

Los Hospitales Universitarios: pasado, presente y futuro

André Cezar Médici

Introducción

Los hospitales de enseñanza son tan antiguos como el concepto de salud que surge con el Renacimiento. Sin embargo, la medicina flexneriana y su impacto en el aumento de la especialización, a partir de comienzos del siglo XX, amplió el alcance de estas instituciones, haciendo obligatoria la vinculación orgánica y la dependencia institucional entre Facultades de Medicina y Hospitales de Enseñanza.¹ A lo largo de este siglo, se amplió el número, la importancia y la autonomía de los hospitales universitarios, los cuales, aunque tuvieran funciones definidas en los sistemas de salud, en muy escasa medida se subordinaban institucionalmente a la lógica de esos sistemas.

Aunque sostenidos en mu-

1. Ver el artículo anterior de esta serie: “Los desafíos de la formación médica en el próximo siglo”. *Cuadernos Médico Sociales* 76: 93-105, 1999.

chos casos por recursos públicos, los hospitales universitarios crecieron en los últimos setenta años, en su gran mayoría, como instituciones independientes, distantes del perfil epidemiológico de las poblaciones y dominadas por los intereses económicos y corporativos de los médicos especialistas. Estos los demandaban, ya sea como medio de experimentación de nueva tecnología médica, utilizando muchas veces las poblaciones carenciadas como cobayos para sus innovaciones asistenciales o terapéuticas, ya sea como *locus* de reclutamiento de nuevos médicos, que irían a engrosar las filas de las “guildas” de especialistas, aumentando el poder social y económico de aquellos que se encontraban en el ápice de la pirámide de cada especialidad o subespecialidad.

Sin embargo, a partir de los años setenta, nuevos desafíos comienzan a definir cambios en el horizonte de los servicios de salud, entre los cuales cabe destacar: a) la atención primaria como práctica asociada al concepto de democratización de la salud; b) las técnicas de prevención que cobran peso como instrumentos para prolongar la vida y reducir costos de los sistemas de salud; c) el crecimiento de la atención médica basada en el concepto de seguro, modificando las prácticas de las instituciones que administran los planes de salud y sometiendo la atención médica a rutinas, procedimientos y prácticas más estandarizadas, así como a controles externos, con la perspectiva de obtener resultados más costo-efectivos; d) el aumento del conocimiento y de la regulación del sector, estableciéndose un vínculo entre salud, ambiente, trabajo, alimentación y transporte; e) la multidisciplinariedad creciente de la atención de salud; f) el crecimiento de los mecanismos de defensa del consumidor y del aparato judicial contra prácticas que antes eran incuestionables, por ser monopolio del saber de la profesión médica, que nunca era cuestionada.

Por otro lado, las necesidades de racionalizar gastos en salud ha fragiliza-

do los hospitales de enseñanza, que acostumbran a ser muy dispendiosos, dado que no presentan una vinculación clara entre lo que consumen y sus resultados. Estos son solo algunos de los elementos que quebraron los eslabones que impedían una discusión más amplia sobre el papel de los hospitales universitarios y abrieron hacia las calles el debate sobre la formación en salud.

¿Cómo han recibido las instituciones de enseñanza en salud estos cambios a nivel mundial? ¿Cómo han reaccionado médicos y profesores universitarios ante los nuevos conceptos y propuestas? La realidad es que el debate apenas está iniciándose, inclusive en los países desarrollados. Sobre la base de estas preocupaciones la Organización Mundial de la Salud realizó en 1995 un Seminario Internacional que procuraba evaluar el “estado del arte” de los hospitales universitarios en diferentes países. Los resultados fueron publicados en un estudio que hace una evaluación de estas instituciones en 22 países.²

La concepción tradicional define un hospital universitario (HU) como una institución que se caracteriza: a) por ser un prolongamiento de un establecimiento de enseñanza en salud (de una facultad de medicina, por ejemplo); b) por proporcionar entrenamiento universitario en el área de salud; c) por ser reconocido oficialmente como hospital de enseñanza, estando sometido a la supervisión de las autoridades competentes; d) por ofrecer atención médica de mayor complejidad (nivel terciario) a un sector de la población.

Desde el punto de vista práctico, la realidad de los 22 países analizados muestra que un hospital universitario es entendido, ante todo, como un centro de atención médica de alta complejidad que: a) tiene un importante papel en la atención médica de nivel terciario; b) presenta un fuerte compromiso en actividades de enseñanza e investigación relacionadas con el tipo de atención médica que dispensa; c) atrae una alta concentración de recursos fi-

2. “The Proper Function of Teaching Hospitals Withim Health Systems” (Institute for Health Policy Studies - IEPS/ World Health Organization, setiembre de 1995). El estudio se realizó en los siguientes países, ordenados según nivel de ingreso: Suiza, Japón, Suecia, Francia, Holanda, Australia, Reino Unido (ingreso alto, superior a 8.000 dólares *per capita*); Corea del Sur, Chile, Jamaica, Colombia, Marruecos, Filipinas, Albania (ingreso medio, entre 635 y 8.500 dólares *per capita*); Egipto, Indonesia, Pakistán, China, Benin, Nigeria, Tanzania y Vietnam (ingreso bajo, menor de 900 dólares).

sicos, humanos y financieros en salud; y d) por ser de alto costo, juega un papel político importante en la comunidad en la que está inserto.

La atención médica en los hospitales universitarios

Los cuadros 1, 2, y 3 del anexo muestran algunas de las características de los países analizados en lo que se refiere a sus indicadores económicos y sociales (países con índice de desarrollo alto y bajo); sus indicadores relacionados a los sistemas de salud y los datos relativos a hospitales universitarios. En este último campo, las informaciones son bastante incompletas, sobre todo para los países de nivel de desarrollo mediano y bajo. Aunque la importancia de los hospitales universitarios tenga alguna relación con el nivel de desarrollo, algunas características de estos establecimientos son más o menos generales. Los HUs representan un porcentaje importante del gasto total en salud, que puede variar de 4,5% (Colombia) hasta 21% (Corea). La media de los países europeos donde fue relevada la información se ubica entre 7 y 12%. Las camas de los HUs representan entre un 5% (Japón) y un 21% (Corea) del total de camas del país y la participación en el total de los gastos hospitalarios del país puede variar de 9% (Colombia) a 40% (Corea). Así, al utilizar alta tecnología e incorporar enseñanza e investigación, su peso en el gasto asistencial representa el doble de su participación en el volumen de atención. Son, por lo tanto, hospitales caros. Como porcentaje del PBI, los gastos de los hospitales universitarios pueden variar desde un 0,1% (Marruecos) a un 1,4% del PBI (Corea).

Los HUs representan una atención médica básicamente curativa, habiendo poca preocupación con la prevención. En el caso de los países desarrollados ese hecho comienza lentamente a cambiar, especialmente en lo que se refiere a la gestión de enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfer-

medades cardiovasculares, donde la educación del paciente y de la familia es condición *sine qua non* para la eficacia de los tratamientos.

Existe un cierto consenso en que los HUs deberían cambiar sus estrategias e integrarse en mayor medida con las comunidades donde se asientan, definiendo nuevas formas de tratamiento y visitas domiciliarias, aumentando la atención ambulatoria, etc. La ventaja de esta vinculación estaría en el hecho que, como instituciones preocupadas con la enseñanza y la investigación, los HUs podrían experimentar, en forma pionera, nuevas formas de microgestión de la salud, que podrían ser transferidas a los demás hospitales, una vez probadas.

Aunque algunos HUs presten algunos servicios de atención primaria, sobre todo en los países de menor desarrollo, los participantes del encuentro promovido por la OMS fueron muy claros en defender la posición relativa a que la función básica de estos hospitales es la prestación de servicios de alta complejidad y tecnología. El argumento es básicamente de naturaleza económica, y consiste en que sería un desperdicio de recursos utilizar estructuras pensadas para ofrecer actividades de alta tecnología como prestadoras de servicios básicos.

La posición defendida por los gerentes de los HUs es bastante corporativa, dado que no articula cuestiones fundamentales como la formación práctica de médicos y equipos de salud que van a trabajar en atención primaria y prevención. Existen algunas soluciones prácticas para el problema: a) utilizar otros establecimientos de salud (hospitales de menor complejidad, redes de atención primaria, estructuras de salud de la familia, etc.) como lugares de enseñanza alternativos para estas modalidades, o b) reformular el concepto de enseñanza en salud sin vincularlo necesariamente a la existencia de hospitales universitarios. En este último caso se produciría el abandono de la idea de HU, aunque pudieran ser contratados hospitales

terciarios (con estructura de investigación) para la enseñanza de acciones que supusieran procedimientos de alta tecnología. Algunos países, como Chile, Colombia, Australia y Pakistán, ya vienen experimentando la enseñanza de actividades de atención primaria fuera de los HUs.

Dada la tendencia internacional a una creciente deshospitalización de la salud, los HUs van a tener que adaptarse a nuevas formas de cuidado como internación domiciliaria, puestos avanzados en pequeñas ciudades, lugares especiales para familiares en el caso de hospitales pediátricos, uso de estrategias de ayuda voluntaria en hospitales, etc. Pocos países, sin embargo, han experimentado innovaciones en este campo a partir de los HUs. Las experiencias de vanguardia son más fáciles de encontrar, sea en las instituciones de seguro de salud y sus redes de atención propias o contratadas, sea en el sector público de base local.

El hecho de disponer de personal más calificado o más recursos físicos y equipamiento no lleva necesariamente a los HUs a prestar una atención médica de mejor calidad. La experiencia ha demostrado que los HUs, pese a tener más recursos físicos y humanos presentan, en muchos casos, un fuerte deterioro de sus estándares de atención.

Esa situación es particularmente grave, porque el no cumplimiento de estándares de calidad y de práctica médica adecuada pueden deformar al profesional en entrenamiento para toda su vida. Existe un consenso, en este caso, que los HUs deberían ser instituciones modelo, constantemente evaluadas por parámetros externos e instituciones de acreditación. Muchos dirigentes asocian tal situación a la inexistencia de financiamiento adecuado. Sin embargo, el mal gerenciamiento de las instituciones ha sido el principal factor responsable de deterioro.

Se considera válido el argumento de que los HUs deben ser solamente unidades de tercer nivel de atención, el

acceso a estos hospitales debería estar limitado por una red de referencia, donde las unidades de menor complejidad funcionaran como “gatekeepers”. En la práctica, sin embargo, no es esto lo que sucede. Como los HUs están poco integrados a los demás niveles de atención y tienen, en general, total autonomía gerencial en relación a los sistemas de salud, atienden todo los niveles de atención, con el agravante de introducir siempre el sesgo de orientar al paciente hacia un nivel de atención más complejo que el correspondiente al diagnóstico que presenta. Tal vez este sea uno de los motivos por los cuales la atención médica en los HUs es más cara.

El hecho de existir un sentimiento común entre la población, relativo a que “cuanto mayor y más complejo es el establecimiento, mejor es la atención” perpetúa la mística de que los hospitales universitarios resolverían de manera más adecuada todo problema de salud que se presente. Los datos no confirman necesariamente esta creencia popular, que es fruto de la asimetría de información característica del sector salud.

La enseñanza y la investigación en los hospitales universitarios

El análisis de la enseñanza en los HUs involucra una serie de aspectos, dentro de los cuales cabe subrayar: a) ¿deberían ser estas las únicas instituciones prácticas de formación en salud?; b) ¿qué tipo de entrenamiento deberían proporcionar?; c) ¿cuántos médicos deberían ser formados?; d) ¿qué tipo de entrenamiento debería darse a otros profesionales?; e) ¿cómo financiar las actividades de enseñanza en el interior de los HUs?

Aunque los HUs sean las principales instituciones que complementan, en términos prácticos, la enseñanza académica en las profesiones de salud, viene creciendo rápidamente el número de hospitales y otros establecimientos no universitarios que ejercen estas

funciones. La realidad muestra que los HUs no son imprescindibles. Al contrario, son cada vez menos importantes, cuando se piensa que las actividades de salud pasan de manera creciente por la interdisciplinariedad de las profesiones y campos de conocimiento y por el cambio radical en las formas de atención médica, que se distancia crecientemente del concepto tradicional de hospital. La práctica del sector salud es mucho más rica y diversificada que el mundo de los HUs. Por lo tanto, aunque deba existir una interacción entre enseñanza y práctica en salud, es más adecuado conducir la enseñanza en salud por la práctica, que recorrer el camino inverso, que es el trazado por los HUs.

La cuestión de cuántos profesionales se deben formar debería tener un paralelo con las necesidades de salud. Pero esto no necesariamente sucede. Incluso los HUs públicos se apoyan en el abstracto concepto de autonomía universitaria para ofrecer cursos y cupos en profesiones de salud sin ninguna conexión con las necesidades, como ocurre en Uruguay, Argentina y algunas partes de Brasil, especialmente cuando el financiamiento de la educación no proviene del mercado, sino de fuentes presupuestarias públicas.

Determinar cuántos médicos o profesionales son necesarios, sin embargo, no es un proceso trivial. La cantidad de variables necesarias y la subjetividad de los análisis involucrados puede establecer un modelo que utiliza múltiples hipótesis y puede llegar a múltiples resultados. Lo mismo sucede en relación a cuál es la proporción adecuada entre médicos generalistas y especialistas que se deben formar. En ocasión del Seminario realizado por la OMS se estableció que sería una aproximación razonable la proporción de 50% para cada categoría. En este particular, países como Japón, Francia, Australia e Inglaterra tendrían menos del 50% de especialistas, en tanto otros, como Suiza, Suecia y Holanda, superarían ese porcentaje. De cualquier manera, las situaciones encon-

tradas en Uruguay y Argentina, con porcentajes superiores al 80%, pueden considerarse absurdas.

En cuanto al financiamiento, la mayoría de los HUs están bajo la administración de facultades de medicina o universidades, es decir, dependen del presupuesto público para su mantenimiento. Por consiguiente, planifican sus actividades en forma independiente de la demanda y del mercado, practicando en gran escala lo que resulta de las necesidades del cuerpo docente.

En los últimos años ha crecido el número de HUs que comienzan a tener parte de su financiamiento vinculado a los servicios que prestan a la comunidad. Tal hecho ha generado en algunos países una serie de conflictos administrativos entre Ministerios de Educación y Salud, respecto a cuáles deberían ser las verdaderas funciones de estos establecimientos y a qué tipo de lógica deberían responder: a la de la enseñanza o a la de los servicios. Incluso así, la creciente dependencia financiera en relación a los servicios ha permitido adecuar mejor la producción de servicios a las necesidades sociales.

Los resultados del seminario de la OMS muestran que el tipo de investigación que se desarrolla en los HUs es la investigación clínica a través de la observación de pacientes. Sin embargo, en los países en desarrollo, la investigación no ha sido considerada una actividad esencial dentro de las tareas de los HUs. Incluso en los países desarrollados, buena parte de la investigación que en las décadas de los sesenta y setenta se desarrollaba en los HUs es hoy canalizada a través de los Institutos de Investigación y de las industrias farmacéutica y de equipamiento médico. Los altos costos del desarrollo científico y tecnológico y los límites de los presupuestos públicos para la investigación hacen que los HUs tengan cada vez menos capacidad institucional para comprometerse en procesos complejos de investigación básica y aplicada en salud.

Existe una tendencia a que los hospitales universitarios puedan participar

como asociados en experimentos científicos, auxiliando a los Institutos de investigación o siendo financiados parcialmente por industrias. Cada vez están más lejos de comprometerse de manera aislada en líneas de desarrollo científico y tecnológico.

Aspectos institucionales y sociales de los hospitales universitarios

La mayoría de los países participantes no consideran que los HUs deban ser orientados hacia la solución de problemas sociales. No son instituciones filantrópicas ni se orientan directamente a cumplir actividades orientadas a mitigar la pobreza y mejorar la distribución del ingreso. Incluso así, pueden ofrecer servicios gratuitos a poblaciones carenciadas que no podrían, de manera regular, pagar por servicios de salud de alta complejidad.

Como ya se vio, los HUs son instituciones caras, ya que concentran atención de alta complejidad, además de actividades que combinan actos médicos con procedimientos didácticos. Los estudios realizados en Australia muestran que, incluso para los mismos grupos relacionados por diagnóstico (DRG), el costo de los hospitales universitarios es 12% más elevado que el de los hospitales no universitarios de alta tecnología. Es posible que actividades que involucren enseñanza incluyan una cierta dosis de ineficiencia técnica implícita en el proceso didáctico. En el caso de los hospitales de Corea del Sur, la media de costos relacionada con DRG es 28% mayor.

En razón de presentar costos más elevados, difícilmente los hospitales universitarios podrían ser competitivos en sistemas de “honorarios por servicio” y serían poco atractivos para los planes de seguro médico. La tendencia, por lo tanto, es que se conserve la financiación por el sector público, con buena parte de los servicios prestados en forma gratuita o subsidiada. Incluso así, deberían desarrollar esfuerzos para tener información fi-

nanciera relacionada con costos, además de buscar fuentes alternativas de financiamiento para la atención médica en forma separada de las diferentes funciones adicionales (enseñanza e investigación) que los diferencian de los demás hospitales.

En otras palabras, los HUs deberían ser unidades de venta de servicios al gobierno, a los planes privados de salud y a las personas en tanto individuos. Esta debería ser la manera por la cual podrían componer su presupuesto asistencial, dejando que las funciones de enseñanza e investigación sean financiadas a través de otras formas de relación con el sector público, las empresas y las demandas sociales. Las mismas universidades o facultades de medicina deberían ser consideradas como “clientes” de los HUs y no como órganos de control o gestores de los mismos. Todos esos aspectos, sin embargo, supondrían la búsqueda de una mayor eficiencia y racionalidad en la gestión de estas instituciones.

El seminario demostró que, aunque la mayoría de los HUs tengan personería jurídica pública, el hecho de ser públicos o privados no supone ninguna diferencia sustantiva en los problemas que en general presentan. HUs privados también han sido subsidiados y aparentemente son tan ineficientes como los públicos. Algunas excepciones pueden encontrarse en casos como el de Chile, donde la eficiencia se vincula a una racionalidad por demás economicista, donde los estudiantes y pacientes son seleccionados por criterios de capacidad de pago. Ese hecho revela, sin embargo, mucho más un problema de regulación e incentivos públicos al financiamiento que una deficiencia de gestión del mismo hospital.

Muchos países (en especial los desarrollados) comienzan a utilizar la definición de estándares para acreditación, tecnología, control de calidad y normas para derivar pacientes a los HUs. En los países de menor desarrollo, el uso de los HUs se integra a una red de servicios y continúa sujeto a gran irracionalidad. Ese hecho tiene

implicaciones, inclusive en lo referido a equidad, ya que factores como localización, facilidades de transporte y otros influyen fuertemente la demanda por estos hospitales. Por otro lado, el hecho de ofrecer servicios gratuitos y mantener una imagen positiva de resolutivez atrae a las poblaciones pobres para utilizarlos en la solución de cualquier problema de salud sin una selección previa. Tales poblaciones pueden ser mejor atendidas (y con menor costo social) en unidades de menor complejidad, en caso de que los HUs se sometieran a una adecuada jerarquización de servicios.

En general, toda la nación se enorgullece de tener un hospital universitario (o se avergüenza cuando se encuentra en franco deterioro). El hecho más candente que comprueba esta afirmación es el debate que se ha trabado respecto de la reforma del Hospital de Clínicas de Uruguay, a lo largo de los años 1997/98, donde la mala calidad de la atención médica prestada por el referido Hospital y la naturaleza del proyecto de reforma generó una fuerte movilización de corazones y mentes en todo el país. En tanto se lo considera un establecimiento de “tecnología de punta”, las fallas en la calidad de un hospital universitario pueden herir la autoestima nacional asociada a uno de los aspectos más vulnerables del imaginario social de una nación: su inteligencia.

Como último aspecto institucional relevante, vale la pena destacar que los hospitales universitarios son fuentes de prestigio y poder de la clase médica y están sujetos al férreo control de los gremios de profesionales de salud, que pueden manipular su gestión, en muchos casos, como aparatos sindicales; sea por el lado del grupo de los “profesores universitarios”, sea por la misma clase médica. Esto los transforma en instituciones de difícil manejo y control social, haciéndolos vulnerables al viejo dilema de la apropiación privada del espacio público por grupos de interés, sin el control social que muchas veces podría ser ejercido por

el mercado. En la mayoría de los casos, quien pierde con esta lógica es la población.

El futuro de los hospitales universitarios

A pesar de todos los problemas señalados, es difícil considerar que los hospitales universitarios están en extinción o son fáciles de reemplazar por instituciones más eficientes, a mediano y largo plazo. La autonomía secular gozada por la profesión médica ejerce fuerte poder gravitacional en todas las instituciones administradas por el poder médico.

El gran debate en los días de hoy pasa a ser, por lo tanto, cómo convertir a los hospitales universitarios en instituciones que, en el marco de sus atribuciones, puedan integrarse y contribuir a la eficiencia y equidad del sistema de salud.

Integrar los hospitales universitarios en redes de referencia y contrarreferencia o aumentar su papel en las acciones de atención primaria puede ser muy difícil, particularmente cuando se tiene en cuenta la lucha de estas instituciones por su autonomía y la conservación de su poder. La tendencia, en las regiones donde los HUs son financiados por el lado de la oferta con recursos públicos, es que, en vez de integrarse con los servicios existentes, ellos crean sus propias redes de atención primaria y secundaria, duplicando en general esfuerzos con los sistemas existentes.

La solución para este problema, por lo tanto, está en cambiar la lógica de financiamiento de los HUs, sometidos progresivamente a procesos en los que sean remunerados por el lado de la demanda,³ de manera competitiva con otras instituciones que pudieran cumplir el mismo rol. Se trata en este caso de quebrar el monopolio muchas veces ejercido por estas instituciones y trabajar con redes universitarias docente-asistenciales que respondan a las demandas sociales por servicios, docencia y tecnología.

3. Ver Médici AC. 1997. “A Economía Política das Reformas em Saúde”, capítulo 1 de *A Economia da Demanda em Saúde*. Porto Alegre: Ed. IAHCs.

Otra cuestión es el cambio del estilo de gerenciamiento de estas instituciones. Los HUs deben ser integrados con redes de provisión de cuidados primarios y secundarios, a través de: a) la formalización y la subordinación a sistemas de referencia y contrarreferencia, ya sea definidos por la planificación de las redes públicas de salud, ya por las necesidades del mercado, por la integración con las estrategias de atención administrada de instituciones de medicina prepaga; b) por la reorganización de sus funciones en forma integrada con las necesidades de cada re-

gión; c) por la introducción de mecanismos que cambien las prácticas gerenciales y el comportamiento de los médicos y de los profesionales de salud que desarrollan en él su práctica.

En muchos países están siendo adoptadas tales soluciones, sea a través de la integración de los HUs con *Health Maintenance Organizations* (modelo americano); sea a través de los sistemas de referencia y contrarreferencia administrados por la preferencia de los *GP fundholders* (modelo inglés), o a través de otras experiencias.

CUADRO 1

INDICADORES SOCIALES SELECCIONADOS

País	Población (en millones) 1994	PIB per capita (US\$) 1994	Esperanza de Vida (Años) 1994	Indice de Desarrollo Humano	Tasa de Mortalidad Infantil (0/100)	Tasa de Urbanización (%)
Ingreso Alto						
Suiza	7	37.930	78	0,978	6,8	60
Japón	125	34.630	79	0,983	4,8	77
Suecia	9	23.530	78	0,977	5,8	84
Francia	58	23.420	78	0,971	7,7	74
Holanda	15	22.010	78	0,970	6,8	89
Australia	18	18.000	77	0,972	8,7	85
Reino Unido	58	18.340	76	0,964	7,0	89
Ingreso Medio						
Corea del Sur	44	8.260	71	0,872	22,0	72
Chile	14	3.520	72	0,864	17,0	86
Jamaica	3	1.540	74	0,736	15,0	52
Colombia	36	1.670	70	0,770	38,0	70
Marruecos	26	1.140	65	0,433	72,0	48
Filipinas	67	950	65	0,603	42,0	43
Albania	3	380	73	0,699	-	35
Ingreso Bajo						
Egipto	57	720	62	0,389	59,0	47
Indonesia	190	880	63	0,515	68,0	31
Pakistán	126	430	60	0,311	101,0	32
China	1.191	530	69	0,566	29,0	33
Benin	5	370	50	0,113	88,0	38
Nigeria	108	280	52	0,246	99,0	35
Tanzania	29	140	51	0,270	104,0	33
Vietnam	72	200	68	0,472	39,0	22

CUADRO 2**INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD SELECCIONADOS**

País	Empleos de Salud por 1.000 habitantes	Médicos por 1.000 habitantes	Porcentaje de Médicos Especialistas	Camas Hospitalarias por 1.000 habitantes	Gasto en Salud (% PIB)	Gasto Hospitalario (% gasto en Salud)
Ingreso Alto						
Suiza	-	3,0	70	10,2	7,5	43
Japón	16,7	1,7	43	13,6	6,5	60
Suecia	40,7	3,0	67	6,2	8,8	55
Francia	23,8	2,7	48	9,7	8,9	57
Holanda	23,7	2,2	57	5,9	7,9	55
Australia	16,8	2,2	34	5,6	7,7	50
Reino Unido	17,6	2,0	49	4,8	6,1	51
Ingreso Medio						
Corea del Sur	10,0	1,1	55	3,0	6,6	52
Chile	6,5	1,0	-	3,2	4,7	48
Jamaica	-	0,5	-	0,0	-	-
Colombia	3,6	1,0	41	1,3	4,0	-
Marruecos	1,3	0,3	49	1,2	2,6	-
Filipinas	10,3	1,1	-	1,4	2,0	-
Albania	-	1,8	25	3,0	4,0	-
Ingreso Bajo						
Egipto	-	1,3	-	2,0	2,6	-
Indonesia	1,6	0,1	33	0,6	2,0	-
Pakistán	-	0,4	-	0,6	3,4	-
China	4,4	1,5	-	2,4	3,5	-
Benin	0,7	0,1	37	0,9	4,3	58
Nigeria	-	0,2	-	1,4	2,7	-
Tanzania	0,9	0,0	27	1,1	4,7	55
Vietnam	-	1,1	-	3,3	2,1	-

CUADRO 3

INDICADORES DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS (HU) SELECCIONADOS

País	Camas de HU/Total de Camas (%)	Gasto de los HU/ Gasto Total en Salud (%)	Gasto de los HU/ Gasto Hospitalario (%)	Duración del Cursado de Medicina (años)	Duración de los Cursos de Especialización (años)	Gasto en Hospitales Universitarios (% PIB)
Ingreso Alto						
Suiza	11	8,3	19,2	7	5	0,6
Japón	5	6,6	11	-	-	0,4
Suecia	19	11,7	21,2	6	7	1,0
Francia	17	11,7	24,8	6	5	1,0
Holanda	8	7,7	14,0	6	5	0,6
Australia	-	-	-	6	5	-
Reino Unido	-	-	-	5	7	-
Ingreso Medio						
Corea del Sur	21	20,8	40	6	5	1,4
Chile	-	-	-	7	-	-
Jamaica	-	-	-	-	-	-
Colombia	10	4,5	9,3	6	4	0,2
Marruecos	17	4,9	-	7	-	0,1
Filipinas	-	-	-	5	-	-
Albania	20	-	-	6	5	-
Ingreso Bajo						
Egipto	18	-	-	-	-	-
Indonesia	-	-	-	7	4	-
Pakistán	-	-	-	5	2	-
China	-	-	-	-	-	-
Benin	14	8,1	13,9	-	-	0,3
Nigeria	-	-	-	-	-	-
Tanzania	5	12,2	22,2	5	3	0,6
Vietnam	-	-	-	-	-	-