El Servicio de Medicina Intensiva como servicio hospitalario central

A. Mota López

«... Nunca entremos en negociaciones por temor,
pero nunca temamos entrar en negociaciones.»

John F. Kennedy

Introducción

Los hombres tienen con frecuencia aspiraciones de dioses, aunque nunca posean sus recursos. Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son, por decirlo de alguna forma, el paradigma de estas aspiraciones y del deseo de ofrecer un óptimo nivel de cuidados a todo paciente que lo necesite, queriendo significar con el término óptimo, el nivel más alto de cuidados que es posible obtener. Sin embargo, recientes reducciones en los fondos destinados a presupuestos hospitalarios, no sólo en nuestro país, sino en todos aquellos más avanzados que siguen situaciones paralelas a las nuestras, demuestran que la salud no goza de una prioridad primordial en las formas de proceder que rigen el orden público. Si, asimismo, los conflictos estructurales y de cultura de la organización sanitaria, y, por ende, de la hospitalaria, no van parejos con los parámetros de eficiencia, eficacia y efectividad (Tabla I) que nuestros hospitales en general y nuestras Unidades de Cuidados Intensivos en particular han de alcanzar, tendremos que aceptar que cuando las administraciones públicas usen criterios restrictivos en las dotaciones presupuestarias, la mayoría de las veces la hacen alegando criterios de bajo rendimiento, sino de despilfarro, y cuando no, alegando intereses médicos indeseables en la aplicación de los cuidados de la salud. Véanse si no, algunas frases entresacadas de los temas y autores que se citan (Tabla II).

Será el cambio de cultura en la organización de las estructuras sanitarias en general, y las hospitalarias en particular, las que puede que nos den la clave de la «posible solución», aunque así mismo sepamos la dificultad que entraña «cambiar el elemento (Sanidad) sin cambiar el conjunto (comportamiento personal)» y de otra

MEDICINA INTENSIVA

Parámetros de rentabilidad

Eficiencia: $\frac{\text{Cantidad x Calidad}}{\text{Costos}}$

Relación entre «impacto real de un servicio o programa» y su coste de producción

Eficacia: Es el logro de la máxima calidad en la atención al enfermo, examinada en relación con la mano de obra, los suministros, el equipo, el espacio y otros recursos del suministrador y la conveniencia, aceptabilidad y costo para el consumidor.

Efectividad: Relación existente entre el impacto real de un servicio o programa dentro de un sistema operativo y su marcador potencial en una situación ideal.

Tabla I. Parámetros de rentabilidad.

forma la pregunta es inmediata: ¿será posible realizar un cambio de comportamiento en una institución o en las instituciones sin cambiar primero los valores culturales en los cuáles este cambio va a tener efectos?[3]. La pregunta y el reto quedan ahí, por mi parte, y para continuar con el tema de hoy, tan sólo me queda decir, siguiendo con el paradigma del inicio y extrayendo una frase de la Odisea, que Homero pone en boca de uno de sus héroes, «Los molinos de los dioses muelen despacio».

La Medicina Intensiva especialidad reconocida

No vamos a extendernos mucho en la demostración de tal hecho. Tan sólo diremos que si actualmente las Unidades de Cuidados Intensivos no estuvieran fundadas habría que fundarlas. Pero para nuestra suerte o desgracia, que de ambas formas habremos de considerarlas, ahí las tenemos, con sus pros y sus contras, pero en completa vigencia en todos nuestros hospitales. El negar la existencia, consolidación y progresiva implantación de la especialidad en todos los países desarrollados, es simplemente una actitud que pretende ignorar la realidad presente, algunas de las veces anclada en actitudes nostálgicas y corporativistas carentes de todo fundamento racional o científico, poniendo de manifiesto la pobreza argumental de sus detractores. El o los «maestros de todo» y «especialistas de nada», como en ocasiones se nos ha criticado y denostado, han sabido y están sabiendo

MEDICINA INTENSIVA

Algunas citas de temas importantes para la reflexión

- «... La inmoralidad consiste en no buscar mayor eficiencia en la sanidad, pues la ineficiencia significa un empeoramiento innecesario de la salud de la gente a cuyo servicio están dedicados los médicos.»[1]

Alan Williams en «Eficiencia en la Atención Sanitaria y libertad clínica». Labor Hospitalaria 1994;3-4:233-234.

- «... Ciertamente una de las funciones más importantes del Economista de la Salud es la de hacer explícitos los valores que se utilizan en la práctica.»
- «... Mayor eficiencia significa mayor salud con los resultados disponibles.»[2]

Gavin Mooney en «Valorando la vida humana en las políticas al servicio de la salud». Labor Hospitalaria 1994;3-4:233-234.

Tabla II. Algunas citas de interés para el tema.

mantener una posición crítica y científica en las áreas hospitalarias y en aquellos lugares donde actúan ante el enfermo crítico que de alguna manera, y en la historia de la Medicina quedará, como el haber sido un revulsivo en el quehacer médico de inicio en los años 50 hasta la actualidad.

1º Existen en el mundo 46 sociedades nacionales (Tabla III).

2º Existe la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva.

3º Existe la Federación Panamericana-Ibera de Medicina Intensiva.

4º Existe la Sociedad Europea de Medicina Intensiva. Que otorga diploma europeo en Cuidados Intensivos, siendo ya numerosos los intensivistas españoles que se encuentran en su posesión.

5º Revistas de la especialidad. Contamos con: Critical Care Medicine, Intensive Care World, Critical Care Clinics, Intensive Care Medicine, Journal Intensive Care, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Medicina Intensiva, Resuscitation; así como secciones monográficas de Medicina Intensiva en las más prestigiosas revistas médicas como JAMA, Chest, etc.

6º Múltiples manuales de la especialidad, nacionales e internacionales, cabiendo citar aquí el libro de texto de Cuidados Intensivos, de R.J. Ginestal y otros, publicado en el año 1991 por la editorial ELA y ARAN; Medicina Intensiva Práctica (La UCI como centro de responsabilidad, planificación y control), de R. Abizanda y otros, de la editorial IDEPSA y publicado, asimismo en el año 1991; así como otros sobre temas monográfi-

MEDICINA INTENSIVA

a) Reconocimiento: La Especialidad de Medicina Intensiva como tal especialidad médica está reconocida en:

Con título	Sin título (aunque con programas específicos de formación en la materia)
Australia	Brasil
Canadá	Chile
EE. UU.	Grecia
Francia	India
Suiza	Inglaterra
Argentina	Japón
Cuba	Finlandia
Ecuador	Turquía
Hungría	
México	
Perú	
Venezuela	

b) Existe el Diploma Europeo de Cuidados Intensivos (ECSIM).
c) Existen 46 sociedades nacionales de Medicina Intensiva agrupadas en la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva.
d) Publicaciones como el Critical Care Medicine, Intensive Care Medicine, Intensive Care World, Critical Care Clinics, Journal of Intensive Care, A J of Respiratory and Critical Care Medicine, Medicina Intensiva...
   - España tiene el privilegio de ser el primer país en reconocer la especialidad y, asimismo, exportar sus experiencias.

Tabla III. Acreditaciones de la Medicina Intensiva.

cos que sería largo de citar y transcribir ahora mismo. No cito los extranjeros, porque, asimismo, la literatura científica está llena de múltiples trabajos y manuales en la materia desde los años 50 hasta ahora.

7º Tan sólo cabe resaltar que España fue el primer país que reconoció la especialidad como tal en el año 1978 (Tablas III y IV).

El reconocimiento internacional a la capacitación y calidad de los especialistas españoles se ha puesto de manifiesto no sólo mediante la favorable comparación de nuestra actividad asistencial con respecto a otros países, sino con la publicación de trabajos científicos en las revistas internacionales de la especialidad, la colaboración en importantes estudios multicéntricos internacionales (Euricus I-1993),

MEDICINA INTENSIVA
SEMIUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias
Reconocimiento oficial
• Real Decreto de Especialidades Médicas de 15 de julio de 1978 (publicado en el BOE del 29-8-1978).
• España tiene el privilegio de haber sido el primer país del mundo en reconocer la Medicina Intensiva como una especialidad médica independiente.
• Las Comisiones Nacionales de Especialidades Médicas se crearon, asimismo, en el año 1978.
• En el año 1978 se elaboró el primer programa de Formación en Medicina Intensiva.

Tabla IV. Reconocimiento español de la Especialidad de Medicina Intensiva.

multicéntricos nacionales de gran envergadura y aceptados por los países más importantes (Estudio PAEEC -1992-), la organización en nuestro país de importantes reuniones internacionales sobre la especialidad: «IX Congreso Europeo de Medicina Intensiva» (Barcelona 1992); «Congreso Mundial de Cuidados Intensivos» (Madrid 1993); le dan empaque y estructura a la especialidad para ser respetada y, asimismo el ser tenida en cuenta en todas las decisiones administrativas que sobre medicina especializada haya que tomar en España.

Es de destacar que la especialidad de Medicina Intensiva, desde su reconocimiento como especialidad en España en el año 1978, como hemos visto anteriormente, ha elaborado tres revisiones en sus programas de docencia, en un intento de actualizar sus contenidos en un campo tan dinámico como es el de la Medicina Intensiva. El programa actual tiene una duración de cinco años y su base se sustenta en el entrenamiento previo en otras especialidades, fundamentalmente, en Medicina Interna y especialidades afines. La formación específica en Medicina Intensiva se consigue en los tres últimos años. Es de destacar que el programa contempla no sólo las alteraciones orgánicas más importantes con sus implicaciones fisiopatológicas y terapéuticas, sino otros aspectos actualmente tan necesarios como la epidemiología clínica, bioestadística, bioética y aspectos medicolegales, administrativos y de control de calidad. Del mismo modo, en aras de una adecuada y completa formación de sus especialistas en todas las áreas del conocimiento del paciente crítico, contempla la realización de rotaciones por unidades de otros hospitales si el hospital asignado a la formación no puede cubrir todos los requisitos docentes exigidos.

Este modelo español de formación ha sido positivamente valorado por especialistas en Medicina Intensiva de otros países y reconocido como la única vía de ac-

ceso a la especialidad por parte de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva, que no precisa una formación en una especialidad primaria (Anestesia, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría), a la que debe seguir obligatoriamente un período mínimo de formación de dos años en Medicina Intensiva. La Sociedad Americana de Unidades de Cuidados Intensiva, exige, igualmente, un período de entrenamiento específico de dos años, independientemente de la especialidad primaria del candidato, para conceder la titulación[4].

No existe en ningún país el reconocimiento directo a la capacitación para la atención al paciente crítico tras la realización de una especialidad médica tradicional. Por tanto, la exigencia de esta capacitación por parte de algunas especialidades en nuestro país, con un período de formación específico inexistente o en el mejor de los casos inferior a seis meses, contraviene de forma clara estas normas generalizadas a nivel internacional.»

Punto especial de controversia puede surgir con los reconocimientos de nuestro título a nivel de la Comunidad Europea, por las nomenclaturas y distintas titulaciones que en ella existen; sin embargo, creo, no debe preocuparnos en lo más mínimo -siempre que nuestro Gobierno así lo considere- pues, en las normativas de reconocimiento de los derechos adquiridos por la práctica de la profesión médica, que viene recogida en la Normativa Comunitaria que regula los mencionados derechos, en el Capítulo V de la Directiva 75/362/CEE en su artículo 9.1 dice: «Cada Estado miembro reconocerá como prueba suficiente para los nacionales de los Estados miembros cuyos diplomas, certificados u otros títulos no respondan a la totalidad de las exigencias mínimas de formación establecidas en el artículo 1 de la Directiva 75/363/CEE, los diplomas, certificados y otros títulos de médicos expedidos por esos Estados miembros antes de la aplicación de la Directiva 75/363/CEE, acompañados de una certificación que acredite que dichos nacionales se han consagrado efectiva y oficialmente a las actividades de que se trate durante por lo menos tres años consecutivos en el transcurso de los cinco años anteriores a la concesión de la certificación». En el artículo 9.2 de la Directiva 75/363/CEE, ya citada, se concreta, asimismo las características que habrán de tener los diplomas, certificados y otras titulaciones, que no respondan a las exigencias mínimas de formación establecidas en los artículos 2, 3, 4 y 5 de la Directiva citada. En el artículo 9.3, de la Directiva 75/363/CEE, se dice textualmente: «Cada Estado miembro reconocerá como prueba suficiente para los nacionales de los estados miembros cuyos diplomas, certificados u otros títulos de médico especialista no respondan a las denominaciones enumeradas en los artículos 5 y 7 (Tablas III, IV y V), los diplomas, certificados y otros títulos expedidos por esos estados miembros acompañados de un certificado de equivalencia expedido por las

autoridades u organismos competentes». Las directivas 75/362/CEE, 75/363/CEE y algunas otras subsiguientes recogen las normativas vigentes sobre el ejercicio de la Medicina y las especialidades en el ámbito de la CEE[5].

Definición de UCI

Creo debemos empezar definiendo lo que entendemos es una UCI, para, desde la definición, centrarnos en el tema que hoy nos trae aquí y que a mí me corresponde desarrollar[6,7].

Definición de UCI

> *«Es la concentración de conocimientos y de recursos de todo tipo (humanos, tecnológicos y arquitectónicos), necesarios para atender de una forma coordinada y continuada al paciente en una etapa de su enfermedad caracterizada por la gravedad real o potencial que pone en peligro su vida» (SEMICYUC, 1986)*

De esta definición podemos sacar dos conclusiones directas que nos acercarán a considerar este servicio como Servicio Central dentro del ámbito hospitalario:

Primera consideración (Tabla V)

Decimos que las UCI son realidades inconmensurables en su valoración por estos seis principios que a continuación exponemos:

1º La UCI es ya una realidad incuestionable. La existencia de pacientes críticos es un hecho en la vida actual.

2º La UCI es una realidad sociosanitaria. Estos pacientes críticos cada vez más demandan el ser tratados en sitios adecuados y la palabra UCI se ha hecho ya sinónimo de gravedad, pero al mismo tiempo, lugar taumatúrgico en el cual y sin el cual difícilmente puedes obtener éxito y/o salir airoso de un proceso de enfermedad crítica.

3º La UCI es una realidad biotecnológica. En ella tan sólo se tratan procesos críticos con métodos, técnicas y aparatos muy sofisticados y difíciles de manejar y, asimismo, que necesitan de un aprendizaje muy específico.

4º La UCI es una realidad sociopolítica. El usuario las demanda y, asimismo, nos vemos empeñados en una problemática que de alguna manera o forma habrá

MEDICINA INTENSIVA

Realidades inconmensurables en su valoración

1. Realidad incuestionable: existencia de pacientes críticos.
2. Realidad socio-sanitaria: que hay que tratarlos.
3. Realidad bio-tecnológica: fisiopatologías complicadas y medidas y métodos difíciles de manejar.
4. Realidad socio-política: presión asistencial ejercida por el usuario.
5. Realidad bio-ética:
- ¿Tiene la vida humana un valor superior a todo precio?
- ¿Tiene la vida humana un valor infinito?
- ¿Es suficiente la obtención del mayor grado de eficiencia con los recursos disponibles?
6. Realidad socio-profesional o de conflicto: lo mejor, muchas veces, no es sinónimo de lo preferible o perfecto e incluso se da de bofetadas con estos otros conceptos.

Tabla V. Realidades inconmensurables en la valoración de la Especialidad de Medicina Intensiva.

que solucionar, pues los agravios comparativos tienen que ser cada día menores en las sociedades donde nos desarrollamos.

5º La UCI es una realidad bioética. En ella es donde nos encontramos con verdaderas preguntas trascendentales que yo tan sólo las expongo en estos momentos:
- ¿Tiene la vida humana un valor superior a todo precio?
- ¿Tiene la vida humana un valor infinito?
- ¿Es suficiente la obtención del mayor grado de eficiencia con los recursos disponibles?

6º La UCI es una realidad socioprofesional o de conflicto. El no reconocerlo por nuestra parte sería como desconocer las realidades cotidianas con las que cada uno debemos actuar diariamente; con otras especialidades, la administración, los pacientes, los propios compañeros... y casi siempre por un principio elemental que nos mueve a todos, «lo mejor para el paciente», cuando muchas veces la cruda realidad nos dice «que lo óptimo no es sinónimo de lo mejor, lo preferible, lo aconsejable o lo perfecto e incluso se da de bofetadas con estos otros conceptos».

Segunda consideración (Tabla VI)

Decimos que la UCI debe ser un Servicio Central, por los principios definitorios que acabamos de ver, ellos son:

MEDICINA INTENSIVA

Principios definitorios

1. Concentración de conocimientos: la formación del intensivista es cada vez más polifacética, multidisciplinar y tecnológica.
2. Recursos de todo tipo: indiscutibles e indispensables en función del nivel asistencial que abarcan (estructuras, personal e instrumentos).
3. Atención continuada y coordinada: vigilancia y tratamientos continuos durante 24 h, con un objetivo primordial, restaurar el funcionamiento normal de los signos vitales, a fin de ganar tiempo suficiente para tratar la enfermedad de base y proporcionar una adecuada calidad de vida, todo ello logrado en términos de inmediatez, coordinación, colaboración con otras especialidades y dentro de una calidad predefinida.
4. Etapa de enfermedad crítica: dependiendo del tipo de hospital en el que se encuentra la UCI y a los pacientes a que va dirigida, pero, en líneas generales, debe hacerse constar unos criterios de ingreso y una política de admisión.

Tabla VI. Principios definitorios de la especialidad de Medicina Intensiva.

1º Concentración de conocimientos. La formación del intensivista es cada vez más polifacética, multidisciplinar y tecnológica, debido a que el paciente crítico habitualmente presenta un fracaso multiorgánico que difícilmente puede ser abordado desde el prisma de una especialidad médica convencional; precisa pues, de la valoración global de la función de los diversos sistemas orgánicos y el desarrollo de terapéuticas y sistemas de soporte vital para hacer frente a las situaciones de amenaza actual o potencial de su vida.

2º Recursos de todo tipo. Indiscutibles, indispensables e incuestionables en función del nivel asistencial y de actuación que hay que realizar en estos pacientes; dirigidos en las tres vertientes de actuación, ellos han de ser: recursos técnicos, recursos humanos y estructuras adecuadas. Por el mismo hecho del coste elevado del instrumental, de la máxima y urgente actuación del personal y de tener unas estructuras adecuadas, es por lo que ha de ser un servicio centralizado.

3º Atención continuada y coordinada. En las UCI hemos de concebir la asistencia al paciente crítico de una forma integral e integrada, lo que implica una actuación de asistencia especializada a los pacientes críticos o en situación crítica o potencialmente crítica, implicando una actuación coordinada y al mismo tiempo unitaria que incluye, desde la detección del proceso, hasta la finalización de la situación crítica y el alta de la UCI.

4º Etapa de enfermedad crítica. La característica primordial del paciente de UCI es que es un paciente en situación crítica, que tiene las constantes vitales al-

teradas y que por ello habrá que diagnosticarlo, vigilarlo y tratarlo, hasta que dichas constantes reviertan al estado de normalidad. Otra cosa será el tipo o los tipos de UCI con los que nos podemos encontrar y que en líneas generales van a depender del tipo de hospital de que se trate.

En el esquema de D. Reis Miranda (Tabla VII), publicado en el año 1988, cuando ya entonces debatíamos si la especialidad de Medicina Intensiva era o debía ser una subespecialidad, una superespecialidad o simplemente una especialidad, que en definitiva pienso, se quedó «en tablas», podemos observar los campos en los que la especialidad puede actuar y de hecho actúa.

Podemos, asimismo decir, que los resultados que en los últimos años se están obteniendo en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas son superiores en eficacia, eficiencia y costos en comparación con los de otros países como EE.UU., Reino Unido, Canadá y Australia (estudios comparativos APACHE, PAEEC, etc.), llevados a cabo en los dos últimos años en distintas reuniones y congresos. Asimismo presentamos una menor mortalidad en pacientes con elevado nivel de gravedad (APACHE III > 90), menor porcentaje de ingresos de pacientes con bajo nivel de gravedad (APACHE III < 40, con nivel de monitorización activa, pero no de tratamiento intensivo).

Asimismo, tenemos menor utilización de recursos tecnológicos y materiales (valorados en puntuaciones TISS) con los que obtenemos mejores resultados asistenciales incluso en pacientes crónicos agudizados.

Centralización y dirección

Punto importante de las Unidades de Cuidados Intensivos, ha sido su estricta dirección por intensivistas, con orientación clínica específica y una jerarquización bien estructurada, que en los últimos tiempos viene teniendo detractores -la mayoría de las veces con influjos o por fuerzas externas a la Unidad- que lo que pretenden es la desunión y, asimismo, reivindican algo que ya por establecido, demostrado y vistos sus resultados, no cabe sino que una reestructuración a fondo con normas y metodologías de gestión estrictas y concretas que centren la situación (Tabla VIII).

Conclusiones

1. La especialidad de Medicina Intensiva nace y se desarrolla para la atención del enfermo crítico en todas sus vertientes. Pueden existir múltiples enfermeda-

MEDICINA INTENSIVA

Especialidades que abarca la Medicina Intensiva

	Anestesia	M. Interna	Cirugía	M. Intensiva
Reanimación cardiopulmonar	x			x
S. Cardiovascular	x	x		x
S. Respiratorio	x			x
S. Urinario		x		x
S. Nervioso Central	x			x
S. Digestivo			x	x
S. Endocrino-Metabólico		x		x
Ginecología-Obstetricia			x	x
Hematología	x	x	x	x
Infeccioso		x	x	x
Traumatología			x	x
Monitorización	x			x
Procedimientos diagnósticos especiales			x	
Administración/Control de calidad				x

«Intensive Care Medicine. Subspeciality, Superspeciality or speciality». Reis Miranda D.: Intensive Care World 1988;**5:**116-117.

Tabla VII. Especialidades que abarca la Medicina Intensiva.

des, pero fisiopatológicamente los hechos que conducen a la muerte suelen ser bastantes homogéneos y requieren medios diagnósticos y terapéuticos similares.

2. El paciente crítico habitualmente presenta un fracaso multiorgánico que difícilmente puede ser abordado desde el prisma de una especialidad médica convencional. Precisa, por tanto, una valoración global de sus funciones y una actuación unitaria en las decisiones a tomar.
3. La adquisición de conocimientos y habilidades para el correcto diagnóstico y tratamiento en los pacientes críticos, exige una dedicación y formación específica en este campo.
4. Los recursos técnicos y humanos dedicados a la atención del paciente crítico, tienen un coste elevado y resulta más rentable concentrarlos en un área específica del hospital.
5. La especialidad de Medicina Intensiva tiene un cuerpo de doctrina en el que se imbrican, a parte de formación científica multifactorial, habilidades, destrezas, dedicación y un fuerte grado vocacional por este tipo de pacientes, que son supervisados y avalados actualmente por todas las autoridades sanitarias y académicas.

MEDICINA INTENSIVA

Criterios centralizadores o de servicio central

1. Criterio de definición: por la propia definición de Cuidados Intensivos y/o Medicina Intensiva y por la actuación social que ve en la UCI el lugar «taumatúrgico», donde todos los problemas parecen tener solución y si no lo tienen, lo cierto es que se intenta.
2. Criterio multidisciplinar-unitario: proporcionando una asistencia integral e integrada en todo paciente crítico, con vigilancia, terapia y coordinación por los propios especialistas.
3. Criterio de rentabilidad: aglutinando técnicas y protocolos con criterios de eficacia/rentabilidad/supervivencia/calidad de vida.
4. Criterio de cuerpo doctrinal:
   - Asistencial: Definitorio
   - Docente: institucionalizado y legislado con materia propia.
   - De gestión: maneja por sistema, índices de gravedad, de calidad y de control sobre pacientes que tratan, que otros especialistas no realizan.
   - De investigación: de todos es conocido el desarrollo de la especialidad en España y en el mundo y el nº de publicaciones y revistas que se publican bajo los epígrafes de Medicina Intensiva, Cuidados Intensivos, Terapia Intensiva, etc.
5. Criterio del último recurso: cuando todo parece fallar en el tratamiento de un paciente y se palpa en el ambiente la presión y el sentir de que la situación se escapa, se recurre a la UCI y a los intensivistas.

Tabla VIII. Criterios de Servicio Central en el conjunto hospitalario.

6. El ámbito de actuación de las Unidades de Cuidados Intensivos debe ser, pues, polivalente (médicas-postquirúrgicas) y, en general, la actuación de sus especialistas deberá ser y estar en todos aquellos lugares donde se encuentre el paciente crítico (urgencias, transporte de críticos, planificación y control de las emergencias y catástrofes, etc.).
7. El quiénes, cómo, dónde y en qué circunstancias se desarrollarán los apartados, antes descritos, dependerá, en cada instante, del hospital, las personas y el momento; hasta en tanto no se legisle en éste y otros muchos asuntos.
8. Negar la ausencia de «guerras médicas entre especialistas» es desconocer la realidad de nuestros hospitales y la de otros lugares fuera de España.

Bibliografía

1. Alan Williams. Eficiencia en la Atención Sanitaria y libertad clínica. Labor Hospitalaria 1994;3-4:233-234.

2. Gavin Mooney. Valorando la vida humana en las políticas al servicio de la salud. Labor Hospitalaria 1994;3-4:233-234.
3. Nordstrom RD, Allen BH. Cultural change versus behavioral change. Health Care Manage Rev 1987;**12**(2):43-49.
4. Vázquez G, Esteban A, Torres JM. La medicina intensiva española. Un modelo valorado en Europa. Med Intensiva 1988.
5. González Navarro F, Moya Pueyo. La sanidad española en la Europa de Maastricht. Edit IM and C. Madrid 1993.
6. Abizanda R. La UCI como centro de responsabilidad. Planificación y control. IDEPSA. Madrid 1993.
7. Esteban A, de la Cal MA, Gómez Rubí. Intensive Medicine in Spain. Intensive Care World 1993;**10:**95-97.
8. Reis Miranda D. Intensive Care Medicine. Subspeciality, Superspeciality or speciality. Intensive Care World 1988;**5:**116-117.