

PROBLEMAS Y ASPECTOS DE LA REORGANIZACION HOSPITALARIA

ESPaña necesita contar con una red hospitalaria análoga a la de las restantes naciones europeas, extendida a todo el territorio nacional con la mayor uniformidad posible, dotada de doble número de camas de las que posee hoy y, con una base económica estable que permita prestar asistencia correcta a cualquier enfermo que lo necesite, sea cual sea su capacidad de recursos o el punto de su residencia.

CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES

Una organización hospitalaria funcionalmente unificada a escala nacional implica, como condición ineludible, que los establecimientos que la formen sean clasificados por lo menos en cuatro tipos distintos que se distribuyan equilibradamente dentro de una determinada demarcación territorial, de modo que cada uno de ellos tenga a su cargo un cometido de actividades bien definido en relación con los demás.

Aunque susceptibles de numerosas variantes, los cuatro tipos básicos de hospitales son:

1.º Hospitales comarcales o locales, pequeños y sencillos, con un ámbito de influencia de reducida amplitud que haga posible a los enfermos llegar a ellos con cortos desplazamientos al comienzo de su enfermedad para obtener cuidados inmediatos.

2.º Hospitales generales, mayores y mejor dotados que los anteriores, que actuarán como segundo escalón asistencial, recibiendo enfermos cuyas características requieran unos cuidados que no puedan proporcionarlos los hospitales comarcales.

3.º Centros regionales de especialidades, que contarán con instalaciones y equipos que por su gran complejidad no pueden prodigarse y han de estar al servicio de amplios sectores de población.

4.º Hospitales de crónicos o de asistencia prolongada, organizados con normas de mayor economía de sostenimiento que los de asistencia activa y que se destinarán a aquellos enfermos que por precisar larga permanencia no deben ocupar camas en los de pensiones más costosas más que en casos excepcionales.

ORGANIZACION REGIONALIZADA DE LOS HOSPITALES

En general, la estructuración funcional de un conjunto de hospitales debe abarcar un territorio relativamente extenso pero que disponga de fáciles comunicaciones con el centro de especialidades correspondiente. En España se ha calculado que lo conveniente es que comprenda cuatro o seis provincias.

Hace pocos meses se ha publicado un excelente y bien meditado estudio sobre regionalización hospitalaria de Cataluña. También se ha elaborado un anteproyecto de ámbito nacional que data del 3 de marzo de 1966, del cual no se ha deducido por el momento ninguna consecuencia práctica. Es al que se refiere el cuadro número 6 (véase núm. 476 de TRIUNFO).

La regionalización hospitalaria está adoptada en las naciones más adelantadas como la mejor fórmula de organización de la asistencia nacional. Además de aumentar la eficacia de los cuidados médicos, permite disminuir considerablemente los gastos de sostenimiento.

Tanto la instalación como el costo diario de cada cama suelen ser por lo menos cinco o seis veces superiores en un centro regional de especialidades que en un hospital de tipo más sencillo, lo cual no impide que este último pueda ser igualmente útil y hasta más acogedor para muchos enfermos cuyo tratamiento no requiere los complejos dispositivos de un gran centro regional. Una gradación bien

estudiada permite que en cada demarcación territorial no haya mayor número de hospitales caros que el requerido por las verdaderas necesidades asistenciales.

Una organización hospitalaria regionalizada puede compararse, en cierto modo, con la de un distrito universitario, que, además de una buena Universidad, necesita Institutos de Segunda Enseñanza y Escuelas Primarias. Unos y otras son imprescindibles y pueden ser excelentes en su género, aunque su cometido se realice en niveles menos elevados.

HOSPITALES MODELO Y ORGANIZACION HOSPITALARIA ASISTENCIAL

La indispensable intervención del Estado en la ampliación de la red hospitalaria y en su sostenimiento presupone una regulación que determine las características que han de reunir los hospitales de cada categoría y el número de ellos que se precisarán desde el punto de vista técnico.

Se intentó dar un primer paso en este sentido en la Ley de Hospitales del 21 de julio de 1961. Pero la Ley, para entrar en vigor, requería el consiguiente Reglamento. Se dice que éste fue sometido a la aprobación de algún organismo superior en dos ocasiones —la última, en enero de 1967—, sin que haya sido considerado viable. No es posible conocer las razones de una tramitación tan prolongada.

Mientras tanto se sigue tendiendo en estos últimos tiempos a desorbitar las normas de construcción de hospitales. Cada vez que se proyecta uno nuevo se pretende que sea el mejor de su clase y se alardea de las elevadas cifras invertidas en él.

Los afanes competitivos en este terreno, pocas veces son ventajosos ni justificables. Dependen, en el fondo, de que los encargados de proyectar un hospital superponen al objetivo

esencial del proyecto un matiz de vanidad o de egoísmo que les impulsa a pretender que «su hospital» sea distinto de los demás y se singularice entre ellos por los motivos que sea. La lucha contra la enfermedad adquiere de este modo el aire de una guerra de guerrillas, en la que cada uno actúa por su cuenta, sin supeditarse a un plan de conjunto, y pensando nada más que en una limitada perspectiva del problema.

No siempre basta con que un hospital sea lujoso o caro para que cumpla bien sus funciones. Cuando no sobra el dinero, lo más importante de un hospital es que permita dar un buen servicio con la mayor economía posible.

Es preciso evitar además el error, nada infrecuente, de pensar que una buena organización hospitalaria se reduce a la suma de muchos hospitales de gran categoría.

Cifrar la resolución de nuestro problema hospitalario, tal como está planteado en este momento, en la puesta en servicio de algunos hospitales magníficos que eclipsen a todos los existentes, es algo análogo a pretender que las dificultades generales de la vivienda en Madrid pueden subsanarse construyendo tan sólo pisos de lujo o que los agobios de transporte colectivo urbano desaparecerán cuando se sustituyan los automóviles viejos por otros de último modelo. Son cosas que no tienen nada que ver entre sí.

Una buena organización hospitalaria ha de ser concebida con una visión panorámica del conjunto y no mirando con lupa los pequeños detalles de cada uno de sus componentes.

Dicen los partidarios de las instalaciones lujosas que en el proyecto de un hospital no se debe regatear nada, porque la vida o la salud humanas no tienen precio. La expresión y la idea son muy bellas. Lo malo es que la prosaica realidad de los presupuestos hospitalarios no se satisface sólo con nobles intenciones. Cuando los

recursos son escasos, se corre el riesgo de que, por tener unos cuantos enfermos admirablemente atendidos, haya que negar toda clase de asistencia a otros muchos igualmente necesitados.

No es raro que la inquietud por la situación hospitalaria española se despierte en los que tienen oportunidad de establecer comparaciones entre nuestros hospitales y los de otros países, sin conocer a fondo el problema de antemano, con una perspectiva general.

Se trata unas veces de médicos jóvenes que, cuando salen al extranjero para perfeccionar su formación, se sienten deslumbrados por los centros a donde concurren. Otras son los que, teniendo la responsabilidad de iniciar la construcción o la reforma de un hospital, procuran informarse previamente de cómo son los mejores establecimientos de las naciones más adelantadas.

En cualquiera de los casos llegan a la misma conclusión: los hospitales españoles están muy por debajo de los extranjeros y es preciso transformarlos radicalmente, tomando como modelo los que ellos han conocido, que constituyen, a su juicio, el prototipo ideal.

Como es sobre todo en los Estados Unidos en donde suelen descu-

brir los hospitales que les parecen más perfectos, se convierten en misioneros de lo que podría denominarse la «americanización hospitalaria».

Su razonamiento es, a primera vista, de una lógica irrefragable. Nuestros hospitales son malos y los americanos buenos. Por lo tanto, basta con prescindir de los nuestros e imitar los americanos para que todo quede resuelto.

No obstante —y aparte de que nunca se ha hecho nada de auténtico valor limitándose a copiar—, cuando intentan llevar el pensamiento a la práctica encuentran insospechadas dificultades de muy diverso orden. Además de incurrir en el error ya citado de confundir un buen hospital con una buena organización hospitalaria, las circunstancias generales de nuestro país —nivel económico, modo de vivir de las gentes, modalidades del ejercicio médico— impiden que la adaptación resulte tan sencilla como suponen los partidarios del trasplante íntegramente fiel.

LAS PERSPECTIVAS ECONÓMICAS

Casi todos los hospitales españoles están sometidos a dificultades presupuestarias permanentes que, además de repercutir sobre el desenvolvi-

miento normal de sus actividades, impiden realizar las ampliaciones, reformas y actualizaciones que reclaman los avances de la Medicina y de la Sociología.

Aun sin negar que tanto las Corporaciones de régimen local como el Instituto Nacional de Previsión se esfuerzan en cumplir lo mejor que pueden las obligaciones que les corresponden en el sostenimiento de los hospitales a su cargo, lo cierto es que, sea por carencia de recursos o sea por un desacertado enfoque de su funcionamiento, son muy pocos los hospitales que han conseguido liberarse de un constante desequilibrio económico.

Ni siquiera se exceptúan siempre de tal situación los que se envanecen de la magnificencia de sus instalaciones porque éstas obligan a una elevación tan considerable de los gastos de sostenimiento que es frecuente que rebasen todos los cálculos presupuestarios teóricos. No parece que sea posible evitar que los hospitales continúen sujetos a una administración deficitaria más que al Estado, en vez de continuar soslayando una responsabilidad económica directa, se encarga, del modo que sea, de patrocinarlos hasta donde se precise para que puedan seguir desempeñando sus funciones sin las actuales estrecheces.

La ayuda estatal tendría que extenderse a la tan necesaria ampliación de servicios, para conseguir que se alcanzase el índice cama-habitante que requiere una asistencia hospitalaria moderna.

Es evidente que si se emprende algún día la construcción o habilitación de nuevos hospitales, habrá que dejar a un lado las tendencias al americanismo, comenzando por atender primero a los que puedan ajustarse a normas más sobrias.

Aparte de las razones presupuestarias que lo aconsejan, un análisis realista de la situación general de la red hospitalaria española muestra que lo más urgente es incrementar el número de las Instituciones de ámbito comarcal y de las destinadas a asistencia prolongada, que no requieren edificios suntuosos ni instalaciones excesivamente caras. Al mismo tiempo, habría que procurar que los hospitales generales de tipo medio se modernizaran, adaptándolos a las necesidades médico-sociológicas actuales, lo que podría lograrse sin recurrir a superfluos dispendios de carácter ornamental o pretencioso.

Nunca se repetirá bastante que en España no se pueden instalar más que un número muy reducido de hospitales de gran categoría, porque son demasiado costosos para la capacidad económica del país.

Lo que puede estar al alcance de los norteamericanos, con una renta «per cápita» de cuatro mil dólares, se hace inasequible para los españoles, que no llegan a los ochocientos. La diferencia es la misma que la que puede haber entre dos familias con el mismo número de miembros, de las cuales una tiene unos ingresos mensuales de cuarenta mil pesetas, mientras que la otra sólo dispone de ocho mil. Por muchas ilusiones que se haga la segunda, nunca podrá conseguir que su nivel de vida le permita equipararse a la primera.

La desigualdad se hace aún más marcada en lo que respecta a los hospitales, porque la Administración pública española no peca de generosa en sus inversiones sanitarias, según se comprueba en el cuadro número 1.

Tales cifras hacen ver que, aparte de que nuestro producto nacional bruto por habitante está muy por debajo del de otras naciones, la proporción que dedica el Estado a los cuidados de la salud es francamente escasa. Y es irremediable que al sumarse ambos factores negativos —renta baja y porcentaje exiguo— la cantidad que se obtenga resulte de una desoladora insignificancia.

Partiendo de tal realidad, se comprende que la construcción de un hospital equivalente a los mejores de otros países absorberá una parte tan cuantiosa de los recursos totales disponibles que impediría que se instalen todos los necesarios, ya no con una categoría similar, sino con módulos mucho más modestos.

Es aleccionador, a este propósito, el ejemplo de la Seguridad Social. Dentro de la tónica general de nuestra economía, la Seguridad Social cuenta con sumas elevadísimas. En 1970, sus ingresos totales se aproximaron a ciento setenta mil millones de pesetas, cuando el presupuesto total del Estado español en el mismo año no llegó a trescientos diez mil millones, lo que significa que la recaudación de la Seguridad Social equivale al 54,8 por 100 de lo que obtiene el Estado por todos conceptos.

A pesar de ello, no ha conseguido instalar, ni con mucho, todas las camas que necesitaría para servicio de sus asegurados, y sigue sin poder dar a éstos hospitalización por enfermedades médicas o psiquiátricas por falta de disponibilidades para su sostenimiento. Es la contrapartida de la magnificencia de las residencias sanitarias.

Como esto no puede ocurrir con toda

DR. RAMON BALTAR

«Los hospitales clínicos deberían contar con una protección especial de la Administración pública, que les permitiese desempeñar, sin preocupaciones materiales, su doble función médica y docente». (Fachada del Hospital Clínico, de Madrid)



la red hospitalaria del Estado, es preciso inclinarse hacia la organización regionalizada, que ya hemos citado, para evitar que, por razones de prestigio o de ostentación, se sigan prodigando en un solo hospital sumas excesivas que sería preferible invertir en la construcción de varios más sencillos o en ampliar y mejorar muchos de los peor dotados.

Los que proyectan hospitales de costo elevado concluyen por atribuir a la incomprensión y a la falta de ayuda económica de las entidades el escaso éxito de sus planes en vez de reconocer que han sido concebidos sin tener en cuenta las características de nuestro país. En ocasiones se acogen a la hipotética esperanza de lograr una autofinanciación al ser solicitados sus servicios por enfermos pudientes. Tampoco a este propósito valen los ejemplos americanos. El bajo nivel económico medio de España no permite fundar el sostenimiento de un hospital caro en la perspectiva ilusoria de que las ganancias obtenidas en la asistencia de los ricos cubran los gastos originados por los pobres. Aquí no tenemos más remedio que aceptar la realidad de que más de cuatro quintas partes de los españoles carecen de recursos para pagar por sí mismos una asistencia hospitalaria costosa, y que es en ellos en quienes hay que pensar, poniendo al alcance de su precaria economía hospitalares en los que predomine un régimen desinteresado y benéfico, que cuando no sea rigurosamente gratuito no eleva innecesariamente los gastos.

LAS INSTALACIONES, LOS SERVICIOS GENERALES Y LA ORGANIZACIÓN MÉDICA DE LOS HOSPITALES

Se ha llegado a afirmar que la organización hospitalaria, como la guerra, se funda sólo en tres elementos esenciales: dinero, dinero y dinero. La frase no debe ser tomada demasiado al pie de la letra. En primer lugar, el dinero —desde luego, imprescindible— ha de ser empleado razonablemente. Pero, además, el dinero no lo es todo. Con él pueden conseguirse edificios espectaculares, instalaciones técnicas magníficas y aparatos perfectos. Ahora que edificios, instalaciones y aparatos forman tan sólo una compleja maquinaria, que reclama un acertado manejo por parte de los médicos que la empleen para beneficio de los enfermos.

El ejercicio de la Medicina, a pesar de que actualmente no es posible sin la ayuda de la técnica, no se reduce sólo a la técnica, sino que sigue siendo, sobre todo, ciencia y arte. Y ni la una ni el otro pueden suplirse con recursos materiales. Hay que contar, por consiguiente, con la inteligencia, el saber y la formación práctica de los médicos, que son los que han de imprimir a la institución el sentido humano, que es factor primordial de su funcionamiento, muy por encima de los más sutiles artificios mecánicos o electrónicos.

En un hospital, para que funcione debidamente, además de las instalaciones y los médicos, hace falta una organización administrativa que se encargue del movimiento económico del conjunto y de todas las actividades complementarias que se relacionan con el alojamiento de los enfermos.

Al mismo tiempo, es inevitable la participación de las entidades de las cuales depende el establecimiento.

Las relaciones entre médicos, administrativos y autoridades no son fáciles, porque es imposible, en muchos casos, delimitar las respectivas atribuciones o impedir que las decisiones de uno de ellos deje de repercutir sobre los demás.

En general, la actitud mental de los médicos y los funcionarios ante sus

CUADRO NUM. 1

INVERSIONES ESTATALES EN SANIDAD

Las cifras de producto nacional bruto por habitante proceden de un informe del Banco Mundial referido a 1968. Los datos presupuestarios, de un estudio de los señores Barea y Peinado, publicado en la Revista de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda, números 6-7 de 1970.

Naciones	Producto nacional bruto por habitante (en dólares)	Tanto por ciento del producto nacional bruto dedicado a Sanidad	Proporción de los gastos destinados a Sanidad en los presupuestos del Estado (%)
Estados Unidos	3.980	5,9	6,8
Alemania	2.200	2,2	5,6
Luxemburgo	2.130	1,6	4,1
Holanda	1.620	1,5	3,3
Italia	1.230	1,1	3,1
Francia	2.530	0,7	1,8
Media de la CEE	—	1,3	3,3
España	730	0,2	1,0

respectivos cometidos es diametralmente opuesta. El médico tiene que tomar en cuenta un gran número de recursos y de principios generales y seleccionar el más conveniente para resolver el problema individual de cada enfermo. El funcionario parte de unas normas concretas e inflexibles, que procura aplicar siempre de la misma manera a todos los casos, subordinando las particularidades individuales a un criterio preestablecido por un Reglamento.

Tanto a los funcionarios como a los directivos les cuesta trabajo comprender que los procedimientos que se utilizan para regir una industria o una oficina son inaplicables a los hospitales. Por eso, cuando pretenden implantar en éstos alguno de los principios que sirven para regir otras actividades, sin obtener el resultado que esperaban, intentan aplicarlo por la interposición de factores ajenos al sistema. No admiten que la falta de éxito pueda ser debida a que no han sabido captar todas las particularidades del funcionamiento de un hospital, en el cual las necesidades de los enfermos son fuente constante de eventualidades y de sorpresas, que no se ajustan a normas fijas y acaban muchas veces por achacar la responsabilidad a los médicos, puesto que son éstos los encargados de llamar la atención sobre las anomalías del servicio y los inconvenientes que encuentran en la asistencia.

Ya con ese enfoque se comprende que establezcan la extraña deducción de que los médicos que ejercen funciones asistenciales constituyen un elemento perturbador de la buena marcha del hospital, y que es necesario someterlos a una disciplina bien ordenada que evite que, con el pretexto de que la razón de ser del establecimiento es atender a los enfermos, susciten constantes complicaciones a los administrativos.

No es nueva la aparición de conflictos entre los médicos que abogan en favor de los enfermos y los directivos que pretenden que lo importante es hacer que se cumpla el Reglamento, que corresponde al criterio superior de las entidades rectoras de cada hospital y que ha de ser mantenido con el apoyo de un intangible principio de autoridad.

Tengo datos concretos de cuatro casos, y referencias de otros varios, en los que el director-médico de un hospital pretendió que se corrigiesen deficiencias que entendía eran perjudiciales para la buena asistencia de los

enfermos. Las Corporaciones respectivas encontraron más sencillo destituir a los directores que planteaban problemas que salir de su inercia administrativa o de su resistencia al cambio para modificar lo que estaba mal.

Un episodio de este género tuvo por protagonista al doctor Marañón. A poco de ser nombrado médico del Hospital General de Madrid fue encargado de unas salas que se encontraban en condiciones deplorables. Intentó efectuar diversas reformas en beneficio de los pacientes. La Diputación estimó improcedentes sus iniciativas y, por dos veces, le sometió a expediente, que no concluyó en la destitución gracias a que intercedieron en su favor personalidades muy influyentes. Nadie que conozca la generosidad y el carácter ponderado del doctor Marañón podrá poner en duda que la razón estaba de su parte.

Las recientes perturbaciones surgidas en el funcionamiento de algunos hospitales, mostrando la inquietud y el descontento del personal facultativo, no obedecen en el fondo más que a la falta de un diálogo previo entre directivos y médicos. Unos y otros pretenden que las actividades hospitalarias se realicen del mejor modo para el cumplimiento de sus fines asistenciales, pero entienden de manera muy distinta la forma de lograrlo.

Es probable que el factor que determina principalmente los enfrentamientos sea la tendencia a prescindir del Cuerpo Médico de los hospitales: todo cuanto concierne a la planificación de éstos o al establecimiento de las normas a que ha de ajustarse su régimen interior. La ausencia de una colaboración constructiva entre los sectores directivos, administrativos y médicos para coordinar en momento oportuno las diversas interpretaciones de los problemas da lugar a que cuando menos se espera se susciten actitudes irreductibles, en las que una de las partes habla de indisciplina y la otra de incomprensión y de autoritarismo.

Resulta muy dudoso que el mejor modo de resolver estos incidentes, una vez desencadenados, sea el clásico «sostenella y no enmendalla», y mucho más dudoso todavía que la intransigencia sin concesiones a la rectificación produzca resultados favorables para el ulterior funcionamiento de los hospitales, aunque, de momento, se refuerce en apariencia la autoridad de los mandos.

Sorprende que los partidarios de la americanización hospitalaria no hayan

procurado inspirarse en el sistema habitual en los Estados Unidos de dar una intervención ineludible y decisiva a una representación de los médicos de cada hospital en cuanto atañe a las actividades y servicios médico-asistenciales, así como el nombramiento y renovación del personal facultativo. Entre nosotros se intenta centrar todas las atribuciones de este género en las entidades y juntas rectoras, los patronatos, los gerentes y, a lo sumo, en médicos funcionarizados, que no ejercen personalmente la profesión y que tienen el carácter de tecnócratas titulados, más influidos por su condición de burócratas que de médicos.

De este modo se relega a los médicos encargados de la asistencia de enfermos al papel secundario de operarios a las órdenes de una autoridad administrativa superior. Parece que se supone que no se puede confiar en sus dotes de organización ni en su conocimiento de las necesidades que conlleva el cuidado técnico de los pacientes, e incluso a veces da la impresión de que se les considera culpables de las actuales deficiencias hospitalarias. Bajo la influencia de este criterio se manifiesta cada vez más la inclinación a evitar los antagonismos entre los administrativos y los médicos, haciendo que estos últimos sean nombrados tan sólo con carácter provisional, para mantenerlos bajo la constante amenaza del cese cuando no se muestren suficientemente sumisos a las exigencias de sus superiores. Facilita la puesta en práctica del método la existencia de un estado de subempleo médico latente, que permite encontrar siempre profesionales esperando una colocación.

Otra orientación que contribuye a debilitar la solidaridad entre los médicos de los hospitales, restándoles firmeza corporativa, es el cultivo de la oposición generacional. Haciendo pensar a los médicos jóvenes que tienen cerrado el camino a los puestos de mayor responsabilidad porque los antiguos los ocupan a permanencia, se logra producir tensiones entre unos y otros que debilitan el ascendiente que todos unidos pudieran tener en la organización de cada establecimiento.

Es de temer que no se logre resolver las dificultades que en este momento experimentan los médicos de los hospitales, en tanto que no se consiga darles estabilidad en sus puestos y que dichos puestos aumenten en una proporción considerable, de acuerdo con las necesidades nacionales. De otro modo seguirá intensificándose progresivamente la «fuga de cerebros» ya iniciada, contribuyendo a empeorar nuestra situación hospitalario-asistencial.

Para establecer la separación de funciones entre lo administrativo y lo técnico, podría encontrarse entre nosotros, en vez de modelos foráneos, el ejemplo de los hospitales militares, en los que el director es un médico que antes ha ejercido funciones asistenciales, mientras que lo administrativo corre a cargo del Cuerpo de Intendencia, que no interviene para nada en la organización de los servicios clínicos.

EL EJEMPLO DE LOS SANATORIOS PARTICULARES

En tanto que las organizaciones públicas se debaten entre las reminiscencias del siglo pasado que gravitan sobre los hospitales de beneficencia y los más ambiciosos intentos de americanización, el sector de la asistencia privada ha seguido un camino ajeno a ambas tendencias.

Desde principios de siglo han ido surgiendo en todas partes sanatorios y clínicas particulares que procuran cubrir las amplias lagunas de la iniciativa oficial, tanto en grandes poblaciones como en ciudades pequeñas y aun en pueblos de reducido vecindario. El número de centros es superior al de todos los restantes hospitales es-

pañoles, si bien la proporción de camas por centro es mucho menor (véase cuadro núm. 2).

Es interesante notar que pocos de estos pequeños hospitales —si es que hay alguno— se ajustan a las normas doctrinales que hoy se enuncian como imprescindibles para una buena organización asistencial.

En primer término predominan los de poca capacidad, con el carácter de verdaderos minifundios hospitalarios. Más de un tercio de ellos cuentan con menos de diez camas, y sólo la quinta parte pasa de treinta.

Todos los versados en teoría de administración hospitalaria reputan de antieconómicos los hospitales tan pequeños, lo cual no impide que la práctica diaria demuestre que estos sanatorios, con escasas excepciones, cuestan mucho menos que la mayor parte de los grandes hospitales que se vienen construyendo en los últimos tiempos, tanto en lo que se refiere al precio de instalación de cada cama como al del promedio de su sostenimiento, hasta el punto de que no es difícil comprobar que consiguen mantenerse en servicio sin dar pérdidas e incluso proporcionando ganancias a sus propietarios, a pesar de que el importe de las pensiones que se cobran en ellos a los enfermos suele ser bastante más bajo del que representa el valor medio

de la estancia en los establecimientos oficiales de cierta categoría.

Esta singular contradicción no es la única que puede descubrirse. El prestigio de los sanatorios particulares casi nunca depende del lujo de los edificios ni de la superioridad de las instalaciones técnicas, que muchas veces son inferiores a las de ciertos hospitales públicos, sino de las características de su organización, en la cual lo esencial es que han sido siempre concebidos y planeados por médicos que se encargan luego de dirigirlos de un modo directo y personal, tanto si son ellos mismos los propietarios, como ocurre casi siempre, como cuando están respaldados por un sistema empresarial que ha depositado en ellos su confianza.

En todo caso, la eficacia técnica y administrativa de los médicos encargados de dirigir los sanatorios particulares se refleja objetivamente en la atracción de una clientela que los prefiere a los grandes hospitales dependientes de instituciones oficiales, siendo estos últimos utilizados tan sólo por los enfermos que, por un motivo u otro, no pueden elegir.

La predilección de que los pacientes hacen objeto a los sanatorios particulares atestigua que los hospitales más solicitados son aquellos en los que los médicos, íntimamente vinculados al

centro, asumen la responsabilidad de la organización asistencial en sus más diversos aspectos, para subordinarla al designio primordial de que permitan atender debidamente a los enfermos sin que se interpongan, entre ellos y los médicos, reglamentos o finalidades entorpecedoras.

Después de todo, se comprende que es más fácil que los médicos adquieran los conocimientos necesarios para realizar por sí mismos la gestión administrativa imprescindible, con o sin el auxilio de algún personal subordinado, que conseguir que un administrativo o un gerente, sin conocimientos médicos, llegue a interpretar con justeza cuáles son las necesidades de un enfermo hospitalizado.

Hay quien se imagina que los hospitales llegarán algún día a funcionar automáticamente, sin médicos. Pero, por ahora, no son más que unas construcciones dinámicamente estructuradas para que los médicos se sirvan de ellas en la asistencia de los enfermos. En tanto sea así, resulta inconcebible que se relegue a los médicos a un papel secundario en su planificación y ordenamiento funcional.

Puede ser significativo recordar a este propósito la influencia que han tenido en el progreso de los hospitales norteamericanos las inspiraciones y directrices establecidas por la cli-

nica Mayo y, más tarde, por la clínica Lahey, las cuales, aunque de magnitud muy superior a las de nuestros pequeños hospitales privados, son mucho más asimilables a éstos que a los oficiales, por el espíritu esencialmente médico que preside sus actividades.

LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS

Uno de los fenómenos más desconcertantes de la organización hospitalaria española es que desde hace más de un siglo se vengán realizando intentos para asegurar el sostenimiento de los hospitales destinados a la enseñanza práctica de los estudiantes de Medicina, sin que hasta ahora se haya logrado encontrar una fórmula estable que resuelva el problema con carácter definitivo.

En principio, ningún hospital debe quedar excluido de unir la enseñanza al ejercicio de su labor asistencial. Todos los médicos que trabajan en un hospital deben sentir la obligación de transmitir los conocimientos y la experiencia adquiridos en el cuidado de los enfermos no sólo a sus ayudantes y colaboradores, sino a cuantos acudan a él con el propósito de adiestrarse o perfeccionarse para el ejercicio profesional.

Pero en tanto que en la mayor parte de los hospitales predominan los deberes asistenciales sobre los docentes, es preciso que existan algunos, dependientes de las Facultades de Medicina, en los que se inviertan los términos, organizándose de modo que se realice en ellos con carácter preferente la enseñanza metódica de los estudiantes de acuerdo con los planes de estudios, bajo la orientación directa de los profesores.

Son los que convencionalmente se denominan hospitales clínicos y en los que, en cierto modo, el cometido asistencial se subordina al del magisterio.

Los hospitales clínicos deberían contar con una protección especial de la Administración pública que les permitiese desempeñar, sin preocupaciones materiales, su doble función médica y docente.

En Inglaterra, el Servicio Nacional de la Salud les dispensa de todo género de obligaciones que puedan dificultar su labor de enseñanza.

En España, el Estado, fiel al sistema de inhibirse de los problemas hospitalarios, no ha procurado nunca asegurar por sí mismo el buen desenvolvimiento económico de los hospitales clínicos. Todo lo más, permite que Educación y Ciencia les asigne una subvención para mejora de la asistencia, pero procura que el resto de las necesidades se cubran por otros procedimientos. Hasta hace pocos años recaía sobre las Diputaciones de las provincias universitarias la obligación de satisfacer los gastos de sostenimiento casi totalmente. En la actualidad se pretende hacer lo mismo con la Seguridad Social. Ninguno de los dos sistemas puede liberar a los hospitales clínicos de una incómoda dependencia económico-administrativa, de la que se derivan condicionamientos presupuestarios y frecuentes pugnas con las entidades encargadas de sostenerlos.

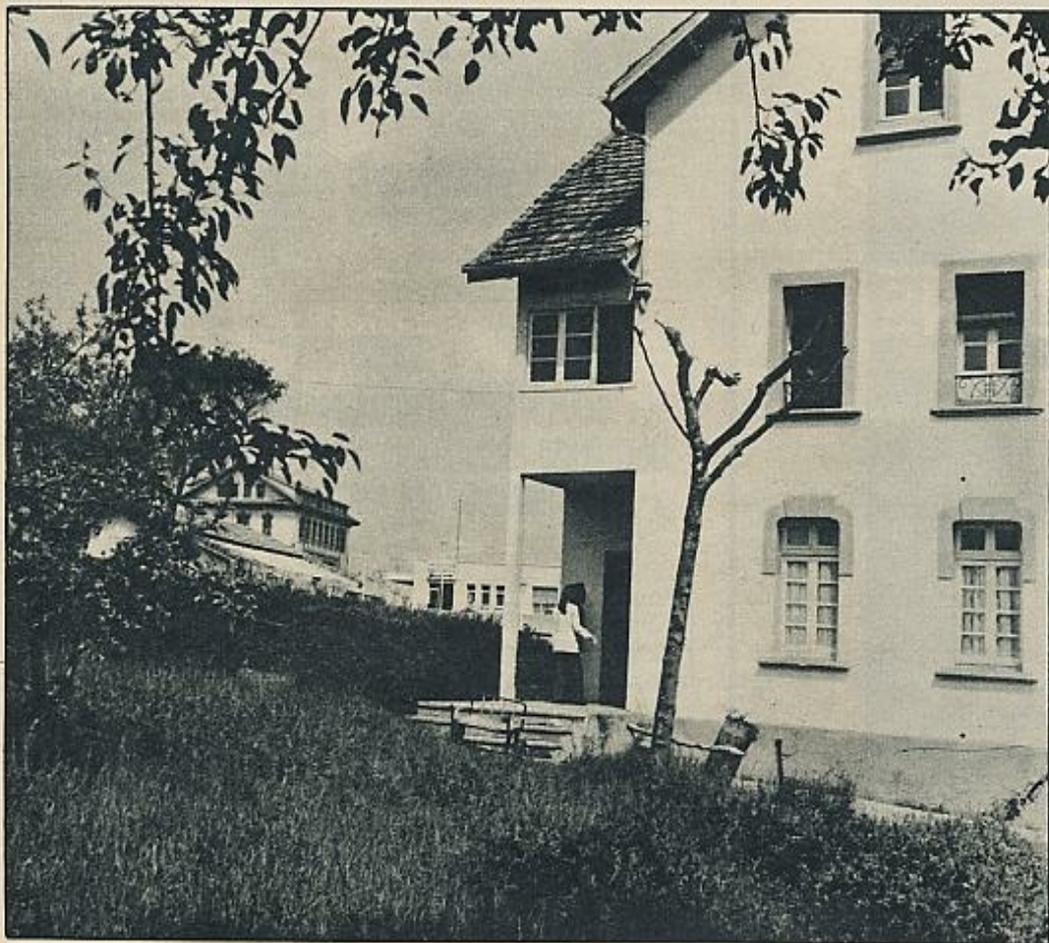
En realidad, no parece que resultase una carga excesiva para el erario público dotar con cierta largueza una docena de hospitales clínicos en todo el país, en el cual desempeñan funciones de innegable interés colectivo. Es de esperar que si se lleva a cabo algún día la proyectada regionalización hospitalaria, se encuentre un sistema más afortunado que los utilizados hasta aquí para resolver el problema.

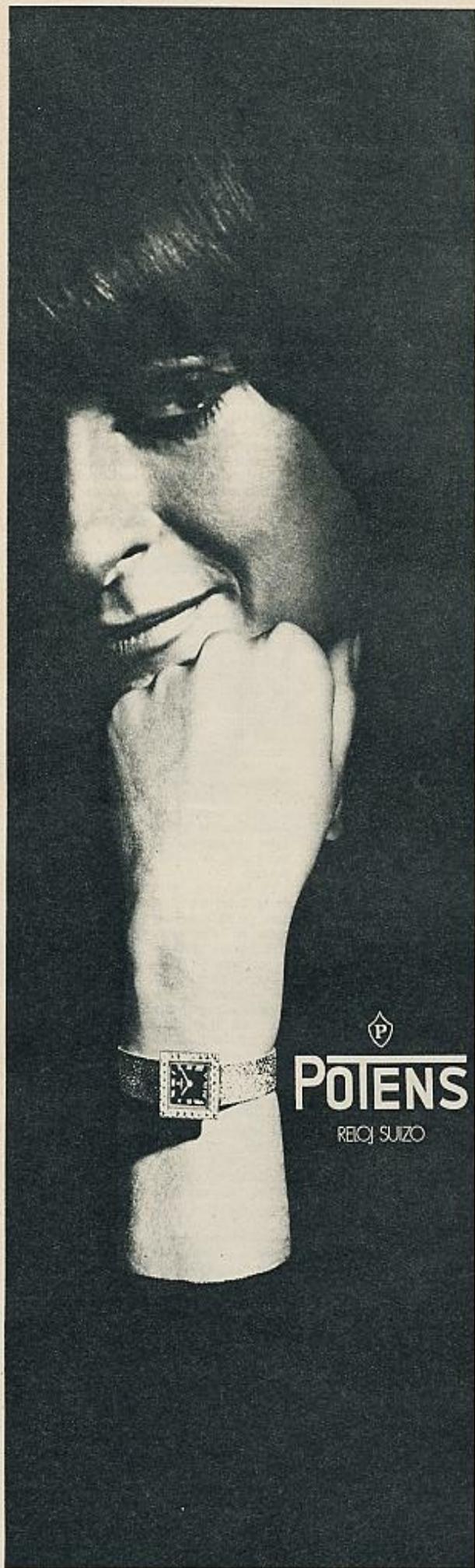
DISTORSION VALORATIVA DE ASPECTOS PARCIALES

Mientras pasan inadvertidas o se dejan a un lado las anomalías más relevantes de nuestra desventurada or-

PROBLEMAS Y ASPECTOS DE LA REORGANIZACION HOSPITALARIA

«No es nueva la aparición de conflictos entre los médicos que abogan en favor de los enfermos y los directivos que pretenden que lo importante es que se cumpla el Reglamento». (En la foto, la Residencia del Psiquiátrico de Oviedo.)






POTENS
 RELOJ SUIZO

ganización hospitalaria, no es excepcional que se destaquen en lugar preferente algunas iniciativas de menor cuantía, a las que se atribuyen virtudes casi mágicas para modificar el panorama médico-asistencial español.

Resulta ingenuo pensar que todo puede arreglarse con fórmulas tan simples como son el que haya gerentes en los hospitales, que los médicos actúen en jornadas de plena dedicación, que sus nombramientos sean temporales, etcétera.

Se trata de particularidades de valor secundario que en modo alguno pueden modificar lo esencial: escasez de camas y de recursos para sostenerlas y falta de un sistema asistencial unificado de proyección nacional.

Ciertamente que una reorganización hospitalaria obligará a resolver muchos detalles como los citados, y aun otros más triviales. Pero sin pretender que ninguno de ellos sea decisivo ni, mucho menos, susceptible de acomodarse a una solución única en todos los casos. Es posible que ocurra — y de hecho ocurrirá con frecuencia — que se requieran distinciones y aclaraciones, porque lo que parezca ventajoso o imprescindible en un centro hospitalario regional puede convertirse en un desatino, tanto en España como en Norteamérica, si se intenta aplicarlo a un hospital comarcal o a otro consagrado a enfermos crónicos.

DOS REFERENCIAS COMPARATIVAS DESAZONANTES

A veces no es posible sustraerse a la tentación de referir a un problema determinado la forma en que están planteados otros de muy diversa naturaleza.

Hace pocos meses, don Juan Sánchez-Cortés, presidente de la Seat, anunció que en 1972 se encontrará un taller de dicha empresa en todas las ciudades de más de cinco mil habitantes, o en un radio máximo de cuarenta y cinco kilómetros a partir de cualquier punto de nuestro territorio nacional. Si esto lo consigue una sociedad industrial para reparar los automóviles de su marca, ¿no podría lograrse que el Estado estableciera una red análoga de hospitales para arreglar las averías de cualquier individuo afectado por una enfermedad o por un accidente?

También en fecha reciente declaró el ministro señor Sánchez Bella que en 1970 entraron en España

casi veinticuatro millones de turistas.

El mencionado contingente de visitantes obliga a pensar que los cálculos de los índices hospitalarios camahabitante deben ser rectificadas y disminuidos, puesto que entre tal número de extranjeros es inevitable que algunos tengan que ocupar camas de hospitales a causa de enfermedades agudas, intoxicaciones, accidentes, etcétera. Estas camas se restarán temporalmente a los nativos, acentuando el desequilibrio existente.

Por otra parte, los citados datos pueden ser considerados desde una perspectiva distinta. Aun sin conocer con exactitud el promedio de días que cada turista ha permanecido en España, es probable que no difiera mucho del que corresponda al tiempo que cada español ha estado enfermo durante el año.

Sin embargo, según el señor Sánchez Bella, para alojar al citado contingente de transeúntes se disponía, el 31 de diciembre de 1969, de 465.385 plazas hoteleras, y está previsto que esta cifra siga aumentando a razón de cincuenta mil plazas por año.

En cambio, para atender a los españoles enfermos sólo hay 160.000 camas de hospital y el ritmo de crecimiento no pasa de mil quinientas por año, casi exclusivamente debidas a la Seguridad Social y a la iniciativa privada, ya que los organismos oficiales cuando, de raro en raro, establecen un nuevo hospital es casi siempre suprimiendo otro de igual o superior capacidad.

GLOSA HOSPITALARIA A LA MUERTE DE UN TOREDO

Nadie lo habrá olvidado. El pasado 25 de julio, un infortunado lidiador sufre una grave cogida toreando en un pueblo manchego. En la enfermería de la plaza contienen la hemorragia mediante un lazo constrictor. Seguidamente es trasladado a Madrid, donde fallece tres días después.

El desgraciado suceso da lugar a que, al lado de justificadas lamentaciones, surjan intentos de exigir responsabilidades y de atribuir a los médicos la responsabilidad de la muerte. Se discute la corrección de la asistencia prestada y se saca a relucir el Reglamento de Espectáculos Taurinos del 15 de marzo de 1962, sobre la forma en que deben estar organizadas las enfermerías de las plazas de toros, reclamándose la máxima severidad para hacerlo cumplir, con objeto de que

CUADRO NUM. 2

SANATORIOS Y CLINICAS PRIVADAS QUE FIGURAN EN EL CENSO HOSPITALARIO DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1963, DISTRIBUIDOS CON ARREGLO A SU CAPACIDAD

Número de camas	Número de centros	Total de camas	Promedio de camas por grupo
100 o más camas	14	1.687	120,50
31 a 99 camas	127	6.491	51,12
10 a 30 camas	323	5.831	18,05
Menos de 10 camas	241	1.320	5,47
	705	15.329	21,60

En el mismo Censo figuran, entre los pertenecientes a la Iglesia, 54 centros, con 3.711 camas (68,72 por 100 de promedio), que pueden ser asimilados, por sus características de funcionamiento, a los sanatorios y clínicas privadas.

Según cálculos realizados en 1969, el número de centros y de camas ha experimentado, en estos últimos años, un aumento relativamente importante, y puede cifrarse actualmente, en números redondos, en 1.000 centros con 40.000 camas.

cuando, «a las cinco de la tarde», se celebre una corrida en cualquiera de las 350 plazas de España, los espectadores puedan disfrutar de la «fiesta» con la tranquilidad de que si llega a ocurrir un percance en el ruedo todo estará perfectamente previsto para la asistencia de la víctima.

El tema —que podría prestarse a otras muchas disquisiciones en las que no es este el momento de entrar— está más relacionado de lo que parece con el planteamiento de los problemas hospitalarios a que nos venimos refiriendo.

Por de pronto, al comentarlo se ha mostrado una vez más la habitual tendencia a proponer sólo recursos incompletos y de corto alcance para atender a un aspecto parcial y restringido de algo que tiene perspectivas mucho más amplias.

Es muy lamentable lo ocurrido al pobre torero. Pero si se analizan con serenidad las circunstancias del triste suceso, hay que reconocer que fueron relativamente favorables. A pocos metros del lugar donde se produjo la lesión había un médico dispuesto a prestar los primeros auxilios al herido, el cual, diez minutos después, pudo salir en una ambulancia con destino a la clínica que se consideró más adecuada para atenderle. Es preciso darse cuenta de que si, en vez de ser un torero cogido en una plaza, se tratase de un accidente de trabajo o de carretera, o fuese un enfermo con una urgencia vital —perforación de estómago, hemorragia interna, infarto de miocardio—, es probable que transcurrieren bastantes horas antes de encontrar un médico que iniciase la asistencia y de conseguir un vehículo idóneo para el traslado, a pesar de que en todos esos casos, y en otros muchos que podrían anumerarse, las pérdidas de tiempo tienen una trascendencia decisiva. Y no hay que olvidar que tales contingencias ocurren a cada momento, en una proporción astronómicamente más elevada que la de las heridas por asta de toro.

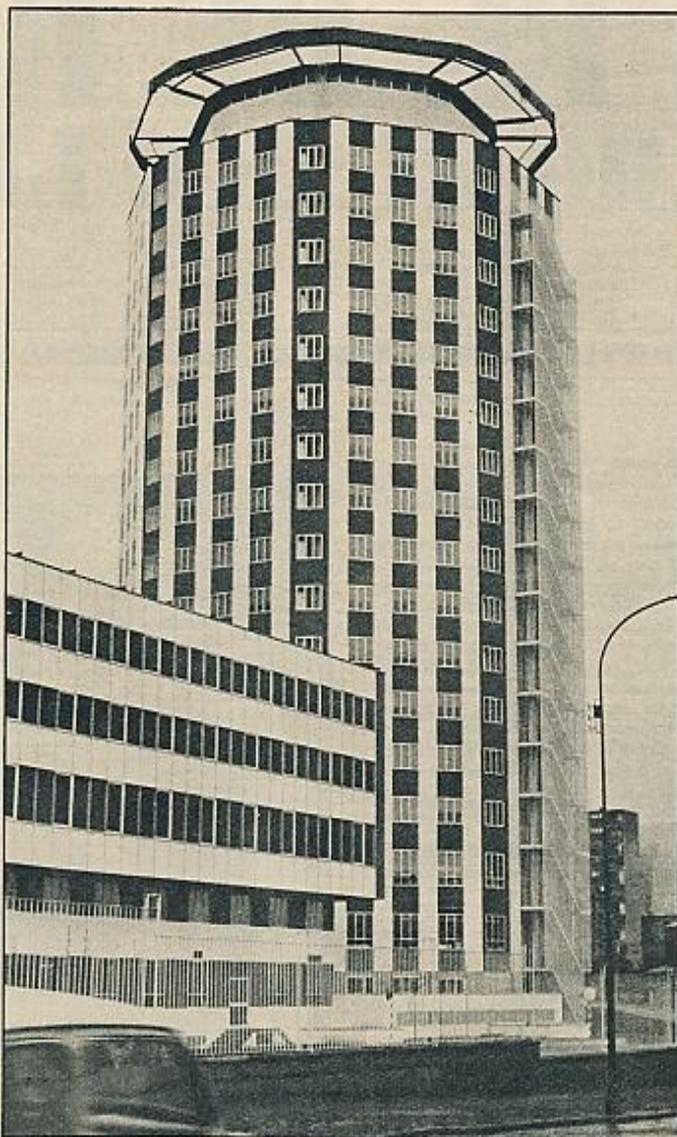
Es muy meritorio que se intente despertar la conciencia colectiva para procurar que los toreros tengan asegurada una asistencia perfecta en el ejercicio de su arriesgada profesión. Pero también es bueno recapacitar en que si se admite que el desgraciado José Mata mejor atendido pudo haberse salvado, habrá un número incalculable de enfermos o heridos que pierdan la vida todos los días por no conseguir, en momento oportuno, los necesarios cuidados médicos.

Todas esas muertes sólo podrán ser evitadas cuando cualquier punto del territorio nacional cuente con una organización hospitalaria próxima que reciba a cuantos heridos o enfermos tengan necesidad de sus servicios.

En el caso del torero es muy extraño que se le haya llevado a una clínica a 230 kilómetros de distancia, cuando había un sanatorio a 33 kilómetros y un hospital provincial a 90. La única explicación está en que, con razón o sin ella, se cree que la mayor parte de nuestras instituciones hospitalarias carecen de condiciones para cumplir su cometido con las garantías necesarias. Y esto es lo que hay que evitar. Es imperiosamente apremiante que se reorganicen todos los hospitales que lo requieran y que se agreguen a ellos los que haga falta, para que nadie se vea privado de asistencia en el momento que la precise.

Respecto a la transformación de las enfermerías de las plazas de toros en auténticos quirófanos, servidos por un cirujano experto y dotados de abundante instrumental y de un numeroso equipo de ayudantes, tal como preceptúa el Reglamento, es muy dudoso que constituya el sistema ideal para corregir las actuales irregularidades.

Ningún cirujano realizará una intervención de la magnitud de la que puede requerir una herida grave del tórax, del abdomen o de grandes vasos



«Nunca se repetirá bastante que en España no se pueden instalar más que un número muy reducido de hospitales de gran categoría, porque son demasiado costosos para la capacidad económica del país.»

PROBLEMAS Y ASPECTOS DE LA REORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

con similar precisión en un quirófano en el que trabaja ocasionalmente y con el que no están familiarizados ni él ni sus colaboradores, que en aquel en el que está acostumbrado a realizar su labor habitual. Por algo los equipos de fútbol prefieren jugar en su propio campo. Pero aunque la operación se realizase igual, surgiría, al acabarla, un segundo problema no menos importante: la asistencia postoperatoria. Dejar al herido en el mismo quirófano, o en una habitación contigua, todo el tiempo necesario para que recupere su equilibrio biológico, profundamente alterado tanto por la herida como por la operación, exige disponer de un complejo conjunto de personal competente y de numerosos recursos técnicos, que no es posible improvisar fortuitamente.

Es decir, que aunque se alcanzase el químerico propósito de incorporar a cada plaza de toros un sistema quirúrgico completo, las cosas no quedarían resueltas con toda la perfección deseable y, en la mayor parte de los

casos, se vería que era preferible trasladar el herido a un auténtico hospital antes de la intervención que después de realizada ésta.

O sea, que se invertirían una porción de millones en unas instalaciones ostentosas, que estarían meses y meses sin ser utilizadas y que, cuando llegase el momento de ponerlas en servicio, darían un rendimiento muy escaso.

Más razonable parece que las enfermerías de las plazas de toros se limiten a contar con lo necesario para practicar una correcta cura de urgencia, teniendo preparada una ambulancia que permita trasladar al herido a un hospital cercano, con el cual se estará en relación directa y en el que se completará adecuadamente el tratamiento que las circunstancias demanden.

Si de todos modos se persistiese en el propósito de instalar una organización quirúrgica de altos vuelos anexa a cada plaza de toros, habría que tratar de que esta organización no re-

dujese sus actividades a los días de corrida ni su clientela a los toreros, sino que se mantuviese en abierto y constante funcionamiento, para que pudiesen aprovecharla todos los lesionados o enfermos que acudiesen a ella. Adquirirían, de este modo, el carácter de puestos de socorro de urgencia en las grandes ciudades o de verdaderos hospitales permanentes en los pueblos pequeños, que, además de tener una utilidad general, aumentarían su eficacia cuando llegase el momento de atender a un torero por encontrarse siempre con personal entrenado y habituado a una acción conjunta, realizada cotidianamente en circunstancias similares.

RECOPIACION FINAL

Reduciendo a un breve esquema la larga exposición precedente, se concluye que, para que España llegue a contar con una organización hospitalaria de nivel europeo, es imprescindible:

1.º Integrar todos los hospitales españoles, bajo una autoridad unificadora, en una sola red nacional regionalizada.

2.º Clasificar los hospitales, como mínimo, en cuatro categorías funcionales distintas y asignar a cada uno de ellos el cometido que deba desempeñar dentro de las conveniencias generales del conjunto.

3.º Establecer las dotaciones de que ha de disponer cada hospital para cubrir el servicio que le corresponda, regulando las instalaciones y las plantillas de personal indispensables de acuerdo con su capacidad, categoría y zona de influencia.

4.º Aumentar el número de camas hasta que, por lo menos, se duplique el número de las que existen actualmente. Mientras no se alcance el índice necesario, no se permitirá que desaparezca ni uno sólo de los hospitales en funcionamiento que esté en condiciones de prestar algún servicio.

5.º Distribuir los aumentos de camas equitativamente, atendiendo, en primer término, a las zonas peor dotadas, hasta que se haga más uniforme el índice cama-habitante en todo el territorio nacional.

6.º Ampliar, actualizar y dignificar los hospitales de beneficencia dentro de unas normas de ponderación, modestia y realismo económico que permitan mejorar en poco tiempo su capacidad y su rendimiento, sin aspirar a metas inasequibles ni convertirlos en prohibitivos para los enfermos de economía modesta, a los cuales se procurará facilitar la admisión modificando los reglamentos excesivamente restrictivos.

7.º Establecer una fórmula administrativa que permita a los afiliados a la Seguridad Social solicitar el ingreso en otros hospitales cuando lo deseen, por lo menos, en tanto que no puedan disponer de suficiente número de camas en las instituciones propias para obtener una asistencia completa.

8.º Impedir que se sigan construyendo hospitales demasiado costosos antes de que se cubran las necesidades fundamentales de todo el país.

9.º Constituir un Cuerpo Nacional de Médicos de Hospitales que asegure la estabilidad laboral de todos los que pertenezcan a él, permitiéndoles una evolución progresiva y el acceso a los puestos de mayor responsabilidad, con arreglo a su formación, experiencia y capacidad técnica.

10.º Dar al Cuerpo Médico de los hospitales una intervención preferente y obligada en todos los proyectos de nuevas instalaciones, así como en la reglamentación y en el régimen interno de los establecimientos, en cuanto afecta a su funcionamiento médico-asistencial, en el que se incluirá el nombramiento y separación del personal facultativo. ■ Dr. R. B.