

# DESVENTURA Y RIESGO DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

Por RAMON BALTAR

**P**OR mucho que nos duela, es obligado reconocer que la organización hospitalaria española, en conjunto, no sólo está muy lejos de poder ser considerada como satisfactoria, sino que se encuentra a un nivel bastante más bajo que la de cualquier otra nación europea.

Entre los diversos factores que determinan o han determinado la desfavorable situación presente es probable que el más importante sea un planteamiento conceptual equivocado en cuanto al cometido de los hospitales y a los deberes de la Administración Pública en relación con ellos.

Los errores de opinión sobre el problema hospitalario español provienen de una serie de prejuicios, rutinas mentales e interpretaciones poco acertadas, que se han ido elaborando a lo largo del tiempo y que han arraigado, con carácter indeleble, en el sentir popular.

La persistencia de puntos de vista que han perdido vigencia al no acompañarse al cambio de las circunstancias sociológicas, económicas y médicas de nuestra época constituye una grave rémora cuando se intenta descifrar la clave de los más auténticos males de nuestro sistema médico-asistencial, como primer paso para ponerles remedio.

## ● ANTECEDENTES HISTÓRICOS QUE GRAVITAN SOBRE LA ACTUAL ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA.

**LOS HOSPITALES DE LA EDAD MEDIA.**—El primer hospital español de que hay noticia fue establecido en Mérida por el obispo Masona a fines del siglo VI. Desde entonces siguieron surgiendo hospitales, en número creciente, en todo el



«Se sigue admitiendo que los hospitales son solamente para los pobres, que el Estado no tiene obligación de contribuir a su sostenimiento y que las corporaciones locales, de cometido político-administrativo, poseen plena competencia para planear y regir las instituciones médico-asistenciales de sus respectivas demarcaciones sin necesidad de normas generales ni de asesoramientos técnicos que orienten y unifiquen su labor».

territorio nacional. Los de la España cristiana poseían muchas características comunes.

Creados para ejercer la caridad por reyes, obispos, nobles y comunidades religiosas, gozaban de una absoluta independencia jerárquica y económica, supeditada tan sólo a la voluntad de sus fundadores. Se sostenían del patrimonio que éstos les habían asignado y de las limosnas que recibían. Admitían libremente a todos los enfermos que lo solicitaban, sin que la condición social, la raza o la religión impusiesen trabas de ninguna clase. Eran utilizados de preferencia por viajeros y peregrinos, puesto que a los que enfermaban cerca de su hogar los atendía su propia familia.

La capacidad de los edificios variaba mucho. Unos contaban sólo con cuatro o seis camas y otros llegaban a admitir dos mil. Los cuidados generales y médicos que proporcionaban a los enfermos eran muy elementales, de acuerdo con las escasas exigencias materiales y los austeros hábitos de vida de aquellos tiempos, así como con el rudimentario nivel de los conocimientos científicos.

**LOS INTENTOS DE CONCENTRACION HOSPITALARIA DEL SIGLO XVI.**—A lo largo del siglo XV, el número de hospitales había aumentado tanto que, por ejemplo, en Zaragoza se contaban más de veinte; en Burgos, treinta y dos, y en Astorga, casi otros tantos. Algunos llevaban una vida muy precaria y desempeñaban su cometido con gran irregularidad. Para mejorar la situación, los Reyes Católicos quisieron aplicar a los hospitales el criterio unificador que caracterizaba su política. Comenzaron por construir algunos hospitales de gran

rango, destinados a absorber la función de la multitud de pequeños establecimientos de cada zona. Su iniciativa, continuada a todo lo largo del siglo XVI por sus inmediatos sucesores, hizo erigir en primer lugar el Gran Hospital Real de Santiago, cuyas obras comenzaron en 1501. Le siguieron los de Toledo (1504), Granada (1511), Valencia (1512) y Sevilla (1546).

La fusión de los pequeños hospitales para integrarlos en otros de mayor tamaño fue propugnada en casi todas las reuniones de Cortes celebradas durante los reinados de Carlos V y Felipe II. Se trató el tema en las de 1532, 1538, 1563, 1566, 1570, 1571, 1576 y 1588. El resultado no correspondió a los deseos de los monarcas, hasta el punto de que en una nueva sesión de Cortes, celebrada en Madrid en 1592, se dijo: «La experiencia ha mostrado que de la reducción de hospitales no se ha seguido la utilidad que se esperaba...».

**LA CRISIS HOSPITALARIA DEL SIGLO XIX.**—Al iniciarse este siglo se produce una trascendental modificación del régimen hospitalario. El primer paso lo da Carlos IV en 1804, suprimiendo los privilegios jurisdiccionales de alguno de los hospitales de mayor categoría. A él sigue el Decreto de desvinculación de 1820, la venta de «Bienes de propios» de 1834 y las leyes de desamortización de Mendizábal de 1846. Paralelamente se promulga la Ley de Beneficencia de 1822, perfeccionada por la de 22 de junio de 1849; el Reglamento de 14 de mayo de 1852 y las modificaciones de 27 de enero de 1885.

Valiéndose de todas las disposiciones mencionadas, el Estado se adueñó del patrimonio que poseían



«La exigüidad de esta cifra (índice cama-habitante) se pone de manifiesto al compararla con los índices de las demás naciones europeas, entre las que España ocupa el último lugar».

CUADRO N.º 1

RED HOSPITALARIA ESPAÑOLA Y ENTIDADES DE LAS CUALES DEPENDEN LOS DIVERSOS CENTROS

ENTIDADES	Número de centros	Número de camas
<b>Ministerios civiles</b>		
Gobernación .....	147	21.935
Presidencia del Gobierno .....	20	1.599
Trabajo (Seguridad Social) .....	56	11.975
Movimiento (antiguo 18 de Julio) .....	45	2.248
Educación y Ciencia .....	10	4.265
Justicia .....	7	801
	<b>285</b>	<b>42.823</b>
<b>Ministerios militares</b>		
Ejército .....	39	12.367
Marina .....	4	1.577
Aire .....	5	423
	<b>48</b>	<b>14.367</b>
<b>Administración local</b>		
Provincia .....	120	40.524
Municipio .....	156	7.024
	<b>276</b>	<b>47.556</b>
<b>Instituciones autónomas</b>		
Clinicas particulares .....	903	32.892
Iglesia .....	93	17.006
Cruz Roja .....	39	2.035
Extranjero .....	4	130
	<b>1.039</b>	<b>52.063</b>
<b>TOTAL NACIONAL</b> .....	<b>1.648</b>	<b>156.919</b>

Datos del «Catálogo nacional de Hospitales de la Dirección General de Sanidad» y del «Censo de Establecimientos Sanitarios del Instituto Nacional de Estadística», publicados en 1966.

las instituciones de caridad, entre las que se incluían los hospitales. Seguidamente sustituyó sus funciones por la organización de un régimen nacional de Beneficencia.

Los caudales que logró obtener el Estado por este procedimiento debieron ser muy cuantiosos. Por citar un solo dato concreto, el Gran Hospital de Santiago, a fines del siglo XVIII disponía de unas rentas anuales que equivaldrían hoy a ochenta y dos millones de pesetas.

Privados de recursos propios, los hospitales quedaron a merced de que la Administración Pública se encargase de subvenir a sus necesidades.

El Estado, que pudo haber aprovechado la ocasión para organizar una red hospitalaria nacional, no sólo dejó pasar la oportunidad, sino que adoptó una fórmula que dificultaría ulteriores intentos.

Después de apropiarse de los bienes que poseía cada uno de los hospitales, trató de eludir la responsabilidad directa de mantenerlos en servicio, limitando su cometido a la asistencia de enfermos de la Beneficencia y encargando de ésta a las Diputaciones y Ayuntamientos.

La Administración Pública estatal quedó liberada de obligaciones y de cargas económicas al transferirlas a las Corporaciones locales, las cuales, por su parte, procuraron disminuir todo lo posible los gastos que les imponía el cumplimiento de aquel deber. Para conseguirlo, además de establecer en sus Reglamentos normas muy estrictas para conceder la clasificación de pobreza que daba derecho a asistencia gratuita, siguieron manteniendo unos hospitales de escasa calidad, que in-

ducían a los enfermos a utilizarlos tan sólo en último extremo.

Las deficientes condiciones materiales de edificios, instalaciones y servicios dieron lugar a que el desprestigio de los hospitales de Beneficencia se hiciese cada vez mayor. Sólo quedaron exentos de la mala reputación general los médicos que trabajaban en ellos, porque superando el ingrato ambiente en que se veían obligados a realizar su labor, consiguieron, con abnegación y entusiasmo, alcanzar en el desempeño de sus deberes profesionales una increíble eficacia.

El ejercicio de la Beneficencia, que podría ser tan hermoso si se practicase como una ayuda brindada generosamente por la colectividad a los menesterosos, acabó por convertirse en un servicio burocratizado, en el cual se escatimaba todo.

En el siglo XV, el Reglamento del hospital de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza, ordenaba que cuando un enfermo solicitase el ingreso debía ser recibido por el portero «con alegría». En los hospitales de la Beneficencia oficial, la admisión se ajusta a unas pautas rígidas, aplicadas por un funcionario más o menos amable —casi siempre menos—, el cual, Reglamento en mano, exige certificados, comprobantes y pólizas que eviten que algún paciente defraude a la Administración al conseguir asistencia gratuita sin ser todo lo miserable que se requiere para tener derecho a ella.

El pensamiento de que los deberes hospitalarios de la Administración Pública quedan cubiertos prestando una asistencia mediocre a los pobres de solemnidad sigue preva-

luciendo en la actualidad en la mayor parte de las mentalidades rutinarias, que no admiten que el encarecimiento experimentado en nuestros tiempos por los cuidados médicos los hace inasequibles a muchos enfermos que, teniendo recursos relativamente holgados en circunstancias normales, no pueden hacer frente a los elevadísimos desembolsos que requiere a veces la asistencia de algunas enfermedades.

**LOS HOSPITALES Y EL PROGRESO DE LA MEDICINA.**—Plan-teadas las directrices hospitalarias con horizontes tan estrechos, sobreviene a final del siglo XIX un nuevo factor —el progreso de la Medicina— que modifica radicalmente la función de los hospitales.

Ya no son la pobreza o el desamparo familiar los principales determinantes de la necesidad de ingresar en un hospital, sino, sobre todo, el hecho de estar enfermo.

Los grandes avances científicos que ha conseguido la Medicina en el terreno del diagnóstico y el tratamiento requieren aparatos, instalaciones, equipos técnicos, personal adiestrado y un conjunto de elementos auxiliares cada vez más complejos, que sólo es posible que den un pleno rendimiento cuando se reúnen en una institución concebida para el cuidado de los enfermos. En consecuencia, todo el que haya perdido la salud, tiene que recurrir al hospital, porque fuera de él las probabilidades de curar una enfermedad de cierta importancia son mucho menores.

Convertido el hospital en un dispositivo imprescindible para el ejercicio de una buena Medicina, comienzan a crearse en las naciones más adelantadas nuevos establecimientos, dispuestos para atender a todos los habitantes del país, sea cual sea su condición económico-social.

La necesidad de ampliar y mejorar las instalaciones hospitalarias apenas encuentra resonancia en España durante el primer tercio del siglo XX. Las entidades oficiales siguen ateniéndose al criterio de que sólo les incumbe la asistencia de los pobres y que para éstos bastan y sobran los clásicos hospitales de Beneficencia, aunque no sean ni demasiado numerosos ni demasiado buenos.

Sin embargo, ante la evidencia de que los enfermos acomodados también requieren una asistencia hospitalaria que las organizaciones de Beneficencia no pueden prestarle, tiene la iniciativa privada que encargarse de instalar sanatorios y clínicas de pago para cubrir sus necesidades.

Se establece de este modo una rigurosa diferenciación entre dos clases de Medicina hospitalaria: la de pobres y la de ricos.

**ADVENIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**—Al iniciarse la década de los años cuarenta, la asistencia hospitalaria en España continuaba reducida casi exclusivamente a las dos modalidades citadas: hospitales de Beneficencia y sanatorios particulares.

Reunidos unos y otros, no llegaban, ni con mucho, a contar con el número de camas requerido por las modernas exigencias médicas para el cuidado de todos los habitantes del país. Tampoco, en su mayor parte, alcanzaban un nivel técnico satisfactorio.

En este momento se produce una alteración de las fórmulas tradicionales, porque la Seguridad Social, con un fuerte impulso renovador, decide organizar un tercer sector de asistencia de tipo distinto. Considerando que los clásicos hospitales de Beneficencia arrastran un viejo descrédito que no está de

### CUADRO N.º 3

## EL INDICE DE CAMAS HOSPITALARIAS EN RELACION CON EL NUMERO DE HABITANTES

PROPORCION DE CAMAS HOSPITALARIAS EN EUROPA  
(Índice por mil habitantes)

Estadística de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1968

Suecia-Irlanda	14,28
Alemania Oriental-Irlanda del Norte-Luxemburgo	12,50
Austria-Francia-Islandia-Escocia	11,11
Checoslovaquia-Suiza-Alemania Occidental-Finlandia-Italia	10,—
Rusia	9,30
Dinamarca-Noruega	9,09
Bélgica-Gales-Inglaterra	8,33
Hungría-Polonia-Holanda-Rumania	7,59
Bulgaria	7,14
Islas Feroe-Malta	6,66
Albania-Portugal	5,88
Grecia-Yugoslavia	5,55
España	4,34
Promedio europeo	9,—
Promedio óptimo según estudios de la O.M.S. y de la Federación Internacional de Hospitales para asegurar un buen nivel de la asistencia hospitalaria nacional	10,—

acuerdo con los ambiciosos propósitos de perfección que informan los planes de la Seguridad Social, emprende la construcción de sus Residencias Sanitarias, en las que toma como modelo los mejores hospitales del mundo. Dentro de esta tendencia consigue un cierto número de magníficas realizaciones. Al entrar en servicio las suntuosas Residencias Sanitarias de nuevo estilo, el heterogéneo panorama del equipo hospitalario español se hace aún más abigarrado y más complejo. Lo componen una serie de establecimientos de categorías y calidades muy variadas, con fines circunscritos a sectores específicos, sin que exista conexión entre unos y otros para cooperar al objetivo común

de una asistencia hospitalaria que beneficie con cierta uniformidad a toda la población nacional.

**PROYECCION DE LOS ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE LOS HOSPITALES DE HOY.**—La sucesión de vicisitudes que ha afectado a nuestros hospitales a lo largo del tiempo se ha transmitido, como un legado genealógico, a las organizaciones actuales, en las que siguen influyendo en muchos aspectos.

La independencia y la autonomía de cada hospital, iniciadas en la Edad Media y que no consiguieron modificar monarcas tan poderosos como los Reyes Católicos, Carlos V y Felipe II, se mantienen inmutables.

CUADRO N.º 2

## LA PLURALIDAD DE MANDOS EN LA ORGANIZACION HOSPITALARIA ESPAÑOLA

MINISTERIOS QUE TIENEN ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS BAJO SU DEPENDENCIA

- 1.º Presidencia del Gobierno.
- 2.º Ministerio de la Gobernación.
- 3.º Ministerio del Trabajo.
- 4.º Ministerio de Educación y Ciencia.
- 5.º Ministerio de Justicia.
- 6.º Ministerio del Ejército.
- 7.º Ministerio de Marina.
- 8.º Ministerio del Aire.

(Recientemente han dejado de depender del ministro secretario general del Movimiento los centros de la Obra 18 de Julio.)

ORGANISMOS OFICIALES DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE LA GOBERNACION QUE ASUMEN LA RESPONSABILIDAD DE ALGUN SECTOR HOSPITALARIO

Institutos Nacionales del Cáncer, de Leprología y de Recuperación y Rehabilitación.  
Patronatos Nacionales de Asistencia Psiquiátrica, Tuberculosis y Enfermedades del Torax.  
Servicios de Maternidad y Puericultura.  
Beneficencia del Estado.

CENTROS HOSPITALARIOS A CARGO DE DIVERSOS ORGANISMOS DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección General de Sanidad	83
P. N. A. y de E. T.	50
P. N. A. P.	6
Dirección General de Beneficencia	3
Otros	5
<b>Total de Centros</b>	<b>147</b>

CUADRO N.º 4

## PROPORCION DE CAMAS HOSPITALARIAS EN AFRICA

Datos de la obra de A. Prost «Services de santé en pays africain». Publicaciones del Instituto Universitario de Medicina Legal de Lyon. Editorial Masson. Paris, 1970. Estadísticas de 1966.

	Índice por mil habitantes
República Sudafricana (camas reservadas a los blancos)	12,0
Gabón	8,0
República Sudafricana (camas para no blancos)	6,5
Reunión	6,0
Congo-Kinshasa	5,0
Congo-Brazza	4,7
Islas Mauricio	4,5
Rodhesia	4,1
Argelia	3,5
Túnez	3,4
Libia	3,3
Madagascar	3,0
Zambia-Botswana	2,8
Camerón-Angola-Swazilandia-R. A. U.-Costa de Marfil	2,6 a 2,1
Tanzania-Somalia-Liberia-Lesotho-Mozambique-Kenya-Marruecos	1,9 a 1,4
Malawi-Ruanda-Burundi-Gambia-Ghana-Uganda-Tchad	1,3 a 1,0
Sierra Leona-Sudán-Alto Volta-Mali	0,9 a 0,7
Etiopía-Mauritania-Niger-Nigeria	0,5 a 0,4
<b>Promedio del continente africano en 1970</b>	<b>1,8</b>

También persiste, en lo esencial, el infortunado planteamiento declamatorio de las organizaciones hospitalarias de Beneficencia. Se sigue admitiendo que los hospitales son solamente para los pobres, que el Estado no tiene obligación de contribuir a su sostenimiento y que las corporaciones locales, de cometido político-administrativo, poseen plena competencia para planear y regir las instituciones médico-asistenciales de sus respectivas demarcaciones sin necesidad de normas generales ni de asesoramientos técnicos que orienten y unifiquen su su labor.

Combinadas las anteriores ideas con algunas otras de última hora, que tampoco pueden calificarse de excesivamente felices, han dado lugar a que la organización hospitalaria española se encuentre, en estos momentos, en condiciones de manifiesta inferioridad ante lo que se considera internacionalmente que debe ser un buen sistema médico-asistencial, capaz de garantizar la protección de la salud de todos los habitantes del país.

Los datos que exponemos a continuación resumen, de manera esquemática, los principales defectos que presenta nuestra organización hospitalaria actual.

#### DOTACION NACIONAL DE CAMAS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA Y SU DISTRIBUCION POR SECTORES.

Figuran en el cuadro número 1 el total de centros y de camas de que disponía la organización hospitalaria nacional en 1966.

En algún otro de los cuadros estadísticos que insertamos pueden advertirse ligeras diferencias en las cifras totales. Las desigualdades —que apenas alteran las conclusiones de orden general— dependen unas veces de que las recopilaciones son de fecha distinta y otras de que se hayan contabilizado o no determinados grupos, como son, por ejemplo, los de las plazas africanas.

Se puede observar en el cuadro número 2 la multitud de autoridades y de organismos oficiales de análoga categoría jerárquica que tienen a su cargo sectores hospitalarios independientes, casi siempre con un cometido concreto o limitado que los desliga de los restantes, sin que haya ninguna clase de conexiones que permitan un servicio común o unas actividades complementarias que reúnan dentro de un plan relativamente homogéneo todo el conjunto de esfuerzos dispersos.

Entre los múltiples sectores hospitalarios mencionados pueden establecerse cuatro grandes grupos, de acuerdo con sus objetivos y con el sistema económico-administrativo a que se ajustan: los de la Beneficencia, los de la Seguridad Social, los militares y los de propiedad particular.

Los de Beneficencia —entendiendo ésta en su más amplio sentido— son aquellos en los que la totalidad o la mayor parte de los gastos de sostenimiento se cubren a expensas de entidades oficiales o privadas que carecen de propósito de lucro (Estado, Provincia, Municipio, Iglesia, Cruz Roja, Instituciones de caridad) y que, de preferencia, se destinan a acoger enfermos pobres o de escasos recursos.



«Las deficientes condiciones materiales de edificios, instalaciones y servicios dieron lugar a que el desprestigio de los hospitales de beneficencia se hiciese cada vez mayor».

## DESVENTURA Y RIESGO DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

CUADRO N.º 5

### DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA

DISTRIBUCION PROVINCIAL DE CAMAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA  
Índice por mil habitantes calculado según los datos del catálogo de hospitales de 1966 y el censo de población del Instituto Nacional de Estadística.

LAS DOCE PROVINCIAS DE INDICE MAS ELEVADO		LAS DOCE PROVINCIAS DE INDICE MAS BAJO	
Palencia (1) .....	12,06	Avila .....	3,09
Alava .....	10,26	Lugo .....	2,78
Gulpúzcoa .....	9,20	Badajoz .....	2,74
Tarragona .....	9,15	León .....	2,72
Madrid .....	8,94	Cáceres .....	2,64
Gerona .....	8,53	Soria .....	2,16
Navarra .....	7,72	Toledo .....	2,09
Logroño .....	7,43	Ciudad Real .....	2,02
Vizcaya .....	6,74	Zamora .....	1,97
Santander .....	6,66	Orense .....	1,96
Barcelona .....	6,21	Pontevedra .....	1,90
Teruel .....	6,06	Cuenca .....	0,92

(1) El elevado índice de Palencia se debe a que cuenta con un gran centro psiquiátrico que recibe enfermos de otras provincias.

Los de la Seguridad Social dependen de las cuotas de sus afiliados y están al servicio de éstos.

Los militares, de organización y campo de actividad muy peculiares, participan en cierto modo de las características de todos los restantes grupos.

Los de propiedad particular obtienen sus ingresos de la propia clientela que los utiliza.

Si bien no es fácil clasificar algunos de los hospitales catalogados, puede admitirse que, después de los aumentos y supresiones más recientes, el número de camas de que dispone cada uno de los cuatro grupos mencionados es, en números redondos, el siguiente:

	Camas
Beneficencia .....	80.000
Seguridad Social .....	25.000
Militares .....	15.000
Propiedad particular .....	40.000
<b>Total .....</b>	<b>160.000</b>

Hemos visto en el cuadro número 1 que en el Censo de Hospitales de 1966 se cuentan en total 156.919 camas. Desde aquella fecha, los aumentos han sido muy

reducidos y, en parte, han quedado neutralizados por la supresión de algunos centros. Puede calcularse que actualmente la dotación total alcanza a 160.000 camas. El índice cama-habitante no mejora, a causa del crecimiento vegetativo de la población.

La exigüidad de esta cifra se pone de manifiesto al compararla con los índices de las demás naciones europeas, entre las que España ocupa el último lugar.

Nadie puede poner en duda que si todas las naciones europeas tienen una proporción más elevada que la nuestra, y justamente las de más alto nivel de vida disponen de un índice superior, se debe a que todas ellas estiman necesario preocuparse de poner al servicio de los habitantes de cada Estado una organización hospitalaria suficiente.

Es igualmente interesante el coitejo con los índices africanos que conducen a la misma conclusión, invirtiendo los términos: es decir, que cuanto menor es el nivel de civilización de un país, más reducido es el número de camas hospitalarias por mil habitantes de que dispone.

Alguien ha llegado a decir que, a efectos hospitalarios, Europa termina en los Pirineos. La frase no es justa, porque Portugal es más europea que España en este aspecto.

Una de las consecuencias de la falta de un plan hospitalario nacional es la forma irregular en que se encuentran repartidas entre las provincias españolas las camas existentes.

En el cuadro número 5 constan tan sólo, para no hacerlo demasiado largo, las doce primeras y las doce últimas provincias.

En el cuadro número 6 figura la proporción con que cuentan todas las provincias, agrupadas con arreglo a un proyecto en estudio para regionalizar la organización hospitalaria.

En el mismo cuadro hemos hecho el cálculo de las camas que faltan a cada región hospitalaria para poder equipararse a la media europea.

Son cifras que no necesitan comentario.

La afirmación, ampliamente reiterada en los últimos tiempos, de que se ha logrado una sorprendente elevación del nivel de vida de todos los españoles, no se llega a confirmar cuando, en vez de limitarse al optimismo de unas impresiones superficiales, subjetivas y localistas, se emprende un análisis estadístico que abarca la totalidad de la población nacional.

Los datos del cuadro número 7, procedentes del «Informe Foessa 1970», muestran que si bien en la actualidad están menos definidos los signos externos que caracterizaban en otras épocas las denominadas clases alta, media y baja, sigue habiendo importantes diferencias entre los ingresos de diversos sectores económicos de nuestro país.

No hay datos concretos que permitan establecer una congruencia entre los sectores económicos pricitados y los grupos hospitalarios de que hemos hecho mención. Por el contrario, determinados factores accesorios contribuyen a que resulte confusa la relación que guardan unos con otros.

A pesar de ello, algunos cálculos orientadores, sin pretensiones de rigurosa exactitud, bastan para hacer ver que la proporción de camas hospitalarias respecto a los distintos estratos económico-sociales de la población española no es menos

CUADRO N.º 6

## DISTRIBUCION DE CAMAS EN LAS REGIONES HOSPITALARIAS EN PROYECTO

Las demarcaciones regionales y el número de habitantes de cada una proceden de un trabajo del doctor Soutullo («Mundo Hospitalario», número 88, 17-XII-1970). Las camas actuales, del censo de hospitales de 1966. Las camas necesarias se han calculado según el índice medio europeo de 9 por 1.000.

Regiones hospitalarias	Población	Camas actuales	Camas necesarias	Aumento preciso
1.ª La Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra ... ..	2.606.386	8.942	23.457	14.515
2.ª Burgos, León, Oviedo, Palencia, Santander, Valladolid ... ..	2.965.438	16.000	26.689	10.689
3.ª Alava, Guipúzcoa, Logroño, Navarra, Vizcaya.	2.563.625	16.064	23.074	7.010
4.ª Huesca, Soria, Teruel, Zaragoza ... ..	1.236.920	6.394	11.132	4.738
5.ª Baleares, Barcelona, Girona, Lérida, Tarragona.	5.473.319	26.194	49.260	21.066
6.ª Avila, Cáceres, Salamanca, Zamora ... ..	1.291.767	4.937	11.626	6.689
7.ª Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Madrid, Segovia, Toledo ... ..	5.233.892	27.416	47.103	19.687
8.ª Albacete, Alicante, Castellón, Murcia, Valencia.	4.049.224	14.802	36.443	21.641
9.ª Almería, Granada, Jaén, Málaga ... ..	2.534.852	10.528	22.814	12.286
10.ª Badajoz, Cádiz, Córdoba, Huelva, Sevilla ... ..	4.156.365	15.972	37.407	21.435
11.ª Las Palmas, Sahara, Tenerife ... ..	1.232.318	4.960	11.091	6.111
<b>España ... ..</b>	<b>33.344.318</b>	<b>154.229</b>	<b>300.096</b>	<b>145.867</b>

## DESVENTURA Y RIESGO DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

CUADRO N.º 7

## DISTRIBUCION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS EN RELACION CON LOS DIVERSOS SECTORES ECONOMICOS DE LA POBLACION ESPAÑOLA

ENCUADRAMIENTO DE LA POBLACION ESPAÑOLA EN CINCO GRUPOS ECONOMICOS Y CALCULO DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS QUE NECESITA CADA UNO DE ELLOS

La composición de los grupos y sus ingresos proceden del informe FOESSA de 1970 (datos de 1969). Las necesidades de camas se estiman con arreglo al actual promedio europeo de 9 por 1.000 (cuadro número 3).

Grupo	Ingresos mensuales por familia de 4,3 personas	Fracción incluida (%)	Número de habitantes que comprende	Camas hospitalarias precisas
1.ª	15.001 o más pesetas ... ..	15	5.001.616	45.015
2.ª	10.001 a 15.000 pesetas ... ..	21	7.002.262	63.020
3.ª	5.001 a 10.000 pesetas ... ..	40	13.337.642	120.038
4.ª	2.501 a 5.000 pesetas ... ..	16	5.335.058	48.015
5.ª	2.500 pesetas o menos ... ..	8	2.667.528	24.008
		100	33.344.106	300.096

desigual que la de su distribución por provincias.

Puede prescindirse para estas deducciones de los hospitales militares, cuyo contingente de camas representa escasamente el 9 por 100 del conjunto nacional, y que, dadas sus especiales características, tienen que acoger en determinadas circunstancias enfermos de todas las clases sociales.

En tesis general, hay que admitir que los sanatorios particulares reciben de preferencia su clientela de los que forman el grupo primero del cuadro número 7. Como el grupo abarca cinco millones de personas y los sanatorios disponen de unas cuarenta mil camas, se obtiene un índice de 8 por 1.000, que no está muy lejos de las proporciones medias de Europa (cuadro núm. 3).

Podrá considerarse más o menos justo que los ricos sean los que tienen mejor resuelta su asistencia pero es perfectamente explicable. Ante la carencia de organizaciones oficiales adecuadas, la tradicional ley de la oferta y la demanda ha movido a la iniciativa privada a poner al servicio de aquellos que disponen de recursos suficientes una asistencia que cubra las necesidades de quien está en condiciones de pagarla.

Eliminado el grupo primero, el problema se centra en los enfermos pertenecientes a los cuatro grupos restantes, que comprenden nada menos que el 85 por 100 del censo nacional.

Aunque quizá una cierta parte de los que constituyen el grupo segundo e incluso algunos del tercero tengan capacidad para subvenir por sí mismos una asistencia hospitalaria con tal de que no sea ni demasiado larga ni demasiado costosa, lo cierto es que en la mayor parte de los casos su economía individual no les permite afrontar los elevados gastos que acarrea una enfermedad importante o prolongada. Se hace entonces imprescindible que la comunidad proporcione ayuda de algún modo a quienes lo necesiten.

El cumplimiento de tal deber, a través de organizaciones dependientes de la Administración Pública, es cada vez más necesario, a causa del creciente encarecimiento que vienen experimentando en estos últimos años el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Para facilitar asistencia a los enfermos que no disponen de suficientes recursos propios, se ha de contar con los hospitales de la Beneficencia y los de la Seguridad Social. Entre las dos organizaciones reúnen 105.000 camas, con las que tienen que dar servicio a veintiocho millones y medio de personas. Aun suponiendo que haya entre ellas un millón que recurra a los hospitales militares o a los sanatorios privados, quedan veintisiete millones y medio para las 105.000 camas, dando un índice de 3,9 camas por mil habitantes.

La proporción, manifiestamente baja, está afectada, además, por la completa ausencia de colaboración entre la Seguridad Social y la Beneficencia, que contribuye a agravar la situación asistencial de todos los grupos.

Puesto que de un modo teórico la Seguridad Social ha asumido la responsabilidad de prestar asistencia a cerca de veintisiete millones de españoles, se requeriría que casi todas las camas estuviesen al servicio de sus afiliados. Pero en la práctica no ocurre así.

Según recientes manifestaciones del doctor Cabanillas Gallas, el Seguro, en 1968, utilizó en total 28.518 camas, entre las de sus resi-

cuando la naturaleza persiste...

se llama **CESAR**  
IMPERATOR

la línea masculina que deja huella



Los aromas más frescos, más naturales envuelven la atmósfera que viven. Son momentos dichosos, ella recordará siempre de él ese algo... persistente que busca en cada instante confundida en el sentir de la naturaleza.



COLONIA • EMULSION 35° after shave (medalla de oro) • ELECTRIC pre shave • GEL • JABON • SALES BAÑO • CREMAS AFEITAR • DESODORANTE  
SEGURO, BARCELONA

## DESVENTURA Y RIESGO DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

dencias propias y las que concertó con otras entidades. Se obtiene una proporción de 1,05 camas por mil habitantes o, mejor en este caso, por mil asegurados. Con arreglo al índice medio europeo ya citado, las camas de que dispone el Seguro sólo permiten dar asistencia hospitalaria completa a poco más de tres millones de personas.

Lo que ocurre es que el Seguro, aunque generalmente se piense otra cosa, nunca ha pretendido hacerse cargo de la asistencia hospitalaria completa de sus afiliados. Les concede, desde luego, amplios derechos cuando son atendidos en los ambulatorios o en sus domicilios, pero no en lo que hace referencia a la hospitalización. En el régimen general, sólo en casos excepcionales pueden ser internados los que padecen enfermedades médicas o psiquiátricas, o quienes requieren tratamientos quirúrgicos que se prolonguen más de un determinado número de semanas. Para los regímenes especiales (agrario, doméstico, etcétera) las limitaciones son todavía mayores.

La Beneficencia, por su parte, tampoco facilita el arreglo. Los viejos defectos de sus organizaciones no han sido corregidos en los últimos años. La mayoría de las entidades que las tienen a su cargo siguen procurando reducir todo lo posible los gastos de sostenimiento y de renovación de las instalaciones de sus hospitales, así como la afluencia de enfermos a ellos. Ateniéndose al antiguo principio de que sólo les concierne la asistencia de



«Puesto que de un modo teórico la Seguridad Social ha asumido la responsabilidad de prestar asistencia a cerca de veintisiete millones de españoles, se requeriría que casi todas las camas estuviesen al servicio de los afiliados. Pero en la práctica no ocurre así».

pobres y que son las mismas instituciones de Beneficencia las que deben definir la pobreza, adoptaron el acuerdo de que los afiliados al Seguro no son pobres a efectos de asistencia hospitalaria, porque la Seguridad Social está obligada a prestársela y dispone de copiosos recursos para hacerlo.

Las tajantes fronteras que aíslan reglamentariamente las funciones de la Seguridad Social y de la Beneficencia provocan dos importantes derivaciones.

Una gran parte de los asegurados, quizá más de la mitad, que padecen dolencias que no figuran entre las que dan derecho a internamiento en las Residencias, se encuentran imposibilitados de recibir asistencia hospitalaria de ningún género, toda vez que la Beneficencia tampoco los admite, porque no los considera oficialmente pobres. Quedan, por consiguiente, en «tierra de nadie», entre dos reductos administrativos igualmente infranqueables.

Al mismo tiempo, la Beneficencia, una vez que ha eliminado del campo de sus actividades al numeroso grupo de los afiliados al Seguro, ha conseguido disminuir considerablemente la afluencia de enfermos a sus hospitales.

Comprobada la realidad del hecho, se incurre en una interpretación poco acertada. En vez de reconocer que las disposiciones reglamentarias cierran el acceso a los hospitales a muchos enfermos que tienen necesidad de asistencia y que carecen de recursos propios para conseguirla, se afirma, con idea tan superficial como infundada, que en España, la elevación del nivel de vida y el establecimiento de la Seguridad Social han hecho que desapareciesen los pobres.

Este concepto, convertido en axiomático, sirve nada menos que para sostener que los hospitales de Beneficencia han dejado de ser necesarios y deben ser suprimidos.

La desaparición de los pobres está en flagrante contradicción con las estadísticas de Foessa y de Cáritas y con las colectas que en favor de esta última institución o de otras similares se hacen con frecuencia.

Pero aunque así fuese, seguiría constituyendo un contrasentido renunciar a los hospitales de Beneficencia en tanto no se cuente con otros mejores y de mayor capacidad para reemplazarlos. Si a las disponibilidades de camas de España se les restasen las de los hospitales de Beneficencia, quedarían reducidas a la mitad de las actuales. Como consecuencia, el índice nacional español, que ya es hoy el más bajo de Europa, todavía seguiría descendiendo hasta quedar en 2,4 camas por mil habitantes. Pero como esta disminución no repercutiría ni sobre los sanatorios particulares ni sobre los hospitales militares, afectaría de modo exclusivo a los veintisiete millones y medio de asegurados y de pobres, para los cuales sólo habría veinticinco mil camas, correspondiéndoles un índice cama-habitante de 0,9 por mil, inferior al de la mayor parte de los países subdesarrollados y sólo equiparable al de los peor dotados del África negra o de Asia. ■ R. B. Fotos: Archivo.

OPS



EN EL PROXIMO NUMERO (y II):

**EL PROBLEMA FUNDAMENTAL Y LOS ASPECTOS PARCIALES MAS IMPORTANTES DE LA REORGANIZACION HOSPITALARIA.**