

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 261

**COMITE DE EXPERTOS
EN ESTADISTICA SANITARIA**

Octavo informe

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1963

COMITE DE EXPERTOS EN ESTADISTICA SANITARIA

Ginebra 27 de noviembre - 3 de diciembre de 1962

Miembros :

- Dr. M. J. Aubenque, Chef de la Division des Statistiques sanitaires et médicales, Institut national de la Statistique et des Etudes économiques, Paris, Francia
- Dr. G. F. Cerkovnyj, Jefe del Departamento de Estadísticas Médicas, Ministerio de Sanidad, Moscú, URSS (*Vicepresidente*)
- Dr. V. Dolejsi, Jefe de la Sección de Estadísticas Sanitarias, Ministerio de Sanidad, Praga, Checoslovaquia
- Dr. F. Fraser Harris, Director, Health and Welfare Division, Dominion Bureau of Statistics, Ottawa, Canadá (*Presidente*)
- Dr. Forrest E. Linder, Director, National Center for Health Statistics, Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Washington, D.C., Estados Unidos de América (*Relator*)
- Dr. Morton Kramer, Chief, Biometrics Branch, National Institute of Mental Health, Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare, Bethesda, Md, Estados Unidos de América
- Dr. H. B. Turbott, Director General of Health, Department of Health, Wellington, Nueva Zelanda

Secretaría :

- Dr. M. Cakrtova, Jefe, Organización de Servicios de Estadística Sanitaria, OMS (*Secretario*)
- Dr. H. G. Corbett, Centro de la OMS para la Clasificación de Enfermedades, General Register Office, Southport, Inglaterra (*Consultor*)
- Dr. E. L. Crosby, Director, American Hospital Association, Chicago, Estados Unidos de América (*Consultor*)
- Dr. M. A. Heasman, Medical Statistician, Ministry of Health, Jefe Interino del Centro de la OMS para la Clasificación de Enfermedades, Londres, Inglaterra (*Consultor*)
- Dr. W. P. D. Logan, Director de la División de Estadística Sanitaria, OMS
- Dr. C. C. Spicer, Chief Medical Statistician, General Register Office, Londres, Inglaterra (*Consultor*)

INDICE

	Página
ESTADISTICAS DE HOSPITAL	5
1. Examen de la labor hecha por la OMS en materia de estadísticas de hospital	5
2. Propósitos del Comité	7
3. Valor y empleos de las estadísticas de hospital	9
4. Definición del hospital	9
5. Categorías de hospitales	11
6. Estadísticas relativas al « hospital » y relativas al « paciente »	11
7. Estadísticas relativas al hospital	12
8. Estadísticas relativas al paciente	20
9. Población atendida por los hospitales	23
10. Manuales de la OMS sobre estadísticas de hospitales	23
PROGRAMA DE PUBLICACIONES ESTADISTICAS DE LA OMS	25
PREPARACION DE LA OCTAVA REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES	26
1. Primer Informe del Subcomité de la Clasificación de Enfermedades	26
2. Actividades recientes	27
3. Segunda reunión del Subcomité de la Clasificación de Enfermedades	29
4. Reuniones previstas para la revisión	29
PRINCIPIOS GENERALES DE LAS ESTADISTICAS SANITARIAS	30
Testimonio de gratitud	32
Anexo. Utilización de las estadísticas de hospital	33



COMITE DE EXPERTOS EN ESTADISTICA SANITARIA

Octavo informe

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria se reunió en Ginebra del 27 de noviembre al 3 de diciembre de 1962. El Dr. P. Dorolle, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud, abrió la reunión en nombre del Director General. El Comité eligió Presidente al Sr. F. Fraser Harris, Vicepresidente al Dr. G. F. Cerkovnyj y Relator al Dr. Forrest E. Linder.

El Comité aprobó el proyecto de orden del día, cuyo principal objeto era el estudio de la organización y mejoramiento de los programas nacionales de estadísticas de hospital y la intervención que pudiera tener la OMS para facilitar el logro de esa finalidad.

ESTADISTICAS DE HOSPITAL

1. Examen de la labor hecha por la OMS en materia de estadísticas de hospital

El Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria ha tratado en varios informes de las estadísticas de hospital; en 1949 recomendó que se estableciera un Subcomité encargado de iniciar la labor que debiera hacer el Comité en materia de estadísticas de hospital.¹

El Subcomité de Estadísticas Hospitalarias, reunido en 1950, examinó diversos problemas relacionados con la compilación e interpretación de las estadísticas de hospital, y presentó sus conclusiones al Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias que se reunió en 1950,² el cual recomendó que se hiciera un estudio detallado, entre otras cuestiones, de las siguientes: adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para su aplicación al registro de los diagnósticos de hospital; definiciones y normas empleadas en varios países para la compilación de estadísticas de hospital; morbilidad de hospitalización repetida; compilación y utilización de estadísticas en algunos hospitales especializados (psiquiá-

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1950, 5.

² *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1950, 25.

tricos, antituberculosos, obstétricos) y establecimiento de una clasificación estadística de operaciones quirúrgicas y de procedimientos de anestesia.

En 1951,¹ el Comité de Expertos examinó la utilidad del registro de diagnósticos de hospital en la investigación clínica y en la evaluación de las tasas de morbilidad de la población, y recomendó que las comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias examinaran el problema y que se las pidiera que pusieran atención especial en las siguientes cuestiones: a) medios más económicos de compilar, registrar y analizar las informaciones que se recogen por sistema en los hospitales; b) métodos de determinar la desviación cuantitativa de las estadísticas de hospital para evaluar así los niveles de morbilidad de la población; y c) identificación de las enfermedades tratadas en el hospital, en cuyas estadísticas no hay desviaciones cuantitativas.

En 1956² el Comité de Expertos reconoció la importancia creciente de las estadísticas de hospital sobre morbilidad y la necesidad de unificar en escala internacional la presentación de esos datos, y recomendó que la OMS estudiara los sistemas seguidos en distintos países y reuniera y analizara las definiciones de los términos e índices empleados como medida preliminar para proceder a un detenido estudio del asunto.

En 1958³ el Comité de Expertos, después de haber examinado una serie de términos de uso corriente en las estadísticas de hospital sobre morbilidad como, por ejemplo, admisión, primera admisión, readmisión, alta, enfermo hospitalizado, jornada de enfermo y duración de la hospitalización, llegó a la conclusión de que parecía haber un acuerdo bastante general sobre la definición de los mismos y estableció varias nociones generalmente usadas en las estadísticas de morbilidad (incidencia, prevalencia) para su aplicación a las estadísticas de hospital.

En 1960⁴ el Comité de Expertos puso una vez más de relieve la especial utilidad del registro de hospital en que se inscriben los enfermos ingresados, como fuente de información estadística sobre morbilidad, en particular cuando los datos obtenidos pueden referirse a las cifras de la población expuesta, y recomendó que se mejorara la calidad de los registros de ingreso y alta y de los métodos empleados para reunir los de datos en los hospitales con objeto de que pudieran servir para evaluar el grado de utilización de los establecimientos hospitalarios y estudiar los caracteres de la morbilidad local y nacional. El Comité, por otra parte, se refirió a los importantes progresos hechos últimamente en materia de estadísticas de hospital y a la necesidad de examinarlos desde el punto de vista internacional.

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1952, 53.

² *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, 133.

³ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1959, 164.

⁴ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, 218.

El Subcomité de la OMS para la Clasificación de Enfermedades se reunió en 1961. El primer informe de dicho Subcomité de 27 de abril de 1962 (documento de trabajo inédito WHO/HS/ICD/22 en francés y en inglés) trata de la preparación de la Octava Revisión y, después de haber tomado nota de las diversas adaptaciones de la Clasificación que se habían hecho para tabular los diagnósticos de hospital, recomienda que la OMS, aprovechando la experiencia de algunos países, compile una lista de diagnósticos basada en la Octava Revisión de la Clasificación. El Subcomité recomienda asimismo que la OMS tome disposiciones para preparar una clasificación estadística de operaciones con la que pueda establecerse una lista de intervenciones quirúrgicas para la clasificación hospitalaria.

Otras reuniones internacionales han examinado también la cuestión de las estadísticas de hospitales. La Primera Conferencia Internacional de Comisiones Nacionales de Estadísticas Demográficas y Sanitarias, que se celebró en 1953,¹ señaló la necesidad de aplicar definiciones y normas uniformes para las estadísticas de las instituciones médicas y sanitarias y de su personal y actividades y recomendó que la OMS tomara disposiciones al efecto.

La Conferencia sobre Estadísticas de Hospital y su Aplicación en la Administración Sanitaria,² patrocinada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, examinó la situación en varios países europeos e hizo algunas sugerencias para favorecer la uniformación internacional de las estadísticas hospitalarias.

2. Propósitos del Comité

El Comité ha dedicado atención preferente en informes anteriores a las estadísticas de hospital desde el punto de vista de la morbilidad y ha creído conveniente considerar con más detenimiento las estadísticas relacionadas con los aspectos administrativos y financieros del funcionamiento de los hospitales.

El Comité ha reconocido que por ahora era imposible fijar normas rígidas y detalladas sobre estadísticas de hospital que pudieran recomendarse para su aplicación en los países o con carácter internacional.

La naturaleza, la amplitud y el empleo de los datos que pueden recogerse en los hospitales dependen de diversos factores, a saber: la estructura política y administrativa del país, la organización de los servicios de sanidad,

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1950, 25.

² Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (1959) *Conférence sur les Statistiques Hospitalières et leurs Applications dans l'Administration sanitaire, Genève, 24-28 novembre 1958 ; Conference on Hospital Statistics and their Application in Health Administration, Geneva, 24-28 November 1958*, Copenhague (documento multicopiado).

la situación de los hospitales en el conjunto del programa sanitario, la condición jurídica de las instituciones, desde el punto de vista de la propiedad y de la gestión, y los caracteres del servicio nacional de estadística. Cuando el país es una federación de estados, cada uno de ellos organiza independientemente sus servicios y las funciones de la administración federal son principalmente consultivas. Por el contrario, en otros países, los servicios están fuertemente centralizados u organizados con alguna clase de descentralización administrativa. Los hospitales, por su parte, pueden tener plena autonomía de gestión o depender de juntas locales o regionales o de un servicio sanitario. En ciertos países necesitan los hospitales la autorización de un órgano oficial o semioficial. En otros, no se les exige ningún requisito de esa clase. El financiamiento del hospital puede estar total o parcialmente a cargo del presupuesto del Estado o de otros fondos públicos, o depender exclusivamente de los recursos propios. Las estadísticas de hospital pueden establecerse dentro de un amplio programa nacional de estadísticas o estar al cuidado de las administraciones locales, regionales o nacionales de los servicios de hospital.

Todos esos factores influyen en la clase de las estadísticas que se obtienen, en las atribuciones y obligaciones de quienes las reúnen y establecen, y en el uso que se hace de sus informaciones en los diversos niveles de la administración de hospitales y de la administración sanitaria.

Ello no obstante, el Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, reconociendo de la importancia de las estadísticas de hospital,

RECOMIENDA.

que las estadísticas de hospital sean consideradas en todos los países como elemento fundamental y parte integrante del programa nacional de estadística y estén establecidas desde el doble punto de vista de la administración y de la sanidad, de manera que puedan completar la información procedente de las cifras de mortalidad y de los datos de otro origen sobre la morbilidad.

Para dar algunas indicaciones sobre el mejor modo de poner en práctica la recomendación que precede, el Comité decidió examinar las cuestiones siguientes :

- 1) utilización de las estadísticas de hospital ;
- 2) contenido general mínimo de un programa de estadísticas que todos los países deban proponerse ejecutar, y en el que se establezca una diferencia entre dos clases de datos, según que se refieran *a)* al « hospital » o *b)* al « paciente » ;
- 3) definiciones provisionales de algunos de los conceptos más importantes de las estadísticas de hospital.

3. Valor y empleos de las estadísticas de hospital

A pesar de que son muy diversas las condiciones en que se establecen y emplean las estadísticas de hospital en los diferentes niveles de la administración, sus objetivos pueden clasificarse de una manera general en la forma siguiente :

- 1) eficacia en la administración y gestión del hospital para que los pacientes reciban asistencia adecuada ;
- 2) organización, coordinación y planeamiento de los servicios de hospital en una demarcación administrativa ;
- 3) aprovechamiento óptimo de los recursos hospitalarios en el programa general de salud pública de la colectividad, la región o el país ;
- 4) evaluación de la morbilidad y caracterización epidemiológica de las enfermedades.

Una misma clase de estadísticas pueden tener empleos diferentes. La dirección del hospital necesita, por ejemplo, estadísticas del personal hospitalario para organizar los servicios profesionales y no profesionales, preparar el presupuesto y fijar los criterios que aplique en la contratación de personal ; pero la administración de los servicios hospitalarios de una región puede necesitarlas igualmente para saber dónde sobra y dónde falta personal técnico, para hacer una distribución mejor del personal disponible y para organizar programas de formación. Las cifras de las « Altas », clasificadas por duración de las hospitalizaciones, afecciones tratadas y edad de los pacientes tienen interés para el hospital, pero también interesan mucho a los órganos superiores de la administración para acusar las diferencias que haya entre instituciones y la manera de estudiar la causa de tales diferencias.

Los objetivos de las estadísticas de hospital pueden enunciarse en unos cuantos conceptos generales, pero las aplicaciones particulares son muchas y muy diversas. En un anexo al presente informe se enumeran algunas de ellas clasificándolas según el nivel administrativo correspondiente. No todas tienen interés para todos los países, pero cada país encontrará algunas que convengan a su situación particular.

4. Definición del hospital

El Comité ha tomado nota de que no había ninguna definición del hospital que haya sido internacionalmente aceptada. El Comité de Expertos de la OMS en Organización de la Asistencia Médica, cuando examinó la

función de los hospitales en los programas de protección sanitaria de la colectividad,¹ adoptó la definición siguiente :

« El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar ; el hospital es también un centro de formación de personal medicosanitario y de investigación biosocial. »

Esta definición, que se refiere a las funciones del hospital y a la parte que tiene el hospital en los programas sanitarios de la colectividad, se presta poco a las operaciones estadísticas.

La palabra « hospital » contiene implicaciones relacionadas con una multitud de aspectos, circunstancias y prácticas administrativas. Son pocos por eso los países que han dado oficialmente una definición del hospital. Algunos han preferido establecer una clasificación detallada de todas las instituciones médicas y sanitarias, indicando cuáles han de ser consideradas como « hospitales ». La decisión de incluir o no incluir un centro determinado entre los hospitales es con frecuencia un asunto puramente administrativo.

El Comité ha considerado que los elementos siguientes son caracteres esenciales del hospital, independientemente de sus dimensiones :

- 1) instalaciones de alojamiento, incluso cama y comida ;
- 2) posibilidad de que el paciente permanezca 24 horas o más ;
- 3) posibilidad de admitir enfermos, heridos y parturientas ;
- 4) servicios para la observación, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación ;
- 5) asistencia médica (en medida variable, según lo que permita el personal disponible).

El Comité ha dado, en consecuencia, a los efectos de sus tareas la siguiente definición :

« Un hospital es un establecimiento donde ingresan personas que padecen o que se supone que padecen enfermedades o traumatismos así como parturientas, y que puede dispensarles asistencia médica de corta o larga duración consistente en servicios de observación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El hospital puede además tener o no tener servicios de asistencia para pacientes ambulatorios. »

En esta definición quedan excluidas ciertas instituciones. No es posible enumerar todas las exclusiones, pero entre ellas han de contarse, por ejemplo, los asilos y residencias de ancianos que no están enfermos y los centros dedicados a alojar y reeducar impedidos como, por ejemplo, las residencias de ciegos y sordomudos. En resumen, no se clasifican como

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, 122.

hospitales las instituciones donde el tratamiento médico no se dispense con regularidad aunque esté prevista una asistencia médica en caso necesario.

5. Categorías de hospitales

Los hospitales pueden clasificarse con arreglo, entre otros, a los siguientes criterios :

1) títulos de propiedad y régimen de gestión : administración pública, institución religiosa, empresa mercantil, etc. ;

2) duración de la enfermedad : hospitalizaciones largas, hospitalización corta, etc. ;

3) edad de los pacientes : hospital de niños, hospital geriátrico, etc. ;

4) variedad de los servicios ajustada a la importancia de la población atendida : servicios básicos para una zona local, servicios más diversificados para zonas mayores, etc. ;

5) naturaleza de la enfermedad, estado de los pacientes : hospital general, maternidad, hospital de infecciosos, etc.

El Comité ha considerado que este último es el criterio de aplicación más general y ha adoptado las definiciones siguientes :

1) *Hospital general*

« Es hospital general el que asiste con una serie de servicios diferenciados a personas de edad diferente que padecen afecciones distintas. »

2) *Hospital especializado*

« Es hospital especializado el que asiste principalmente a personas que padecen una enfermedad determinada o una afección de un aparato o sistema determinado, o que se limita al diagnóstico y tratamiento de los estados propios de un determinado grupo de edad o necesitados de un tratamiento de larga duración. »

Como los hospitales especializados se subdividen en diferentes categorías según los países, no ha creído el Comité que fuera procedente dictaminar con más detalle sobre el particular.

6. Estadísticas relativas al « hospital » y relativas al « paciente »

Según su contenido y el objetivo que se propongan, las « estadísticas de hospital » reciben calificaciones diversas como las de « estadísticas hospitalarias administrativas », « estadísticas hospitalarias de morbilidad » y « estadísticas de los servicios de hospital ». El Comité ha considerado que fundamentalmente las estadísticas de hospital se dividen en dos clases, las que se aplican al « hospital » y las que se aplican al « paciente »,

y que convenía examinar por separado las «estadísticas de hospital» de cada uno de esos dos grupos.

7. Estadísticas relativas al hospital

La información ha de corresponder al funcionamiento del hospital como centro donde están acogidos los enfermos en tratamiento. El hospital ha de tener, por consiguiente, camas, personal y otros recursos que le permitan facilitar, además de los servicios muy diversos que exige la asistencia profesional a los enfermos, una multitud de otros servicios especiales relacionados con la manutención y alojamiento de las personas hospitalizadas y con la gestión de una empresa muy compleja.

Las informaciones referidas al «hospital», que suelen recogerse en cuadros o estados periódicos generalmente anuales, pueden agruparse en tres categorías principales :

1) *Recursos del hospital*

Los más importantes son las camas que el hospital destina a la instalación y tratamiento de los enfermos. Es interesante además conocer cuáles son los servicios especiales de diagnóstico y terapéutica. El personal empleado en la asistencia directa o indirecta a los pacientes forma también parte muy importante de los recursos del hospital.

2) *Utilización de los recursos*

La medida en que se hayan aprovechado esos recursos para prestar asistencia hospitalaria aparece en varios índices correspondientes a las actividades de los distintos servicios, como, por ejemplo, el número de enfermos atendidos o de días de asistencia clínica, el volumen de trabajo de los servicios de laboratorio o de radiología, el número de intervenciones quirúrgicas, etc.

3) *Datos administrativos y financieros*

Además de las informaciones sobre los recursos disponibles y sobre el uso que se haya hecho de los mismos, hay otros datos de interés. Desde el punto de vista administrativo, puede ser conveniente disponer de cifras relacionadas con el funcionamiento de la institución como, por ejemplo, el número de las comidas servidas, de las sábanas lavadas o de las comunicaciones telefónicas. El financiamiento del hospital requiere asimismo examen separado para establecer, por ejemplo, el costo de los diferentes servicios o de las unidades de asistencia ; por ejemplo, el costo por jornada de enfermo.

7.1 Recursos del hospital

El Comité ha examinado sucesivamente la cuestión de los recursos materiales (camas, consultorios, etc.), la del personal disponible y la de los recursos para otras atenciones.

7.1.1 Recursos materiales

A juicio del Comité los recursos materiales han de expresarse con referencia al número de camas de hospital y de las demás instalaciones dedicadas a la asistencia profesional a los enfermos.

Respecto a las camas, el Comité ha considerado las diferentes prácticas seguidas para definir y clasificar las camas de hospital. La definición que se da en los países al concepto « cama de hospital » varía según el criterio aplicado. A veces las camas de hospital se clasifican según las dimensiones correspondientes a la edad de quienes las emplean (camas para adultos, camas para niños, cunas). Otras veces se tienen en cuenta las posibilidades de darles empleo inmediato (es decir, camas « instaladas » y camas « atendidas ») o su uso continuo (durante 24 horas) por enfermos hospitalizados.

Teniendo en cuenta esas variaciones, el Comité ha adoptado la siguiente definición :

« Cama de hospital es la cama que está dedicada a su uso continuo (24 horas) por pacientes hospitalizados. »

En la definición se incluyen las camas de las salas de reposo y de observación y de otras dependencias que sirvan normalmente de alojamiento a enfermos hospitalizados ; pero se excluyen, entre otras, las camas depositadas en el almacén y las destinadas a ciertos fines, como la recuperación y los partos.

Los datos sobre las camas suelen recogerse en general ; pero son muchos los países donde no se reúne información sobre los demás recursos materiales del hospital. El Comité entiende, sin embargo, que es muy conveniente inventariar las instalaciones disponibles para el diagnóstico y el tratamiento, porque podrían conocerse así los servicios especializados que el hospital puede prestar.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, teniendo en cuenta la clase de informaciones básicas que el hospital ha de estar en condiciones de dar sobre los recursos materiales de que dispone,

RECOMIENDA

que los países recojan y publiquen datos estadísticos sobre las camas y otras instalaciones de hospital para dar asistencia profesional a los enfermos, con indicación de lo siguiente :

- 1) número de camas de hospital ;

2) instalaciones disponibles, si las hubiere, de las siguientes clases :

- a) laboratorio organizado
- b) departamento de radiología
- c) quirófano
- d) sala de partos
- e) servicios de rehabilitación
- f) servicios sociales
- g) consultorios externos
- h) servicios de urgencia

El Comité reconoce que los conceptos enumerados en su recomendación corresponden a un mínimo de información básica y que algunos países preferirán probablemente subdividirlos. El laboratorio, por ejemplo, puede limitarse a hacer trabajos sencillos, como los análisis de orina o los recuentos sanguíneos, o estar equipado para facilitar una gran variedad de servicios histológicos y anatomopatológicos. Otras subdivisiones pueden referirse a los servicios de bacteriología, virología, serología y bioquímica, para no mencionar más que algunas posibilidades. Son los países los que han de decidir cuáles de esos servicios requieren atención estadística separada. El Comité entiende que desde el punto de vista internacional sería un error salir de la simple mención de que hay o no hay servicios de laboratorio, sea en el recinto del hospital, sea por mediación de un laboratorio central que trabaje para varios hospitales.

Es posible también que los países amplíen la lista anterior con otros servicios como, por ejemplo, los de electrocardiografía, banco de sangre, electroencefalografía, laboratorio de psicología y fisioterapia.

Los cuestionarios establecidos para recoger los datos de esa clase no tienen por objeto determinar si los servicios facilitados son suficientes, para lo cual habría que hacer un examen mucho más detallado y tomar en cuenta no sólo la existencia de las instalaciones, sino el tipo y la calidad de los servicios.

El Comité no ignora que cada uno de los conceptos enumerados al inventariar los recursos está diversamente definido en los países y que, por consiguiente, no es posible por ahora hacer comparaciones internacionales exactas.

7.1.2 *Personal*

El Comité se ha dado cuenta de la dificultad de establecer una clasificación del personal de los hospitales aplicable en todos los países. Hay países, por ejemplo, que no exigen un grado universitario para ejercer la medicina, sino sólo haber seguido unos cursos y aprobado los exámenes correspondientes. Otros en cambio no autorizan el ejercicio libre de los

graduados mientras no han hecho un año como internos. La distinción entre las enfermeras graduadas y el restante personal de enfermería suscita dificultades parecidas.

El Comité considera que para obtener por lo menos una información básica sobre el personal hospitalario puede bastar una clasificación en categorías relativamente amplias, pero reconoce que en muchos países podrán incluirse subdivisiones más detalladas, como las que se hagan por departamentos y recogerse informaciones complementarias, por ejemplo sobre el movimiento de personal. Los países que se limiten a emplear las categorías más amplias podrán añadir quizá notas explicativas para precisar el contenido de cada una de ellas. El empleo de personal a tiempo parcial obligará, para no falsear las estadísticas, a dar por separado las cifras del personal contratado a tiempo completo y las del personal que trabaja a tiempo parcial o a presentar los datos de manera que los valores del personal a tiempo parcial sean equivalentes a los del personal a tiempo completo.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

1) que se publiquen estadísticas del personal empleado en los hospitales clasificándolo por lo menos en las categorías siguientes :

- a) médicos graduados
- b) personal de enfermería
- c) otros técnicos y profesionales
- d) personal administrativo, de servicios generales y de otras clases

2) que en cada categoría se indique el número de las personas que trabajan a tiempo completo y de las que trabajan a tiempo parcial o se computen estas últimas en valores equivalentes a los del personal a tiempo completo.

7.1.3 Medios de enseñanza

El Comité ha considerado la cuestión de las estadísticas relacionadas con los servicios de enseñanza y formación para el personal de hospital que debían poder establecerse en general, y ha llegado a la conclusión de que como las informaciones sobre las escuelas de medicina podrán probablemente obtenerse en otras fuentes, los únicos datos de esa clase que convendrá recoger entre los que se refieren al funcionamiento de un hospital son los relacionados con las escuelas de enfermeras, si las hubiere.

En consecuencia, el Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

que en las estadísticas sobre los servicios e instalaciones de hospital se indique si hay o no hay una escuela de enfermeras.

7.2 Utilización de los recursos

El volumen de los servicios prestados indica el grado en que se aprovechan los recursos del hospital. El número de los enfermos atendidos o el de los días de asistencia que han recibido da la medida de la asistencia a los pacientes hospitalizados. De igual modo, el número de los servicios de diagnóstico y de tratamiento que se hayan prestado da la medida de la utilización que reciban las demás instalaciones para la asistencia profesional a los pacientes.

El Comité ha examinado los tres tipos siguientes de estadísticas, que pueden servir para evaluar las actividades profesionales del hospital.

7.2.1 Estadísticas sobre el movimiento de enfermos

El número de los pacientes asistidos en un año da una indicación del uso que se ha hecho de las camas del hospital durante ese tiempo; se forma ese número sumando el de los enfermos que estaban en el hospital al empezar el año y el de los que han ingresado durante el año; cuando se deduce del total el número de enfermos dados de alta se obtiene el de los enfermos hospitalizados a fin de año. Viéndolo en conjunto, el movimiento de enfermos durante el año se compone de los elementos siguientes: número de pacientes al empezar el año, número de ingresos durante el año, número total de enfermos asistidos, número de altas durante el año y número de pacientes al terminar el año. El « número total de enfermos asistidos » se obtiene sumando las dos primeras cifras o las dos últimas.

El Comité considera que todos los hospitales han de estar en condiciones de establecer estadísticas anuales sobre el movimiento de enfermos. La preparación del cuadro estadístico correspondiente no necesita que se lleve a la vez el registro de los ingresos y el de las altas; basta para establecerlo contar las altas y el número de los enfermos hospitalizados al empezar y al acabar el año.

Algunos elementos que han de tenerse en cuenta para describir el movimiento de enfermos requieren mayor precisión. El Comité ha tomado nota de que las definiciones de la expresión « paciente hospitalizado » y de los términos « ingreso » y « alta », para referirse a la decisión administrativa de dar principio y término a la hospitalización varían según los países. A los efectos del presente informe, el Comité ha adoptado la siguiente definición de « paciente hospitalizado »:

« Es paciente hospitalizado la persona admitida en un hospital, que ocupa una cama de adulto o de niño con fines de observación, asistencia, diagnóstico o tratamiento. »

Respecto a las « altas », varios países de lengua inglesa emplean la palabra « *discharge* » para designar todas las salidas del hospital, lo mismo si el paciente está vivo que si ha fallecido. El Comité insiste, por eso, con

objeto de evitar confusiones, en que siempre que el « alta » se aplique sólo a la salida de personas vivas, se haga constar expresamente. El Comité ha tenido en cuenta asimismo la palabra inglesa « separation », que se aplica por igual a las « altas » o salidas de personas vivas y a las « defunciones » y que puede tener traducción exacta en otros idiomas, pero como el uso que se hace en inglés de ese término es limitado, se abstiene de formular recomendaciones sobre su empleo.

En el caso de los niños nacidos en el hospital, el Comité ha advertido que las prácticas seguidas son diferentes ; unas veces se incluyen los recién nacidos en las cifras de « pacientes hospitalizados », « ingresos » y « altas » ; otras se indican separadamente o quedan fuera de las estadísticas. El Comité encarece la conveniencia de que, en beneficio de la uniformidad, se mencionen por separado las cifras de los recién nacidos.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

- 1) que las estadísticas sobre el movimiento de enfermos comprendan por lo menos los datos siguientes :
 - a) número de pacientes hospitalizados al empezar el año
 - b) número de ingresos y número de niños nacidos en el hospital
 - c) número total de personas asistidas durante el año
 - d) número de altas durante el año
 - e) número de pacientes hospitalizados al terminar el año ;
- 2) que entre las cifras correspondientes a los conceptos anteriores se indiquen por separado las de los niños nacidos en el hospital.

7.2.2 *Estadísticas de los días de asistencia*

El número anual de los días de asistencia es otro índice para medir el volumen de los servicios clínicos prestados, que puede obtenerse a partir de las listas o estados diarios de los pacientes hospitalizados. Se considerará que cada paciente inscrito en la lista diaria representa una jornada de asistencia en el periodo de las 24 horas anteriores a la fecha de la lista. Las cifras diarias corresponden a las de los días de asistencia en un día determinado y la suma de las de todos los días del año da el número de los días de asistencia durante ese tiempo. En los estados anuales, con objeto de obtener cierto grado de comparabilidad entre sistemas hospitalarios en distintas fases de desarrollo, puede prescindirse, para simplificar, de las correcciones que procedería hacer al tener en cuenta el caso de los enfermos ingresados y dados de alta el mismo día que no están inscritos en ninguna lista diaria. Como los estados diarios son indispensables para el funcionamiento cotidiano de todos los hospitales (hay que saber, por ejemplo,

cuántas comidas han de prepararse), el Comité da por supuesto que la preparación de estas estadísticas no presentará dificultades.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

- 1) que los países publiquen estadísticas anuales de los días de asistencia obtenidas mediante la suma de las cifras inscritas en las listas de pacientes hospitalizados durante el periodo ;
- 2) que se indiquen por separado los datos correspondientes a los niños nacidos en el hospital.

7.2.3 *Estadísticas sobre otros servicios profesionales*

El Comité ha examinado la cuestión de los índices para medir el volumen de otros servicios prestados por los hospitales, como el número de los exámenes de laboratorio y de rayos X, de las operaciones, de los partos, incluso en casos de nacido muerto, y de las visitas a los consultorios, y ha llegado a la conclusión de que la diversidad de esos servicios y la complejidad de las operaciones requeridas para computarlos, patente, por ejemplo, en la gran variedad de los exámenes de laboratorio, aconsejan no incluirlos en la lista mínima de las estadísticas hospitalarias básicas, por lo que se ha abstenido de formular recomendaciones al respecto.

7.3 **Datos sobre la calidad de la asistencia**

El Comité ha considerado la posibilidad de establecer estadísticas que den alguna indicación sobre la calidad de la asistencia médica, y ha examinado entre otros ejemplos el número de autopsias, las tasas de infección postoperatoria, las defunciones sobrevenidas durante una operación o poco después, la proporción de infecciones estafilocócicas en los recién nacidos y el número de defunciones neonatales. Aunque varios países publican datos estadísticos sobre algunos de esos factores, el Comité ha llegado a la conclusión de que se trata de informaciones más apropiadas para hacer estudios especiales que para publicar estadísticas sistemáticas. Los medios de obtener cifras fidedignas sobre las infecciones postoperatorias, por ejemplo, son casi un objeto de investigación ; en cuanto a las muertes neonatales, su interpretación es dudosa, a no ser que sólo se computen las ocurridas en las primeras 24 ó 48 horas. A juicio del Comité, esos datos no deben incluirse entre las informaciones mínimas de las estadísticas de base.

7.4 **Datos administrativos**

En algunos países se recogen datos de los servicios auxiliares del hospital como, por ejemplo, el número de las comidas servidas, para tener indica-

ciones sobre el volumen de trabajo de los servicios no relacionados directamente con la asistencia profesional a los enfermos. El Comité reconoce su utilidad para la administración de los hospitales pero no cree que proceda incluirlos en una lista mínima de informaciones fundamentales.

7.5 Datos financieros

El Comité ha tomado nota de que la OMS está preparando métodos para evaluar los costos sanitarios. Los trabajos se han emprendido en varios países, cuya situación económica y social es diferente y donde se aplican sistemas distintos para financiar los servicios de sanidad con objeto de reunir informaciones suficientemente detalladas que permitan establecer criterios uniformes de contabilidad sanitaria. Una parte de ese estudio estará dedicada a los costos de hospital y se espera que sus resultados den una base suficiente para organizar el acopio de los datos sobre costos del hospital que necesiten los servicios nacionales de estadística.

El Comité reconoce la necesidad de que en el análisis de los costos de hospital se apliquen métodos generalmente aceptables, pero reconoce también que sólo será posible discutir detalladamente la cuestión cuando se haya reunido información sobre las diversas prácticas seguidas en los países para recoger y clasificar esos datos.

Teniendo en cuenta que se han emprendido estudios importantes sobre la cuestión y que algunos de ellos están ya a punto de terminar, el Comité ha creído procedente limitarse por ahora a formular unas recomendaciones de carácter muy general.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

que los datos financieros sean considerados como elemento esencial de las estadísticas hospitalarias y clasificados con referencia a los siguientes conceptos principales :

- 1) total de las entradas anuales en la contabilidad de los hospitales ;
- 2) total de los gastos anuales de capital ;
- 3) total de los gastos anuales de funcionamiento.

Las prácticas seguidas en los países para descomponer los gastos dentro de los conceptos principales parecen ser suficientemente comparables. Los gastos de funcionamiento, por ejemplo, suelen incluir el cómputo separado de los sueldos y salarios, de los suministros y equipos médicos y quirúrgicos, de los medicamentos, de las vendas y apósitos y de los alimentos, empleándose como criterio primordial de la clasificación el objeto de los gastos. Ello no obstante, el Comité, en espera de que los estudios a que antes se ha hecho referencia permitan establecer métodos uniformes

para la contabilidad de los hospitales, limita su recomendación a los tres conceptos generales mencionados, y espera que la cuestión se estudie más a fondo en la reunión NU/OMS de Estadígrafos Nacionales de Contabilidad y Estadígrafos Sanitarios prevista en 1964 con objeto de examinar las estadísticas de los gastos sanitarios.

8. Estadísticas relativas al paciente

El Comité ha examinado la cuestión de las estadísticas relativas al « paciente » como unidad de conjunto. Aunque en varios países se publican informaciones de interés sobre los pacientes ambulatorios, el Comité ha llegado a la conclusión de que por ahora la atención se limite a los enfermos hospitalizados. En la sección 7.2.1 (Estadísticas sobre el movimiento de enfermos), se ha dado ya la siguiente definición de la expresión « paciente hospitalizado » :

« Es paciente hospitalizado la persona admitida en un hospital que ocupa una cama de adulto o de niño con fines de observación, asistencia, diagnóstico y tratamiento. »

8.1 Objeto de las estadísticas relativas al paciente

Las estadísticas en que se recogen datos sobre el curso de la hospitalización y sobre los caracteres personales del paciente hospitalizado tienen doble interés. Por una parte, sirven para dar información más completa que la obtenida con el movimiento de enfermos, sobre el aprovechamiento de los recursos del hospital mediante la indicación del tipo y la morbilidad de los pacientes atendidos. Por otra parte, contribuyen a precisar mejor el estado sanitario de la población que acusan las estadísticas de morbilidad obtenidas en otras fuentes y las de mortalidad.

El Comité considera que los requisitos mínimos en el acopio de estos datos exigen la inscripción del número de enfermos y de días de hospitalización desde el ingreso, con indicación del sexo y del diagnóstico, el cual deberá ajustarse a la Clasificación Internacional de Enfermedades. El Comité da por supuesto que en muchos países se recogerán otros muchos datos por encima de los requisitos mínimos. Siempre que sea posible deberá hacerse además una clasificación por grupos de edad para que sea posible establecer comparaciones con otras estadísticas de morbilidad y con las estadísticas de mortalidad.

Las estadísticas aplicadas al enfermo son una parte muy importante, pero bastante costosa, del conjunto de las estadísticas sanitarias nacionales. Conviene pues examinar la posibilidad de emplear métodos adecuados de muestreo para obtener los datos deseados. Cualquiera que sea el método escogido, la base de la información ha de estar en las fichas establecidas

en el momento del ingreso en el hospital y completadas durante la hospitalización. Los modelos de fichas deben ser uniformes, por lo menos en cada institución, cuando no en todos los hospitales del país.

El Comité ha examinado la cuestión de si las estadísticas sobre los enfermos debían basarse en los ingresos o en las altas. Si el movimiento de enfermos es relativamente uniforme, como en el caso de las enfermedades de corta duración, el resultado en uno y otro caso viene a ser el mismo. La ventaja del segundo sistema consiste en que cuando se da de alta al paciente la hospitalización ha terminado, el diagnóstico ha sido confirmado y los detalles del tratamiento y de su duración son conocidos. Por consiguiente, habrá que preferir para su uso general las estadísticas basadas en las altas, haciendo la distinción, cuando proceda, entre las salidas del hospital en vida y los casos de defunción. El Comité reconoce, sin embargo, que en ciertas instituciones donde las hospitalizaciones son largas, los datos estadísticos basados en las altas no reflejan quizá fielmente la situación y que los datos basados en los ingresos y en la lista de los enfermos hospitalizados un día determinado pueden completarlos útilmente.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

- 1) que los países establezcan estadísticas hospitalarias de morbilidad, en que se indiquen como mínimo el número de pacientes dados de alta y el de los días que hayan estado hospitalizados desde su ingreso, clasificándolos por diagnóstico y por sexo ;
- 2) que esas estadísticas se publiquen cuando menos una vez al año ;
- 3) que los datos se recojan en fichas individuales completadas al dar de alta al paciente ;
- 4) que en la designación del diagnóstico se emplee la Clasificación Internacional de Enfermedades ;
- 5) que en las instituciones para hospitalizaciones de larga duración se completen esos datos, siempre que sea posible, con estadísticas basadas en los ingresos y en la lista de los pacientes hospitalizados un día determinado (por ejemplo, el primero de año).

8.2 Datos complementarios

Al recomendar un programa fundamental de estadísticas, el Comité pone de relieve la conveniencia de mantener cierta flexibilidad en la preparación de cuadros estadísticos para evitar la rutina resultante de la simple repetición de las mismas operaciones, lo que no podrá conseguirse más que haciendo sistemáticamente acopio de otros datos sobre el enfermo, incluso de datos que no hayan de publicarse anualmente. Bastará con que esos otros datos consten en las fichas individuales que se completan al dar

de alta a los pacientes para que sea posible modificar el programa de estadísticas e incluir la publicación de las informaciones que mejor respondan a las necesidades del momento.

El programa complementario de estadística debe organizarse desde el doble punto de vista de la población y del hospital, de manera que permita hacer estudios periódicos sobre problemas muy diferentes. Se recogerán así informaciones muy valiosas para la administración del hospital, así como para otras administraciones y para los investigadores que trabajan en cuestiones de epidemiología y de salud pública.

Entre los conceptos que pueden incluirse en el acopio de datos complementarios para un programa fundamental de estadísticas, el Comité señala algunos que se mencionan a continuación.

8.2.1 *Lugar de residencia del enfermo*

Conviene disponer periódicamente de cuadros estadísticos especiales en que los enfermos estén clasificados por el lugar de residencia y que se establezcan en condiciones variables según las necesidades del hospital y de las administraciones sanitarias. La clasificación por regiones tendrá probablemente empleo más frecuente que la clasificación por sectores locales, aunque esta última servirá muy bien para indicar el radio de acción de un hospital. El Comité se da cuenta de las dificultades para obtener datos sobre la residencia habitual del paciente que se presten a las operaciones estadísticas, pero cree que ha de hacerse un esfuerzo para reunirlos siempre que sea posible.

8.2.2 *Estado civil*

Estos datos tienen importancia considerable desde el doble punto de vista administrativo y epidemiológico, y especialmente en el caso de las personas de edad avanzada y de los enfermos mentales, influyen mucho en la demanda de servicios hospitalarios.

8.2.3 *Disposiciones subsiguientes*

Las informaciones sobre lo que se haga con el paciente después del alta, es decir su traslado a otro hospital o a una casa de convalecencia, su inscripción en un servicio de asistencia ambulatoria o el simple regreso a su domicilio, tienen interés para los administradores, y permiten, por ejemplo, examinar la intervención de varias instituciones en la asistencia prestada a la misma persona.

8.2.4 *Otros datos*

Pueden mencionarse también otros tipos de datos, como los relacionados con la iniciativa de hospitalizar al paciente (un consultorio, un

médico general, por ejemplo), con la clase de diagnóstico que haya de anotarse (por ejemplo, la causa inicial del ingreso o la causa principal de la hospitalización) y con los antecedentes en el caso de que el enfermo haya estado ya antes en el hospital, pero el Comité considera que su examen saldría de los límites del presente informe y que las instrucciones detalladas al respecto deben incluirse en manuales especiales.

Con respecto a las estadísticas de las instituciones para hospitalizaciones largas, el Comité considera que son muchos los problemas especiales que se suscitan, pero que su examen tampoco ha de hacerse adecuadamente en el presente informe. Persuadido de la importancia del material informativo que ha tenido a su disposición, el Comité sugiere que la Organización Mundial de la Salud examine la conveniencia de dar más difusión a alguno de los documentos que se han preparado para su reunión.

9. Población atendida por los hospitales

El Comité pone de relieve la utilidad considerablemente mayor que tienen las estadísticas de hospital cuando incluyen datos sobre la población atendida, información indispensable para conseguir que los servicios hospitalarios se adapten efectivamente a las necesidades de la población. Salvo en algunos países donde la demarcación de los servicios de hospital es muy precisa, parece haber, sin embargo, muchas dificultades para evaluar con exactitud la población atendida por un hospital determinado. En los pequeños hospitales locales, por ejemplo, se da asistencia general, pero cuando el paciente necesita asistencia especializada hay que trasladarlo a un hospital más distante. Sería imposible, pues, agrupar los datos sobre la población atendida sin referirlos a sectores relativamente grandes con objeto de incluir el ingreso en instituciones regionales que no sean las más próximas al domicilio del paciente. La libertad que en muchos países tienen los enfermos de escoger el hospital de su preferencia impide también hacer estimaciones precisas de la población atendida directamente por un hospital.

El Comité reconoce la conveniencia de delimitar la población expuesta, pero cree que el procedimiento que debe seguirse en cada caso depende de las circunstancias y considera que no puede recomendar ningún método de aplicación general para obtener esos datos.

10. Manuales de la OMS sobre estadísticas de hospital

El Comité ha examinado algunos de los aspectos técnicos que presenta un programa de estadísticas de hospital, como la definición de ciertos conceptos, la medición de la asistencia a los enfermos hospitalizados, el

tipo de los informes estadísticos, etc. ; pero reconoce que unas instrucciones completas sobre la manera de llevar adelante un programa de estadísticas de hospital no entran en un informe como éste en que se examinan cuestiones generales y no detalles técnicos. Más indicado parece dar esa clase de orientación en un manual o una serie de manuales que podría preparar la Organización Mundial de la Salud, para describir las prácticas seguidas en diferentes países, examinar las ventajas y los inconvenientes de los diversos sistemas y sugerir métodos y procedimientos satisfactorios desde el punto de vista técnico y ajustados a la finalidad que se persigue. En esos manuales se expondrían los métodos para hacer sistemáticamente la reunión, la clasificación y la tabulación de los datos, cuya compilación se recomienda en el presente informe, pero sin ir más allá, es decir sin entrar, por ejemplo, en la forma de practicar investigaciones especiales sobre problemas particulares. Lo que debe encontrarse en los manuales es una indicación sobre el modelo y el contenido de los formularios y sobre la organización de las operaciones de acopio y compilación de datos.

Hay motivos para pensar que esas publicaciones no sólo ayudarían a los países en vías de desarrollo a establecer un sistema de estadísticas hospitalarias, sino que serían útiles también para otros países que ya publican estadísticas de esa clase. Al señalar las diferencias que se observan entre las definiciones utilizadas en diversos países, los manuales darían una indicación sobre el grado en que pueden hacerse hoy comparaciones entre las estadísticas publicadas y contribuirían, por otra parte, a mejorar la comparabilidad internacional porque estimularían y favorecerían los esfuerzos encaminados a uniformar los métodos y las prácticas nacionales.

10.1 Manual de estadísticas relativas al hospital

El Comité ha tomado nota de que, en opinión de los asesores regionales de la OMS en estadística que asistían a la reunión, hacía falta disponer con urgencia de manuales de esa clase, y que debían publicarse por entregas, aunque fuera en forma provisional, a medida que las secciones sobre los diferentes aspectos de la cuestión estuvieran preparadas. La primera entrega o fascículo podría estar dedicado a la estadística de las camas de hospital y de su utilización, cuyos datos son los que más corrientemente se recogen en los informes estadísticos de los hospitales. Se ha reunido ya material procedente de varios países sobre procedimientos, definiciones e índices.

En consecuencia, el Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, considerando que es necesario dar orientaciones para el desarrollo de las estadísticas de hospital y que conviene mejorar la comparabilidad de las mismas,

RECOMIENDA

que la Organización Mundial de la Salud proceda con urgencia a preparar y publicar manuales sobre los aspectos técnicos que presentan

las operaciones de recoger, reunir, compilar y presentar datos estadísticos referidos al hospital.

10.2 Manual de estadísticas hospitalarias de morbilidad

El Comité ha tomado nota con satisfacción de que se había preparado ya un proyecto de manual de estadísticas relativas al paciente, cuyo texto provisional se había distribuido con los documentos de trabajo del Comité. Su autor, el Dr. M. A. Heasman (Ministerio de Sanidad, Londres), tiene larga experiencia en el acopio y análisis de los datos estadísticos sobre los enfermos hospitalizados.

El Comité ha examinado la conveniencia de que la Organización Mundial de la Salud publique en breve ese trabajo con el carácter de manual internacional. Los miembros del Comité están de acuerdo en que el texto ha conseguido evitar la tendencia a atribuir importancia indebida a cualquier particularismo nacional y que muchas de sus disposiciones pueden tener aplicación general. Algunas partes del proyecto deberán ser revisadas para dedicar, por ejemplo, más atención a los aspectos administrativos de la utilización de las estadísticas en contraste con los aspectos epidemiológicos y para hacer un examen más completo de ciertas cuestiones como los procedimientos de muestreo, la presentación de los datos por zonas de residencia y la centralización de las claves.

En consideración a la urgencia con que se necesita un manual de esa clase, el Comité cree que debería publicarse el documento con un mínimo de modificaciones y con carácter provisional sin perjuicio de establecer más tarde una versión definitiva después de haber hecho una revisión detenida.

PROGRAMA DE PUBLICACIONES ESTADISTICAS DE LA OMS

Para aumentar la utilidad de sus publicaciones periódicas sobre estadística epidemiológica y demográfica,¹ la Organización envió a las administraciones nacionales de Sanidad, a los miembros del cuadro de expertos en estadística sanitaria, a las oficinas regionales de la OMS y a los servicios de la Sede un cuestionario en que se hacían algunas preguntas concretas, y se pedía además que se formularan observaciones de carácter más general sobre el contenido y la presentación de dichas publicaciones. El análisis de las contestaciones ha sugerido algunos cambios, y se ha pedido al Comité de Expertos que diera su opinión sobre los más importantes.

¹ *Statistiques épidémiologiques et démographiques annuelles, Annual Epidemiological and Vital Statistics*, y *Rapport épidémiologique et démographique* (mensual), *Epidemiological and Vital Statistics Report* (mensual).

El Comité no cree tener atribuciones para formular oficialmente una recomendación porque varias de las cuestiones suscitadas son de la competencia interna de la OMS, pero considera que los siguientes cambios propuestos pueden ser útiles y acertados :

- 1) publicar las estadísticas anuales en tres volúmenes, y no en uno solo, como se viene haciendo ;
- 2) emplear la Lista intermedia de 150 rúbricas para la cifra de las defunciones y las tasas de mortalidad en los países que comuniquen esos datos ;
- 3) dedicar un cuadro separado a los datos sobre mortalidad infantil actualmente incluidos en el cuadro en que se clasifican por causa y por edad las defunciones registradas en toda la población ;
- 4) emplear la Lista intermedia de 150 rúbricas para presentar las estadísticas hospitalarias de morbilidad de los países que comuniquen esos datos ;
- 5) publicar otras estadísticas de morbilidad si se obtiene información relativamente exacta de un número suficiente de países ;
- 6) incluir en el informe mensual algunos gráficos y observaciones de carácter más bien explicativo que interpretativo.

El Comité opina que conviene aumentar la venta y extender la difusión de las dos publicaciones y espera que la edición de las estadísticas anuales en tres volúmenes, dé ocasión para que cada uno lleve un título más descriptivo ; el que recibe actualmente la publicación no indica en nada que el volumen contenga estadísticas sobre personal y sobre instituciones hospitalarias. El Comité subraya en fin la gran utilidad de las publicaciones estadísticas de la Organización, que son una fuente única de información internacional convenientemente presentada y permiten a cada país evaluar su propio sistema de estadística en comparación con los de otros países.

PREPARACION DE LA OCTAVA REVISION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

1. Primer Informe del Subcomité de la Clasificación de Enfermedades

El Subcomité de la Clasificación de Enfermedades se reunió en noviembre de 1961 para informar sobre la utilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su conjunto y en cada una de sus secciones y para formular recomendaciones sobre la preparación de la Octava Revisión. Después de haber examinado los diversos empleos que puede tener la CIE, el Subcomité puso de relieve que la finalidad principal es la clasifi-

cación de los datos de morbilidad y mortalidad para su utilización estadística ; pero, reconociendo que al revisar la Clasificación deberá tenerse ante todo en cuenta esa finalidad, ha recomendado que en la Octava Revisión no se excluya la posibilidad de otros empleos de la CIE.

El Subcomité examinó con detenimiento la clasificación de los trastornos mentales, de las enfermedades cardiovasculares y de las causas de morbilidad y mortalidad perinatales y formuló algunas propuestas provisionales de revisión. El informe del Subcomité se comunicó a las administraciones nacionales para que lo estudiaran y tomaran las disposiciones que estimasen oportunas sobre las recomendaciones formuladas con el ruego de que se pusieran en conocimiento de la OMS los estudios nacionales de revisión y el resultado de los mismos.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, visto el primer informe del Subcomité de la Clasificación de Enfermedades, que contiene numerosas sugerencias sobre estudios y encuestas ulteriores,

TOMA NOTA del informe ;

SEÑALA el carácter provisional de las propuestas formuladas, y

DA LAS GRACIAS al Subcomité por la valiosa labor realizada.

2. Actividades recientes

Varios países han hecho saber a la OMS que los servicios competentes estaban estudiando las propuestas del Subcomité ; alguno de ellos ha comunicado ya los resultados del estudio. En el Reino Unido, el Comité Consultivo para la Nomenclatura y las Estadísticas Médicas del General Register Office tiene en estudio la clasificación de las malformaciones y trastornos congénitos, de las enfermedades cardiovasculares, de los trastornos mentales así como de la estructura general de la CIE y en particular de la clasificación de los síntomas y del establecimiento de listas abreviadas en relación con la clave numérica.

En los Estados Unidos de América, el Subcomité de la Revisión de la Lista Internacional, sin desatender sus trabajos sobre otras materias, está examinando la estructura de la Clasificación en lo que se refiere, por una parte, a la tabulación de las causas múltiples y, por otra parte, al empleo de « categorías mixtas » que faciliten el mayor número posible de informaciones con una sola clave.

Otros países, entre los cuales están Australia, Checoslovaquia, Japón y la URSS (cuyas actividades se coordinan con las de otros Estados de Europa oriental) han establecido comités para preparar la revisión. Varios países de América Latina cooperan en el programa internacional que se menciona a continuación.

Con respecto a las actividades internacionales, el Comité Regional Consultivo para la Clasificación de Enfermedades constituido por la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina Regional de la OMS para las Américas) ha proseguido su programa destinado a estimular y coordinar las actividades regionales relacionadas con la revisión. El Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades ha organizado en la región los estudios sobre clasificación de las carencias nutricionales, de las enfermedades diarreicas y de las enfermedades infecciosas recomendados en el primer informe del Comité Consultivo.¹

En su segunda reunión, que celebró en 1962, el Comité Regional Consultivo² hizo un examen de las actividades emprendidas en la región e indicó las medidas que convenía aplicar para llevar adelante la ejecución del programa. Contando con la cooperación eficaz de varios países latinoamericanos (como, por ejemplo, Argentina, Colombia, México, Panamá, Perú y Venezuela) y con los progresos hechos ya, se espera presentar en breve un conjunto de propuestas de revisión que corresponda a las experiencias, opiniones y necesidades de la región.

El Centro de la OMS para la Clasificación de Enfermedades ha participado en los trabajos de los subcomités del Comité Consultivo del General Register Office, y se ha ocupado asimismo de dar cumplimiento a otras recomendaciones del subcomité de la OMS, como por ejemplo el estudio de las posibilidades de simplificar el índice alfabético y el examen de la utilidad de la CIE en la clasificación de los datos de morbilidad procedentes de varias fuentes.

El Comité queda enterado con satisfacción de la intensa labor realizada en las actividades nacionales, regionales e interpaíses; pero insiste en destacar la necesidad de la cooperación de todos los países para asentar la revisión sobre una amplia base internacional.

Ha de pedirse de nuevo a los países que todavía no han comunicado a la OMS los trabajos que hayan hecho en relación con la revisión que hagan llegar cuanto antes sus observaciones y sugerencias para que puedan ser aprovechadas, incluso en beneficio de ellos mismos, puesto que si ciertas propuestas importantes se presentan demasiado tarde se correrá el riesgo de que no haya tiempo para darles la debida consideración.

La OMS, por su parte, debe difundir informaciones sobre los estudios hechos en diversos países y sobre las conclusiones a que han llevado y facilitar los cambios de informaciones entre los países interesados en el estudio de las mismas cuestiones.

¹ Oficina Sanitaria Panamericana (1961) *Comité Regional Consultivo para la Clasificación Internacional de Enfermedades. Primer informe*, Washington, D.C. (*Publicaciones Científicas*, N° 53).

² Oficina Sanitaria Panamericana (1962) *Comité Regional Consultivo para la Clasificación Internacional de Enfermedades. Primer informe*, Washington, D.C. (*Publicaciones Científicas*, N° 66).

3. Segunda Reunión del Subcomité de la Clasificación de Enfermedades

El Comité se ha dado cuenta del gran volumen de trabajo que exige la preparación de la segunda reunión del Subcomité de la Clasificación de Enfermedades convocada en octubre de 1963 para formular las propuestas de revisión de la CIE en su conjunto. Varias secciones de la Clasificación están todavía pendientes de examen. Otros problemas sobre los cuales se ha empezado ya a trabajar requieren aún el estudio intensivo de ciertas cuestiones o están pendientes de una refundición de diversas sugerencias o del establecimiento de una base de discusión para el Subcomité. En primer término hay que situar la cuestión de la estructura general de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en la que se incluyen, por ejemplo, la clave numérica de la CIE, la colocación de los síntomas y el tipo de las « categorías mixtas » que deban incluirse. Es indispensable tomar sin tardanza una decisión al respecto para no retrasar otros trabajos que dependen de ella, como la estructura que haya de darse a cada una de las secciones y la forma de las listas para la tabulación.

A pesar de los meticulosos preparativos que están haciéndose, la tarea del Subcomité no será fácil. Habrá que hacer un examen detenido de la Clasificación para revisarla de acuerdo con los progresos de la medicina, para mejorar la utilidad que tiene en la clasificación de la morbilidad y adaptarla a otros empleos no estadísticos, como, por ejemplo, la clasificación de las historias médicas por diagnósticos. El Subcomité tendrá que examinar en su segunda reunión los resultados de las actividades de la Organización y de numerosos países durante dos años y necesitará tiempo para estudiar la documentación correspondiente y formular en consecuencia las propuestas de revisión de la CIE.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

que la segunda reunión del Subcomité de la Clasificación de Enfermedades se prolongue durante el tiempo necesario para examinar adecuadamente los problemas pendientes y equilibrar bien las propuestas de la Octava Revisión de la CIE.

4. Reuniones previstas para la revisión

El Comité ha examinado las previsiones sugeridas por la Organización acerca de las reuniones relacionadas con la Octava Revisión :

Octubre de 1963 Segunda reunión del Subcomité para formalizar propuestas precisas de revisión de la CIE en su conjunto,

que se comunicarán a los países con objeto de que hagan las observaciones que consideren oportunas.

1964 Reunión del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria para examinar las observaciones de los países y rectificar en consecuencia las propuestas cuyo texto revisado volverá a ser comunicado a los países.

1965 Conferencia de Revisión encargada de adoptar las propuestas de revisión y de examinar otros varios asuntos relacionados con las estadísticas sanitarias.

Convendrá tener presente que la reunión del Comité de Expertos en 1964 será la última ocasión de tomar en cuenta las sugerencias hechas por los países y de otro origen. Como en ocasiones anteriores, la Conferencia de Revisión no podrá examinar propuestas que se presenten después de la reunión del Comité de Expertos, sobre todo cuando tengan cierta amplitud.

PRINCIPIOS GENERALES DE LAS ESTADISTICAS SANITARIAS

Las administraciones nacionales, regionales y locales de sanidad que tienen la responsabilidad del nivel sanitario de la población, necesitan disponer de estadísticas diversas para preparar los programas, intervenir en las actividades y evaluar los resultados ; hace falta reunir datos sobre el estado sanitario, sobre los factores del medio que influyen en la salud y sobre las instalaciones y servicios destinados a protegerla, favorecerla y restablecerla. Los tipos y fuentes de la información indispensable son muchos y muy diversos : el censo, los datos del registro civil sobre nacimientos, matrimonios y defunciones, estos últimos clasificados por causas, los datos sobre la morbilidad obtenidos mediante encuestas o en la práctica de las actividades sanitarias y sociales (como en el caso de la notificación de las enfermedades transmisibles, de las campañas en masa de localización de casos y del examen médico de la población escolar) ; las estadísticas de los establecimientos sanitarios y de las instituciones médicas y los datos sobre las condiciones del medio (por ejemplo, la vivienda, el clima y la contaminación atmosférica).

Toda esa información es sanitaria o está directamente relacionada con la salud ; pero hay otros datos estadísticos sobre cuestiones completamente diferentes que pueden también tener utilidad para el administrador de sanidad. Por ejemplo, las cifras de la producción de alimentos correspondientes a su contenido de calorías, proteínas y otros principios nutrientes permiten en cierto modo evaluar el estado de nutrición de la colectividad. Sin perjuicio de que las estadísticas sanitarias propiamente dichas sean la parte principal de las informaciones numéricas que necesitan las administra-

ciones de sanidad, pueden obtenerse a menudo indicaciones muy útiles en las estadísticas recogidas sobre otros aspectos de la vida que tienen repercusiones en la salud (como el empleo, la enseñanza, la indumentaria, la seguridad social, etc.).

Tomando en consideración todo lo que antecede, el Comité pone de relieve que el concepto de estadística sanitaria entendido como el conjunto de las informaciones numéricas necesarias para preparar, llevar a término y evaluar los progresos sanitarios ha de entenderse en sentido amplio de manera que comprenda toda la gran diversidad de los datos que tienen interés para la salud, cualquiera que sea su procedencia y los métodos empleados para reunirlos.

El Comité ha examinado las disposiciones que debe tomar la OMS en consonancia con el concepto y la amplitud de la estadística sanitaria que acaba de explicarse; reconoce que una serie de recomendaciones hechas con anterioridad sobre determinados sectores como, por ejemplo, la estadística de las causas de defunción, las estadísticas de hospital y las encuestas sanitarias y de morbilidad siguen siendo pertinentes; reconoce asimismo que la labor realizada por varios grupos de expertos de la OMS sobre medición de los niveles de salud es muy interesante; pero entiende que el momento ha llegado de reagrupar los resultados adquiridos en un conjunto sistemático de conocimientos y principios y de presentarlos en un contexto general.

A los efectos de la acción práctica, el Comité ha examinado los medios de cubrir ese objetivo con la preparación de algunos manuales por la OMS. Convendrá ante todo especificar cuidadosamente con mucho detalle las necesidades que tienen las administraciones sanitarias de información estadística de varias clases y diferentes orígenes, sin perder de vista que las estadísticas no sólo han de emplearse directamente como base de la acción sanitaria sino que pueden servir también de indicadores para señalar los problemas que requieran estudios intensivos especiales. Es frecuente considerar que las estadísticas son un fin en sí mismas y que ese fin se cumple cuando se han reunido los datos siendo así que en realidad pueden aprovecharse muy bien como punto de partida de unas investigaciones bien orientadas que permitan despejar ciertas incógnitas. Ejemplos de esa clase son las encuestas retrospectivas partiendo de los certificados de defunción sobre los factores etiológicos que hayan podido intervenir en las causas de muerte o los estudios intensivos sobre las razones que tengan las diferencias en la duración de las hospitalizaciones por una enfermedad determinada.

El Comité cree posible preparar dos clases de manuales: *a*) uno de carácter general en que se haga una exposición completa de los datos estadísticos que necesitan las administraciones sanitarias, y el origen de esos datos y del empleo de los mismos en la acción sanitaria, y *b*) una serie de manuales que traten con detalle de los métodos de compilación aplicados a los diferentes tipos de estadística sanitaria como, por ejemplo, el manual de estadísticas de hospital ya recomendado. El manual general debería

contener también datos concretos sobre la organización de los servicios en diferentes países y sobre los tipos de estadísticas sanitarias que se publican en la actualidad como información sobre los diversos modos de establecer y desarrollar un servicio de estadística sanitaria.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, considerando que es necesario dar orientación sistemática para el establecimiento y mejoramiento de los programas de estadística sanitaria,

RECOMIENDA

que la OMS prepare unos manuales ajustándose a las siguientes indicaciones :

- 1) Un manual general que contenga :
 - a) una exposición crítica de los datos estadísticos que en teoría necesitan las administraciones sanitarias, del origen de esos datos y del empleo de los mismos en la acción sanitaria ;
 - b) un conjunto de datos concretos sobre la organización de los servicios en los ministerios de sanidad de diferentes países, sobre las relaciones entre ellos y los demás servicios nacionales de estadística y sobre el contenido de las estadísticas sanitarias, sea la que fuere la administración principalmente encargada de compilarlas.
- 2) Una serie de manuales dedicados a diferentes tipos especiales de estadísticas sanitarias como, por ejemplo, la estadística de las enfermedades de notificación obligatoria y las estadísticas de hospital.

El Comité hace constar que no se puede apreciar las estadísticas en su justo valor, ni utilizarlas convenientemente mientras no están consideradas como parte integrante de la labor de la administración sanitaria. Sólo entonces se hace posible organizar el acopio coordinado de las informaciones fundamentales y de los datos sobre las actividades corrientes, estimular el empleo de los mismos en la administración de los servicios sanitarios y favorecer el aprovechamiento de otras estadísticas no sanitarias.

TESTIMONIO DE GRATITUD

El Comité agradece muy especialmente la ayuda que le han prestado en sus trabajos los siguientes funcionarios de la OMS : Dr. S. Btsh, Director, Organización y Coordinación de Investigaciones ; Dr. M. Grais, Jefe, Difusión de Informaciones Estadísticas ; Dr. E. G. Krohn, Oficial Regional de Epidemiología y Estadística Sanitaria, Oficina Regional para Europa ; Sr. J. Nielsen, Estadígrafo asesor, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ; Dr. M. Pawel, Estadígrafo asesor, Oficina Regional para Africa ; Dra. Ruth R. Puffer, Jefe del Servicio de Estadística Sanitaria, Oficina Regional para las Américas.

Anexo

UTILIZACION DE LAS ESTADISTICAS DE HOSPITAL

Clase de estadísticas de hospital	Usos en el hospital y en la colectividad	Usos de carácter regional	Usos de carácter nacional
<p>A. Estadísticas relativas al hospital</p> <p>(Establecidas con los datos de los cuadros anuales preparados por cada hospital sobre los servicios, las instalaciones, la utilización de los mismos, el personal y la situación financiera)</p> <ol style="list-style-type: none"> Camas de hospital y su distribución por servicio, por clase y por utilización (Medicina, cirugía, obstetricia, etc., habitaciones privadas, semiprivadas, salas, etc.) 	<ol style="list-style-type: none"> Establecimiento de un plan para la utilización máxima de las camas de hospital. Indicación de los sectores en que la utilización es excesiva o insuficiente. Mantenimiento de la proporción óptima de ocupación. Mejor distribución de las camas entre los servicios. Indicación de las necesidades de personal según el total de días de asistencia. Adaptación de las instalaciones a las necesidades de la colectividad. Verificación de la duración media de las hospitalizaciones. 	<ol style="list-style-type: none"> Establecimiento de un plan de distribución de camas y servicios. Evaluación de las demandas de instalaciones de nueva planta. Mantenimiento de una proporción adecuada entre el número de camas y el de habitantes en cada servicio (por ejemplo, en el de pediatría). Localización de las anomalías en la duración media de las hospitalizaciones. Cómputo de los días de asistencia para determinar las sumas que han de abonar al hospital las cajas de seguros. 	<ol style="list-style-type: none"> Descripción del volumen y de la distribución de los recursos hospitalarios fundamentales. Establecimiento de normas aplicables a la proporción entre el número de camas y el de habitantes en cada servicio. Evaluación de las solicitudes de subvenciones con cargo al presupuesto nacional para construcciones de nueva planta. Estudios de mercado hechos por fabricantes de medicamentos, suministros y equipo.

Anexo (continuación)

Clase de estadísticas de hospital	Usos en el hospital y en la colectividad	Usos de carácter regional	Usos de carácter nacional
<p>2. Estadísticas por servicios (Laboratorio, radiología, clínica, sala de operaciones, servicios de urgencia, etc., cocina, economato, etc.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución de los locales, del personal y del material. 2. Verificación de la utilización y de los costos. 3. Evaluación y mejoramiento de las normas de asistencia. 4. Mantenimiento de las normas en los requisitos exigidos para que una institución tenga la consideración de hospital. 5. Criterios para establecer la relación entre los servicios y la remuneración del personal profesional. 6. Adaptación de los recursos al volumen de trabajo. 7. Organización de nuevos servicios de asistencia. 8. Evaluación del rendimiento del personal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de las solicitudes de subvención para adquisición de equipo. 2. Organización de los servicios e instalaciones de la región. 3. Intervención de los presupuestos de los hospitales. 4. Evaluación de las necesidades en personal. 5. Evaluación comparativa de la calidad de la asistencia. 6. Decisiones relacionadas con los programas sanitarios (localización de casos de tuberculosis, bancos de sangre, etc.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de las solicitudes de subvención con cargo al presupuesto nacional para atenciones sanitarias (investigaciones, formación profesional, equipo). 2. Indicación sobre las necesidades de asesoramiento profesional. 3. Descripción del volumen, naturaleza y distribución de los servicios hospitalarios. 4. Planificación nacional del seguro de asistencia médica sanitaria. 5. Actividades de formación e investigación en materia de administración de hospitales. 6. Estudios de mercado para la industria. 7. Estudios emprendidos por ciertas asociaciones profesionales (como, por ejemplo, la de fisioterapeutas).
<p>3. Estadística de personal (Plantillas, títulos académicos, condiciones y horas de trabajo, retribución, etc. Distribución por funciones y servicios)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Previsión de las necesidades de personal. 2. Criterios aplicables en relación con el personal. 3. Negociaciones sobre las condiciones de la remuneración. 4. Preparación del presupuesto del hospital. 5. Distribución interna del personal. 6. Evaluación del volumen de la asistencia profesional a los enfermos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen de los presupuestos de los hospitales e intervención de los gastos. 2. Programas regionales de formación. 3. Determinación de los lugares donde haya escasez o exceso de personal técnico. 4. Distribución regional del personal. 5. Determinación de las necesidades en materia de contratación de personal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudios sobre las disponibilidades de personal (médicos y profesiones afines). 2. Distribución del personal profesional en el país. 3. Determinación de las variaciones provinciales en los costos por paciente, que puedan atribuirse al personal. 4. Evaluación de las solicitudes de subsidios para formación profesional, becas, etc.

<p>7. Determinación de las necesidades en materia de formación.</p> <p>8. Evaluación de la competencia del personal.</p> <p>9. Determinación de las situaciones en que no se haga el empleo debido del personal competente.</p> <p>10. Determinación de los casos en que haya cambios excesivos de personal.</p>	<p>6. Establecimiento de normas aplicables a la proporción numérica entre el personal y los pacientes.</p> <p>7. Establecimiento de criterios regionales sobre remuneraciones y condiciones de trabajo.</p>	<p>5. Análisis económicos sobre el empleo y sobre el producto nacional.</p> <p>6. Estudios universitarios de administración de hospitales.</p> <p>7. Información de las asociaciones nacionales del personal profesional y técnico de los hospitales.</p>
<p>4. Estadística de los medios de formación (Programas, matrícula, costos, etc. de los cursos para enfermeras, auxiliares y técnicos)</p>	<p>1. Preparación de los programas de formación.</p> <p>2. Evaluación de la eficacia de los programas.</p> <p>3. Determinación de las posibilidades de formación ofrecidas a la población.</p>	<p>1. Evaluación de la distribución regional de los medios de formación.</p> <p>2. Estudio sobre la eficacia del conjunto de los medios de formación disponibles.</p>
<p>5. Estadística de recaudación (Cuantía y procedencia de las entradas en caja: pago de los servicios prestados a los pacientes, subvenciones, donativos, renta de las inversiones, etc.)</p>	<p>1. Preparación del presupuesto y del informe financiero.</p> <p>2. Cálculo de las tarifas de los servicios.</p> <p>3. Campañas para allegar fondos.</p> <p>4. Decisiones sobre inversión de fondos.</p> <p>5. Información pública sobre la situación financiera del hospital.</p>	<p>1. Examen de los presupuestos de los hospitales.</p> <p>2. Decisiones sobre la concesión de ayuda para contribuir a enjugar descubiertos.</p> <p>3. Distribución equitativa de los subsidios.</p> <p>4. Establecimiento de normas sobre tarifas.</p>
<p>6. Estadística de gastos (Gastos clasificados por servicios y por finalidad; cálculo de los costos)</p>	<p>1. Preparación del presupuesto y del informe financiero.</p> <p>2. Intervención general de los costos.</p> <p>3. Equilibrio de la distribución interna de los fondos.</p> <p>4. Localización de sectores mal administrados.</p> <p>5. Verificación de las compras de suministros, medicamentos y equipo.</p> <p>6. Establecimiento de las tarifas.</p> <p>7. Información pública.</p>	<p>1. Evaluación de una parte del programa nacional de seguros de hospital.</p> <p>2. Actividades de enseñanza y de investigación sobre financiamiento de hospitales.</p>
	<p>1. Examen del presupuesto de los hospitales.</p> <p>2. Preparación de la evaluación oficial del costo de los seguros de asistencia hospitalaria.</p> <p>3. Localización de los hospitales o de los sectores donde los costos sean más altos y de las razones que lo expliquen.</p> <p>4. Establecimiento de normas generales aplicables a los costos por unidad.</p>	<p>1. Determinación del costo del programa nacional de hospitales.</p> <p>2. Establecimiento de normas nacionales.</p> <p>3. Evaluación del costo de los programas de asistencia hospitalaria prolongada.</p> <p>4. Preparación de las disposiciones para fijar la participación del presupuesto nacional en los costos de los hospitales.</p>

Anexo (continuación)

Clase de estadísticas de hospital	Usos en el hospital y en la colectividad	Usos de carácter regional	Usos de carácter nacional
<p>7. Estadística de los balances financieros (Detalle del activo y del pasivo; recaudación general, bienes inmuebles; legados y donaciones)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presupuesto e informe financiero. 2. Intervención de las inversiones, de los créditos pagaderos, de los incobrables, de los giros en descubierto, etc. 3. Decisiones sobre el empleo de los fondos disponibles en concepto de bienes inmuebles de capital. 4. Formalización de solicitudes de asistencia para gastos de capital. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen de los presupuestos. 2. Preparación de instrucciones sobre inversiones, reservas para incobrables, amortización, etc. 3. Decisiones sobre la concesión de ayuda a los hospitales para gastos de capital. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Investigación de las razones que expliquen las diferencias locales de los costos. 6. Actividades de enseñanza e investigación sobre financiamiento de los hospitales. 1. Estudio de la distribución nacional del activo y el pasivo de los hospitales. 2. Decisiones sobre la concesión de subvenciones nacionales para gastos de capital.
<p>B. Estadísticas relativas al paciente (Establecidas con los datos de las fichas personales completadas al dar de alta el paciente)</p> <p>1. Enfermos y días de hospitalización, clasificados por el lugar de residencia del paciente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio numérico sobre las iniciativas de hospitalización. 2. Evaluación de la suficiencia de los servicios en la zona atendida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de un plan de distribución geográfica de los servicios hospitalarios. 2. Aprobación de las demandas de construcción de hospitales de nueva planta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de la distribución geográfica de los recursos hospitalarios en atención a las necesidades.

<p>2. Enfermos y días de hospitalización, clasificados por diagnóstico, por edad y por sexo (Lista detallada, lista especial para uso de los hospitales y lista intermedia; para todo el país y para cada región)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación de las investigaciones médicas en el hospital. 2. Estudios hechos por el personal médico de los casos de larga hospitalización por determinadas enfermedades. 3. Distribución de las camas y del personal por servicios. 4. Organización de los servicios clínicos y especializados en atención a las necesidades. 5. Determinación de los problemas sanitarios de la colectividad. 6. Orientación de los programas sanitarios locales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación de las investigaciones médicas. 2. Estudio regional de los casos de hospitalización prolongada. 3. Determinación de las necesidades en materia de camas, personal y servicios clínicos y especializados. 4. Determinación de los problemas de salud pública y orientación de los programas. 5. Formulación de criterios aplicables al ingreso en los hospitales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución de los fondos destinados a las investigaciones médicas. 2. Estudio de los casos de hospitalización prolongada y de sus causas. 3. Estudios especiales sobre el volumen de la asistencia hospitalaria por diversas enfermedades. 4. Evaluación del estado de salud y de los problemas sanitarios del país. 5. Determinación de las tasas nacionales y regionales de mortalidad por determinadas enfermedades. 6. Planificación, investigación y enseñanza en materia de salud pública. 7. Estudio combinado con el de las estadísticas de mortalidad para evaluar mejor la importancia relativa de diversas enfermedades.
<p>3. Operaciones quirúrgicas clasificadas por diagnóstico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobación de las tasas. 2. Establecimiento de un plan sobre el personal y los medios disponibles en cirugía. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distribución regional de los servicios y medios quirúrgicos. 2. Investigaciones sobre los tratamientos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de normas nacionales y regionales. 2. Estudios especiales para evaluar el resultado de los tratamientos. 3. Mejoramiento de las informaciones sobre los diagnósticos.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

		Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
<i>Informes recientes y en preparación :</i>				
Nº				
198	(1960) Conferencia Técnica Europea sobre la Lucha contra las Enfermedades Infecciosas mediante Programas de Vacunación Informe (24 páginas)	1/9	0,30	1,—
199	(1960) Programas de enseñanza superior de la enfermería para alumnas extranjeras Informe de una Conferencia (52 páginas)	3/6	0,60	2,—
200	(1960) Normas para las sustancias biológicas 6. Normas generales de esterilidad para las sustancias biológicas Informe de un Grupo de Estudio (32 páginas)	1/9	0,30	1,—
201	(1960) Comité de Expertos en Rabia Cuarto informe (32 páginas)	1/9	0,30	1,—
202	(1960) Enfermedad de Chagas Informe de un Grupo de Estudio (22 páginas)	1/9	0,30	1,—
203	(1960) Comité de Expertos en Poliomiélitis Tercer informe (57 páginas)	3/6	0,60	2,—
204	(1960) Segunda Conferencia Africana sobre Bilharziasis (OMS/CCTA) Informe (42 páginas)	3/6	0,60	2,—
205	(1961) Comité de Expertos en Paludismo Octavo informe (55 páginas)	3/6	0,60	2,—
206	(1961) Desinsectación de aeronaves 11º informe del Comité de Expertos en Insecticidas (27 páginas)	1/9	0,30	1,—
207	(1961) Las parodontopatías Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental (48 páginas)	3/6	0,60	2,—
208	(1961) Enseñanza de la psiquiatría y de la higiene mental a los estudiantes de medicina Noveno informe del Comité de Expertos en Salud Mental (40 páginas)	1/9	0,30	1,—
209	(1961) La enseñanza de las ciencias médicas fundamentales desde el punto de vista de la medicina moderna Octavo informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (34 páginas)	1/9	0,30	1,—
210	(1961) Unificación de métodos para las pruebas de sensibilidad microbiana Segundo informe del Comité de Expertos en Antibióticos (27 páginas)	1/9	0,30	1,—
211	(1961) Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas 11º informe (16 páginas)	1/9	0,30	1,—
212	(1961) Empleo y formación de auxiliares de medicina, enfermería, partería y saneamiento Noveno informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (28 páginas)	1/9	0,30	1,—
213	(1961) Cor pulmonale crónico Informe de un Comité de Expertos (38 páginas)	1/9	0,30	1,—

Nº		Precio		
		s. d.	₡	Fr. s.
214	(1961) Molusquicidas Segundo informe del Comité de Expertos en Bilharziasis (57 páginas)	3/6	0,60	2,—
215	(1961) La planificación de los servicios de salud pública Cuarto informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria (53 páginas)	3/6	0,60	2,—
216	(1961) Normas recomendadas para las escuelas de sanidad Décimo informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (26 páginas)	1/9	0,30	1,—
217	(1961) La insuficiencia ponderal del recién nacido desde el punto de vista sanitario Tercer informe del Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil (19 páginas)	1/9	0,30	1,—
218	(1961) Comité de Expertos en Estadística Sanitaria Séptimo informe (31 páginas)	1/9	0,30	1,—
219	(1961) Virus transmitidos por artrópodos Informe de un Grupo de Estudio (79 páginas)	5/-	1,00	3,—
220	(1961) Evaluación de los peligros de carcinogénesis que entrañan los aditivos alimentarios Quinto informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (46 páginas)	3/6	0,60	2,—
221	(1961) Reunión científica sobre la rehabilitación de los leprosos Informe (40 páginas)	3/6	0,60	2,—
222	(1961) Comité de Expertos en Patrones Biológicos 14º informe (54 páginas)	3/6	0,60	2,—
223	(1961) Preparación de programas de higiene mental 10º informe del Comité de Expertos en Salud Mental (64 páginas)	3/6	0,60	2,—
224	(1961) Comité Mixto OIT/OMS de Higiene de los Marinos Tercer informe (14 páginas)	1/9	0,30	1,—
225	(1961) Comité de Expertos en Higiene de la Vivienda Primer informe (65 páginas)	3/6	0,60	2,—
226	(1961) Quimioterapia del paludismo Informe de una reunión técnica (100 páginas)	5/-	1,00	3,—
227	(1962) Toxicidad de los plaguicidas para el hombre 12º informe del Comité de Expertos en Insecticidas (36 páginas)	1/9	0,30	1,—
228	(1962) Evaluación de la toxicidad de diversas sustancias antimicrobianas y antioxidantes Sexto informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (160 páginas)	6/8	1,25	4,—
229	(1962) Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas 12º informe (16 páginas)	1/9	0,30	1,—
230	(1962) Necesidades de Calcio Informe de un Grupo Mixto FAO/OMS de Expertos (56 páginas)	3/6	0,60	2,—
231	(1962) Hipertensión arterial y cardiopatía isquémica: Problemas de prevención Informe de un Comité de Expertos (30 páginas)	1/9	0,30	1,—
232	(1962) Quimioterapia del Cáncer Primer informe de un Comité de Expertos (55 páginas)	3/6	0,60	2,—
233	(1962) Comité de Expertos en Filariasis (Infecciones por Wuchereria y por Brugia) Informe (53 páginas)	3,6	0,60	2,—

Nº		Precio		
		s. d.	\$	Fr. s.
234	(1962) Comité de Expertos en Tracoma Tercer informe (52 páginas)	3/6	0,60	2,—
235	(1962) Función del médico de sanidad y del médico general en la asistencia psiquiátrica 11º informe del Comité de Expertos en Salud Mental (61 páginas)	3/6	0,60	2,—
236	(1962) Planeamiento, organización y administración de un servicio nacional de laboratorio de salud pública Tercer informe del Comité de Expertos en Servicios de Laboratorio de Salud Pública (52 páginas)	3/6	0,60	2,—
237	(1962) Normas para las sustancias biológicas 7. Normas para la vacuna antipoliomielítica (oral) Informe de un Grupo de Estudio (31 páginas)	1/9	0,30	1,—
238	(1962) La enseñanza de la genética en las facultades de medicina y en los cursos de perfeccionamiento Primer informe del Comité de Expertos en Genética Humana (20 páginas)	1/9	0,30	1,—
239	(1962) Requisitos mínimos internacionalmente admisibles para la enseñanza de la medicina Informe de un Grupo de Estudio (63 páginas)	3/6	0,60	2,—
240	(1962) Principios fundamentales para la seguridad del consumidor contra los residuos de plaguicidas Informe de la Reunión de un Comité de Expertos de la OMS en Residuos de Plaguicidas y del Cuadro de Expertos de la FAO sobre el uso de Plaguicidas en Agricultura (21 páginas)	1/9	0,30	1,—
241	(1962) Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Higiene de la Carne Segundo informe	<i>En preparación</i>		
242	(1962) Normas para la notificación de enfermedades y alteraciones dentales Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental (24 páginas)	1/9	0,30	1,—
243	(1962) Comité de Expertos en Paludismo Noveno informe (48 páginas)	3/6	0,60	2,—
244	(1962) La enseñanza de la odontología Informe de un Comité de Expertos en Higiene Dental (35 páginas)	1/9	0,30	1,—
245	(1962) Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición Sexto informe (100 páginas)	5/-	1,00	3,—
246	(1962) Problemas de higiene del trabajo en la agricultura Cuarto informe del Comité Mixto OIT/OMS de Higiene del Trabajo (72 páginas)	3/6	0,60	2,—
247	(1962) Comité de Expertos en Tripanosomiasis Primer informe (65 páginas)	3/6	0,60	2,—
248	(1962) El peligro de las radiaciones en relación con otros riesgos para la salud Tercer informe del Comité de Expertos en Radiaciones (44 páginas)	3/6	0,60	2,—
249	(1962) Inspección de la calidad de las preparaciones farmacéuticas Informe de una Reunión Técnica Europea (39 páginas)	3/6	0,60	2,—
250	(1963) Servicios sanitarios urbanos Quinto informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria (44 páginas)	3/6	0,60	2,—