2,3)
Tumores benignos	84-90	27 (1,0) - (4)	9 (1,7) =	67 (4,2) + (4)			2 (0,9) =			105 (2,0)
Enf. Endoc. y metabólicas	9 3 - 9 8	44 (1,6) + (4)	9 (1,7) =	1 (0,1) - (4)					3 (12,0)	57 (1,1)
Enf. del sistema nervioso	103-108, 112-119	48 (1,7) +	25 (4,7) + (4)	2 (0,1) - (4)					1 (4,0)	76 (1,5)
Enf. del ojo	120-128	42 (1,5) - (1)	11 (2,1) =	29 (1,8) =			14 (6,3) + (4)			29 (0,6)
Enf. cardíacas	132, 133, 137-40	104 (3,8) + (4)	10 (1,9) =	3 (0,2) - (4)					1 (4,0)	118 (2,3)
A.C.V. hipertensión	134-136, 141-144	74 (2,7) + (4)	10 (1,9) =	8 (0,5) - (4)			1 (0,4) =			93 (1,8)
Varices, hemorroides y otras enf. venosas	149-151	11 (0,4) - (3)	4 (0,7) =	22 (1,4) + (4)						37 (0,7)
Amigdalas y adenoides	162	9 (0,3) - (4)	27 (5,1) + (4)	81 (5,0) + (4)			16 (7,2) + (4)			133 (2,6)
B. Cr. enfis. asma	161, 169	66 (2,4) + (4)	20 (3,8) + (4)	1 (0,1) - (4)					1 (4,0)	88 (1,7)
B. Ag. neumonías	154, 157-160	54 (1,9) + (3)	18 (3,4) + (4)	1 (0,1) - (4)					3 (12,0)	76 (1,5)
Far. y Amig. agudas	153	13 (0,5) + (2)	3 (0,6) =							16 (0,3)
Otras enf. ap. resp.	155, 156, 163-166, 170	25 (0,9) =	5 (0,9) =	12 (0,7) =						42 (0,8)
Apendicitis	179, 180	77 (2,8) - (4)	19 (3,6) =	148 (9,2) + (4)			16 (7,2) =			260 (5,0)
Hernias	181-183	38 (1,4) - (4)	17 (3,2) =	78 (4,9) + (4)			7 (3,2) =			140 (2,7)
Colelitiasis-Colecistitis	190	43 (1,5) =	10 (1,9) =	27 (1,7) =			5 (2,3) =			85 (1,6)
Úlcera g.d., gastritis	173, 174, 177	36 (1,3) =	14 (2,6) + (4)	4 (0,2) - (4)			3 (1,4) =		1 (4,0)	58 (1,1)
Otras enf. ap. dig.	171, 172, 178, 184-189, 191, 192	87 (3,1) + (4)	21 (3,9) + (2)	12 (0,7) - (4)			5 (2,3) =		1 (4,0)	126 (2,4)
Litiasis ap. urinario	196	23 (0,8) =	4 (0,8) =	10 (0,6) =					1 (4,0)	38 (0,7)
Fimosis	202	1 (0,04) - (4)		33 (2,1) + (4)			4 (1,8) =			38 (0,7)
Enf. ap. gen. fem.	204-213, 269, 270	51 (1,8) - (4)	19 (3,6) =	165 (10,3) + (4)			15 (6,8) =			250 (4,8)
Parto normal	222	634 (22,9) =	19 (3,6) - (4)	449 (28,0) + (4)			69 (31,2) + (2)			1171 (22,7)
Parto complicado	223-226	123 (4,4) + (4)	4 (0,7) - (4)	38 (2,4) - (1)			2 (0,9) =			167 (3,2)
Aborto	221	100 (3,6) + (4)	3 (0,6) - (3)	22 (1,4) - (4)			2 (0,9) =			127 (2,5)
Complic. embarazo	214-219, 227	47 (1,7) + (4)	2 (0,4) =	2 (0,1) - (4)						51 (1,0)
Emb. normal-falso parto	Y269	31 (1,1) + (4)		1 (0,1) - (4)						32 (0,6)
Enf. piel y t.c.s.	228-230	13 (0,5) - (4)	17 (3,2) + (3)	52 (3,2) + (4)			3 (1,4) =			85 (1,7)
Enf. Ap. locomotor	231-243	42 (1,5) - (3)	15 (2,8) =	44 (2,7) + (3)			9 (4,1) + (1)			110 (2,1)
Anom. congénitas	244-254	45 (1,6) + (2)	7 (1,3) =	12 (0,7) - (1)			1 (0,4) =			65 (1,3)
Alt. perinatales	255-259	54 (1,9) + (2)	1 (0,2) - (1)							55 (1,1)
Traumat. con fract.	N242-N280	106 (3,8) =	41 (7,7) + (4)	25 (2,3) - (4)			5 (2,3) =		1 (4,0)	178 (3,5)
T.C.E.	N282	58 (2,1) + (4)	10 (1,9) =	2 (0,1) - (4)						70 (1,4)
Otros efec. c. ext.	Resto N y E	90 (3,2) =	46 (8,6) + (4)	19 (1,2) - (4)			3 (1,4) =			158 (3,1)
Ing. y consult. especiales	Y271	43 (1,5) - (4)	12 (1,2) =	46 (2,9) + (1)			14 (6,3) + (4)			115 (2,2)
Ing. para observación	268	60 (2,2) - (4)	13 (2,4) =	79 (4,9) + (4)			3 (1,4) =			155 (3,0)
Otras causas y no consta	Resto lista D	238 (8,6) =	46 (8,6) =	100 (6,2) =			22 (9,9) =		3 (12,0)	409 (7,9)
TOTAL MUESTRA		2767 (100)	532 (100)	1604 (100)	221 (100)	25 (100)	5149 (100)			

S: Significación estadística.
 + : Porcentaje significativamente mayor que el esperado.
 - : Porcentaje significativamente menor que el esperado.
 = : Porcentaje compatible con el teórico, para la muestra estudiada y $p < 0,05$.
 (1) $p < 0,05$.
 (2) $p < 0,02$.
 (3) $p < 0,01$.
 (4) $p < 0,001$.

cada hospital considerado. Así, con una media de casi 43% de pacientes quirúrgicos (algo más del 44% si añadimos los casos en los que no consta intervención, aún siendo probable en la mayoría de ellos), la proporción más baja ($p < 0,001$) la encontramos en la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social, en donde se interviene a poco más del 30% de los pacientes que ingresan, mientras que en el resto de centros (ver Tabla III y Gráfico 3) los porcentajes de ingresos quirúrgicos son mayores: la clientela de los hospitales privados en su conjunto es quirúrgica del 60 al 65% de los casos y en torno al 42% en el centro de la Diputación; el Hospital de la Cruz Roja, como ya se podría suponer tras el análisis comparativo de la morbilidad, se acerca bastante más al modelo de hospital privado que al público, con más del 56% de ingresos quirúrgicos, quizás ampliable en un 7% más, que son aquellos en los que no consta el dato aún siendo habitualmente quirúrgicos.

En los centros privados, sin embargo, es preciso distinguir entre aquellos que ofrecen asistencia

maternal y los que no. En efecto, en los que no la tienen el porcentaje de quirúrgicos llega a ser del 100% o cifras muy cercanas, mientras que en los maternales los porcentajes son mucho más bajos, evidentemente a favor de los ingresos tocológicos.

4. Distribución etaria y consumo de estancias. Unas diferencias acordes con la morbilidad: Mayor consumo de estancias y mayor proporción de edades extremas en los centros públicos, asistencia para niños y adultos jóvenes y estancias más cortas en los centros privados.

En vista de las diferencias existentes en la morbilidad atendida, es lógico encontrar una distribución etaria de los ingresos también dispar, así como un consumo de estancias por caso ingresado que no puede ser semejante en cada centro:

En cuanto a la edad (Tablas IV y V), son notorios los mayores porcentajes en hospitales privados de pacientes en edades de 20 a 50 años y de 6 a 15, mientras que atienden proporciones mínimas

GRAFICO 1
CAUSAS DE INGRESO DE FRECUENCIA SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR EN HOSPITALES PUBLICOS

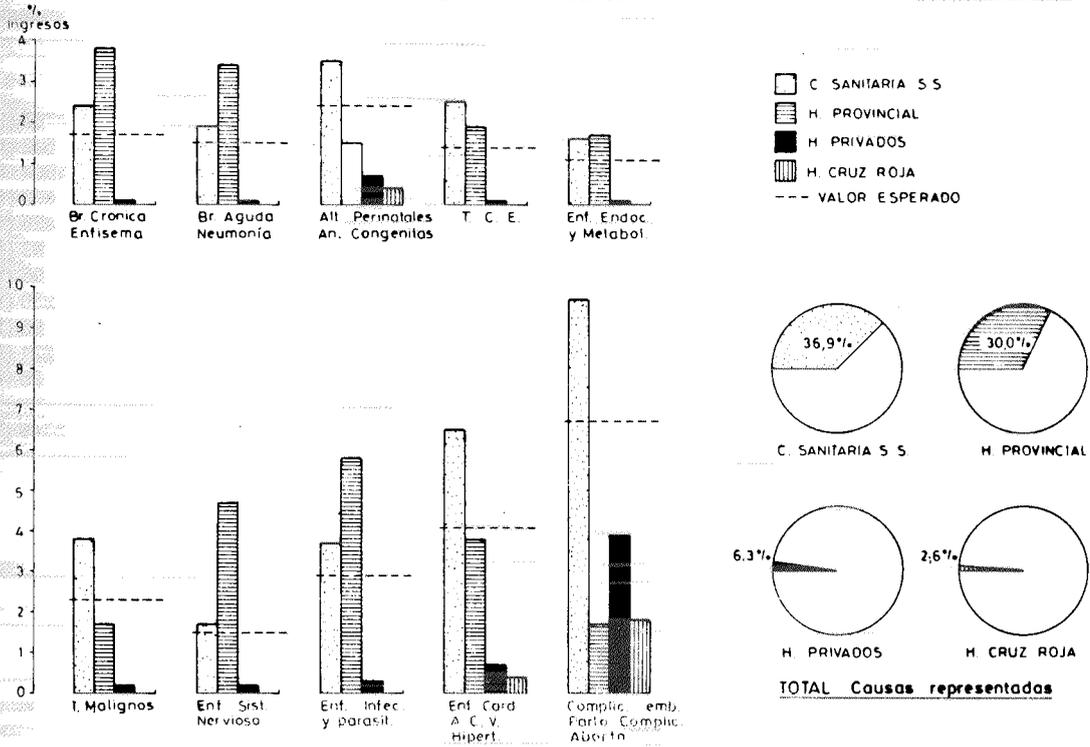


GRAFICO 2
CAUSAS DE INGRESO DE FRECUENCIA SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR EN CLINICAS PRIVADAS

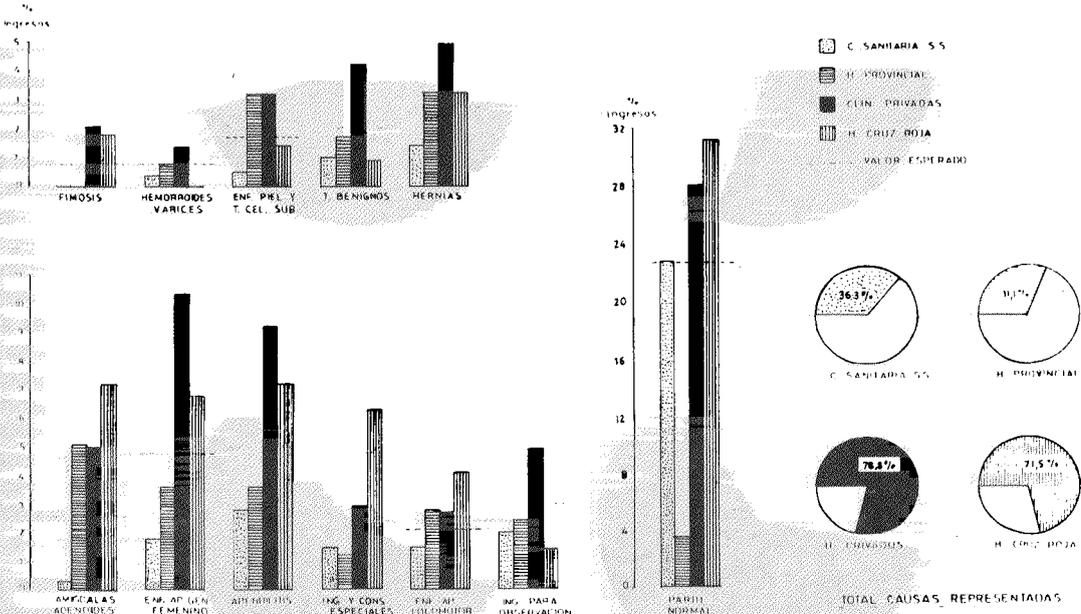


TABLA III

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS SEGÚN HAYAN SIDO O NO SUBSIDIARIOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, Y CENTRO HOSPITALARIO

Hospital (Dependencia patrimonial)	Pacientes intervenidos		Pacientes no intervenidos		No consta	TOTAL muestra
	n.º (%)	S	n.º (%)	n.º (%)		
C. Sanitaria V. Arrix. (Seg. Soc.)	841 (30,4)	—	1925 (69,6)	1 (0,04)	2767 (100)	
Provincial (Diputación)	221 (41,6)	=	292 (54,9)	19 (3,6)	532 (100)	
Clínicas Privadas	1018 (63,5)	+	548 (34,2)	38 (2,4)	1604 (100)	
• V. Vega	309 (46,0)	=	342 (50,1)	21 (3,1)	672 (100)	
• N. S. Belén	340 (79,4)	+	88 (20,6)	0	428 (100)	
• Mesa del C.	82 (98,8)	+	1 (1,2)	0	83 (100)	
• S. Carlos	96 (100,0)	+	0	0	96 (100)	
• S. José	172 (74,7)	+	42 (18,3)	16 (6,8)	230 (100)	
• S. Maternal Sta. Cruz	20 (21,0)	—	75 (79,0)	0	95 (100)	
Cruz Roja	124 (56,1)	+	81 (36,6)	16 (7,3)	221 (100)	
Real Piedad (Benef.-Relig.)	0	—	25 (100,0)	0	25 (100)	
TOTAL MUESTRA	2204 (42,8)		2871 (55,8)	74 (1,4)	5149 (100)	

S: Significación estadística.

+ : Porcentaje significativamente mayor que el esperado, $p < 0,001$.

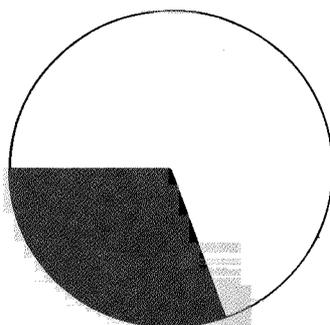
— : Porcentaje significativamente menor que el esperado, $p < 0,001$.

= : Porcentaje compatible con el esperado, para la muestra estudiada y $p < 0,05$.

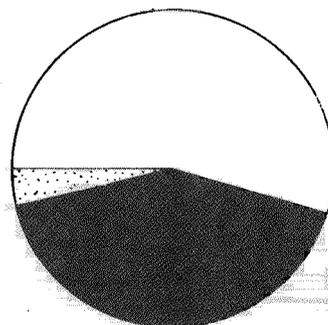
GRAFICO 3

PROPORCIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS S/TIPO DE HOSPITAL

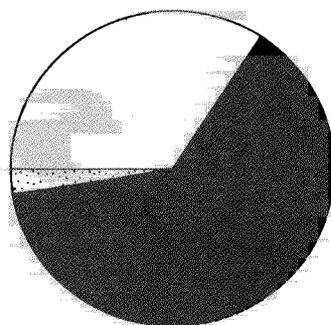
□ PAC NO INTERVENIDOS
 ■ PAC INTERVENIDOS
 ▨ NO CONSTA (INT. PROBABLE)



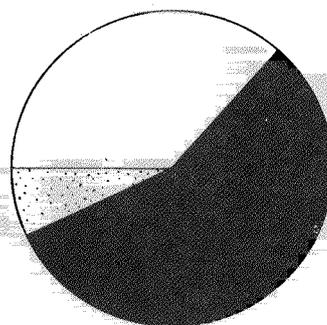
C. SANITARIA S.S.



H. PROVINCIAL



H. PRIVADOS



H. CRUZ ROJA

TABLA IV

LA DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN TIPO DE CENTRO

	C. Sanitaria S. S.		Hospital Provincial		Clínicas Privadas		Hospital Cruz Roja		Beneficencia Privada	TOTAL
	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	
Menos de 1 año	173 (87,8)	+(2)	16 (8,1)	=	5 (2,5)	-(2)	0	-(1)	3 (1,5)	197 (100)
1 a 5 años	167 (58,4)	=	39 (13,6)	=	68 (23,8)	-(1)	10 (3,5)	=	2 (0,7)	286 (100)
6 a 15 años	189 (41,1)	-(2)	65 (14,1)	+(1)	177 (38,5)	+(2)	21 (4,6)	=	8 (1,7)	460 (100)
16 a 20 años	226 (56,5)	=	34 (8,5)	=	115 (28,8)	=	24 (6,0)	=	1 (0,2)	400 (100)
21 a 30 años	686 (52,6)	=	58 (4,4)	-(2)	496 (38,0)	+(2)	64 (4,9)	=	0	1304 (100)
31 a 50 años	637 (48,9)	-(2)	130 (10,0)	=	475 (36,5)	+(2)	57 (4,4)	=	3 (0,2)	1302 (100)
51 a 70 años	423 (54,9)	=	120 (15,6)	+(2)	190 (24,6)	-(2)	32 (4,1)	=	6 (0,8)	771 (100)
Más de 70 años	250 (64,6)	+(2)	67 (17,3)	+(2)	55 (14,2)	-(2)	13 (3,4)	=	2 (0,5)	387 (100)
No consta	16 (38,1)		3 (7,1)		23 (54,8)		0		0	42
TOTAL	2767 (53,7)		532 (10,3)		1604 (31,1)		221 (4,3)		25 (0,5)	5149 (100)

S: Significación estadística.
 + : Porcentaje significativamente mayor que el esperado.
 - : Porcentaje significativamente menor que el esperado.
 = : Porcentaje compatible con el esperado, paa p < 0,05.
 (1): p < 0,01.
 (2): p < 0,001.

TABLA V

LA DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN TIPO DE CENTRO. TASAS % INGRESOS

	C. Sanitaria S. S.	Hospital Provincial	Clínicas Privadas	Hospital Cruz Roja	Beneficencia Privada	TOTAL
Menos de 1 año	6,2	3,0	0,3	—	12,0	3,8
1 a 5 años	6,0	7,3	4,2	4,5	8,0	5,5
6 a 15 años	6,8	12,2	11,0	9,5	32,0	8,9
16 a 20 años	8,2	6,4	7,2	10,8	4,0	7,8
21 a 30 años	24,8	10,9	30,9	29,0	—	25,3
31 a 50 años	23,0	24,4	29,6	25,8	12,0	25,3
51 a 70 años	15,3	22,6	11,8	14,5	24,0	15,0
Más de 70 años	9,0	12,6	3,4	5,9	8,0	7,5
No consta	0,6	0,6	1,4	—	—	0,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

y significativamente diferentes de las esperadas, en la hipótesis de una distribución etaria semejante en cada centro e igual a la de la morbilidad atendida en general, de pacientes menores de 5 años (sobre todo lactantes menores de 1 año) y mayores de 50 años (sobre todo los de más de 70). En cambio para los hospitales públicos hemos encontrado en general un desplazamiento estadísticamente significativo de atención a pacientes de edades más avanzadas, sobre todo en el Provincial, para el cual la edad más frecuente no es de 20 a 50 años, como en el resto de centros, sino de 30 a 70 y con un importante 12,6% de pacientes con más de 70. En el hospital de la Seg. Soc. este desplazamiento a edades superiores, aunque existente, no es tan marcado (ver Gráfico 4), resultando en cambio de destacar a niveles parecidos la importancia de la hospitalización de lactantes menores de 1 año (6,2% de todos los ingresos).

La distribución de los ingresos según estancias causadas y tipo de centro (Tablas VI y VII, Gráfico 5) nos muestra que, si bien en todos los casos lo más frecuente es la permanencia de 2 a 10 días, existen importantes variaciones entre ellos: En los privados es significativamente mayor (p < 0,001) la proporción de ingresos que consumen de 1 a 4

estancias, sobre todo en los que tienen asistencia tocoginecológica (ver Tabla VII) puesto que en los estrictamente quirúrgicos lo más frecuente es el intervalo de 5 a 10 estancias; por contra, los porcentajes de ingresos con más de 10 estancias están por debajo (p < 0,001) del valor esperado en todos ellos. Naturalmente en los hospitales públicos encontramos, en cambio, valores significativamente superiores de ingresos que consumen más de 10 estancias, con acentuación de los de estancia más larga (de 20 días en adelante) en el caso del Provincial. No hay sin embargo homogeneidad entre los dos centros públicos para los porcentajes de pacientes atendidos con menos de 10 estancias, en general inferiores en el hospital de la Seg. Soc., mientras que es importante la proporción de ingresos de 1 sola estancia (15% del total) en el Provincial, que destaca así en los dos extremos.

Vemos, pues, en resumen, la existencia de cuatro patrones bien diferenciados en cuanto a consumo de estancias: el del hospital de la Seg. Soc., el del Provincial, el de las clínicas privadas con asistencia maternal y el de las clínicas privadas sin asistencia maternal (el hospital de la Cruz Roja es encuadrable entre las clínicas privadas con maternidad).

GRAFICO 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN TIPO DE CENTRO DE LOS GRUPOS ETARIOS HOSPITALIZADOS

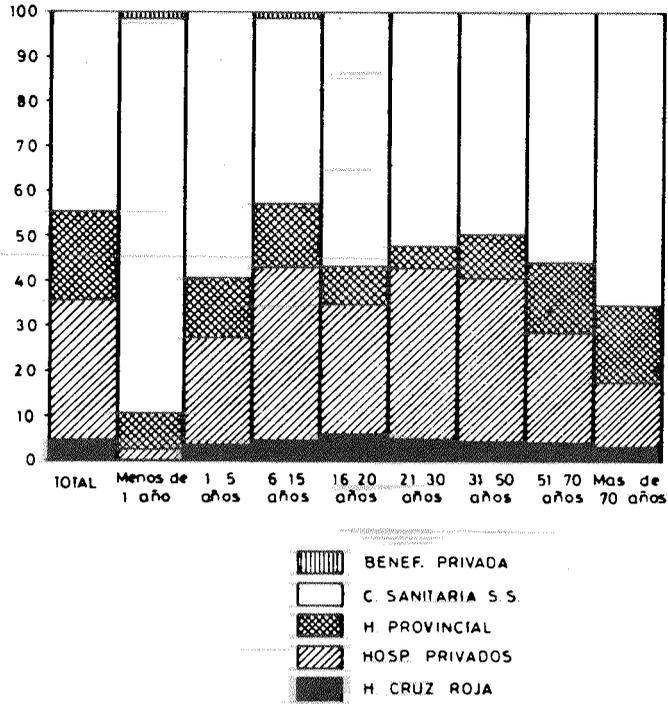


GRAFICO 5
ESTANCIAS CAUSADAS Y TIPO DE CENTRO. TASA % INGRESOS

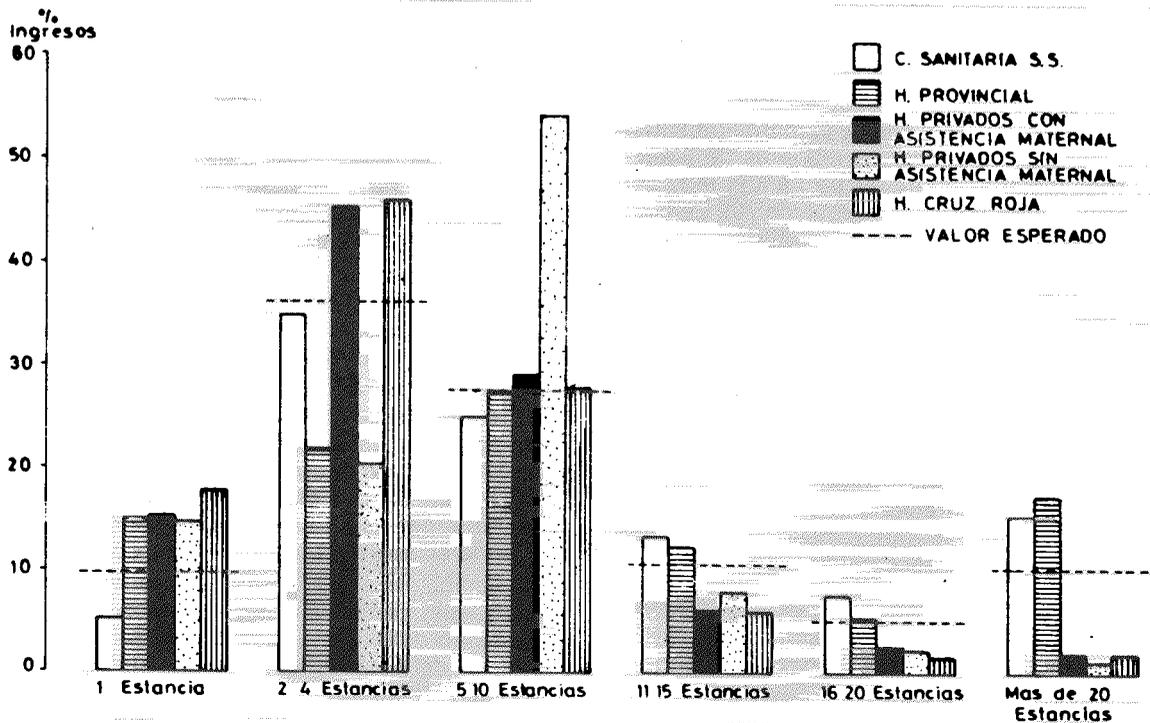


TABLA VI

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS SEGÚN ESTANCIAS CAUSADAS Y TIPO DE CENTRO HOSPITALARIO

	C. Sanitaria Seg. Social		Hospital Provincial		Clínicas Privadas		Hospital Cruz Roja		Beneficencia Privada		TOTAL
	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	n.º (%)	S	
1 estancia	141 (28,1)	—(4)	80 (16,0)	+ (4)	241 (48,1)	+ (4)	39 (7,8)	+ (4)	0	= (1)	501 (100)
2 a 4 estancias	959 (51,6)	= (1)	115 (6,2)	—(4)	682 (36,7)	+ (4)	101 (5,4)	+ (2)	1 (0,1)	—(3)	1858 (100)
5 a 10 estancias	689 (51,6)	—(4)	145 (7,8)	= (1)	508 (27,3)	—(4)	61 (3,3)	= (1)	7 (0,4)	= (1)	1410 (100)
11 a 15 estancias	363 (66,6)	+ (4)	65 (11,9)	= (1)	99 (18,2)	—(4)	13 (2,4)	—(1)	5 (0,9)	= (1)	545 (100)
16 a 20 estancias	195 (72,8)	+ (4)	28 (10,4)	= (1)	40 (14,9)	—(4)	3 (1,1)	—(3)	2 (0,7)	= (1)	268 (100)
Más de 20 estancias	420 (75,9)	+ (4)	91 (16,5)	+ (4)	29 (5,2)	—(4)	4 (0,7)	—(4)	9 (1,6)	+ (3)	553 (100)
No consta	—		8		5		—		1		14
TOTAL MUESTRA	2767 (53,7)		532 (10,3)		1604 (31,1)		221 (4,3)		25 (0,5)		5149 (100)

S: Significación estadística.

+ : Porcentaje significativamente mayor que el esperado.

—: Porcentaje significativamente menor que el esperado.

(1): p < 0,05.

(2): p < 0,02.

(3): p < 0,01.

(4): p < 0,001.

TABLA VII

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS EN CADA TIPO DE CENTRO SEGÚN ESTANCIAS CAUSADAS. TASAS % INGRESOS

	C. Sanitaria Seg. Social	Hospital Provincial	Clínicos Privados con Asis. Maternal*	Clínicos Privados sin Asis. Maternal**	Hospital Cruz Roja	Hospital Benef. Cehegin	TOTAL
1 estancia	5,1	15,0	15,1	14,6	17,6	—	9,7
2 a 4 estancias	34,7	21,6	45,3	20,2	45,7	4,0	36,1
5 a 10 estancias	24,9	27,3	28,9	53,9	27,6	28,0	27,4
11 a 15 estancias	13,1	12,2	6,0	7,9	5,9	20,0	10,6
16 a 20 estancias	7,0	5,3	2,5	2,2	1,4	8,0	5,2
Más de 20 estancias	15,2	17,1	1,9	1,1	1,9	36,0	10,3
No consta	—	1,5	0,3	0,6	—	—	0,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*: Vega, Belén, S. José, Sta. Cruz.

** : S. Carlos, Mesa del Castillo.

IV. COMENTARIOS

4.1. Morbilidad hospitalaria atendida: En contra de la política de grandes centros, a favor de una red regional con centros comarcales.

Al observar la morbilidad hospitalaria en su conjunto, probablemente el dato que más destaca, junto a la relativa polarización en torno a una decena de causas o grupos de causas, es que la mayoría son procesos que no precisan para su atención de grandes medios o, lo que es lo mismo, subsidiarios de ingreso en un hospital de tipo primario, comarcal, en el supuesto de existir una correcta red regional de centros. Y llama la atención sobre todo porque cerca del 75% de las camas y 65% de los ingresos estudiados pertenecen a dos hospitales de ámbito provincial o regional, el de la Seg. Soc. y el de la Diputación, dotados, especialmente el primero, de especialidades y medios propios de un centro de ese nivel. Este hecho (el haber considerado en nuestro estudio dos hospitales de amplia cobertura) y la consideración de la importancia que puedan tener los reingresos por la misma enfermedad, en el mismo centro y en el

mismo año, generalmente mayor en los casos menos simples (3) y subsidiarios de atención en hospitales de nivel intermedio o elevado, nos podía hacer esperar porcentajes más importantes de patología complicada; en cambio al comparar los porcentajes obtenidos con los datos de hospitalización por estos procesos en otros países, resultan los del Sector de Murcia apreciablemente más bajos, por ejemplo, para enfermedad cardiovascular y cáncer (4, 5, 6, 7, 8), e incluso por debajo en algunos casos de las cifras a nivel nacional según el Anuario Estadístico del I.N.E. (9, 10).

Por el contrario, la proporción de otro tipo de ingresos, sobre todo los quirúrgicos más sencillos y los tocoginecológicos, se acerca al 50% del total, a lo que habría que añadir las hospitalizaciones médicas y pediátricas de poca complejidad, pareciendo por tanto evidente la poca justificación, desde el punto de vista de una planificación racional, de la política de grandes centros del tipo de la Ciudad Sanitaria regional de la Seg. Soc. en Murcia (casi 1.000 camas) sin una red comarcal de apoyo y teniendo a su cargo la asistencia hospitalaria de todo tipo de un Sector de la provincia

para el que las previsiones más elementales de uso del hospital, y según sus características geográficas y poblacionales, aconsejan la existencia de tres centros de ámbito comarcal (11).

No obstante es preciso reflexionar en torno a dos puntos concretos para ayudarnos a matizar las consideraciones expuestas:

En primer lugar, sobre la importancia numérica y proporcional con respecto a otras causas de ingreso, de pacientes quirúrgicos, y la posibilidad de que esté por encima del nivel eficiente. Parece estar comprobada la considerable fluctuación de las tasas de intervención quirúrgica entre diferentes zonas y países, incluso del mismo nivel de desarrollo, atribuibles a las características de los diversos sistemas de salud, más que a necesidades diferentes de las poblaciones (12), habiendo además estudios que demuestran la relación directa entre la tasa de camas quirúrgicas y cirujanos y los índices de intervención quirúrgica, también sin que pueda explicarse por una mayor patología o necesidad real de la población (13). En este sentido, y aplicado a nuestros datos, encontramos entre nosotros porcentajes muy considerables de intervenciones como Apendicitis, enfermedades del Aparato Genital Femenino, y otras como Amigdalas y Adenoides sobre las que ni siquiera hay acuerdo de su indicación (14). Este tipo de pacientes provienen sobre todo de la Comarca de la Huerta de Murcia (15), precisamente lugar de ubicación del 95% de las camas estudiadas y de mayor concentración de especialistas (16), lo que puede hacernos sospechar una cierta inflación de intervenciones tal como señalábamos más arriba.

En segundo lugar, y referente a la función global de la asistencia hospitalaria y su importancia en el marco de la atención sanitaria en general, los datos de morbilidad atendida sugieren que, efectivamente, y tal como ha sido afirmado en investigaciones de otros autores, las causas que originan más demanda de camas hospitalarias pueden no ser precisamente las que más contribuyen a la mortalidad (17), como podría suponerse a priori al ser el hospital el último eslabón de la cadena asistencial y en donde se puede practicar la medicina más agresiva y espectacular. En conjunto, parece que la oferta de camas influye de manera importante en la demanda, de atención hospitalaria, pero escasa o nulamente en la modificación de las tasas globales de mortalidad standarizadas (18, 19). Por todo ello nos parece oportuno recordar, tal como aparece en la Monografía de la O.M.S. sobre planificación hospitalaria (1), la conveniencia de «no atribuir excesiva importancia al papel que corresponde desempeñar al hospital en el plano de la salud de la comunidad... la provisión de camas de hospital no puede reemplazar a los servicios de salud ambientales, preventivos y domiciliarios efectivos, que permitan reducir el número de camas necesarias, a medida que se van desarrollando y surtiendo efecto en la salud de la comunidad».

4.2. El perfil asistencial de cada centro: Los privados como parcelas de centro comarcal.

A la vista de los resultados obtenidos en la

morbilidad atendida en cada centro, es preciso subrayar el carácter en general de hospital pseudocomarcal que parecen tener los centros privados, y su complementariedad con la asistencia que ofrecen los hospitales del sector público. En efecto, un repaso a las causas que justifican el ingreso en clínica privada nos informa de lo grandemente *selectivos* que parecen ser en sus admisiones, centrándose *casí exclusivamente* en casos benignos y curables. Esta selectividad en las admisiones no parece ser privativa de los hospitales privados de nuestro país, sino en cierto modo característica en mayor o menor grado de los centros privados en *todos* los países (1); lo que es posible que no se repita de igual manera en todos ellos es la financiación estatal de la mayor parte de esta asistencia (2) reservándose para los centros públicos los pacientes más complicados y potencialmente costosos (cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares, nerviosas, metabólicas, infecciosas, congénitas, etc.). En definitiva parece que nos encontramos a nivel hospitalario y en nuestro medio con un sector privado que tiene cabida y vida en la estructura asistencial principalmente en base a las deficiencias del sector público (política de grandes centros con insuficiencia o ausencia de red comarcal de apoyo, incoordinación de las distintas redes públicas, ausencia de control sobre centros concertados, etc.), bajo una administración que haría bien de incorporar a su rutina los procedimientos evaluativos de los resultados de sus decisiones (20).

4.3. Selección de edades y consumo de estancias en cada tipo de centro: La imposible comparación global de costo cama/día o costo por paciente entre hospitales públicos y privados.

Las profundas diferencias en la morbilidad atendida se corresponden, como hemos podido exponer, con profundas diferencias en cuanto al padrón de edades de los pacientes ingresados en cada centro y, naturalmente, con el patrón de consumo de estancias en uno u otro tipo de hospital. Si las diferencias en las causas de ingreso nos hacen reflexionar principalmente sobre el papel que cada tipo de centro cumple en el conjunto de la asistencia hospitalaria y su relación con una planificación y estructura sanitarias concretas, es preciso tenerlo también presente a la hora de ponderar adecuadamente el significado de las diferencias en cuanto a las estancias consumidas por los ingresos según el hospital en que se efectúen. Efectivamente la consideración aislada de la variable «estancias consumidas» nos puede conducir erróneamente (al menos no con las suficientes premisas) a considerar más eficaces a los centros privados y bastante menos costosos que los públicos si comparamos costo/paciente. De hecho es perfectamente posible, y así ha sido comprobado con datos empíricos en algunos estudios, encontrar diferencias en la duración de la estancia entre distintos hospitales y para una misma enfermedad, atribuibles más a peculiaridades de los hospitales considerados (21, 22) o a diferencias de los sistemas de salud (23) que a cualquier otra variable; pero siempre sobre la base de un *mismo tipo de enfermedad*, condición que evidentemente

no se cumple en nuestro caso. Por otra parte, aún ignorando las diferencias en la morbilidad atendida, la sola consideración de los muy distintos patrones etarios entre centros públicos y privados nos habría de llevar a matizar las comparaciones entre ambos, en el sentido de que parece comprobada la relación directa entre edad del paciente y consumo de estancias (24) así como con la frecuencia de largas estancias de tipo «social» (25), con independencia de las características del hospital.

V. CONCLUSIONES

1. La morbilidad atendida en régimen de hospitalización es cualitativamente variada pero cuantitativamente polarizada, en torno a una decena de causas, destacando en frecuencia aquellas susceptibles de atención en centros de nivel comarcal, como son la asistencia tocoginecológica no complicada y los pacientes quirúrgicos del tipo de amigdalas, hernias, apendicitis, etc.

2. La distribución según tipo de centro pone de manifiesto perfiles asistenciales muy diferentes entre los hospitales públicos y privados, destacando en estos últimos (y también en el de la Cruz Roja) la atención a los pacientes menos complicados y curables, singularmente quirúrgicos y tocoginecológicos, mientras que la patología médica y habitualmente más complicada y costosa (cardiovasculares, cáncer, enfermedades bronquiales, nerviosas, etc.), ingresa sobre todo en los centros públicos, con algunas diferencias entre ellos como es la mayor importancia de ingresos por enfermedades infecciosas, traumatismos y violencias, y enfermedades del sistema nervioso en el Hospital Provincial, y de cáncer y cardiovasculares en el de la Seguridad Social.

3. La distinta función en el conjunto de la asistencia hospitalaria que cumplen los hospitales públicos y privados se traduce también en una diferente proporción de pacientes quirúrgicos y patrones etario y de consumo de estancias, en el sentido de que:

a) Los pacientes quirúrgicos son significativamente más frecuentes en las clínicas privadas con una media del 60 al 65% frente al 30% (Ciudad Sanitaria de la Seg. Soc.) y 42% (Hospital Provincial) de los públicos, alcanzando el 100% en aquellos sin asistencia maternal y encontrando las proporciones más bajas en los que ofrecen asistencia tocoginecológica, evidentemente a favor de la importancia de esta última en la morbilidad que atienden.

b) Es significativamente mayor la proporción de mayores de 50 años (sobre todo en el Provincial) y menores de 1 año (sobre todo en el de la Seg. Social) en la hospitalización en centros públicos, mientras que los privados atienden significativamente más a niños en edad escolar y adultos jóvenes, y

c) Siendo en general lo más frecuente el que los ingresos hospitalarios causen de 2 a 10 estancias, es significativamente mayor la proporción de los que consumen más de 10 en los hospitales públicos, especialmente en lo relativo a largas es-

tancias de más de 20 días, destacando sobre todo el Provincial (17% de todos sus ingresos), mientras que en los centros privados es significativamente mayor la proporción de los que consumen menos de 4 estancias, si bien hay que distinguir entre los que tienen asistencia maternal (máxima frecuencia para ingresos de 2 a 4 estancias) y los que no (máxima frecuencia de 5 a 10 estancias).

4. Según los datos obtenidos y habida cuenta del marco estructural coincidente, parece poder deducirse que, con el fin de que resulte rentable para todos, la asistencia concertada a otras instituciones por la Seg. Social es sobre todo para causas quirúrgicas y poco costosas, a la vez que se pone de manifiesto lo errónea que resultaría cualquier comparación global de cualesquiera parámetros de funcionamiento o económicos entre centros públicos y privados, si no se tiene muy en cuenta en base a qué morbilidad y tipo de paciente se han producido.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. LLEWELYN-DAVIES, R.; MACAULAY, H.M.C.: *Planificación y administración de hospitales*. O.M.S., Monografía n.º 54, 1970. Parte I: *La planificación de servicios hospitalarios como parte de un programa equilibrado de salud*. Págs. 7-56.

2. SATURNO, P.J.: *El tipo de hospital, público/privado, como variable en el análisis del consumo de asistencia hospitalaria (I): Diferencias en el área de influencia, grado de utilización y forma de pago de la asistencia en 10 hospitales de Murcia*. Comunicación presentada en la II Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, Valladolid, Nov. 1981.

3. MAGDELEINE, M.: *Techniques d'étude de la fonction hospitalière*. Masson, Paris, 1959, págs. 55-60.

4. STANCZYK, I.; CHAKAS, K.; GDULEWICZ, T.; ROJEK, A.: Cardiovascular diseases in the light of Statistics from general hospitals in Poland. *Kardiol. Pol.* 21/1, 47-54, 1978.

5. PICHERAL, H.: *Espace et Santé. Géographie médicale du Midi de la France*. Ed. Univ. Paul Valéry, Montpellier, 1976, pág. 202.

6. PAQUEL, N.; GIRAUD, P.: *Le coût de l'hospitalisation. 1: Le système hospitalier français et les problèmes posés par la croissance des dépenses*. Documents du C.E.R.C., núm. 35/36, 1977, pág. 113.

7. GLICKMAN, L.S.: Inpatient utilization of short stay hospitals by diagnosis. United States 1974. *Vital Health Stat.* 13/30, 1977.

8. GLICKMAN, L.S.: Inpatient utilization of short stay hospitals by diagnosis. United States 1975. *Vital Health Stat.* 13/35, 1978.

9. SATURNO, P.J.: Morbilidad hospitalaria por enfermedades tumorales. Estudio de los ingresos habidos en 10 hospitales de Murcia (1977). Comunicación presentada en la I Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología, Valencia, Dic. 1980.

10. SATURNO, P.J.: Las enfermedades cardiovasculares como causa de hospitalización. Edad, sexo, distribución espacial y tipo de enfermedad de los ingresos por proceso cardiovascular en 10 hospitales de Murcia (1977). Comunicación presentada en el I Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, Valencia, Dic. 1980.

11. *Mapa Sanitario de la provincia de Murcia. Memoria*. Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Murcia, 1979, págs. 56-74.

12. SONIS, A.; PAGANINI, J.M.: La atención de la Salud: características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención. En SONIS, A. y cols.: *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*, tomo II, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1978, págs. 261-345.

13. Mc. CARTHY, E.; WIDNEY, G.: Effects of screening by consultants on Recommended elective surgical procedures. *New England J. of Medicine*, 291, n.º 25, 1974.

14. SHAIKH, W.; VAYDA, E.; FELDMAN, W.: Revisión sistematizada de la literatura sobre los estudios de valoración de la amigdalectomía y adenoidectomía. *Pediatrics (ed. esp.)*, 1, n.º 3, 264-270, 1976.

15. SATURNO, P.J.: Morbilidad por enfermedades del Aparato Respiratorio en los ingresos de 10 hospitales de Murcia. Comunicación presentada en la *Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología*, Valencia, 1980.

16. SATURNO, P.J.: *La Sanidad en la Comarca de la Huerta de Murcia. Comentarios a su estructura*. Edic. 23/27, Murcia, 1977, págs. 13 y 17.

17. WEST, R.: Bed usage and disease specific mortality with ICD chapters. *J. Epidemiol. Community Health*, 32/1, 38-40, 1978.

18. CULLIS, J.G.; FOSTER, D.P.; FROST, C.E.B.: Met and unmet demand for hospital beds. *Revue d'Epidemiologie*, 29, n.º 2, 155-165, 1981.

19. LUDY, E.; SWINKOLA, R.B.; SHUMAN, L.J.; CLENDENNING, M.K.: *The distribution and analysis of health resources and hospital utilization in Western Pennsylvania*. Research Series 19, Blue Cross, Pittsburgh, 1977.

20. HANLON, J.H.: *Principios de Administración Sanitaria*. La Prensa Médica Mexicana, 3.ª ed., México, 1980.

21. CARSTAIRS, V.; WATKINS, G.; YOUNG, D.: The use of surgical beds: variations between consultants in duration of stay for selected operations. *Health Bull. (Edinburgh)*, 36/4, 162/169, 1978.

22. GRIFFITHS, M.; WATERS, W.E.; ACHESON, E.D.: Variation in hospital stay after inguinal herniorrhaphy. *Br. Med. J.*, 1/6166, 787-789, 1979.

23. GUTZWILLER, F.: Duration of hospital stay of hernia patients. An international comparison. *Soz. Präventivmed.*, 22/4, 169-170, 1977.

24. WILDER, M.H.; MOY, C.S.: Persons hospitalized by number of episodes and days hospitalized in a year. *Vital Health Stat. Ser.* 10/116, 1977.

25. MURPHY, F.W.: Blocked beds. *Brit. Med. J.*, 1/6073, 1395-1396, 1977.

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

LA PROTECCIÓN DE LA MUJER EN LA SEGURIDAD SOCIAL: ESPECIAL REFERENCIA A LA TERCERA EDAD., por Tejeira Alonso, J.I. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, 1982, Nov.-Dic., págs. 15-26.

Se analiza, desde una perspectiva descriptiva y valorativa, el tratamiento que el sistema español de Seguridad Social dispensa de la mujer. Se pone en evidencia la limitación que, en orden a la atribución de derechos sociales a la mujer, conlleva un sistema profesionalista como el que rige en España y la escasa eficacia que comporta a tal fin la técnica de los «derechos derivados». En apoyo de esta tesis se analizan aquellas ramas de protección en las que la falta de cobertura general de la mujer acarrea mayores problemas (desempleo) o en las que la protección es notoriamente insuficiente (maternidad) o basada en un principio de discriminación (viudedad y prestaciones familiares). Se dedica especial atención a la cobertura de la mujer en la ancianidad, fase en que la concreción o agravamiento de las necesidades sociales de muchas mujeres no hallan un nivel deseable en el crecimiento de prestaciones económicas. Se apuntan los criterios generales de acomodación legal, derivados tanto de las orientaciones internacionales en la materia como de los mandatos contenidos en la Constitución española vigente.

UNA EXPERIENCIA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA A DEFICIENTES MENTALES ADULTOS EN UN ÁREA RURAL DEPRIMIDA, por Marcos Sanz de R. *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, 1982, Nov.-Dic., págs. 39-44.

El grupo de sociología AMAT (cinco trabajadores sociales) puso en marcha en 1981 un Programa de asistencia domiciliaria en la comarca de El Barco de

Avila (15.000 habitantes que trabajan en su mayoría en la agricultura), sometida a un intenso proceso de despoblamiento y deterioro en las dos últimas décadas, que han incidido negativamente en la situación de los deficientes mentales que viven en ella. El programa se proponía una doble finalidad: a) no desarraigar de sus pueblos a los deficientes, y b) evitar que se los ingresase en instituciones cerradas, procurando que sigan viviendo en su entorno familiar. Los servicios iban dirigidos a los propios deficientes (aseo personal, socialización, ocio, etc.), y a su entorno personal (apoyo e información a las familias, limpieza y cuidado del hogar...). El coste del programa asciende a 6.500.000 pesetas (menos de 80.000 pesetas por persona atendida, frente al medio millón que costaría una plaza de internado), habiéndose producido cambios de actitud positivos tanto a nivel de los deficientes (cuidado de su apariencia física, mejora de las relaciones con los demás...) como de las familias (mayor confianza en las capacidades de los hijos, disminución del sentimiento de desamparo, mejoras en el hogar, etc.) demostrando con ello la viabilidad del programa.

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS NIÑOS TUBERCULÍNICOS POSITIVOS DESCUBIERTOS EN LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS ESCOLARES, por Alcaide, J. y cols. *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, 1983, enero-febrero, págs. 20-24.

En este estudio se analiza la aceptación y seguimiento de la quimioprofilaxis antituberculosa en los escolares de 1.º E.G.B. tuberculín-positivos y de sus concientes encontrados en los «screening» tuberculínicos del IMS y controlados en el Centro de Prevención y Control de la Tuberculosis de Barcelona. Los resultados indican que la aceptación y seguimiento de la quimioprofilaxis son francamente

buenos y que quizás se ha infravalorado hasta ahora la capacidad de responsabilización y participación de la comunidad en este tipo de actividades preventivas.

ENCUESTA SEROLÓGICA FRENTE A POLIOVIRUS TIPOS 1, 2 Y 3 EN NIÑOS ESPAÑOLES DE UNO O DOS AÑOS, por Salmerón García, F. *Infectologica*, 1983, págs. 17-28.

Se han estudiado 83 y 60 sueros obtenidos en 1981 de niños de uno y dos años de edad, respectivamente, mediante serología de neutralización frente a los poliovirus de los tipos 1, 2 y 3. El estudio serológico muestra que no se detectan anticuerpos a la dilución 1/2, en un 11,2; 7,7 y 15,4 por 100 de los sueros, frente a los poliovirus de los tipos 1, 2 y 3, respectivamente. El origen de los sueros probablemente puede valorar en exceso la existencia de anticuerpos en la población, por lo que la situación inmunitaria no puede considerarse satisfactoria.

VALORACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA TOS FERINA EN LA VACUNA DIFTERIA-TÉTANOS-TOS FERINA, por Murphy, D.M. y cols. *Pediatrics*, 1983, págs. 111-117.

Se llevó a cabo un estudio para valorar los componentes absorbente y antigénico de la fracción de la tos ferina de la vacuna difteria-tétanos-tos ferina (DTT). Se compararon cuatro preparaciones de vacuna DTT compuestas de células totales (Ct) o extracto de antígeno (E) de la tos ferina combinadas con fosfato de aluminio (Fa) o alumbre (Al) como absorbentes. Después de la administración de las dos primeras dosis de estas cuatro vacunas se observaron reacciones locales similares, pero dichas reacciones presentaron una incidencia e intensidad significativamente mayor después de la administración de la tercera dosis de vacuna CtFa. Ello pareció ser debido al absorbente Fa más que al componente antigénico. Se observaron reacciones febriles más frecuentes ($p = 0,0009$) y con temperaturas más elevadas ($P = 0,0001$) después de administrar la primera dosis de la vacuna CtFa. Ello pareció ser debido al componente

Ct. Al comparar en conjunto los niños que recibieron vacunas con el componente Ct con los que recibieron componente E, se puso de manifiesto una respuesta febril más elevada que el grupo que recibió componente Ct, tanto después de recibir la primera ($p = 0,0008$) como la segunda ($P = 0,03$) dosis. Las reacciones locales aparecieron temporal y etiológicamente distintas de las reacciones febriles. El grupo que recibió componente antigénico Ct respondió con un título geométrico medio de anticuerpos más elevado que el que recibió el componente E ($p = 0,05$). Las respuestas serológicas determinadas por el título medio geométrico de anticuerpos producidos no fue estadísticamente diferente entre las vacunas al ser consideradas individualmente. El presente estudio sugiere que la combinación de componente antigénico de células totales con fosfato de aluminio como absorbente, que habitualmente se utiliza en los EE.UU. probablemente no es una combinación óptima para la fracción de la tos ferina presente de la vacuna DTT.

MORTALIDAD Y ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LAS MUJERES, por Bouvier Colle, M.-E. *Population*, 1983, pág. 135.

En Francia no se había abordado hasta el presente el estudio de las relaciones entre la actividad profesional y la mortalidad diferencial del sexo femenino. Sobre la base de los datos disponibles se muestra en este estudio, en el caso de las mujeres inactivas, una sobremortalidad de alrededor de un 20 por 100 con respecto al valor medio de la población francesa. La sobremortalidad de mujeres inactivas no casadas tiende a probar el efecto selectivo de la salud en el ejercicio de una actividad profesional. Para la casi totalidad de las causas de defunción, las inactivas registran tasas superiores a las de las activas. Sin embargo, en este contexto, las afecciones asociadas al alcoholismo, principalmente la cirrosis, sobresalen de una manera espectacular. Algunos resultados sobre las diferencias de la mortalidad según categorías socioprofesionales y las diferencias de consumo de atenciones médicas muestran que al efecto selectivo de la salud sobre la actividad profesional se agregan factores económicos y sociales no despreciables.

TESIS DOCTORALES

FACULTAD DE MEDICINA

Autor: José Ramón Bueso Abancens.

Título: *Tratamiento del glaucoma neovascular. Estudio anatomoclínico en animales de experimentación. Aplicación en clínica humana.*

Director: Jaime Miralles de Imperial Mora Figueroa.

Calificación: Sobresaliente cum laude.

Fecha de lectura: 1 de febrero de 1984.

Resumen: Después de analizar las características de diferentes tubos de drenaje se realiza un estudio morfológico en animales de experimentación (30 perros). Tras de elección de un tubo y una técnica quirúrgica se procede a la aplicación de los mismos en 14 pacientes con glaucoma neovascular. Analizamos nuestros resultados y los comparamos con los de otros autores (Krupin Molteno). Por otra parte observamos una relación directa entre nuestros resultados morfológicos y clínicos.

Autor: Antonio Martínez Hernández.

Título: *Historia del Hospital Provincial de Murcia.*

Director: Pedro Marsset Campos.

Calificación: Sobresaliente cum laude.

Fecha de lectura: 3 de marzo de 1984.

Resumen: El trabajo consiste en una detallada evolución histórica del Hospital desde sus orígenes. Tras una breve introducción desde la creación del Hospital en el año 1300, según diversos autores, comenzamos nuestro estudio cuando el centro pasa de «caridad» a «beneficencia»; en el año 1837, y posterior desarrollo de la misma hasta 1937. Se estudia: Edificio y obras en él realizadas; bienes del Hospital y repercusión de la desamortización; personal (directivos, médicos, practicantes, enfermeros, etc.), tanto en sus vertientes asistenciales, como económicas, políticas y sociales, estamento religioso y su importancia, servicios del Hospital y su desarrollo. Se finaliza el trabajo con unas efemérides históricas y un índice iconográfico de diversos aspectos del Hospital y su entorno.

ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

FACULTAD DE MEDICINA

I Curso Internacional Teórico-Práctico de Inmunocitoquímica

Murcia, del 23 al 28 de abril de 1984.

Director del curso: Dr. José F. Ballesta Germán.

Cátedra de Histología y Embriología General. Facultad de Medicina. Murcia (España).

Departamento de Histoquímica de la «Royal Postgraduate Medical School» Hammersmith Hospital. Londres.

Departamento de Biología Celular del Instituto Gulbenkian de Ciencia. Lisboa.

Departamento de Anatomía. Facultad de Medicina. Roma.

Profesores del curso:

J. M. Polak. Directora del Departamento de Histoquímica de la «Royal Postgraduate Medical School». Hammersmith Hospital. Londres.

G. Terenghi. Investigador Asociado del Departamento de Histoquímica de la «Royal Postgraduate Medical School». Hammersmith Hospital. Londres.

S. Gulbenkian. Investigador Asociado del Departamento de Biología Celular del Instituto Gulbenkian de Ciencia. Lisboa.

G. L. Ferri. Investigador Asociado del Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina. Roma.

F. Hernández. Catedrático de Histología y Embriología General de la Facultad de Medicina de Murcia.

J. Ballesta. Profesor Adjunto interino de Histología y Embriología General de la Facultad de Medicina de Murcia. Ex-Investigador Asociado del Departamento de Histoquímica de la «Royal Postgraduate Medical School». Hammersmith Hospital. Londres.

Programa teórico:

- Introducción a la Inmunocitoquímica.
- Anticuerpos. Generalidades.
- Anticuerpos en inmunocitoquímica: producción y test de anticuerpos.
- Fijación de tejidos para inmunocitoquímica.
- Técnicas de peroxidasa-antiperoxidasa (PAP).
- Otras técnicas inmunocitoquímicas: Oro coloidal, Avidin-Biotín, etc.
- Aplicaciones de la inmunocitoquímica en histopatología.
- Inmunocitoquímica de los péptidos reguladores. Hormonas gastrointestinales.
- Inmunocitoquímica y sistema nervioso periférico. Nervios peptidérgicos.
- Inmunocitoquímica y sistema nervioso central.

Programa práctico:

- Fijación en inmunocitoquímica: preparación y uso de fijadores para los diversos métodos.
- Almacenamiento, preparación y manejo de anticuerpos para inmunocitoquímica.
- Inmunofluorescencia directa e indirecta.
- Peroxidasa-antiperoxidasa.
- Introducción a la inmuno-microscopía electrónica.

I ÁTODA DE OFTALMOLOGÍA. SEMINARIO

Conferencias:

Cirugía del hilo. Indicaciones. Dr. José Carlos Castiellas Acha.

Resultado de la cirugía clásica estrabológica. Dr. Javier Orbeagoza Gárate. Sección de Estrabismo de la Ciudad Sanitaria Enrique Soto Mator (Bilbao).

Jueves, 12 de abril de 1984.

Salón de Actos del Hospital Provincial.
19,30 horas.

DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Dentro del Curso monográfico de doctorado «Actualización en el diagnóstico y terapéutica de enfermedades infecciosas», el profesor Francisco Martín Luengo pronunciará una conferencia titulada «Leishmaniasis».

Lugar: Aula de Cultura de la C.A.P.

Hora: 5,30 tarde.

Fecha: 30 de abril, lunes.

JORNADAS INTERNACIONALES DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE

Días: 25 al 28 de abril.

Organizadas por el Centro de Investigación Deportiva.

Lugar: Aula de Cultura de la C.A.P.

Hora: 8,15 tarde.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Día 5 de abril, jueves: Conferencia «Evaluación de un paciente con palpitations».

Día 12 de abril, jueves: «Las ictericias: evaluación práctica, métodos, diagnósticos y tratamiento».

Lugar: Casa de Cultura.

XIX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS

Organiza: Servicio de Medicina Intensiva de la Ciudad Sanitaria «Virgen de la Arrixaca», de Murcia.

Fecha: del 5 al 7 de abril.

Hora: 9 mañana y 4 tarde.

Lugar: Aula de Cultura de la C.A.A.M.

LEGISLACION SANITARIA

— Sustancias de acción antiroidea y de acción hormonal. R.D. 378/1984 de 25-01-84 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 49 de 27-02-84, pág. 5273.

— Control de sustancias y preparados medicinales psicotrópicos. R. de 04-04-84 de la Dirección General de Farmacia y Productos sanitarios. B.O.E. 92 de 17-04-84, pág. 10871.

— Regulación de la asistencia sanitaria para el personal protegido por la Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local. O. de 30-03-84 del M. de Administración Territorial. B.O.E. 86 de 10-04-84, pág. 10102.

— Colaboración de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo en la gestión de la Seguridad Social. O. de 02-04-84 del M. de T. y SS. B.O.E. 88 de 12-04-84, pág. 10414.

— Actualización de la relación de especialidades farmacéuticas publicitarias autorizadas. R. de 11-04-84, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. B.O.E. 99 de 25-04-84, pág. 11340.

— Normas para la jerarquización de instituciones sanitarias abiertas de la Seguridad Social. O. de 25-04-84 del M.S. y C.B.O.E. 102 de 28-04-84, pág. 11690.

