

# HACIA UNA REORDENACION DE LA SANIDAD PUBLICA ESPAÑOLA: EL PROBLEMA HOSPITALARIO

## I

Evolución del concepto y fines del hospital. Base de partida para la necesaria reordenación de la Administración hospitalaria española

POR

JOSÉ ORTIZ DÍAZ

Catedrático de Derecho Administrativo  
en la Facultad de Ciencias Políticas, Económicas y Comerciales  
de Málaga.

*«En un nuevo marco, el del Derecho social, el eterno juego del amor halla nuevos caminos hacia las personas de los necesitados y de los que sufren. Pero no es fácil abrirlos» (René SAVATIER, El Derecho al servicio de la persona, en el volumen colectivo «Socialisation et personne humaine», 47.<sup>a</sup> Semaine Sociale de France, Grenoble, 1960).*

**SUMARIO:** I. EVOLUCIÓN DE LA CONCEPCIÓN Y TELEOLOGÍA DEL HOSPITAL: DE UN ESTABLECIMIENTO CARITATIVO PARA ATENCIONES HETEROCÉNEAS, A UN SUSTANCIAL Y EXCLUSIVO CENTRO SANITARIO, COMPLEJO, COMPLETO Y ABIERTO A TODOS: 1. Breve referencia histórica. Prevalencia del carácter benéfico de la asistencia hospitalaria, sobre el sanitario. 2. Causas de la transformación hospitalaria. 3. Depuración del concepto y fines del hospital en base a criterios estrictamente técnico-sanitarios. El ensanchamiento, al mismo tiempo, de las funciones hospitalarias. 4. Continuación de la caridad como móvil y espíritu de la asistencia hospitalaria. 5. La definición de la O. M. S. 6. Sanción jurídica por nuestra Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962, al depurado concepto de hospital. 7. La apertura hospitalaria. El «derecho a la salud» y «a la asistencia hospitalaria», como derechos fundamentales de la persona humana. Superación del hospital clasista. 8. El Seguro de Enfermedad y la asistencia hospitalaria.—II. LA RENOVADA CONCEPCIÓN DEL HOSPITAL, BASE DE PARTIDA PARA LA NECESARIA REORDENACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA ESPAÑOLA. CONSECUENCIAS JURÍDICO-ADMINISTRATIVAS DE LA MISMA.

La Sanidad pública española presenta en la actualidad problemas que afectan a diversos aspectos de la misma.

La legislación fundamental en la materia, como es sabido, la constituye la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. Esta Ley

supuso un paso trascendental, cuando se dió. Sin embargo, en ciertos aspectos se ha quedado anticuada, en algunos fué modificada y desarrollada parcialmente, sin un criterio de unidad, y en otros muchos, no ha sido desarrollada, porque es una Ley que carece aún de Reglamento general de desarrollo y aplicación de la misma.

No obstante denominarse Ley de Bases, su artículo único, que precede a la Exposición de las Bases, dispone que las Bases de la Ley tendrán fuerza legal desde la publicación de las mismas. Sin embargo y a pesar de ser una norma vigente, la falta de desarrollo de dichas Bases y del correspondiente Reglamento ha impedido, en buena parte, la adecuada solución de algunos de los problemas abordados por el texto de la Ley.

Repeñimos que los problemas actuales de la Sanidad pública española son varios y complejos.

Nosotros vamos sólo a iniciar el estudio de uno de ellos, ciertamente capital en la problemática de la Sanidad: el tema hospitalario.

Nuestro interés por el estudio de este tema no obedece a una mera razón erudita o preocupación intelectual abstracta. Ha surgido de la observación y del enfrentamiento vivo y directo con la realidad. En concreto, por haber participado, como Asesor jurídico, en la reorganización y nueva estructura jurídico-administrativa de los servicios benéfico-sanitarios de la Diputación de Oviedo y de su antiguo Hospital provincial, en la actualidad convertido en Hospital General de Asturias. Su importancia y ejemplaridad traspasó ya el recio paredón de Pajares. Hoy —por algunos discutida en matices pero aceptada en bloque— constituye una institución pionera y piloto en el país, con la aspiración de colocarse en la línea de los niveles internacionales de asistencia.

Varias de las ideas, que a continuación se exponen, figuran plasmadas en el Reglamento de Servicios benéfico-sanitarios de aquella Diputación y forman parte del espíritu y *leader-ship* de los mismos. En otro trabajo nos ocuparemos detenidamente de ese Reglamento y de la institución asturiana.

Nos interesa, sin embargo ya, dejar constancia de nuestra gratitud a aquel grupo de hombres que con gran fe y alteza de miras —sólo servir mejor al enfermo— pusieron en marcha y llevan adelante la obra hospitalaria de Asturias.

No puedo menos de recordar los nombres de José LÓPEZ MUÑIZ, Carlos SOLER DURALL, José GARCÍA-BERNARDO, Ramón MUÑOZ Y BERNALDO DE QUIRÓS, Carlos ROA, Paulino VICÓN, Alberto FIGAREDO, Alfonso ARCUELLES, Eladio de la CONCHA, José SOMOLINOS, Hermógenes RODRÍGUEZ, Vicente ALMAZÁN, Luis CASALS, Manuel BLANCO, Antonio MORALES, Marino

FERNÁNDEZ, Ignacio MEDRANO. De ellos aprendí mucho y con ellos discutí y compartí comunes ideas y afanes.

Ahora, en tierras más cálidas y con mayor sosiego, estudio e investigo el amplio tema de la Administración asistencial.

Gracias a la Ayuda de la Junta para el Fomento de Investigación en la Universidad del Ministerio de Educación y Ciencia, he podido trabajar sobre algunos aspectos de la misma.

Este año, la «Fundación MARCH» me concedió una Ayuda para dirigir y realizar un estudio sobre «Regionalización hospitalaria».

El presente trabajo constituye un extracciado capítulo de la parte inicial de nuestra investigación. Con las debidas autorizaciones, que sinceramente agradecemos, se publica.

## I

### EVOLUCIÓN DE LA CONCEPCIÓN Y TELEOLOGÍA DEL HOSPITAL: DE UN ESTABLECIMIENTO CARITATIVO PARA ATENCIONES HETEROGÉNEAS, A UN SUSTANCIAL Y EXCLUSIVO CENTRO SANITARIO, COMPLEJO, COMPLETO Y ABIERTO A TODOS (\*)

#### 1. Breve referencia histórica. Prevalencia del carácter benéfico de la asistencia hospitalaria sobre el sanitario.

Una de las instituciones que en su concepción y planteamiento ha evolucionado notablemente en los últimos tiempos y que continúa en proceso abierto de renovación es la del hospital (1).

---

(\*) El examen de la evolución que señalamos —limitada al plano conceptual y teleológico del hospital— es apretado y a grandes caracteres. Requeriría desarrollarlo y enriquecerlo en diversos puntos y matices. Tal objetivo no podemos cubrirlo ahora. A los fines que pretendemos en este trabajo, bastará con que se recoja el trazo capital de la transformación.

Otros aspectos importantes de la historia hospitalaria (procesos mutatorios en la titularidad y gestión de los hospitales, en su organización territorial administrativa, en su personificación jurídica, períodos y razones históricas de la denominada asistencia hospitalaria domiciliaria, etc.) no son tratados aquí. Sobre estos temas nos remitimos, de momento, a la bibliografía que recogemos en este estudio.

(1) Cfr. T. E. CHESTER, *Hospital Administration: An International Survey*, en «Revista Internacional de Ciencias Administrativas», vol. XXIX, 1963, núm. 2, pág. 142; H. PEQUIGNOT, *L'hôpital entre son passé et son avenir*, en «Études», octubre 1955, pág. 62; *La evolución del papel del hospital en un mundo que evoluciona*, XII Congreso Internacional de Hospitales, Venecia, junio 1961. Sobre ese tema central del Congreso, cfr. el re-

Derivada del latín *hospes*, la palabra hospital tiene la misma raíz que hotel (2).

El hospital de Occidente fué durante tiempo —siglos IV al XII—, en muchos casos, un hotel gratuito e indiferenciado para acoger a los pobres y cuidar a los enfermos. A partir sobre todo del siglo VIII, cuando se organizan y desarrollan las grandes peregrinaciones jugó también el papel de asilo de peregrinos y de viajeros (3). Desde el siglo XII a la Reforma, las fundaciones de hospitales (4) en Europa se multiplicaron extraordinariamente y el hospital como institución alcanzó gran importancia.

Su erección por los reyes y señores feudales, cofradías religiosas, corporaciones o gremios, particulares o por los obispos, obedecía en muchos casos a una motivación religiosa.

sumen inserto en el núm. 6, págs. 7 y sigs., de la Revista «Estudios sobre Hospitales y Beneficencia», Barcelona, 1961; E. AUJALEU, *Evolution de l'hôpital dans un monde que évolue*, en «Techniques hospitalières», julio 1961; P. AURONSEN, R. CHEVERRY, *L'hôpital de demain*, París, 1964.

Sobre actual panorama de administración hospitalaria, cfr. *The hospital service of western europe*, «Report of second western european conference», abril 1964; *International hospital Federation in collaboration with King Edward's hospital fund for London*, London, 1965. Sobre renovación hospitalaria, cfr. números 3 y 4, correspondientes a los meses de noviembre de 1958 y diciembre de 1959, en la Revista «Estudios sobre Hospitales y Beneficencia», publicada por el Colegio de Médicos de Barcelona. En distintos números de esta meritoria Revista pueden encontrarse trabajos referentes a la renovación hospitalaria en diversos aspectos.

(2) Hospital (del lat. *hospitālis*), hotel (del fr. *hôtel*, y éste del latín *hospitālis*, de *hospes*, huésped) (Diccionario de la Lengua española de la Real Academia Española, vocablos «Hospital» y «Hotel», XV.ª edición, pág. 666).

Cfr. también René SAVATIER, *Les métamorphoses de la médecine hospitalière dans leur modernes expressions juridiques*, en «Droit social», septiembre-octubre 1962, París, 1962, página 479.

(3) Cfr. R. F. BRIDGMAN, *L'hôpital et la cité*, Editions de Cosmos, París, 1963, páginas 53 y 65.

No pretendemos hacer en este trabajo la historia hospitalaria, ni mucho menos. Ya hemos señalado, en la nota general al título del mismo, sus limitados objetivos y cuáles son nuestras pretensiones. Por ello nos referimos sólo a grandes rasgos a aquellos puntos generales que directamente nos interesan.

Sobre el hospital de Oriente, y en general sobre la historia del sistema hospitalario, además de otros libros que se citan más adelante, cfr. este mismo libro de BRIDGMAN. También, E. NASSALLI, en su resumen sobre *Le premier Congrès Européen d'Histoire des Hôpitaux*, publicado en «L'Hôpital et l'aide sociale a Paris», núm. 5, septiembre-octubre 1960; PADRÓS DE PALACIOS, *Historia del hospital*. Este libro no ha llegado a nuestro poder y, por tanto, no lo hemos leído. Conocemos el resumen de su autor en *Historia del hospital*, número 3 de la Revista «Estudios sobre Hospitales y Beneficencia», Barcelona, 1958, páginas 15 y sigs.

(4) Sobre los procedimientos y técnicas fundacionales en general, cfr. Tony SAUVEL, *Les fondations. Leurs origines, leur evolution*, en «Revue de Droit public», 1954, t. LXX, páginas 22 y sigs.

La Administración de los hospitales durante la Edad Media tuvo en buena parte carácter eclesiástico. Porque además de las fundaciones hospitalarias eclesiásticas, que provenían de los obispos o de los cabildos, en otros muchos casos, el señor, la cofradía o el particular, confiaban la administración de la fundación a la autoridad episcopal. Estos hospitales así controlados por el obispo eran denominados por los canonistas del siglo XIII «hospitalia publica» (o loci religioso) (5).

En dicho periodo, la administración de la caridad correspondía de hecho a la Iglesia, que ejercía en este campo, como escribe LAUBADÈRE (6) —refiriéndose a Francia—, una suerte de monopolio no oficial ni reglamentado por ordenanzas reales, pero admitido.

Los propios bienes de la Iglesia eran considerados como parcialmente gravados por una especie de hipoteca en favor de los pobres, igualmente una parte del diezmo era afectado al socorro de los pobres de la parroquia. Aun cuando en el siglo XIII —añade este autor— se manifiesta una tendencia de las ciudades a crear instituciones hospitalarias, éstas comportan al menos la autorización y control del obispo bajo la forma de un derecho de visita.

El hospital —y nos referimos fundamentalmente al europeo en la época citada— constituyó un establecimiento principalmente benéfico más que sanitario (7), para indiferenciadamente recoger y atender a los pobres, a los inválidos, a los peregrinos y curar gratuitamente a los enfermos indigentes (8).

Los famosos «hôtels-Dieu» (o «Maissons-Dieu») fueron establecimien-

(5) BRIDGMAN, *L'hôpital et la cité*, ob., pág. 79. Agrega este autor que «cuando los particulares o las corporaciones de artesanos erigen establecimientos hospitalarios sin intervención de la autoridad episcopal, precisando en el acto de fundación que confían su gestión a los representantes de las colectividades locales, estos hospitales son considerados como «hospitalia privata» y quedan fuera del derecho consuetudinario local, sin intervención alguna por parte del Obispo. Sin embargo, aun cuando los Decretos, después de Graciano, no digan nada sobre la administración hospitalaria y la legislación justiniana sea ampliamente sobrepasada a partir del XIII, los canonistas encuentran lazo obligatorio del hospital en el Obispo, por el sesgo que constituye la presencia obligatoria de la capilla en cada hospital, con las consecuencias que ello entraña».

(6) *Cours de Droit des services publics sociaux*, «Apuntes del Doctorado», París, 1957-58, página 51.

(7) En los Estados Unidos, por su juventud, el nacimiento de los hospitales se encontró más próximo temporalmente al desarrollo del progreso sanitario. Por ello están concebidos y estructurados como centros sustancialmente sanitarios. Esto no excluye que la motivación de su erección y mantenimiento sea en muchísimos casos benéfica, filantrópica o de carácter religioso.

(8) Ello, sin embargo, no significa que antes del siglo XVIII se desconociesen los hospitales especializados.

Las leproserías existían ya como tales en el siglo XII y se multiplicaron rápidamente.

tos generalmente no especializados, donde se recibían no sólo a los enfermos, sino también a los pobres, a los peregrinos, a las mujeres arrepentidas (9).

En la historia de muchos de los hospitales españoles se observa la mezcla de enfermería, asilo y hospedería (10), y también su causalidad caritativo-cristiana (11).

En Inglaterra, los «Voluntary hospitals», algunos de los cuales se remontan hasta la Edad Media, constituían instituciones de caridad para enfermos pobres, fundadas y dotadas económicamente por ciudadanos eminentes de cada localidad. Los médicos que prestaban sus servicios lo hacían gratuitamente. Los «Municipals Hospitals» estaban a cargo de las entidades locales. Asistían a los enfermos desvalidos y crónicos y estaban influidos por el espíritu de la famosa Ley de Pobres de 1834 («Poor Law Amendment Act»). Fundamentalmente, se clasificaban en dos tipos: para enfermedades infecciosas y hospitales generales (12).

---

Fueron organizadas en una buena parte por las municipalidades, que si bien no poseían hospitales generales, puesto que la caridad legal era una noción prácticamente desconocida en la Edad Media, erigieron estas leproserías.

También existían como establecimientos especializados los asilos para los enfermos atacados por el llamado «fuego de San Antonio».

En el Hôtel-Dieu, de París, se separaban los enfermos según el grado de su enfermedad (cfr. BRIDGMAN, ob. cit., pág. 76).

(9) LAUBADÈRE, *Cours de Droit...*, ob. cit., pág. 52.

Sobre el arquetipo del Hôtel-Dieu au Moyen âge, cfr. COYECQUE, t. I, *Histoire de l'Hôtel-Dieu* (1315-1552); t. II, *Deliberations du chapitre de Notre Dame de Paris relatives a l'Hôtel-Dieu* (1326-1539), Paris, Champion, 1891. Cfr. la historia hospitalaria francesa sobre la que existe mucha bibliografía. Entre otras obras, pueden consultarse: BRIÈLE, *Collection de documents pour servir a l'histoire des hôpitaux de Paris*, Imprimerie nationale, 1883; J. IMBERT, *Histoire des hôpitaux français*, Paris, 1847; *Le droit hospitaliere de la Revolution et de l'Empire* (Recueil Sirey), Paris, 1954; *Les hôpitaux de France*, Paris, 1958; Camille BLOCH, *L'assistance et l'Etat en France a la veille de la Revolution*; H. DEROUIN, A. GORY P. WORMS, *Traité d'Assistance publique*, dos tomos, Paris, 1914; Maurice ROCHIX, *Essai sur l'évolution des questions hospitalieres. De la fin de l'ancien regimen a nous jour*, Federation hospitaliere de France, Dijon, 1957, Paris, 1959; PARTURIER, *L'assistance a Paris sous l'ancien regime et pendant la Revolution*, Paris, Larose, 1897; TUETÉY, *L'assistance publique a Paris pendant la Revolution*, Imprimerie nationale, 1897.

(10) Cfr. los hospitales y sus reseñas históricas que se mencionan en el estudio de JIMÉNEZ SALAS (*Historia de la asistencia social en España en la Edad Moderna*, Madrid, 1958). Escribe este autor que la palabra hospital significa enfermería, asilo y hospedería, como puede advertirse por los fines que en la historia de la caridad se asigna a estos establecimientos (ob. cit., pág. 160).

(11) Cfr. JIMÉNEZ SALAS, ob. cit.

(12) Sobre la historia hospitalaria inglesa, Cfr. DAINTON, *The story of England's hospitals*, London, 1961; Brian Abel SMITH, *The hospitals 1800-1948*, London, 1964. De varios: *The Evolution of Hospitals*, en Britain Edited by F. N. L. Poynter, London, 1964.

En Inglaterra la fecha de 1948 es clave en la vida de los hospitales, puesto que ese año entró en vigor la «National Health Service Act. 1947». Por dicha Ley, el Estado asumía

Ese heterogéneo planteamiento teleológico, en cuanto a los fines y necesidades a cubrir por muchos hospitales (13) se explica, sobre todo, por el exiguo desarrollo de las técnicas sanitarias y también porque el establecimiento hospitalario constituyó una de las formas principales, en que se concretó e institucionalizó el ejercicio de la caridad cristiana (14), para con el débil y el que sufre, que con el deseo de aliviar *todas* las necesidades del prójimo enfermo o necesitado, puso a su servicio los medios y recursos técnicos de la época. La beneficencia —acción de caridad de entonces— comprendía indiscriminadamente la asistencia al pobre, ya fuera sano o enfermo (15).

Dicha concepción hospitalaria, prevalentemente caritativa y benéfica, sobre la asistencial-sanitaria, no caracterizó solamente esos tiempos lejanos.

En los países que atravesaron la conversión de la caridad en beneficencia, la estatalización de ésta, y su laicización (16), se conserva, en parte, hasta una época reciente.

---

la responsabilidad del cuidado médico sanitario de todas las personas que viven dentro de sus fronteras. *Cualquier persona con independencia de su situación socio-económica está cualificada para utilizar las prestaciones del «National Health Service»* (lo subrayado es nuestro). La propiedad de la mayor parte de los hospitales fué transferida al Ministerio de Sanidad. Cfr. GUASPARRI, *Per un servizio sanitario nazionale. Il National Health Service*, Milano, 1964, Giufré.

(13) Señala ARAGÓ que la distinción entre hospitales para enfermos y establecimientos destinados a indigentes e inválidos no se hace hasta principios del siglo XIX. Cfr. *Prospectiva hospitalaria*, en «Miscellanea Barcinonensis», Barcelona, 1964, pág. 15.

(14) LALLEMAND, *Histoire de la Charité*, París, 1902-1910; IMBERT, *Les hopitaux en droit canonique*, París, 1947.

«L'hôpital public dans la réglementation et l'organisation de l'assistance sanitaire en Italie» (Federation italienne des Associations regionales hospitalieres. Commission italienne de organisations du XII Congrès international des Hopitaux), Venise, 1961; Gerard VANDENBERGHE, *Institutions hospitalieres publiques*, Bruselles, 1961; ROMEU DE ARMAS, *La Iglesia y la beneficencia a través de los tiempos*, en «Caridad, Beneficencia, Asistencia Social», XIX Semana Social de España, Madrid, 1960, págs. 381.

Cfr. también JIMÉNEZ SALAS, ob. cit., y la bibliografía en ella recogida.

(15) En Italia, según la Ley de 17 de julio de 1890, núm. 6.972, sobre instituciones públicas de beneficencia —vigente en la actualidad en el aspecto que citamos—, «son instituciones públicas de beneficencia sujetas a la presente Ley las obras pías y todo ente moral que tenga en todo o en parte por fin: a) prestar asistencia a los pobres, *tanto en estado de salud como de enfermedad* (el subrayado es nuestro); b) procurar la educación, instrucción, capacitación a cualquier profesión, arte o menester, o en cualquier otro modo el mejoramiento moral o económico...» (cfr. en *Codice ospedaliero*, edizione Nazzaro-Cecco, Roma, 1960, pág. 269. Sobre el ámbito del concepto de beneficencia en dicha Ley, cfr. LENTINI, *Commento alla legislazione sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*, Napoli, 1951, pág. 8, Edit. Jovene.

(16) La asistencia hospitalaria en la época medieval, como queda dicho, corría en gran parte a cargo de la Iglesia y estaba configurada como una asistencia caritativa.

A partir del siglo XVI se inicia de una parte una intervención creciente del Rey, un

Por lo que respecta en concreto a España, en el Reglamento de 14 de mayo de 1852, de la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849, se incluyen bajo la rúbrica de Beneficencia, servicios claramente hospitalarios. Prevalece, por tanto, en dicha titulación el criterio de las calificaciones socio-económicas de los usuarios o pacientes, sobre el material o sustancial de las prestaciones facilitadas. Así, se consideran como Establecimientos generales de Beneficencia, los de locos —que hoy deben calificarse como auténticos hospitales psiquiátricos y, por tanto, como Centros estrictamente sanitarios (cfr. art. 2.º del Reglamento citado)—, a más de diversos hospitales (17), que figuran sin distinguir sustancialmente de los asilos y de otras clases de establecimientos asistenciales. Entre los Establecimientos provinciales de Beneficencia (art. 3.º) quedaban comprendidos tanto los hospitales de enfermos, como las Casas de Expósitos y Desamparados. Respecto a los establecimientos benéficos municipales, en el citado Reglamento se comprendían bajo una única denominación y sin

---

mayor control del Estado en los establecimientos hospitalarios. De otra parte, y junto a ella, se manifiesta un desarrollo de obras asistenciales del propio Estado.

A! final del «Ancien régime» se produce el movimiento de los novadores en contra del estado de asistencia. Se estima que la caridad es un sistema pasado, humillante, que no permite satisfacer las necesidades de los miembros de la sociedad. La palabra misma, decía VOLTAIRE, es «infame» y debe ser reemplazada por la de «beneficencia», inventada por el abat SAINT-PIERRE. Pero no se trata sólo de una cuestión de palabra: todo miembro de la sociedad tiene derecho a la vida y, por consiguiente, a la asistencia; ésta debe ser una función del Estado, un servicio público que debe, como los otros servicios del Estado, ser alimentado por el impuesto y también por la nacionalización de los bienes de las obras privadas y de las fundaciones.

Sería en la época de la Revolución cuando estas ideas madurarían y se produciría la estatalización de la llamada de forma nueva «beneficencia»— la antigua acción caritativa de la Iglesia—, para dar paso después a la «asistencia pública».

Por su parte, el vigente Código de Derecho canónico (ed. Miguélez-Alonso-Cabrerot —Código de Derecho canónico, bilingüe y comentado de B. A. C., Madrid, 1947), al referirse a los hospitales (de la Iglesia, como es natural), dentro de los institutos eclesiásticos no colegiados, mantiene el móvil que siempre ha guiado a la Iglesia en la creación de los mismos. Dice el canon 1.489: 1. «Los hospitales, orfanatos y otros institutos semejantes, destinados a obras de religión o de caridad, ya espiritual, ya temporal, pueden ser erigidos por el Ordinario del lugar...».

(17) Según la Instrucción para la administración y gobierno de los establecimientos de beneficencia general de 27 de enero de 1885 (art. 3.º), son establecimientos de Beneficencia general y funcionan como tales: 1. El Hospital de la Princesa, establecido en Madrid, con destino al albergue de enfermos de padecimientos agudos; 2. Los hospitales de los enfermos incurables o decrepitos, establecidos también en Madrid bajo la denominación de Jesús Nazareno y Nuestra Señora del Carmen; 3. El hospital de decrepitos y ciegos de ambos sexos, denominado del Rey, establecido en Toledo; 4. El hospital-manicomio de Santa Isabel, de Leganés; 5. El hospital hidrológico de Carlos III, establecido en Trillo (Guadalajara); 6. El Colegio de Ciegos de Santa Catalina de los Donados, de Madrid; 7. El Colegio de huérfanos denominados en La Unión, en Aranjuez.



especificar titulación, establecimientos con funciones bien distintas, unas materialmente sanitarias y otras benéficas (cfr. art. 4.º).

En lo referente al plano orgánico y jerárquico de la dependencia de nuestros Establecimientos generales de Beneficencia —muchos de ellos hospitales, como queda dicho— se observa que el criterio competencial determinante para fijar dicha vinculación era el de considerar la nota benéfica como la sustancial, puesto que dependían de la denominada entonces Dirección General de Beneficencia y Sanidad, del Ministerio de la Gobernación (18). Este criterio se mantiene en nuestros días —en que están separadas las Direcciones Generales de Beneficencia y Sanidad (19)— para algunos hospitales, puesto que varios dependen de la primera. Así, el Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado (nótese el título), el Hospital del Niño Jesús, el Instituto Oftálmico Nacional.

Por su parte, la Ley provincial de 1882, al señalar las competencias y atribuciones de las Diputaciones provinciales, se refiere a la creación y conservación de los Establecimientos de beneficencia, sin aludir a los de carácter sanitario (arts. 74 y 76).

El Estatuto municipal de 1924 (art. 150-15) consideraba a los hospitales entre los establecimientos de carácter benéfico, con los Asilos, Dispensarios, Clínicas, Casas de Socorro.

En el Estatuto provincial de 1925, los establecimientos hospitalarios provinciales se incluyen bajo la rúbrica de acción o servicios de Beneficencia. Y así, entre las obligaciones mínimas de las Diputaciones provinciales, en materia de beneficencia (art. 127) se señalan las siguientes: A) Sostenimiento, por lo menos, de una Casa provincial de Maternidad y Expósitos. [La Casa de Maternidad debe comportar exclusivamente una función sanitaria. Sin embargo, surgieron con un carácter benéfico discriminator, para proporcionar asistencia a las mujeres que habiendo concebido ilegítimamente, se hallaran en la precisión de reclamar este socorro. Artículo 17 del Reglamento de Beneficencia de 1852]. B) Sostenimiento de una Casa de Beneficencia hospitalaria [obsérvese el expresivo título]. D) Sostenimiento de una Casa de Caridad, para reclusión de dementes

---

(18) Artículo 5.º de la Instrucción de 27 de enero de 1885.

Ya en la Ley de 23 de enero-6 de febrero de 1822, sobre «Establecimiento general de la Beneficencia», se ponían bajo la dirección y vigilancia de las Juntas municipales de Beneficencia las casas de maternidad, las de socorro, los hospitales de enfermos, convalecientes y locos y la hospitalidad y socorros domiciliarios (art. 40).

(19) En el R. D. de 17 de octubre de 1919, arts. 6.º y 8.º, se asignan a la Dirección General de Beneficencia funciones sanitarias junto con otras jurídicas y administrativas, en relación con los Establecimientos de beneficencia de cualquier clase que sean.

pobres [esta clase de establecimientos deben configurarse como hospitales psiquiátricos y, por tanto, como centros sustancialmente sanitarios].

## 2. *Causas de la transformación hospitalaria.*

Modernamente, la concepción, clientela, y los fines del hospital, tanto del privado como del público, cambiaron notablemente.

El extraordinario progreso de las técnicas sanitarias, la especialización y colectivización o socialización de la medicina (20), el planteamiento macroscópico y las ambiciosas metas de la sanidad pública moderna (21) —para los hospitales del sector público— han sido, entre otras, las causas principales de la transformación.

El hospital se ha convertido en el lugar privilegiado para el ejercicio de una medicina, antes privada y que actualmente, por las formas y técnicas de su prestación, se le ha denominado «colectiva». Se trata de un fenómeno de «colectivización», que afecta tanto a los enfermos como a los médicos. Ya que, de una parte, los enfermos se trasladan al hospital para ser atendidos, y de otra, íntimamente relacionada con la anterior, la medicina se va a ejercer a través de una organización, en un medio colectivo (el hospital) y no individualmente, en las consultas de los médicos.

El hospital ha visto aumentada su clientela: enfermos que antes eran atendidos en sus domicilios pasan ahora al hospital, y además se ha transformado la procedencia social de la misma, constituida antes casi en su totalidad por pacientes de Beneficencia.

Ciertamente que la existencia de establecimientos de «cuidados colectivos», donde los médicos ejercían en el marco de una reglamentación de derecho público, es muy antigua. Pero en la medida en que el fin de los establecimientos hospitalarios era su origen, «albergar» más que cuidar, y en que estos establecimientos fueron reservados a una clientela de indi-

---

(20) Cfr. POURCEL-BROOTSCHERT, *La profesion médicale et son avenir*, París, 1965; HATZFELD, *La crisis de la medicina liberal*, Ed. Ariel, Barcelona, 1965; LINDSEY, A., *Socialized medicine in England and Wales Chapel*, 1962; LAZAREVITCH, *Le medicine en URSS*, París, 1953.

(21) Se ha definido la Sanidad pública moderna así: «Es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud y eficiencia a través del esfuerzo organizado de la comunidad, para: a) el saneamiento del ambiente; b) el control de las enfermedades infecciosas; c) la educación del individuo; d) la organización de los servicios médicos y enfermeras para el diagnóstico y tratamientos precoces de la enfermedad; e) el desarrollo de mecanismos sociales que aseguran a cada uno un nivel de vida adecuado al mantenimiento de la salud; organizado todo ello de tal manera que permita a cada ciudadano satisfacer su derecho a la salud y a la longevidad.

Cfr., en general, sobre el tema «Hanlon», *Principles of public health administration*, 3.<sup>a</sup> ed. St. Louis, 1960.

gentes, la medicina hospitalaria no hacía apenas sombra a la medicina liberal y privada (Jean SAVATIER, *Una profession libérale face au mouvement contemporain de socialisation*, en «Revue de Droit Social», núm. 9-10, París, septiembre-octubre 1962, pág. 477).

El fenómeno que señalamos constituye un supuesto distinto del de la «estatalización» o «nacionalización» de la medicina. Estas figuras implican el traspaso a manos públicas de entes e instituciones hospitalarias privadas, o la creación por el Estado y la Administración pública, «ex novo», de entidades u organismos para realizar prestaciones asistenciales sanitarias, antes atendidas por los particulares, entidades privadas o no cubiertas por nadie.

La socialización o colectivización de la medicina en el sentido mencionado, pueden producirse con independencia de la estatalización y se refieren estrictamente al desplazamiento de los enfermos y del ejercicio de la medicina por los médicos a los hospitales, cualquiera que sea la clase de sujeto que ostente la titularidad jurídica del establecimiento donde se ejerce tal medicina colectiva, ya sea el Estado, otros entes públicos o las organizaciones sociales, profesionales o privadas, e incluso a veces un solo particular.

En nuestro tiempo se ha incrementado extraordinariamente el proceso de estatalización de la asistencia hospitalaria, por distintas causas, que no examinamos ni enjuicamos ahora. Y ciertamente que la estatalización hospitalaria origina y produce la colectivización de la medicina. Como asimismo ésta favorece una posible estatalización. Pero propiamente son figuras distintas.

Los Estados Unidos son, probablemente, el país del mundo que absoluta y relativamente —en función de la cifra de población— cuenta con el mayor número de hospitales, donde la medicina se desarrolla principalmente en el medio hospitalario, y sin embargo, quizás el país más liberal, en cuanto a intervención estatal en materia hospitalaria y propiedad y control de los hospitales, por la gran cantidad de ellos, que pertenecen a entidades y asociaciones privadas.

La estatalización hospitalaria y de las prestaciones sanitarias, entendidas como asunción por el Estado o los entes públicos de esas clases de prestaciones, constituyen temas ya más estudiados y comentados. En cambio, el de la colectivización de la medicina en el sentido que lo planteamos, no ha sido suficientemente distinguido de los supuestos de la estatalización y nacionalización.

Son fundamentalmente razones técnicas, más que ideológicas o políticas, las que imponen la colectivización de la medicina, entendida como

marcha de los enfermos a los hospitales para ser atendidos en ellos, y como desplazamiento también del ejercicio de la medicina de los consultorios privados a los hospitales.

Entre otras, de dichas razones, pueden señalarse las siguientes, señaladas en el trabajo citado de René SAVATIER (*Les metamorphoses...*, ob. cit., páginas 485 y sigs.).

La medicina moderna exige medicamentos caros y raros. En una colectividad de enfermos reunidos, se escogerán mejor los pacientes para los cuales aquéllos resultan más necesarios. Por su parte, el gran costo de las instalaciones, instrumentos y servicios hospitalarios, supone que éstos sean utilizados al máximo para alcanzar su más plena y adecuada amortización, lo que se conseguirá mejor en los lugares donde estén concentrados los enfermos tributarios de esas instalaciones y aparatos.

La medicina colectiva u hospitalaria resulta al enfermo más barata que la domiciliaria, por lo que el paciente lógicamente tenderá a ella. Pero es que, además, el tratamiento a domicilio no solamente resulta más costoso en sí, sino que exige condiciones de vivienda y medio familiar que quedan lejos de ser siempre reunidas.

Por parte de los médicos existen también poderosas razones para que la acción de los mismos se encamine al hospital.

La especialización de la medicina de por sí milita también por el ejercicio colectivo de ésta. Tanto los casos médicos que exigen tratamiento más allá de los de la medicina general, los exámenes de especialistas, como la cura individual, reenvían sin cesar el paciente de médico a médico.

Pocos médicos pueden individualmente costear la instalación y sostenimiento de instalaciones y aparatos caros, como una bomba de cobalto o un pulmón artificial, teniendo, sin embargo, necesidad de usarlo para sus enfermos. Entonces no tienen más que dos medios para ello: asociarse varios en un establecimiento privado o aprovechar el conjunto de instrumentos e instalaciones de un centro público. La inmovilidad de estos equipos impone por su parte un establecimiento común de «cuidados colectivos».

Mas no se trata solamente de razones económicas. La misma constatación se impone para los equipos humanos. Cualquier intervención quirúrgica de mediana importancia requiere no sólo la actuación del cirujano, sino de todo un equipo operatorio, como asimismo de personal que atienda los cuidados pre y post-operatorios. Pocos médicos disponen en sus servicios privados de ese complejo, por lo que tendrán forzosamente que acudir a un centro colectivo público o privado.

La necesidad de utilizar frecuentemente y de forma rápida de los servi-

cios centrales, como rayos X, hematología y hemoterapia (banco de sangre), laboratorios de análisis, etc., sólo será posible de un manera verdaderamente eficaz en un centro hospitalario.

El hospital responde a todas las exigencias apuntadas, puesto que es doblemente un lugar de ejercicio de la medicina colectiva, en cuanto reúna a la vez un gran número de enfermos y un conjunto de médicos especializados y de personal técnico auxiliar. Es, por consiguiente, un lugar técnicamente privilegiado para el ejercicio de la medicina. He aquí por qué por encima de las servidumbres, de las incomodidades y de los complejos que sufren inevitablemente los clientes de la medicina hospitalaria, esta clientela no cesa de aumentar.

3. *Depuración del concepto y fines del hospital en base a criterios estrictamente técnico-sanitarios. El ensanchamiento, al mismo tiempo, de las funciones hospitalarias.*

En nuestro tiempo, el concepto de hospital se depura extraordinariamente, en base a unos criterios de carácter estrictamente técnico-sanitarios. Quedan fuera del marco de sus atenciones y fines aquellos que no sean de tipo sanitario. Las asistencias de otra clase deberán ser prestadas íntegramente por instituciones *ad hoc*. Así, sin perjuicio de la necesaria continuidad, de la existencia de asilos, hospicios y centros benéficos y asistenciales para recogida y atención de pobres, indigentes (no enfermos), etc., como de la conveniente creación de otros establecimientos, para cubrir nuevas necesidades asistenciales, el hospital de nuestro tiempo se concibe como un *establecimiento sustancial y exclusivamente sanitario*.

Empero, realizada esa poda de los fines heterogéneos, que cumplían hospitales de otro tiempo, en la actualidad —sobre la base de una vertebración estrictamente sanitaria— el hospital ensancha extraordinariamente sus funciones, al convertirse en una empresa sanitaria compleja (22), que deberá prestar una *asistencia médica completa* y no meramente episódica. Será un centro difusor de la salud, la pieza clave de la organización, acción y educación sanitaria, de la sociedad o en su caso de la Administración pública e instrumento indispensable en la elevación del nivel sanitario de un país (23).

(22) De todas las modernas empresas —dice Mac EACHERN (*Hospital organization and management*, Chicago, 1957, pág. 83)— ninguna es más compleja que el hospital.

(23) Cfr. M. DAVID, *La posición del hospital en la sociedad americana*, en OWEN, *Modern Concepts of Hospital Administration*, Philadelphia and London, 1962. Citamos por la edición castellana de México, 1963, pág. 8. Dice este autor que «los motivos básicos para la revolución ocurrida en los hospitales fueron los progresos de la ciencia médica, el arte y la tecnología de la medicina y la exigencia, por parte del pueblo, de recibir los

El hospital, a más de potenciar la función asistencial de medicina curativa, deberá realizar medicina preventiva (24), y de rehabilitación y recuperación del enfermo. En suma, proporcionar una «asistencia integrativa».

El concepto de «asistencia integrativa» —dice C. SOLER DURALL (25)— se corresponde con lo que en la terminología de la moderna sanidad americana se entiende por «*comprehensive care*», aludiendo a su cualidad de ser amplia, comprendedora; cualidad que tan bien expresa la frase latina: «*Totus in toto, et totus in qualibet parte*», es decir, completa como un todo y completa en cada una de sus partes.

La «asistencia integrativa» es consecuencia de: a) Una apreciación rea-

beneficios de este progreso. En consecuencia, la sociedad norteamericana, por acción particular y por intermedio de los gobiernos locales, estatales y nacionales, ha puesto a disposición de una vieja institución recursos económicos y humanos que han transformado al hospital, del albergue de mendigos que era, en una institución médica que utiliza y aplica las ciencias y las artes de la medicina al servicio del pueblo.

Agrega (pág. 8) que «desde el comienzo del siglo xx han ocurrido siete cambios mayores en la posición del hospital: Ampliación de las funciones, de forma que el hospital se ha convertido en el agente central de la sociedad para unir y organizar los conocimientos y la tecnología médica al servicio del pueblo; Aumento de la clientela del hospital; Extensión del papel de los gobiernos locales, estatales y nacionales en la hospitalización; Nuevos recursos de ingresos para el hospital; Predominio de la práctica profesional particular y fomentar la calidad de atención. Cualquiera de estos cambios sería importante; en conjunto, constituyen una verdadera revolución».

(24) La medicina preventiva es un objeto básico de la Sanidad moderna. Señala SOLER DURALL que el primer esfuerzo organizado en este sentido fué llevado a cabo en San José (California) en 1949. Desde entonces el procedimiento ha sido aplicado y perfeccionado por centenares de Centros.

«La medicina preventiva —scribe—, concebida como examen periódico de salud, para anticiparse a la enfermedad, descubriéndola cuando hay un máximo de posibilidades de curación y un mínimo de riesgo para el individuo, es un aspecto de la asistencia tan atractivo por sí mismo, que no necesita de ninguna ayuda para convencer.

Cualquier adulto consciente y responsable se convierte rápidamente en un entusiasta de la medicina preventiva. El individuo inteligente se aferra a la Medicina preventiva como uno de los más importantes medios a su alcance para defenderse de las enfermedades crónicas que le acchan para matarle o para convertirlo prematuramente en un viejo inútil.

Cuando se analizan datos estadísticos, fruto de encuestas y estudios, entonces la medicina preventiva adquiere una dimensión social importante. Primero se determina el porcentaje de enfermedades crónicas que han sido descubiertas por la medicina preventiva; luego cuántas de ellas han sido curadas o frenadas en su evolución, gracias exclusivamente a haber sido descubiertas precozmente; basta entonces imaginar cuál hubiera sido el porvenir de aquellas personas de no haberlas tratado a tiempo. Cuando se comparan grupos de población homólogos, unos disfrutando de las ventajas de la medicina preventiva y otros no, las diferencias son espeluznantes. La fría consideración numérica basta para terminar de convencer a los que no intuyeron *a priori* la importancia de la medicina preventiva.

Cfr. también sobre el tema: C. SOLER DOPFF, *Medicina clínica preventiva*, en «Gaceta Sanitaria y Asistencial del Ayuntamiento de Barcelona», Barcelona, abril-junio de 1960, páginas 17 y sigs.; MAXCY-ROSEMAN, *Preventive Medicine and public health*, ninth edition, New York, 1965.

(25) En texto manuscrito del autor, no publicado.

lista del problema que requiere asistencia, mediante la valoración técnica de todos sus aspectos; *b*) La existencia de un adecuado sentido de la responsabilidad por parte del organismo que administra la asistencia. Si no se dan estos dos requisitos previos, no puede haber «asistencia integrativa».

Proporcionar una «asistencia integrativa» —añade SOLER— quiere decir no limitarse a la solución temporal de un episodio agudo, como si todo el problema estuviera reducido al episodio mismo; esto sería una asistencia parcial, por cuanto la valoración del problema fué también incompleta. Es fundamental, en cumplimiento del primero de los postulados enunciados, valorar objetivamente el problema que requiere asistencia, ya sea éste un hombre enfermo o un niño abandonado, porque curar al enfermo o reintegrar el niño abandonado a su hogar es una solución, pero puede que no sea «toda» la solución que el caso requiera.

La asistencia integrativa implica que la asistencia que se preste no sea parcial ni episódica, sino completa y total. En el supuesto de asistencia hospitalaria, que estudiamos, que la asistencia médica sea completa (25 bis).

---

(25 bis) Escribe SOLER DURALL que cuando analizamos los problemas descubrimos que esa realidad es rica en detalles que afecta al individuo y que van más allá del aparente comienzo y de la aparente terminación del problema (ya sea éste una anomalía fisiológica o social). Este período, comprendido entre la aparición del comienzo y la aparición de terminación, ha venido siendo el objeto de la asistencia tradicional a los individuos necesitados de asistencia.

Era la asistencia a una parte, a un «episodio», hemos dicho antes, actitud lógica cuando se creía que el «episodio» era toda la historia. Pero en cuanto adquirimos conciencia de que el problema posee unos determinantes anteriores y unas consecuencias, cuando aprendemos que la anomalía puede tener sus causas y a la vez repercutir más allá de los límites del individuo, en su familia, en su medio laboral, en la sociedad, la actitud del que administra la asistencia ya no puede limitarse al «individuo en su episodio», ha de engrandecerse y humanizarse, tiene que comprender al individuo y a cuantos guarden una relación causal o reciban los efectos del problema del individuo objeto de la asistencia, tiene la asistencia que empezar pronto, anticiparse a la aparición del episodio y no cesar al terminar la anomalía del individuo, sino cuando su reintegración como ente familiar, laboral y social se completa.

Plantado así, por apreciación realista, el problema, corresponde entonces programar la asistencia, que implicará concurrencias técnicas, instalaciones y especialistas, todos ellos al servicio de la solución total y definitiva del problema. Problema que habrá sido analizado desde todos sus ángulos y que ha obligado en definitiva a poner en marcha un programa de «asistencia integrativa».

Se comprende que la «asistencia integrativa» sea mucho más completa y posee más trascendencia social que la «asistencia». Pero a la vez es mucho más humana, porque se ocupa del individuo como persona y como parte de un cuerpo social. Es mucho más responsable por el mero hecho de no rehuir las nuevas responsabilidades que ella misma se atribuye. Es, en fin, más sincera porque se propone la solución verdadera de los problemas.

Son pocos los problemas que escapan a una «asistencia integrativa», ni tan siquiera aquellos en los que cabe esperar una «restitutio ad integrum» en brev<sup>r</sup> plazo. El mismo

También el hospital, en plano de extraordinaria importancia, deberá realizar funciones didácticas e investigadoras (26), debidamente programadas y colectivamente organizadas.

Hay que subrayar que en el hospital público de nuestro tiempo la función asistencial sanitaria es sustantiva y primordial a la institución y no meramente subsidiaria o complementaria, de la asistencia domiciliaria, como ha sido considerada en alguna época y concretamente en España (27).

En la actualidad son fundamentalmente razones técnico-sanitarias, se-

---

hecho de coordinar esfuerzos e investigar repercusiones, aunque no haga falta acción alguna, es ya «asistencia integrativa».

Los ejemplos de problemas que requieren o se benefician enormemente de una «asistencia integrativa» son infinitos.

Escojamos un problema de asistencia sanitaria, verbigracia, la asistencia al enfermo epiléptico. Los síndromes epilépticos son multicausales y poseen un gran polimorfismo sintomático; su asistencia puede requerir toda la gama de atenciones que un servicio benéfico-sanitario puede proporcionar, desde el internamiento en el hospital temporal, hasta la reeducación vocacional en un Centro de rehabilitación, o la simple observación por el Departamento de Asistencia Social, o el mero uso de las facilidades diagnósticas del servicio (por ejemplo, electroencefalograma), o del tratamiento ambulatorio, quizás domiciliario, etcétera. Lo que sí es fundamental es que el enfermo sea asistido por una institución flexible que le proporcione en todo momento lo que más necesita, que lo tutele, que lo «asista», que le ayude a reintegrarse a la escuela, al trabajo, al medio familiar, etc., que algún departamento concreto del Servicio sea responsable de la asistencia continua y de las atenciones concurrentes o alternativas de otros Departamentos; en otras palabras, que se le preste una «asistencia integrativa».

Sin temor a exagerar, puede asegurarse que el porvenir del epiléptico como ciudadano y como parte de la sociedad depende de la que se le proporcione o no asistencia integrativa. Con asistencia integrativa, el epiléptico puede ser prácticamente normal; sin ella, fuente inacabable de dificultades para consigo mismo y para los demás.

(26) Cfr. sobre las funciones del hospital moderno, el fundamental libro citado, de MAC EACHERN, *Hospital organization and management*, Chicago, 1957, págs. 29 y sigs.

(27) Así, en nuestra Ley de Beneficencia de 1822 (art. 104) se decía: «Los enfermos que no pudiesen ser asistidos y curados en sus propias casas, lo serán en los hospitales públicos».

El mal estado, en diversos aspectos, de nuestros establecimientos hospitalarios determinó una preferencia por la asistencia domiciliaria frente a la hospitalaria. Así, Javier de BURGOS, en su famosa Instrucción a los Subdelegados de Fomento de 30 de noviembre de 1833, propugnaba la beneficencia domiciliaria frente a la hospitalaria, que fustiga duramente (cfr. capítulo IX de la citada Instrucción). El carácter rudimentario y simplista de la asistencia técnico-sanitaria podía quizás justificar dicha preferencia. En la actualidad, por razones obvias, esa postura es insostenible.

Los filósofos «novadores» del siglo XVIII y «les cahiers de dolences des Etats generaux» dirigieron duras críticas a la situación hospitalaria de su época. Se referían a la manera cómo los hospitales eran administrados, a los privilegios y «recomendaciones» necesarias para hospitalizarse, al sistema de fundaciones hospitalarias individuales (cfr. el artículo de TURCOT en la «Enciclopedia», voz «Fundación»); en fin, al principio mismo del hospital, al cual oponían la fórmula muy superior, según ellos, de «los socorros a domicilio» (un resumen de esas críticas puede encontrarse en el capítulo introductorio al libro de IMBERT, citado, *Le Droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*).



ñaladas anteriormente, las que justifican el carácter sustancial de la asistencia hospitalaria, sin perjuicio de que en el hospital existan ambulatorios, consultas externas y que su acción llegue hasta el ámbito familiar, pudiéndose prestar por el mismo determinada asistencia hospitalaria. Con ello la función hospitalaria se ensancha nuevamente y supera el marco estricto de la hospitalización.

La expuesta y amplia configuración de las funciones del hospital no quiere decir, sin embargo, que todos y cada uno de los hospitales deban realizar en toda su extensión y plenitud todas ellas. La mayor o menor extensión del cumplimiento de las mismas dependerá del lugar y graduación funcional que un hospital en concreto ocupe en una red hospitalaria regionalizada, en la que todos los hospitales deben estructurarse como piezas al servicio de la «asistencia médica completa», que debe proporcionar la red y que resultará de la actuación cooperadora y conjunta de todos ellos.

#### 4. *Continuación de la caridad como móvil y espíritu de la asistencia hospitalaria.*

La mencionada depuración del concepto y fines del hospital no constituye obstáculo en modo alguno, ni impide (y pensamos principalmente en los hospitales del sector privado y en los de la Iglesia) que siga siendo en última instancia la caridad cristiana el móvil de la creación y sostenimiento de los hospitales y el motor de toda su vertebración y asistencia.

Lo que ocurre es que debe remodelarse en parte, no el espíritu, pero sí la forma de articular y ejercer la caridad de los viejos hospitales. Ahora será, a través del adecuado funcionamiento de unos servicios e instalaciones y del competente ejercicio de las técnicas sanitarias, como el mundo de hoy reclama y exige que se ejerza la caridad para con el enfermo (28), a más, por supuesto, en todo caso, de lo que respecta a la delicadeza y trato personal con el paciente que deberá seguir empapado de la virtud del amor. Esa asistencia técnica, ejercida humanizadamente (29) y vista con óptica sobrenatural, constituye excelente forma de practicar la caridad.

---

(28) Por supuesto que las medidas de medicina preventiva constituyen en su fondo una acción de caridad, ya que procuran que las personas no lleguen a «ser enfermos».

(29) Cfr. Pierre DELORE, *L'hôpital humanisé*, París, 1959; Charles CHILARD, *L'humanismo hospitalier*, Editions du Cosmos, París, 1962. Más concretamente sobre las relaciones médico-enfermo, cfr. LAÍN ENTRALCO, *La relación médico-enfermo*, Revista de Occidente, Madrid, 1963.

### 5. *La definición de la O. M. S.*

El carácter completo de la asistencia hospitalaria ha sido destacado por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), que ha elaborado la siguiente definición de hospital, en la que se incluyen los aspectos mencionados:

«El hospital es parte integrante de una organización médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria *completa* (el subrayado es nuestro), tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación» (30).

### 6. *Sanción jurídica por nuestra Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962, al depurado concepto de hospital.*

En línea, con el expuesto concepto renovado de hospital, en nuestra patria últimamente y en nuestra primera (31) Ley de Hospitales de 21 de julio de 1963, se define —creemos que en cierto sentido, por primera vez en nuestro derecho positivo (32)— lo que el Ordenamiento jurídico entiende por «hospital».

En efecto, el artículo 1.º de esa Ley dice:

«Son hospitales, cualquiera que sea la denominación que ostenten, los establecimientos destinados a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que pueda realizarse en ellos,

---

(30) X Asamblea. Crónica, junio-julio 1957.

El hospital de nuestros días —se dice— es un centro de irradiación de conocimientos y actividades técnicas, encargadas de velar por la salud de la población. Tiene que disponer de los medios necesarios para formular un diagnóstico inmediato, para prescribir el tratamiento adecuado y para aplicar, cuando así proceda, medidas de readaptación sin pérdida de tiempo (A. L. BRAVO, X Congreso Internacional de Hospitales, Lisboa, junio 1957. Cita tomada de la Revista «Estudios sobre Hospitales y Beneficencia», núm. 3, Barcelona, 1958, página 11).

(31) La Ley de 23 de enero-6 de febrero de 1822 no es, como alguien ha pensado, una Ley propia y exclusiva de hospitales, sino sobre «Establecimiento general de la Beneficencia». Dedicó sólo el título séptimo a la hospitalidad pública.

(32) En la normatividad hospitalaria anterior no hemos encontrado un concepto técnico-sanitario de hospital, aunque sí ideas genéricas e imprecisas de esa institución, referentes a clases de hospitales, tipos de enfermos a atender, etc.

Cfr. las Leyes del título XXXVII, libro VII de la Novísima Recopilación, y también las citadas Leyes de 1822, la de Beneficencia de 1849 y su Reglamento de 1852, Reglamentos de distintos hospitales y demás disposiciones citadas en este trabajo.

además, en la medida que se estime conveniente, medicina preventiva y de recuperación y tratamiento ambulatorio.

Los hospitales son también Centros de formación del personal técnico y sanitario y de investigación científica, siempre que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines, que lo consientan el carácter y finalidad de cada Institución y que se establezca la debida coordinación con los Centros docentes oficiales» (33).

Nuestra Ley reivindica fácilmente la vetusta y correcta denominación de «hospital», que había sufrido en los últimos tiempos una drástica depreciación e incluso sustitución nominal, de signo un tanto demagógico, en parte excusable, por el lamentable estado de algunas de nuestras instituciones hospitalarias con este nombre.

En el panorama hospitalario mundial, la denominación de «hospital» es la utilizada generalmente.

No parece que existen poderosas razones para renunciar a la misma, ciertamente arraigada y acuñada de forma universal y por supuesto en nuestra patria.

La definición legal española recoge y otorga sanción jurídica al concepto de hospital, en su más pura decantación técnico-sanitaria. Se basa, sobre un limpio criterio sustancial o material sanitario, desprovisto de adherencias de otra índole, desvinculado del tema de su propietario o titular jurídico, y purificado de su histórico y tradicional referimiento e involucración con los criterios formales de las condiciones socio-económicas de los posibles usuarios del mismo (34). Porque lo esencial y característico del concepto de hospital es proporcionar asistencia sanitaria (médico-clínica, preventiva, etc.). Por tanto, deberán excluirse de su comprensión aquellos centros o establecimientos que presten fundamental o principalmente otras clases de asistencia, es decir, que no atiendan a «enfermos»,

(33) El Reglamento de los Servicios benéfico-sanitarios de la Diputación de Oviedo de 21 de noviembre de 1961 establece los fines de una completa asistencia hospitalaria (cfr. artículos 2, 3 y 4).

(34) En este último punto, por el que se supera la vieja concepción del hospital como establecimiento sustancialmente benéfico, se sigue la tendencia de otros Ordenamientos jurídicos. Así, la Ordenanza francesa núm. 58/1.198, del 11-12-58, modificó el párrafo 1.º del artículo 678 del Código de la Sanidad Pública, que definía al hospital público como «el establecimiento donde se cuida gratuitamente a los enfermos indigentes», y suprimió toda alusión a la gratuidad y al carácter socio-económico de los pacientes. Cfr. P. Codentro del capítulo de los hospicios). Cfr. *Legislation hospitalière*, citada, t. II, *Hospitaux et hospices publics*, Editions Berger, Letra últ., París, 1960, pág. 8. También, según la citada Ordenanza (art. L, 679, Code de la Santé Publique. *Reforme de la législation hospitalière*), «los hospitales y hospicios públicos son abiertos a todas personas cuyo estado requiera sus *hospices publics*, pág. 8.

aunque realicen de manera complementaria alguna asistencia médica. Nos referimos con esto a la distinción de los hospitales, de los conceptos de hospicio, asilo, etc., a veces no diferenciados de aquél con suficiente nitidez (35).

En la citada definición de hospital no se precisa si la asistencia médico-clínica se refiere a enfermos agudos o también a crónicos e incurables. Por ello debe estimarse que quedan incluidos en el mismo tanto los hospitales de agudos como los de crónicos e incurables, siempre que la asistencia médico-clínica que en los mismos se preste sea lo tipificador y esencial del establecimiento.

Por otra parte, hubiera sido más completo añadir en tal definición, después de «asistencia médico-clínica», la palabra con «internamiento» u otra similar, para que quedara bien recalcado, que también lo específico, y caracterizador de la institución hospitalaria, es el internamiento, aunque además se desarrolle por ella asistencia de ambulatorio y domiciliaria.

7. *La apertura hospitalaria. El «derecho a la salud» y «a la asistencia hospitalaria», como derechos fundamentales de la persona humana. Superación del hospital clasista.*

Empero, en nuestro tiempo, el hospital público no sólo se convierte en un establecimiento sustancial y exclusivamente sanitario, sino que por otra parte se abre a todos cuantos ciudadanos lo necesiten, cualquiera que sea su condición socio-económica. Ya no será un establecimiento únicamente para pacientes benéficos y gratuitos. Albergará también usuarios de pago propio (36) y constituirá el «hospital de todas las clases». Todos los

(35) La legislación francesa última, que, como queda dicho, supera el viejo concepto de hospital, no parece, sin embargo, recoger plenamente tal separación. La modificación y nueva redacción del artículo 678 del Código de la Salud Pública, dada por la citada Ordenanza núm. 58 de 11-12-1958, establece lo siguiente: «Los hospitales y hospicios públicos constituyen establecimientos públicos, comunales, intercomunales, departamentales, interdepartamentales o nacionales.

*Los hospitales* proveen a los exámenes de medicina preventiva y de diagnóstico, al tratamiento con o sin hospitalización de los enfermos, heridos, convalecientes y mujeres en cinta, y comprendido especialmente, si el caso se presenta, la readaptación funcional, así como el aislamiento profiláctico. *Ellos pueden igualmente comprender uno o varios servicios de hospicio* (el subrayado es nuestro).

*Los hospicios* proveen al albergue de los viejos, enfermos e incurables y les aseguran, si el caso lo requiere, los cuidados necesarios. Cuando ellos no reciben más que viejos, estos establecimientos son denominados *casas de retiro*».

(Los hospitales llamados de «crónicos» quedan, pues, incluidos en la legislación francesa dentro del capítulo de los hospicios). Cfr. *Legislation hospitalière*, t. II, *Hopitaux et hospices publics*, pág. 8.

(36) En España, en algunos hospitales públicos de Beneficencia se admiten algunos enfermos de pago. Por su parte, la Ley de Régimen Local autoriza la percepción de de-

enfermos pagarán. La única diferencia entre ellos radicará en que habrá quienes paguen por sí mismo todo el costo de su asistencia hospitalaria y un gran número, mucho mayor, para los cuales un «tercero» (Beneficencia, Seguridad Social, etc.) abonará todo o parte del citado costo asistencial.

La cualificación de usuario benéfico (37), de acogido a la Seguridad Social, de «privado», como cualquier otra de carácter socio-económica, deben constituir solamente categorías formales, traducibles en las correspondientes imputaciones de abono de los gastos de la asistencia hospitalaria, a las Entidades públicas, privadas, a quienes legalmente corresponda o en su caso a los propios interesados.

También otras causas, además, de las mencionadas del progreso técnico-sanitario, especialización y colectivización de la medicina, etc., son las determinantes de esa apertura hospitalaria.

En el terreno de las ideas y conquistas jurídico-políticas, ha pasado a primer plano —incluso constitucionalizado a veces— la protección a la salud y «el derecho a la salud» (38), como atribuido esencial de la persona

---

rechos y tasas, por asistencias y estancias en los hospitales, dispensarios, sanatorios, de las Corporaciones locales, cuando se trate de personas pudientes o cuyos gastos deban sufragarse por otras entidades que lo sean (arts. 440-20 y 604-2, c).

La Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962 establece el principio de «hospital abierto» (art. 2.º). La Ley prácticamente no está en vigor. Carece aún de Reglamento y no ha sido desarrollada.

(37) Cfr. sobre el concepto de Beneficencia el trabajo de GUASP, *La Beneficencia como objeto formal de la actividad administrativa*, en el volumen colectivo «Estudios de homenaje a JORDANA DE POZAS», Madrid, 1962, III, 2.

(38) Cfr. René SAVATIER, *El Derecho al servicio de la persona*, en «Socialización y persona humana», Barcelona, 1963, pág. 312. Cfr. también el mismo autor: *Un atributo esencial del estado de las personas: la salud humana*, en su obra *Les metamorphoses économiques et sociales du Droit privé d'aujourd'hui*, troisième série, *Approfondissement d'un droit renouveau*, Dalloz, París, 1959, págs. 62 y sigs.

Según la Declaración universal de los Derechos del Hombre, de 10 de diciembre de 1948 (Publication officielle de L'ONU, New York, 1949), «toda persona tiene derecho a un nivel de vida suficiente para asegurar su salud, su bienestar y el de sus familiares, especialmente por la alimentación, el vestido, la vivienda, los cuidados médicos, así como los servicios sociales necesarios» (art. 25).

En la Declaración de los Derechos del Niño se recoge que el niño enfermo debe ser asistido (IV).

El derecho a la salud es un aspecto y consecuencia del derecho a la vida, que es el derecho cardinal, por así decir, y que lleva implícito el derecho a la salud.

La citada Declaración universal de los Derechos del Hombre declara en primer lugar (art. 3.º) el derecho de todo individuo a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

El texto de la Convención europea de los Derechos del Hombre (utilizamos el publicado por la Dirección de l'information del Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1952, páginas 44 y sigs.) —que, según dice su Exposición de Motivos, tiende a asegurar el conoci-

humana y del que el «derecho a la asistencia hospitalaria» constituye una especie y articulación técnica concreta.

El derecho a la salud se configura como derecho fundamental de la persona. Entendido además este derecho en sentido positivo y en su grado máximo de plenitud, pues como señala el texto constitucional de la O. M. S. (Organización Mundial de la Salud), «la salud es un *estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia* de afecciones o enfermedades. *El goce del grado máximo de la salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*» (el subrayado es nuestro) (39).

miento y la aplicación universales y efectivas de los derechos anunciados en la Declaración universal de los Derechos del Hombre de 10 de diciembre de 1948— no alude específicamente al derecho a la salud, pero declara el derecho a la vida, en primer lugar, de todos los derechos. Como aspecto de este derecho a la vida, hay que comprender, según queda dicho, el derecho a la salud, que implícitamente debe atenderse reconocido también en el texto de la Convención europea, por la remisión, que en la Exposición de Motivos de éste se hace, a la Declaración universal de los Derechos del Hombre, en que se reconocía expresamente.

El que los derechos a la vida y a la salud ocupan un lugar de prioridad sobre el derecho a la libertad, justifica las limitaciones que para proteger la salud, bien colectiva o individual, pueden imponerse a ese último (cfr. arts. 87-2, 10-2, 11-2 del citado texto de la Convención europea).

Existe unida al «derecho a la salud» una obligación social del hombre a la salud, pues de su salud dependerán la salud de los otros y la salud colectiva. Esa obligación a la salud puede exigirse por el Poder público dentro de ciertos límites. Cfr. AUBY, *L'obligation a la santé*, en «Annales de la Faculté de Droit de Bordeaux», 1955, tomo I, pág. 7.

La Ley Fundamental de la República Federal de Alemania de 3 de mayo de 1949 establece que «todos tienen derecho a la vida y a la integridad física» (art. 2.º).

El artículo 32 de la Constitución italiana de 1947 declara que «la República protege la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la comunidad». Este precepto posee un doble alcance: consagrar y proteger el «derecho a la salud» como derecho individual y la defensa y promoción por el Estado de la «salud pública» como estado colectivo de salud.

Según la Ley española de Principios del Movimiento Nacional de 17 de mayo de 1958 (Principio IX): «Todos los españoles tienen derecho: ... a los beneficios de la asistencia y seguridad sociales».

«El Estado procurará por todos los medios a su alcance perfeccionar la salud física y moral de los españoles...».

En la Encíclica «Pacem in Terris», de S. S. Juan XXIII, se señala el derecho del hombre a la existencia y a los medios necesarios para un decoroso nivel de vida, cuales son, principalmente entre otros, la asistencia médica. Cfr. ed. de la Encíclica en *Comentarios a la «Pacem in Terris»*, B. A. C., Madrid, 1963, pág. 6.

(39) «La salud —agrega el citado texto constitucional— de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos». Cfr. en BOSCH MARÍN, *Instituciones sanitarias internacionales*, en el volumen «Cursos y conferencias 1955-56», Escuela de Funcionarios Internacionales, tomo II, Madrid, 1957, págs. 460 y sigs.

A fin de que tal derecho no sea meramente teórico, sino que alcance su adecuada realización y efectividad práctica, resulta totalmente necesario que la Administración pública, en los casos de inactividad y deficiencias de la sociedad, ofrezca y suministre —entre otras— las correspondientes prestaciones asistenciales hospitalarias (preventivas, curativas o rehabilitadoras), a todos cuantos sujetos las necesiten (40).

Por supremas razones, políticas, de justicia social, de igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos, a la utilización de los servicios-técnicos sanitarios e instalaciones hospitalarias (a veces muy singulares, raras y vitalmente indispensables para determinadas enfermedades), incluso por motivos de carácter económico (las enormes inversiones de fondos públicos para utillaje y funcionamiento, que exigen que las instalaciones funcionen todo el día y a pleno rendimiento), la asistencia hospitalaria pública debe democratizarse y los hospitales públicos ser utilizados por todos cuantos los precisen.

El valor de esa apertura hospitalaria es de gran trascendencia política y social, puesto que supone superar una concepción hospitalaria clasista, en la que se puede incurrir tanto por abajo como por arriba (hospital sólo para ricos, hospital sólo para pobres, hospital sólo para obreros). Implica un importante punto de comprensión e integración social.

El hospital público, tradicionalmente considerado de Beneficencia, debe dejar de ser el «hotel sólo de los pobres» (enfermos o no) para convertirse en el «hotel exclusivo de los enfermos» (pobres o ricos), que no se distinguirán ya por su carencia de recursos, sino por la naturaleza de sus necesidades médicas y asistenciales. Así mismo, las Residencias del Seguro Obligatorio de Enfermedad (S. O. E.) deben dejar de ser los hospitales de los obreros, para transformarse en hospitales públicos abiertos a toda la población (41). Cuestión distinta es la del tema de la financiación hospitalaria y la del pago de la asistencia de los pacientes. También, entre otras razones por la colectivización de la medicina, ya mencionada, el hospital

---

(40) En definitiva, esto debe ocurrir con todas las actividades y servicios de la Administración pública. Garantizar y posibilitar la realización efectiva de los derechos del ciudadano, en la medida en que éstos, por sí mismos o por inactuación o deficiencia de la sociedad, no lo consigan. Hay una correspondencia, por tanto, y un condicionamiento real, entre los derechos políticos y los servicios administrativos. Estos existen para efectivizar y dar realización práctica a aquéllos.

(41) Con esta afirmación no tratamos de censurar en bloque la obra del Seguro Obligatorio de Enfermedad en España. Con evidentes imperfecciones, en muchos aspectos ha supuesto un paso extraordinario en la asistencia del trabajador enfermo. En parte ha constituido obligada y explicable reacción frente al lamentable estado de muchos de nuestros viejos y clásicos establecimientos hospitalarios. Sin embargo, la obra tiene que revisarse en muchos aspectos, y el que mencionamos es uno de ellos.

público se abre a los médicos. Pero éste es otro tema, del que nos ocuparemos ampliamente en otro trabajo.

### 8. *El Seguro de Enfermedad y la asistencia hospitalaria.*

Por su parte, el Seguro de Enfermedad se ha ido encargando de cubrir las situaciones de infortunio de sus asegurados en caso de enfermedad. Entre las prestaciones que otorga, nos interesa aquí señalar la de asistencia médica y hospitalaria (aunque ésta queda limitada en algunos ordenamientos jurídicos a la médico-quirúrgica).

Los sistemas organizativos para cubrir dichas asistencias varían. En algunos países el Seguro no las atiende por establecimientos y centros propios, sino que abona o reembolsa los gastos de las mismas a los hospitales públicos o privados donde se hayan realizado o a los propios interesados.

En otros las presta, en parte, mediante hospitales propios y «exclusivos» para los asegurados (lo que ciertamente, y mientras la Seguridad Social no se extienda a la totalidad de la población, pugna con el principio de «hospital abierto»), y también, en otra parte, por el sistema anteriormente mencionado y a través de convenios y conciertos con otras instituciones hospitalarias (42).

Empero, el Seguro de Enfermedad no surgió para proteger genéricamente la salud pública y satisfacer el «derecho a la salud» y el «de la asistencia hospitalaria» de «todos» los ciudadanos. Su objetivo originario fué la reparación parcial del perjuicio económico producido por la enfermedad, al que después se añadiría el otorgar prestaciones sanitarias y hospitalarias para cubrir el riesgo de la enfermedad que el interesado no podía afrontar personalmente (43).

Sin embargo, en los últimos tiempos y en diversos países, se opera poco a poco, el tránsito del conjunto de los Seguros Sociales a un sistema general y total de Seguridad Social. Esta pretende (en el aspecto sanitario que nos interesa) no sólo la protección en las contingencias y situaciones de enfermedad que se le produzca al asegurado, sino la progresiva elevación de su nivel sanitario, mediante la acción de una serie

---

(42) Cfr. MARTÍ BUFILL, *Derecho de seguridad social. Las prestaciones*, Madrid, 1964, páginas 227 y sigs.

(43) Cfr. reflejados esos distintos objetivos señalados en la Constitución italiana vigente. El artículo 32 consagra la protección del «derecho a la salud» de todo ciudadano, y el artículo 38, párrafo 2.º, se refiere a la protección de los derechos de los trabajadores en caso de enfermedad. Cfr. Ugo M. COLOMBO, *Principii ed ordinamento della assistenza sociale*, Milano, 1959, págs. 47 y 48. También relacionado con este tema, cfr. LEGA, *Il diritto alla salute in un sistema di sicurezza sociale*, Roma, 1952.



de servicios sociales (44), de Medicina preventiva, de Higiene y Seguridad del Trabajo, etc. Esto, unido a la extraordinaria ampliación del ámbito de sujetos afectados por la Seguridad Social, confunde los imprecisos límites de ésta y sus ambiguos y difusos objetivos, con buena parte de los fines y metas señalados a la Sanidad pública moderna.

Quizás podría matizarse entre una «Seguridad Social laboral», derivada y consecuencia del contrato de trabajo y una «Seguridad Social genérica para todos los ciudadanos», al margen y con independencia de su condición laboral, y por tanto configurable como una acción de la Administración Pública para toda la población. En el orden sistemático científico, esta última constituiría un capítulo del Derecho administrativo, identificable en su aspecto sanitario, con gran parte de las funciones de la moderna Sanidad Pública.

De todas formas (al poseer la Seguridad Social una organización y carácter público), el tema incide como resulta obvio, sobre las cuestiones planteadas del «derecho a la salud», a la «asistencia hospitalaria» y el principio de «hospital abierto» a todos los ciudadanos.

## II

### LA RENOVADA CONCEPCIÓN DEL HOSPITAL, BASE DE PARTIDA PARA LA NECESARIA REORDENACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA ESPAÑOLA. CONSECUENCIAS JURÍDICO-ADMINISTRATIVAS DE LA MISMA.

La descrita concepción del hospital, como establecimiento «exclusivamente sanitario», complejo por sus funciones y organización, para proporcionar una asistencia «médico-completa», abierto a cuantos pacientes lo necesiten y desligada del tema de las condiciones socio-económicas de los usuarios, puede constituir fundamental y básico punto de partida, para el necesario replanteamiento y ordenación de la Administración asistencial hospitalaria española. Buena parte de la luz, sobre los complicados pro-

(44) Cfr. la nueva Ley española sobre Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963. Exposición de Motivos, párrafo I, apartado 1; Base preliminar, párrafo II; Base quinta, 18, a) y d); Base sexta, p. 22; Base décimoquinta, p. 66; RODRÍGUEZ PIÑERO, *El Estado y la Seguridad Social*, en el núm. 61 de la «Revista de Política Social», Madrid, enero-marzo 1964.

Cfr. en general sobre el tema: PAÚL DURAND, *La politique contemporaine de sécurité sociale*, E. Dalloz, París, 1953; VENTURI, *Fondamenti scientifici della sicurezza sociale*, Milán, 1954.

blemas que en la actualidad la misma presenta (falta de unidad en la política hospitalaria, escaso rendimiento, duplicidad innecesaria de establecimientos e instalaciones, desparramamiento de competencias y servicios, faltas de coordinación asistencial, asistencias parciales o episódicas y no «integrativas, lagunas en el abono de los gastos de asistencia, etc., etc.»), puede provenir de la aplicación del depurado y completo concepto de hospital, al que nos hemos referido. Este, por su parte, comporta importantes consecuencias jurídico-administrativas que deben proyectarse sobre tal reordenación.

Señalaremos a grandes rasgos algunas de ellas. En otro trabajo nos ocuparemos de todas detalladamente.

1.<sup>a</sup> La proclamación del principio de «hospital abierto» de los hospitales del sector público, a todos los pacientes, que por razón de su enfermedad, encajen dentro del ámbito funcional y de atracción hospitalaria del respectivo hospital (45) y puedan ser atendidos por el mismo, con independencia de sus diversos *status* socio-económicos. Esto supone que deba desaparecer la exclusiva calificación y configuración de los hospitales públicos por razón de las clases socio-económicas de los usuarios (Hospital benéfico, de la Seguridad Social, etc.).

Sin embargo, modalizando aquel principio general, deben establecerse en los hospitales públicos —dentro de los ámbitos funcionales y territoriales de cada hospital, en la correspondiente regionalización hospitalaria y en la hipótesis de una diversidad de entes y organismos en la titularidad y administración de prestaciones hospitalarias públicas— las correspondientes prioridades de admisión, en atención a las diversas condiciones económicas y sociales de los diferentes usuarios.

El orden en el oportuno cuadro de prioridades vendrá determinado por el carácter y clase de la Entidad u Organismo que exclusiva o preferentemente haya financiado la construcción e instalación del hospital, tenga a su cargo su sostenimiento general, o encomendada su gestión, o que en cumplimiento de preceptos legales imperativos deba atender obligatoriamente determinadas clases de pacientes. En todo caso, las urgencias médicas y quirúrgicas deberán anteponerse a cualquier clase de prelación establecida.

2.<sup>a</sup> La configuración legal del derecho a la «asistencia hospitalaria» como derecho público subjetivo de todo ciudadano, consistente en su ad-

---

(45) Cuando hablamos aquí de hospitales, entendemos incluidos en esa concepción todos los establecimientos que legalmente deben considerarse como tales hospitales, con independencia de que ostenten esa denominación o la de residencia, sanatorio, etc., de acuerdo con lo que establece nuestra Ley de Hospitales de 21 de julio de 1962, sobre el ámbito de esa concepción legal.

misión en cualquier hospital del sector público, para ser atendido como paciente y recibir «asistencia médica completa», dentro de los límites de la capacidad de prestación del hospital y con arreglo a las correspondientes prioridades de admisión.

3.<sup>a</sup> La protección administrativa y jurisdiccional del citado «derecho a la asistencia hospitalaria», en los casos de vulneración o lesión del mismo.

4.<sup>a</sup> La separación e independencia del tema del «derecho y acceso a la asistencia hospitalaria» del punto del «derecho a la gratuidad» de dicha asistencia con que tradicionalmente se ha involucrado.

El «derecho a la asistencia gratuita» se refiere exclusivamente al problema del pago de la asistencia, mientras que «el derecho a la asistencia hospitalaria» versa sobre el del acceso o la admisión de los pacientes a los hospitales con independencia de la gratuidad o no, de dicha asistencia.

El «derecho a la asistencia gratuita», más que esgrimible por el interesado frente al hospital concreto que presta la asistencia, consiste y se transforma en un derecho exigible por el interesado ante la Entidad u Organismo público, que legalmente le corresponde cubrir los gastos de su asistencia. En consecuencia, también supone un derecho del hospital frente a tal Entidad u Organismo para exigir el reintegro de dichos gastos, de acuerdo con las normas legales vigentes y con los convenios o conciertos al efecto establecidos.

5.<sup>a</sup> Las distintas organizaciones públicas o privadas a las que legal o contractualmente les corresponda cubrir los gastos de la asistencia hospitalaria, médica o quirúrgica, de sus acogidos, protegidos o asegurados —tales como la Beneficencia, la Seguridad Social, etc.—, abonarán en todo caso a los respectivos hospitales, donde dicha asistencia se haya prestado el importe de las mismas.

6.<sup>a</sup> Superar la adscripción y vinculación del personal médico y técnico sanitario-auxiliar, de los hospitales públicos, al servicio de un determinado estamento o clase socio-económica de usuarios y establecer en las formas que procedan, la diversificación de regímenes jurídicos vinculatorios y retributivos para el personal hospitalario en sus distintas clases.

7.<sup>a</sup> La regulación jurídica del principio de «hospital abierto a los médicos», estableciendo las debidas modalizaciones y condiciones de ejercicio de los mismos, acomodados en todo caso a las normas fundamentales de gobierno y funcionamiento de cada institución.

8.<sup>a</sup> La misión de interés general del hospital público se potencia y dilata, con la nueva concepción hospitalaria, por cuanto la acción del mismo afectará a un mayor y más heterogéneo número de usuarios, lo que

unido a lo delicado y complejo de su gestión, debe comportar la revisión de los actuales sistemas de gobierno, financiación y administración de esa clase de hospitales.

9.<sup>a</sup> También respecto a los hospitales públicos, la tradicional regla de la continuidad del servicio público se acentúa y se hace mucho más imperiosa con la nueva concepción hospitalaria, con las consiguientes repercusiones, respecto a la máxima utilización y rendimiento de instalaciones y servicios, en orden a los regímenes jurídicos de trabajo y dedicación de los equipos directivos y del personal de distintas clases en dichos establecimientos, etc.

10. Finalmente, una importante consecuencia, en orden al espinoso y grave problema de la atribución ministerial de competencias y potestades administrativas respecto a la asistencia hospitalaria y sanitaria ligada a ella.

Si los hospitales constituyen establecimientos exclusivamente sanitarios, resulta obvio que tanto para los privados como para los públicos la ordenación reglamentaria administrativa, en materia hospitalaria, la titularidad y ejercicio de las correspondientes potestades administrativas, la vigilancia e inspección sobre todos ellos debe inequívoca y exclusivamente estar atribuida de forma única al Departamento ministerial u Organismo administrativo que tenga encomendadas las competencias referentes a la Sanidad.

Respecto a todos los hospitales del sector público (cualquiera que sea la entidad propietaria o que lleve a cabo la gestión de los mismos), la dirección directa sobre ellos —en los casos de dependencia jerárquica— o la correspondiente «tutela», en los supuestos de descentralización, debe ser ejercida, también, por el Departamento ministerial u Organismo administrativo a quien compete la Sanidad pública, que debe poseer concentradas todas las competencias en la materia, en lugar de estar desparramadas, en diversos Ministerios u Organismos, a veces de manera ambigua o un tanto clandestina.

En el caso de los hospitales universitarios, la asistencia hospitalaria deberá estar coordinada plenamente con las funciones docentes, por lo que entrarán en juego las competencias que respecto a estas últimas corresponden al Ministerio de Educación Nacional. Este Departamento deberá asumir asimismo el control y supervisión de las funciones docentes e investigadoras que de forma organizada y programada realicen los hospitales públicos y en todos aquellos casos en que las mismas tengan un reconocimiento y validez oficial.

# JURISPRUDENCIA

