

Naturaleza y propósitos del hospital

I. INTRODUCCION

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ*

En este simposio se presenta y analiza la realidad que en estos momentos caracteriza al hospital a nivel nacional, latinoamericano y mundial; también se presenta una perspectiva del mismo, con miras al año 2 000, el fin de siglo. Dada la ambición y riqueza del evento, así como la escasez de tiempo para tratar el tema del hospital en toda su complejidad, se impone dejar sentados de manera somera algunos puntos imprescindibles para el estudio.

El hospital no puede considerarse únicamente como una institución médica. Es un organismo que representa la cultura y el entorno social de las naciones. La creación y operación, tanto del hospital público como del privado, constituyen importantes renglones en los presupuestos y gastos de salud de los pueblos y los hombres.

El hospital es una de las instituciones colectivas con mayor linaje en las sociedades. Posee una tradición y un prestigio derivado de su acendrado espíritu profesional y médico, y ha sido, desde

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 21 de octubre de 1987.

* Académico numerario. Presidente, Federación Internacional de Hospitales, 1985-1987. Londres, Inglaterra.

siempre, un baluarte del bienestar, el desarrollo y la bonanza de las agrupaciones humanas y los conglomerados sociales.

En el contexto de una situación económica particularmente difícil en lo que concierne a costos de inversión y operación, y de una crisis que supone transformaciones en casi todos los renglones de la actividad colectiva, el hospital adquiere nuevas dimensiones y enfrenta enormes retos.

II. LOS HOSPITALES EN MEXICO

ROBERTO CASTAÑON-ROMO*

En el continente americano, México es el país que cuenta con la tradición hospitalaria más antigua, la

* Director General. Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

cual se inicia con la fundación del hospital de Jesús en 1522, por Hernán Cortés. A partir de entonces, se inicia una ininterrumpida fundación de hospitales, labor que estuvo a cargo de diversas organizaciones civiles y religiosas.

Con la llegada de los conquistadores, la asistencia médica social y la atención médica se realizó bajo patrones hispanos. Durante este lapso, la atención médica y la ayuda a los menesterosos fueron realizadas por la Iglesia, que como única institución realmente consolidada, era la única capaz de desempeñar en forma sistemática la labor asistencial. De ella dependían de hecho la construcción y administración de los hospitales y lazaretos, que para la época constituían la única alternativa de asistencia médica con que podía contar un enfermo.

Con el advenimiento de la República ocurrió el desplazamiento de la Iglesia en el terreno de las acciones médicas y la integración de dichas acciones en políticas gubernamentales definidas. En esta nueva etapa de la vida nacional, el Gobierno tomó la responsabilidad de contribuir con la labor asistencial transformándose la noción de caridad con la que se otorgaba la atención por la de beneficencia. Posteriormente, se cambió la política de beneficencia en asistencia pública, que reflejaba y sustentaba a la vez los profundos cambios vividos por el país en la segunda mitad del siglo XIX.

El surgimiento y desarrollo de la Seguridad Social, vinculada a la creación de una planta industrial y al crecimiento de la clase obrera, llevó a la extensión de los servicios, llegando a abarcar, en cobertura, a amplios sectores sociales desprotegidos durante años de una adecuada atención a la salud.

Durante las últimas cuatro décadas se ha observado un período de desarrollo de los hospitales en México, sin precedente en la historia. Ahora, la labor hospitalaria de México se encuentra inmersa en las directrices básicas que marcan el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, tendientes a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud.

Se da a la Secretaría de Salud la responsabilidad de coordinar las acciones de las distintas dependencias y entidades que actúan en el campo de la salud, para lograr así un uso más racional de los recursos, orientados, según lo dispone la Ley de Planeación, hacia un Sistema Nacional de Salud, utilizando como una estrategia básica la descentralización de los servicios.

Las unidades hospitalarias actuales pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: públicas, de seguridad social, privadas y de carácter social, las cuales a su vez se subdividen en varios grupos de acuerdo con las distintas organizaciones que las administran.

Dentro de los hospitales públicos destacan los de la SSA, los del Programa IMSS-COPLAMAR y los de los gobiernos y municipios de los Estados, así como los del Departamento del Distrito Federal y algunas universidades. En lo que respecta a unidades hospitalarias del Sistema de Seguridad Social, se cuentan las del IMSS, ISSSTE, Defensa, Marina y PEMEX, principalmente.

Entre hospitales públicos y de seguridad social se calcula que existen actualmente cerca de 59 000 camas, más 13 000 del sector privado y social, lo cual da un índice general de 0.850 camas por cada 1 000 habitantes. Sin embargo, debido a la división en instituciones del Sector Salud, por cada 1 000 derechohabientes de la seguridad social se tiene una cama hospitalaria, en tanto que para la población abierta se tienen alrededor de 0.6 camas por 1 000 habitantes.

Por su lado, el sector privado y social cuenta aproximadamente con 1 000 establecimientos para internamiento de enfermos en todo el país, con un total de camas estimado en 25 por ciento del total del sector público (13 000 camas aproximadamente).

Como puede apreciarse, el número de camas hospitalarias actuales en la República no es suficiente. Además, la limitada coordinación que existió entre los diferentes responsables de la planeación hospitalaria y la falta de visión de un Sistema Nacional de Salud, explican que algunas de las unidades hospitalarias, hoy en día, se encuentren subutilizadas y mal distribuidas y, por ende, no satisfagan adecuadamente la demanda de atención de la población.

Con respecto al hospital en México, sería importante identificar en qué áreas han existido los cambios más relevantes, por lo que a continuación se comentarán algunos.

Los medico-arquitectónicos

Debe destacarse que en nuestro país, en el campo médico arquitectónico, el hospital ha sufrido cambios importantes a partir de los años '40, en los que se abandona el esquema europeo, en especial el francés, como es el caso del Hospital General de México, y se acepta la escuela norteamericana, que ha permitido la creación de hospitales más amplios, cómodos y funcionales, que favorecen una atención más adecuada. Como ejemplo de éstos tenemos los Institutos Nacionales de Salud y las nuevas unidades de la SSA, del ISSSTE, IMSS y del DDF.

Los de costos de inversión

En este apartado y debido a la situación económica, se aprecian variaciones importantes en los costos de construcción, ya que éstos, hace una década equiva-

lian al primer año de operación de la unidad hospitalaria y en la actualidad el costo de esta inversión equivale a dos años de operación. Esta situación obedece al costo del equipamiento, el cual en la actualidad conforma 42 por ciento del total del costo de inversión; además, este equipo, en 50 por ciento, es importado. Como se puede ver, en su conjunto, en materia de inversión se está generando una nueva etapa, en la que los recursos deben ser orientados adecuadamente, en base a diagnósticos precisos y a prioridades muy claras, ya que estos recursos son limitados.

Los de tecnología

Durante los últimos años se ha desarrollado en las unidades hospitalarias un gran interés por su modernización con los más desarrollados avances tecnológicos, situación que ha generado algunos dispendios de recursos, pues de acuerdo con el nivel de complejidad de las unidades se subutiliza o no se utiliza el equipo. Como ejemplo se tienen los casos de los microscopios electrónicos y los tomógrafos computarizados, de los cuales se requiere una cantidad mucho menor de la existente para atender la demanda. Por ello se destaca la importancia de racionalizar el gasto en materia de tecnología, ya que sus precios tienden a incrementar los costos de inversión y de operación debidos al mantenimiento.

Los de recursos humanos

En este rubro se han visto importantes avances en materia de distribución de los recursos humanos, ya que se ha tendido a desarrollar equilibrio y complemento entre las diferentes categorías, teniéndose como ejemplo el caso de un hospital de segundo nivel que presentaría la siguiente relación (Cuadro I):

Cuadro I

Personal	Por ciento
Médico	10
De enfermería	45
Técnicos	15
Servicios generales	20
Servicios administrativos	10

Como se puede apreciar, estos esquemas favorecen la identificación de necesidades, los programas

de formación y desarrollo de recursos humanos y la adecuada utilización de los mismos.

Los de estructura orgánica

Se aprecian actualmente esquemas con una clara definición de las áreas que participan en la operación de las unidades, identificándose éstas por campo de acción, como son:

Las sustantivas, que llevan en sí el objetivo de servicio.

Las de regulación, que permiten una planeación acorde a la realidad y una evaluación precisa que favorece la reprogramación futura.

Las adjetivas, dentro de las que se identifican sistemas de apoyo logístico de almacén y mantenimiento y la eficiente fluidez de los recursos para servicios oportunos y de calidad.

Los de enseñanza e investigación

En este capítulo, el cambio sustancial que se ha generado se orienta a la formación de especialistas y técnicos altamente capacitados en diferentes áreas, identificándose muy en especial la formación de administradores de unidades hospitalarias y los biomédicos, que ya se encuentran integrados como elementos prioritarios dentro de las plantillas hospitalarias.

El hospital no solamente genera demanda de recursos para su operación, sino que es, en gran parte, el formador de éstos, apoyando a otros establecimientos dedicados a proporcionar servicios de salud. Asimismo, los servicios de investigación se han visto reforzados en el campo clínico, epidemiológico, paramédico y sociomédico.

Como se ha podido apreciar a lo largo de las áreas que se han descrito, los cambios son sustanciales y definidos. El hospital de hoy tiene una concepción de servicio manejada con esquemas de eficiencia en la utilización de los recursos y de eficacia en la solución de los problemas, y no se ha perdido su esencia humanista. La mayoría de los hospitales mexicanos, en la actualidad, se han reordenado en base a las necesidades y demandas de la población.

Paulatina, pero acertadamente, se observan favorables las perspectivas de los hospitales en México. La voluntad política, los procesos de descentralización de los servicios y de coordinación interinstitucional médica, permitirán que en un futuro los hospitales de México, a través del uso óptimo de recursos, amplíen su cobertura, mejoren la calidad de los servicios que proporcionan y, por lo tanto, satisfagan las necesidades de la población.

III. SITUACION DEL HOSPITAL EN AMERICA LATINA

PABLO ISAZA
HUGO DAMASCO*

La situación del hospital en América Latina está siendo objeto de una revaloración, sea en el contexto de la transformación de los servicios de salud tendientes a una mayor cobertura de los mismos, sea el de sus propias funciones eficiencia, eficacia y efectividad.

Este nuevo enfoque está promoviendo estudios y reuniones que perfilan las estrategias que la OPS/OMS definen para alcanzar las metas propuestas hace un decenio. Algunos conceptos recientes están vertidos en esta presentación.

La situación de salud en América Latina ha mejorado si se comparan en el tiempo los indicadores de uso más frecuente; sin embargo ello no alcanza a ocultar que en la mayoría de los países de la región, esos indicadores sólo demuestran algunos problemas específicos de salud y, sobre todo, ocultan la existencia de enormes disparidades en la situación de salud en diferentes regiones y en distintos grupos sociales, detrás de valores promedio nacionales.

Los servicios de salud, en la mayoría de los países, han ido acumulando, debido a problemas de planificación y gerencia, una enorme deuda social, que se manifiesta en la diferencia entre las necesidades de la población y la oferta real de servicios. Resultan ya conocidos los múltiples problemas de atención que experimenta un amplio grupo poblacional, donde se incluyen no sólo la inaccesibilidad geográfica sino también la baja calidad de la atención, las filas de espera interminables, y aun la deficiente relación servicio-paciente.

La mayoría de los servicios estatales y los de las grandes organizaciones de la Seguridad Social, se hallan protegidos por un sistema centralizado que hace muy difícil o imposible el contacto directo entre quienes tienen reales demandas y quienes pueden tomar decisiones efectivas que les den satisfacción.

Descentralización — sistemas locales de salud (SILOS)

La Organización Panamericana de la Salud, como organismo intergubernamental, ha recibido el mandato de los países miembros de dar prioridad a:

* Ambos autores. Organización Panamericana de la Salud.

El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en atención primaria de la salud.

La atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables, con programas específicos puestos en marcha a través del Sistema de Servicios de Salud.

El proceso de administración del conocimiento necesario para el desarrollo de las anteriores prioridades.

La transformación de los Sistemas Nacionales de Salud para alcanzar características de equitativos, con cobertura universal, eficientes y socialmente participativos, requieren en la mayoría de los países de un proceso de cambio de sus actuales estructuras, basado en la atención primaria. Ello genera dos tipos de respuestas: las que son específicas, que requieren una adecuación cuidadosa, y algunas otras con un nivel de generalidad considerable. Es allí donde surge la descentralización, ya que buena parte de los problemas de ineficiencia e inadecuación de los servicios se atribuye a la centralización excesiva. Se genera así la necesidad de la constitución de los sistemas locales de salud (SILOS), que se constituyen a partir de un conjunto de recursos de salud interconectados, con la responsabilidad de una población definida, en un área geográfica determinada y con una unidad administrativa de gestión que coordina o administra el equipamiento social dedicado a salud asentado en la región o microrregión, los que deben estar dimensionados para resolver una proporción significativa de los problemas de salud de la población.

Los SILOS deben ser la base para el rediseño territorial y administrativo del Sistema de Salud, y antes que suponer un fraccionamiento o atomización deben operar como vigorizadores del todo, incrementando la identificación de las necesidades de salud de la población, incidiendo en consecuencia en la estructura, funciones y objetivos de los hospitales.

Si bien la descentralización es lo opuesto a la centralización, ambas conforman un proceso biunívoco y dinámico. Es una forma de analizar y organizar los servicios. Parte de la adecuada delimitación del nivel local, donde debe ocurrir una "centralización" de actividades en el área geográfica adscrita, para poder realizar una gestión eficiente y en función de los problemas locales.

La determinación de los grados de descentralización debe estar regida por los criterios de economía de escala, y es dentro de este concepto donde se define la constitución y el fortalecimiento de los SILOS, sirviendo a una población determinada en una área geográfica definida. Ellos deben ser la base para el rediseño y desarrollo del sistema de salud en todos sus niveles de atención y administración.

Es importante destacar, por lo tanto, que la descentralización no implica el fraccionamiento de los Sistemas de Salud.

El hospital y los sistemas locales de salud

Al llegar a este punto se podría preguntar de qué forma los hospitales en general, y en particular los complejos y especializados, se encuentran involucrados en esta propuesta. Consideramos que todo servicio (por sofisticado, sobredimensionado, monoclínico o nacional que sea) está inserto en un ámbito social concreto donde recluta buena parte de su personal y que responde a una población a la que debe dar servicios primarios para obtener y conservar su propia legitimidad social.

Al respecto, el doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS, señaló: "un sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria no puede realizarse ni desarrollarse ni funcionar, y su instrumentación no puede existir sin una red de hospitales, con responsabilidad para apoyar la atención primaria, promoviendo el desarrollo de acciones de salud comunitaria, básicas, y educación continua de todas las categorías del personal de salud e investigadores.

De esta afirmación es posible identificar, por lo tanto, el papel que deben desempeñar los hospitales en la red de servicios de salud. Destacamos entre ellos:

- a) La instrumentación de las políticas generales y de salud en acciones concretas de solución de los problemas, en condiciones que tiendan a la equidad y la eficiencia de los servicios.
- b) Propuesta, organización y desarrollo de las redes de servicios. La organización y dirección de los sistemas locales de salud (SILOS).
- c) Sistemas de información, sistemas de control, regulación, vigilancia epidemiológica, análisis de las situaciones de salud y sus tendencias. Gestión de unidades y servicios de salud, incluyendo la planificación, dirección, financiamiento, control (inspecciones, auditorías, supervisiones, evaluaciones y control continuo), sistemas de información científico-técnicos.
- d) La evaluación de la calidad y desarrollo científico de los servicios en trabajo en equipo con los grupos de discusión de los SILOS y la comunidad.
- e) La participación social en el pronóstico, decisión, ejecución y control de las acciones de salud.
- f) Desarrollo de los recursos humanos, incluyendo reclutamiento, formación, supervisión, evaluación y educación continua.
- g) Las acciones de logística, mantenimiento, comunicación, transporte, suministros, contabilidad.

- h) Organización de la normatización, provisión y distribución de los medicamentos, según el nivel de complejidad.
- i) La investigación de servicios de salud y la organización de institutos en unidades de referencia de alta tecnología y la vinculación con el resto de la red de servicios.
- j) Organización de la colaboración intersectorial, con base en políticas de gobierno y en problemas locales de salud.

Mucho se ha opinado sobre la interrelación en el campo científico, administrativo y de información entre los hospitales y las unidades locales como vinculación necesaria para la optimización del funcionamiento de la red de servicios, así como de la dinámica de cambio en los hospitales y de cómo el aislamiento relativo de las necesidades de la población determina el predominio de la "innovación" tecnológica como medio de reafirmación social, además de necesidad técnico-científica.

Cada hospital es parte integral de un SILOS, concretamente. El de su asentamiento debiera brindar servicios a otros SILOS, con base poblacional específica, con sistemas de referencia y contrarreferencia, obteniendo conocimiento sobre necesidades, identificadas por los sistemas de información y por consulta directa a la población; proteger sus servicios complejos y costosos de una utilización inadecuada, ya sea por ingresos innecesarios o prolongación de las estadias y por último, evaluar la satisfacción de los usuarios, la porción de los rechazos, la calidad de la atención y el impacto de sus servicios en las comunidades asignadas.

Dado que el éxito de los mecanismos de referencia y contrarreferencia no sólo depende de un buen diseño de la red, sino también de la actitud y formación de los recursos humanos, es necesario programar mecanismos que permitan generar en el personal de salud un sentimiento de "pertenencia a la red" (que predomine sobre el sentimiento de pertenencia institucional) y que evite los rechazos, el desprestigio o la falta de confianza entre los servicios frente a diferentes derivaciones y contradervaciones, así como la diferencia de capacidad resolutive.

Al respecto, se han ensayado y existen diferentes estrategias como rotaciones, supervisiones, visitas de especialistas a servicios generales, normatizaciones conjuntas, horarios fraccionados entre servicios, comité científico de la red de servicios y del hospital, interconsultas, juntas médicas, atención científica conjunta, docencia de pre y post-grado integrados, investigaciones participativas y otros, que han demostrado factibilidad en diversos modelos integradores.

Cuando consideramos al hospital como integrante de la red de servicios, estamos, en primer lugar, pensando en un cambio en la forma en que se conciben y perciben los problemas de salud y enfermedad

de la población, superando conceptos de atención biológico-recuperativa.

A su vez, el hospital, al insertarse en una red de servicios, sufre un cambio que afecta de una u otra manera a todos sus servicios. A la satisfacción de la demanda de la población a su cargo, se le agrega la complementariedad con los otros servicios de la red, que genera cambios en la cantidad y calidad de servicios y obliga a buscar innovaciones organizacionales que reduzcan en lo posible los desplazamientos de la población.

En consecuencia, es necesario pensar cómo se organizarán los servicios médicos, los servicios de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología), el seguimiento de pacientes con residencia distante, los depósitos, el flujo de medicamentos —en especial de los esenciales— los sistemas de información y registros médicos, la admisión de pacientes derivados, los servicios de emergencia, las actividades que puedan desconcentrarse (atención domiciliaria, cirugía ambulatoria), por citar sólo algunos problemas específicos que permitan dimensionar la propuesta.

Para ver al hospital dentro de este contexto, tomemos un ejemplo: si examinamos el subsistema de emergencia que recibe la población que consulta en forma directa, identificamos este servicio como de primer nivel, pero si analizamos la complejidad de este servicio, vemos que ofrece una alta complicación tecnológica. Esto permite afirmar que los niveles organizativos de salud pueden tener diversas composiciones tecnológicas y que primer nivel no es sinónimo, en todos los casos, de poca complejidad tecnológica.

También se incorporan a los hospitales funciones que antes no desarrollaban y pueden cumplirse a un costo mucho menor que si se proyectaran organizaciones específicas para ello. Unos pocos ejemplos pueden ser los laboratorios de salud pública, la sede de los programas de control del ambiente, el control de zoonosis, la sede local de los programas de endemias y otros, aunque estén dentro de las características locales de cada servicio.

Los proyectos de nuevos servicios de salud deberán diseñarse ya no en forma de paquetes normatizados, sino teniendo en cuenta el sentido de complementariedad de la red y la atención a la población y a sus problemas epidemiológico-sociales.

Por último, la evaluación de resultados se realiza en forma conjunta, investigando especialmente la actividad de los servicios a través de la auditoría de las defunciones, los análisis de diagnóstico de egresos, consultas y visitas. A lo que se agrega un seguimiento específico de todos aquellos pacientes que hayan cambiado en forma uni o bidireccional su nivel de atención, para lo que se diseña un sistema de registros de derivaciones y contradervaciones. Es indispensable la consideración de la totalidad interinstitucional, como también la participa-

ción de todos los niveles de complejidad en la red de servicios y los factores organizativos y técnicos que influyen en su aumento o disminución, así como en el costo y gasto de todos los servicios de salud.

Es necesario aclarar aquí que el sistema de referencia no tiene que burocratizarse. En consecuencia no es necesario hacer viajar al paciente por toda la red para que encuentre su nivel de atención o su puerta de entrada. Se debe identificar desde el principio qué servicios deben atenderlo, y que cuenten con la resolutivez necesaria.

En las zonas urbanas los diseños son más complejos por la forma, en general poco planificada, en cómo se han ido generando los servicios. Allí, no será extraño que los flujos de complejidad creciente para una especialidad entre dos servicios sean en un sentido, y para otra especialidad en el sentido contrario. Es importante destacar que las puertas de entrada a la red de servicios son diversas, pero que el estímulo principal que tendrán los usuarios para usar una determinada puerta será el centro resolutivez de su problema de salud.

Comentario final

La orientación de los servicios de salud debe incluir una definición apropiada de las funciones de los hospitales que:

- a) Respete las tradiciones de la profesión médica.
- b) Adapte los hospitales a la realidad del perfil epidemiológico.
- c) En la concepción de los sistemas locales de salud el hospital; más allá de su dependencia o no de éstos, asume un papel preponderante para el desarrollo y fortalecimiento del sistema local.

Los siguientes conceptos del doctor Carlyle Guerra de Macedo, director de la OPS, sintetizan el pensamiento actual de la organización acerca de los hospitales en América Latina: "En algunos sectores se ha pensado que el énfasis en la atención primaria, como estrategia fundamental de la meta de salud para todos, excluye los niveles de atención secundaria y terciaria. Se ha concluido, equivocadamente, que existe una contradicción entre las tecnologías simples y las más complejas y a menudo se confunde tecnología apropiada con tecnología simplificada. Es indispensable rectificar este mal entendido. En su significado organizacional, los distintos niveles de complejidad forman la entidad indivisible de un sistema bien equilibrado. La falta de entendimiento de esa integridad es un factor que, agravado por la crisis económica, ha llevado en los últimos años a un extraordinario deterioro de las condiciones de la red hospitalaria en la mayoría de los países de América Latina. Los hospitales tienen una función cardinal que cumplir en apoyo de los siste-

mas locales de salud, conforme a los principios de atención primaria y esta función no puede limitarse a la recepción de pacientes remitidos. Constituyen la mayor concentración de recursos materiales, financieros, científicos y técnicos dentro de los sistemas de salud. En consecuencia, al reorientar los servicios, es imprescindible incorporar plenamente los hospitales en el quehacer de todo el sistema de salud e invertir esfuerzos en su habilitación, en particular en su perfeccionamiento gerencial. Cada hospital debe transformarse en un foco de apoyo administrativo, técnico y logístico, que forme el recurso humano exponiéndolo al proceso social de la salud y a una educación continua en el servicio; que promueva una investigación arraigada en la vida comunitaria para la solución de problemas concretos; y que irradie información y conocimientos, no sólo a todo el sistema de salud, sino a la población que sirve".

IV. EL HOSPITAL EN EL MUNDO

GUILLERMO FAJARDO-ORTIZ

Muchos de los datos que aquí se expondrán proceden de una sólida y prestigiada organización, la Federación Internacional de Hospitales, cuya sede es Londres, y de sus miembros.

La información obtenida ha sido fragmentaria; los datos incompletos o no obtenidos corresponden básicamente a países no occidentales o en vías de desarrollo. Este hecho, en cierta medida, ya presupone una característica del hospital en el ámbito internacional; la buena estadística y la informática hospitalaria se identifican, por lo general, con regiones u organismos, con recursos y poder; se debe recordar que la falta de información apropiada y confiable impide o dificulta tomar decisiones oportunas y adecuadas.

En el transcurso de esta presentación se harán diferentes tipos de cotejos y comentarios que se referirán a: número de camas de hospital por mil habitantes, tipo de pacientes que se hospitalizan, número de trabajadores por cama, arquitectura hospitalaria, costos, integración de los hospitales a otros servicios de la sociedad e identificación de los hospitales con las filosofías políticas.

En cuanto a número de camas de hospital por mil habitantes, el promedio mundial (excluida China) se estima en cinco, lo que equivale a 200 personas por cama. La dotación de camas es, en promedio, de más de diez por mil habitantes en la URSS, alrededor de diez en toda Europa, cifra inferior a cinco en América Latina, la que tiene 2.8; Africa 0.8 y Asia 0.6. Las diferencias anteriores tienen explicaciones de orden social, cultura de salud, estructura política, composición de edades, patología predominante y aspectos financieros.

En el análisis de la disponibilidad de camas se presentan filas de espera para internarse. Ello muestra la existencia de una demanda excedida que los recursos hospitalarios oferentes no permiten atender en forma inmediata. Así, por ejemplo, en Francia, excepto en los casos de urgencia, el ingreso a un hospital puede tomar varios meses; en los hospitales británicos una tercera parte de los pacientes espera más de seis meses y en España, más de 120 000 personas aguardan en los hospitales públicos (septiembre 1987). En muchas otras partes del mundo se presenta el mismo fenómeno; sin embargo, no hay información cuantitativa.

En la atención hospitalaria en las regiones poco industrializadas, tiene un lugar preponderante el número de camas dedicadas a obstetricia, pediatría y enfermedades transmisibles, mientras que en el resto del globo terráqueo, el mayor número de camas es ocupado por pacientes con problemas crónico-degenerativos y por minusválidos.

En vista del aumento de casos de urgencia, en los cinco continentes ha habido un incremento de los recursos hospitalarios para dichos casos. Es interesante señalar que en estudios llevados a cabo en la Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá, los pacientes que ingresan a los hospitales, en la actualidad, por los servicios de urgencia, comparativamente, llegan en estado de mayor gravedad que lo que ocurría en 1982. Hasta el momento no hay una interpretación de este fenómeno.

En cuanto al recurso humano, las cifras encontradas son difíciles de apreciar; en los países industrializados suele haber menos de cuatro trabajadores por cama. En los países en vías de desarrollo, la situación es paradójica: hay menos de un empleado o se llega, como contraste, a más de diez. Esta última situación, quizás pueda explicarse por un exceso de personal disponible y la necesidad de crear fuentes de trabajo. Por otro lado, la tecnología médica está dando lugar a un aumento de la mano de obra especializada.

En relación a la arquitectura hospitalaria, naturalmente los hechos no son puros, pero se pueden decantar dos escuelas: en una persiste el racionalismo, de líneas frías funcionales y rupturistas —el hospital norteamericano—; la otra trata de incorporar el hospital al ambiente natural, tomando en cuenta el solar donde se construirá, valorizando las

dimensiones y "estetizando" las características de los edificios hospitalarios; esta última escuela tiende a ser la predominante en la actualidad.

Pasando al renglón financiero, los problemas económicos han incitado a los organismos hospitalarios a interrogarse sobre su capacidad para afrontar los gastos. En septiembre de 1987, el costo del primer día de hospitalización en los Estados Unidos de América fue de 520 dólares; en la Gran Bretaña, de 310 a 350, y en España se estimó de 175 a 200. De otras partes no fue posible obtener información confiable; en todo caso, las cifras presentadas dan una idea sobre los elevados costos de los servicios hospitalarios.

En el sector privado de los países poco industrializados, la creación de hospitales ha perdido atractivo como alternativa de inversión, porque no ofrecen rendimientos altos. No así en los Estados Unidos de América donde hay grandes cadenas privadas de hospitales que cotizan en la bolsa. Cuentan actualmente con aproximadamente 15 por ciento del total de camas de corta estancia. Así el hospital tiende a ser una empresa competitiva económica y cualitativa.

El capítulo de integración de los hospitales a otros servicios de salud, educativos o sociales, de hecho constituye un apartado problemático en los nosocomios privados, pues la mayoría desempeña sus funciones aisladamente. Las razones son diversas: los hospitales son administrados por autoridades diferentes a los otros servicios, su financiamiento procede de distintas fuentes, sus normas jurídicas son específicas y el hospital es considerado, en particular por los médicos, como una institución que no debe identificarse o relacionarse con otros servicios públicos. Ante esta situación, el hospital se debilita y no cuenta con todo el apoyo que pudiera tener. Un fenómeno opuesto se presenta en el hospital público, en particular el general, que se identifica con la atención primaria de la salud.

Sobre la orientación política y su relación con el hospital, si se repara en que en el "mundo occidental industrializado" no menos de veinte gobiernos son de tipo liberal y que entre ellos figuran naciones como Gran Bretaña, la República Federal Alemana, los Estados Unidos de América, Francia e Italia, forzoso es llegar a la conclusión de que el liberalismo, en sus múltiples formas y variedades nacionales, se refleja en la atención hospitalaria mundial.

Tan notable ha sido el éxito liberal en Europa Occidental y en los Estados Unidos de América que hay manifestaciones en gobiernos de clara inspiración estatista a adoptar posiciones en los servicios de salud de neta raíz liberal. En los países industrializados se indica que los servicios hospitalarios no pueden desarrollarse recurriendo al crecimiento en frío del gobierno. Se sugieren reorientaciones al estado tipo bienestar o asistencial, al

Welfare State, pero no renunciando a su nombre ni a su filosofía. Llevando esta perspectiva a su extremo, el hospital identificado con el liberalismo presenta las siguientes características: ser un servicio de salud, que supera el marco de los establecimientos médicos aislados —insulas—, contar con autonomía económica y capital de riesgo, disponer de alta tecnología y protagonizar importantes programas de enseñanza e investigación.

Desde la perspectiva opuesta, el hospital de carácter socialista, además de girar en torno del eje médico, se desenvuelve alrededor de tres ejes: económico, político y burocrático. El eje económico propugna medidas referentes a mayor productividad, el eje político se caracteriza por el intervencionismo y el eje burocrático favorece el establecimiento de esquemas rígidos.

Entre estas dos perspectivas hay innumerables escenarios intermedios, relativos a innovación tecnológica, incremento o disminución de la participación estatal e introducción de criterios de mercantilismo en los hospitales públicos.

Los hospitales de regiones poco afortunadas se pierden en diversas operaciones estructurales e "ismos" sin sustancia profesional propia.

Hoy, en conclusión, se desprende que el hospital en el mundo obedece a múltiples perspectivas, siendo evidente que sus características en cuanto dependencia, disponibilidad de recursos y funcionamiento reflejan diferentes esferas de competencia económica. En particular, yo percibo que en el medio occidental hay una tendencia a que cada hospital se maneje en forma más independiente, más autónoma del estado, aunque bajo su rectoría. El interés no está en la revelación de este hecho, sino en el análisis de las circunstancias que han dado lugar al fenómeno. En ello se pueden encontrar enseñanzas útiles.

Bibliografía consultada

- HOLMER F: *Hospitals and PHC in tropical Africa*. World Hospitals, 1986; 12:7.
- LING-CAI Z: *The role of the commune hospital in PHC in China*. World Hospitals, 1986; 22:15.
- MACAGBA R: *Hospitals and primary health care*. International Hospital Federation. London, 1984.
- INSTITUT FRANCAIS D'ARCHITECTURE, DIRECTION DES HÔPITAUX, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE ET SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA SANTE: *Architecture et conception hospitalière*. Paris, 1987.
- MINISTRY OF WELFARE AND EMPLOYMENT. MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY AFFAIRS: *French hospitals news*. Paris, 1987.
- ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION: *Updated report on access to health care for the american people, special report*. Princeton, 1983.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Hospitals and health care for all*. Genève, 1987.

V. EL HOSPITAL EN EL AÑO 2000

JORGE RUIZ DE ESPARZA*

No es fácil hacer prospectiva del hospital para el año 2000, toda vez que los avances científicos y tecnológicos ocurren cada vez más rápidamente y hacen casi imposible saber qué pasará dentro de 13 años. Sin embargo, se tratará de extrapolar lo que está sucediendo en la actualidad y las áreas más importantes del hospital.

Es el área de consulta externa donde la presión de demanda se hace más aparente, toda vez que es prácticamente el sitio donde se une el hospital con la comunidad a la que se le da cobertura, y desde este aspecto, se deberán cambiar los indicadores que han regido por muchos años y serán cambiados de manera significativa: salas de espera mayores, con facilidades para hacer difusión de programas de educación higiénica, mayor número de consultorios, mejor utilización de los mismos, con un horario más amplio, y posibilidad de entrega de estudios auxiliares de diagnóstico el mismo día de la atención.

Son los servicios auxiliares de diagnóstico los que han sufrido los cambios más radicales y donde se deben prever, a corto y mediano plazo, las mayores y más bruscas transformaciones.

La automatización del laboratorio clínico irá en aumento; es previsible y lógico suponer que llegará a extremo tal, que una unidad automatizada de laboratorio dé servicio a todos los hospitales de una región y en ellos solamente se recolectarán muestras y existirán pequeñas unidades, también automatizadas, para realizar exámenes de urgencia. En esa misma área se realizarán pruebas muy simples, cuando sean de tipo cualitativo, con base fundamentalmente en cintas diagnósticas. Solamente se utilizará la máquina para aspectos cuantitativos, y lo que ya también se vislumbra para un futuro próximo: máquinas para leer los aspectos morfológicos, fundamentalmente en hematología y bacteriología.

Los estudios de imagenología ocupan un lugar preponderante como auxiliares en el diagnóstico, desde las máquinas más elementales, casi desaparecidas como el fluoroscopio, hasta las más complejas como la tomografía computadorizada, el intensificador de imagen, el circuito cerrado de televisión el video radiológico y la resonancia magnética, que

han hecho que este servicio esté presente en pequeñas, medianas y grandes instalaciones hospitalarias.

Al respecto, se puede asegurar que en los próximos años las máquinas darán imágenes más precisas al aumentar su potencia, y con la ayuda de computadoras electrónicas seleccionarán el programa adecuado para un determinado enfermo, de acuerdo con su padecimiento, su diagnóstico y sus características corporales.

El actual sistema de revelado automático será en serie, y ya se pueden ver en las áreas de investigación radiológica máquinas que inmediatamente después de tomado el estudio realizan el proceso total del revelado; cabría hacerse la pregunta: ¿algún día la máquina nos dará la interpretación del estudio?

Las unidades de cuidados intensivos se harán más automatizadas; los signos vitales del enfermo estarán presentes de manera constante en las pantallas de los monitores, máquinas automatizadas de laboratorio estarán brindando constantemente los exámenes fundamentales de tipo químico, bioquímico y bacteriológico y todos estos datos, alimentando a la computadora lograrán, en cuestión de segundos, que el médico sepa cuál es el estado real de su paciente, cuál es el tratamiento adecuado e, incluso, cuál será el pronóstico esperado.

El avance que ha tenido la cirugía seguirá en aumento y se llegará en un futuro próximo a técnicas hasta el momento imposibles, fundamentalmente en lo relacionado con transplantes de órganos, quizá de aparatos o sistemas, y también al enorme campo que ya empezó a brindar la microcirugía.

La esterilidad del ambiente estará garantizada por técnicas más avanzadas que la del flujo laminar: recambios múltiples de aire por hora, a base de ultrafiltros, que incluso podrán detener microorganismos virales.

El lavado de ropa será centralizado y dará servicio a todos los hospitales de una gran ciudad o de una región geográfica bien comunicada, pero es de preverse que la demanda de este proceso será cada vez menor, toda vez que la ropa será sustituida por productos desechables de "útese y tírese", que irán ganando terreno al, para entonces, antiguo proceso de hacer ropa, lavarla, plancharla y distribuirla.

De enorme importancia y máxima necesidad será el cambio que sufra el departamento de mantenimiento del hospital: grandes edificios, instalaciones, equipos e instrumental complejos harán necesario que el mantenimiento preventivo se realice de manera constante, a efecto de evitar, hasta donde sea posible, el mantenimiento correctivo, con su implicación inmediata de alto costo.

Grandes tableros de tipo electrónico estarán constantemente mostrando grandes o pequeñas fallas en las instalaciones eléctricas, hidráulicas, de acondicionamiento de aire, gases médicos, vacío,

*Coordinador de la maestría en Administración de la Atención Médica y Hospitales, Universidad Nacional Autónoma de México.

transportadores vértico-horizontales, tubos neumáticos, transportes de piso con guías eléctricas, equipos médicos de monitoreo, equipos de intercomunicación y video, con objeto de que se atienda de inmediato la falla, que normalmente en su inicio es de poca consideración y por tanto su mantenimiento correctivo no significa un alto costo, como lo sería en caso de no atenderla de inmediato.

Por lo que se refiere a las áreas administrativas, se prevé que sean cambiantes, en virtud de las diferentes transformaciones que ocurran en el hospital, pero no cabe duda que gran parte de ese trabajo administrativo se realizará con apoyo definitivo de la computación electrónica. Así, todos los empleados marcarán sus ingresos al hospital en relojes que pasarán información a la computadora, para que el día de pago automáticamente se tenga el cheque correspondiente, con el cálculo de sueldo, tiempos extraordinarios trabajados, descuentos de diversa índole e incluso con notas de mérito o demérito.

La computadora también hará saber los faltantes en almacenes de todos tipos, mercancías obsoletas en los mismos e indicaciones relativas a los costos de adquisición, calidades y distribución.

Si bien es cierto que los sistemas de comunicación existentes nos brindan información casi inmediata de lo que sucede en otras partes del mundo, y si es verdad también que en muchas ocasiones los técnicos, sin analizar esa información, la adoptan de inmediato, será necesario pensar con cautela y sobre todo con gran sentido de responsabilidad nacional, la adecuación de las técnicas, los procedimientos, las estructuras y las acciones extranjeras al momento económico y social en que vivamos, logrando en esa forma conjuntar lo deseable con lo posible, sin tratar de importar e imponer teorías extrañas que pudieran volverse exóticas por haber sido generadas en países y momentos económicos diferentes.

Como consecuencia de los altos costos que tendrá para el año 2000 la atención hospitalaria, debido a la complejidad de las plantas físicas y de los equipos médicos y el alto nivel de preparación de los recursos humanos, se contempla que para el futuro nacerán nuevas estrategias que tengan como objetivo reducir los costos de atención médica, como ya se

está logrando en la llamada cirugía de corta estancia y en el egreso rápido llamado de puerperio fisiológico. No es difícil que en un futuro cercano encontremos, como en los países nórdicos, grandes carteles que indiquen a la futura madre: "No vaya al hospital a tener a sus hijos; nosotros vamos a su casa".

VI. COMENTARIO FINAL

GUILLERMO FAJARDO-ORTIZ

Los hospitales existentes presentan una diversidad extrema en todos los aspectos para ofrecer sus servicios. No existe un modelo. Por el contrario, de hecho cada hospital presenta su propio modelo marcado por diversas manifestaciones, antecedentes políticos, económicos, sociales y médicos.

La tarea principal de los hospitales es la lucha por la salud contra la enfermedad. Se está consciente de que no todos los hospitales luchan por esos propósitos en una buena situación económica y de disponibilidad de recursos. Lo que para unos hospitales es lógico y natural, es decir, considerar su servicio como el contenido fundamental de su trabajo, para muchos otros resulta problemático, pues su problema básico se orienta hacia la consecución de recursos.

Independientemente de todo lo anterior, también se vislumbra para el hospital un futuro resplandeciente lleno de innovaciones, hasta ahora insospechadas, lo que sin duda hará más costosa la estancia, aunque en general más corta y de resultados más positivos.