



ÉS NECESSARI UN ALTRE HOSPITAL PÚBLIC A LA COMARCA DEL BAIX VINALOPÓ?

Emilio A. MARTÍNEZ MARCO

Modesta SALAZAR AGULLÓ

Plataforma Pro Segon Hospital
per a la Comarca del Baix Vinalopó

INTRODUCCIÓ

La protecció de la salut és un dels pilars bàsics de la societat del benestar. El 1948, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir la salut com l'estat «de complet benestar físic, mental i social i no sols l'absència de malaltia»,¹ cosa que suposa que es tracta d'una variable influïda per quatre factors:² biològics o endògens, lligats a l'entorn, als hàbits de vida i al sistema sanitari. La salut és, per tant, el resultat final de la interacció de la nostra herència (malalties hereditàries que estan sent estudiades en el Projecte Genoma Humà) amb els factors ambientals (contaminació, ciutats saludables, entorns ecològics, etc.), amb l'estil de vida (dieta mediterrània davant d'altres estils d'alimentació o tabaquisme i sedentarisme davant d'una actitud vital més sana); finalment hi influeix també la manera en què el sistema sanitari proveeix recursos per atendre la població (penseu en les diferències entre un model neoliberal com el nord-americà, que està basat en el contracte privat entre el ciutadà i l'hospital a través d'una asseguradora, davant el model espanyol).³ A continuació exposarem l'evolució del sistema d'atenció sanitària a Espanya, des dels seus inicis, ja que el concepte d'hospital està lligat al desenvolupament de la Seguretat Social i varia ostensiblement després de l'aprovació de la Constitució de 1978.

¹ J. HOGART, *Vocabulaire de la Santé Publique*, Organització Mundial de la Salut, Buró Regional d'Europa, Copenhaguen, 1977, p. 208.

² DEVER GEA, «An epidemiological Model for Health Analysis», *Soc. Ind. Res.*, vol. II, 1976, p. 465.

³ R. PINEAULT - C. DAVELUY, *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*, Masson, «Col·lecció de planificació i gestió sanitàries», Barcelona, 1987, p. 4-6.



a) Etapa preconstitucional

El 1900 es va promulgar la primera norma de protecció social: la Llei d'accidents de treball, que va ser l'embrió de la Seguretat Social (sistema de protecció de drets econòmics i sanitaris).⁴ L'atenció hospitalària aleshores s'hi prestava sota dos models: un de merament privat, només per a uns pocs, i un altre de beneficència, que és el que ha continuat vigent fins ben entrats els anys 80 i 90 sota la tutela de les diputacions provincials. El 1942, acabada la Guerra Civil, es promulga la Llei de l'assegurança obligatòria de malaltia, a fi de proveir atencions sanitàries als treballadors que són els qui financen el sistema de Seguretat Social amb les seues cotitzacions. Posteriorment s'amplia la cobertura assistencial a l'esposa del treballador i als fills fins que siguin majors d'edat. La Seguretat Social va creant així la seua pròpia xarxa assistencial d'hospitals.⁵ L'hospital pot ser definit com la institució que integra tota l'assistència especialitzada.

El *desarrollismo* hospitalari va passar per les etapes següents: en primer lloc, es van construir els hospitals de les grans capitals (anys 50 i 60), és l'època de les «ciutats sanitàries» (La Fe a València i La Paz a Madrid, etc.); els anys 60 es va completar la xarxa de totes les capitals de província espanyoles, i els 70 es van inaugurar els centres hospitalaris de les segones ciutats de les províncies (encara anomenats *residències sanitàries* per a evitar el record a beneficència del terme *hospital*); aquest és el cas de la residència sanitària d'Elx, que va ser inaugurada l'any 1978.⁶

b) Etapa constitucional

L'any 1978, la Constitució Espanyola és aprovada per referèndum. Sobre el tema que ens ocupa cal destacar dos fets: els articles 41 i 43 consagren el dret a la seguretat social i el dret a la protecció a la salut dels ciutadans espanyols i el títol 8è estableix que la gestió sanitària pot ser transferida a les comunitats autònomes. La Llei general de sanitat,⁷ de 1986, desplega l'article 43 de la Constitució i estableix dos nivells per a la prestació sanitària: un primer nivell, l'atenció primària de salut que ha de resoldre el 80% de les demandes de la població, centrat en el centre de salut, i un segon, l'especialitzat, centrat en l'hospital. Per a coordinar l'atenció primària i l'especialitzada es va crear l'àrea de salut, una estructura que encara no s'ha desenvolupat a la Comunitat Valenciana, encara que va assumir les transferències en matèria de sanitat i la gestió dels hospitals al gener del 1988.⁸ Recentment, gener del 2002, s'ha completat la transferència de l'INSALUD a les comunitats autònomes que encara no disposaven de les transferències.

A diferència del model preconstitucional de Seguretat Social finançat amb cotitzacions del treball, el nou model es finança per impostos i, per

⁴ M. R. ALARCÓN - S. GONZÁLEZ, *Compendio de Seguridad Social*, Tecnos, Madrid, 1986. J. M. ORDEIG, «El sistema español de Seguridad Social», *Revista de Derecho Privado*, Madrid, 1982. Reial Decret Legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de la Seguretat Social (Editat per la Secretaria d'Estat de la Seguretat Social, Ministeri de Treball i Assumptes Socials, Madrid, 2000).

⁵ *Contracte de Prestació de Serveis entre l'Institut Nacional de Previsió i l'Obra Sindical 18 de juliol*, Institut Nacional de Previsió, Ministeri de Treball, Madrid, 1967. A. MULAS - R. AYERRA, *Los médicos de la Seguridad Social. Legislación y jurisprudencia*, Editorial Diges, Madrid, 1978.

⁶ HOSPITAL GENERAL D'ELX, *Memòria 1988*, Servei Valencià de Salut, Elx, 1989, p. 6-10.

⁷ Llei 14/86, de 24 d'abril, general de sanitat (BOE de 29 d'abril).

⁸ Reial Decret 1612/87, de 27 de novembre, sobre traspass a la Comunitat Valenciana de les funcions i serveis de l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD) (BOE de 30 de desembre). Llei de la Generalitat Valenciana 8/1987, de 4 de desembre, del Servei Valencià de Salut (DOGV núm. 724, 16 de desembre).

tant, pren caràcter de dret *universal* per a tots els ciutadans. Amb aquest gir, la fi última del sistema sanitari és *redistribuir la riquesa*, ja que la població que té menys recursos i, per tant, aporta menys impostos és qui més en necessita, perquè emmalalteix més fàcilment (cercle de la salut-malaltia i pobresa i riquesa d'Horwitz), mentre que qui més riquesa té aporta més recursos als cabals de l'Estat (sempre que el règim fiscal siga progressiu) i, no obstant això, té un millor nivell de salut i, de vegades, recorre a assegurances privades i consumeix, per consegüent, menys recursos sanitaris públics.

Per a completar l'evolució de la creació de la xarxa hospitalària a l'Estat (i també a la Comunitat Valenciana), hem d'indicar que l'últim quart de segle s'aprecien dues etapes diferenciades. Durant la dècada dels anys 80, es crea la *xarxa d'hospitals comarcals*; ja es trobaven en funcionament els hospitals de les capitals de les províncies i, com en el cas d'Elx, de les segones ciutats, i era necessari estendre l'atenció a les comarques posant en funcionament els hospitals d'Alcoi, Dénia i la Vila Joiosa i a la comarca del Baix Segura. Durant els anys 90, té lloc un altre fenomen, com a conseqüència de la integració de la xarxa d'hospitals de les diputacions, molts hospitals són remodelats o construïts i constitueixen, en molts casos, el *segon hospital públic de les capitals de província*:⁹ és el cas de l'hospital de Sant Joan a Alacant o de l'hospital Morales Meseguer a Múrcia; mentre que, a València, l'Hospital General continua gestionant-lo la Diputació. També durant aquesta època són remodelats els hospitals de les capitals de província (plans directors, com encara s'esdevé, amb retard, amb l'hospital d'Alacant).

En resum: durant els anys 50 i 60 es construeixen les ciutats sanitàries a les grans capitals; els anys 70, els hospitals de les segones ciutats; els anys 80, els hospitals comarcals, i la dècada dels 90 es construeixen els segons hospitals de les capitals de províncies.

En les *residències sanitàries*, els facultatius especialistes completen l'atenció dels especialistes de contingent (de l'ambulatori) i tenen la possibilitat d'ingressar i fer un seguiment dels pacients, ja que, per a fer-ho, disposen de més mitjans (recursos diagnòstics i terapèutics). El nou model integra aquests nivells, encara que podem apreciar àrees de salut com la nostra en què, encara, aquest procés no ha finalitzat.¹⁰

OBJECTIU

Aquest article té com a objectiu analitzar, des del punt de vista quantitatiu, la necessitat de recursos hospitalaris bàsics (llits fonamentalment) per a atendre la població de la comarca sanitària del Baix Vinalopó.



⁹ J. ELOLA, *Sistema nacional de salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*, SG Editores SA, Barcelona, 1994.

¹⁰ R. GUTIÉRREZ, *Nuevo modelo de gestión hospitalaria*, Subdirecció General d'Atenció Hospitalària, Ministeri de Sanitat i Consum, Institut Nacional de la Salut, Madrid, 1984. J. L. TEMES - V. PASTOR - J. L. DÍAZ, *Manual de gestión hospitalaria*, Editorial Interamericana/McGraw-Hill, Madrid, 1992.



METODOLOGIA

Per a poder definir les *necessitats de recursos sanitaris* —per exemple, llits hospitalaris—, és necessari definir prèviament què entenem per necessitats. Per a fer-ho, utilitzarem la taxonomia de Bradshaw,¹¹ que aporta diverses perspectives: *necessitat normativa o legal* (la que defineix el legislador); *necessitat sentida* (percepció de la població), però la població pot entendre que són necessaris molts més recursos —per exemple, un hospital per cada barri—; *necessitat expressada* (demanda de cures), la població davant unes necessitats sentides *expressa* una demanda —per exemple, la massificació d'urgències, llistes d'espera malgrat els concerts amb entitats privades, etc.—, i finalment la *necessitat comparativa* (les necessitats que un grup hauria de tenir cobertes, ja que presenta característiques similars a un altre grup amb necessitats idèntiques).

L'Hospital d'Elx té actualment 433 llits, que es distribueixen de la manera següent:

Convencionals	387
Critics (UCI)	15
Incubadores	16
Estada breu	15
Total	433

La comarca del Baix Vinalopó integra els habitants de les poblacions de Crevillent, Elx i Santa Pola, amb 235.000 habitants de dret, si bé la població de fet és significativament més alta (pròxima als 250.000 habitants); tot això sense tenir en compte que Santa Pola és una ciutat turística, que el nombre d'habitants hi creix durant l'estiu de manera exponencial i que la benignitat del seu clima hivernal hi atreu una població flotant bastant considerable.

Hem recorregut a l'anàlisi de dades oficials: les *dades de població* les ha recollides el web de l'Institut Nacional d'Estadística <<http://www.ine.es>> segons l'últim cens i per a totes les comunitats autònomes. Les *dades de recursos hospitalaris* són les que figuren en el Catàleg Nacional d'Hospitals que podem veure en la pàgina web del Ministeri de Sanitat i Consum <<http://www.msc.es/centros/catalogo/home.htm>>.

Les *dades econòmiques* han estat extretes de les memòries dels hospitals que figuren en el web oficial de la Generalitat Valenciana, concretament en la Conselleria de Sanitat. Hem comparat la despesa fixa d'hospitals i centres d'especialitats (atenció especialitzada) que es reflecteix en els capítols I (despeses de personal) i II (despeses de

¹¹ J. BRADSHAW, «The Concept of Social Need» en GILBERT, N. — SPECHT, H., *Planning for Social Welfare, Issues, Models and Tasks*, Prentice Hall/Englewood Cliffs, Nova Jersey, 1977, p. 290-296.

És necessari un altre hospital públic a la comarca del Baix Vinalopó?

funcionament), encara que n'excloem la despesa d'inversions (capítol vi) per la gran variabilitat anual que té. L'any estudiat ha estat el 1997, per ser el més recent del qual hi ha memòries de tots els hospitals.

RESULTATS

Actualment, la taxa de llits hospitalaris per cada mil habitants segons la població censada a la nostra comarca és d'1,8. En la taula següent podem veure la mateixa taxa referida a totes les comunitats autònomes, tenint en compte la població, nombre d'hospitals i nombre de llits.

Comunitat autònoma	Població (cens 01/01/2002)	Nombre d'hospitals	Nombre de llits	Llits per 1000 h.
Andalusia	7.403.968	87	23.153	3,1
Aragó	1.199.753	27	5.645	4,7
Astúries	1.075.329	20	4.445	4,1
Balears	878.627	25	3.504	4,0
Canàries	1.781.366	50	8.422	4,7
Cantàbria	537.606	10	2.604	4,8
Castella-la Manxa	1.755.053	31	5.413	3,1
Castella-Lleó	2.479.425	57	9.995	4,0
Catalunya	6.361.365	187	30.731	4,8
Comunitat Valenciana	4.202.608	62	12.509	3,0
Extremadura	1.073.381	20	4.383	4,1
Galícia	2.732.926	54	11.022	4,0
Madrid	5.372.433	74	22.260	4,1
Múrcia	1.190.378	25	4.076	3,4
Navarra	556.263	14	2.531	4,6
País Basc	2.101.478	50	8.923	4,3
Rioja, la	270.400	5	1.032	3,8
Ceuta	75694	2	268	3,5
Melilla	68.789	2	301	4,4
Total	41.116.842	802	161.207	4,0



Font: elaboració pròpia.

Catalunya i Cantàbria són les comunitats que tenen un nombre més alt de llits per habitant, concretament 4,8 per cada mil, una taxa que, extrapolada a la nostra comarca, implicaria una dotació de 1.120 llits.

La mitjana estatal és de 4 llits per mil habitants. Si apliquem aquest paràmetre a les necessitats de la nostra comarca, obtindrem que es necessiten 932 llits a la nostra àrea.

La Comunitat Valenciana és la comunitat que té un nombre menor de llits per habitant actualment en el rànquing del catàleg nacional d'hospitals: 3 per cada mil (davant d'1,8 llits/1.000 habitants de la comarca del Baix Vinalopó); si apliquem aquest indicador a la nostra àrea per a la població actual, ens situaria amb una necessitat de 700 llits.

La despesa en els capítols I i II dels hospitals de les 20 àrees de salut de la Comunitat Valenciana l'any 1977 va ser de 170.000 milions de



pessetes; és a dir, 42.500 pessetes per habitant i any, per a una població d'uns 4 milions d'habitants. Aquest mateix any, l'hospital d'Elx va gastar 8.457 milions de pessetes per atendre 233.000 habitants; és a dir, va correspondre a cada ciutadà de l'àrea un total de 36.300 pessetes per any, exactament un 14,6% menys que a la mitjana dels ciutadans de la Comunitat. No obstant això, l'hospital d'Elx està considerat com a hospital del grup I (igual que els hospitals de les capitals de província de la Comunitat), i la mitjana de despesa fixa d'aquests hospitals per habitant va ser de 57.500 pessetes (103.000 milions de pessetes per a atendre 1.800.000 persones); per això la despesa per habitant a la nostra àrea és 21.200 pessetes menys per habitant i any (37% inferior a la mitjana dels usuaris d'aquests hospitals).

DISCUSSIÓ

En primer lloc, cal aclarir que quan esmentem *llit hospitalari* en aquest article ens referim a aquells llits necessaris per a l'atenció de pacients amb *patologia aguda*; és a dir, no analitzem la necessitat de recursos socio-sanitaris per a atendre persones grans, que tenen una patologia de base i que en les fases d'agudització poden necessitar una atenció hospitalària, però la resta del temps estan atesos en residències assistides.

Els últims anys s'ha discutit molt sobre la utilització del recurs *llit* com a unitat de mesura dels recursos assistencials. L'OMS va establir fa més de 20 anys la taxa de 2,5 llits per cada 1.000 habitants com a patró de llits necessaris en una àrea per a poblacions en vies de desenvolupament (625 llits per a 250.000 habitants). Posteriorment, la constatació del fet que la despesa sanitària augmenta cada any per damunt de la riquesa dels països ha obligat a prendre mesures (recordeu els resultats de la comissió d'anàlisi i avaluació del sistema sanitari espanyol, anomenada Comissió Abril Martorell) i en països amb excés de llits hospitalaris (nord d'Europa) s'han tancat i en d'altres s'ha optat per propiciar alternatives de manera que processos que abans necessitaven hospitalització actualment poden ser solucionats sense necessitat d'haver d'ingressar el pacient.

En l'Hospital General Universitari d'Elx podem apreciar aquesta evolució. En una primera etapa, l'hospital es va caracteritzar per una obertura progressiva dels llits, ja que, fins al 1986, no va tenir els 416 que ha constituït la seua dotació durant els 12 anys següents. En una segona etapa, l'hospital *es col·lapsa* perquè ha d'atendre no solament la població del Baix Vinalopó, sinó també tota la població del Baix Segura, una situació que es manté fins al 1990, any que es va posar en funcionament l'hospital de Sant Bartolomé, pròxim a Oriola. Per aquestes dates s'assagen diverses modalitats per a solucionar els problemes de l'ús de llits amb el menor nombre de dies d'ingrés possible (programes

És necessari un altre hospital públic a la comarca del Baix Vinalopó?

d'unitats d'estada breu o alta precoç, com per exemple la *unitat d'hospitalització domiciliària*) o, fins i tot, sense necessitat d'haver d'ingressar el pacient (*cirurgia sense ingrés*). Hi ha una última etapa per descriure: el 1994 es va projectar la construcció d'un annex a l'hospital per a acollir-hi les consultes externes de l'ambulatori de Sant Fermí i de l'hospital mateix i altres dependències que permeteren alliberar espais de l'edifici principal i augmentar-hi el nombre de llits, un projecte que ha estat reconsiderat recentment.

No obstant això, a la vista dels resultats hi ha una dada inqüestionable: *la comarca del Baix Vinalopó presenta un dèficit de llits* tant en comparació amb la mitjana estatal com amb la mitjana de la comunitat autònoma. En una àrea, la nostra, que va ser pionera en el desenvolupament de sistemes alternatius a l'hospitalització, no podem oblidar que, si bé no hospitalitzar el pacient té efectes positius (per exemple, s'eviten les terribles infeccions hospitalàries, el pacient es recupera abans i, sobretot, no oblidem que les llistes d'espera tenen fonamentalment pacients amb patologies que tindrien més demora si hagueren de ser atesos utilitzant el llit de l'hospital), també és cert que no tots els pacients ni totes les famílies ni tots els domicilis estan preparats per a substituir l'hospital.¹²

Tenim una altra referència: els últims pressupostos de l'Estat donaven com a xifra mitjana estatal 4,12 llits per 1.000 habitants (molt llunyana a la taxa d'1,8 de la comarca del Baix Vinalopó, com hem indicat adés).

Un altre element que cal tenir en compte, encara que no és objectiu d'anàlisi d'aquest treball, és el *progressiu envelliment de la població*. En el recent Fòrum Mundial que l'ONU ha celebrat sobre l'envelliment al començament d'abril a Madrid, ha quedat clar que les persones grans necessiten molts més recursos sanitaris i que els ancians ho són cada vegada més (fenomen de l'*envelliment de l'envelliment*).

També hem de tenir en compte que un terç de la població de l'Àrea 19 i quasi el 50% d'il·licitans *no té accés a l'atenció primària dels centres de salut* i és atès pel sistema tradicional, que l'atenció d'urgències té múltiples deficiències, que l'atenció de la salut mental és incompleta, que la població immigrant es troba en augment, etc., factors tots que impliquen una sobrecàrrega important per a l'atenció sanitària.

En una discussió sobre recursos assistencials no pot faltar la indicació de completar determinades àrees d'especialitats com, per exemple, l'oncologia, cardiologia, neurocirurgia, salut mental, etc. en les quals, tot i disposar l'hospital d'Elx de grans professionals, el pacient ha de desplaçar-se a altres centres per a completar el diagnòstic o fer-ne el tractament, cosa que comporta una interrupció d'un procés assistencial en el qual és fonamental la continuïtat. Tampoc no s'hi disposa d'altres



¹² E. MARTÍNEZ MARCO, «Modelos de gestión: variaciones en la medición del producto hospitalario condicionadas por los sistemas alternativos a la hospitalización» en *Gestión Hospitalaria*, 4, Barcelona, 1994, p. 44-49.



especialitats com, per exemple, cirurgia toràcica o maxil·lofacial, per esmentar-ne només algunes.

CONCLUSIONS

La comarca del Baix Vinalopó és deficitària en recursos sanitaris públics.

En l'àmbit de l'atenció especialitzada, seria necessari disposar d'un altre hospital públic amb un nombre de llits entre 300 i 400, i completar la cartera d'especialitats mèdiques i quirúrgiques.

Els pressupostos hospitalaris per habitant són significativament inferiors als d'altres zones de la comunitat autònoma, com també el desenvolupament de l'atenció primària.

Traducció de Ferran ISABEL

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÓN M. R. - GONZÁLEZ, S., *Compendio de Seguridad Social*, Tecnos, Madrid, 1986.
- BRADSHAW J., «The Concept of Social Nedd» en GILBERT, N. - SPECHT, H., *Planning for Social Welfare, Issues, Models and Tasks*, Prentice Hall/ Englewood Cliffs, Nova Jersey, 1977, p. 290-296.
- Contracte de Prestació de Serveis entre l'Institut Nacional de Previsió i l'Obra Sindical 18 de juliol*, Institut Nacional de Previsió, Ministeri de Treball, Madrid, 1967.
- GEA, Dever, «An epidemiological Model for Health Analysis», *Soc. Ind. Res.*, vol. II, 1976, p. 465.
- ELOLA, J., *Sistema nacional de salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*, SG Editores SA, Barcelona, 1994.
- GUTIÉRREZ, R., *Nuevo modelo de gestión hospitalaria*, Subdirecció General d'Atenció Hospitalària, Ministeri de Sanitat i Consum, Institut Nacional de la Salut, Madrid, 1984.
- HOGART J., *Vocabulaire de la Santé Publique*, Organització Mundial de la Salut, Buró Regional d'Europa, Copenhaguen, 1977, p. 208.
- HOSPITAL GENERAL D'ELX, *Memòria 1988*, Servei Valencià de Salut, Elx, 1989, p. 6-10.
- Llei 14/86, de 24 d'abril, general de sanitat (BOE de 29 d'abril).
- MARTÍNEZ MARCO E., «Modelos de gestión: variaciones en la medición del producto hospitalario condicionadas por los sistemas alternativos a la hospitalización» en *Gestión Hospitalaria*, 4, Barcelona, 1994, p. 44-49.

És necessari un altre hospital públic a la comarca del Baix Vinalopó?

MULAS, A., - AYERRA, R, *Los médicos de la Seguridad Social. Legislación y jurisprudencia*, Editorial Digesa, Madrid, 1978.

ORDEIG, J.M., «El sistema español de Seguridad Social», *Revista de Derecho Privado*, Madrid, 1982.

PINEAULT R, - DAVELUY, C., *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*, Masson, «Col·lecció de planificació i gestió sanitàries», Barcelona, 1987, p. 4-6.

Reial Decret 1612/87, de 27 de novembre, sobre traspàs a la Comunitat Valenciana de les funcions i serveis de l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD) (BOE de 30 de desembre). Llei de la Generalitat Valenciana 8/1987, de 4 de desembre, del Servei Valencià de Salut (DOGV núm. 724, 16 de desembre).

Reial Decret Legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de la Seguretat Social (Editat per la Secretaria d'Estat de la Seguretat Social, Ministeri de Treball i Assumptes Socials, Madrid, 2000).

TEMES, J. L. - PASTOR V. - DÍAZ, J. L. *Manual de gestión hospitalaria*, Editorial Interamericana/McGraw-Hill, Madrid, 1992.

