

PROBLEMAS ACTUALES DEL HOSPITAL *

EXPOSICION DOCTRINAL

Dr. IGNACIO M.^a ARAGÓ y C. SOLER DURALL

(Ponentes del tema)

Ocupa la presidencia el doctor A. Pedro Pons (Presidente), a quien acompañan en la Mesa el doctor A. de la Fuente Chaos (Presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España) y el doctor B. Rodríguez Arias (Secretario general).

Se había solicitado la importante disertación, a título de ponentes, de los doctores Ignacio M.^a Aragó y Carlos Soler Durall (éste, Académico Corresponsal Nacional) y para empezar una amplia discusión, de los doctores Ramón Sarró, S. De-xeus Font, Manuel Usandizaga y L. García-Tornel (Académicos Numerarios).

Y tras la discusión libre que pudiere llevarse a cabo, la formulación de unas Conclusiones, presentadas por el doctor A. de la Fuente Chaos (de Madrid).

Prof. Agustín Pedro Pons. La Real Academia de Medicina de Bar-

celona quiere plantear y glosar, en forma de coloquio, un tema del mayor valor, como es el llamado «problemas actuales de los hospitales», ya que nos importa de cada día más su solución óptima, al vivir un momento crucial de nuestra profesión.

El médico como ente privado va disminuyendo de importancia. Nuestra profesión se presta cada vez menos a ser practicada en la forma de coloquio tradicional, médico y enfermo encerrados como en un confesionario, oyendo y viendo, porque no es posible que ningún médico en un porcentaje elevado de casos, resuelva los problemas cotidianos que presentan los pacientes, ni siquiera los especialistas pueden vivir encerrados en su pequeña pantalla.

Una especialidad apoya la otra y esto es lo que de la unidad y el neopopocratismo que tiene hoy en día la medicina, que no es cuestión que

* Exposición y discusión, en forma de Coloquio, que tuvo lugar en la Sesión del día 4-III-66.

la ejercite un solo sujeto, sino que es conveniencia, coyuntura de diversos pareceres; por tanto esta colectividad y esta profesión que hasta ahora era individual, ahora es una profesión colectiva y por consiguiente, el tema del hospital, del hospital mismo, sea en el sentido oficial, estatal o privado, es de una importancia que veremos en los más inmediatos años, cómo va creciendo su interés y cómo los médicos cada vez menos, serán las personalidades de comienzo de siglo, un poco envueltos en la curva de este trabajo colectivo que representa el hacer, ya no de equipo, sino de institución de hospitales; éste es el punto de arranque de la reunión de esta tarde. En primer término van a tomar la palabra haciendo una exposición doctrinal dos personas tan idóneas como son el Dr. Ignacio M.^a Aragó y después el Dr. Carlos Soler Durall, cuya actuación en el Hospital Provincial de Oviedo que me fue mostrado hace poco más de una semana, le dan en verdad una autoridad y una categoría especiales para hablar del tema.

Tras de ellos habrá una discusión breve, en la que personas tan relevantes como son el Dr. Sarró y el Dr. Dexeus Font tomarán la palabra y al final unas conclusiones serán expuestas por el Presidente de los Colegios de toda España, profesor La Fuente Chaos.

Por tanto, vamos a comenzar cediendo la palabra al Dr. Ignacio M.^a Aragó.

Dr. Ignacio M.^a Aragó Mitjans.
Sr. Presidente, Sres. Académicos:

Vamos a resumir en un intento de diagnóstico de la problemática hospitalaria, y el tema lo hemos distribuido en dos campos, uno que podríamos llamar problemas del hospital a escala mundial, y el otro problemas peculiares de los hospitales de nuestro país.

En forma esquemática el primer problema que se registra en todo el mundo, viene condicionado por la rapidez de crecimiento, es decir todos los hospitales del mundo sufren de esta crisis de crecimiento, de este progresivo aumento de la dimensión social del hospital. Esto se debe a diversas razones, a la mayor preocupación por la salud y la enfermedad, al crecimiento demográfico, a la atracción de las ciudades, a las facilidades de transporte, al progreso de las técnicas y, por tanto, este crecimiento rapidísimo de la dimensión social del hospital, provoca inmediatamente insuficiencia de todo lo que existe. Los hospitales resultan pequeños, se necesitan más aparatos y más instalaciones, más espacio para diagnóstico, más espacio para todo.

En resumen, las necesidades existenciales en todo el mundo aumentan en forma geométrica, en estrecha relación con la elevación del nivel económico de los países, y esto provoca que lo existente sea escaso, y que los recursos sólo lentamente consigan resolver estas necesidades.

Segundo punto, crisis económica y financiera. La medicina actual es más eficaz y más cara, el coste de la asistencia aumenta todos los años, los antiguos hospitales benéficos, que eran sufragados por fundaciones, fueron los primeros en percibir el encarecimiento de la asistencia; luego en América surgieron los seguros voluntarios; más tarde en Alemania los seguros obligatorios, y después en casi todos los países el Estado se hizo cargo de una gran parte de la asistencia hospitalaria. Posteriormente, en el tiempo actual, estamos viendo cómo algunos Estados se vuelven atrás de sus compromisos, caso de Francia, cuya política hospitalaria era impresionante y cuyo último plan quinquenal era de 3.500.000 millones, pero a quienes la necesidad de tirar cohetes les ha obligado a reducir considerablemente el presupuesto sanitario.

Estas formas de financiación que coexisten en muchos países, no están en ninguno de ellos aislados, plantean siempre el problema de la capitalización; resumiendo, podemos decir que en todo el mundo, el coste de las organizaciones hospitalarias aumenta y crece a veces más deprisa que la misma curva, que la misma renta nacional.

Tercer punto de problemas a escala mundial. Crisis de la Legislación. Las leyes, claro está, van más despacio todavía que los edificios, que las instalaciones, esquemáticamente hay unos países del Norte de

Europa, Suecia, Dinamarca, Noruega, cuya organización sanitaria se apoya en un Ministerio de Sanidad, que es amo y señor de todos los recursos del país. En el centro de Europa, Alemania, Francia, Austria, Inglaterra, el Ministerio de Sanidad sigue gobernando la sanidad del país, pero no tiene que establecer convenios con Montepíos, con Mutualidades, con entidades con amplia tradición histórica; esto es un esquema, no lo olviden. En el Sur de Europa tenemos dos países, Portugal e Italia, que en el año 58 organizaron su Ministerio de Sanidad, pero todavía no han resuelto más que una parte de sus problemas; Italia tiene gravísimos problemas sanitarios, que siete años de ejercicio del Ministerio no han podido resolver.

La evolución del hospital actual envejece y transforma en anacrónicas las legislaciones sanitarias en muchos países; crisis de la enseñanza y la investigación; desproporción entre maestros y alumnos; escasez de material para enseñanza; antagonismo en el trabajo clínico y teórico; rendimiento limitado de los hospitales Universitarios. Esto lo conocen ustedes muy bien y no insistiré.

Crisis sociológica y moral. Estos espectaculares progresos del hospital de hoy, dan lugar a una desproporción de la asistencia sanitaria a nivel de zonas rurales, a nivel de zonas suburbanas; es la misma situación que plantea la ciudad res-

plandeciente de luz y de semáforos, de espectáculos y tiendas de lujo, al lado del tremendo cinturón suburbial en donde las personas viven apiñadas; esto es un problema grave a nivel mundial, y los expertos se preguntan cosas muy serias. Por ejemplo: ¿Debe el hospital fomentar su dotación, para alcanzar un máximo técnico docente y de investigación, o debe capacitarse para hacer llegar una medicina mejor a los países subdesarrollados, que representan las dos terceras partes de la Humanidad? ¿Debe el hospital limitarse a tratar los enfermos que en él ingresan, o debe ampliar su acción preventiva influyendo todo lo posible sobre las causas remotas o próximas de enfermedad? ¿Debe toda la organización hospitalaria concentrarse en aquellos enfermos gravísimos o desahuciados, o debe solamente cuidarse de los enfermos curables, que son la mayoría, dejando los demás por si es posible hacerlo?

Otros muchos más problemas hay, pero en forma esquemática, para dar tiempo luego a la discusión, pasaremos ahora a los problemas peculiares de nuestro país.

En nuestro país todos estos problemas existen, la crisis de crecimiento, la crisis de legislación, los problemas de enseñanza, los problemas de tipo deontológico y moral, ético; pero tenemos otros problemas especiales, que merecen comentario.

1.º Problema doctrinal. Existe

una doctrina hospitalaria fundamental, sancionada por la experiencia y proclamada por la OMS; sin embargo una gran parte de los hospitales del país desconocen de hecho la definición y las funciones del hospital de hoy, que especifica la OMS. Nada extraño, pues, que no exista una estadística hospitalaria. Una estadística hospitalaria no sólo no puede compararse entre un hospital u otro, sino que a veces dentro del mismo hospital cada departamento hace la estadística a su modo. Los índices funcionales de la actividad del hospital, los métodos y formas de control, los derechos de los médicos y en general todas aquellas fórmulas válidas y comunes a cualquier hospital, sea cual sea la entidad de quien dependan, no han sido formuladas en forma concreta. Existe, pues, un problema básico. Ponernos de acuerdo sobre lo que es un hospital y cuáles son sus funciones.

2.º Otro problema peculiar de nuestro país, es la integración de servicios de salud y de enfermedad. Los servicios sanitarios del país, ustedes lo saben perfectamente, se hallan profusamente dispersos, divididos entre sí y frecuentemente en lucha competitiva. La sanidad del país, podemos decir, tiene tres aspectos: la salud pública, los servicios médicos de asistencia social y la asistencia hospitalaria en todas sus variantes.

La salud pública comprende el saneamiento del medio, la lucha

contra las enfermedades transmisibles y la educación sanitaria.

Los servicios médicos de asistencia social comprenden, pues, higiene materna, infantil, escolar, la higiene en el trabajo, la higiene mental, la asistencia psiquiátrica, la higiene mental en los subnormales, la asistencia a los ancianos, urgencias, rehabilitación, enfermería de salud pública, etc.

3.º La asistencia hospitalaria comprende todas las distintas variaciones, o sea variantes del problema del hospital. Ahora bien, en nuestro país hemos llegado a la palabra coordinación sanitaria, aunque como decía Lucien Dinorel, la coordinación sanitaria no se consigue nunca, lo máximo que se consigue es una cierta cooperación, pero en estos momentos que nosotros en España hemos llegado a la coordinación sanitaria en el mundo ya están hablando de la integración sanitaria, y este concepto de integración es mucho más dinámico, sobre todo, mucho más imperativo, mucho más coercitivo.

Tercer problema. El financiero y económico. La salud de un país tiene un precio y la enfermedad un coste; lo malo es que no sabemos en España a cuánto asciende este precio, este coste. El presupuesto nacional debería poder expresar el tanto por ciento de la renta nacional bruta que se destina a atenciones sanitarias; debería reflejar lo que cubre la peseta sanitaria, tanto

por ciento para la salud pública; tanto por ciento para servicios médicos sociales; tanto por ciento para hospitales, pero no hemos llegado todavía a esta claridad. Por otra parte, no existe tampoco el plan contable hospitalario; no existen estas normas uniformes administrativas para valorar los actos médicos, y los recursos reales que el país gasta en sanidad; son probablemente mucho mayores de lo que se puede averiguar, pero como quiera que están distribuidos en docenas de instituciones, tampoco hay una base técnica sobre el concepto de amortización del material sanitario, los equipos, los edificios, cómo deben amortizarse, cuáles son las reglas económicas más adecuadas.

El presupuesto sanitario de las Diputaciones y los Municipios, no guarda relación alguna entre sí, ni obedece a un conocimiento de las reales necesidades de la población. Las poblaciones crecen y los presupuestos se quedan como papel dormido, y entonces se establece una constante desigualdad. No existen bases comunes para una cooperación económica, entre servicios dependientes de instituciones y corporaciones diferentes. Uno de los problemas más acuciantes del momento actual es la evidente necesidad de construir nuevos hospitales; esto lo sienten todos los médicos, pero como muestra he aquí un dato estadístico oficial. En Cataluña, el 52 por ciento de nuestros hospitales fueron construidos antes de 1900;

fijense ustedes qué ejército de hospitales viejos tenemos.

Hace un mes, en esta misma tribuna hablábamos ante ustedes de los problemas de una ciudad industrial catalana, cuyas necesidades en camas era de unas 1.500, lo que significaba un millón doscientas mil pesetas; sin embargo, nadie es capaz de enfrentarse con un problema de esta envergadura. El problema urgente es determinar una forma financiera, a semejanza de lo que ocurre en otros países, que permita sentar las bases para construir nuevos hospitales, que se pueda saber qué tanto por ciento garantiza el Estado, qué tanto por ciento corresponde al Ayuntamiento y qué tanto por ciento debe recaer sobre la Seguridad Social. Pretender que una Corporación pueda invertir 1.200.000 ó 2.000.000 de pesetas en una institución es completamente absurdo.

Un último problema de este concepto económico y financiero es lo que sucede con los emigrantes. La importancia de la emigración es numéricamente extraordinaria, y socialmente también, claro está, pero ¿cuánto cuesta?, ¿cuál es el precio de la salud?, ¿cuál el de la enfermedad? No se sabe.

4.º Problema peculiar de nuestro país. Hace un mes hablábamos ante ustedes usando aquella bella frase del Profesor Pedro Pons, de la insolidaridad de las corporaciones. En una sociedad en que los hospitales privados no colaboran

entre sí, ni existe colaboración sanitaria entre Ayuntamientos y Diputaciones; en una sociedad en que los Hospitales de la Cruz Roja, de la Iglesia, dependientes de sociedades, durante los últimos 50 años han seguido su política, la mejor, la más acertada, la que parecía mejor en aquellos momentos, no tiene nada de extraño que al surgir la Seguridad Social siguiese exactamente el mismo camino, y por tanto no fuese posible ni coordinación, ni cooperación, ni mucho menos integración. La sanidad oficial es pobre en esta ciudad, pues comentando el presupuesto para la misma a cargo de Sanidad Pública, es del 0'3 %, una cifra que no podemos decir fuera de España.

Mientras que la Seguridad Social es rica, el resultado es la aparición de zonas sanitarias cero, la existencia de lagunas asistenciales considerables, la ausencia de soluciones teóricas capaces de orientar a los dirigentes.

Y vamos a parar al último punto. Problemas jurídicos y de gobierno sanitario. Cuando se estudian los problemas sanitarios de una ciudad o de una región, un hecho fundamental salta a la vista; existen grandes lagunas en el campo de la salud y de la enfermedad, que no logran compensar ni la acción individual de las obras benéficas privadas, ni las entidades económicas, ni las corporaciones locales, ni regionales, ni la acción de las entidades sanitarias dependien-

tes de cerca de 12 ministerios distintos. No existe en la legislación actual la figura jurídica de la comisión o consejo sanitario local, capaz de asumir la responsabilidad del gobierno sanitario de una ciudad o de una región; sin embargo, esta posibilidad fue prevista en la V Reunión de Sanitarios Españoles, celebrada en Madrid en el año 1959. No existen las asociaciones hospitalarias regionales ni las federaciones de hospital, ni la Federación Nacional. En Francia, la Federación Nacional se empezó en 1925, en Alemania poco más o menos, y en España todavía no hemos podido llegar a una federación, a una asociación. La situación laboral del médico en el hospital, sus deberes y sus derechos, formas de trabajo, retribución, no han sido estudiadas todavía en forma satisfactoria, pero como en esto llegamos ya a las puertas del hospital, cedo la palabra al Dr. Soler Durall, quien va a empezar a hablar del hospital hacia dentro.

Dr. Carlos Soler Durall. — Señor Presidente; Sres. Académicos:

El Dr. Aragó ha procedido a hacer un diagnóstico, como él le ha llamado al principio de su oración, de los problemas hospitalarios o si se quiere, del Hospital. Quizás, dentro del orden de actuación médica, procedería ahora plantear una terapéutica de estos problemas. De todos modos, y antes de empezar con el tema específico de la terapéutica, profundizaremos un poco

más en lo que podríamos llamar raíces etiopatogénicas de esta enfermedad del Hospital español que nos conduce a diagnosticarla y tratarla. El problema genérico del hospital no es más que un traspunto del conjunto de problemas sociales que afectan, en general, a las comunidades. El hospital es un problema comunitario más, como lo es la educación, como lo son otras muchas facetas de la articulación y convivencia social organizada. En este sentido podríamos llegar a una definición sociológica del hospital, puesto que la médica y sanitaria pura ha sido aludida por el Dr. Aragó. Me refiero a la definición dada por la Organización mundial de la salud. Podríamos, pues, repito —y quizás esto pueda dar luz acerca del conjunto de misiones que vayamos señalando al hospital— llegar a una definición sociológica del mismo. El concepto de hospital y sus definiciones sociológicas son siempre un tanto abstractas e incomprensibles de entrada. El hospital puede definirse como una encrucijada de interacción social, pero como constituye al mismo tiempo un instrumento de la sanidad pública y no es desligable del resto de las actividades de la misma, también reza para el hospital la condición básica definida por Winslow para la Sanidad pública constituida por aquel tipo de acciones que deben de realizarse a través del esfuerzo organizado de la comunidad. Por consi-

guiente, los países tienen —cuando los tienen— mejores o peores hospitales según cual sea la actitud de la sociedad respecto a estos hospitales puesto que, en último término, los hospitales son instrumentos que cualquier ente social va a tener que utilizar en un determinado momento de la vida.

Si la sociedad tiene conciencia de los problemas que conciernen al hospital, es posible que responda de una manera espontánea con medios conducentes al correcto enfoque de los mismos; si la sociedad no tiene esta conciencia es mucho más difícil que esté dispuesta a crear una acción sanitaria a través, concretamente, del hospital.

Con esto planteamos, en líneas generales, la necesidad de conocer cual es la atmósfera que rodea al hospital y de la que depende su aparición y funcionamiento porque afirmamos ahora —y todas nuestras afirmaciones están sujetas a una interpretación o discusión que deseamos —afirmamos, pues ahora, que no es posible la existencia de hospitales que satisfagan a nadie, y menos al usuario, que en el fondo y en primer lugar, es lo más importante en relación con la acción hospitalaria, sin que la sociedad sienta la necesidad de su creación y provea de medios para ella, así como para su sostenimiento y perfeccionamiento. Estas tres palabras constituyen la problemática planteada a la sociedad responsable y consciente. Y en ellas

hallaríamos, también, solución para la lista de problemas que Aragón nos planteaba.

Veamos ahora como la sociedad hace o debe hacer esta integración conjunta de sus esfuerzos conducentes a esta creación, a este perfeccionamiento y a este sostenimiento del hospital.

De hecho, salvo los hospitales que tienen un propietario individual, todos los hospitales del mundo, incluidos los nuestros, dependen de un colegio de hombres que deben estar, en principio, preocupados por la acción hospitalaria. Este colegio existe en todos los hospitales, incluso en los que ustedes conocen, incluso en aquellos en los que ustedes viven. Algunas veces, la dimensión del colegio, la falta de definición de responsabilidad en los miembros de este colegio conduce a la dilución de aquella responsabilidad. En realidad, la dilución de la responsabilidad es otro de los problemas fundamentales en la etiología del mal. Pero esto no quiere decir que la responsabilidad no esté definida. Incluso, a veces, la misma ley la define y la misma ley —nuestra ley— impone la composición y la forma de funcionar estos colegios que, cuando no son muy específicos, se pueden llamar corporaciones provinciales o municipales o de cualquier otra naturaleza. Pero esta Corporación, incluso con centenares de miembros, sigue siendo el colegio responsable del funcionamiento de

las instituciones que le conciernen; y la ley define y determina con precisión que lo primero que concierne en el orden sanitario es la creación o fundación, el sostenimiento y el control del funcionamiento de los hospitales médico-quirúrgicos.

Puede ser que uno de los males de nuestros hospitales sea la falta de especificación en las funciones que corresponden a estos Colegios, la falta de precisión en la determinación de responsabilidades o una falta de conciencia colectiva cívica de responsabilidad. En todo caso, si esto es así, no será más que un reflejo de un problema más general común al conjunto de nuestra sociedad.

En tal caso, el primer camino a seguir es, indudablemente, avivar este sentimiento de responsabilidad. El mismo hecho de que estén ustedes hoy aquí, que todos nos tomemos un poco la molestia de hablar de estos temas y que esto haya ocurrido también en Madrid, promovido por el Colegio de Médicos hace unos días; el que cada unos cuantos meses haya reuniones de este tipo en la Nación, es una demostración de que algo fundamental está ocurriendo, de que se está centrando la atención de la sociedad sobre estos problemas. Esto ha de tener una traducción, más o menos inmediata. La tendrá seguro si se persiste en esta orientación informativa respecto a tales problemas con diálogo y conversación. De este modo, los organismos res-

ponsables que no habían adquirido conciencia de tal responsabilidad, o que hasta ahora no se habían sentido acuciados por la sociedad empezarán a pensar que esta sociedad les puede pedir si realmente han cumplido con su deber.

Ocurre que, para que una persona cumpla con su deber, siempre debe existir una actitud de demanda en relación con el mundo que rodea a este ente responsable. Por consiguiente podría ser ésta una de las soluciones a los problemas de responsabilización específica de los organismos colegiados, que deben velar por los hospitales, la integración en estos organismos de los representantes auténticos de los usuarios; puesto que, en último término, los hospitales son instrumentos al servicio de unos usuarios enfermos en potencia.

Planteado esto así, ocupémonos en seguida de la estructura de los hospitales. El hospital debe estar regido en su política general, que no es su detalle, por este cuerpo colegiado de hombres, que se llama Consejo de Administración, si es muy específico, o de muchas otras formas, pero siempre aludiendo al mismo concepto y a la misma idea. Estos son los hombres que, de cerca, deben vivir la vida del hospital, deben sentir sus necesidades y deben tener una capacidad para traducir a la sociedad estas necesidades y estas vicisitudes; cuando este organismo falla, todo lo demás falla y no se puede nunca

estructurar porque falta el enlace auténtico, verdadero, con la sociedad que es la dicha representación y la participación en el gobierno de las instituciones.

Puede que, a veces, nosotros, los médicos, hayamos actuado de forma tal que olvidemos este principio básico, este a b c de la política hospitalaria elemental y que conduce a que los médicos planteemos con viveza nuestro propio problema individual, de retribución, de salario, de ayudas, de medios para ejercer nuestra medicina, la medicina más o menos ideal que hemos soñado, que hemos aprendido en la Universidad y que no podemos plasmar en realidades. Este grito no conduce generalmente a la solución de los problemas, porque nos falta el mecanismo de concatenación social que ha de producir el milagro del hospital moderno.

Si descendemos en la escala organizada del hospital, a su nivel funcional veremos cómo surgen, a continuación los instrumentos de gobierno de la entidad, los hombres que estén específicamente y técnicamente capacitados para saber lo que significa ADMINISTRACION hospitalaria, refiriéndonos a la administración con mayúsculas y con un sentido noble.

Nos faltan especialistas. Nosotros confiamos nuestro corazón a un cardiólogo y no a un especialista de otra rama. Y muchas veces, por desgracia, confiamos nuestros hospitales a especialistas de otras

ramas distintas de la técnica hospitalaria, técnica que existe y muy desarrollada. Este puede que sea otro de los defectos de nuestras organizaciones hospitalarias. Porque el especialista en hospitales, en el gobierno de hospitales, tiene sobre sí un conjunto de responsabilidades y entre ellas no es la menos importante la de formar constantemente la conciencia del colegio que los dirige. Los instrumentos personales han de trabajar para el conjunto y son estos especialistas los únicos que pueden aunar los esfuerzos de la gran cantidad de destrezas que hay que reunir en un hospital para que la acción sea dinámica, conjunta y concentrada en el usuario.

Este puede ser otro de los problemas básicos y otro de los motivos de crisis de nuestros hospitales: la falta de especialización en los organismos directivos y la falta de medios en la Nación para formar estos órganos directivos hospitalarios, la falta de las subramas en las escuelas correspondientes que constituyen el sector llamado de administración hospitalaria.

Descendiendo más de nivel, tenemos todo el conjunto de instrumentos al servicio del usuario, estos instrumentos que deben funcionar coordinadamente, conjuntamente y concretamente para la consecución de un fin y este fin es el que la sociedad nos pide nuevamente y nos exige de una manera clara: el fin que con excesiva frecuencia

olvidamos incluir en nuestros reglamentos de hospitales, en los que olvidamos definir concretamente cuáles son los derechos del usuario, del enfermo. Es de aquí y de donde va a arrancar un conjunto de obligaciones dotadas de sentido, puesto que si pretendemos introducir en el hospital obligaciones sin sentido específico relacionado con el fin de servir unos derechos de los enfermos, las adiciones hechas a la función del hospital serían adiciones ficticias y carentes de sentido.

Si los reglamentos de los hospitales se diseñan de tal forma que conducen a servir estos derechos del enfermo, resulta que el primer derecho del enfermo es el dejar de serlo gracias a una acción concatenada nuestra, y dejar de serlo en el menor tiempo posible. Se llega con ello a un mecanismo lógico integrado en el funcionamiento del hospital y es entonces cuando éste puede empezar a pensar cómo cumplir sus tres actividades básicas: la función asistencial, la función de enseñanza y la función de investigación, y por este mismo orden. Y sin posibilidad de hacer investigación o enseñanza si no se asiste primero. Porque, en orden a la enseñanza centrada en los hospitales, creemos fundamental asistir bien para poder enseñar a asistir bien, porque si asistimos mal difícilmente podremos enseñar a asistir bien que es la función básica de la enseñanza al médico jo-

ven, a la enfermera joven y a los nuevos administrativos que se formen.

El problema de la investigación, de la enseñanza es, insisto, un problema solamente posible de resolver en aquellos hospitales que hayan logrado unos mínimos de asistencia, unos mínimos de niveles asistenciales en el conjunto de actos que se realizan en el hospital. Es lo que en los EE. UU. se llama «programas de acreditación hospitalaria».

Un hospital acreditado es aquel en que un conjunto de personas libremente organizadas, en el concepto americano, deciden inspeccionar una institución para decir si cumple unos niveles mínimos y observan cómo este hospital está organizado, como su consejo de administración gobierna el hospital, cómo se transmiten las órdenes en el interior; después se va descendiendo a un conjunto, del pequeño mundo, fundamental en el orden cuantitativo y todo ello sirve para acreditar al hospital. Me referiré, concretamente a si en este hospital se realizan autopsias y si se realizan en un mínimo, en un x por 100 (en un 25 %, por ejemplo) de todas las defunciones. Esto es algo cuantitativo y lógico, evidente, fácil de comprobar; se somete a juicio si en un hospital se realizan menos de un 25 % de autopsias, bien realizadas, bien descritas, macroscópicamente y microscópicamente analizadas y estudiadas específica-

mente después por una comisión de médicos que aprenden de estas autopsias, resultando, pues, la autopsia, no un instrumento muerto de archivo, sino algo vivo, eficaz, al servicio del conjunto. Si no se alcanza este determinado porcentaje no se puede enseñar; la información es deficiente para ello.

Por esto decíamos que la enseñanza está tan estrechamente vinculada a la consecución de niveles asistenciales que no puede realmente considerarse como algo ajeno a los mismos y resulta imposible de realizar sin estas premisas previas; premisas previas que, para encadenar ahora mentalmente en un instante estas ideas con lo que al principio les decía, no se podrían cumplir sin la existencia previa de la indicada conciencia colectiva, de una responsabilidad social en relación con los problemas sanitarios y, específicamente, con los problemas hospitalarios.

Exactamente ocurre con la cuestión de la investigación; y los dos, el problema de la enseñanza y el de la investigación en los hospitales, tienen un denominador común que se llama programa. No es posible desarrollar un programa de enseñanza en los hospitales para postgraduados o para cualquier otro tipo de personal, aunque no sea médico ni sanitario, si no es desarrollando un programa de acción lo que supone la participación de los elementos que van a tomar parte en el desarrollo del programa y pre-

supone, también, la responsabilidad de la institución con respecto a los resultados del programa; y supone también su financiación. No se puede enseñar de verdad si no se dispone de un programa sólidamente financiado; no se puede investigar ni se debe investigar si no se tiene un programa de investigación y unas posibilidades de financiación del mismo. Todo esto son detalles que se derivan del planteamiento general al que hacía referencia al principio.

Finalmente existe la cuestión concreta, delicada y siempre difícil, que me sirve para terminar, de la posición del personal médico dentro del hospital. Mucho hablamos de los conceptos de full-time, de part-time, de integración horaria (o minutaria) al hospital, que es también una forma de integración; y también hablamos de si los médicos están o no retribuidos conforme a esta dedicación o a este deseo de dedicarse, que es otro tema fundamental y muy importante. No sirve todo el mundo para el hospital, ni basta ser médico para ser médico de hospital. Hay que dejar a un lado muchas apetencias humanas. Entre los problemas relacionados con la sanidad americana destaca que uno de los grandes enemigos de los buenos hospitales es el hecho de que el ejercicio privado de la medicina, incluso rural, es más lucrativo que el trabajo hospitalario. En América este hecho está constantemente desgajando de

las Universidades cerebros privilegiados pero esto es una competencia normal. Por lo tanto hay que partir de la base de que, para ser médico de hospital hay que tener vocación de tal; hay que sentir el hospital; de lo contrario, el que se integra en su servicio sin tener una vocación firme resulta inútil para el hospital y puede llegar a ser perjudicial para el asistido. Porque la medicina hospitalaria, para estar justificada de acuerdo con otra definición que podríamos dar del hospital, es la integración de esfuerzos médicos y de toda índole para conseguir un fin común, lográndose la repartición especializada de responsabilidades entre los médicos, lo que entraña tras de sí un conjunto de situaciones que nos permite llegar a la definición reglamentaria y específica de hospital.

El problema, por consiguiente, es siempre reflejo del fundamental e inicial que está en el substrato de nuestra propia sociedad.

Y todo lo demás, en principio, son cuestiones bizantinas y secundarias en relación con el problema fundamental.

Pero, como les decía, en el país se está despertando el interés por estas cuestiones. Existe una ley de hospitales que, en principio, da solución a uno de estos problemas, el de la legislación. Y existe en estudio un Reglamento que desarrolla esta ley. Esto puede representar mucho para los hospitales; siempre sin olvidar que las leyes, los

escritos, los decretos, los reglamentos, no sirven apenas para nada si no hay detrás de ellos un espíritu y un deseo de participar activamente y de convivir científicamente.

DISCUSION

Prof. Ramón Sarró. — Sr. Presidente, Sres. Académicos:

El honor que ha recaído en mí de iniciar la discusión sobre este tema de hospitales realmente me abruma; hablar después de haber escuchado a nuestros dos grandes expertos, a nuestros dos líderes en la ciencia hospitalaria, que han alcanzado un nivel técnico y de abstracción que a todos nos ha asombrado, es una tarea difícilísima. No obstante voy a intentar cumplir con mi papel, quiero recordar subrayando la presencia aquí del profesor Dr. La Fuente Chaos, que hace aproximadamente un mes asistimos en Madrid a una reunión que fue memorable para la organización de la medicina española. Se trató de problemas de coordinación. La coordinación entre los hospitales Provinciales, los hospitales Universitarios y los hospitales de la Seguridad Social. Los que asistimos a esta reunión nos dimos cuenta concienzudamente de la situación española.

España, desde el punto de vista de la organización sanitaria no es una Península; yo diría que es como un archipiélago con las islas de

cada ministerio. El gran maestro Dr. Pedro Pons habló de la insolidaridad de las corporaciones; podría hablarse provisionalmente de una insolidaridad de los ministerios; cada ministerio tiene una tarea gigantesca, ve aquella tarea y no ve la tarea, o la ve de lejos y por eso he dicho un archipiélago. No he exagerado. No he dicho que sean islas distantes al extremo y entonces las posibilidades de transformar este archipiélago en una península son gracias a reuniones como éstas. Yo creo que España, que es un país de recursos modestos, no puede permitirse duplicarse, multiplicarse, multiplicar instituciones, sino que es necesario que aprendamos esa ciencia de los americanos, esta ciencia nueva que se llama organización de organizaciones, organizaciones de segundo grado, organizaciones que reúnen a las dispersas y de algún modo las articulan respetando la enorme complejidad de intereses. Esto es una tarea difícilísima, pero se han hecho pasos en esta dirección y gracias al esfuerzo de la Junta General de Colegios de Médicos, yo propuse que estas reuniones se continuasen a escala local, y éste es el hecho por el cual hoy estemos reunidos aquí.

Como ustedes pueden pensar yo voy a hablarles de asistencia psiquiátrica, pero aparentemente me alejaré del tema general que nos preocupa a todos, y luego retornaré a él. En la reunión de Madrid se

consideraba que los temas de asistencia psiquiátrica eran temas peculiares, para tratar aparte, pero yo tengo la impresión que están íntimamente conexos con los temas generales de la medicina. ¿Cuál es la situación de la asistencia psiquiátrica en un país X? El nuestro, en la zona de Barcelona, es muy lamentable. Lo que vamos nosotros a ver es cómo se puede resolver esta situación y cómo entonces vamos a parar al problema general médico.

Es deplorable, puesto que Barcelona tiene cerca de 5.000 enfermos mentales, distribuidos en diversas instituciones y aumentando el presupuesto nuestra Diputación gasta más de 100 millones. ¿Y qué es lo que se consigue con el esfuerzo que realizan nuestras corporaciones? Se consigue que los enfermos que ingresan en nuestras corporaciones se queden allí definitivamente, el número de altas que dan las instituciones de psiquiatría en Barcelona es mínimo, tan mínimo como ustedes puedan imaginar; están bloqueadas incluso las que deben de funcionar como clínicas particulares, es decir, no sólo San Baudilio, sino la propia Clínica Psiquiátrica de Santa Coloma. En cuanto a las restantes instituciones psiquiátricas, por ejemplo, hasta la clínica Psiquiátrica Universitaria. Esta mañana, con el Director General de la enseñanza universitaria, se la he mostrado y le he dicho: Sr. Director General, ve aquí cómo yo sólo

dispongo de un altillo con unos enfermos que han de estar en sus camas, siendo así que el enfermo psiquiátrico no necesita para nada la cama; la necesita como el sujeto normal, pero no tiene por qué vivir constantemente en la cama, sin tener en la habitación una mesita particular, sin tener no digamos «boxes», sin tener «private», que tanta importancia tiene, y que tiene derecho todo ser viviente. Es una situación deplorable, si miramos el Preventorio Psiquiátrico Municipal de la misma manera. Esta situación es grave, muy grave, puesto que los esfuerzos que realizamos no sirven para curar a los enfermos. Los enfermos ingresan allí, y allí se quedan. Naturalmente, se quedan por una serie de razones, una serie de factores que la asistencia psiquiátrica moderna tiene que dilucidar. Entonces, en busca de lo que podemos hacer, yo quiero recordar y para ello tengo aquí el libro que se ha publicado en Italia recientemente: el Libro Blanco de la Sanidad Italiana. Es un libro del Ministro Mariotti y es un libro impresionante porque para hacer un impacto sobre la opinión pública, reproduce las páginas de los semanarios que comentan de forma tremendista, la situación general de la sanidad italiana, incluyendo naturalmente la psiquiátrica. Allí, en este libro Blanco, que es un libro escandaloso, que no es el estilo en que estamos habituados a movernos los sanitarios, porque los médicos procuramos mo-

vernarnos en una zona de serenidad, acusa por boca del Ministerio en las publicaciones escritas por éste, a las instituciones psiquiátricas, refiriéndose únicamente a lo mío, a lo que nos concierne, se nos acusa que son como Lager, como campos de concentración, como campos de exterminio, que se dan en ellos frecuentísimos secuestros, etc. ¿Y qué propone Mariotti después de este cuadro apocalíptico de la asistencia psiquiátrica? Propone creación de nuevas instituciones. Pues bien, nosotros sabemos que éste no es el camino, no es el camino ir creando nuevos asilos. Tengan ustedes en cuenta que el índice de hospitalización psiquiátrica en España (en general, la mitad de las camas de un país son psiquiátricas), el índice de hospitalización rebasa el uno por mil, pero que comparado con otros países es una cifra baja. En el estado de Nueva York es de un seis por mil. Por consiguiente, concretamente en Barcelona, si un país ha de seguir este camino de creación de asilos, esto conduce a unos presupuestos abrumadores, y lo que es más grave, conduce a unas fórmulas científicas ya absolutamente superadas. Yo creo que el país que más luz puede prestar a estas cuestiones es precisamente la Gran Bretaña, precisamente Inglaterra. En Inglaterra, la cifra actual de hospitalización es de 3'4 por mil y el propósito de los psiquiatras ingleses, ya en marcha, es bajar de esta cifra a 1'8 y bajando ésta, a pesar

de que los enfermos seniles aumentan, como es lógico, por la prolongada longevidad de la vida humana, a pesar de ello se consigue que la cifra vaya disminuyendo, el programa de los 10 años que programó el Ministro de Sanidad, va realizándose. Esto es para nosotros extraordinariamente iluminador, nos obliga a prestar atención a lo que está ocurriendo en estos países, máxime teniendo en cuenta que la organización británica se diferencia de la americana, y que el seguro de enfermedad tiene una importancia decisiva. Pues bien, lo que se ha visto actualmente que conviene hacer con los enfermos psiquiátricos; es una política anti-hospitalaria. Por tanto, ese entusiasmo que capto en ustedes o en alguno de ustedes de que el ideal de la medicina es el hospital, el hospital no basta. El Prof. Pedro Pons ha dicho: «Pierde terreno el coloquio singular». Pierde terreno, pero no desaparece. El hospital psiquiátrico es para nosotros una cita de tránsito, de ningún modo nos interesa que los enfermos estén allí, largo tiempo, incluso en las mejores instituciones, incluso en las que para cambiar el ambiente y darle una intensidad y una eficacia social, consiguen un ambiente de más nivel de socialización de la vida extramuros, incluso en estos casos y se han llegado a extremos inverosímiles, como que los médicos desciendan de su jerarquía y se conduzcan democráticamente, en un interés puramente terapéutico y con-

vivan con los enfermos, evitar como sea que las instituciones sean instituciones totalitarias, anonizantes, en las cuales el enfermo pierde su personalidad. La OMS ha propuesto que no pasen de 300 el número de enfermos que pueda haber en una institución y que los grupos sean de 30.

Pues bien, actuando de esta manera, realizando este desiderato preferimos que el hospital sea una fase de tránsito y lo que nos interesa es que los enfermos psiquiátricos estén tratados en la comunidad. La comunidad tiene que hacerse más responsable, tiene que, como ya sugería uno de los oradores anteriores, aceptar estas responsabilidades extraordinarias.

Porque, Sres, ¿qué ocurre con los enfermos mentales? Durante un tiempo se creyó que era una enfermedad destructiva y se hablaba de demencias como un final de vida psíquica; esto es excepcional; el enfermo psiquiátrico es un enfermo que cura a medias, pero queda en una situación frágil, intermedia en el mayor número de los casos, en condiciones de vivir con la sociedad, tanto más fácilmente. Pero hay que desengañarse con la idea de que un hombre, cuando ha perdido la razón, la ha perdido definitivamente, la ha perdido a medias y este individuo sigue siendo útil a la sociedad, y tiene derecho a su ayuda. Actualmente en América ya se sigue en esto a los ingleses. Han dicho lo que hacen. Recuerdo yo un

congreso en América. Lo que los ingleses realizan también podemos hacerlo nosotros, y ahora en cierto modo los americanos asisten a la escuela británica e intentan equipararse a ella y sin ninguna duda lo conseguirán, puesto que la ayuda que reciben de los más altos organismos del Estado es muy efectiva. Todos sabemos lo que había hecho el Presidente Kennedy; pues bien, el Presidente Johnson no es menos, y quiero leerles simplemente una frase pronunciada por Johnson, sin duda inspirado por los expertos de la nación, al dirigirse a la reunión de la Asociación Americana de Psiquiatría, en el planteamiento de unos servicios de salud mental para la comunidad: «Afortunadamente estamos entrando en una nueva era de prevención, tratamiento y terapéutica en las enfermedades mentales.» La simple asistencia custodial, ¿qué otra cosa hacemos las instituciones de toda España, la mayoría, en las de Italia, y en las de tantos otros países? La mera asistencia custodial, en gigantescos asilos aislados, que ya no es lo apropiado. La mayoría de los pacientes pueden ser tratados y curados en la propia comunidad; esta es la orientación que actualmente inspira la psiquiatría. Apartamiento del asilo, y de centrarse en ambulatorios, en dispensarios y lograr que los enfermos sean asistidos más que nunca, pero en sus hogares, en sus centros de trabajo, ayudarles con psicofármacos, para que sigan

en la comunidad, que ocupen un puesto. Los excéntricos tienen también derecho a convivir. Por tanto esta es la orientación. Esta orientación, ¿que significación puede tener para Uds. y para la medicina en general?... La significación, incluso, para la medicina somática, es que el hospital ha de ser una posición de tránsito, un capítulo de una larga biografía médica. Puede ser un momento de intensidad en el cual hay que actuar, no conviene perder el entorno y el intorno de un hospital. Por consiguiente, yo creo que la evolución que sigue la psiquiatría, en la cual el hospital no nos produce la emoción de nuestros años juveniles, es que tenemos que trabajar en la calle y tenemos que trabajar en un sentido social, rodeados de trabajadores sociales, de una manera totalmente distinta, apareciéndonos el hospital como un refugio, como una tentación contra la que nosotros mismos tenemos que luchar. Quiero decir que estos problemas son extraordinariamente importantes para el destino de la medicina española, y la medicina en general de todos los países.

¿Qué clientela tiene el Seguro de Enfermedad? ¿Es que este problema no es digno de la máxima atención? ¿Es que antes de construir fabulosas residencias no tenemos que preguntarnos cuáles son las necesidades de los futuros usuarios? Pues bien, les diré que con investigaciones estadísticas que hemos hecho con los dispensarios del hospi-

tal, de la clínica del Prof. Pedro Pons y otras, hemos visto que en los dispensarios el número de enfermos funcionales, es en muchos de ellos, en número de dos terceras partes. Por ejemplo, en un dispensario de cardiología hay una tercera parte de enfermos orgánicos, y luego una tercera parte sin alteración cardíaca en absoluto, y un tercer grupo que tiene lesión cardíaca pero que carece de toda conexión, puesto que la alteración cardíaca está compensada ¿estas dos terceras partes cómo deben de tratarse? Pero señores, si vamos al SOE, al Seguro de Enfermedad, el gigantesco paño de lágrimas de la nación, allí afluye un número mucho mayor; el médico entonces no tiene más remedio que solucionar estos problemas, ¿cómo los resuelve?, no vamos ahora a entrar en estos problemas y a discutir lo que debe hacerse. Pero yo sí siento la afirmación de que la clientela del Seguro de Enfermedad, es en gran parte una clientela psíquica, una clientela psiquiátrica leve, por tanto las fórmulas que hemos creado, para tratar en la comunidad a los enfermos psíquicos ligeramente más graves, es también útil para la asistencia médica en general.

ahora dos palabras para terminar sobre la cuestión de la enseñanza, en cuanto a nosotros nos afecta la enseñanza psiquiátrica.

Es realmente lamentable y doloroso que teniendo Barcelona 5.000 enfermos psíquicos, tenga dos doce-

nas de enfermos para nuestra enseñanza. Naturalmente, la coordinación es la única forma, no la integración y buscando fórmulas. Es decir, que yo acabo rogando al Dr. La Fuente Chaos y a los que con él colaboran y en general, que no desmayen en esta imposible, imposible no, yo no acabo de creérmelo del todo, pero que realmente lo parece, por primera vez he tenido la impresión que después de la reunión de Madrid se abría un nuevo camino, un nuevo horizonte y unas nuevas posibilidades.

Dr. Santiago Dexeus Font. — Sr. Presidente, Sres Académicos y señores:

Lo que voy a exponerles es puramente la experiencia de un médico que lleva bastantes años dirigiendo una organización provincial, con sus fallos y sus éxitos, y con la visión personal que por ser una faceta probablemente unilateral, me guardaré mucho de pretender que fuera la real.

En el hospital, como en muchas actividades humanas, se juntan gentes, individuos que pertenecen a troncos diversos de la institución, y todos pretenden tener la razón, hay que exponerlo con sinceridad y sólo el tiempo es el gran justiciero. Dicho esto, paso a decirles que las Maternidades Provinciales o por lo menos algunas de las que yo conozco, son ante todo organismos que van a la deriva; van a la deriva porque no hay quien los timonée; esas

Maternidades Provinciales tienen su cuerpo facultativo, sus organismos descerebrados. Es realmente comprensible esta afirmación cuando uno piense que estos organismos, estas maternidades, están regidas por Juntas de Gobierno, en las que generalmente los miembros de las Juntas son personas honorables, muchas veces se distinguen por su mudez crónica en las sesiones, o bien por sus afirmaciones o juicios no siempre son correctamente basados.

Posiblemente las Diputaciones, conocedoras de la inoperancia de estos organismos, acordaron delegar un Diputado. El Diputado continúa siendo una persona que animada por la máxima buena voluntad en algunas ocasiones, probablemente se encuentra con una dificultad ante sus deseos de realización y la jerarquía superior. Prueba de ello es que en estos años de Dirección, casi una veintena en un centro de relativo valor, que vierte a la ciudad 4.500 niños al año, y un cierto número de enfermas ginecólogas, en las memorias anuales que nosotros hemos tenido ocasión de redactar, no hemos recibido ni una sola vez acuse de recibo, ni una sola vez hemos tenido la satisfacción de que alguno de los juicios emitidos, eran aceptados o exactamente lo contrario, pero que nos hubiera producido la misma satisfacción, al saber que era reprobada nuestra manera de pensar. Esto significa por lo tanto, que cien mil facetas de ejercicio

diario, de visión más amplia y de conjunto, de articulación de la actividad de unos con otros, no existe. Esto es doloroso, porque si al hospital le está confiada una misión de profilaxis, la nuestra es más profunda. En la Maternidad nosotros vemos el 9 por ciento de las enfermas que han pasado por una visita prenatal, y esto, señores, corresponde a un índice de previsión que no está relacionado con nuestro «standard» de vida, con el nivel de formación de nuestras gentes. Indica y expresa lo que tiene valor en la vida, que es la constancia de unas labores dirigidas en este sentido desde hace muchos años; el público que ha respondido a ello es un público en general modesto, pero que acepta la dificultad que significa el ir a la consulta, perder su tiempo e ir a un barrio lejano, etc.; el 95 por ciento es un dato muy halagador, pero frente a este 95 por ciento de gente que siente ya el deseo de proteger a la madre y al niño, nos encontramos que lo que estas gentes pidieran, es muy poco lo que les podemos dar, porque si bien nuestra organización sanitaria técnica y médica es suficiente, y aún muy aceptable, en otros muchos no corresponde a este conjunto de necesidades que experimenta el enfermo cuando ingresa en un nosocomio. ¿Creen ustedes que esto está de acuerdo, lo que les digo a ustedes de este porcentaje alto en el nivel asistencial de estas mujeres, con que no tengan donde sentarse en la

sala de espera? Y que estas mujeres estén apiñadas de ocho en ocho en las salas de puérperas, y que nosotros les cobremos enormemente caro, por asistir a la consulta médico-tocológica, pues yo encuentro que es mucho dinero el pedirles 3, 4 ó 5 duros a gentes que tienen que esperar dos y tres horas, para recibir la atención de un médico.

Señores, esto es doloroso y lo es tanto más el no haber tenido nunca absolutamente eco, a pesar de la exposición reiterada de estos hechos ante quien pudiera corregirlos.

Nosotros hemos soñado siempre con la elasticidad del hospital. En los compañeros que me han precedido yo creo adivinar que es un poquitín esto; un hospital ha de ser una mesa donde se expongan las labores docentes, se corrijan las desventajas y se aprecien los progresos. Pues bien, hemos visto y estamos viendo que estas gentes que acuden a diario a nuestra maternidad, aceptarían solícitas un nivel superior de asistencia tocológica, y probablemente pagarían de su peculio este aumento de tarifa, pero solamente con la condición de que se les diera algo superior a lo que se les da hoy. Pero ¿creen ustedes que este sentido nuevo, este nuevo camino, cuando esto debería ser regido por estos equipos de superior asistencia por médicos y no por las comadronas de turno, estos señores perciban mil pesetas mensuales? Me falta autoridad para emprender grandes reformas.

Hay que tener presente, y por esto he dicho al principio que un barco a la deriva, en el que los que llevan la nave hacen todo el esfuerzo para mantenerse firmes, pues el hecho de que nuestros reglamentos interiores, me parece que éstos son corregibles a voluntad de las juntas rectoras de los hospitales, llevan lustros y lustros de vigencia y nuestra Maternidad sigue tratando a las madres solteras, como las trataba hace 20 años, con uniformes carcelarios, comida peor, dificultad para recibir visitas, imposibilidad de comunicación con el exterior, algo que no encaja dentro de la visión de lo que tiene que ser un hospital. Y lo que tiene que ser la atención a una madre soltera y desgraciada. Es muy tarde y voy a terminar diciendo que tengo una pequeña experiencia de lo que es la formación de los postgraduados. Hemos hecho desde hace 18 ó 19 años un curso semestral para dar fundamento a la especialidad a los que quisieran luego permanecer en la casa, y ser tocoginecólogos. Yo creo que los jóvenes de las generaciones actuales, no están totalmente preparados para ejercer el libre acceso al hospital; acuden a él los que ven la posibilidad de proyectarse firmes en todo el ámbito científico o no científico del país o del mundo; los que sienten ansias de seguir adelante, los trabajadores, los estudiosos, los que ven en ello una posibilidad de remuneración y los más por simple inercia. A nuestros jóvenes futuros

graduados, se les ha reprochado más de una vez, el llevar sobre ellos la impronta de una formación en una Facultad, no en la escuela; en la Facultad se aprende la profesión, quizás el oficio, pero en la escuela se aprende la vida comunitaria, la vida humana, y cuando les diga a ustedes que mi mayor lucha ha sido que nuestros jóvenes internos dejaran la cama antes de las 10 de la mañana, convenciéndoles de que las pobres mujeres no deben pasarse horas y horas en espera de ser visitadas, por ser un acto profundamente antisocial.

Tengo el convencimiento de que sólo gracias a un ensamble de ciertas virtudes o sentimientos cívicos y condiciones éticas en las futuras generaciones médicas, que vendrán, tendremos el nuevo médico de hospital.

Hoy por hoy, creo que todavía estamos en una fase de inmadurez y esto es todo lo que quería decir. Muchas gracias.

Prof. Manuel Usandizaga Soralluce. — Hasta cierto punto, estaba decidido a no hablar. El problema ha sido magníficamente planteado por los que me han precedido. Por razones de última hora, no he podido acudir a tiempo.

Pero me parece de tal magnitud, de tan extraordinaria amplitud, que es imposible pretender desarrollarlo en un momento, en una reunión, entre profesionales dignísimos, que

conocen todos y cada uno de los problemas que podríamos plantear.

Edificios, organizaciones, Juntas de Patronato, médicos, médicos jóvenes aspirantes a la plaza, cada uno de éstos, es un problema inmenso, tan grande, que yo sinceramente me siento desbordado. Además, ¿por qué no decirlo aunque parezca una confesión un poco difícil? Yo estoy en un momento de transición, he hecho tres etapas en la vida: médico de pueblo, Catedrático de Universidad y ahora soy médico del Seguro. Esto me deja en una situación expectativa. Si quieren Uds., un día podré hablar ya claramente, para decir todas las virtudes y todos los defectos de la Universidad y del Seguro y de las Juntas de Patronato; yo hoy no estoy en esta cruzía, ya que relativamente pronto dejaré de ser Catedrático de la Universidad y pasaré a ser exclusivamente médico del Seguro. Y en estas circunstancias la crítica sería muy difícil.

Llevo 12 años dirigiendo el Hospital Clínico, en un forcejear, en una lucha constante, sintiéndome sólo en todo momento, sintiéndome sin ayuda, pensando que casi cada ladrillo que se pone allí es un esfuerzo personal, no siempre agradecido, muchas veces sí, y tropezando con todas las enormes dificultades que encuentran los hospitales universitarios; enormes dificultades, sobre todo en lo que menos se suele decir, que es en los enfermos, porque un hospital sin enfermos no

tiene finalidad; si llegamos a tener un hospital magnífico y no tenemos volumen de enfermos, enfermos hay de sobras, enfermos interesantes quiero decir, para hacer una enseñanza proporcional al número de enfermos que tenemos al lado nuestro, no hemos resuelto ningún problema.

Estoy en un momento en que en fin entro en una especie de cuento de hadas, con un magnífico edificio, unas instalaciones soberbias y que, pida lo que pida, por lo menos te dicen que sí, después no sé si lo harán, pero estamos recibiendo todo lo que se puede. Y que tengo un personal amplísimo de médicos ayudantes, como no había soñado tener; en la Facultad de Medicina creo que hay un ayudante y un adjunto, que cobra por otro, un profesor agregado, un adjunto, un médico de guardia, un médico interno, un médico ayudante que cobra unas mil pesetas al mes o algo así.

El paso de eso, a que le ofrezcan ciento veinte plazas, y que cree uno bien retribuidas, médicos ayudantes de media jornada, de jornada plena, que ofrezca uno de los mejores sueldos que se han dado a las enfermeras, en fin, es una cosa que le deja a uno en una situación un tanto deslumbrante. Pero todas las cosas tienen sus ventajas y sus inconvenientes; uno se acuerda mucho del espíritu favorable de muchos de los compañeros del Hospital Clínico, y no se acuerda de cuando está haciendo de rey Mago, y se en-

cuentra que las generaciones jóvenes discuten 500 ó 1.000 pesetas más al mes, cifras que nosotros, como Catedráticos, no las hemos cobrado hasta hace poco, dos años creo, porque el problema es extraordinariamente complejo, sería imposible hablar de edificios, de instalaciones, en dónde termina el lujo en un edificio y en dónde empieza la necesidad de servicio, para cumplir absolutamente todo el espíritu de todo el personal auxiliar, de enfermeras, el de los médicos, y quiero recoger unas palabras del Dr. Soler, que las tengo escritas en el bolsillo desde hace ocho días, para mandarlas a un periódico de esos que uno no se puede negar, sobre una encuesta de los médicos de hospital, y yo subrayaba allí, y lo decía por escrito, que el médico de hospital es distinto de otro médico, y para el porvenir de la Medicina en España, hay que acabar con esta mediocridad de los jóvenes médicos, y la única solución es que el hospital sea completamente distinto de los demás. Yo creo que se puede ser un médico honorable, un gran caballero con la clientela privada, pero a la hora de emprender el camino del hospital, se sigue un camino distinto, y llega un momento, y que me perdonen las generaciones jóvenes, de que los hospitales deben defenderse, cuando se ofrecen sueldos de 12.000 pesetas al mes a gente joven, para ayudar en el hospital, le contestan a uno que no, porque un día a la semana tienen que ir no sé dón-

de y el otro tienen que ir a no sé dónde, se le cae a uno el alma a los pies, y es el momento de defenderse, creándose, ya que no podemos crear especialistas, si esta farsa de médicos especialistas que hacemos hoy en día, especialistas para toda España, no sirve para nada, hay que crear médicos de hospital, y no pueden ser médicos que después de terminar la carrera se pasen por lo menos dos años allí, ejerciendo la medicina general, cinco años para la especialidad, entonces será un discreto ayudante, y cinco años más para ser un jefe de servicios. Y el día en que en el hospital nos defendamos contra esta falta de asistencia imponiendo todas estas condiciones, a todo el que quiera ser algo en un hospital, y al mismo tiempo demostrar un espíritu de cariño, de amor al hospital, no un contrato de trabajo con los ayudantes, ese día será el más importante que podemos hacer para el porvenir de la medicina.

Dr. Lorenzo García-Tornel y Carrós. — He escuchado con verdadero placer al Dr. Soler Durall, del cual ya tenía las mejores referencias. No diré que el éxito haya sorprendido a la propia empresa como suele decirse en casos semejantes, pero me complace recordar la opinión que le merece la simpática figura del médico de Hospital. Al propio tiempo, aprovecho la ocasión para felicitar al Sr. La Fuente Chaos, como promotor desde Ma-

drid de esta inquietud que hoy nos anima, despertada por su feliz iniciativa.

El problema entraña grandes dificultades, es cierto, y además son de difícil solución, pero ello no excluye la aportación tesonera de nuestros puntos de vista, sobre todo por aquellos que como yo, hemos vivido la vida del Hospital. No sé si será por la fuerza de la costumbre, pero lo estimamos como algo tan entrañable que no lo abandonaríamos por nada del mundo. Es muy posible que alguno de nosotros, haya ocupado en la actualidad un cargo bien retribuido, en cuyo caso adquiere fuerte relieve la expresión del Dr. Soler, que el médico de Hospital debe ser eso y solamente eso: Médico de Hospital.

Pero el médico es un hombre como los demás en cuanto a necesidades materiales se refiere. Hasta ahora, que yo sepa, el casero no deja de pasarnos el recibo mensual por el hecho de ser médico y en cuanto al tendero del colmado, es muy posible que lo pase recargado, precisamente por ser médico.

Tanto es así que a veces me pregunto qué clase de resorte mágico ha movido a ciertos médicos de Hospitales nacionales, para serlo íntegramente y haber otorgado encima cierto prestigio a esos establecimientos. A título anecdótico recuerdo a un compañero que cobraba la magnífica cantidad de 25 duros mensuales, pero con la rigurosa consigna de ser muy puntual y si

llegaba a su hora, o sea, las 8 o las 8 y media de la mañana, había en el patio un famoso campanero cordobés que tocaba la campana con cierta solemnidad muy propia de los hombres de su tierra; pero si llegaba tarde no había repique de campana, sino todo lo contrario, le ponía una raya en la lista junto a su nombre y le descontaban una cantidad proporcional al retraso... Asimismo con solemnidad cordobesa.

Y siguiendo la tónica anterior, recuerdo a un famoso cirujano, el mejor que ha tenido el Hospital, el Dr. Raventós, además muy conocido en España y sobre todo entre la gente de los toros, que lo veneraban como a un verdadero ídolo, que no iba a cobrar su llamémosle sueldo mensual, por miedo, según decía, a tener que añadir dinero encima.

Desde luego, no encuentro nada tan hermoso como dedicarse a la enseñanza o proporcionar asistencia perfecta; esto es incontrovertible, pero desde el punto de vista económico, si bien es cierto que el médico con clientela privada puede aumentar sus ingresos, no lo es menos que también sabría resignarse y gozar del placer puro de la docencia, si por lo menos pudiera vivir con decoro. Es lo menos que se puede pedir. En cuanto al problema apuntado por el Dr. Usandizaga, bueno es que se haya puesto sobre el tapete, precisamente en este coloquio. Debe preocuparnos el que la juventud pierda la ocasión de especializarse. Tiene razón.

Si nos asomamos al extranjero para tener una visión de conjunto, y sin necesidad de mentar el mal de muchos, es de notar el hecho de aquellos médicos que se desplazaban a París, no tanto porque les interesaba el prestigio bien ganado de su Facultad de Medicina, sino porque habían visto un magnífico coche con un estupendo tronco de caballos que utilizaba el Dr. Charcot para llegar hasta la Salpêtrière.

Su vocación se despertaba a título de un suntuoso signo de riqueza, no pensando en lo que iban a ser respecto al bien común, sino en lo que se podía ganar si el ambiente económico del país lo permitía.

Y abundando en el mismo orden de cosas, en los Estados Unidos los médicos con clientela privada pueden amasar verdaderas fortunas, pero si bien los dedicados al Hospital tienen menos ingresos, no por eso sienten tristeza por el bien ajeno, porque lo compensan con la gran satisfacción que no dudamos en calificar de suficiente, que les proporciona una labor humanitaria codo a codo con otros colegas en un ambiente de máxima eficacia, aparte, claro está, que sus servicios seguramente son remunerados con suficiencia. Una vez más, no solamente de pan vive el hombre.

No dudamos en calificar de heroica la actitud de nuestros médicos hospitalarios, así como la de los Profesores de la Facultad de Medicina, de grata memoria para mí. Y aunque moleste con mi afirmación

la natural modestia del Profesor Pedro Pons y sin olvidar a los Profesores Dr. Vallejo y Dr. Vargas, no debo silenciar el hecho de que a pesar de sus ridículas remuneraciones oficiales, supieron crear grandes especialistas, grandes cirujanos y notables escuelas que aún hoy en día tienen solución de continuidad.

Los 25 duros mensuales nos dan derecho a esperar tiempos mejores sin temor a pecar de exigentes, habida cuenta que el motor vocacional sigue funcionando a un ritmo suficiente y con una dignidad profesional que si bien omite actitudes mendicantes, exige enérgicamente reformas inaplazables.

Y para terminar me van a permitir que recurra a una frase clásica que encuadra perfectamente mi punto de vista: «Suaviter in forma, pero, fortitudo in re».

CONCLUSIONES

Prof. A. de La Fuente Chaos. — Señores:

Mis primeras palabras para dejar constancia de mi agradecimiento al Prof. Pedro Pons, el honor de estar con Uds. aquí y participar en esta reunión.

El problema de los hospitales es un problema pasional y difícil. Quiero también de antemano felicitar a los que han actuado y verán Uds. que en su actuación hay una clara diferencia, puntos de vista naturalmente distintos; de un lado los Dres. Aragón y Soler son los hom-

bres que conocen la vida del hospital desde un punto de vista, desde un estudio militar y permanente, son los maestros de la vida del hospital, de los que tenemos que aprender, pero junto a estos cuatro o cinco médicos que han hablado de la vida vivida en el hospital, entre la vida estudiada y la vida vivida hay un terreno de abismo. Los que nos enseñan teóricamente les falta algo, esto sí se ha vivido. El Prof. Sarró nos habla teóricamente de una experiencia de tratamiento y nos decía cómo junto al mundo del complejo de camas actual él lo ve en medios comunitarios pero sin camas. El Dr. Dexeus nos decía, común e integral vida hospitalaria, cosas que no pueden nunca adquirirse, cómo ve la vida del hospital el hombre que está diariamente con los enfermos; una experiencia singular curiosísima la del Dr. Usandizaga, ha pasado por las facetas claras y verdaderas de la medicina, la vida del hospital, el hombre que hace la medicina entera, la vida hospitalaria y en lo mismo la enseñanza y la responsabilidad y ahora va a entrar en la vida difícil y misteriosa que es el médico de la Residencia. El Dr. García-Tornel nos cuenta una parte de su vida, recuerda lo que ha pasado y problemas económicos. Yo creo que todos Uds. han dejado una gran impresión en mí, con dos facetas distintas, repito, los que ven el hospital como una forma de estudio y conocen perfectamente bien su estructura y

sus funciones y todos sus componentes internos y externos y los que viven en el hospital. Me parece que nuestra misión, si me equivoco rectifico, es decirles, el resumen de esto, pero también con mi personal pensamiento, a cada uno quiero decirles cómo lo vemos nosotros, porque también hemos pasado por facetas distintas y hemos vivido plenamente la vida del hospital.

El Dr. Aragón ve el hospital desde fuera, hace un estudio de los problemas nacionales e internacionales; a mi juicio dos son las facetas que ve, la doctrina del hospital y la financiación del mismo; él nos dice con mucha razón que frente a la doctrina de O.M.S. que está perfectamente regulada, falta en España la doctrina de hospital que está terminando actualmente, que es muy difícil de hacer; la imitación no es una forma de vida original; la imitación es lo que hace el hombre que carece de responsabilidad o de potencia creadora y busca hacer algo similar. España no puede imitar a la Organización Mundial de la Salud, porque no tiene medios para ello y todo lo que sea imitación sin medios es un fracaso rotundo y absoluto. ¿Qué concepto tenemos del hospital? Desgraciadamente sigue siendo divergente. Alguien nos señalaba ya de antemano que el hospital es difícil de coordinar, mucho menos de integrar, cosa mucho más compleja y perfecta, porque está dividido al menos en cuatro ministerios. Hay el Ministerio de la Gober-

nación, que tiene el viejo Hospital Provincial; el Ministerio de Educación, que enseña a los médicos que van a vivir la vida del hospital; hay el Ministerio de Trabajo, que lleva hoy casi el 60 % de los pacientes de España; hay, todavía, un Ministerio de Justicia, que crea los médicos forenses y quedan hospitales médicos militares. Coordinar e integrar a todos estos organismos con responsabilidad unitaria distinta, es materia difícil, pero todo ello bajo una economía, y no hay más que una: hacer una doctrina de hospitales, imitando lo que hay por el mundo, con una economía distinta, es pretender irónicamente, por no decir una palabra más real, que los países subdesarrollados vivan con el modo de vida que tiene Estados Unidos. ¿Por qué no es posible hacer esto? y como la doctrina hospitalaria en España creada con las necesidades reales no solamente consta de la anarquía y dispersión que existe hoy en la sanidad española, sino otro hecho real. ¿Quién la finanza? La financiación de la medicina española será cada día más difícil. Estamos muy lejos de una economía liberal. Si Uds. piensan en la realidad de la vida del mundo y la realidad de la vida española, para financiar no puede hacerlo más que el Estado o la Sociedad; y el Estado como tal ente integral supernación, si Uds. quieren esta nación es una mentira. En cuanto a las entidades o Diputaciones están integradas en la vida eco-

nómica, pero verán Uds. qué cosa más rara y absurda. Cuando el médico sale a Norteamérica y empieza a vivir la vida en el mundo real, aprende que unidades naturales en la vida hoy sólo tres: la familia como unidad de sangre, el sindicato como unidad de oficio y el ayuntamiento como unidad de nacimiento o residencia.

De estas tres, la familia no tiene nada que ver ni hacer en la financiación. Todavía la familia se divide por su economía en débiles económicos a los que hay que ayudar en todo, con economía mediocre que se reúnen para que los peligros de pocos conjuren con la economía de muchos y luego la economía libre que busca por sí sola la seguridad. La familia como unidad natural está fuera de la financiación, está sin dosificar en el mundo. En España, el sindicato ha creado un concepto nuevo de hospital, no directamente sino mediante la Seguridad Social va a cambiar, a nosotros todos los que estamos aquí, menos los que tengan poco más de veinte años, afortunadamente para ellos, el hospital era un ente en el cual se daba servicio médico a unos hombres que tácitamente habían acordado dejar su cuerpo a la enseñanza a través de un servicio gratuito del Estado. Hoy se pagan todos los servicios. Todo el que entra en un hospital paga sus servicios directamente o por alguna comunidad, su sindicato, su seguridad social, su seguro libre, etc. Ya no hay forma de

relacionar, por tanto, entre el hombre que deja su cuerpo a la enseñanza, pero que sabía que estaba en grandes posibilidades de conservar la vida. Si esto es así, todo el sistema actual hay que montarlo sobre realidades y la realidad sin la financiación no puede hacerse; miren Uds. qué entidades existen ahora: Ayuntamiento y Diputación. El ayuntamiento que es unidad natural, va a desaparecer en gran parte de España. Cuando España empieza a realizar su vida real, no la teórica, debe concentrarse en parcelas geográficas nuevas; desaparecerán centenares o millares de ayuntamientos, no tiene razón de existir. Si hoy el médico ha dado la voz de alarma diciendo que él abandonará una comunidad de pacientes porque no tiene medios de vida, el Estado, recogiendo esta angustia médica que es nacional, tiene que concentrar una nueva geografía. Lo está haciendo sin querer, los polos de desarrollo no es otra cosa que concentración de hombres, para que tengan posibilidad de vivir en una sociedad perfectamente organizada. No se puede ya vivir aislado y no va el médico joven a estos sitios rurales, porque no hay una economía si no hay una vida de hombres; porque no hay una capacidad de vida social; si esto es así, el Ayuntamiento como institución incapaz de sufragar una sanidad, si va a desaparecer, ¿en qué medida va a sufragarlos? Las Diputaciones son organismos del siglo XIX, están lejos

de una realidad. Yo no critico a nadie, estoy hablando en voz alta nuestro pensamiento; lo que les digo a Uds., no tiene consistencia y esto es artificial, así se da el caso extraño y paradójico de que un día la Sanidad vive a expensas de unos cúmulos materiales que realiza el deporte y que otro día porque no hay consistencia en la Diputación pasa a una Delegación Nacional a hacer campos deportivos y quedan abandonadas las Diputaciones porque les falta uno de sus ingresos fundamentales. Entonces, ¿cómo se va a financiar una institución sanitaria si los organismos en los cuales se quiere uno apoyar son organismos transitorios y si las unidades naturales no existen, desde el punto de vista de la financiación? La financiación ha de cambiar por completo; nosotros vimos un módulo que hemos estudiado detenidamente. El Estado español es pobre. Educación Nacional, al no poder sostener la educación sanitaria, no tiene economía para ello, hasta el extremo de que se desentiende por completo y sólo accederá a montar hospitales universitarios si se financian por sí solos. Si eso se ha hecho forzosamente, hoy no entra un solo enfermo en el hospital que no tenga a alguien que responda de su economía. Si la beneficencia está pronta a desaparecer, si en mi servicio de la cátedra apenas hay un 5 % de beneficencia, cuando antes era un 100 %; si todo el que entra allí va sufragando sus gastos por al-

guien, porque no sólo se financian las instituciones hospitalarias, sino el hombre que es una institución. ¿Es que cree alguien que es posible que el Estado español sufrague los gastos de los hospitales y los médicos que asisten? Es totalmente imposible. La posibilidad es que tenemos que dárselo creado. No hay más que esto, que en aquella cantidad fija que abone cada enfermo, sufrague los gastos del hospital y del hombre que le asiste. Hay que terminar con esta absurda farsa de que el médico prestaba sus servicios porque tenía solo vocación. Sin vocación no puede vivir el hospital, es cierto pero sin vocación y con vocación hace falta vivir y el hombre joven va a huir de toda aquella vida que no le proporcione la ilusión, si de ser médico de hospital, pero también la necesidad de vivir su vida como ente físico, para poder llegar a ser alguien, y por eso incluyo al médico de hospital. Hay que cambiar esa interpretación. Hay que decirles que esta integración hay que hacerla en el orden económico, hay que romper los compartimientos de la vida absurda actual que divide por completo lo que acciona por separado y que luego quieren vivir los dos de una sola madre; la Seguridad Social. Cuando la Seguridad Social no tiene ninguna posibilidad, si acaso la de atender a sus servicios, a ese casi 70 % de la población económicamente débil, el resto no puede sufragarlo ella. Jun-

to a este hecho el Dr. Soler, a quien yo no tenía el gusto de conocer y admirar, nos ha hecho un estudio de la vida interior del hospital. Yo recojo los puntos fundamentales y lamento si alguno se me va.

Lo que yo decía es la estructura; él ya había añadido algo, haciéndonos ver que el programa general externo en plan comunitario, lo definía como una liberación social. Esta comunidad está demostrada en España. Esta serie de elementos estancos, cada uno de los cuales con una economía distinta es imposible de coordinar. Pero él decía que una estructura la consideraba con elementos fundamentales cuya esencia es un colegio de hombres. Algo así lo definía. En este colegio de hombres, nadie tenía la responsabilidad de estructurar y decía que era necesario que hubiesen hombres especializados, hombres que supieran la vida del hospital. El ejemplo que pone no es válido. El dice que para un enfermo del corazón va al cardiólogo, pero es que nosotros sabemos que no hay ningún enfermo del corazón, ni del pulmón, ni de la circulación. El enfermo es cero total como hombre y su patología está localizada en un sitio, pero es un enfermo total y todo hombre que ve parcialmente la patología no es médico completo. El médico es un médico total de hombres o no es nada. El especialista lo es en tanto después de conocer la totalidad, se especializa en algo que le es más familiar. Por

lo tanto, si es cierto que hacen falta hombres que conozcan la vida del hospital, hacen falta hombres que conozcan la vida del enfermo, que es el que va a residir en el hospital y nunca son especialistas, repito, si no están entre la especialidad de una unidad civil, todo el plan vivido a la vida del hospital continua y entera haciendo esto. Lo primero que yo aprendí en mi vida es que no puedo hacer un diagnóstico del corazón o del pulmón, si no sé lo que es el hombre y mi vida dentro de la Universidad se ha basado en el hombre.

Todos los días hablo algo, con la seguridad absoluta del hombre que me escucha, estudiando íntegramente sus reacciones, sus problemas en una palabra su manera de pensar y de ser.

Cuando entramos en el hospital Provincial donde aprendimos de niños las primeras lecciones de la medicina había una obligación moral. No era aquel sueldo ridículo a que hacía alusión García-Tornel. Era la verdad que sentíamos ya aquella ilusión grande de estar junto a los hombres maestros en un ambiente que era solo medicina y allí nos sentábamos con un amor cristiano junto al enfermo, no en buscar emolumentos compensadores. Hoy el hospital es esto; es una empresa económica. Cuando alguien entra en una residencia del SOE, no cree que está en un hospital, no verá enfermos. Lo prime-

ro que se encuentra es con una cantidad de celadores, visitadoras sociales, de burócratas que andan de un sitio para otro. Le es difícil a uno llegar a su sitio: hace falta que le acompañen la primera vez. Aquello es un tráfago de dinamismo tan exagerado que no se parece para nada a los hospitales. Y no son mayores, son mucho más pequeños. Entrar en el Hospital Provincial de Madrid era como entrar en un campo de deportes; pero todos sabíamos desde la puerta al sitio más distante que era algo familiar nuestro; algo que llevábamos en nuestra alma, que lo habíamos aprendido. Hoy la Residencia no es así. Es un choque continuo de hombres con pensamientos distintos, sin coordinación alguna. En la administración del hospital cada cual tenía una faceta localizada. Aquí somos miembros de una máquina. Esto es lo más antihumano. Hay que volver también al viejo concepto de hospital, pero el concepto nuevo de hospital moderno económicamente, absolutamente del ministerio privado es verdad, pero sin perder las virtudes del viejo hospital; aquel que llevábamos en nuestras entrañas, aquel que nos hizo médicos, por eso a nosotros en frente a este complejo de médicos, en esta vida que va a vivir el Prof. Usandizaga, yo libraría una observación si me perdona, soy más joven, debo ser discípulo suyo, él me debe haber enseñado muchas cosas, pero ya he

vivido esto porque afortunadamente o desgraciadamente somos creadores de la Seguridad Social.

Porque como lo he vivido yo le digo que cuando se pasa por este servicio de la Seguridad Social, donde tengo un servicio muy bueno, le faltará algo, algo sutil. Ya se sabe, cuando uno pasa por la galería del hospital vive el médico, cuando pasa por la galería de una residencia falta algo fundamental; aquello no es medicina, los ayudantes y subalternos le dan todo lo que pide, es un verdadero centro y, sin embargo, nos falta algo. No estamos en nuestro elemento. Yo en la Facultad de Medicina pobre de San Carlos vivía como catedrático y médico; en la residencia todavía me falta una cosa fundamental. No respiro aire de medicina pura. Esto lo hay que llevar dentro. ¿Por qué es esto? Porque el peligro de la crítica es muy evidente, cuando la técnica administrativa con un formulismo rígido interfiere la única forma de medicina que es un coloquio entre el médico y el enfermo. Está haciendo un daño a la medicina, porque ella formula sus normas reglamentarias con arreglo a casos clarísimos en matemáticas. La economía es una ciencia exacta, pero la medicina no es ni ciencia. A la medicina le falta corazón, algo más que la pura mente y eso no se regulará jamás con formulismos administrativos. Tenemos el temor de que estos modernos hospitales, muy superiores al que no-

sotros vivimos con muchísimas consideraciones para hacer la medicina mucho mejor, si no lleva este espíritu humano, si se deshumaniza, no van a ser nunca buenos hospitales. Será la residencia del S. E. pero le falta la vida de hospital; porque en la clínica administrativa hay una técnica de equipos y esta técnica de tipo deshumanizada se ha de convertir en hombres que hacen medicina, así como los médicos de la residencia son hombres que no la hacen. Nos vienen una cantidad enorme de enfermos los cuales ya no van a la clínica Universitaria sino a la Seguridad Social. Y lo cierto es, que sólo queda nuestra función, que es simple, operar. Los enfermos nos llegan no seleccionados por nosotros, no estudiados por nosotros, sino nos vienen de todos los sitios, entrando allí en condiciones casi de ayudarles a morir o como casos que no tienen ninguna relación que resulte inmediatamente aleccionadora. Hay muchos defectos que hay que corregir y todo esto para nosotros y con este término, es fundamental, Lo dicho por Aragón y Soler a quienes agradezco todo lo que nos enseñan, y no son palabras irónicas sino sinceras creo que he aprendido mucho hoy y que he aprendido otros días y que leyéndoles a ellos o asimilándome el extranjero es como me he formado en el conocimiento del hospital. Pero con este conocimiento hace falta que todos vivamos el hospital. Al hospital hay

que humanizarlo. Pero hay una diferencia ¿qué es humanizar el hospital? Pues como no quiero ser largo, el resumen es muy sencillo. La diferencia que hay entre el hospital humano y el hospital humanizado es la diferencia que hay entre ciencia y humanismo; el humanismo es cultura, ciencia es conocimiento. Por eso el médico humanista cura al enfermo hombre: el médico científico cura la enfermedad. El científico sabe lo que tiene el enfermo, pero el humanista comprende lo que sufre el enfermo. La ciencia es puro rito; localización terapéutica en un espacio cerrado. Cúmulo de conocimientos. El humanista es ser abierto hacia el exterior, con cultura general. El médico que se forma en ciencia pura, no es posible que sea emotivo ante un enfermo y que nos dirá diagnóstico y terapéutica, pero ajena al hombre.

No trasciende a este hombre, que es un ente que fue allí con una patología y que él con sus conocimientos puede quizás curar, pero el hombre sigue herido en su humanismo porque como persona humana no ha sido atendido. El médico humanista, con sus conocimientos, este hombre extravertido abriendo su corazón a este hombre que sufre es mucho mejor médico que el científico. En la Universidad deberíamos formar, y esto lo pido yo al especialista de hospitales, que se den cuenta exacta de que la mejor técnica de un hospital, la más

perfecta economía, los mejores médicos no son capaces de hacer un hospital, si no llevan un sentido humano y humano de gran hombre. La formación del médico, el que va a estar junto al enfermo cuando el profesor quiera enseñar a los futuros médicos exponiendo un caso entre una multitud, es un malísimo médico y un malísimo hombre, aunque dé la más bella lección de patología. No se puede ante un hombre que tiene sentimientos, que tiene pudor, que tiene dolor, estar hablando de un caso, y hacerlo ante hombres que tienen edad diferente, que tienen gustos distintos y un pensamiento diferente. La enseñanza hay que hacerla en solitario, en pequeños grupos y hablando de enfermos, nunca de casos. Esta diferencia fundamental que yo pongo entre catedráticos, para que nadie se ofenda, hay que llevarla al mé-

dico de la Residencia, si las Residencias serán como yo espero dentro de pocos años los mejores centros. Si los hospitales municipales renacen con espíritu moderno, con las virtudes antiguas, serán los hospitales del futuro y la Residencia se amoldará a ellos si se dejan amoldar ellos a la economía de la Residencia. Llevando allí al hombre médico con corazón y humanismo, quizás hayamos hecho una cosa bonita. De lo contrario, tal vez prosperemos en el orden técnico, pero no enseñaremos nunca medicina, ni seremos médicos con la magnífica amplitud de la palabra.

Sr. Presidente. — Se levanta la sesión.

NOTA. — Todas las disertaciones fueron recogidas en «cinta magnetofónica».