



ESTUDIOS

LA LEY DE HOSPITALES COMO LEY DE COORDINACION

Por P. SANZ BOIXAREU

351.77:362.11(46)

Con la ley de 21 de julio de 1962 se aborda por primera vez, con el mayor rango normativo ordinario, el tema de los hospitales, hasta entonces olvidado. Si se repasan las colecciones de legislación se puede en seguida constatar que el tema de los hospitales había sido tratado hasta entonces desde disposiciones de rango inferior y siempre de forma particular para un hospital, para un grupo de hospitales. Así podría encontrarse releando un poco en los diccionarios de legislación reglamentos de diversos hospitales: del Hospital del Rey, del Hospital del Niño Jesús, del Hospital Clínico de Barcelona, etc.

También podrían encontrarse algunas disposiciones reglamentando en forma breve y esquemática la policía sanitaria en los establecimientos privados hospitalarios. Un decreto del año 1952 (17 de mayo) atribuía a la Dirección General de Sanidad, mejor dicho, recordaba

la potestad de la Dirección General de Sanidad en esta materia. Se trataba de la inspección tradicional, de la actividad puramente de policía sanitaria sobre los establecimientos hospitalarios privados, sujetando a los mismos a una autorización para su apertura; estableciendo ciertas condiciones mínimas que era necesario observar; someténdolos a un régimen de inspección e incluso abriendo la posibilidad a un régimen de tarificación. Este decreto del año 1952 había sido desarrollado muy parcialmente por una orden de 17 de septiembre de aquel mismo año.

Por otra parte, en otras disposiciones lejanas a la materia sanitaria, y que tienen un objeto que desborda por completo el ámbito sanitario y, naturalmente, el ámbito hospitalario, también se hacía mención a los hospitales. Así, en la propia ley de Régimen Local, en la que se habla de la competencia de las Diputaciones provinciales sobre los hospitales y se especifica alguno de los tipos de hospitales.

En la ley de Sanidad, de 25 de noviembre de 1944, el tema de los hospitales está muy escasamente abordado. Solamente se alude, y siempre de pasada, siempre incidentalmente, cuando se habla de los hospitales de enfermedades infecciosas, al hablar de la lucha de las campañas contra estas enfermedades o de los servicios hospitalarios cuando se habla de los hospitales psiquiátricos, pero siempre una ligera alusión, o quizá sea esto menos importante.

En la base 23, una base que se dirige a los servicios sanitarios de las Diputaciones provinciales, es donde quizá la ley alude con más frecuencia al problema de los hospitales, pero no para regularlos, sino para reconocer la competencia de las Diputaciones provinciales sobre esta materia de asistencia hospitalaria.

Parece, pues, que la tradición legislativa en esta materia era la de un cierto desentendimiento del Estado en este problema de los hospitales y una delegación del servicio a las Diputaciones provinciales.

Después, una legislación que surge fuera del ámbito sanitario regulará ya de una manera más directa las prestaciones hospitalarias: me refiero, naturalmente, a la legislación del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Por tanto, en el año 1962 podía esperarse con cierto interés esta ley de Hospitales. Unos años antes, en el año 1957, se habían creado unas comisiones provinciales de coordinación sanitaria, y un año después, en 1958, una comisión central de coordinación sanitaria y hospitalaria. Pero el problema de los hospitales, considerados directamente en cuanto tales, no había sido abordado. El legislador tenía entonces a la vista estas posibles alternativas; una primera hubie-

ra podido ser la integración de todos los hospitales en una sola organización, bien fuera directamente dependiente del Estado, bien fuera una organización institucional autónoma. A su vez, tanto en un caso como en otro, podría adoptarse una de estas alternativas: incluir a todos los hospitales de la nación o integrar tan sólo a los hospitales del sector público.

Esta solución fué desechada. Ni el ordenamiento jurídico general ni el ordenamiento administrativo parecen estar preparados para una solución de este género.

Una segunda posible actitud del legislador podría haber podido consistir en promulgar una ley que convencionalmente vamos a llamarla estatutaria, o lo que es igual, una ley en que se fijara el estatuto de los hospitales.

Todavía podrían haber aquí dos posibles alternativas:

- Una ley estatutaria de carácter radical, de carácter igualitario, en el sentido de someter a todos los hospitales a un mismo régimen.
- Una ley no radical, sino tipificadora, clasificando los diversos tipos, especies de los hospitales, atribuyendo a cada uno un mismo *status* jurídico e incluso económico.

Pero como toda ley estatutaria, y quizá el origen del término sea el mismo, sería una ley estática: una ley que contemplaría cada uno de los hospitales aisladamente de los demás. Podría traerse de ejemplo la ley de Régimen local, en el que se establece estatutariamente el régimen jurídico de todos y cada uno de los Ayuntamientos, pero sin preocuparle las conexiones funcionales entre estas corporaciones locales.

La ley de Régimen local somete a un mismo estatuto —con una excepción, el régimen municipal de carta con Madrid y Barcelona— a todos los Ayuntamientos, a todas las Diputaciones.

La ley de 21 de julio de 1962 no siguió tampoco este camino. No puede decirse en verdad que sea una ley estatutaria. Su finalidad es otra, su intención es contemplar a los hospitales no en su individualidad, no aisladamente, con intención de someterlos, bien con carácter igualitario o bien tipificando cada uno de los hospitales a un régimen jurídico. La intención fundamental que persiguió la ley del año 1962 fué la de coordinar la situación hospitalaria del país. En este sentido la ley de 1962 no era una ley estática, no era una ley estatutaria, sino una ley dinámica, a la que interesaba sobre todo las conexiones funcionales de los distintos hospitales, la coordinación de la asistencia hospitalaria del país, y esto como carácter principal,

sin prejuicio de otras finalidades, quizá no pueda graduarse un sentido cuantitativo, pero sí aparece regulado secundariamente por la ley.

La ley del 62 es una ley también conservadora, y llamo una ley conservadora en cuanto que respeta la situación anterior existente. Respeta el régimen de gestión y titularidad de cada uno y de todos los hospitales. No trata de someterlos a un mismo estatuto, no pretende integrarlos en una sola organización, sino que intenta coordinar su funcionamiento. Veamos cómo se realizó esta coordinación.

* * *

En primer lugar, cabe preguntarse: ¿Qué intenta coordinar la ley de 1962? O en otras palabras: ¿Qué hospitales son los que quiere someter a coordinación? ¿Sólo los hospitales del sector público o también los hospitales del sector privado?

En este sentido podrían haberse adoptado dos actitudes por el legislador: una primera hubiera sido incluir a todos los hospitales públicos y privados dentro de la ley coordinadora, y esto hubiera querido decir tanto como someter a los hospitales del sector privado a un régimen en cierto modo de derecho público. Frente a esta posición podría haber otra actitud radicalmente opuesta, cual fuera la de excluir definitivamente a los hospitales del sector privado del ámbito de la ley. En este caso, ¿qué misión tendría el Estado frente a este grupo de hospitales? Hubiera tenido una misión puramente de policía, de policía sanitaria, considerando por razón de la importancia, por razón de las necesidades que satisfacen todos los hospitales, como una actividad privada sujeta a una determinada reglamentación. Así, como tal actividad reglamentada, el legislador se hubiera podido limitar a exigirles una autorización de apertura, a exigir una dirección médica en cada uno de estos establecimientos, a aprobarles unas tarifas máximas, etc. Dentro de este sistema de exclusión de los hospitales del sector privado siempre podría haberse admitido la vía de su inclusión voluntaria al sector público mediante la voluntaria solicitud de los interesados y la sumisión a las condiciones propias de los hospitales del sector público.

La ley sigue una postura intermedia. En principio excluye a los hospitales del sector privado del ámbito de su regulación. Se dice concretamente en el artículo 3.º que los hospitales pertenecientes a organismos e instituciones de carácter privado se registrarán por esta ley en cuanto a catalogación, condiciones mínimas de régimen de inspección y de régimen sanitario. Fuera de estos aspectos, los hospitales del sector privado quedan fuera del ámbito de la ley.

Sin embargo, en determinados preceptos del texto legal hay alguna vacilación; no se sabe en qué medida los hospitales privados están excluidos de la ley.

Por ejemplo, en el artículo 2.º se dice, sin distinción entre los hospitales privados y públicos, que los hospitales serán abiertos en relación con todos los enfermos. Esto pudiera plantear la duda de si no sólo los hospitales del sector público, sino también los hospitales del sector privado, quedan sometidos a este principio de puerta abierta o de régimen abierto en cuanto a los enfermos. Una duda que históricamente está explicada, por cuanto que en el proyecto de ley que el Gobierno remitió a las Cortes los hospitales del sector privado estaban incluidos en el ámbito de la misma y fué precisamente con motivo de algunas de las enmiendas presentadas en el seno de la Comisión de Gobernación la razón por la que los hospitales del sector privado fueron excluidos concretamente de este artículo 2.º

Sin embargo, en el discurso del director general de Sanidad que presentó y defendió ante las Cortes el proyecto de ley se dice literalmente: «El principio de que los hospitales públicos españoles abrirán sus puertas a todo enfermo, etc...», con lo cual limita este principio a los hospitales públicos, y después, en otro pasaje, se insiste: «Sentado el principio de que los hospitales públicos abren sus puertas a toda clase de enfermos, sea cual fuere su condición social y económica, etc.», con lo cual se puede llegar a la conclusión de que en este punto del régimen de apertura para los enfermos la ley solamente afecta a los hospitales del sector público.

En otros artículos se transparenta también esta misma vacilación por parte del legislador. Así, en el artículo 4.º se dice literalmente que «por consecuencia de lo determinado en los artículos precedentes, todos los hospitales, independientemente del organismo a quien corresponde su titularidad, constituirán la red hospitalaria nacional». Con esto se llegaría a la conclusión de que si la red hospitalaria nacional es el reflejo de esta coordinación que persigue el legislador, y en la red hospitalaria nacional se incluyen todos los hospitales, independientemente de quién sea el titular de los mismos, una entidad pública o privada, llegamos a la conclusión de que los hospitales del sector privado estarán afectados, casi en su totalidad, a lo establecido en la ley de 1962.

Sin embargo, toda la actividad coordinadora que persigue la ley está supeditada a los conciertos o convenios. Implica los conciertos o convenios, el que sean elaborados libre y voluntariamente por cada uno de los entes que van a sujetarse a lo expuesto en tales convenios. Por consecuencia, si la red hospitalaria nacional no es sólo la rela-

ción numérica o nominal de todos los hospitales del país, sino esa misma relación con las conexiones funcionales que significan los convenios, los conciertos o fórmulas de cooperación, y estos convenios o conciertos se acuerdan libre y voluntariamente, ocurre, en último término, que los hospitales del sector privado entrarán en esta conexión funcional sólo a través de una vía voluntaria, como es la de concierto, y en este sentido, el ámbito de aplicación de la ley es más atenuado de lo que pudiera parecer en una primera lectura.

En otros aspectos, la ley afecta a los hospitales del sector privado de modo importante. Se trata de su catalogación.

La catalogación de todos los hospitales, incluidos los privados, implica la inclusión en el documento llamado catálogo o registro de hospitales. Actividad que tiene un alcance jurídico de una importancia excepcional, porque si la ley define lo que son hospitales, y si es necesario para la consideración como tales hospitales en inclusión en el catálogo, quiere decirse que la Administración, manejando el catálogo, estableciendo las condiciones para ser catalogado un régimen de hospital, puede o no excluir, puede o no atribuir el carácter de hospital y, por consiguiente, la posibilidad de que funcione como tal.

Por otra parte, en el catálogo también, como se deduce en el artículo 4.º, en el que se clasifican los hospitales, es necesario clasificar a los hospitales por razón de sus funciones, de su ámbito, de su nivel asistencial, y esta clasificación tiene una gran importancia para después desarrollar la política hospitalaria.

* * *

Los instrumentos de los que se vale la ley para realizar su idea coordinadora son, unos, de naturaleza orgánica, y otros, de naturaleza funcional.

El instrumento orgánico que crea la ley, mejor dicho, que recrea la ley, que vuelve a crear, es la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria. Fué en el año 1958 cuando se creó la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria y Sanitaria. La ley de 1962 modela nuevamente esta Comisión, porque, aparte de modificar su estructura—ahora ya no lo preside el director general de Sanidad como en la Comisión del año 1958, sino el propio ministro de la Gobernación—, modifica también sus funciones, ya que no se trata de hacer una labor total de coordinación sanitaria, sino que la limita al sector hospitalario. En su propio nombre, Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, no Comisión Central Hospitalaria y Sanitaria, queda reflejada esta importante diferencia de atribuciones.

Quizá sea interesante examinar la naturaleza jurídica de esta Comisión.

En primer lugar, es una comisión de coordinación, en la que hay representaciones de los ministerios más interesados en la política hospitalaria: el de Gobernación, Educación y Ciencia, de Trabajo y la Secretaría General del Movimiento. Se podría llegar a la conclusión de que se trata de una comisión interministerial. Sin embargo, como verdaderas comisiones interministeriales sólo pueden señalarse las Comisiones Delegadas del Consejo de Ministros, institucionalizadas por la ley de Régimen jurídico del año 1957. En realidad, las comisiones en las cuales hay participación de otros ministerios, más que órganos interministeriales son órganos de un ministerio en el cual hay representación de otro. Entonces cabría preguntarse si se trata de una comisión interministerial o si se trata de una comisión en el seno de uno de los ministerios. ¿En qué ministerio? No hay más remedio que acudir a dos datos: al dato de la Presidencia, el ministro de la Gobernación, y al dato de la Secretaría de la Comisión y del órgano o unidad administrativa que realiza las funciones de preparación, también radicada en el Ministerio de la Gobernación, concretamente en la Dirección General de Sanidad.

En segundo lugar, la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria es un órgano; no es un órgano individual, sino un órgano plural, es decir, que está compuesto de diversos miembros. Ahora bien, es un órgano colegiado, en el sentido de que adopta acuerdos, y como todo órgano colegiado es necesario establecer algún procedimiento para integrar la voluntad de ese órgano colegiado; cuando se trata de una persona física, su voluntad no tiene más que declararla, manifestarla, emanarla directamente por sí misma; pero cuando se trata de una pluralidad de personas es necesario establecer un procedimiento formal, una tramitación para que pueda esa persona, ese órgano colegiado, manifestar su propia voluntad. ¿Qué procedimiento es al que debe estar sometido para la adopción de sus acuerdos? La ley de Hospitales no aborda este problema. Se considera que el procedimiento al que debe someterse la Comisión es al procedimiento general establecido en la ley de Procedimiento administrativo para el funcionamiento de los órganos colegiados.

Sin embargo, esto que podía ser tan claro se ve en cierto modo perturbado por algún precepto de la ley de Hospitales. En el artículo 7.º, apartado c), se dice, hablando de la autorización de los proyectos de construcción de hospitales, que en caso de discrepancia en el seno de la Comisión se elevará el problema a la Comisión Delegada de Sanidad del Consejo de Ministros. Si se interpreta en sentido es-

tricto este precepto legal se llegaría a la imposibilidad de funcionamiento de la Comisión. Bastaría con la discrepancia de uno solo de sus miembros para que la Comisión no pudiera adoptar ningún acuerdo. Esto es lo más opuesto para el funcionamiento de todo órgano colegiado y lo más contrario a una política de coordinación hospitalaria. Es necesario, pues, interpretar este precepto en un sentido más ajustado a los fines que intenta perseguir la ley, verbigracia, exigiendo para que se produzcan los efectos jurídicos que la ley asigna a la discrepancia una cierta cualificación, una cierta entidad numérica de votos discrepantes.

Otro problema plantea también la naturaleza de esta Comisión de Coordinación Hospitalaria: si se trata de un órgano ejecutivo, es decir, que resuelve; si se trata de un órgano puramente deliberante, es decir, que estudia un problema y prepara la resolución a otro órgano, o si se trata de un mero órgano consultivo. En el primero de los casos, la forma jurídica a manifestarse sería el acuerdo. En el segundo de los casos sería la propuesta. Y en el tercero de los casos, el informe.

Pues bien: en una primera investigación de las potestades o atribuciones de la Comisión de Coordinación Hospitalaria se sigue la conclusión de que dicho organismo participa de los tres caracteres, pues en ciertas materias actúa como órgano activo; en otros, como órgano deliberante; en otros, como órgano consultivo.

Cabe señalar que para la autorización de los proyectos de construcción o transformación de hospitales es la propia Comisión de Coordinación Hospitalaria la que autoriza los mismos; por consiguiente, en este sentido tiene carácter de órgano activo; en cambio, en otras materias la Comisión no es un órgano activo, es un órgano simplemente deliberante; por ejemplo, la Comisión es la que propone al Gobierno las bases a que deben atemperarse las condiciones mínimas de los servicios y plantilla; es ella la que propone, no la que acuerda. Finalmente, en otros, se limita a una labor puramente consultiva, por ejemplo, cuando informa los planes de construcción hospitalaria que presentan, que elaboran las entidades u organismos a los que afecta el plan en cuestión.

En todo caso, cabe señalar que esta Comisión, como órgano coordinador, es en cierta medida un órgano pasivo, en el sentido de que no impulsa la actividad de los demás, no planea la actividad, sino que se limita a recoger la actividad de otros órganos, tratando de coordinarla.

Esto, en principio, se puede aplicar a todo órgano coordinador. En concreto, su verdadera naturaleza habrá que buscarla en las po-

testades que le atribuye la ley. Y en este sentido, nada mejor que entrar en el estudio de los instrumentos, no ya orgánicos, sino funcionales, que la ley presenta como instrumentos coordinadores.

* * *

En primer lugar, el concierto, el convenio y la fórmula de cooperación. Como antes decía al hablar de la red hospitalaria, toda la política coordinadora descansa en los convenios o conciertos. Ahora bien: pudiera llegarse entonces a la conclusión de que la ley hace una regulación detenida de los conciertos y convenios, estableciendo, por ejemplo, las bases a que deben atemperarse o el procedimiento de elaboración, o al menos las potestades de la Comisión para promover estos conciertos. Nada de esto ocurre. Ni el concierto, ni el convenio, ni la fórmula de cooperación se definen.

Cabría preguntarnos si la ley utiliza estos términos en un sentido jurídico o en un sentido puramente material. Nada mejor entonces para los que tengan que aplicar la ley que acudir a aquellos textos legales en que se define lo que es un concierto y lo que es un convenio. En este sentido, el reglamento de los Servicios de las Corporaciones locales, aprobado por decreto de 17 de julio de 1955, y un texto de reciente publicación, me refiero a la ley articulada de Contratos del Estado, define lo que son los conciertos, y en este sentido puede encontrarse la nota diferenciadora con relación a los convenios.

Para que estemos en presencia de un concierto es preciso que el sujeto jurídico con quien se concierte venga ya realizando prestaciones análogas a las que constituye el objeto del concierto. En este sentido podría pensarse, por ejemplo, dentro de la materia hospitalaria, en los conciertos entre el Seguro Obligatorio de Enfermedad con las Diputaciones provinciales para la prestación de la asistencia psiquiátrica, en el supuesto de que la Seguridad Social llegase hasta este tipo de prestación. Las Diputaciones provinciales, por la propia ley de Régimen local, tienen atribuida esa competencia y de hecho tienen montados estos servicios de asistencia psiquiátrica.

Por tanto, es una persona jurídica quien viene desarrollando prestaciones, quien está dentro del ámbito de sus propias atribuciones. Estas prestaciones que son análogas justamente a las que van a constituir el objeto del concierto.

El concierto, en términos jurídicos, es, pues, un contrato calificado, porque una de las partes contratantes viene desarrollando, por razón de su propia competencia, prestaciones análogas a las que

constituyen el objeto del contrato. Es un contrato, por otro lado, que no da lugar a la creación de una persona jurídica.

¿Y el convenio? El convenio queda reducido a una categoría genérica. Convenio será un contrato entre los entes públicos—o entre un ente público y un ente privado—que tenga por misión regular una prestación hospitalaria, pero siempre que no se trate de prestaciones que se vengán realizando como objeto propio de su actividad. El concierto sería una especie del «señero» convenio.

Tanto los conciertos como los convenios exigen un elemento formal: la aprobación por parte de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

Pero la intervención de la Comisión Central en esta materia no está consignada en la ley en la forma que hubiera sido deseable. Lo más conveniente hubiera sido atribuir a la Comisión facultades más activas en cuanto a la promoción y elaboración de los conciertos y convenios. Téngase en cuenta que en la medida que se utilicen y amplíen estas fórmulas de coordinación se alcanzarán fines perseguidos en la ley. Sin embargo, el precepto legal que se dedica a este punto se limita a indicar que la Comisión ejercerá—entre otras—la función de «velar por la necesaria coordinación, fomentando, aprobando...». Solamente si se considera que dentro de esa función de fomento va incluida la preparación de los convenios y conciertos por los órganos administrativos de la Comisión y que, por tanto, ésta no se limita a recibir y examinar los convenios que a ella se le presentan, podrá activarse y extenderse la aprobación de los instrumentos jurídicos de coordinación

* * *

Otro instrumento de carácter funcional en esta finalidad coordinadora es la planificación de las construcciones. En este sentido también vuelve a aparecer este carácter en cierto modo receptivo y pasivo que por su propia naturaleza coordinadora tiene la Comisión. Carece de facultades para planear por sí las construcciones hospitalarias; se limita a conocer y a informar, y, si procede, elevar al Gobierno los planes de construcciones hospitalarias elaborados por otros entes u organismos.

* * *

En cambio, hay algo en la ley que se dice muy de pasada en el artículo último, el cual parece de carácter ritual, como es el precepto en el que se ordena al Estado que consigne en sus presupuestos un

crédito anual para favorecer a las necesidades hospitalarias. A través de este crédito anual, la Comisión de Coordinación Hospitalaria puede manejar un importante instrumento de promoción hospitalaria y de coordinación hospitalaria a través de la técnica de la subvención. Conviene destacar las posibles finalidades de la subvención.

La subvención puede utilizarse con la única finalidad de cubrir insuficiencias económicas de los particulares; es ésta la función tradicional de fomento, una de cuyas manifestaciones típicas es la subvención.

La subvención puede también emplearse como instrumento para apoyar los precios políticos. Los precios políticos son aquellos que la Administración impone a una entidad privada o a un organismo público inferiores al coste y que, naturalmente, para compensar esta deficiencia financiera la Administración consigna una subvención a fin de mantener precios reducidos en un determinado sector de la economía.

La subvención se emplea modernamente también con una finalidad puramente financiera. Se utiliza para huir de la tipificación de gastos que impone el presupuesto, consignando gastos globales o títulos de subvención. Pero, y es lo que nos interesa, la subvención puede ser un motivo de intervención por parte del ente que subvenciona. A la Comisión le corresponde, por sus propias competencias inherentes, el proponer la distribución de estos créditos que tiene globalmente consignados, aunque su aprobación corresponda al Consejo de Ministros. En este sentido la Comisión Central puede tener unas importantes potestades coordinadoras, proporcionando ayuda económica en sectores mal atendidos o que en un momento dado sean considerados como necesarios de fomentar; otras veces se emplea para tener una cierta intervención directa en la actividad de otros entes.

* * *

Además de esta fundamental finalidad coordinadora, la ley persigue, en algún modo, una cierta finalidad estatutaria, en cuanto que trata no ya solamente de respetar y armonizar el orden actualmente existente, sino que pretende también establecer un estatuto de hospitales, un estatuto no igualitario, sino un estatuto tipificado, sometiendo a una clasificación e imponiéndoles unas condiciones mínimas, ya generales, ya particulares, para cada tipo de hospital. Se trata éste de un instrumento que puede significar mucho para la po-

lítica hospitalaria futura y que, indudablemente, mejorará los actuales niveles de asistencia al obligar a todos los establecimientos a tener un mínimo de condiciones, sin las cuales no podrán funcionar como hospitales. Con la clasificación del establecimiento por su ámbito y sus funciones se operará además un reparto o distribución objetiva de la asistencia, que hoy sigue basándose en calificaciones subjetivas, es decir, en el vínculo jurídico que une al establecimiento con el enfermo.

* * *

Otro aspecto que conviene destacar en materia financiera es el principio de que todos los servicios del hospital son sufragados por quien corresponda. Aquí se consigna el principio de que los servicios de los hospitales para toda clase de usuarios sean pagados, bien sea directamente por el usuario, bien por tercera persona: la entidad, pública o privada, a quien está acogido el beneficiario. Este principio es importante, porque en cierto modo sitúa a los hospitales en un régimen de empresa, y en cierto modo permite configurar desde el punto de vista de la organización, permite configurar la prestación hospitalaria con una prestación económica, mejor dicho, como una prestación que admite una contraprestación económica, lo cual tiene interés no sólo para la contabilidad interna del hospital, sino para la política general hospitalaria, que debe tenerlo en cuenta en el manejo de la subvención.

* * *

Quizá, como impresión final de la ley, puedan encontrarse algunas omisiones que, sin impedir el desarrollo de la misma, exigirán en su día nuevas energías legislativas. Se echa de menos en la ley la existencia de una institución, un organismo autónomo que viniera a cumplir de momento, sin perjuicio de ampliar en su día sus funciones, unas misiones subsidiarias importantes, por ejemplo, la de hacerse cargo de la gestión de hospitales que, por razón de la especialidad de la materia, no entren todavía en la competencia de las actuales entidades gestoras, o la de hacerse cargo de aquellos hospitales que puedan ser financiados con aportaciones múltiples no sólo de entes públicos, sino también del sector privado, incluso con aportaciones de entidades financieras; o la de hacerse cargo de aquellos hospitales que no puedan alcanzar el mínimo de condiciones exigibles al tipo al que pertenecen.

Este Servicio Nacional de Hospitales que se propugna, para cubrir una necesidad sentida en el país y que más pronto o más tarde habrá

de llegarse a su creación, serviría también para crear alrededor del mismo un cuerpo nacional de médicos de hospitales, con todas las ventajas que esto significa en orden a una selección objetiva y unificada del personal, en orden a unas posibilidades de promoción para el personal que, hoy, con la estructura atomizada de los hospitales, prácticamente no existen, etcétera.

