



Aunque estamos suficientemente dotados en algunas capitales y, en general dentro del área privada de camas quirúrgicas, hay un acentuado déficit de camas pediátricas, geriátricas, de algunas especialidades médicas o psiquiatría (Hospital Clínico, Madrid)

HACIA UNA REFORMA SANITARIA EN ESPAÑA

LA Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, creada por Decreto a finales de diciembre y constituida en enero, pretende ser la respuesta gubernamental a la oleada de críticas, protestas y conflictos suscitados en los últimos meses por el lamentable estado de la Sanidad española. La señal inmediata para su creación vino del conflicto nacional de los MIR, que, comenzado en octubre de 1974, se mantuvo tres meses en primer plano, y dista de haber sido resuelto satisfactoriamente.

Si con su creación se pretendía lograr un cierto «respiro» en la presión reivindicativa de los trabajadores sanitarios y otras capas ciudadanas y obreras, no puede decirse que el objetivo haya sido alcanzado. En febrero tuvo lugar el conflicto más importante que hayan protagonizado enfermeras, auxiliares y personal de mantenimiento de los centros hospitalarios madrileños desde su creación. Las denuncias en prensa diaria sobre las

deficiencias de equipamiento sanitario de barriadas periféricas son casi continuas.

La Comisión Interministerial ha funcionado, hasta la fecha, con muy poca publicidad para la importancia del tema que trae entre manos. El riesgo de aparecer, de hecho, como centro de decisión única, sobre el que podrían converger las demandas de distintos sectores sociales,

por un lado, y las profundas diferencias entre los planteamientos de sus integrantes, como puso en evidencia la crisis ministerial del 20 de febrero, por otro, le han reducido al anonimato. Además, en estos últimos meses nadie apuesta por supervivencias tan largas como las necesarias para que dicha Comisión llevara a buen puerto todas sus tareas.

En su artículo «Reformar o defraudar» (TRIUNFO, 655, 16 del mes de abril), el doctor J. A. Valtueña

resume las actitudes del personal de Sanidad frente a la Comisión en tres apartados: 1) La «esperanza mitigada», poco extendida; 2) la «indiferencia», según él, la actitud más común, y 3) la «negación de la posibilidad de reformas» en base a que éstas no son posibles si, previamente, no se modifica la estructura económico-social. La realidad es que la tercera actitud está mu-

miembros en lugar de su elección por los sectores interesados. Además, surge la duda razonable de si personas que llevan tanto tiempo al frente de organismos clave para la Sanidad española, un «establishment» que se ha mostrado lento para solucionar pasados conflictos o ha perpetuado demasiado tiempo situaciones que ahora aparecen insostenibles, va a ser capaz, a tan corto plazo, de analizar, diseñar y proponer plazos viables para la reforma. Y luego vendría el debate en Cortes del Anteproyecto de Libro Blanco, etcétera. Por ahí se orientan todos los comentarios cuando se debaten estos temas. Revelan desconfianza en la política sanitaria vigente y en sus instrumentos.

Política hospitalaria

En una de las mesas redondas organizadas por el Colegio de Médicos de Madrid, expuse lo que, en mi opinión, podrían ser las bases para una política hospitalaria (en otro marco, con otros instrumentos), extraídas de algunos pronun-

Alberto Infante Campos

cho más extendida de lo que Valtueña parece dar a entender en su artículo. Y tiene dos componentes: Uno, el que acertadamente señala, y otro, previo a aquél y que, en parte, lo oculta ante el gran público, de naturaleza más política. Resulta que en la elaboración del índice de materias, en la constitución de subcomisiones de expertos y en la marcha de los trabajos, la Comisión Interministerial ha seguido el método de elaboración de los Planes de Desarrollo: la captación de

HACIA UNA REFORMA SANITARIA EN ESPAÑA

ciamientos públicos de sectores que no han sido «indiferentes» ante la materia.

1. **Objetivos.**—El objetivo socialmente necesario en la España de hoy puede definirse como la consolidación de un área hospitalaria de propiedad pública, financiada desde los presupuestos generales del Estado, unificada y gratuita, dependiente de un Ministerio de Sanidad y democráticamente gestionada.

Habría de reunir las siguientes características:

a) **Rápida expansión.**—En 1970, un 35 por 100, o más, de las camas hospitalarias eran de propiedad privada, llegando este porcentaje al 50 por 100 en ciudades como Barcelona. Por otro lado, si el país disponía en 1963 de 4,51 camas por mil habitantes, en el año 1970 esta cifra apenas se había modificado: 4,60 camas por mil habitantes. Ocupamos el último lugar de Europa en ese sentido. El aumento de camas previsto por el Tercer Plan de Desarrollo apenas cubría el impuesto por el crecimiento vegetativo de la población, e ignoramos las realmente dotadas en ese lapso. Un Estado democrático tendría que acometer la urgente mejora de este parámetro, colocando al área pública lo antes posible en torno, como mínimo, a las medias europeas de 9 a 10 camas por mil habitantes.

b) **Calidad suficiente.**—Habría que ajustar los hospitales a los mínimos exigibles para cada nivel. El esquema propuesto hace cinco años por el Seminario de Hospitales con Programas de Formación de Posgraduados sigue vigente para este tipo de centros, pese al tiempo transcurrido. Las normativas adecuadas serían elaboradas por organismos técnicamente competentes, analizadas por una Comisión Nacional de Acreditación Hospitalaria y periódicamente revisadas. La Comisión Nacional de Acreditación realizaría inspecciones periódicas e informes públicos con carácter de recomendaciones al Ministerio. Habría que mejorar urgentemente las tasas de frecuentación hospitalaria, muy bajas en nuestro país, y el promedio de estancia, generalmente demasiado largo.

c) **Correlación con la morbilidad.**—Así, en la actualidad estamos suficientemente dotados en algunas capitales y en general dentro del área privada de camas quirúrgicas, pero hay un acentuado déficit de camas pediátricas, geriátricas, de algunas especialidades médicas o psiquiátricas.

d) **Suficientemente dotada en personal y medios.**—Ejemplos muy recientes de lo contrario han saltado a las páginas de la prensa. Cabe señalar el acentuado déficit de personal cualificado de grado medio, la falta de espacio, las elevadas tasas de averías y los prolongados tiempos que median entre que se suspende un servicio y vuelve a ponerse en marcha, como rasgos que demuestran lo inmanejable de muchos centros recién edificados muy por encima de tamaños manejables. Además, varios miles de camas hospitalarias deberían descontarse de las estadísticas, probablemente todas las del nivel «C» de la clasificación de la Dirección General de Sanidad (un 24,6 por 100 del total en 1970), por no reunir los mínimos indispensables para ser consideradas como tales.

e) **Modernizada.**—En la actualidad, más del 70 por 100 de las camas y el 50 por 100 de los centros son anteriores a 1920, y un 30 por ciento de ellos lo son a 1900. Podemos deducir el carácter predo-

minantemente asilar y benéfico del trato que reciben los ingresados. Ello choca frontalmente con las tendencias terapéuticas más recientes, que tienden a interesar a los enfermos en su propio proceso de curación y en las condiciones y actitudes que lo favorecen. Se impone, por tanto, una política de sustitución de los centros más antiguos y de adaptación de aquellos que sea posible, al mismo ritmo que se construyen los nuevos.

Conseguir un área pública de estas características implica en primer término poner a punto el aparato estadístico preciso, inexistente hoy día; en segundo lugar, una reforma fiscal completa, que permita obtener los recursos desde las rentas del capital, y no, como sucede hoy, desde los salarios —vías de cotizaciones e IRTP— y desde los ingresos más bajos, salariales o no, por la vía de los precios; en tercer lugar, una redistribución del conjunto del gasto público con criterios muy diferentes a los vigentes. Así, la Sanidad no ocupará lugares de

centesimal en los presupuestos del Estado y nuestros gastos en equipamiento colectivo crecerán a un ritmo diferente al actual, según el cual hemos pasado de invertir en Sanidad un 0,145 por 100 del PNB en 1960, a invertir en 1970 el 0,27 por 100, mientras Finlandia invertía el 4,3 por 100; Francia, el 4,2 por ciento; Kenya, el 3,6 por 100; Ceilán, el 3,7 por 100, y Tanganika, el 2,8 por 100, durante los años... ¡1960-1962!

2. **Regionalización.**—La planificación hospitalaria del futuro tendrá otro gran componente. Se tratará de levantar una red hospitalaria pública accesible a toda la población, lo más cerca posible de ésta. Los elevados costes económicos y sociales de los desplazamientos actuales en busca de centro para ser atendido podrán minimizarse mediante una regionalización hospitalaria adecuada. En el año 1970, 36 provincias se hallaban por debajo de cinco camas por cada mil habitantes, doce estaban entre cinco y nueve camas por mil habitantes y sólo dos superaban esa cifra. Si descontásemos, como debe hacerse, las camas correspondientes a enfermos crónicos, de nula rotación, el panorama sería, si cabe, más sobrio.

La regionalización sanitaria del futuro implicará que además de la asistencia médica, la higiene, en todas sus variantes (alimentación, medio ambiente, condiciones de vida y trabajo, etcétera), y la epidemiología estarán integradas y coordinadas bajo dirección única para cada comarca y cada región sanitaria. En cada comarca podría ubicarse un Hospital Comarcal, dotado de una serie de servicios mínimos, comunes a este tipo de centros (Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Radiología, Laboratorio, UVI, Anatomía Patológica, Archivo, por ejemplo), y otros servicios más directamente relacionados con la distribución comarcal de las enfermedades. Dirigirá todas las funciones sanitarias, asistenciales, higiénicas, epidemiológicas y de educación sanitaria de la población a su nivel, produciéndose así la integración de la asistencia y la programación sanitarias. Llegará en los medios rurales hasta los pueblos más pequeños y alejados, permitiendo que el profesional sanitario que realice esas funciones no esté aislado, como hoy; le permitirá una mejor asistencia y una vida profesional colectiva y científica. Las grandes ciudades estarán divididas



Habría que mejorar urgentemente las tasas de frecuentación hospitalaria, muy bajas en nuestro país, y el promedio de estancia, generalmente demasiado largo.



Los elevados costes económicos y sociales de los desplazamientos actuales en busca del centro para ser atendido podrán minimizarse en el futuro, mediante una regionalización hospitalaria adecuada (Ciudad Sanitaria La Paz, Madrid).

en sectores sanitarios dependientes cada uno de un hospital, representante, en el medio urbano, del Hospital Comarcal. Ello permitirá que el control de la salud de la población se realice lo más cerca posible de donde aquélla vive, se espere y trabaja. Desaparecerá el vacío sanitario entre el hospital y el domicilio, entre la ciudad y el campo.

El Hospital Regional se hará cargo de las funciones más especializadas, será el centro y el director de todos los servicios sanitarios de la región. Las regiones tenderían a ser sanitariamente autosuficientes. Una red de este tipo permitiría tamaños mucho más manejables, tanto a nivel comarcal como regional, en el doble sentido de acabar, por un lado, con los centros inferiores a cien camas, que hoy son legión, sobre todo en el área privada, y frenar la construcción de centros superiores a mil camas, por otro. El Hospital Regional sería probablemente el ámbito adecuado para la formación de especialistas en la mayoría de las ramas de la Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Servicios Centrales, etcétera. El Hospital Comarcal estaría capacitado para servir de base al Internado Rotatorio, el reciclaje periódico de los médicos de familia y la formación sanitaria de personal sanitario de grado medio, no especializado, sino polivalente.

La red hospitalaria se coronaría con la construcción de una serie

de centros con ámbito nacional, destinados a especialidades o parcelas muy concretas de la Patología, incluidas en los planes sanitarios y declaradas de interés preferente en función de la morbilidad predecible a lo largo de un decenio o más. La importancia de estos es-

tudios de prospectiva demográfica y sanitaria queda, por consiguiente, resaltada.

3. **Gestión.**—La gestión de los centros y de la red hospitalaria en su conjunto habría de sumar dos líneas claramente definidas:

EL EJEMPLO DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN VALENCIA

La Comisión de Información de Alumnos de la Facultad de Medicina de Valencia envió a TRIUNFO una serie de datos recogidos por alumnos del quinto curso. Estos datos reflejaban las horas de prácticas realizadas en los cursos, el número de alumnos por cada clase práctica y los casos de contacto con enfermos. El cuadro establecido es el siguiente:

	Horas por curso	Número de alumnos en práctica	Contacto con enfermos
Quirúrgica I	0	0	NO
Médica I	0	0	NO
Oftalmología	5	20	NO
Otorrino	0	0	NO
Patología general	20	10	SI
Ginecología	(guardia) 2 días	4	SI
Quirúrgica II	30	30-60	NO
Médica II	20	30-60	NO
Psiquiatría	0	0	NO
Dermatología	0	0	NO
Pediatría	6	10-15	SI
Med. legal	1	Todos	NO
Higiene	15	7	NO
Quirúrgica III	0	0	NO
Médica III	0	0	NO

Otros párrafos de la carta rezan: «La calidad de nuestras prácticas, que se realizan exclusivamente en el Hospital Clínico Universitario, está limitada por el bajo número de camas por alumnos: 0,2 camas/alumno actualmente, mientras que el índice estimado por la OMS como idóneo es de 4,5 camas/alumno».

La enseñanza teórica, a su vez, adolece de una desvinculación entre la información impartida y la realidad biológica, psíquica y social del enfermo.

Aparte del Hospital Clínico, existen en Valencia una serie de centros sanitarios (Ciudad Sanitaria La Fe, General Sanjurjo y 18 de Julio, pertenecientes a la Seguridad Social; Hospital Provincial y Psiquiátrico, dependientes de la Diputación Provincial, etcétera), cuyo número total de camas asciende a unas 4.000, que, dado el número de alumnos, arrojaría un índice de dos camas por alumno».

— La dependiente del número de Sanidad, muy centralizada en lo referente a planificación y control de los plazos de ejecución del plan y en la distribución de los presupuestos hasta el nivel regional.

— La participación desde abajo, desde las Corporaciones Locales y sindicatos de trabajadores, con misión fiscalizadora del gasto, por una parte, y corresponsable de áreas específicas, a nivel predominantemente comarcal y quizá regional, por otro.

A escala de centro, deberá promoverse la participación democrática de todos los estamentos a los diferentes niveles de decisión administrativa general más que técnica, con todo lo que ello comporta.

Este marco de relaciones laborales e interestamentales facilitará un clima de trabajo en equipo que, aunado con la **dedicación exclusiva** del personal médico suficientemente remunerado y científicamente estimulado, permitirá el surgimiento de una nueva ética, basada en el concepto de hospital como centro de servicios a la comunidad.

4. **Área privada.**—Durante toda la fase de construcción de un área pública, como la descrita, el Ministerio, a propuesta de la Comisión Nacional de Acreditación Hospitalaria, elaboraría un catálogo de normas mínimas aplicables a los hospitales de propiedad privada en lo referente a ubicación dentro de la red sanitaria, tamaños, servicios de que deben constar, miramos de calidad y métodos de gestión. Se elaboraría un catálogo actualizado de estos centros y se fijarían, en cada caso, los plazos de reconversión, pasados los cuales se podría autorizar el funcionamiento del hospital, sometido a las mismas normas de control que los del área pública, o bien se procedería a su cierre o a su paso irreversible al área pública para acometer su puesta al día.

Mejorar la gestión en el área pública permitiría frenar la escalada de costes, hoy día verdaderamente alarmante, otro factor más que permitiría terminar con la política de **concertos** con instituciones privadas y **privatización** creciente de sus centros, en la que está embarcado actualmente el INP. Separadas ambas áreas y concentrada, modernizada y dotada suficientemente, el área pública podría abarcar holgadamente, a la vuelta de pocos años, todas las necesidades de la población. ■ A. I. C.