

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 395

ADMINISTRACION DE HOSPITALES

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1968

© Organización Mundial de la Salud, 1968

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Ello no obstante, los organismos gubernamentales, las sociedades culturales y científicas y las asociaciones profesionales pueden reproducir ilustraciones, datos o extractos de estas publicaciones sin necesidad de pedir autorización a la Organización Mundial de la Salud.

Las entidades interesadas en reproducir o traducir íntegramente alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Servicios de Edición y Documentación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN FRANCE

INDICE

	Página
Introducción	5
Principales sistemas de administración de hospitales y su relación con la administración pública	6
Definición de hospital	6
Formas de propiedad	6
Legislación	7
Relaciones con la administración pública	8
Niveles administrativos	8
Regionalización del sistema de hospitales	8
Disponibilidad de servicios de hospital	10
Financiación de los servicios de hospital	10
Planificación de una red de servicios de hospital	11
Requisitos preliminares de la planificación	11
Organización administrativa	13
Fases de la planificación	14
Distribución de funciones	17
Coordinación entre hospitales que dependen de distintos organismos	19
Planificación de un hospital	20
El proceso de planificación	21
Emplazamiento	21
El grupo de planificación	21
Algunos principios de planificación	22
Gestión de hospitales	23
Función del hospital	23
La junta de administración	24
El director	25
Elementos varios de gestión interna	26
Gestión financiera	27
Formación de directores de hospital	29
Recomendaciones	31

**COMITE DE EXPERTOS
DE LA OMS EN ADMINISTRACION DE HOSPITALES**

Ginebra, 3-9 de octubre de 1967

Miembros:

- Profesor B. Abel-Smith, Profesor de Administración Social de la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, Londres, Inglaterra
- Sra. S. M. Bohm, Directora de la División de Enfermería del Departamento de Sanidad, Wellington, Nueva Zelandia
- Dr. P. Charbonneau, Inspector General, Despacho del Director General, Administración General de Asistencia Pública, París, Francia
- Dr. Ahmed Kamel Mazen, Presidente del Consejo de la Organización de Asistencia Médica, El Cairo, República Arabe Unida
- Dr. R. L. Mehra, Asesor Médico del Alto Comisionado para la India en el Reino Unido, Londres, Inglaterra (*Vicepresidente*)
- Profesor N. Pesonen, Director General de la Junta Nacional de Sanidad, Helsinki, Finlandia (*Presidente*)
- Profesor F. B. Roth, Presidente del Departamento de Administración Sanitaria de la Escuela de Higiene, Universidad de Toronto, Canadá (*Relator*)
- Dr. A. F. Tuboku-Metzger, ex-Director de los Servicios Médicos del Hospital Connaught, Freetown, Sierra Leona

Representantes de otros organismos:

Oficina Internacional del Trabajo:

- Dr. M. Stilon de Piro, Sección General, Servicio de Seguridad Social, OIT

Asociación Internacional de Seguridad Social:

- Dr. Jérôme Dejardin, Director General del Instituto Nacional del Seguro de Enfermedad, Bruselas, Bélgica

Federación Internacional de Hospitales:

- Sr. D. G. Harington Hawes, Director General de la Federación Internacional de Hospitales, Londres, Inglaterra

Secretaría:

- Dr. R. F. Bridgman, Jefe del Servicio de Organización de la Asistencia Médica, OMS (*Secretario*)
- Dr. J. Cohen, Subdirector General (Servicios Médicos) y Jefe del Servicio de Planificación de Hospitales, Ministerio de Sanidad, Jerusalén, Israel (*Consultor*)

ADMINISTRACION DE HOSPITALES

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

Del 3 al 9 de octubre de 1968, se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS en Administración de Hospitales. El Dr. J. Karefa-Smart, Subdirector General, inauguró la reunión en nombre del Director General y dio la bienvenida a los miembros del Comité. Fue elegido Presidente el Profesor N. Pesonen, Vicepresidente el Dr. R. L. Mehra y Relator el Profesor F. B. Roth.

INTRODUCCION

En sus palabras de introducción, el Dr. Karefa-Smart señaló que los adelantos farmacológicos y tecnológicos realizados en el pasado decenio han abierto nuevas posibilidades en materia de diagnóstico y terapéutica. Sin embargo, el número de países en desarrollo insuficientemente dotados de servicios de asistencia médica ha aumentado mucho en el mismo periodo. En los países más desarrollados se ha progresado con asombrosa rapidez en la aplicación de técnicas muy complejas, como la de cirugía a corazón abierto, la vigilancia del enfermo mediante dispositivos electrónicos, la diálisis peritoneal y renal, el trasplante de órganos y la radioterapia con supervoltaje. Al propio tiempo, se ha automatizado el equipo de laboratorio, se ha aplicado el cálculo electrónico a la ordenación de datos y al diagnóstico de enfermedades, y se ha adaptado el análisis de sistemas a las necesidades de la planificación, para todo lo cual ha sido necesario movilizar un enorme volumen de recursos financieros y de personal. Por el contrario, los países en desarrollo siguen enfrentándose con el problema de facilitar la asistencia médica más elemental para casos urgentes; los gastos que acarrearía el establecimiento de servicios preventivos han de evaluarse partiendo de esa base y teniendo en cuenta la extremada escasez de fondos, equipo y mano de obra.

El Dr. Karefa-Smart recomendó a los miembros del Comité que no dejaran de tener presente en sus trabajos esa diversidad de condi-

ciones. Pudieran utilizarse medios análogos en los distintos países, aunque incluso a ese respecto puede haber a veces dificultades técnicas. Sin embargo, es probable que la planificación de los servicios de hospital, del hospital mismo, de los sistemas de administración y gestión, y la formación de los administradores correspondientes, temas que el Comité ha de examinar, tenga que ser muy distinta según las regiones.

PRINCIPALES SISTEMAS DE ADMINISTRACION DE HOSPITALES Y SU RELACION CON LA ADMINISTRACION PUBLICA

Definición de hospital

En el primer informe del Comité de Expertos de la OMS en Organización de la Asistencia Médica el hospital se define como « 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 ».¹

El presente Comité ha creído indispensable dar del hospital una definición más práctica, y a la vez lo más sencilla y amplia posible, para que quepa aplicarla a la gran variedad de instituciones de esa índole que se necesitan tanto en los países en desarrollo como en los altamente industrializados. El Comité definió por tanto el hospital como una institución donde permanecen los enfermos para recibir asistencia médica y de enfermería.² Esa definición puede completarse para hacerla aplicable a hospitales que asuman también otras funciones. Por ejemplo, puede hacerse del hospital un centro especializado de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermos, hospitalizados o no, que dé asistencia ambulatoria y domiciliaria, y preste servicios preventivos personales, sea directamente o a título consultivo. También puede participar en la formación de personal sanitario y efectuar investigaciones sobre problemas médicos, epidemiológicos, sociales y de organización.

Formas de propiedad

A medida que el hospital, destinado inicialmente a acoger a los enfermos, los ancianos y los menesterosos, se va convirtiendo en una institución social de gran complejidad, las formas de propiedad y los

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, 122, página 4.

² Según el *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales; World health statistics annual, 1963* (Ginebra, OMS, 1966), para que esas instituciones sean consideradas como hospitales han de tener por lo menos un médico en su personal de plantilla.

sistemas de organización del mismo se diversifican y multiplican. Las características de la propiedad pueden variar según la extensión, el grado de organización y el sistema politicosocial del país de que se trate. Los hospitales pueden ser propiedad de entidades privadas (agrupaciones religiosas, instituciones filantrópicas o empresas industriales) o de organismos públicos (autoridades locales o gobierno central). Hay países donde se da una mezcla de esos diferentes tipos de propiedad.

En la mayoría de los países la situación se ve complicada por el distinto tipo de funciones asignadas al hospital, que son resultado de los adelantos de la medicina y la tecnología, así como de la creciente demanda de aplicación de éstos al tratamiento del enfermo. El mejoramiento de los medios de comunicación hace que los países en desarrollo conozcan con mayor facilidad esos adelantos, lo que complica la organización de sus propios servicios de hospital. A consecuencia de esos factores y del consiguiente aumento en el costo de la asistencia hospitalaria, se tiende en gran número de países a confiar la gestión de los hospitales a autoridades de nivel superior. De modo análogo, en gran número de países muy industrializados es cada vez mayor el número de instituciones de esa naturaleza que patrocina el gobierno o que reciben de éste apoyo técnico y financiero.

Legislación

Uno de los principales objetivos perseguidos al confiar los hospitales a las autoridades de nivel superior es proteger a sus usuarios, puesto que es posible así no autorizar oficialmente más que a las instituciones que reúnen ciertos requisitos mínimos y cabe además mejorar por distintos medios la calidad de la asistencia. En algunos países ha sido suficiente a ese respecto la acción particular de los propios hospitales, pero en otros muchos se hizo indispensable la acción del legislador. Importa señalar que la legislación adoptada tiende a asegurar una distribución más equilibrada de las responsabilidades entre la autoridad central y la local.

El Comité ha reconocido la conveniencia de disponer de una legislación sobre hospitales, tenga ésta carácter autónomo o esté inscrita en un conjunto legal más amplio (legislación sanitaria o legislación local). A juicio del Comité, ha de distinguirse entre requisitos mínimos obligatorios y normas de carácter facultativo. En general, la legislación ha de abarcar los extremos siguientes : 1) creación de servicios de hospital; 2) sistemas de organización y métodos de planificación y coordinación; 3) requisitos mínimos para diferentes tipos de hospitales; 4) limitación de gastos; 5) necesidades cuantitativas y cualitativas de personal; y 6) derechos y obligaciones del personal. En los países donde la adminis-

tración o el sistema de hospitales están muy centralizados, puede reemplazarse la legislación por decretos administrativos donde cabe precisar qué medidas son obligatorias y cuáles facultativas.

Relaciones con la administración pública

Es de la máxima importancia que haya una perfecta cooperación y coordinación entre los hospitales, las organizaciones de salud pública y los diferentes organismos de la administración.

Sin embargo, la gran especialización y complejidad de los hospitales influye considerablemente en la coordinación de esos centros con otros servicios sanitarios y sociales. En los últimos años han llegado también a un alto grado de especialización otros muchos sectores de la salud pública, y ello hace más difícil la perfecta integración de los servicios de hospital con otros servicios sanitarios. Además, hay distintas maneras de concebir el hospital como parte de la organización sanitaria, y la integración de sus servicios varía considerablemente según la importancia y el radio de acción de esas instituciones. El Comité entiende que dicha integración es más importante en la esfera local que a otros niveles.

Niveles administrativos

En los países de gran tradición centralista se tiende actualmente a la descentralización de funciones. Por el contrario, en aquellos donde los hospitales empezaron creándose por iniciativa local y quedaron en gran parte bajo la dependencia de las autoridades locales, se tiende ahora a una mayor centralización. En cualquier caso, el Comité recomienda que se fomente la iniciativa local, aun cuando sea inevitable cierto grado de centralización.

Para que en una región haya la iniciativa y la autoridad que exige la creación de hospitales locales, ha de existir en ella una infraestructura social adecuada. Del mismo modo, las funciones y características de una administración central de hospitales vienen en gran medida determinadas por la organización social del país de que se trate. La administración central, ya sea un órgano independiente o un departamento ministerial, puede tener funciones legislativas y de orientación, planificación, financiación, asesoramiento y coordinación, o bien tener de modo más directo bajo su dependencia los servicios de hospital.

Regionalización del sistema de hospitales

La desigualdad en la distribución de la población, la concentración de los servicios de asistencia médica en las zonas urbanas y la especia-

lización de la medicina exigen a veces el establecimiento de redes de hospitales en ciertas regiones. Como consecuencia de ello, se ha desarrollado la regionalización de los servicios de asistencia hospitalaria. En algunos países la regionalización no ha pasado de la pura teoría, pero en otros se ha establecido un auténtico sistema de administración regional.

El número de regiones en que haya de dividirse un país dependerá del número de habitantes y de su distribución. A juicio del Comité, la población adecuada para una región administrativa sería de 1 a 3 millones de habitantes. Sin embargo, esas cifras son meramente indicativas, pues la importancia de la región dependerá de muchos factores, como el número máximo de hospitales que se pueden controlar en ella y la extensión que ha de tener para que sea rentable económicamente el establecimiento de servicios muy especializados.

Según sea la organización social del país, la función de las autoridades regionales puede variar desde la simple orientación, la inspección y coordinación hasta la gestión directa de los hospitales. El Comité de Expertos de la OMS en Organización de la Asistencia Médica describió adecuadamente el sistema regional en su primer informe,¹ y el presente Comité ha hecho suya esa descripción. Ha indicado, no obstante, que para el establecimiento completo de un sistema de esa índole han de tenerse en cuenta numerosos elementos, como las características geográficas, el alcance del poder local, el número de médicos, de centros de salud e instituciones auxiliares, los métodos de selección de enfermos, la resistencia de éstos a ser trasladados de un hospital a otro de distinta categoría dentro de la misma región y la actitud del personal médico.

Los servicios de los hospitales regionales pueden variar mucho según los países. En los que están en desarrollo, esos servicios son a veces elementales, pero cabe la posibilidad de ir incorporando especialidades a medida que mejora la calidad de la asistencia. Lo que importa sobre todo es que los departamentos especializados tengan funciones regionales, estén o no agrupados en un solo hospital.

El hospital regional dotado de todos los servicios necesarios y el hospital local son fáciles de definir. Por el contrario, la definición del hospital de categoría intermedia es más difícil debido al continuo cambio de la tecnología médica; lo que ayer era un campo de investigación puede ser hoy una especialidad y mañana un procedimiento de simple rutina.

Es más importante concentrar los servicios especializados en un sistema regional y evitar una duplicación superflua de funciones que dotar a cada región de su propio hospital. En las ciudades importantes, por ejemplo, puede no ser necesaria una distinción muy estricta entre

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1957, **122**, página 18.

el hospital local y el hospital de categoría intermedia, mas tanto unos como otros forman parte del sistema metropolitano de asistencia hospitalaria; por el contrario, en las zonas donde la población está más dispersa, quizá sea indispensable un sistema regional más estructurado si se quiere poner los servicios al alcance del mayor número posible de personas. La dificultad de dotar a ciertos hospitales regionales del personal y el equipo necesarios para ciertas especialidades puede incluso exigir la concentración de éstas en complejos centrales de asistencia médica que sirvan a varias regiones. Ahora bien, aun en los casos en que de momento no se pueda pensar en verdaderos hospitales regionales (como ocurre, por ejemplo, en los países en desarrollo), es importante tener presente el concepto desde un principio para que la expansión de esos servicios se realice de modo equilibrado y sistemático.

Al organizar la totalidad de servicios necesarios en una región, deberá procurarse que los servicios clínicos queden asegurados en la mayor medida posible por los hospitales generales. Entre esos servicios han de estar los de rehabilitación, hospitalización por corto plazo, consultorios, asistencia domiciliaria de enfermos crónicos, y ciertos tipos de asistencia psiquiátrica por periodos breves. El Comité no ha llegado a un acuerdo respecto de la necesidad de crear hospitales especiales, cosa que algunos de sus miembros estimaron totalmente superflua. Por el contrario, otros opinaron que, a pesar del arduo problema que supone la dotación de personal, esas instituciones pueden ser necesarias para enfermos cuyo tratamiento exige condiciones distintas de las que ofrecen los hospitales generales de elevado nivel técnico; tal es, por ejemplo, el caso de las personas con enfermedades crónicas, de los tuberculosos (según la incidencia de la enfermedad en el país), de los enfermos y retrasados mentales y de las personas con impedimentos físicos graves.

Disponibilidad de servicios de hospital

Para la distribución óptima de los recursos en función de los servicios de hospital que deben facilitarse a la población, hay que determinar el valor médico y económico de las inversiones en cada sector y tener en cuenta la importancia concedida a la acción sanitaria en el plan de desarrollo económico del país. No pueden establecerse a este respecto normas precisas, porque cada país debe decidir por sí mismo ajustándose a los principios indicados en este informe.

Financiación de los servicios de hospital

Los servicios de hospital absorben la mayor parte del aumento de los gastos sanitarios de muchos países cuya renta nacional es elevada.

Si bien es cierto que esos servicios se pueden considerar como una inversión cuyos dividendos son la disminución de la invalidez y el desempleo causados por la enfermedad, y el aumento consiguiente de la producción industrial, es indudable que las sumas invertidas no deben sobrepasar un límite. Este límite, que se puede calcular como porcentaje de los gastos en atenciones sanitarias, tiende a variar según el desarrollo económico de cada país. Las fuentes de financiación de los servicios de hospital (que también variarán según el desarrollo económico y social de cada país) son los pagos efectuados por los particulares, los sistemas de pagos anticipados, los sistemas de seguro (voluntario u obligatorio) de enfermedad y de asistencia hospitalaria, los seguros sociales, las subvenciones del Estado, las aportaciones de entidades filantrópicas, el producto de loterías y la imposición fiscal, sea general o local.

PLANIFICACION DE UNA RED DE SERVICIOS DE HOSPITAL

Como anteriormente se señaló, los servicios de hospital son cada vez más complejos a causa de los adelantos de la medicina y del creciente interés público y privado en el fomento de la salud y en la posibilidad de disponer del máximo de servicios de asistencia médica. Este factor, junto con el costo, siempre en aumento, de los servicios de hospital ha demostrado la necesidad de un desarrollo planificado y racional de esos servicios.

Al mismo tiempo, se ha comprendido la necesidad de planificar el desarrollo económico-social y, como parte de éste, los servicios sanitarios.

Los métodos de planificación descritos en las secciones siguientes, aun siendo susceptibles de aplicación general, resultan extremadamente complejos. Ahora bien, en gran número de países en desarrollo no es preciso esperar a que termine cada etapa del proceso de planificación para ampliar los servicios de hospital existentes. Con frecuencia, son éstos tan insuficientes que un ligero aumento del número de camas de hospital pondría difícilmente en peligro los planes definitivos.

Consciente de la complejidad del proceso, el Comité ha sugerido que la OMS intensifique sus actividades de asesoramiento a los Estados Miembros en la planificación de los servicios de hospital.

Requisitos preliminares de la planificación

En las discusiones técnicas sobre planificación sanitaria celebradas durante la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, se señalaron las siguientes condiciones previas y datos preliminares necesarios para la planificación.

1. Conocimiento del interés, de los fines y de las intenciones del gobierno en materia de desarrollo social y económico del país, así como de su política en materia de planifi-

cación sanitaria considerada como parte de ese desarrollo. El Comité de Expertos en Administración Sanitaria señaló en su cuarto informe que « la determinación de la política sanitaria del gobierno es la fase fundamental de la planificación de los servicios ».¹ Las decisiones « estratégicas » ha de tomarlas el gobierno, sobre todo cuando se trata de introducir un sistema nuevo.

2. Adopción de una legislación que facilite la planificación y la ulterior ejecución del plan.

3. Existencia de un organismo de planificación social y económica con atribuciones para formular principios y tomar decisiones y de un órgano de planificación sanitaria que forme parte del primero o que tenga la misma categoría.

4. Existencia de un dispositivo que permita coordinar las actividades de todos los órganos de planificación y las de estos órganos con las de los departamentos gubernamentales competentes.

Datos preliminares esenciales

1. Datos demográficos — nacionales, regionales, provinciales y locales.

2. Estadísticas demográficas y sanitarias (tasas de mortalidad general y mortalidad infantil, defunciones clasificadas por causas, datos de morbilidad, hospitalizaciones, etc.).

3. Inventario de las instituciones sanitarias públicas y privadas con inclusión de las docentes, y análisis completo, por categorías, del personal sanitario empleado por el gobierno o en el ejercicio privado de la profesión.

4. Información sobre la situación económica del país y sobre las disponibilidades generales de mano de obra.

5. Relación de los créditos asignados a los servicios de sanidad.

Algunos especialistas estimaron que esta lista era demasiado restringida y pidieron que se añadieran los siguientes datos :

i) estadísticas de hospital sobre morbilidad y mortalidad;

ii) resultados de las encuestas en masa sobre la prevalencia de ciertas enfermedades específicas y asintomáticas y sobre el estado físico de ciertos grupos vulnerables; datos sobre el desarrollo de la urbanización e informaciones sobre la magnitud del nomadismo.

En las discusiones técnicas se destacó la utilidad de las encuestas en ciertas condiciones y se señaló asimismo la conveniencia de estudiar la metodología adecuada para el proceso de planificación que se hubiere previsto. Se advirtió que las estadísticas de hospital no siempre son fidedignas, particularmente en los países en desarrollo, a causa de su carácter selectivo. Por último, se insistió en la necesidad de emprender a veces la planificación aunque tan sólo se disponga de un mínimo de datos. Sin embargo, éstos no se han de considerar como definitivos. A partir de datos sencillos e incluso rudimentarios se puede llegar en el transcurso de los años, con paciencia y constancia, a establecer sistemas estadísticos fidedignos para el examen y la corrección periódicos de los planes de operaciones, lo cual facilitará la elaboración de planes futuros.

En algunas regiones, particularmente si se trata de países en desarrollo, puede ser preciso empezar la planificación de hospitales incluso cuando no existe un organismo de planificación social y económica ni un órgano de planificación sanitaria.

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1961, 215, página 10.

El Comité ha señalado el interés de las observaciones formuladas por el Comité de Expertos de la OMS en Planificación Sanitaria Nacional en los Países en Desarrollo.¹ Muchos de los métodos descritos en ese informe son aplicables a la planificación de hospitales y a países que han llegado a un grado relativamente alto de desarrollo económico.

Antes de emprender la planificación de hospitales en gran escala es imprescindible que haya 1) interés del gobierno en la expansión de los servicios de hospital; 2) cooperación de las autoridades que tengan a su cargo los hospitales existentes; 3) un organismo técnico y administrativamente capacitado para emprender la planificación; 4) tiempo suficiente para la obtención de los datos necesarios y para consultar a todos los organismos interesados. Es también importante la existencia de algún tipo de disposiciones legislativas que faciliten la preparación y ejecución del plan. Además, la planificación debe comenzar bastante antes de la fecha prevista de ejecución.

El objetivo de la planificación ha de ser la construcción, en los emplazamientos apropiados, de hospitales de tamaño adecuado, capaces de asegurar los servicios necesarios. El plan deberá ser lo bastante flexible para permitir modificaciones periódicas según los adelantos en materia de asistencia médica y los cambios sociales y económicos. En el proceso de planificación, la responsabilidad estará dividida entre las autoridades centrales, regionales y locales.

El primer requisito para planificar una red de servicios de hospital es el establecimiento de una organización administrativa adecuada que prepare el plan correspondiente ajustándose al plan sanitario nacional de sanidad y que consiga que aquél sea aceptado.

Organización administrativa

Para la planificación de una red de hospitales es preciso establecer principios generales y ultimar minuciosamente los detalles técnicos. Por consiguiente se necesitará disponer de dos organismos distintos, a saber: un comité directivo de planificación y un servicio encargado de la preparación técnica del plan. El comité de planificación debe ocuparse preferentemente del plan general de sanidad, aunque en algunos países sus atribuciones pueden estar limitadas a la red de servicios de hospital. Ocurrirá con frecuencia que las decisiones han de tomarse en última instancia a nivel gubernamental.

La principal responsabilidad del comité de planificación será revisar el plan general de hospitales y presentarlo a las autoridades financieras y legislativas para su discusión y adopción como parte de los planes sociales y económicos nacionales. En algunos países puede establecerse

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1967, 350.

ese comité en el ministerio de sanidad; en otros cabe asignar sus funciones a un comité nacional de planificación social y económica con atribuciones más amplias. Su composición variará según las características sociales y políticas del país de que se trate.

El servicio de planificación se creará casi siempre en el ministerio de sanidad y estará integrado generalmente por 1) médicos con conocimientos y experiencia en todos los aspectos de la salud pública y de los servicios de hospital, 2) administradores no médicos con conocimientos y experiencia en materia de organización, presupuesto y técnicas de almacenamiento, y recuperación de datos, 3) consultores de enfermería con experiencia en la administración de los servicios correspondientes, 4) especialistas en planificación urbana, 5) arquitectos e ingenieros con experiencia en la construcción de hospitales, y 6) un economista especializado en el análisis de costos.

Sin una organización de ese tipo, el plan puede quedarse en una simple compilación de las peticiones formuladas por organismos de distintas categorías. Además, se correría el riesgo de que el plan fuera técnica o financieramente irrealizable. Es también importante que haya una estrecha y constante cooperación entre los órganos encargados de la planificación y los responsables de los servicios administrativos y clínicos de los hospitales.

Fases de la planificación

La planificación de un servicio de hospitales comprende una serie lógica de fases, a saber: 1) evaluación de las necesidades, 2) estimación de los recursos, 3) establecimiento del orden de prioridades, y 4) evaluación continua de los progresos realizados.

Evaluación de las necesidades

Es preciso hacer una evaluación cuantitativa y cualitativa de las necesidades. Entre los factores cuantitativos están el número de camas que ha de tener cada tipo de hospital y cada servicio especializado, la importancia de los servicios ambulatorios y el alcance de los servicios centrales de diagnóstico y terapéutica necesarios para la asistencia hospitalaria y la ambulatoria. Los factores cualitativos son el nivel que ha de tener la asistencia prestada, el grado apetecido de especialización y la medida en que han de distribuirse los servicios especializados en todo el país.

A pesar de las posibilidades de error, es preciso prever la evolución de la ciencia y de la tecnología médicas. Las proyecciones estadísticas son útiles, pero insuficientes. Teniendo en cuenta que se trata de predicciones, convendrá ser tolerante en cuanto a la exactitud de los datos

de base necesarios. Por otra parte, las exigencias de la población y los cambios de actitud de ésta respecto de los servicios de asistencia hospitalaria pueden influir en la objetividad de la evaluación.

Cabe distinguir, en términos generales, dos métodos de evaluación: el prospectivo y el retrospectivo. El primero establece correlaciones entre la situación demográfica, la distribución de la población, la situación económica, los factores sociales y culturales (inclusive la aceptación del hospital y sus servicios), la morbilidad, la influencia de los nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento y otros factores de orden sanitario y social. La evaluación retrospectiva consiste esencialmente en analizar la utilización de los servicios existentes, y por ello hay que emplearla con precaución en los países donde los servicios de hospital son muy limitados. Hay que evaluar la medida en que se utilizan los servicios y si ello se hace o no de la manera adecuada. Para evaluar la utilización ha de recurrirse al análisis de las tasas de admisión y de alta, de los días de hospitalización por habitante, de la longitud de las listas de espera, del uso de los servicios de diagnóstico y tratamiento y del número de primeras visitas y de visitas sucesivas a los servicios ambulatorios. Algunos factores, como las tasas de ocupación de camas y la duración media de las hospitalizaciones, requieren minucioso análisis, pues los promedios brutos no permiten apreciar el alcance de las desviaciones de la media establecida. Para determinar si los servicios se utilizan en la forma adecuada se observará en qué medida los enfermos han pasado al hospital, al servicio o a la sala adecuados, se estudiará la posibilidad de trasladar enfermos hospitalizados a los servicios ambulatorios y se recurrirá, cuando convenga, a un sistema de inspección. La evaluación de las necesidades puede ser más completa combinando el método prospectivo con el retrospectivo y utilizando además estadísticas de morbilidad y de mortalidad, encuestas sobre tendencias de la morbilidad y estudios piloto sobre grupos o zonas especialmente escogidos. Por último, puede ser útil recurrir al empleo de algunos métodos recientes de matemáticas aplicadas; de todos modos, las previsiones así obtenidas deberán someterse al examen de un especialista en planificación sanitaria.

Estimación de los recursos

Para la estimación de los recursos necesarios y de la medida en que se dispondrá de ellos habrá que tener en cuenta los medios económicos, técnicos y de mano de obra existentes.

La estimación de los gastos se hará a partir no sólo de las inversiones en bienes y de las sumas gastadas en el primer año de ejecución sino del aumento futuro de los gastos ordinarios, inclusive las amortizaciones. Al establecer definitivamente el plan se tendrá presente la

capacidad económica del Estado o de la colectividad para ejecutarlo y para mantener el sistema de hospitales previsto. Desgraciadamente, en los países en desarrollo las necesidades más acuciantes están a veces en razón inversa de la capacidad económica para satisfacerlas.

Respecto a los recursos de mano de obra, es necesario evaluar la disponibilidad de personal médico y técnico, tanto en la fase de preparación detallada del plan como en la de ejecución, habida cuenta de las posibilidades de formar y de contratar ese personal.

Es importante que en los grupos encargados de determinar el personal necesario haya representantes de cada una de las disciplinas pertinentes. Esa evaluación deberá iniciarse al comienzo de la fase de planificación. Si es preciso, podrá pedirse asistencia a la OMS, sea para formar personal en el extranjero o para organizar en el país los programas necesarios.

En cuanto a los medios técnicos, deberá evaluarse la disponibilidad de materiales de construcción, la capacidad de la industria en ese sector y la posibilidad de obtener el equipo y las instalaciones necesarios.

Establecimiento del orden de prioridades

Una vez que se han determinado las necesidades y los recursos, hay que establecer conforme a un orden lógico los objetivos a corto y a largo plazo, es decir, fijar un orden de prioridades. Tal vez sea ésta la operación más delicada, pues además de los factores de orden médico hace intervenir consideraciones de orden social, económico y político. Como las autoridades locales suelen formular múltiples peticiones y propuestas, habrá que proceder por eliminación para establecer el plan.

Evaluación de los progresos realizados

Las necesidades de asistencia hospitalaria cambian continuamente, por lo que ningún plan se puede considerar como definitivo. En consecuencia, la planificación ha de ser un proceso continuo que estará sujeto a revisión conforme a lo que dicte la experiencia. Por ese motivo, es esencial la evaluación de los progresos realizados en todas las fases de preparación y ejecución del plan. A este efecto, puede ser preciso utilizar métodos de investigación operativa.

Calendario de operaciones

En la planificación en gran escala es preciso establecer un calendario, tanto para la preparación detallada del plan como para su ejecución. El establecimiento de dicho calendario exige a veces la utilización de métodos como los de análisis de sistemas y análisis de trayectoria crítica.

Distribución de funciones

Como ya se ha indicado, al planificar una red de hospitales importa distribuir las funciones entre los órganos centrales, regionales y locales.

Autoridad central

La principal función de los órganos centrales es el establecimiento de una política general, es decir, del plan de conjunto que ha de seguirse en la organización de la asistencia hospitalaria. Sin embargo, las autoridades centrales pueden tener otras muchas funciones, y en particular las siguientes : 1) coordinar la ejecución de planes en todos los sectores; 2) asegurar la coordinación con las autoridades nacionales de planificación, con otros servicios sanitarios o sociales, universidades y departamentos de obras públicas; 3) efectuar el análisis de costos y preparar los presupuestos; 4) obtener fondos suficientes de las autoridades financieras y legislativas; 5) establecer normas aplicables a los servicios, al personal, a la arquitectura y al equipo; 6) practicar investigaciones sobre la planificación de los hospitales y su arquitectura; y 7) evaluar de continuo los progresos realizados.

Otra función de las autoridades centrales es dar asesoramiento a las autoridades regionales y locales. Hay que establecer claramente la relación entre esas tres categorías de autoridades y conviene que las centrales participen en la elección del personal directivo de los órganos regionales y locales.

Las autoridades centrales deberán facilitar la formación de todo el personal que necesiten las diversas secciones de los hospitales. Se ocuparán especialmente de establecer programas de formación de especialistas en las diferentes disciplinas médicas, paramédicas, de enfermería, etc. Además, podrán recabar ayuda internacional para esos programas de formación.

Autoridad regional

Las autoridades regionales tienen principalmente funciones técnicas pero suelen participar también en el establecimiento de la política general. Uno de sus principales cometidos es transformar las normas prescritas por la autoridad central en requisitos detallados para aplicación regional, teniendo en cuenta la experiencia adquirida y diversos factores de importancia, a saber : previsiones demográficas (volumen, distribución y características de la población), trazado de carreteras, construcción de escuelas, instituciones sanitarias existentes, etc. Las autoridades regionales se encargan de la planificación regional detallada como parte de los planes nacionales, en coordinación con las autoridades de planificación

urbana y municipal de la región. Han de dividir asimismo las regiones en sectores para la distribución de los hospitales y establecer planes para cada uno de esos sectores, teniendo en cuenta que habrá de darse prioridad a aquellos donde los servicios sean más insuficientes y a las ciudades nuevas carentes todavía de servicios sanitarios. Es importante reservar con bastante antelación los terrenos donde hayan de construirse los hospitales. Las autoridades regionales pueden participar además en todas o algunas de las siguientes actividades: 1) preparación detallada de presupuestos; 2) análisis de las iniciativas tomadas a nivel local; 3) coordinación de los trabajos de construcción de hospitales, emprendidos a nivel local (a veces también han de autorizar los planos de construcción sometidos por las autoridades locales y ejercer una vigilancia de los sistemas de concurso y de adjudicación de contratos); 4) estimación de los suministros y el equipo que necesita la región para ejecutar el plan y coordinación de las compras; 5) determinación del personal necesario para el servicio regional de hospitales; 6) formación de personal y contratación de un número suficiente de personal de enfermería y de otras categorías; 7) selección de personal para puestos de categoría superior en los hospitales regionales; y 8) formación de personal local en materia de gestión de hospitales y en la correcta utilización de los nuevos métodos que exija el plan. Las autoridades locales habrán de organizar además investigaciones operativas; los hospitales locales pueden utilizarse perfectamente como «laboratorios» para estudios de evaluación.

Autoridad local

La iniciativa en la planificación de hospitales proviene con frecuencia de órganos locales, es decir, se produce en la proximidad inmediata de quienes dispensan y de quienes utilizan los servicios y en la de otros órganos locales cuya cooperación es esencial. Es por tanto obligación de las autoridades locales informar a las regionales acerca de aquellos problemas existentes en la localidad que hayan de tenerse en cuenta para la planificación detallada. Esa información tiene particular importancia cuando se proyecta ampliar los servicios existentes. Tanto al arquitecto como al futuro administrador del hospital les interesa mucho, sobre todo en los países en desarrollo, que se puntualicen las funciones de la institución antes de trazar los planos del edificio.

Las autoridades locales de planificación de hospitales son a menudo las que están en mejores condiciones de recabar la cooperación de diversos órganos locales (las comisiones de planificación urbana, por ejemplo) y de establecer la coordinación con los servicios sanitarios básicos, los centros de salud y la profesión médica.

Las autoridades locales pueden participar en todas o algunas de las siguientes actividades: 1) preparación de los planos de cada hos-

pital; 2) preparación de especificaciones para los contratistas licitantes; 3) inspección directa de la construcción del hospital; 4) preparación de listas detalladas de los suministros y el equipo necesarios; 5) indicación del personal necesario y selección y formación del personal de categoría intermedia y subalterna; 6) descripción detallada de los puestos y de los métodos uniformes de trabajo; 7) verificación de los servicios del hospital antes de la admisión de enfermos; y 8) establecimiento de programas de investigación operativa.

Los órganos locales de planificación pueden a menudo ensayar las innovaciones propuestas antes de adoptarlas con carácter general. Esas innovaciones pueden ser de gran utilidad para la planificación siempre que se haga de ellas un estudio completo, pues de lo contrario pudieran tener efectos adversos sobre el plan general y crear problemas de dirección y coordinación en las esferas superiores. Cuando los objetivos y los métodos han sido establecidos por las autoridades superiores, suele ser difícil que el personal local pueda colaborar eficazmente en la planificación si no tiene experiencia o ha de participar en ella además de ejercer sus funciones normales. La definición de las funciones de un hospital y el establecimiento en relación con éstas de los oportunos planos arquitectónicos y de ingeniería son operaciones tan complejas que en muchos países es preciso crear servicios especiales al efecto, a menudo de categoría superior a la local. En los países en desarrollo, donde se necesita a veces una acción masiva, puede resultar preciso restringir el número de autoridades participantes en la planificación y confiar el programa y los planos a un servicio central, para cuya creación se puede solicitar ayuda internacional.

Coordinación entre hospitales que dependen de distintos organismos

Es de la máxima importancia que haya una coordinación perfecta entre los hospitales que dependen de organismos diferentes; la responsabilidad de esa coordinación ha de quedar debidamente distribuida en los distintos niveles administrativos. Ese principio es aplicable tanto en la fase de la planificación como en la de funcionamiento de un servicio de hospital. Una coordinación adecuada de la planificación permitirá evitar las deficiencias y la duplicación innecesaria de los servicios; por otra parte, la coordinación del funcionamiento de dichos servicios facilitará el logro de los objetivos del plan.

La legislación no siempre basta para evitar duplicaciones; no es raro que se consigan mejores resultados estableciendo un sistema de coordinación de carácter más personal. La coordinación no exige necesariamente la integración en una estructura única sino que puede consistir en la utilización en común de ciertos servicios, la organización de pro-

gramas comunes de formación, el intercambio de informaciones, el empleo de métodos estadísticos uniformes, el intercambio de datos acerca de los enfermos y el establecimiento de servicios técnicos comunes.

El Comité ha recomendado que las autoridades centrales se encarguen de establecer un sistema uniforme de archivos de hospital. Ese sistema facilitaría el análisis centralizado de los datos, que es imprescindible para la planificación y en otros muchos sectores de la actividad hospitalaria en todos los países, independientemente del grado de desarrollo en que éstos se encuentren. La falta de un sistema uniforme haría muy difícil y extremadamente costoso, incluso en los países de renta elevada, el establecimiento de un servicio central de cálculo automático que pudiese operar con datos comparables; un servicio de esa índole exige que las comunicaciones sean buenas, que se adopte una terminología uniforme y que se normalicen los métodos de obtención de datos en los hospitales.

Las autoridades centrales pueden también estimular a los organismos encargados de la administración de los hospitales a extender sus servicios, subvencionando para ello la construcción de edificios y concediendo préstamos a largo plazo u otros subsidios, cuando las actividades propuestas estén en armonía con los objetivos del plan nacional y suspendiéndolos si dejan de responder a dichos objetivos. Los organismos regionales pueden repartirse los gastos de ciertos materiales o servicios particularmente costosos, así como la financiación de los servicios de especialistas. En el plano local puede ser de gran utilidad la organización de centros encargados de regular la admisión de los enfermos en los hospitales, sobre todo en situaciones de urgencia; suele ser conveniente que en estos organismos participe el funcionario local de sanidad. No todas las sugerencias que anteceden son aplicables a países con una administración muy centralizada; pese a ello, es a menudo útil que los funcionarios de sanidad estimulen la libre coordinación de los servicios de asistencia hospitalaria, sobre todo en el plano local.

PLANIFICACION DE UN HOSPITAL

El Comité no ha considerado oportuno formular recomendaciones detalladas acerca de la planificación y la construcción de tipos determinados de hospitales.¹ Ha hecho, no obstante, algunas consideraciones de carácter general sobre los principios esenciales que han de observarse.

¹ Existen muchas publicaciones sobre planificación y construcción de hospitales. A juicio del Comité, una de las más útiles es la de Llewellyn-Davies, R. & Macaulay, H.M.C. (1966) *Hospital planning and administration*, Ginebra (*Organización Mundial de la Salud; Serie de Monografías*, N° 54).

El proceso de planificación

La planificación de un hospital se desarrolla en dos fases sucesivas. En la primera de ellas, denominada fase de programación, hay que definir y describir las funciones del hospital y de sus distintos servicios, así como las relaciones entre estos últimos. Ha de calcularse además el número de camas necesario en cada servicio. En la segunda fase, los arquitectos y los ingenieros establecen los planos del edificio.

El proceso de planificación debe ajustarse a un orden lógico. Conviene constituir para cada proyecto un grupo de planificación encargado de determinar las funciones del hospital. A continuación se establece un plan principal para la construcción del conjunto y se prepara una primera estimación de los costos. El proyecto se somete entonces a la aprobación de las autoridades competentes. Obtenida esa aprobación, se prepararán bocetos, planos más detallados y planos definitivos, con las oportunas especificaciones para la adjudicación de contratos. El grupo de planificación deberá participar en todos estos trabajos preparatorios, para los que se ha de reservar tiempo suficiente, pues con frecuencia duran más que la construcción propiamente dicha.

Emplazamiento

Como ya se ha indicado, conviene reservar en los planes de ordenación urbana y rural terrenos adecuados para el emplazamiento de los hospitales bastante antes de iniciar la planificación de éstos. A ese respecto, el Comité ha aprobado las recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS en Cuestiones de Higiene del Medio relacionadas con la Ordenación Urbana y la Urbanización.¹ El emplazamiento de un hospital debe venir determinado en gran parte por los servicios que ha de prestar a la colectividad. Es imprescindible que los hospitales locales, y en particular los consultorios y los servicios preventivos, estén situados en el interior de la zona a la que sirven. Los hospitales especializados estarán en lugares de fácil acceso para los habitantes de las zonas urbanas y de sus inmediaciones y para los de las zonas rurales. Es esencial tener en cuenta no sólo la distribución actual de la población, sino las previsiones que quepa establecer al respecto. La superficie disponible y los planes de ordenación urbana influirán naturalmente en la decisión final. En cualquier caso, el emplazamiento debe ser adecuado al tamaño del hospital concebido con vistas al futuro.

El grupo de planificación

Teniendo en cuenta el carácter altamente especializado de la planificación de hospitales, es importante que en el grupo encargado de

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1965, 297, página 53.

ella figuren administradores de los servicios médicos y de hospital, clínicos, enfermeras, y arquitectos e ingenieros con experiencia en la construcción de hospitales y en urbanismo. También es importante que se nombre lo antes posible un coordinador a tiempo completo. El Comité ha señalado la importancia de formar especialistas en planificación y en construcción de hospitales, y ha sugerido que se utilicen a ese efecto las oficinas nacionales de planificación. La OMS y algunas organizaciones internacionales no gubernamentales podrían colaborar en esas actividades.

Algunos principios de planificación

A causa de la continua evolución de las necesidades, es preciso concebir los hospitales de modo que pueda procederse con flexibilidad en la utilización de sus servicios. El trazado arquitectónico y el empleo de materiales adecuados (problema técnico que no está todavía enteramente resuelto) permitirán obtener ese resultado. Además, la construcción de hospitales plantea muchos problemas particulares que exigen atención detenida; tal es, por ejemplo, el caso de los métodos aplicables para reducir al mínimo los riesgos de infección cruzada.

En vista de la complejidad cada vez mayor de los servicios técnicos de los hospitales y de la importancia que tienen para la concepción global de esas instituciones, importa iniciar cuanto antes su planificación. Las técnicas modernas, como el sistema PERT,¹ pueden facilitar la coordinación de las complejas operaciones de planificación y construcción, a fin de que el plan se lleve a término conforme a un calendario fijado de antemano. La construcción deberá confiarse a un contratista general que dirigirá los distintos trabajos y será responsable de las subcontratas. La fase de preparación y establecimiento de planos debe durar lo menos posible. A ese efecto, puede ser útil emplear elementos normalizados de construcción, cuando no planos normalizados. El factor tiempo puede revestir una importancia particular en los países en desarrollo, donde a menudo es necesario renovar los hospitales existentes más bien que construir otros nuevos. En las zonas de expansión demográfica, algunos países construyen hospitales satélites de establecimientos ya existentes que pueden llegar a desaparecer o cambiar de funciones.

Aunque a veces es preciso construir viviendas cerca del hospital para las personas que en él trabajan (médicos, enfermeras y otro personal de servicio), se procura en general que la mayor parte de los empleados vivan entre la población. Cuando sea necesario construir viviendas especiales, se las puede concebir de manera que sean adaptables a otros usos y puedan servir, por ejemplo, para alojar convalecientes o enfermos

¹ El sistema PERT (*programme evaluation review technique*) permite analizar las diferentes medidas conducentes al logro del objetivo apeteído y el orden en que conviene adoptarlas para que el proceso completo consuma un tiempo mínimo.

que sólo pasan una noche en el hospital. Conviene que los servicios de formación de enfermeras estén en el propio hospital. Sin embargo, el alcance de esos servicios dependerá del sistema de enseñanza de la enfermería vigente en el país interesado.

Teniendo en cuenta la complejidad del proceso de planificación de hospitales, sería de gran utilidad para los países en desarrollo disponer de centros regionales, comunes a varios países, que se encargasen de dar asesoramiento y asistencia en esa materia.

GESTION DE HOSPITALES

Función del hospital

Al examinar la función de un hospital en relación con los servicios sanitarios básicos hay que destacar que por «básicos» se entiende fundamentales más bien que elementales o rudimentarios. Son tres los factores que a ese respecto intervienen, a saber: 1) la selección de los enfermos que han de hospitalizarse, 2) la vigilancia de los que ya han salido del hospital, y 3) el intercambio de personal y de servicios técnicos entre los servicios sanitarios básicos y los hospitales. El problema de la selección de enfermos se ve a menudo complicado por el hecho de que el hospital, responsable en última instancia de las admisiones, puede no tener las mismas normas a ese respecto que los servicios sanitarios básicos. Por otra parte, no siempre es fácil para el hospital rechazar a las personas que envía un servicio de sanidad o que se presentan directamente. El dispensario del hospital puede desempeñar una función importante en la selección de enfermos y puede utilizarse como centro encargado de esa actividad. Cabe, además, que los hospitales locales acepten convalecientes que han sido atendidos durante su enfermedad en hospitales más importantes.

La integración de los pequeños hospitales locales en los servicios sanitarios básicos presenta menos problemas, particularmente en las zonas rurales donde un solo grupo puede encargarse de prestar todos esos servicios. En dichos hospitales, y a veces en otros más grandes, ha resultado útil confiar a una sola persona las funciones de médico y de director. La cooperación y la coordinación entre los grandes hospitales y los servicios sanitarios es posible y conveniente, pero la integración completa presentaría dificultades. En efecto, raras veces sirven esos hospitales a una colectividad bien delimitada que coincida con la que tienen a su cargo los servicios sanitarios básicos. Además, sus funciones son tan complejas que, desde el punto de vista económico, cabe poner en duda la conveniencia de utilizarlos directamente para la prestación de servicios sanitarios de base. Por otra parte, deben aprovecharse al máximo para

la acción preventiva sus servicios altamente especializados. La prevención de enfermedades y el fomento de la salud deben estar siempre a cargo de un hospital, sea cual fuere la importancia de éste. Es evidente que los hospitales grandes deben ocuparse de la lucha contra las enfermedades transmisibles, pero cabe también extender sus funciones al diagnóstico precoz de aquellas enfermedades no transmisibles cuya prevalencia constituye un problema (como en el caso del cáncer y la diabetes), a la participación en la lucha contra las enfermedades profesionales y a la rehabilitación en todas sus formas. Es de fundamental importancia la cooperación y la coordinación entre los grandes hospitales y todos los demás servicios sanitarios. Ahora bien, esos hospitales han de tener funciones claramente definidas, de modo que puedan ocupar el lugar que les corresponde en el cuadro general de servicios, sin ser necesariamente responsables de todos ellos. No sólo ha resultado útil emplear los servicios de diagnóstico y tratamiento de los hospitales importantes sino que se han comprobado con frecuencia las ventajas de instalar en ellos un servicio o un laboratorio de salud pública.

Las salas y los dispensarios de los hospitales pueden encargarse de la educación sanitaria en sectores como la nutrición y la higiene materno-infantil, a condición de poner al personal médico al tanto de esa posibilidad y hacer que se interese en ella. Conviene sobre todo preparar a las enfermeras para las actividades de educación sanitaria, eximiéndolas del desempeño de sus demás funciones mientras estén recibiendo esa formación.

La junta de administración

En muchos países la administración de los hospitales está a cargo de juntas cuyas funciones y composición dependen de la organización social y política del país. Los tipos de juntas varían desde aquellas que tienen la propiedad del hospital y gozan de una autoridad completa (sujetas o no por la ley a fiscalización) hasta las de carácter meramente consultivo. La junta puede tener las siguientes funciones: selección del personal, aprobación de presupuestos, actuación en cuestiones jurídicas, establecimiento de métodos, creación de nuevos departamentos, representación ante las instancias superiores y la prensa, coordinación con otros servicios de asistencia social y solución de problemas internos y de dificultades de gestión. Para que las funciones y las responsabilidades queden claramente distribuidas es importante puntualizar la posición de la junta en relación con el director del hospital. Naturalmente, la composición de la junta dependerá de su cometido y del tipo de hospital de que se trate. Puede estar integrada por representantes de los sectores siguientes: 1) personal y usuarios del hospital, 2) autoridades locales, 3) seguros sociales y otros organismos de seguridad social, 4) educa-

dores, 5) industriales y 6) universidades. También pueden figurar en ella miembros influyentes de la comunidad y el médico de salud pública, cuyas funciones pueden ser meramente consultivas.

Cuando el director del hospital desee ampliar los servicios de medicina preventiva de la institución, es importante que tenga la plena cooperación de la junta. Surgen a veces dificultades con ese motivo, pues los miembros de la junta no siempre tienen una formación médica que les permita comprender bien todos los aspectos de un servicio sanitario. Esta dificultad puede paliarse en cierta medida evitando la multiplicidad de juntas, objetivo que se puede alcanzar si la organización administrativa que se da a un grupo de hospitales es comparable al sistema de administración civil de la colectividad a que aquéllos sirven. Por ejemplo, en regiones que tienen la posibilidad de contar con muchas de esas instituciones, es a veces aconsejable establecer una sola junta para varias de ellas. También se facilitaría así la coordinación entre los hospitales de un mismo grupo. Incluso con sistemas muy centralizados de administración, las juntas pueden tener algunas de las importantes funciones que anteriormente se han descrito.

El director

El término «director» puede tener sentidos diferentes según los países; en el presente informe se designa con ese término a la persona que ejerce la más alta función ejecutiva en el hospital.

Para que un hospital general pueda actuar como centro médico de carácter muy técnico dentro del sistema de servicios de salud pública y esté en condiciones de dispensar a los enfermos el tipo preciso de asistencia requerida, es indispensable asegurar la coordinación entre el director médico y los servicios clínicos, científicos y técnicos. Por ese motivo, muchos miembros del Comité han estimado que la dirección de un hospital de categoría intermedia o de un gran hospital debe confiarse a un médico general capacitado. (En los grandes hospitales, el director puede dedicarse por entero a sus funciones administrativas; en los países donde el número de médicos generales es insuficiente, es preciso a veces que el director de los hospitales de categoría intermedia acumule las funciones de clínico y de administrador. En los pequeños hospitales, el médico de salud pública puede asumir, como ya se ha indicado, las funciones de director.) Otros miembros del Comité han indicado que los administradores no médicos, con la capacidad y la experiencia indispensables, son muchas veces excelentes directores. El Comité ha convenido que cuando el director sea un médico general, deberá asistirlo un administrador no médico, que se encargará de la gestión, de las finanzas y de los problemas relacionados con el aloja-

miento de los enfermos. Como casi todos los servicios de un hospital necesitan enfermeras, la directora de los servicios de enfermería debe ocupar un puesto importante en la dirección. Ahora bien, el principal cometido del director es crear las condiciones adecuadas para que todo el personal pueda trabajar en armonía. Importa, por consiguiente, establecer una distinción precisa entre la dirección administrativa y la dirección clínica. Los órganos compuestos de los jefes de servicio pueden ser de gran utilidad con fines consultivos, pero una organización jerárquica bien estructurada facilita al director la coordinación de todas las actividades.

Elementos varios de gestión interna

El Comité examinó con brevedad los siguientes elementos de gestión interna.

Adiestramiento en el servicio

El adiestramiento en el servicio es importante si se quiere alcanzar el elevado grado de competencia que exige la gran diversificación de las actividades en los hospitales modernos. Ofrece particular interés en el caso de las enfermeras, especialmente cuando éstas se reincorporan a sus puestos después de varios años de ausencia.

Sistemas de suministros

El Comité ha reconocido en términos generales la conveniencia de modernizar los servicios de suministros. Son éstos los que deben distribuir el material en vez de que los distintos departamentos tengan que acudir a los depósitos para procurárselo. Es cada vez mayor el consumo de material que se tira después de usarlo, pero conviene estudiar si su empleo es ventajoso teniendo en cuenta la situación económica de cada país.

Laboratorios

En algunos países, la introducción de equipo automático de laboratorio, que es costoso y difícil de conservar, puede plantear problemas. En tal caso, debe estudiarse la posibilidad de establecer laboratorios comunes a varios hospitales, sobre todo teniendo en cuenta que el equipo automático permite realizar las pruebas con mucha mayor rapidez que cuando las efectúa el personal técnico por los métodos habituales.

Higiene del hospital

La higiene del hospital es de la máxima importancia, por lo que han de establecerse procedimientos para mantenerla, para que haya una vigilancia continua y para prevenir la infección cruzada.

Nuevos métodos

Hay algunos métodos nuevos de organización y dirección cuyo objeto primordial es utilizar del modo más eficaz el personal de todas las categorías; esos métodos se examinarán más adelante.

Gestión financiera

A la vez que han intensificado su ayuda a los hospitales, el gobierno, los organismos de seguridad social y otras entidades sociales han puesto interés mayor en la gestión financiera interna de esas instituciones, de las que se exige un funcionamiento más eficaz y económico. En algunos países, los gastos de funcionamiento de los hospitales representan anualmente un tercio de los gastos de construcción. Los adelantos de las ciencias médicas, las fluctuaciones de la economía nacional y la política general de salarios influyen más en la cuantía de esas sumas que los gastos de la construcción. Por todo ello, es cada vez más importante que los presupuestos de los hospitales sean equilibrados, tanto si estas instituciones son de propiedad particular como si son parte de una organización nacional o regional. Ahora bien, un presupuesto equilibrado no siempre es por sí solo indicio de eficacia, de buen rendimiento y de economía. La preparación de un presupuesto equilibrado para un hospital no es a veces tan sencilla como para otras instituciones, puesto que en los gastos de aquél influyen muchas variables, como las tasas de ocupación de camas, el número de enfermos atendidos en los dispensarios y la frecuencia de las situaciones de urgencia. Así pues, el presupuesto ha de tener suficiente flexibilidad para absorber las fluctuaciones de los gastos, aunque conviene que éstas no excedan de ciertos límites.

El margen de flexibilidad que a ese respecto conceden las autoridades a los hospitales tiende a variar según los países. En algunos de ellos, donde el sistema es muy centralizado, dicho margen es estrecho. En otros, por el contrario, pueden incluso actuar con considerable latitud los distintos servicios del hospital. De todos modos, una excesiva libertad de acción puede acarrear un aumento de los gastos generales, que en fin de cuentas habrán de ser costeados por la población. En los países donde escasea el personal, es imprescindible distribuirlo equitativamente; si se concede a un hospital demasiada libertad para la contratación de personal, otros hospitales pueden tropezar en consecuencia con graves dificultades.

Contabilidad

Los distintos sistemas de contabilidad hospitalaria corresponden en lo esencial a dos tipos principales, según se basen en el costo por enfermo y por día de la hospitalización o en el total de gastos anuales. Cada uno de esos costos puede determinarse globalmente o distribuirse por rúbricas (que correspondan, por ejemplo, a los servicios prestados). La falta de datos hace difícil comparar las ventajas y los inconvenientes de uno y otro tipo de sistemas. Es preciso efectuar todavía nuevos estudios de contabilidad para establecer métodos más exactos de estimación presupuestaria y de determinación de los costos reales. Aunque el costo diario de la hospitalización constituye un patrón económico útil, el coste por caso tratado permite medir con más exactitud el precio real de la asistencia hospitalaria. El empleo de equipo moderno de ordenación y análisis de datos ofrece la posibilidad de hacer un desglose más perfecto de los gastos según las condiciones clínicas y según ciertos factores sociales y demográficos con ellas relacionados. Cabría así estudiar, con criterios económicos más precisos, si conviene adoptar soluciones más satisfactorias que la hospitalización. Podría compararse, por ejemplo, el costo de la asistencia domiciliaria y de la asistencia hospitalaria y analizar la importancia económica de la rehabilitación. Cabría, además, señalar toda variación apreciable en los gastos de tratamiento por categorías de enfermedades, lo que suscitaría un sano espíritu de emulación entre los jefes de los distintos departamentos. Si pudiera demostrarse que en los departamentos donde los gastos son mayores cabe efectuar economías, es probable que se insistiera en la reinversión de las cantidades economizadas, que podrían destinarse al establecimiento de nuevos servicios. Conviene señalar, por último, que para la mayor exactitud de las previsiones presupuestarias sería útil aplicar los nuevos métodos de análisis de costos.

No hay por qué suponer que la existencia de un sistema central encargado de la distribución de fondos entre los hospitales restaría utilidad a esos nuevos métodos. Por el contrario, con el aumento de las asignaciones financieras del Estado y de otras organizaciones que disponen de fondos públicos, es más importante que nunca establecer métodos exactos de verificación financiera.

Interesa que los hospitales apliquen las técnicas más recientes de contabilidad de empresas, basadas en la evaluación prospectiva de los gastos y de las disponibilidades, en sustitución del sistema tradicional de contabilidad retrospectiva e intervención de las cuentas de ejercicios anteriores. La implantación de este sistema moderno de gestión financiera exige el establecimiento de presupuestos por departamentos, dando a éstos libertad para distribuir sus fondos entre las atenciones de personal, equipo y suministros.

FORMACION DE DIRECTORES DE HOSPITAL

La creciente complejidad de los hospitales modernos y su importancia cada vez mayor en la prestación de servicios sanitarios a la colectividad hacen que las funciones del director del hospital sean también más complejas. En efecto, no sólo ha de encargarse de la administración interna de la institución sino de establecer relaciones armoniosas entre ésta y la población, el personal sanitario profesional, los sindicatos, las universidades, los diversos sectores de la administración pública y otras instituciones y organismos sanitarios y sociales.

La dirección de hospitales está convirtiéndose en una verdadera profesión, para la que es esencial recibir la formación adecuada. Como ya se ha indicado, la organización y la administración de los hospitales varían considerablemente de un país a otro y en el interior de cada país. Es natural, por tanto, que la formación corresponda al tipo de administración de que se trate, lo que reviste particular importancia en los países en desarrollo. Si, por ejemplo, el personal de esos países recibe formación en otros países muy desarrollados y con un sistema administrativo diferente, dicho personal se sentirá frustrado al regresar a su país de origen. Es importante seleccionar adecuadamente a los candidatos y lograr que una vez terminados sus estudios se los asigne a puestos que correspondan a la formación que hayan recibido.

No existe un programa universalmente aceptado para los cursos de administración de hospitales. Teniendo en cuenta los factores señalados, es probablemente necesario establecer dos tipos distintos de formación.

La formación más sencilla consistiría en un curso no muy largo cuyo principal objetivo sería el adiestramiento práctico en la dirección interna de un hospital. No se exigiría a los candidatos una formación universitaria previa. Los alumnos no tendrían que dedicar todo su tiempo a los estudios, sino que desempeñarían al mismo tiempo diversas funciones en los servicios del hospital. Para este tipo de formación serían muy útiles los seminarios y los cursos por correspondencia; la OMS podría estudiar la posibilidad de organizar actividades de esa naturaleza a nivel regional o interregional.

La formación de categoría superior tendría naturalmente objetivos mucho más amplios y habría de poner a los graduados en condiciones de desempeñar funciones de dirección en los hospitales cuya organización administrativa y cuyas relaciones con otros organismos son más complejas. Los candidatos habrían de tener un título universitario y sería preferible, a juicio del Comité, que los estudios tuvieran carácter académico y se orientaran sobre todo hacia la salud pública. Para el

personal de esta categoría es más importante aprender los principios generales que las técnicas especializadas. Aunque no existe ningún plan de estudios generalmente aceptado, el Comité entiende que la enseñanza debe extenderse a las disciplinas siguientes: administración de servicios sociales, y en particular administración sanitaria; gestión interna de servicios de hospital conforme a los métodos más recientes; y principios básicos de la administración de hospitales (por ejemplo, introducción a las ciencias médicas, a la estadística y las técnicas financieras).

Se recomienda la organización de cursos comunes para alumnos de medicina, de enfermería y de otras disciplinas. Sin embargo, para que esos cursos sean eficaces convendrá distinguir las materias de interés común y las disciplinas particulares que sólo estudiarían los interesados. La enseñanza de las materias comunes se podría hacer mediante seminarios que facilitarían el cambio de impresiones entre los alumnos. Entre los temas objeto de estudio figurarían la teoría general de la administración, la función del hospital en el conjunto de los servicios sanitarios y cuestiones específicas relacionadas con la gestión de un hospital. Esos cursos permitirían a los estudiantes de medicina ampliar sus conocimientos sobre ciertas materias, como la contabilidad y la gestión de empresas, y darían a los estudiantes de estas dos últimas disciplinas la oportunidad de adquirir conocimientos más completos sobre ciencias médicas y práctica clínica.

Normalmente, al terminar el curso sobre administración de hospitales, el alumno no está en condiciones de asumir puestos de responsabilidad en una de esas instituciones. Lo mismo que en otras profesiones, el candidato suele empezar por ocupar puestos de menor importancia y es ascendido a medida que adquiere experiencia. El candidato con conocimientos y experiencia suficientes, que ha terminado el curso más sencillo de los dos indicados anteriormente, ha de tener posibilidades de ascenso y el estímulo necesario para seguir estudiando con vistas a la obtención del título superior.

Aunque los estudios superiores de salud pública no capaciten específicamente para la dirección de hospitales, proporcionan una formación básica y útil a los candidatos que en otros aspectos reúnen las condiciones necesarias para ocupar un puesto de esa naturaleza. Interesa señalar que los alumnos de salud pública escogen frecuentemente como tema principal de sus estudios la administración de hospitales, al paso que la salud pública tiene cada vez importancia mayor en los cursos sobre administración hospitalaria.

RECOMENDACIONES

Habida cuenta de la importancia de la administración de hospitales en los programas de salud pública, el Comité ha formulado las siguientes recomendaciones de carácter general :

1) Convendría efectuar un estudio de la relación entre los servicios sanitarios básicos y los hospitales a los que aquéllos envían los enfermos.

2) Deberán proseguir los estudios internacionales comparados sobre legislación de hospitales y convendrá obtener de ciertos países datos sobre cuestiones de interés general, como la composición y las funciones de las juntas de administración hospitalaria.

3) Interesa proseguir las investigaciones sobre la utilización de los hospitales y los servicios de asistencia médica, a fin de establecer métodos aplicables a la planificación de los servicios correspondientes tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. Según el tipo de problemas que hayan de resolverse, conviene efectuar encuestas locales, regionales y nacionales, para precisar la evolución de la morbilidad y la importancia de diversos factores que influyen en las necesidades y en la demanda de servicios.

4) Deben proseguir los estudios sobre aspectos económicos de la asistencia médica en circunstancias diversas y en distintos países, a fin de determinar con precisión mayor el costo de los servicios correspondientes. El análisis de costos y rendimientos en relación con el tratamiento de ciertas enfermedades facilita considerablemente la planificación de hospitales y de otros servicios sanitarios. Debe estudiarse en particular el costo de la enfermedad y la influencia que tienen en él los servicios de hospital y de asistencia médica. Se recomienda asimismo la ejecución de un estudio sobre la continuidad de la asistencia médica y de enfermería, desde la manifestación de la enfermedad hasta la reincorporación del enfermo a su trabajo o la estabilización de las condiciones de incapacidad.

5) Los organismos internacionales y los gobiernos deben estudiar la posibilidad de establecer programas interregionales, regionales, o interpaíses para la formación de directores de hospital de países en desarrollo.

6) Debiera estudiarse la posibilidad de crear organismos interregionales, regionales o interpaíses que se encargasen de la preparación de programas y de proyectos de construcción de hospitales y prestasen a los gobiernos los oportunos servicios consultivos. Sería conveniente obtener la participación de ciertas organizaciones no gubernamentales,

como la Federación Internacional de Hospitales y la Unión Internacional de Arquitectos.

7) Conviene investigar más a fondo la aplicación de las técnicas recientes de organización y gestión en los servicios de hospital.

8) Deberá hacerse todo lo posible por llegar a un acuerdo internacional sobre la normalización de las estadísticas de hospital, a fin de que sean más fácilmente comparables y puedan analizarse por las técnicas de tratamiento automático de la información.