

LA PLANIFICACION HOSPITALARIA EN ESPAÑA

Por P. PORRAS ORUE

362.11(46)

1. La población española y su asistencia sanitaria

LA implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942-44 y el desarrollo económico especialmente acelerado desde los años 1950 a 1964, ha impreso una profunda huella en el sistema asistencial de los españoles.

Esquemáticamente, desde este punto de vista, la población española puede dividirse en tres grupos importantes:

A) La beneficencia, que abarca aquel sector con posibilidades muy limitadas y cuya asistencia corría a cargo fundamentalmente de las autoridades locales (municipio y provincia) o de la Dirección General de Beneficencia, dependiente del Ministerio del Interior (Gobernación).

B) La población protegida, aunque parcialmente, como hemos visto, por la Seguridad Social.

C) El resto de la población, empresarios independientes, trabajadores por cuenta ajena, funcionarios públicos, etc., no protegidos por la Seguridad Social y que a su vez pueden o no acogerse al régimen de seguros libres, como ya vimos.

La tendencia actual es a disminuir la beneficencia y aumentar el número de personas protegidas por la Seguridad Social (Seguros

Obligatorios) a través de la extensión a los pequeños empresarios agrícolas, funcionarios públicos, militares, etc.

Es evidente que la tendencia es motivada por un hecho fundamental y es la mayor complejidad, especialización y carestía de la medicina moderna, pero sin embargo el problema subsiste en los casos de larga enfermedad o invalideces ocasionadas por enfermedades médicas o quirúrgicas (no debidas a accidentes del trabajo), incluido el importante capítulo de las enfermedades mentales que exigen largos internamientos.

De este problema está consciente la Seguridad Social, pero la elevación de sus cuotas, ya de sí altas, encarecería los productos y ocasionaría, sin duda, brotes inflacionarios más o menos intensos.

Este problema de la inflación amenaza constantemente a las economías en desarrollo, origina que las percepciones fijas de los pensionistas de los Seguros Sociales vayan quedando cada vez más disminuidas y es una de las razones fundamentales que ha llevado a la Seguridad Social española a cambiar su sistema ya casi clásico de capitalización por el reparto.

2. La situación hospitalaria española

2.1 EL CENSO DE HOSPITALES EN ESPAÑA

En el cuadro 1 se resumen los datos obtenidos en el censo recientemente efectuado (año 1964):

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA

(Censo 1964, datos noviembre 1963)

Población de España calculada al 1 de julio de 1964 = 31.339.000 habitantes

ESPECIALIDADES	Número de hospitales	Número de camas	Tasa por mil habitantes
Medicina general	222	36.254	1,15
Cirugía	769	34.112	1,08
Maternidad	194	4.190	0,13
Pediatría	23	1.432	0,04
Psiquiatría	124	39.329	1,24
Tuberculosis	58	15.057	0,48
Hospitales-Asilos	112	4.226	0,13
Otros	37	4.793	0,15
TOTALES	1.539	139.393	4,44

ORGANISMOS	Número de hospitales	Número de camas	Porcentajes del total
Estado-civiles	160	27.271	19,6
Provincia	121	40.456	29,0
Municipio	155	6.967	4,9
Seguridad Social	56	11.939	8,5
Movimiento	44	2.134	1,5
Cruz Roja	38	1.822	1,3
Iglesia	93	17.006	12,2
Particulares	868	31.668	22,7
Extranjeros	4	130	0,4
TOTALES	1.539	139.393	99,8

No se han incluido las provincias africanas (con Ceuta y Melilla), que totalizan 22 hospitales con 1.866 camas, ni los establecimientos militares, que suman en conjunto 43 centros y 13.780 camas.

Así, pues, el número de centros es de 1.539, sin incluir los establecimientos militares de hospitalización, que suman 43 instituciones y 13.780 camas. Incluyendo estos últimos, así como las plazas y provincias africanas que tienen en conjunto 22 hospitales con 1.866 camas, España posee un total de 1.604 centros de hospitalización con 155.039 camas. lo que hace una tasa de 4,80 camas por 1.000 habitantes.

2.2 EL NÚMERO DE CENTROS Y EL DE CAMAS

Una de las diferencias más sensibles entre el censo que se efectuó en 1949 y el de 1964 es que el número de centros ha disminuido, pasando desde 1.622 a 1.604, a pesar del indudable progreso experimentado por el país en los últimos quince años en su armamento hospitalario, y que el número de camas ha pasado de 127.343 a 155.039, es decir, 27.696 camas, de las que más de 10.000 corresponden a nuevas residencias del Seguro Social de Enfermedad.

La tasa de camas por 1.000 habitantes ha pasado, en consecuencia, de 4,43 a 4,80, incremento más bien moderado, ya que el aumento de la población ha compensado en gran parte el de las camas.

Una de las razones fundamentales de que la tasa no haya subido más es que en el actual censo se ha seguido un criterio más riguroso de acuerdo con la actual orientación de la vigente Ley de Hospitales y han sido eliminados de la calificación de hospitales-asilos algunos establecimientos que en realidad eran asilos con instalaciones médi-

co-quirúrgicas mínimas. De este modo el número de hospitales-asilos ha pasado desde 193 en 1949 con 8.118 camas a 111 en 1963 con un total de 4.226 camas.

Así, pues, el aumento real de camas desde 1949 a 1964 puede suponerse que debe oscilar alrededor de 31.588, es decir, un promedio anual de unas 2.100 camas, de las cuales aproximadamente la tercera parte corresponde a las residencias del INP, cuya construcción se aceleró, sin embargo, a partir de 1953.

2.3 DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS SEGÚN LA CLASE DE HOSPITALES

Aunque esta distribución es muy variable, una característica muy marcada en la técnica hospitalaria moderna es la disminución de los hospitales especiales, incluyendo muchos de sus servicios en los hospitales generales.

En el cuadro 2 se distribuyen las camas hospitalarias de la nación siguiendo la clasificación de la OMS (Annual Epidemiological and vital Statistics, año 1960, Geneve, 1963) en la que se incluyen los hospitales generales.

CUADRO 2

EXCEPTUADOS ESTABLECIMIENTOS MILITARES Y PLAZAS Y PROVINCIAS AFRICANAS

CLASE DE HOSPITAL	Número de centros	Número de camas	Promedio de camas/ centros	Porcentaje	Tasa por mil habitantes
1. Generales (incluso quirúrgicos) ...	991	70.366	71	50,5	2,24
2. Maternidades ...	193	4.190	22	3,0	0,13
3. Pediatría	23	1.432	62	1,0	0,04
4. Psiquiatría	124	39.329	317	28,2	1,24
5. Tuberculosis	58	15.057	260	10,8	0,48
6. Otros	35	4.793	137	3,4	0,15
7. Hospitales-asilos..	111	4.226	38	3,1	0,14
TOTALES	1.539	139.393	91	100,0	4,44

2.4 ESTUDIO COMPARATIVO CON OTROS PAÍSES

Comparando las cifras de camas hospitalarias españolas con las de otros países (por ejemplo, tomando como punto de referencia el Anuario Estadístico de la OMS) se podrá en seguida comprobar que sus cifras corresponden a una nación en tránsito, desde una situación de subdesarrollo a otra de desarrollo, en todo de acuerdo con su posición socio-económica.

En este campo de la actividad médica se debe ser muy prudente, ya que las necesidades de camas de un país no evolucionan paralelamente a su situación sanitaria sino con otra serie de factores más influidos por otras razones de tipo cultural, social, psicológico y económico, que tienen poco que ver con el nivel de salud de las gentes.

En realidad la demanda de camas es muy variable y depende mucho de la estructura demográfica y socio-económica de la población, así como de sus actividades en relación con el uso del hospital. Por otra parte, el problema no es de sólo el número de camas, sino de su distribución según su dedicación (tratamientos agudos, mentales, tuberculosis, etc.) y por regiones (áreas urbanas o rurales).

2.5 LA DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS POR PROVINCIAS

Exactamente el número de camas por 1.000 habitantes en España guarda relación con la evolución socio-económica de las provincias en concordancia con lo indicado al hablar de la estructura económica del país, de modo que las áreas muy industrializadas tienen un mayor número de camas por 1.000 habitantes.

En efecto, se ve en seguida que la zona norte de la península, desde Asturias a Cataluña y Madrid, que son áreas con un nivel elevado de vida en general, tiene también una tasa de camas por 1.000 habitantes mayor que el resto del país.

En conjunto, se puede esquemáticamente considerar tres zonas con un número relativamente alto de camas por 1.000 habitantes: Madrid y Guadalajara, por una parte; Cataluña y Baleares, por otra, y finalmente las provincias Vascongadas y Navarra.

3. El coste de la asistencia hospitalaria en España

Basados en los datos del reciente censo de hospitales, hemos calculado el gasto que supone para el país la asistencia hospitalaria.

Sólo se han podido conseguir datos de 1.394 centros con 132.226 camas, y con todas las inexactitudes que suponen este tipo de en-

cuestas referidas a los datos económicos el resultado ha sido de 3.983.810.000 pesetas anuales.

Por una simple proporción hemos obtenido el coste del sostenimiento del total de las camas de la nación, que se calcula pasa de los 4.200 millones de pesetas, probablemente con un error en menos que creemos oscilará entre el 10 y el 15 por 100.

Suponiendo que la renta nacional española es de unos 600.000 millones de pesetas, el sostenimiento de los hospitales en España es aproximadamente del 0,7 por 100 de dicha renta nacional.

4. Modernización de los hospitales españoles

Como hemos visto, las entidades gestoras de los hospitales son muy variadas: diversos ministerios, Seguridad Social, autoridades locales (provincias y municipios), entes privados, etc. En los últimos años muchos de estos organismos han iniciado un programa parcial de construcciones y modernización de sus centros que, aunque limitado y no relacionado con un plan general de necesidades referido a todo el país, ha sido importante.

Fruto de ello ha surgido la magnífica Red de Residencias de la Seguridad Social con casi 14.000 camas en el año 1965; la construcción de tres importantes Hospitales Clínicos Universitarios en Madrid, Valencia y Granada; la inauguración y modernización de varios hospitales destinados a la beneficencia, tales como el de Valencia, Oviedo, el Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, de Madrid, etc.; varios hospitales psiquiátricos, tales como los de Huesca, León, Murcia, etc., todo lo cual indica la intensa preocupación de las autoridades del país sobre la política hospitalaria en general a seguir.

5. Problemas de la asistencia hospitalaria española

Sin embargo, la asistencia hospitalaria española, a causa de su estructuración multigerencial y a la evolución socio-económica general del país, se desarrollaba con grandes dificultades debidas a:

A) La gran cantidad de entidades gestoras existentes.

B) La compartimentación de la población española en esos tres grandes grupos estancos: beneficencia, seguro de enfermedad y enfermos privados, que llevaba a utilizar sólo por cada grupo de la población los hospitales afectos a la Beneficencia local o general, Seguridad Social o sector privado.

C) La necesidad de conseguir una catalogación de todos los hospitales de la nación, con expresión del nombre del centro, localización, número de camas, clasificación por sus funciones, ámbito de atracción hospitalaria (nacional, regional, provincial o local), nivel asistencial y dependencia patrimonial.

D) Basados en ese catálogo, confeccionar un Plan General de Necesidades de la Nación y una racional regionalización hospitalaria.

E) Confeccionar un reglamento de servicios mínimos con que debe contar cada hospital en los aspectos fundamentales de organización, funcionamiento y personal.

F) Llevar el concepto gerencial al organismo tan especial que es el hospital, promoviendo cursos de capacitación en Dirección administrativa y hospitalaria.

Con este fin se aprobó en 1962 una ley de Coordinación Hospitalaria que creaba una Comisión central y una serie de Comisiones provinciales, junto con un órgano técnico de trabajo constituido por la Secretaría de la Comisión dependiente de la Dirección General de Sanidad.

Los fines fundamentales de dicha ley son:

1. Respetar la organización multigerencial de los hospitales españoles.

2. Crear una red hospitalaria coordinada en sus tres vertientes: asistencial, de enseñanza y de investigación, por medio de una regionalización hospitalaria adecuada, cuya base fuera el catálogo de hospitales.

3. Abrir todos los hospitales a todos los ciudadanos de la nación.

4. Planificar el estado general de necesidades, eliminando las construcciones anárquicas de centros sin tener en cuenta los establecimientos ya existentes, y conseguir una ayuda suficiente del Estado a través de sus presupuestos generales.

5. Promulgar un Reglamento General de Hospitales.

6. Promover el sentido gerencial de la gestión hospitalaria y la mayor dedicación del personal médico a través de cursos de formación y perfeccionamiento de personal.

BIBLIOGRAFIA

1. ABEL SMITH, BRIAN: «El precio de los servicios sanitarios». *Cuadernos de Salud Pública*, núm. 97, OMS. Ginebra, 1964.
2. «Comisión de estudios de los hospitales de Madrid. Informe general sobre hospitales.» *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Madrid, julio-agosto-septiembre 1961.

3. GARDIE, ALPHONSE: «Les Hopitaux des Grandes agglomérations Urbaines.» *Revue de l'assistance publique a Paris*. Paris, 1959.
4. HARRIS E., SEYMOURT: *The Economics of American Medicine*. The Mac-Millan Company, New York, 1964.
5. *Health Economics (Office of): The Cost of Medical Care*. London, 1964.
6. O. M. S.: *Les Statistiques hospitalières et leurs applications dans l'administration sanitaire*. Copenhague, 1959.
7. SERIGÓ SEGARRA, ADOLFO, y PORRAS ORÚE, PEDRO: *La planificación de la asistencia hospitalaria en España*. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Madrid, 1966.