

## TRIBUNA

# Los hospitales españoles: De la postguerra al desarrollo

(El largo camino que va del hospital de asilo a la institución tecnificada y del subdesarrollo al desarrollo descontrolado).

Por E. Luis F. LOPEZ

La evolución experimentada por los hospitales españoles en los últimos treinta y cinco años es una perfecta muestra de lo que no debe hacerse a la hora de intentar adecuar y planificar el sector sanitario. Pensar que por el mero hecho de pasar de un hospital de asilo a un hospital de empresa es haber solucionado el problema, es errar de por medio ya que la eficacia de una red hospitalaria no se debe medir por el grado de belleza y magnificencia de sus centros ni de sus instalaciones, sino por el grado en que cumple sus funciones de cara a la población.

No cabe duda que el campo de la sanidad ha sido uno de los menos atendidos por parte de la Administración, con lo cual sus problemas y deficiencias se han ido amontonando año tras año. Y el sector hospitalario, como máximo exponente del sanitario, compendia elocuentemente todas las insuficiencias de esta maltrecha sanidad española a la que ahora parece ser que se le va a prestar un mínimo de atención.

Intentaré esquematizar en las líneas que siguen los pasos fundamentales que se han dado en el mundo hospitalario de nuestro país desde el comienzo de la etapa política que aún vivimos y compendiar el estado actual de nuestra dotación, con la cual debemos encarar un futuro que imperiosamente debemos prever desde ahora.

### Ricos y Pobres

Durante muchos años el panorama hospitalario nacional se concentró en tres grandes redes: la de hospitales provinciales, a los que se tenían que añadir los municipales y los estatales, todos ellos dependientes directa o indirectamente del Ministerio de la Gobernación; la de los grandes centros hospitalarios benéficos y de instituciones como la Iglesia y la Cruz Roja y, finalmente, la de clínicas privadas. Estas

E. L. F. LOPEZ

últimas y parte de los centros del segundo grupo estaban al servicio de la población que contaba con recursos económicos; eran las clínicas de pago, los hospitales para ricos. El resto estaban destinados a los pobres, a los trabajadores sin grandes recursos; en ellos se practicaba, pues, la medicina para pobres, medicina de baja calidad con escasos medios y personal. Por eso seguía persistiendo la imagen sórdida del hospital, lugar en que se iba a morir y el ingreso en el cual era evitado por todos los medios. Ello hizo que aun las familias de economía débil buscaran una protección sanitaria fuera del hospital en los seguros libres que les permitían el ingreso en las clínicas para eventualidades quirúrgicas. Las enfermedades médicas, que no entraban habitualmente en la prestación contratada, se pasaban resignadamente en el domicilio antes de acudir al degradante hospital.

Las clínicas privadas, al amparo de los seguros libres, florecieron extraordinariamente, convirtiéndose en la red de centros más importante del país por su número, aun cuando no por el número de camas, que seguía siendo superior en la red hospitalaria provincial. La calidad de la medicina que en las clínicas se practicaba era muy irregular, puesto que al lado de centros bien dotados de medios y personal, que ofrecían una buena asistencia, existían otros pésimamente equipados y preocupados tan sólo por la ganancia económica, en los cuales la asistencia era de muy baja calidad.

En los hospitales la asistencia no era mucho mejor, excepto en los hospitales clínicos, anejos a una Facultad de Medicina y en algunos otros en los que se había agrupado un cuadro de médicos con preocupaciones docentes y de gran calidad científica.

#### **Residencias de la Seguridad Social: Del balbuceo a la expansión**

El Instituto Nacional de Previsión, creado en 1909, inició en 1945 la elaboración de su plan de instalaciones sanitarias previendo la construcción de dieciséis mil camas hospitalarias de su propiedad. Dos años después (1947) aparecía el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias en el que se regulaba la coordinación con otros centros hospitalarios para la prestación de la asistencia médica en régimen de internamiento a la población comprendida en el entonces Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) y en 1948 se iniciaba la construcción de la primera institución hospitalaria que era inaugurada en 1949.

Aquel paso representó la elección de una alternativa insólita en el continente: la constitución del I.N.P. en gestor de sus propios hospitales. En ningún otro país de Europa los organismos de Seguridad Social poseen instalaciones sanitarias propias; se limitan a ser entidades de seguro que prestan una cobertura económica al riesgo de la enfermedad o de otras eventualidades que se pueden presentar en la vida del individuo. En España, por el contrario, desde aquel lejano año de 1945 el I.N.P. se ha convertido en propietario de una extensa red de hospitales, monopolizando

## HOSPITALES ESPAÑOLES

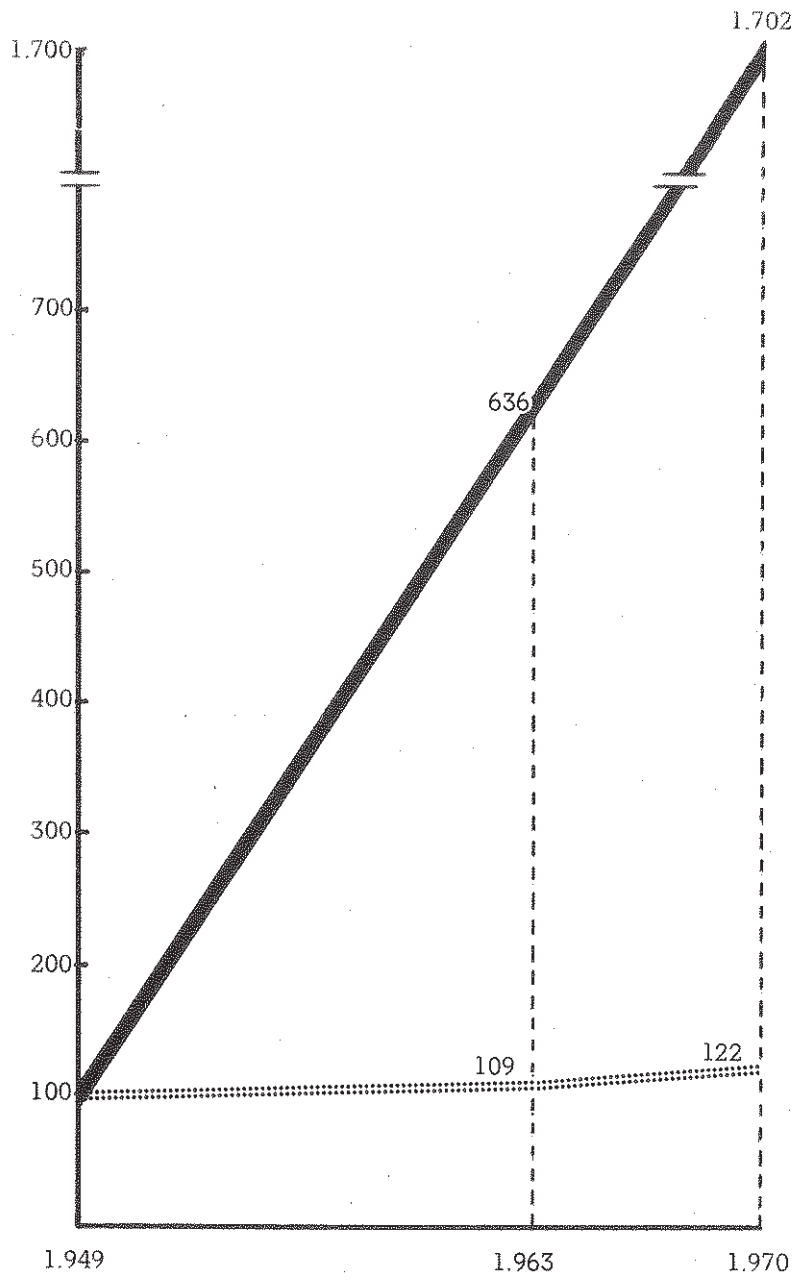
la asistencia sanitaria a la población asegurada (en la actualidad casi toda la nación) y debiendo contratar personal sanitario para llevarla a cabo.

Esta elección fue ni más ni menos el comienzo de una nueva vía hospitalaria al margen completamente del control del Ministerio de la Gobernación, de quien dependía y sigue dependiendo la Dirección General de Sanidad. Con los fines que fuera, se tuvo buen cuidado en que los nuevos centros, puestos a disposición de la clase trabajadora exclusivamente, no recordaran en nada al clásico hospital, representado por los hospitales provinciales y benéficos entonces existentes, hacia el cual la población seguía sintiendo la aversión que antes comenté. Ni su construcción ni su inicial funcionamiento recordaban en nada al hospital y se apuró tanto que ni siquiera el nombre se conservó; los hospitales del I.N.P., que no otra cosa que hospitales eran, se llamaron Residencias y acaso sólo por excesivo pudor no se llamaron simplemente Clínicas.

No debe olvidarse que el I.N.P. es un organismo autónomo del Estado (como el Instituto Nacional de Industria o el Instituto Nacional de la Vivienda) dependiente del Ministerio de Trabajo pero regido por un consejo de administración propio, del que depende una delegación general a la cual están subordinadas tres subdelegaciones y una secretaría general. De una de las subdelegaciones, la de Servicios Sanitarios, depende la red de centros hospitalarios que ahora nos ocupa.

De aquella primera institución hospitalaria se ha pasado a una vastísima red que en la actualidad es una de las más importantes del país. Su dotación para finales de 1973 queda reflejada en la tabla número 1. Debe repararse que las camas propias de la Seguridad Social no sobrepasan un 25 por ciento de la población total española y en contrapartida tiene comprometida la asistencia a más del 80 por ciento de la población, lo que por sí solo ya refleja los evidentes agobios e insuficiencias que en la práctica se dan.

EVOLUCION DE LA RENTA NACIONAL Y LA  
DOTACION DE CAMAS



— RENTA NACIONAL  
..... CAMAS

NUMEROS INDICES 1949: 100

### El papel de la Dirección General de Sanidad

La D.G.S., dependiente del Ministerio de la Gobernación, es la que, al menos en teoría, debería encauzar y ordenar todo el sector sanitario y, en consecuencia, hospitalario del país. Sin embargo, por su misma adscripción a un Ministerio tan polifacético como Gobernación o por sus propias deficiencias, el caso es que su papel en el campo hospitalario se ha visto cada vez más restringido y sus iniciativas legales no han tenido ni mucho menos el eco que podía esperarse.

Desde la lejana promulgación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional, en 1944, en la que algunas de las mismas se ocupaban de las instituciones hospitalarias, no hay otro acontecimiento digno de mención hasta la aparición en 1962 de la Ley de Coordinación Hospitalaria, texto sobre el que se debía asentar toda la ordenación del subsector hospitalario del país. Sin embargo, la Ley se quedó en la letra muerta al no procederse a la aprobación del consiguiente reglamento que año tras año ha ido esperando el momento de su nacimiento legislativo sin que hasta ahora se haya producido, a pesar de las sucesivas redacciones de anteproyectos con sus modificaciones pertinentes.

El mismo año se creaba por decreto la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, la cual, a base de los datos recogidos por las comisiones provinciales creadas con anterioridad en 1938, elaboraba el catálogo de hospitales de 1963 publicado tres años más tarde, primer documento que reflejaba con claridad el estado de nuestra dotación y permitiría un conocimiento cada vez más apurado de la misma.

En 1966 se creaban, por decreto, once regiones hospitalarias en el país con unas jefaturas regionales que no han tenido, a la vista de los acontecimientos, gran peso específico sobre el desarrollo hospitalario regional, inexistente, ni sobre el de toda la nación. Sus funciones parecen más burocráticas y de recogida de información que operativas. Una vez más ha quedado demostrada la inutilidad de una planificación regional por decreto, sin participación real de los propios habitantes de las comunidades regionales.

Las redes que más o menos directamente dependen de la D.G.S. son la de los hospitales propios, las de organismos autónomos, las de los centros de las diputaciones y la de los municipios. Todos ellos adoleciendo, en general, de una falta de adecuación a las nuevas exigencias y de unas penurias económicas que contrastan una y otra vez con las pujantes asignaciones de los centros del I.N.P.

Por otro lado, la participación de la D.G.S. en los sucesivos planes de desarrollo, lógicamente a todas luces dada su importancia administrativa y competencia técnica, se ha visto muy menguada cuando no claramente desestimada, y en todos ellos ha podido contemplarse cómo era la Seguridad Social la que se llevaba repetidamente la mejor parte en menoscabo de lo que correspondía a Sanidad, una y otra vez cententa de los mismos.

E. L. F. LOPEZ

¿Donde estamos?

En 1.970 disponíamos de 1.365 hospitales y 156.473 camas, todo ello sin contar los 46 hospitales militares con sus 13.401 camas. En consecuencia, teníamos 4,60 camas por cada mil habitantes, índice, el más bajo de toda Europa, que no se había modificado desde 1.949 que se hallaba en 4,43. Evidentemente nuestro desarrollo económico tan extraordinario no se ha visto reflejado, ni siquiera mínimamente, en el desarrollo de nuestra dotación hospitalaria que sigue siendo cuantitativamente muy deficiente y cualitativamente muy susceptible de mejora ya que sigue habiendo muchos centros pésimamente equipados y seguimos adoleciendo de un gran déficit de personal. El sector de hospitalización pública dispone de 102.101 camas que significan el 65,2 por ciento del total, mientras que el privado dispone de 54.372 que representan el 34,7 por ciento restante.

TABLA I

Dotación Hospitalaria del INP (1973)

1.— Dotación Actual	
Ciudades Sanitarias .....	9
Residencias .....	101
Camas Propias .....	33.150
Camas Concertadas .....	14.000
2.— Dotación en Construcción	
Residencias .....	46
Camas .....	9.000
3.— Dotación en proyecto	
Camas en proyecto .....	14.000
Camas para 1976 .....	50.000

Evolución del número de Hospitales, camas y camas por mil habitantes

	1949	1963	1970
Nº de Hospitales	1.622	1.539	1.365
Nº de Camas	127.343	139.393	156.473
Camas por 1.000 hab.	4,33	4,44	4,60

## HOSPITALES ESPAÑOLES

Puede verse la extraordinaria proliferación de dependencias de los hospitales de nuestro país, característica esta que impide una eficaz labor de coordinación y planificación, puesto que en la práctica cada red funciona con criterios diferentes cuando no contrapuestos.

La distribución geográfica de los centros suele ser bastante irregular, puesto que al lado de zonas con dotaciones bien adecuadas, existen otras con dotaciones francamente insuficientes. Como era de esperar, la distribución geográfica sigue, salvo raras excepciones, pareja evolución a la distribución de la riqueza, encontrándose menos camas allí donde la población es más pobre y viceversa.

También es irregular, pero en general bajísima, la utilización que la población hace del hospital. Mientras que en la mayoría de los países europeos las tasas de frecuentación hospitalaria oscilan alrededor de cien ingresos anuales por cada mil habitantes, en España se calcula que no sobrepasan los cincuenta, lo que nos da una idea de por qué los índices de ocupación de todas las redes siguen siendo bajos, en general, a pesar de las larguísimas listas de espera de algunas residencias de la Seguridad Social que están trabajando permanentemente a ritmo de saturación.

En definitiva, pues, podríamos decir que en la actualidad disponemos de una dotación a todas luces insuficiente si la comparamos con la de otros países del continente, pero que sigue, en general, dando abasto a las necesidades por la escasa utilización que la población hace del hospital todavía. La dotación se caracteriza, por otro lado, por su irregular distribución geográfica y por su pluridependencia, lo que dificulta su eficacia práctica. Finalmente, se encuentra falta de un órgano coordinador único, de sistemas de calidad y de una legislación ágil que ponga orden en el caótico panorama que se puede contemplar.

### **Perfiles Futuros.**

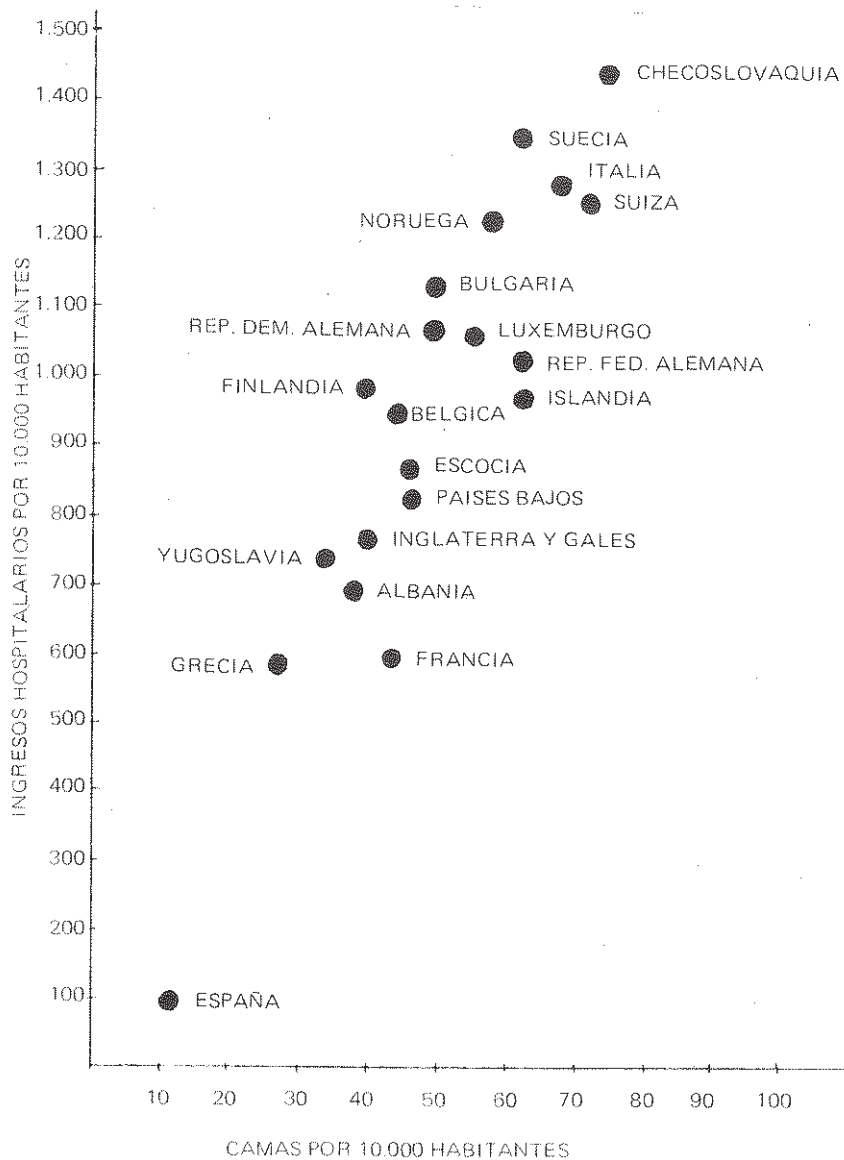
Para que podamos adecuar la dotación hospitalaria del país parece claro que a plazo corto deberán adoptarse iniciativas que desde hace tiempo vienen siendo invocadas por organismos responsables y por el propio personal de los hospitales.

Deberá acometerse una adecuada planificación sanitaria, ni siquiera esbozada en los planes de desarrollo hasta ahora surgidos y que por fin parece que va a considerarse con la creación de una comisión interministerial encargada de tal menester. Claro está que una reforma desde arriba, sin participación de los de abajo, de todo el personal que trabaja en el sector sanitario, no se presenta con muy buenos augurios en estos días en que la democratización de la gestión es una constante reivindicación justa de todos los trabajadores. Tal democratización deberá plantearse con urgencia en la gestión de los hospitales, en los cuales el personal médico y sanitario reclama su derecho a la participación en la toma de decisiones que tan directamente les afectan. Paradójicamente, nos encontramos todavía con un gran déficit de personal capacitado en dirección hospitalaria, puesto que sólo existe una escuela de Dirección y Administración en Madrid.

E. L. F. LOPEZ

Parece que la creación de un Ministerio de Sanidad no podrá aplazarse por mucho tiempo si se quiere de veras iniciar la comentada planificación y adecuación del sector. Y, por otra parte, el aplazado pero inevitable acercamiento a Europa deberá familiarizarnos con los módulos de regionalización que otros países han adoptado ya que han de implantarse cada vez con más premura para hacer efectiva la participación de la población en el trazado de sus propios caminos.

INGRESOS Y CAMAS EN LOS HOSPITALES GENERALES POR 10.000 HABITANTES  
EUROPA 1970



## HOSPITALES ESPAÑOLES

Con la creación de los organismos adecuados se podrá actualizar y poner en práctica, también, el esperado reglamento de hospitales, a todas luces imprescindible aunque en estos momentos la reforma sanitaria global adquiera preponderancia.

Y deberá, de una u otra forma, plantearse seriamente el problema agobiante de la falta de personal hospitalario a todos los niveles. Con toda probabilidad, el personal médico que trabaja en el hospital polariza su actividad asistencial en él, pero el resto del personal, sanitario o no, está en enorme déficit cuantitativo y de preparación y requiere una atención urgente por parte de los organismos responsables.

Con todo ello se conseguirán desterrar viejos conceptos del mundo hospitalario: beneficencia, asilo, hospital cerrado y autónomo, y se dará entrada a las nuevas ideas de hospital abierto, coordinado e integrado en una red regionalizada, órgano activo y básico del plan de salud al servicio de la comunidad.