

LA LEGISLACION Y LA ADMINISTRACION HOSPITALARIAS

Dr. R. F. BRIDGMAN

*Inspector General de Asuntos Sociales
París (Francia)*

Dr. M. I. ROEMER

*Profesor de Administración Sanitaria
Universidad de California
Los Angeles (E.U.A.)*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1974

ISBN 92 4 330050 4

© Organización Mundial de la Salud 1974

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones y Traducción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

PRINTED IN FRANCE

INDICE

	Página
Prefacio	9
Introducción	11
CAPITULO 1. EL CUESTIONARIO	17
CAPITULO 2. LA DIVERSIDAD DE LEGISLACIONES Y DE SISTEMAS DE ADMINISTRACION DE HOSPITALES.	34
Legislación especial de hospitales	34
Legislación de hospitales incorporada a la legislación sanitaria general.	36
Reglamentación de los hospitales por el Gobierno	36
Países en que no existe legislación ni reglamentación gubernamental de hospitales	37
Administración y dirección de hospitales	37
Requisitos del personal de hospitales	43
Sistema de financiación de los hospitales	44
Coordinación del sistema de hospitales con las demás instituciones de salud pública	51
Construcción de hospitales	53
Planificación del sistema de hospitales	55
CAPITULO 3. LOS PRINCIPALES SISTEMAS DE ORGANIZACION DE HOSPITALES.	58
Países con influencia del derecho romano	60
Países en desarrollo que estuvieron sometidos a la administración francesa	63
Miembros más antiguos de la Comunidad Británica de Naciones	64
Países en desarrollo que estuvieron sometidos a la administración británica	67
La República Federal de Alemania, los Países Bajos y Suiza	69
Países donde ha prevalecido el derecho islámico	70
Estados Unidos de América	72
Países Escandinavos	72
Los países socialistas	74
Países no clasificados	76
Territorios	77
CAPITULO 4. SISTEMAS DE ORGANIZACION DE HOSPITALES EN ALGUNAS NACIONES	79
Sistemas de administración local de hospitales	81
Perú	81
Israel	88
Estados Unidos de América	92
Sistemas parcialmente centralizados de administración de hospitales	101
Filipinas	101
Irán	107
Chile	114

Francia	119
Suecia	126
Sistemas muy centralizados de administración de hospitales	130
Togo	131
Malasia	134
Bulgaria	141
Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas	144
Inglaterra y Gales	152
CAPITULO 5. TENDENCIAS GENERALES DE LA ORGANIZACION DE HOSPITALES	161
Integración en el sistema sanitario y en la administración pública general	162
Régimen de propiedad de los hospitales	164
Administración interna de los hospitales	168
Sistemas establecidos por la ley para fiscalizar el funcionamiento de los hospitales	171
Funciones del hospital dentro de los servicios de sanidad	173
Financiación de los servicios de hospital	175
Arquitectura de hospitales y gastos de construcción	181
Métodos de planificación general	184
El concepto de regionalización	187
Adaptación a las condiciones de los países en desarrollo	194
BIBLIOGRAFIA	196
ANEXO — EL CUESTIONARIO Y LOS CUADROS EN QUE SE RESUMEN LAS RESPUESTAS	199
Sección 1. Legislación de hospitales	199
Cuadro 1. Legislación especial de hospitales	201
Cuadro 2. Disposiciones relativas a los hospitales incorporadas a una ley de salud pública	206
Cuadro 3. Reglamentos	208
Cuadro 4. Países que carecen de legislación o reglamentación de hospitales	209
Cuadro 5. Principios de administración hospitalaria	210
Sección 2. Administración de hospitales	213
Cuadro 6. Países cuyos hospitales son administrados por comisiones locales o regionales	214
Cuadro 7. Composición de las comisiones de hospitales	216
Cuadro 8a. Países en que las comisiones de hospitales tienen carácter ejecutivo	219
Cuadro 8b. Países en que las comisiones de hospitales tienen carácter consultivo	220
Cuadro 9. El director del hospital	222
Sección 3. Personal	227
Cuadro 10. Médicos de hospital	228
Sección 4. Financiación	232
Cuadro 11. Financiación	234
Cuadro 12. Bases de la preparación del presupuesto	236

Sección 5.	Relación con otros servicios de salud	239
	Cuadro 13. Participación de los hospitales en otros servicios de salud	240
Sección 6.	Autoridades nacionales y regionales de planificación	242
	Cuadro 14. Construcción y equipo	244
	Cuadro 15. Procedimientos de planificación	248

PREFACIO

Los sistemas de administración sanitaria de diferentes países presentan notable variedad. Las características de los servicios sanitarios de un país dependen de muchos factores, entre ellos su historia política, su religión, su sistema jurídico y su estructura administrativa en general. A los administradores sanitarios y sociales que han de organizar nuevos servicios o modificar los existentes puede resultarles útil, por consiguiente, disponer de un estudio sinóptico de los sistemas utilizados en diferentes países y de información acerca de las principales semejanzas y diferencias entre los sistemas sanitarios.

En la mayoría de los países, el hospital es un elemento esencial de los servicios sanitarios, y en muchos de ellos corresponde al hospital una elevada proporción del costo de esos servicios. La OMS invitó al Dr. R. F. Bridgman y al Profesor M. I. Roemer a realizar un estudio de la legislación hospitalaria y de los sistemas de organización de hospitales en diversas partes del mundo. Ambos elaboraron y enviaron un cuestionario sobre el tema, y analizaron las respuestas al mismo enviadas por 52 Estados Miembros de la OMS. Basándose en los datos obtenidos, han establecido una clasificación de los principales sistemas de organización de hospitales actualmente utilizados, han descrito detalladamente los sistemas hospitalarios de cierto número de países y han esbozado las que a su parecer constituyen las tendencias generales en este sector de la asistencia sanitaria.

Es muy loable el cuidado con que se ha rellenado el cuestionario; la Organización Mundial de la Salud expresa su gratitud a todos los funcionarios y a otras personas de los países participantes que, a costa de mucho tiempo y esfuerzo, han facilitado la información que se solicitaba. Sin su ayuda no hubiera sido posible preparar este informe.

INTRODUCCION

La enfermedad obliga al hombre a restringir sus actividades y a modificar su género de vida. La frecuencia con que se requiere la asistencia médica depende de muchos factores, pero del estudio comparado de las estadísticas se desprende que en una sociedad bien protegida contra las epidemias y los riesgos previsibles hay un promedio anual de cinco a diez consultas médicas por persona, ya sea con fines preventivos o curativos. Ahora bien, entre los casos de enfermedades y de lesiones hay algunos que entrañan tales riesgos para la vida del paciente o la perturban tanto, que hacen necesaria la hospitalización. Es también el médico quien aconseja utilizar los medios de diagnóstico y tratamiento que — tanto en lo que respecta al personal como al equipo — sólo se encuentran en los hospitales. En esa sociedad bien protegida a que nos referimos, se registran anualmente en los hospitales de 150 a 200 ingresos, por mil habitantes, y el periodo de hospitalización viene a representar, cada año, de día y medio a dos días por habitante. El costo de la estancia en el hospital es alto, ya que cada día equivale al cuádruplo o al quintuplo del ingreso medio diario *per cápita*. El costo global del sistema de hospitales representa del 2% al 3% del producto nacional bruto. El personal de los hospitales constituye una proporción tan grande de la población económicamente activa, que ocupa el tercero o cuarto lugar entre los sectores económicos de los países desarrollados.

En estas observaciones preliminares vemos la totalidad de los hospitales como un « sistema ». Este sistema existe desde hace siglos en buen número de países. Gradualmente ha ido adquiriendo una gran complejidad porque su creación, su régimen de propiedad y su administración responden a concepciones muy distintas. En unos países se han introducido reformas mediante ajustes sucesivos, conservando las prácticas tradicionales y aceptando con lentitud las nuevas ideas; en otros, las reformas han sido más profundas, se han abolido las viejas normas y se han reagrupado las instituciones en conjuntos más vastos; por último, ha habido casos en que las revoluciones políticas y técnicas

han hecho tabla rasa de todo lo antiguo y el sistema de hospitales se ha organizado sobre bases enteramente nuevas.

Pero, aparte de las naciones que han querido y han podido llevar a cabo las reformas necesarias, hay gran número de países que se han visto imponer sistemas sanitarios, ajenos a su tradición y sus costumbres, por otros países, más poderosos, que, durante periodos más a menos prolongados, los han tenido fuertemente sometidos a su influencia. Ahora bien, lograda la independencia en las últimas décadas, han de adaptar a sus recursos y a sus características propias la herencia hospitalaria que recibieron, y, en consecuencia, han de elaborar nuevos sistemas.

El sistemas de hospitales es hoy un sector importante de las actividades que se desarrollan al servicio de todos los ciudadanos; absorbe una proporción apreciable del ingreso nacional, emplea mucho personal y puede ser muy complejo en su administración y gestión, así como en sus relaciones con otros sectores sociales y muy especialmente con la enseñanza, el auxilio social y los seguros sociales. Tal es el motivo de que muchos países hayan sentido la necesidad de definirlo, mediante una legislación adecuada.

Ahora bien, al examinar la legislación de hospitales, se observa en ella una diversidad extrema, al contrario de lo que ocurre con la legislación sanitaria referente, por ejemplo, a la tuberculosis, a las enfermedades venéreas o a la higiene del medio, cuyas semejanzas son manifiestas. No faltarán quienes crean que el estudio comparativo de las disposiciones legislativas sobre hospitales no tiene más que un interés académico y, en todo caso, es necesario reconocer que encierra muchas dificultades; sin embargo, la situación de los países recién independizados hace necesario que se lleve a cabo. En materia de hospitales, esos países han heredado normas que, por dos razones, no se adaptan a sus necesidades. En primer lugar, recibieron antaño instituciones regidas por normas especiales que, en la mayoría de los casos, resultaban ya entonces anticuadas, en relación con las que se hallaban en vigor en los países metropolitanos. Por ejemplo, la administración de hospitales de las antiguas colonias de Africa y Asia es un calco de la correspondiente a los servicios de sanidad militar, y su adaptación a una estructura civil, más teórica que real, ha sido muy tardía. Hay casos de territorios que, al cabo de un siglo de régimen colonial, se han visto repentinamente con hospitales dirigidos por comisiones administrativas dotadas de autonomía financiera y de gestión, pero sin los fondos ni el personal necesarios para la prestación de servicios. Cabría citar otros ejemplos de países cuyos sistemas de contabilidad, abandonados hace ya tiempo en los países desarrollados, continúan imposibilitando hoy el cálculo del coste diario de los hospitales y de sus distintos servicios. En la mayoría de esos países, el régimen asistencial accesible teóricamente a la casi

totalidad de la población — pero muy difícilmente aplicable por falta de recursos financieros — ha retardado la introducción efectiva de disposiciones modernas como las de los países desarrollados.

En segundo término, la sustitución de los administradores extranjeros por personal nacional, que no ha tenido oportunidad de estudiar los principios de una buena gestión administrativa, no ha permitido que se lograran progresos perceptibles. Ahora bien, como consecuencia del quebranto sufrido por los servicios hospitalarios durante la segunda guerra mundial y los años de lucha por la liberación nacional, se ha agravado la inadecuación de las viejas estructuras. Sin embargo, y ello es curioso, las antiguas costumbres se han conservado porque las personas que han asumido ahora las funciones administrativas han seguido ateniéndose a las normas que conocían por haberlas practicado largo tiempo. Se resisten al cambio y siguen una rutina que estorba toda mejora del control y de la eficacia de los servicios de hospital.

Por lo tanto, es urgente dar a conocer a esos países ejemplos de las disposiciones legislativas y sistemas de administración que se aplican en el mundo, así como de las formas en que distintos países se han enfrentado con sus problemas de organización y administración de hospitales. Con ese fin, se ha preparado este trabajo.

Ahora bien, esta obra tiene, al mismo tiempo, un alcance más general. El estudio de la legislación de hospitales es interesante por cuanto refleja, quizá más que otras leyes, las tendencias en organización social. En muchos puntos, la legislación de hospitales suele tener matices arcaicos y continúa respetando ideas que han caído en desuso en otros sectores. Sin embargo, el mundo actual adquiere gradualmente mayor homogeneidad en los aspectos orgánicos y funcionales. Se van imponiendo los métodos racionales de gestión y de análisis operativo, a la vez que se borran las divergencias tradicionales entre sistemas que tienen un objetivo común. El análisis crítico de la legislación de hospitales muestra que los sistemas nacionales se agrupan según las afinidades de la cultura y la historia de los países. Si el presente trabajo fuese únicamente un análisis de los diversos sistemas nacionales, no pasaría de ser un catálogo, y, en ese caso, se necesitaría un esfuerzo considerable para extraer elementos que pudieran servir de inspiración al futuro legislador. En cambio, si en estas páginas se puede demostrar que, como consecuencia de una evolución política y técnica convergente, países distintos adoptan sistemas comparables, se habrá facilitado la comprensión de los principios básicos de las legislaciones actuales. Se facilitará asimismo el acercamiento entre sistemas legislativos diferentes, que forzosamente han de converger por los imperativos de la gestión racional y de los sistemas de financiación y de planificación científica. En estos momentos en que adquieren relieve agrupaciones supranacionales, tales como el

Mercado Común y la Organización de la Unidad Africana, esa empresa es oportuna.

Justificado, pues, el presente trabajo por la utilidad que puede tener a la vez para los países en desarrollo y para los desarrollados, había que determinar el método a seguir. Hubo que prescindir inmediatamente de leer y analizar todas las leyes y demás disposiciones que rigen los hospitales, por dos razones principales. La primera de ellas es que la masa de documentación es prácticamente ilimitada ya que, a menudo, la ley propiamente dicha no hace sino establecer unas bases generales (el marco legislativo) y el mecanismo administrativo se concreta en decretos y órdenes que, en algunos casos, son de gran importancia. Basta compulsar los dos grandes volúmenes de la legislación de hospitales francesa, o el volumen de la legislación belga, para percatarse de que su análisis hubiera sido una tarea imposible. La segunda razón es que los textos legislativos están, como es natural, escritos en la lengua nacional de cada país. Hubiera sido preciso, por lo tanto, formar un equipo políglota, con una instrucción muy avanzada en materia de legislación de hospitales, para comprender y traducir de una misma manera los conceptos análogos.

El método adoptado fue, en consecuencia, la preparación de un cuestionario. La redacción no resultó fácil. Había que cubrir los puntos sobresalientes de la administración de hospitales, y limitarse a los que son comunes a la mayoría de los países. Además, había que evitar que el cuestionario reflejara cualquier tendencia preestablecida, evitando que, al recoger alguno de los grandes sistemas existentes, descuidase estructuras propias de otros sistemas. Por otra parte, era obligado que fuese fácil de entender, a la vez que no debía omitir ningún punto importante.

El primer proyecto de cuestionario se ensayó en algunos países elegidos en dos regiones de la OMS. La calidad de las respuestas fue alentadora y, una vez revisado el modelo original, teniendo en cuenta las observaciones recibidas, se distribuyó por todas las regiones. Contestaron casi la mitad de los Estados Miembros de la OMS, en la mayoría de los casos detalladamente. Se preparó una tabulación preliminar de las respuestas, que se presentó al Comité de Expertos en Administración de Hospitales, reunido en Ginebra del 3 al 9 de octubre de 1967. El Comité aprobó el método, y la tabulación se remitió, por conducto de las oficinas regionales de la OMS, a todos los Estados Miembros que habían respondido. Aproximadamente la mitad de los gobiernos introdujeron modificaciones; los demás no contestaron y, de conformidad con lo advertido en la carta de remisión, su silencio se interpretó en el sentido de que aceptaban la sistematización de sus respuestas hecha en los cuadros que se les habían enviado.

El presente trabajo consta de tres partes principales. La primera de ellas, después de explicar el cuestionario y los cuadros que con las respuestas se prepararon (Capítulo 1), presenta un análisis de la legislación de hospitales de los países que participaron en la encuesta (Capítulo 2) y una clasificación provisional de los principales sistemas de organización de hospitales (Capítulo 3). Se ha tratado de agrupar las legislaciones nacionales en sistemas comunes a los países que tienen características comparables. El propósito de esta labor es determinar los principios básicos en que se han apoyado esas legislaciones y las tendencias que han impuesto su gradual adaptación a nuevas circunstancias. Conviene concretar que, en esta parte, el análisis se refiere exclusivamente a los textos legislativos y reglamentarios, así como a los principios que presidieron su elaboración, sin entrar en los aspectos de su aplicación práctica. De ahí que las agrupaciones propuestas en el Capítulo 3 sean independientes del nivel económico y de la etapa de desarrollo de los diversos países. Un ejemplo es el de los países de América Latina que, en muchos casos, poseen legislaciones muy completas, inspiradas en los modelos español y portugués, pero en los que el grado de desarrollo económico es muy desigual. En consecuencia, en los países relativamente menos desarrollados, la aplicación de las leyes se retarda o es imperfecta, y son muchas las disposiciones que, por obstáculos políticos y económicos, no pasan de ser letra muerta. La primera parte de este trabajo se limita, pues, al examen general de la legislación, independientemente de que se aplique o no.

En la segunda parte se analiza el funcionamiento real de algunos sistemas (Capítulo 4). No se ha tratado de escrutar minuciosamente el sistema de administración de hospitales de todos los países que contestaron al cuestionario. Se ha creído preferible seleccionar trece de los países que muestran las mayores diferencias. En la selección se han tenido en cuenta el desarrollo económico y el grado de centralización, por su influencia decisiva en la aplicación de textos legislativos en los que a veces destaca mucho el aspecto teórico. Este tipo de análisis obliga en algunos casos a desviarse del cuestionario, a prescindir de algunas de sus secciones y a tratar puntos que, aunque no se incluyeron en él, han sido objeto de información fidedigna de otras fuentes. Entre estos trece países, se analizan detenidamente — a título de ejemplos y para ampliar el alcance de la encuesta — cuatro que no participaron en el estudio inicial: los Estados Unidos, el Irán, Togo y la Unión Soviética. El criterio para la selección de los trece países se expone más adelante.¹

Véase la pág. 79.

En la tercera parte (Capítulo 5) se intenta definir la dirección hacia la que convergen los diversos sistemas de hospitales como resultado del progreso técnico y del desarrollo económico. Sin pretender presentar un modelo ideal, esa tercera y última parte invita al lector a reflexionar sobre las reformas legislativas y administrativas que son indispensables para asegurar a los sistemas de hospitales una mayor eficacia.

El cuestionario, que tiene seis secciones, se reproduce en el Anexo. Cada sección va seguida de uno o varios cuadros en los que se resumen las respuestas recibidas.

EL CUESTIONARIO

El cuestionario fue remitido por las oficinas regionales de la OMS a aquellos países que, según la información disponible, poseían una organización de hospitales, cualquiera que fuese esa organización desde el punto de vista administrativo. La preparación de todo cuestionario internacional tropieza con obstáculos, en parte por las diferencias que existen en los sistemas de organización de los servicios y, también en parte, por lo difícil que es redactar las preguntas sin ambigüedad, y de forma que puedan ser igualmente comprendidas por los administradores que hayan de responder a ellas. Hay nociones — como las de propiedad, personalidad jurídica, control, patronato, facultad de decidir y de ejecutar — que, si bien nos parecen claras, pueden tener un contenido distinto en países con un sistema diferente de legislación administrativa. Se pueden citar tres ejemplos. Tradicionalmente, el Derecho islámico no reconoce la persona social, por lo que no es posible que una agrupación de individuos posea y administre — por medio de una junta o consejo — un hospital y los bienes con él relacionados. En los países influidos por esa concepción jurídica, un hospital puede ser propiedad de un individuo, en cuyo caso entra en la definición de establecimiento privado, o puede pertenecer a un « ser abstracto », cuyos bienes, procedentes de donaciones, se administran con fines filantrópicos. En Derecho islámico antiguo, ese ser abstracto era la colectividad de los enfermos que utilizaban el hospital. Hoy día, el Estado reemplaza por supuesto al ser abstracto, y a ello se debe el que la nacionalización de los hospitales y de sus bienes de manos muertas, procedentes de los fundadores, no haya tropezado con dificultades jurídicas. El segundo ejemplo es la desaparición del sector privado, como propietario de instituciones con una función social, en los países socialistas. En la URSS, la Cruz Roja, organización benéfica cuyo personal no percibe una remuneración ajustada a los sueldos nacionales, no puede administrar instituciones sanitarias. El tercer ejemplo lo encontramos en la distinción entre la facultad de decidir y la de controlar. Un grupo de países tiene consejos

comisiones o juntas de hospitales, con personalidad jurídica y, en consecuencia, con la facultad de adoptar decisiones. Tal ocurre en general en los países cuya legislación se inspira en el Derecho romano. Ahora bien, para que los acuerdos que adopten esas comisiones tengan carácter ejecutivo se han de ajustar a las leyes y reglamentos vigentes y han de ser de manifiesto interés para la institución y la colectividad servidas. Por lo tanto, tiene que haber una autoridad fiscalizadora, distinta y jerárquicamente superior a la que adopte las decisiones, que compruebe la concurrencia de esos requisitos y autorice la ejecución de dichos acuerdos, que permanecen en suspenso mientras esa autorización no se recibe. Sin embargo, son muchos los países en que no existe esta distinción, y un mismo órgano administrativo examina las recomendaciones de los distintos hospitales, adopta decisiones y dispone su ejecución. Es, por lo tanto, una misma autoridad la que adopta un criterio y ordena que se ponga en práctica.

Por último, otra dificultad — muy ligada a la anterior — consiste en las distintas acepciones de la palabra « administración ». En la lengua inglesa — y, en consecuencia, en los países de influencia británica — la « administración » tiene un sentido muy amplio y, hasta cierto punto, engloba los conceptos de legislación y dirección. En el mundo anglosajón es corriente que se consideren de naturaleza administrativa las medidas de orden legislativo. De la misma manera, a un director de hospital se le puede dar el título de « administrador de hospital ». En los países latinos y en los que en mayor o menor grado adoptaron el Derecho Romano, « legislación », « administración » y « dirección » son tres conceptos distintos. La legislación es el conjunto de textos legales votados por el Parlamento, y de las disposiciones de carácter reglamentario adoptadas por el Gobierno para la aplicación de esas leyes. La administración es el arte de aplicar dichos textos legislativos y reglamentarios a las diversas situaciones concretas, y la dirección es la gestión cotidiana de cada establecimiento. En los sistemas hospitalarios de estos países, la administración está a cargo de las autoridades públicas, que adoptan decisiones y dan instrucciones, por circulares o cartas, a comisiones administrativas compuestas por administradores de hospitales en el plano local. La dirección es el mecanismo por el que las normas establecidas por la administración para aplicar la legislación se ejecutan con el fin de resolver problemas tales como la preparación del presupuesto y de las plantillas de personal. La intendencia se confía a gestores especiales. Dada esta diversidad de acepciones, una misma pregunta puede ser interpretada de distintas maneras según la formación que hayan recibido los administradores.

Para evitar en lo posible esas dificultades, se redactó el cuestionario en forma que es a la vez sencilla y explícita. Con el propósito de simplificar

la labor de los administradores que hubieran de responder al cuestionario, muchas preguntas se formularon de manera que pudieran contestarse con un sí o un no. Esto facilitaría también la tabulación de las respuestas por países y por tipos de actividad.

Se dividió el cuestionario, que se reproduce en el Anexo, en seis secciones principales:

1. Existencia y carácter de la legislación de hospitales vigente.
2. Características de la administración en los distintos hospitales.
3. Situación administrativa del personal de hospitales.
4. Tipo y modalidades del sistema de financiación.
5. Carácter de las relaciones del hospital con los demás servicios sanitarios.
6. Existencia y carácter de los mecanismos y organismos de planificación regional y nacional del sistema de hospitales.

No cabía esperar que este cuestionario coincidiese exactamente con las disposiciones legislativas vigentes en los distintos países. En algunos de ellos la legislación de hospitales es amplia y detallada. En otros, es más restringida. Además en muchos casos las respuestas se tendrían que fundar en textos legislativos preparados por distintos departamentos ministeriales.

En realidad no han sido tantos como se temía los casos de respuestas incompletas a los formularios, debido a que en la mayoría de los países que aceptaron participar en la encuesta, existe una dirección de hospitales, a nivel ministerial, que tiene la misión de orientar y fiscalizar los establecimientos y que, naturalmente, conoce las disposiciones reglamentarias emanadas de los distintos ministerios relacionados con el sistema de hospitales. Esto es especialmente importante en materia de financiación, cuando existe un sistema de seguro social que contribuye a sufragar los gastos hospitalarios. También hay que tener en cuenta que los hospitales aplican diariamente textos emanados de organismos con los que no tienen una relación de dependencia directa. De todas formas se puede afirmar que en la mayor parte de los países hay funcionarios que conocen los diferentes aspectos de la organización de hospitales y que, por lo tanto, pueden responder perfectamente a las preguntas.

Sin embargo, hubo errores y puntos no comprendidos, y ha sido necesario pedir mayor información sobre respuestas de dudosa exactitud. A pesar de la imprecisión en algunos aspectos, es de esperar que las líneas esenciales del cuadro trazado sean lo bastante claras para dar una idea general.

Sección 1. Existencia y carácter de la legislación de hospitales

Los textos legislativos aplicables a los hospitales pueden ser de distinta naturaleza, y para el análisis de las respuestas al cuestionario se adoptó una clasificación fundada en las siguientes consideraciones:

a) Hay casos en que los hospitales se rigen por una ley especial, propuesta por un ministerio, votada por el parlamento y publicada en el diario oficial correspondiente, con el refrendo de uno o varios ministros responsables de su aplicación. Esa ley sienta principios generales, y las modalidades de su aplicación se establecen en disposiciones ministeriales o interministeriales. Además, las autoridades administrativas centrales, regionales y locales, según proceda, pueden publicar disposiciones relativas a casos concretos. Según un principio generalmente admitido, una ley no puede modificarse sino por otra ley, lo que supone una nueva presentación al parlamento, a menos que se produzca un estado de excepción y el gobierno legisle por decreto-ley o de cualquier otra forma. Un decreto puede ser modificado por otro decreto del ministro o los ministros que lo hayan firmado. E igual ocurre con las disposiciones adoptadas por las autoridades regionales o locales. El tribunal supremo o el consejo de estado examina si las leyes, reglamentos, decretos y demás disposiciones se atienen a la constitución y son compatibles con los otros textos vigentes.¹

En el cuestionario se pide que se indique: la fecha de promulgación de la ley de hospitales, las fechas de los principales decretos ministeriales, el ministro o los ministros que presentaron el proyecto de ley al parlamento, y, por último, el ministro o los ministros encargados de su aplicación. No es raro que la ley de hospitales sea interministerial, por depender estas instituciones de distintos ministerios (Sanidad, Trabajo, Seguridad Social, Interior, Educación, Agricultura, Defensa, etc.), pero, en la mayoría de los casos, la aplicación de la ley interministerial se confía a un solo ministerio.

b) En algunos países no hay una ley especial de hospitales, y las disposiciones legislativas pertinentes aparecen como capítulos o artículos de una ley más general concerniente a la salud pública. Es ésta una materia tan compleja que, a medida que se multiplican los textos relativos a sus distintos sectores, se siente cada vez más la necesidad de un código. El código de salud pública puede ser una síntesis de textos procedentes de distintos departamentos ministeriales, pero en general se publica bajo el nombre de un solo ministerio: el que tiene a su cargo los organismos de salud pública.

¹ En algunos países, como la Gran Bretaña, Israel y Nueva Zelandia, las disposiciones constitucionales no están compiladas en un documento que recibe oficialmente el título de « constitución ».

c) En otros países, los hospitales no se rigen por una ley o por un código votados por el parlamento, sino por disposiciones del ministerio competente. Así suele ocurrir en los países donde los hospitales no dependen de las autoridades locales y donde los miembros del parlamento apenas se ocupan de dichas instituciones. El parlamento confía, pues, al gobierno la responsabilidad de legislar en materia de sanidad y de regir los hospitales como un servicio público.

d) Por último, ciertos países no han sentido la necesidad de elaborar preceptos generales y se contentan con resolver los asuntos por carta, por órdenes o por circulares, es decir, por textos que no pueden calificarse de legislativos. Se pueden dar dos casos: 1) que los hospitales de esos países sean independientes, y en consecuencia se rijan por sí mismos, o estén bajo la dirección de autoridades locales que disfruten de gran autonomía; y 2) que estén directamente regidos por el gobierno central y no tengan la posibilidad de recurrir contra las decisiones que crean arbitrarias. En este caso, no se considera necesario un código ni un procedimiento de apelación, y las relaciones entre el ministerio y cada hospital son directas, jerárquicas, de autoridad suprema a organismo subordinado.

Era de temer que los países sin legislación hospitalaria no respondieran al cuestionario. Sin embargo, las relaciones entre el ministerio competente y los hospitales se fundan en una tradición que, por lo arraigada, permite responder a las demás secciones del cuestionario. Esta situación no se limita, como podría creerse, a los países en desarrollo, donde los hospitales han conservado unas normas tradicionales sencillas. Existe también en ciertos países desarrollados donde, por razones históricas, su adelantado sistema nosocomial es tan complejo, que no se ha podido llegar a un acuerdo para aprobar una ley general. De ahí que la administración contemporánea siga en esos países un régimen respetuoso con las libertades locales tradicionales, preferido por la mayoría a una reglamentación que inevitablemente sería perjudicial para algunos. De todos modos, este último caso constituye una situación anacrónica que tiende a desaparecer, y varios de los países donde subsiste han anunciado que preparan una ley de hospitales.

Sección 2. Características de la administración en los distintos hospitales

Empleamos aquí la palabra « establecimiento » para referirnos, bien sea a un hospital con autonomía administrativa, a un hospital administrado independientemente por la autoridad local o a un conjunto de hospitales vinculados y coordinados en un sistema más o menos vasto. La presente sección se divide en dos apartados, uno relativo a la comisión o junta de hospitales y otro a la dirección del establecimiento.

a) *Las comisiones de hospitales*

Salvo los hospitales pertenecientes a un médico o a una empresa que los administran para obtener un beneficio, la mayoría de los hospitales, sean públicos o privados de carácter filantrópico, dependen de una comisión, consejo o junta ante la que el director responde directamente de su gestión.

Esa comisión puede haberse creado especialmente con el fin de organizar y administrar el establecimiento. Muy a menudo, la comisión tiene personalidad jurídica — como una corporación — y es propietaria de los bienes del hospital, pero, en otros casos, tiene exclusivamente carácter consultivo y no disfruta de personalidad corporativa. Puede ser local y de la misma naturaleza que el concejo de la colectividad donde esté el hospital. Puede incluso ser ese mismo concejo local, o una subcomisión suya. Pero también puede ser independiente del concejo, aunque en parte se componga de representantes elegidos por la colectividad, entre ellos el propio alcalde.

La comisión puede ocupar un plano superior al municipal y tener jurisdicción sobre un distrito de 60 000 a 100 000 habitantes (llamado condado, en Suecia, o comuna, en Yugoslavia). En tal caso, puede regir varios establecimientos. También puede ser regional y administrar una red de establecimientos que presten servicio a un total aproximado de dos millones de habitantes (región británica, provincia italiana, *land* alemán, oblasto soviético).

Por último, en lugar de la comisión pueden existir servicios administrativos, — locales, regionales o nacionales — que tengan directamente a su cargo el sistema de hospitales. En este caso, la administración de cada hospital se reduce a la gestión diaria, y todos los trabajos administrativos de carácter general y de planificación — incluida la preparación del presupuesto — corresponden a la administración pública.

Huelga decir que la composición de la comisión depende de cuál sea su carácter y varía considerablemente. Las comisiones pueden ser ejecutivas o consultivas. Una comisión o junta consultiva estudia los problemas que se le someten y formula recomendaciones; la administración pública las examina y, si lo considera oportuno, las pone en ejecución. Una comisión o junta ejecutiva puede aplicar sus propias decisiones. Pero esta distinción no siempre resulta clara, ya que hay casos en que las decisiones de una comisión ejecutiva no se pueden poner en práctica mientras no reciban la aprobación de las autoridades tutelares.

Sería lógico, dado el sistema, que las comisiones o juntas locales con personalidad jurídica fuesen ejecutivas, y que las comisiones regionales y nacionales (cuya función es sobre todo coordinadora) fuesen consul-

tivas. Las facultades de decisión y de fiscalización se ejercen conjuntamente cuando no existen comisiones de hospitales, o cuando esas comisiones son únicamente consultivas. En tal caso la autoridad central adopta las decisiones y, en cierto modo, se fiscaliza a sí misma. La separación de facultades se da cuando las comisiones locales o regionales son ejecutivas y poseen personalidad jurídica. En este caso, la autoridad central se limita a fiscalizar. En consecuencia, no suele tener muchos medios de inducir a una comisión a que emprenda un proyecto que, estimándose necesario en el plano central, sea difícil realizar a nivel local. En cambio, la autoridad central tiene derecho a prohibir a una comisión que ejecute un proyecto que no se ajuste a la legislación o al plan. Esto plantea el problema de la iniciativa.

b) La dirección

Cualquiera que sea el sistema adoptado, la gestión diaria requiere en todos los casos que cada establecimiento tenga un director y, si el establecimiento está integrado por varios hospitales, ha de haber un director de todo el grupo situado jerárquicamente por encima de los directores de los distintos hospitales. La dirección tiene a su cargo la fiscalización permanente del equipo y de las actividades, y ha de asegurar la aplicación de las decisiones aprobadas por las autoridades, preparar los informes periódicos que se les deban remitir (junto con las propuestas oportunas), calcular el presupuesto y ocuparse de las cuestiones de personal, de las compras, de los gastos y de los ingresos. La dirección puede revestir varias formas. Puede confiarse a un administrador no médico, o a un médico que ejerza o no funciones clínicas. Puede ser compartida por los jefes de los principales departamentos del hospital. La facultad de nombrar director puede corresponder a diversas autoridades, locales, regionales o nacionales. Por último, las funciones de director del sistema de hospitales y de director del servicio de sanidad pueden ser complementarias y estar coordinadas e incluso las puede asumir un mismo funcionario.

Sección 3. Situación administrativa del personal de hospitales

El cuestionario se refiere solamente al personal médico y de enfermería y a los funcionarios administrativos. El personal subalterno, carente de una preparación especial, no suele plantear problemas de legislación. En cuanto al personal técnico, como los ayudantes de laboratorio, auxiliares de radiología, fisioterapeutas, etc., su situación varía mucho según los países, y a menudo ni siquiera se ha plasmado en textos legislativos.

a) Los médicos de hospital pueden ser nombrados por las autoridades centrales sin necesidad de exámenes oficiales, oposiciones ni

concursos de méritos. En los casos en que los nombramientos se basan únicamente en los títulos académicos obtenidos en una universidad o escuela de medicina, las autoridades sanitarias no ejercen una función técnica en la selección. Pero hay casos en que las autoridades sanitarias organizan concursos especiales en los que pueden participar los aspirantes cuyos títulos universitarios se estimen de nivel suficiente. Entonces, las autoridades sanitarias tienen que evaluar por sí mismas los conocimientos y la competencia de los médicos que aspiran a un puesto en el hospital.

La contratación de médicos en los hospitales universitarios plantea otros problemas que no se abordaron en el cuestionario. Algunos de esos hospitales pertenecen a la universidad, y en tal caso los médicos son elegidos entre los profesores o ayudantes, pero hay también hospitales clínicos que dependen de las autoridades sanitarias, y entonces se conciertan acuerdos entre esas autoridades y la universidad. Los médicos pertenecen, por lo tanto, al hospital clínico y a la universidad.

b) El personal de enfermería y el administrativo puede ser nombrado por la dirección del hospital, con o sin aprobación de las autoridades locales. Pero también puede ocurrir que la dirección se limite a proponer el nombramiento y que sea la autoridad sanitaria superior la que tenga que decidir. Otras veces, en fin, este personal se considera como perteneciente al escalafón general de funcionarios del Estado o del municipio dependiendo entonces su nombramiento de un organismo especial de la administración pública, y no de las autoridades sanitarias propiamente dichas. Esto plantea un problema de organización política y administrativa. En efecto, se pueden dar casos en que los nombramientos se hagan por razones políticas, más bien que por los méritos de los aspirantes. Con el fin de limitar tales abusos, las autoridades centrales asumen las funciones relativas al nombramiento de personal — en lugar de dejarlas a cargo de las autoridades locales — y en la selección se tiene en cuenta únicamente la capacidad técnica. Hay países donde incluso el nombramiento de personal subalterno no especializado está a cargo de las autoridades centrales.

Al final de esta sección del cuestionario se plantean dos puntos de gran importancia. El primero se refiere a la posibilidad de que los médicos de hospital admitan y atiendan en el establecimiento a enfermos particulares y reciban de ellos honorarios, con o sin control de la administración. Este sistema permite incorporar al hospital médicos que no estarían dispuestos a percibir solamente el sueldo normal, siempre inferior a los ingresos que pueden obtener como médicos particulares. El segundo punto se refiere a la posibilidad de que los médicos que no pertenecen al personal de un hospital ingresen en ese hospital a sus clientes y los atiendan allí con la colaboración de los médicos del establecimiento, percibiendo honorarios por su trabajo.

Sección 4. Tipo y modalidades de financiación de los hospitales

La financiación de hospitales puede plantear problemas muy complejos, dadas las sumas necesarias para su construcción, equipo y funcionamiento. La financiación del sistema de hospitales de un país puede representar hasta el 3% del producto nacional bruto. Tal magnitud rebasa en mucho la del presupuesto total del ministerio de sanidad de la mayoría de los países, con la excepción de las naciones socialistas. Otros países en que los servicios de hospital están nacionalizados han incluido en el presupuesto del ministerio de sanidad los gastos ordinarios y de capital destinados a la asistencia médica y hospitalaria. Sin embargo, esto plantea en algunos casos difíciles problemas, porque el coste de la asistencia médica aumenta a un ritmo muy superior al del crecimiento del producto nacional bruto. Por ello, para la financiación de los hospitales se ha de recurrir forzosamente a fuentes extraoficiales, que, unidas a las aportaciones de las autoridades centrales y locales, permitan disponer de las sumas necesarias. A las colectividades locales les resulta arduo sostener financieramente las instituciones sanitarias que necesitan. Además, no cabe esperar que los hospitales regionales estén financiados principalmente por el municipio de la ciudad donde hayan sido construidos, ya que sus servicios se extienden a una zona mucho mayor. Este problema se ha resuelto en algunos casos federando varias circunscripciones municipales. Es natural que, en tales circunstancias, la financiación de organismos públicos con fondos no gubernamentales sea objeto de una reglamentación minuciosa para garantizar la fiscalización estricta de ingresos y gastos. Hay otros sectores públicos que reciben fondos no gubernamentales, como los transportes, el servicio de correos y la instrucción pública. Pero en esos sectores la implantación de tarifas y la percepción de ingresos distan mucho de presentar la misma complejidad que en materia de hospitales, donde los servicios estrictamente médicos se mezclan en forma inextricable con problemas de inversión de capital y de alojamiento de pacientes.

Puesto que, en determinados países, los hospitales reciben ingresos, cabe pensar en dos posibilidades extremas:

a) que cada hospital perciba unos ingresos calculados para cubrir todos los gastos, con lo que el establecimiento queda en la situación de una entidad comercial financieramente autónoma que no tenga ganancias ni pérdidas;

b) que las autoridades públicas perciban los ingresos para cubrir todos los gastos del presupuesto hospitalario y cubran, mediante subsidios, cualquier déficit que se produzca.

Pero entre estas dos posibilidades caben muchas intermedias. Además, aumenta la tendencia a que los sistemas de seguridad social intervengan

en la financiación de la atención hospitalaria. La seguridad social, desde este punto de vista, es un sistema de reparto equitativo de los gastos médicos entre los afiliados y quienes de ellos dependen, y su presupuesto se nutre de las cotizaciones con cargo a los salarios y a los beneficios de los empleadores. La seguridad social puede ser privada, paragubernamental o gubernamental. En todos los casos, su intervención es cada vez más importante a medida que, al avanzar la industrialización, se multiplica el número de asalariados y aumentan tanto los salarios individuales como su volumen total.

Los ingresos de los hospitales, reclamados y percibidos durante el año económico, provienen de servicios para los que se ha establecido previamente una tarifa. La preparación de las estimaciones presupuestarias es, pues, una operación importantísima encaminada a garantizar el equilibrio financiero del hospital durante el año que sigue a la aprobación de un presupuesto. Por consiguiente, el cuestionario cubre una serie de puntos que pueden agruparse así:

- 1) El hospital público ¿es financieramente autónomo, o percibe de fuente oficial la totalidad o una parte de su presupuesto?
- 2) ¿Qué procedimiento se sigue en las estimaciones presupuestarias?
- 3) ¿Qué organismo examina y aprueba el presupuesto?
- 4) ¿Cuáles son las fuentes de ingresos?
- 5) ¿Quién fiscaliza los ingresos y los gastos?
- 6) ¿Cuál es la unidad presupuestaria adoptada, y qué procedimiento se sigue para el cobro de las sumas adeudadas por los organismos que han de efectuar pagos?

Sea cual fuere el sistema adoptado, los establecimientos hospitalarios tienen un presupuesto. Este puede constar de dos partes: el presupuesto de trabajo y el de equipo. El primero cubre los gastos ordinarios referentes al alojamiento de los enfermos (alimentación, ropas, calefacción, aseo, etc.), los sueldos del personal y los gastos médicos (medicamentos, intervenciones quirúrgicas, exámenes biológicos y de laboratorio, etc.). El presupuesto de equipo comprende los gastos ocasionales, extraordinarios, como el costo de construcción de un nuevo edificio o la compra de un aparato de rayos X. Entre estos dos grupos de gastos se sitúan otros más corrientes, aunque de carácter irregular, referentes a trabajos importantes (sustitución de una caldera, por ejemplo). Según los casos, estos gastos de inversión, distintos de los de construcción, se incluyen en el presupuesto ordinario de trabajo o son objeto de financiación especial en la que pueden participar los diversos organismos contribuyentes, en proporciones distintas de la del presupuesto de trabajo. Dichos gastos pueden agruparse con los de equipo pesado. El cuestio-

nario pregunta si los presupuestos de trabajo y de equipo se financian por los mismos organismos, y de qué modo.

Por último, son hoy muchos los casos en que se prevé la sustitución del equipo pesado y costoso, y de los edificios, al cabo de un periodo denominado de amortización. Con tal fin se divide la suma necesaria para la sustitución por el número de años de amortización y se introduce la partida correspondiente en el presupuesto anual. Este sistema puede tener variantes, según que los presupuestos provengan o no del Estado. Por último, cuando los hospitales tienen personalidad jurídica y autonomía financiera, pueden estar autorizados para solicitar préstamos de ciertos organismos crediticios, bancarios o estatales, ya sean privados o públicos, con el fin de financiar las operaciones relativas al equipo pesado, amortizables en varios años. En ese caso, los préstamos se han de reembolsar por anualidades, y estas sumas, como el pago de intereses, se incorporan al presupuesto de trabajo. En consecuencia, en este último puede haber, en una forma u otra, una porción importante de gastos de equipo. Este punto puede suscitar dificultades, por ejemplo, con las Cajas de Seguros Sociales, que participan en la financiación de los gastos de explotación y a las que se pide que sufragen también una parte de los gastos de equipo, de los que cierta proporción pesa ya sobre el precio por jornada, lo que representa para dichas Cajas un doble gravamen.

Seccion 5. Carácter de las relaciones del hospital con los demás servicios de sanidad

Por el desarrollo que han adquirido los programas de prevención y de medicina social, el radio de las actividades sanitarias va mucho más allá del cuidado de los pacientes, y se extiende a toda la población para fomentar la salud del país. En esencia, se han aplicado dos sistemas: el sistema unitarista, que integra todas las actividades curativas y preventivas en un servicio general de sanidad. En tal caso, el hospital desaparece como entidad separada y se convierte en una rama del servicio sanitario. Sin embargo, su importancia, lejos de disminuir, suele aumentar en la esfera técnica. Esta solución unitaria es característica de los países socialistas, pero no se ha llevado hasta la integración total, ya que algunos programas (como la lucha antituberculosa, la higiene maternoinfantil, las enfermedades mentales, el diagnóstico temprano del cáncer y la lucha antivénebra) conservan cierta autonomía, aunque utilizan los servicios de la red de hospitales. Además, la vigilancia epidemiológica de las poblaciones y la higiene del medio constituyen en esos países un sistema especial, y en gran parte independiente, para asegurar su eficacia y su facultad de control sobre las instituciones locales; ese es el sistema al que se da el nombre de sanepid.

El sistema dualista ha prevalecido desde hace varios decenios en los países donde los hospitales han conservado casi exclusivamente su función curativa. En esos países ha surgido una red de instituciones médicosociales independiente de la red de hospitales. Sin embargo, se ha visto, cada vez con mayor claridad, que los hospitales y los médicos generales practican, en creciente escala, la prevención denominada secundaria, que utiliza los procedimientos de diagnóstico temprano de dolencias que el propio paciente ignora, pero que existen y están en evolución. En efecto, son frecuentes los casos en que al asistir a una persona en una enfermedad para la que solicita tratamiento se le descubre otra ignorada hasta entonces. Así ocurre especialmente en relación con la tuberculosis, el cáncer, las enfermedades del embarazo y las enfermedades de la infancia. En la práctica, los hospitales de los países desarrollados tienen hoy una importante participación en los programas de medicina preventiva.

En el cuestionario se pregunta, en consecuencia, si la actividad preventiva de los centros hospitalarios se ha reflejado en la legislación y si existe una reglamentación precisa de la función y la participación de los hospitales en los diversos aspectos de la medicina social. Es frecuente que quienes padecen tuberculosis, enfermedades mentales, lepra e incluso cáncer, sean atendidos en hospitales especializados no pertenecientes al sistema de hospitales generales. Ahora bien: los progresos de la medicina permiten que sea cada vez mayor el número de estos enfermos que reciben tratamiento ambulatorio, y que se haya reducido mucho el promedio de la hospitalización. Al ser esto así, el funcionamiento de los hospitales especializados es ya más parecido al de los hospitales generales, y resulta lógico que su gestión se confíe al sistema hospitalario general. Esta tendencia entraña consecuencias financieras y administrativas importantes, que pueden ser objeto de disposiciones legislativas y reglamentarias.

Sección 6. Existencia y carácter de los mecanismos y organismos de planificación regional y nacional del sistema de hospitales

La organización hospitalaria es hoy muy compleja y se extiende mucho más allá de los límites de cada institución. Tanto si el concepto de regionalización se refleja en los reglamentos como si no, y cualesquiera sean los obstáculos con que se tropiece para aplicarlo íntegramente, el hecho es que los servicios especializados de los grandes hospitales (que en su mayoría participan en la enseñanza de la medicina) se extienden a vastas zonas territoriales. Su influencia regional penetra en las zonas propias de los hospitales menos importantes, que no ofrecen los mismos servicios. Por lo tanto, las autoridades sanitarias han de examinar los planes de equipo de esos servicios de influencia regional, y han de evitar

la duplicación con los proyectos de hospitales menos importantes. Para el ejercicio de esa función coordinadora, las autoridades necesitan una legislación y unos instrumentos administrativos adecuados, y conviene que los organismos especializados en la investigación y en la planificación asesoren sobre los proyectos a largo plazo y los elementos del plan sanitario. Ello es tanto más indispensable cuanto que la administración de hospitales suele ejercerse todavía en el plano local y la iniciativa de los proyectos de equipo pertenece en gran parte a las autoridades locales en muchos países. En consecuencia, son muchas las probabilidades de que las peticiones de creación de nuevos servicios y de modificaciones importantes en las funciones de los existentes lleguen desordenadamente a las autoridades centrales.

Si no existe un mecanismo para el análisis de proyectos y para una coordinación que permita elaborar un plan, y si no hay un medio de fiscalizar la ejecución de las actividades, el programa de sanidad no pasará de ser una simple lista de peticiones presentadas por las autoridades locales y, en realidad, no podrá calificarse de plan. Sin embargo, este capítulo del cuestionario abarca dos partes distintas, aunque complementarias. La primera se refiere a los organismos planificadores, en cuanto a su función de establecer principios generales: la planificación debe ser a largo plazo y sin una limitación temporal precisa. Por ejemplo, el organismo planificador puede decidir que cada centro hospitalario regional tenga un servicio especializado de traumatología. Pero esa decisión, que se ha de aplicar en todo el territorio, puede encontrar obstáculos en varias regiones por falta de especialistas, por la necesidad de construir nuevos edificios o por cualquier otro motivo. En consecuencia, se necesitarán varios años para que la decisión se ponga en práctica en todas las regiones, periodo en que se irá acentuando la urgencia de hacerla efectiva. La segunda parte es de orden práctico y se refiere a los programas a plazo fijo para los que se han señalado fechas de financiación y ejecución. Se trata de operaciones de construcción propiamente dichas, desde la elaboración del programa de cada proyecto hasta la recepción de las obras, pasando por todos los trámites de examen de los anteproyectos, de elaboración de los planos de edificación y de instalación del equipo fijo.

La preparación y publicación de los patrones o normas de construcción y de equipo ocupan un lugar intermedio entre esas dos partes. Las normas son válidas por tiempo indefinido, si bien se revisan a medida que evoluciona la técnica, pero son aplicables a proyectos concretos.

En la sección 6, las dos partes se mezclan un poco. Pero al examinar las respuestas, fue necesario establecer una clara separación entre ellas. La sección contiene, pues, preguntas sobre los puntos siguientes: orga-

nismos encargados de la planificación de construcciones y de la arquitectura; reglamentación de las normas y condiciones de aceptación; naturaleza de los organismos encargados de la construcción y de la inspección de las obras y de las contrataciones con las empresas; financiación de la construcción de los hospitales; y planificación teórica a largo plazo del sistema de hospitales.

Tabulación de las respuestas

Con el fin de preparar un documento de fácil manejo, que sirva para un estudio comparativo y que no sea solamente analítico, se han elaborado unos cuadros (véase el Anexo) en que las respuestas aparecen en forma positiva (+) o negativa (—). Cuando la pregunta queda sin respuesta porque el país carece de reglamentación sobre ese punto, la casilla correspondiente queda en blanco. Las notas al pie de cada cuadro concretan muchos puntos, por ejemplo cuando la respuesta es positiva para determinada categoría de establecimientos y negativa para otros, o bien cuando la legislación no se aplica en todas partes, porque la administración es de carácter federal.

Pero resulta que en muchos casos es imposible distinguir entre las medidas que emanan de leyes o reglamentos y las que derivan de los usos seguidos por las autoridades sanitarias. Prescindir de todo lo que no está plasmado en disposiciones reglamentarias, en el sentido estricto de esta expresión, hubiera sido desconocer mecanismos que, de hecho, tienen tanta fuerza como un reglamento o una ley. Además, muchos de esos usos son actualmente objeto de estudios de los que saldrá probablemente una reglamentación. Si se hubiese prescindido de tales usos, el trabajo que presentamos hoy hubiera quedado anticuado mañana, ya que la situación cambia a medida que van adquiriendo la forma de reglamentos oficiales, de aplicación general, las prácticas basadas en la tradición y la costumbre.

Las respuestas a la sección 1 se recogen en los cuadros 1 a 5.

El cuadro 1 se refiere a los países que tienen una legislación especial de hospitales.

El cuadro 2 presenta los países que no poseen una legislación especial de hospitales, pero han incorporado las disposiciones que a ellos se refieren a una ley fundamental o a una ordenanza sobre la salud pública en general.

En el cuadro 3 se enumeran los países en que el gobierno central dicta disposiciones reglamentarias de carácter obligatorio. El ministerio posee de hecho una delegación de poderes para reglamentar el sistema de hospitales.

El cuadro 4 indica los países que carecen de una legislación o reglamentación de hospitales.

El cuadro 5 expone los principios de la administración de hospitales reflejados en la legislación. Las tres primeras columnas indican la autoridad que ejerce la facultad de decisión e inspección, que puede ser central, regional o local. El nivel en que se encuentra el organismo encargado de la decisión y la inspección no siempre coincide con el de la comisión de hospitales. Cuando esta última tiene facultades ejecutivas y, *a fortiori*, cuando es solamente consultiva, la alta dirección puede corresponder a un organismo más centralizado que actúe como coordinador de varias comisiones locales.

Los cuadros 6 a 9 corresponden a la sección 2 del cuestionario.

El cuadro 6 comprende los países cuyos hospitales están regidos por comisiones locales o regionales, excluyendo por tanto a los que no poseen ninguna comisión o sólo tienen una a nivel nacional. Son, por definición, países donde la administración nosocomial no está centralizada. Se reserva una columna a problema de la propiedad del hospital; en ella se indica si la comisión o junta actúa o no como propietaria de los terrenos y de los bienes muebles e inmuebles que integran el establecimiento.

El cuadro 7 se refiere a la composición de la comisión de hospitales, cuya función y atribuciones se indican en el cuadro 6. Los miembros de la comisión pueden ser designados por las autoridades competentes, bien sea en el plano local (municipio), regional, provincial o nacional. La designación puede hacerse como resultado de unas elecciones directas o — caso que es prácticamente idéntico — una asamblea electiva — local, regional o nacional — puede ser la encargada de designar a las personas que hayan de asistir a las sesiones de la comisión de hospitales. Otra columna se refiere más concretamente a la posibilidad de que los médicos sean miembros de la comisión. Por último, hay una columna para los miembros que no queden comprendidos en ninguna de las categorías anteriores, como ocurre en el caso de los representantes de los seguros sociales, de la universidad, del personal de los hospitales, de las asociaciones benéficas — por ejemplo, la Cruz Roja — o de organizaciones religiosas, etc.

En el cuadro 8 se indica la autoridad que ejerce el control de las decisiones y recomendaciones de la comisión. Se divide en dos partes, 8a y 8b, la primera referente a las comisiones ejecutivas y la segunda a las consultivas. A su vez, cada uno de los cuadros 8a y 8b se subdivide en tres partes, según que el control esté a cargo de las autoridades de sanidad, de otras autoridades de la administración pública o de aquéllas y éstas conjuntamente, es decir, de determinadas autoridades de la administración pública, en consulta con las autoridades sanitarias.

El cuadro 9 se refiere a las calificaciones y forma de nombramiento

del director del hospital. En la última columna se indica la autoridad que nombra al director del hospital.

El cuadro 10 corresponde a la sección 3, y se preparó al comprobar la posibilidad de agrupar en un mismo cuadro todas las respuestas referentes a la reglamentación del nombramiento de los médicos (que no sean los médicos directores). El cuestionario abarcaba en un principio la forma de nombramiento del personal de enfermería, enfermeros auxiliares y personal no calificado; pero, por haber sido las respuestas muy variadas y difíciles de sistematizar, esas categorías de personal no se mantuvieron en el cuadro 10. Aparecen en él las subdivisiones siguientes:

a) carácter de la autoridad que nombra los médicos de hospital (local, regional, nacional o independiente, como la propia comisión del hospital);

b) requisitos exigidos para ocupar el puesto (la selección puede basarse en un concurso en el que sólo puedan participar los aspirantes que reúnan determinadas calificaciones);

c) autoridad que efectúa los nombramientos (con frecuencia es distinta de la que expide diplomas y evalúa el mérito de los aspirantes, sistema con el que se trata de garantizar una mayor objetividad en los nombramientos).

Por último, el cuadro contiene las respuestas a dos preguntas sobre las condiciones de trabajo de los médicos: ¿tienen derecho los médicos de los hospitales a cuidar a pacientes privados y a percibir honorarios?; ¿están autorizados los médicos no pertenecientes a un hospital a utilizarlo para tratar a sus enfermos?

Los cuadros 11 y 12 corresponden a la sección 4. El cuadro 11 se refiere a:

- 1) las fuentes de financiación de los gastos de funcionamiento;
- 2) las autoridades encargadas de preparar los proyectos de presupuesto;
- 3) las autoridades encargadas de examinar y aprobar los proyectos de presupuesto y, por tanto, de autorizar a los hospitales a percibir ingresos e incurrir en gastos.

El cuadro 12 se dedica a la contabilidad de hospitales con las siguientes indicaciones:

- 1) unidad presupuestaria adoptada: costo diario, presupuesto anual o suma global por cama y por año;
- 2) elementos que integran la unidad presupuestaria;
- 3) organismos encargados del control y de la intervención de cuentas.

Al examinar las repuestas se observó que dos preguntas, relativas a los gastos de inversión de capital y a la amortización, merecían mención especial. Las dos ocupan el lugar que les corresponde en el cuadro.

El cuadro 13 está relacionado con la sección 5 y requiere pocos comentarios. Se recogen en él las diferentes categorías de servicios sanitarios que pueden organizar y prestar los hospitales, aunque no sean estrictamente servicios de hospital.

Los cuadros 14 y 15 se refieren a la sección 6. La planificación se divide en dos partes: planificación a corto plazo de proyectos determinados, principalmente la construcción y el equipo; y planificación a largo plazo del sistema de hospitales.

En el cuadro 14 se resumen las respuestas relativas a los distintos aspectos de la elaboración de proyectos, de la construcción de hospitales y de su financiación. La primera columna especifica cuál es el organismo encargado de los planes de arquitectura. La segunda columna se refiere a las normas y condiciones establecidas por la legislación para la aceptación de los planes y que, por lo tanto, han de respetar los proyectistas. La tercera columna indica el organismo que financia la construcción. Casi siempre, participan en la financiación varios organismos, que conceden subvenciones o préstamos reembolsables con cargo al presupuesto de trabajo. La cuarta columna se refiere al organismo encargado de la concesión de contratos y a los honorarios de los arquitectos.

En el cuadro 15 se clasifican las respuestas concernientes a los organismos de planificación a largo plazo. Quedan comprendidas en este cuadro: las autoridades encargadas de preparar el plan de hospitales, las que han de decidir el orden de prioridad de los proyectos y las que establecen el presupuesto correspondiente y fiscalizan la utilización de los fondos asignados anualmente.
