

CONSIDERACIONES PARA UNA POLITICA HOSPITALARIA EN COLOMBIA

(Una investigación sobre las bases históricas del problema hospitalario)

*David Bersh Escobar**

El problema hospitalario en Colombia es sin lugar a dudas el más importante de cuantos se relacionan con la salud de los colombianos. Lo estimamos así por la magnitud económica que tiene, por el número de personas sobre las cuales influye y por la forma como las afecta. La pluralidad de sus causas; la intrincada relación entre lo científico, lo administrativo, lo legal, lo económico y lo político; y, finalmente, las implicaciones del comportamiento de la administración pública a lo largo de las últimas décadas exigen que tratemos de obtener apreciaciones de conjunto del problema dentro de una mínima perspectiva histórica para no perder de vista el rumbo que este trata de seguir.

Para millones de personas la idea de hospital está usualmente muy lejos de sus intereses inmediatos; sin embargo, cientos de miles de personas se ven cada año profundamente afectados por lo que un hospital haga o deje de hacer por ellas, sus familiares o amigos.

Todos vivimos con la confianza de no tener que recurrir a los servicios de un hospital; pero, casi todos nos vemos en un momento dado enfrentados a la enfermedad que se agrava, a la complicación fulminante, a los accidentes inesperados y a la necesidad de servicios de diagnóstico y tratamiento que sólo pueden ser administrados dentro de un hospital.

Cuando ésto ocurre los intereses corrientes de la familia se desplazan a un lugar secundario. Las labores cotidianas se alteran y el hospital se transforma en el

centro palpitante de actividad y atención de la familia y sus amigos más próximos. En estas circunstancias el hospital es percibido intensa y críticamente. La madre con un hijo asfixiado en sus brazos palpa sin lugar a dudas las insuficiencias y deficiencias de los servicios de urgencias y consulta externa. El campesino que padece de una fractura, y llega al hospital luego de un penoso viaje, siente sin lugar a dudas la falta de este servicio social, cuando se le informa que las camas están copadas y que no se le puede hospitalizar. El obrero que espera la cirugía de una hernia que lo habilite para el trabajo se resiente duramente cuando se le pide esperar un turno de un año para poder ser atendido. Por otra parte si el paciente tiene la suerte de ser hospitalizado entonces su percepción se enfoca en los servicios y atenciones que recibe o deja de recibir. Por ejemplo: cuánto significa para un enfermo y sus acompañantes que exista una auxiliar de enfermería disponible para atender un llamado de ayuda en medio de una larga noche de padecimientos; y en comparación con lo anterior, cuánta ofuscación y malestar provoca la ausencia de tal servicio en los hospitales que carecen de personal.

Posiblemente muy pocos servicios se demanden sintiendo tanta necesidad de ayuda, y seguramente en ningún caso la negación total o parcial del servicio genere tal grado de descontento, ansiedad y animadversión hacia los responsables de sus deficiencias. Sin embargo, por un fenómeno curioso, el cual pasaremos a explicar, la población no hace sentir ante los diri-

* Médico Magister en Salud Pública de la Universidad de Antioquia; candidato para un Ph.D en Salud Pública en Berkeley, Universidad de California.

Ex-Secretario General del Ministerio de Salud Pública.

Profesor E.N.S.P.

gentes de la nación la magnitud y naturaleza de su inconformidad por las fallas en los hospitales, como si lo hace con sus inquietudes acerca del empleo, los bajos salarios, el costo de la vida, la educación, la seguridad etc.

El fenómeno que impide a la comunidad manifestar lo que siente en relación con el servicio hospitalario radica en la naturaleza casi siempre transitoria de la enfermedad. En promedio general una persona dura hospitalizada unos diez días. Durante este período experimenta una profunda motivación en lo que concierne al hospital; pero una vez que el paciente abandona la institución bien sea por mejoría o por muerte, la tendencia del paciente o sus deudos es a olvidar la experiencia y a concentrarse en otros problemas e intereses. En cambio, frente a problemas de mayor duración el comportamiento de la gente es diferente; veamos como ejemplo lo que acontece con el salario bajo.

Tal problema es experimentado, corrientemente, por grupos que trabajan en la misma empresa, que comparten muchas cosas en común, que se conocen, que interactúan, que han desarrollado mecanismos de comunicación, y que posiblemente disponen de algún liderazgo. En estas condiciones parece relativamente fácil que el grupo se organice para defender un interés común; sin embargo, aún en tales condiciones, el problema tiene que persistir actuando como constante acicate durante un período lo suficientemente largo para que el grupo tome conciencia, se ponga de acuerdo, emprenda la acción y la mantenga hasta obtener los resultados esperados. Si a lo largo de este proceso el acicate del problema desaparece lo más probable es que la acción se liquide.

Las condiciones bajo las cuales se experimenta la necesidad de servicios hospitalarios son muy diferentes. Prácticamente lo único que tienen en común los afectados es el verse enfermos en un momento dado, lo cual es siempre inesperado e inoportuno. Casi todo lo demás en los pacientes y sus familiares es heterogéneo; basta pensar en: sexo, edad, condición socio-económica, origen rural o urbano, etc. A esto se agrega la dispersión geográfica de los hospitales, y la separación entre un enfermo y otro, ya que cada cual está de momento absorto en su problema, circunstancias éstas que dificultan la comunicación entre la masa de afectados. En estas condiciones no parece posible que los interesados en servicios hospitalarios puedan llegar a organizarse para manifestar en forma efectiva su necesidad; así ésta sea una de las más intensas que pueda experimentar la persona y la familia.

Si los usuarios de los hospitales pudieran manifestar sus sentimientos, su voz, sería formidable. En 1974 pasaron por las salas internas de los hospitales oficiales y mixtos 832.373 personas. Si cada uno cuenta en promedio con cuatro familiares y amigos que se vieran afectados por su situación tendríamos una masa de 3.329.492 personas experimentando las emociones intensas que antes comentáramos. Por otra parte, están aquellas personas rechazadas de los hospitales por falta de camas y capacidad en los mismos; éstos, constituyen posiblemente el grupo de mayor trascendencia. Se calcula en más de 340.000 personas el grupo que necesitando hospitalización en 1974 no pudo recibirla. Si los sentimientos de angustia y enojo que experimentaron estos enfermos al serles negada la atención hospitalaria la extendemos a sus familiares y amigos íntimos nos daremos cuenta que en 1974 hubo por lo menos un millón y medio de personas que debieron sentir el deseo intenso de protestar y reprochar a los hospitales, a la sociedad y al gobierno la desatención a necesidades tan sentidas por ellos.

Cabe entonces preguntarse si esta necesidad de la población es valorada cabalmente por los dirigentes del país y si las políticas tendientes a remediarla son o no consecuentes con la naturaleza y magnitud de la misma. De paso, nuestra opinión al respecto es: que los dirigentes de la nación deben, como una de sus más importantes funciones, percibir las necesidades que la población no logra manifestar; la medida en que lo hagan dará testimonio de su identificación con la gente que les brinda soporte.

Consecuente con lo que hemos dicho, se puede afirmar que la necesidad de servicios hospitalarios a lo largo y ancho del país es un problema de gran envergadura. Lamentablemente el manejo que se le ha dado no concuerda con el significado a fondo que algunos le conferimos. No exageramos al decir que se ha llegado a considerar los hospitales existentes como un problema crónico de financiamiento que nadie logra remediar satisfactoriamente. Cada que uno de ellos agoniza por falta de fondos, agotados los recursos del crédito, deteriorada la calidad de sus servicios es auxiliado a última hora con una ayuda extraordinaria, la cual viene usualmente acompañada de una investigación administrativa tendiente a averiguar y remediar un supuesto despilfarro. Ciertamente algunas mejoras en la administración hospitalaria pudieran mejorar el uso de sus recursos; pero adjudicar a esta sola causa la razón de las penurias económicas de dichas entidades es o ignorar el verdadero fondo del problema o tratar de sacarle el cuerpo al mismo.

Si el financiamiento de los gastos de funcionamiento de los hospitales existentes ha sido objeto del trato mencionado, del cual dan evidencia los constantes cierres o amenazas de cierre total o parcial con que estas instituciones se hacen sentir, no menos se puede decir de la forma como se ha atendido la provisión de nuevas camas hospitalarias. A ello nos referimos enseguida, haciendo un recuento histórico de cómo los gobiernos en los últimos 30 años han percibido el problema, y lo que han hecho por él.

Hasta el año de 1938 la ingerencia del gobierno nacional en la acción adelantada por los hospitales, los cuales en su mayoría actuaban como instituciones de utilidad común, se había reducido, en mucho, a la vigilancia que sobre tales instituciones ordenaba al Presidente de la República el numeral 19 del artículo 115 de la Constitución (en ese tiempo). Esto significa, que en gran medida la asistencia pública al enfermo dependía de la caridad e iniciativa privadas, limitándose el gobierno a vigilar que esas instituciones cumplieran con sus estatutos y a contribuir modestamente al financiamiento de algunas de ellas. El control que hemos mencionado era efectuado por la Superintendencia de Instituciones de Utilidad Común, Sección del Ministerio de Gobierno. Es de anotar que en varias ocasiones el partido liberal había señalado como parte de sus programas el comprometer seriamente los recursos de la nación en beneficio de la higiene y la asistencia pública. Sin embargo, esta iniciativa sólo comenzó a cristalizar en la Ley 93 de 1938 la cual abrió la puerta para que se creara el Departamento de Asistencia Social como dependencia administrativa del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. A este departamento se trasladó la vigilancia de las instituciones de utilidad común; pero, a la tarea de control se asignaron otras que ampliaban la acción del Gobierno en esta esfera del interés público. Una serie de Decretos del Dr. Eduardo Santos, en desarrollo de la mencionada Ley 93 de 1938, reflejan la conciencia que tenía el Gobierno de encarar esta responsabilidad y muestran el grado de comprensión que se tenía ya del problema. Por ejemplo: el artículo IV del Decreto 1858 de 1938, formulado durante el Gobierno del Dr. Santos, anticipándose 30 años al Plan Nacional Hospitalario de 1969, ordenaba entonces: "Estudiar los lugares en donde sea conveniente edificar hospitales regionales o ampliar los existentes a fin de que presten servicios a varios municipios o a regiones densamente pobladas, teniendo en cuenta el número de habitantes, las necesidades de la higiene y la asistencia pública y la facilidad de medios de comunicación".

Un año después de iniciar labores, es decir en 1939, el Departamento de Asistencia Social había establecido

con apreciable acierto el déficit de camas hospitalarias para todo el país. Señalaba el Departamento citado que existían en ese momento 12.872 camas destinadas para el servicio gratuito de una población que ascendía, según el censo de 1938, a 8.578.967. La relación entre estas cifras significaba un promedio de 1.5 camas por mil habitantes en aquella época. Tomando una cifra de 4 camas por mil habitantes, norma que aún permanece vigente, se calculó que el número de camas deseables era de 34.334 y por lo tanto que el déficit existente era de 21.463 camas. Si utilizamos los mismos criterios para el cálculo, tendríamos que en 1975, es decir 36 años después, existen 24.306 camas, de las llamadas "gratuitas" para una población que triplica la existente en esa época; lo cual significa una proporción de más o menos 1 cama por cada mil habitantes en 1975, comparada con 1.5 camas por mil habitantes en 1939.

No se puede negar entonces que casi desde el mismo momento en que el Estado decidió tomar cartas en el asunto pudo enterarse de la magnitud del problema; por otra parte, como veremos enseguida, siempre a lo largo de estos años ha podido palpar la persistencia de la situación.

Todos los interesados en las faenas de la administración hospitalaria deberían leer el estudio del Dr. Luis Enrique Benavides presentado en un resumen de 4 hojas en 1943. Pocas cosas del complejo asunto de los hospitales se escapan a los conspicuos comentarios del Dr. Benavides. El define, con envidiable claridad, la misión central del hospital, tantas veces perdida de vista, cuando dice: "El enfermo es el elemento primordial y único al cual deben converger todas las actividades y todos los esfuerzos económicos y científicos". Señala con nitidez la actualidad del problema general al comentar: "El panorama es desconsolador, en todo el territorio de la República, no encontramos un solo hospital que por su equipo, número y calidad de servicios, estructura económica y arquitectónica o técnica administrativa, pudiera tomarse como modelo de organización hospitalaria; en cambio, son muchos los establecimientos que por su pobreza y abandono constituyen auténtico peligro para la salud y el bienestar social, especialmente para aquellas personas que acuden allí en pos de alivio a sus dolencias". Advierte el Dr. Benavides del peligro en la iniciativa desordenada y mal orientada en la construcción de hospitales, clamando desde entonces porque el gobierno no sólo atienda el problema del déficit de hospitales sino porque oriente razonablemente las inversiones oficiales y privadas. Oigámoslo: "Lo grave del caso es que cada día surge entre las entidades públicas y pri-

vadas un nuevo afán de fundar, adaptar o construir hospitales cuyas desastrosas características son y serán las mismas que hoy aquejan a la mayoría de establecimientos que acabo de describir. Por noble y altruísta que sea el motivo que los impulse, no justifica en lo más mínimo esa conducta, lo cual inconscientemente agrava y complica una situación de por sí difícil y alarmante. Estimo que el Ejecutivo o el Congreso reglamenten dentro de los cauces de la realidad y de la lógica esas actividades o asuman para sí y totalmente la responsabilidad que la misma Constitución Nacional les esté señalando al declarar que "la asistencia pública es función del Estado". Recomienda el Dr. Benavides la adopción de técnicas de administración hospitalaria y el entrenamiento de personal en esta disciplina; describe, con gran conocimiento, los distintos servicios y departamentos que debe tener un hospital moderno. Propende por la integración de aportes nacionales, departamentales y municipales para fines de construcción y sostenimiento. Finalmente solicita apoyo para dos proyectos de Ley que cursaban en las Cámaras Legislativas; el primero de ellos sería la creación de un sistema hospitalario nacional basado en la distribución del territorio nacional en zonas hospitalarias, y el segundo buscaba reglamentar las loterías a fin de conseguir que sus rentas fueran a servir en su totalidad a la asistencia pública. Muchas de las cosas dichas por el Dr. Benavides han sido redescubiertas varias veces a lo largo de estos 32 años; pero el problema persiste con algunas variaciones que conviene anotar.

Señalé antes la empeñada tendencia que observamos de tratar de remediar el problema de financiamiento hospitalario, haciendo el mayor énfasis en el mejoramiento de la administración de dichas instituciones. Vimos, por otra parte, como el Dr. Benavides propuso, hace mucho tiempo, en el Departamento de Asistencia Social, un conjunto de medidas tendientes a tecnificar la administración hospitalaria. Pues bien, vale la pena apreciar, a la luz de hechos que ya son historia, lo que ha sucedido en tal sentido; así, tal vez, la formulación de políticas en relación con el financiamiento hospitalario se llegue a hacer sobre bases más reales. Hagamos esta apreciación entonces.

Existen muchas medidas e índices para valorar la eficiencia de un hospital; pero, en términos al alcance de un lector no técnico en la materia, se puede decir que contando con igual número de recursos humanos, materiales y económicos un hospital que atienda un mayor número de enfermos es más eficiente que otro que no alcance tal rendimiento. Naturalmente la comparación se hace sobre el supuesto de que la calidad

de la atención sea semejante en los dos hospitales. Sobre esta base comparemos el rendimiento de los hospitales del país en 1945, cuando en una cama hospitalaria se atendía en promedio a dos enfermos en el año, con los 34 enfermos que se logra atender hoy en día en una cama promedio. Esto significa que el rendimiento de los hospitales ha aumentado casi en un 3000/o. Creemos que estas cifras se aproximan bastante a la realidad pues sabemos que el porcentaje de ocupación de los hospitales ha aumentado hasta extremos peligrosos, y que la permanencia de los enfermos en salas ha disminuído al mínimo aceptable médicamente. No se pierda de vista estos hechos; pues, aunque siempre es deseable estar pendiente de una buena administración para mejorar la eficiencia, no se debe caer en el error de que tal remedio pueda suplir una falla real de financiamiento.

No podemos pasar por esta visión histórica del fenómeno sin tener en cuenta algunas afirmaciones hechas en 1945 en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, las cuales reflejan la continuidad en la percepción del problema. Se decía entonces: "Dentro de las actividades asistenciales que se adelantan en el país, la organización hospitalaria continúa siendo el problema capital cuya solución reclama urgentemente." Se destacaba de nuevo la penuria presupuestal al declarar: "Cada día es más aparente la necesidad de una asistencia hospitalaria bien organizada y sustentada sobre bases económicas firmes; pero ésto no será posible mientras se mantenga indefinidamente esta precaria situación". Nótese el ánimo del autor de estas frases, que desde entonces reflejaba la sensación de estar afrontando un problema crónico tendiente a la indefinición. El mismo autor anticipaba la necesidad de un plan hospitalario, pero con sentido realista lo proyectaba en el futuro, pues al comentar ciertas iniciativas de las Asambleas de Cundinamarca y Boyacá apuntaba que: "...ellas traerían en el futuro serias dificultades para la realización de un gran plan hospitalario nacional, armónico y técnico."

Pocos colombianos han sentido tan profundamente los problemas de salud del país como el Dr. Jorge Bejarano. Se puede afirmar que la Salud Pública como acción del Estado se robustece en Colombia y toma identidad definida en manos de aquel ilustre médico. El, dentro de la visión global que siempre se esforzó en tener de los problemas de salud, y a pesar de haber puesto su mayor entusiasmo en los aspectos preventivos de la Medicina, reconocía en 1946 lo siguiente: "La Asistencia Social anda todavía en forma defectuosa y miserable, porque la institución hospitalaria, base y eje de la asistencia pública, está todavía en

situación precaria por los exiguos recursos de que se dispone para ella”.

En el año de 1947 se expidió el Decreto número 25 que ordenaba en su artículo 62 la elaboración de un Plan Nacional Hospitalario. Los términos en que se concibió la idea del plan sugerían la integración de recursos de la nación, el departamento y el municipio. El decreto preveía la necesidad de adecuar el plan a las condiciones demográficas y epidemiológicas, y además, insistía en la necesidad de servicios regionalizados. Debe destacarse el hecho de que el Decreto 25 de 1947 fue el reglamentario de la Ley 21 de 1946 que creó el Ministerio de Higiene hace 28 años. Nótese entonces la madurez del problema en el momento en que surge el Ministerio del ramo.

La vigencia del problema se hace patente en los años siguientes si se estudian los esfuerzos infructuosos que se efectuaron en aquel tiempo, tratando de abordar el problema con soluciones técnicas, administrativas y legales. Así, en 1948 se organiza y perfecciona la estadística hospitalaria y asistencial, como medio para facilitar la planeación. En 1949 se empieza a integrar lo preventivo con lo asistencial con miras a fortalecer los hospitales con la ayuda de los Centros de Salud y con el fin de interesar a aquellos en los aspectos preventivos de la medicina. En 1950 se reglamenta la asistencia hospitalaria del país por medio del Decreto 2554, volviendo sobre la idea de niveles de atención médica que deberían permitir una razonable construcción y dotación de hospitales. En el mismo año se expide el Decreto 2727 que ordenaba la regionalización del país por zonas hospitalarias para efectos de la distribución de fondos y construcciones hospitalarias. En aquel tiempo el Gobierno Nacional trató de apoyar la idea del Plan Hospitalario por medio de un impuesto especial a las drogas que tuvo la destinación específica de financiar el Desarrollo del Plan Hospitalario; sin embargo el impuesto fue suprimido el mismo año por medio del Decreto 2900 de 1950.

Durante la década del 50 se tiene conciencia de que la dificultad radica básicamente en el limitante presupuestal y ante hecho tan contundente los esfuerzos de las autoridades de salud se concentran en programas preventivos que prometían disminuir las necesidades de atención hospitalaria. Esta reorientación, que benefició indudablemente el desarrollo de los aspectos preventivos de la Salud Pública, pronto constató que siempre habría necesidades de suministrar tratamientos hospitalarios. Y así vemos de nuevo como en 1959 resurgió la idea de integrar con los hospitales los centros de salud, los cuales habían prosperado nota-

blemente durante la década; ello, en un intento de suplir el déficit asistencial de los hospitales.

Al iniciar la década del 60 el Ministerio de Salud Pública hace su primer intento a fondo en planeación de la Salud Pública formulando un plan cuatrienal que contemplaba la proyección del gasto para el período de 1962 a 1966. La parte concerniente a hospitales cubría lo relacionado con construcción y dotación de hospitales y centros de salud. Este buen esfuerzo de los técnicos no llegó a producir lo que se esperaba en última instancia de él, pues la propuesta técnica no fué respaldada, en términos presupuestales, por la decisión política. Sin embargo, el esfuerzo trajo consigo maduración de los grupos técnicos de salud pública, al mostrarles con buena claridad los vacíos de información y las dificultades en la elaboración de un plan serio que pudiera llevarse a términos operativos.

En este punto de nuestro análisis podemos, basados en la evolución histórica del problema, señalarlo como uno que ilustra una forma típica de reaccionar en la administración pública. Nótese como los funcionarios de turno, usualmente transitorios en sus cargos, tienden a redescubrir el problema y a tratarlo con remedios que a su entender son novedades pero que ya han sido ensayados anteriormente. Obsérvese también la inclinación a buscar soluciones administrativas, técnicas y legales poniendo mayor o menos énfasis en ellas, pero sin llegar al fondo del problema que puede requerir no sólo una acción integrada sino también complementos verdaderamente vitales. Por ej.: en 1963 se expidió la Ley 12 cuyo objeto fundamental fue ordenar la elaboración del Plan Hospitalario Nacional. Los resultados obtenidos con la ley se aprecian más que todo en los aspectos administrativos y técnicos del problema hospitalario, y no así en un aumento sensible de camas, dotación y servicios que era lo que básicamente se requería.

Es interesante anotar que la persistencia de la necesidad de servicios hospitalarios condujo mientras tanto a un uso inadecuado de los recursos del Estado. Por todas partes habían proliferado obras empezadas y no terminadas, proyectos desproporcionados a las necesidades, duplicaciones inútiles, etc. Los técnicos vieron esto con horror y cargaron sin compasión contra los políticos que conseguían partidas, siempre insuficientes, para empezar obras aquí y allá. Esta posición del técnico, vista desde otro ángulo, fue injusta con el político. Pues, si éste actuó en tal forma lo hizo siendo consecuente con su papel social que consiste en percibir con acierto lo que la comunidad necesita y quiere. Como la necesidad que veníamos estudiando

no se veía atendida en forma ordenada por el Ejecutivo entonces se produjo ese gran desorden de cientos de partidas presupuestales obtenidas por los congresistas para favorecer a sus comunidades. La gente lo necesitaba; el Ejecutivo no lo suplía; entonces los congresistas actuaron. La Ley 12 puso coto parcialmente a tal desgüeño, pero desafortunadamente el problema se reorientó en forma equivocada. La idea de que el problema radicaba en quién decidiera sobre los recursos presupuestales tomó cuerpo entre los técnicos. Vemos así en los años siguientes una constante pugna entre técnicos y políticos; luchando unos porque las inversiones fueran razonables desde el punto de vista de los procedimientos para hacer más eficiente la atención médica y los otros por obtener inversiones razonables desde el punto de vista político.

La lucha fue dura, la burocracia de Salud Pública se había fortificado y tecnificado notablemente en la década del 60. Los Decretos desarrollados en virtud de la ley 12 del 75 fueron armas poderosas manejadas por los técnicos. La estrategia para poner orden en la inversión de construcción y dotación de hospitales se basó en racionalizar la inversión a nivel de los servicios de salud departamentales, unificando los recursos nacionales, departamentales y municipales bajo una sola iniciativa.

Hoy no podemos afirmar que el resultado haya sido un mayor número de servicios hospitalarios; pero sí debemos reconocer que como consecuencia del proceso se produjeron ajustes administrativos benéficos que allanaron el camino a futuros intentos. Los servicios hospitalarios no pudieron aumentar substancialmente porque paralelamente no se produjo el financiamiento necesario. Por el contrario se bloqueó la iniciativa parlamentaria, la cual aportaba recursos que eran insuficientes, sin lograr reencausarla en forma constructiva y benéfica para los hospitales.

Para 1967 el Ministerio de Salud y los Servicios Seccionales de Salud habían perfeccionado su capacidad de planeación en forma espectacular. En esta materia el sector salud había llegado a ocupar un lugar de avanzada en todo el Continente. Posiblemente estas instituciones tenían entonces más expertos en planeación que cualquier otro sector de la administración pública tanto a nivel central como a nivel regional. Por otra parte, "el estudio de morbilidad y Recursos Humanos", desarrollado en los tres años anteriores, empezaba a ofrecer sus valiosísimos resultados. Los intentos previos de soluciones jurídicas, técnicas y administrativas constituían un cúmulo valioso de experiencias. Y como hecho adicional surgió el Fondo

Nacional Hospitalario que vendría a ser un instrumento de gran valor en el manejo de los aspectos financieros en cualquier solución que atacara en grande el problema hospitalario.

Comentario aparte merece la Reforma Constitucional de 1968, pues ella dió un vigoroso respaldo a todas las iniciativas del Ejecutivo basadas en planes serios y razonables. Esta coyuntura, de facilitar al Ejecutivo la posibilidad de financiar sus iniciativas en el momento en que el Ministerio de Salud alcanzaba una gran capacidad de planeación, condujo a la elaboración de un plan hospitalario, que reunió todas las experiencias del pasado, que se ciñó a criterios técnicos, pero realistas, que consultó todas las facetas y que se llevó a términos precisos de operación a fin de facilitar su ejecución. No fue casual que la primera ley expedida en desarrollo de la Reforma Constitucional en lo atinente a planificación fuera la ley 39 de 1969, Ley del Plan Nacional Hospitalario.

Habiendo revisado la historia anterior a esta Ley el lector se puede sentir inclinado a pensar que ésta fue una más en la serie; sin embargo, hay un hecho crucial que la distingue sin ambigüedad alguna. Este hecho es el de haber sido expedida en desarrollo de la Reforma Constitucional, lo cual hizo que su financiamiento fuera no sólo posible sino realmente expedito. Confirma esta afirmación el hecho de que el propio Jefe del Estado, Dr. Carlos Lleras R. se ocupara personalmente de estudiar, con Planeación Nacional, durante numerosas y largas sesiones, todo lo relacionado con el financiamiento del Plan; y, que a muy corto plazo dejara sentadas las bases y las decisiones para efectuar dicho financiamiento. En este punto, lo procedente, lo lógico, lo consecuente con el pasado, fue proceder a la ejecución del Plan ordenado por la Ley 39 de 1969, ya financiado por el Gobierno en forma adecuada y oportuna. Veamos entonces lo que aconteció después.

El número de camas hospitalarias existentes en 1966 arrojaba una proporción de 2.5 camas por mil habitantes, incluyendo en el cálculo tanto aquellas llamadas "camas gratuitas" como las otras. Esta proporción decrecía siguiendo la curva que mostramos en el gráfico adjunto, llegando a su nivel más bajo en 1969, cuando la proporción fue más o menos 2.1 camas por mil habitantes. Mientras que la curva iniciaba su mayor caída en 1968 simultáneamente se empezaba la preparación del plan hospitalario. Cuando la proporción estaba en su punto más bajo en 1969, se expidió la Ley 39, cuya ejecución a partir de 1970 debió seguir la tendencia representada en el gráfico. Si el

plan se hubiera desarrollado en la forma prevista, lo cual fue factible desde todo punto de vista, en especial desde el ángulo financiero, entonces se hubiera logrado llegar en 1973 a una proporción de 2.5 por mil habitantes. Una continuidad razonable hubiera demandado ajustar el primer plan trienal oportunamente, en especial en lo que se refiere a su financiamiento, a fin de mantener por lo menos la tendencia lograda por el primer plan trienal. Con ello se hubiera logrado llegar en 1976 a una proporción de 2.9 camas por mil habitantes.

Obsérvese que para lograr esta modesta modificación de una relación de 2.1 a 2.9 camas por mil habitantes se hubiera requerido un esfuerzo consistente, continuado y muy substancial durante seis años. Considérese también lo realista de la meta propuesta, lo cual es fácil comprender si se recuerda que en 1938 se hablaba de una necesidad de 4 camas por mil habitantes, objetivo este sólo alcanzado por países desarrollados. La meta de 2.9 camas por mil habitantes suponía hacer un uso muy eficiente de los recursos existentes para poder atender las necesidades apremiantes de atención hospitalaria; de manera que la meta no fue en modo alguno una pretensión desmedida, sino lo que razonablemente debía hacer un Estado consciente de la necesidad de esos millones de personas que mencionara al principio de este escrito.

Pero lo deseable no fue lo que sucedió. La gráfica adjunta muestra la historia en forma sencilla. La línea punteada representa lo que debió haber pasado, mientras que la línea continua describe lo sucedido.

Si se observa el tramo de la curva de 1970 a 1971 se aprecia la recuperación de la curva durante el primer año del plan, el cual transcurre en el año de cambio de Gobierno. De allí en adelante la curva se viene abajo sin lograr mantener siquiera el ritmo de crecimiento demográfico; a tal punto que hoy estamos casi al nivel de 1969.

Cuando se analizan las actividades del sector salud de la administración pública en búsqueda de explicaciones y luces para el planteamiento de políticas futuras se encuentran los siguientes hechos.

En primer lugar los informes sobre las inversiones en materia hospitalaria usualmente se presentan en cifras globales, que ciertamente impresionan al lector por su magnitud, pero que no ofrecen posibilidad de comparación con el problema a fin de valorar el impacto que realmente se está causando en él. Así, al final del tercer año del plan se había logrado invertir en cons-

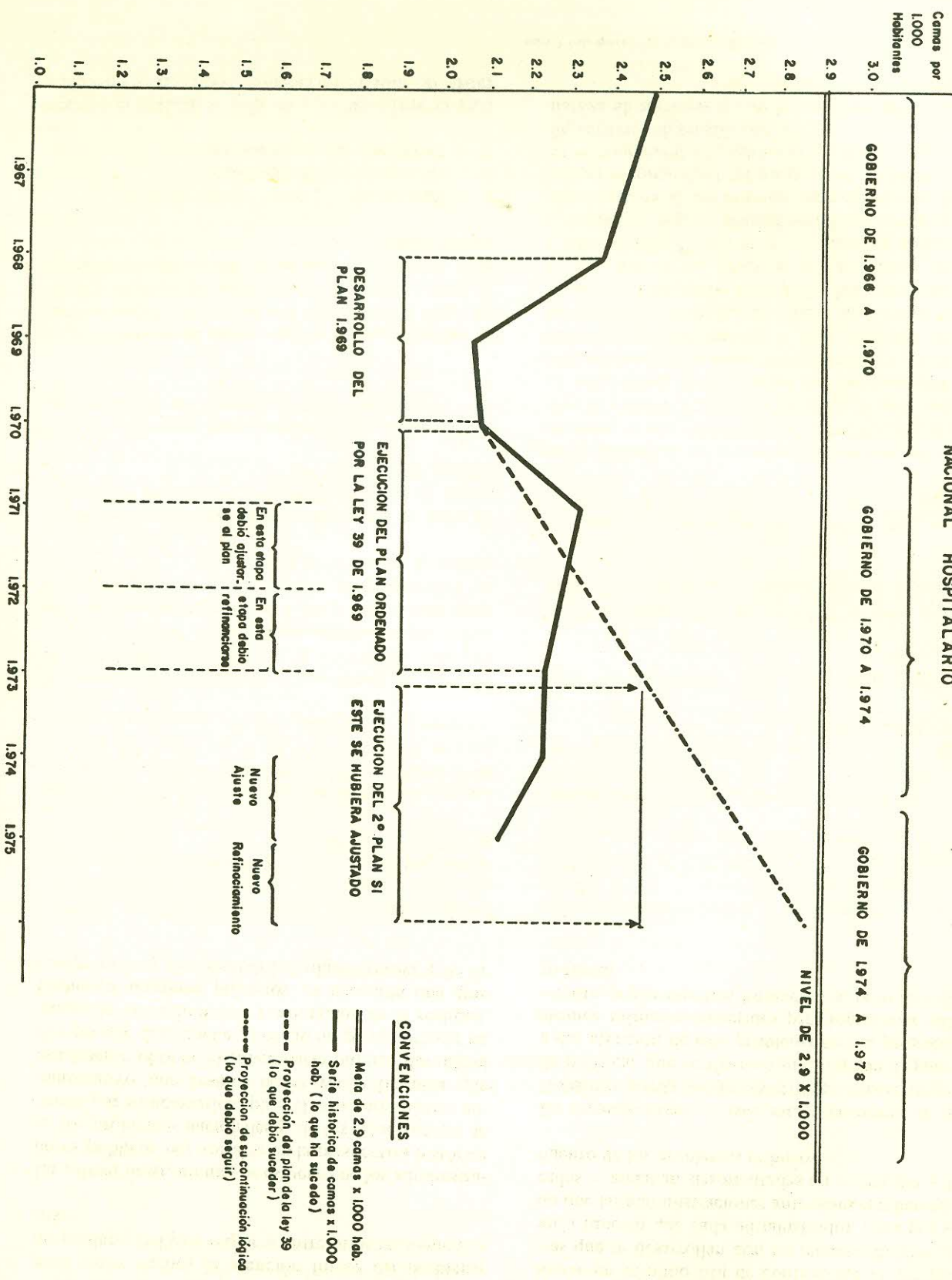
trucciones nuevas \$252.570.000, cifra ciertamente apreciable. Pero si se tiene en cuenta que el plan dió la posibilidad de invertir en ese período \$1.030.230.000 entonces se aprecia cómo sólo se efectuó un 25.52o/o de lo que fue posible invertir en los tres años. Si se suman las partidas invertidas en el trienio siguiente al del primer plan encontramos inversiones por un valor de \$1.088.880.000, lo cual sumado a la inversión en el período de 1970 a 1973 da un total de \$1'341.458.000 para los seis años. La cifra repetimos, impresiona a primera vista, pero la realidad es que en los primeros tres años se debió invertir \$1.030.0230.000, y en el período siguiente una cantidad sensiblemente superior a la anterior, para así haber podido llegar a las 2.9 camas por mil habitantes, propuestas.

Puesto en otros términos, podemos decir que el financiamiento provisto por el Gobierno en desarrollo de la Ley 39 no fue utilizado ni oportuna ni completamente. Por otra parte, es claro que no se mantuvo la iniciativa en un nivel útil, pues el financiamiento adicional provisto por el siguiente Gobierno, no llegó más allá del 25o/o de lo que se hubiera requerido para lograr mantener una tendencia correctiva del problema.

La corrección del problema, es decir, llegar a la atención mínima de las necesidades de servicios hospitalarios, dentro de límites razonables en nuestro medio y ajustada a nuestro crecimiento demográfico, es a mi modo de ver el criterio para juzgar cualquier política hospitalaria; porque la mera apreciación de partidas y cifras globales de servicios sólo da una idea parcial de la realidad.

La gráfica que hemos anexado se base en informaciones oficiales. Según ella la tendencia que seguimos es claramente decreciente. A pesar de los esfuerzos que se hacen, ni siquiera nos mantenemos al ritmo de crecimiento de la población. El último dato representado en la gráfica señala una proporción de camas del 2.12 por mil habitantes. Este dato proviene de las siguientes fuentes: Del informe del Ministro de Salud al Congreso en 1975 en donde se dice que el número de camas existentes es de 24.955; cifra que debe referirse básicamente a las llamadas "no pensionadas", a éstas agregamos las pensionadas que ascienden a unas 19.300, más las psiquiátricas que están en el orden de 6.203 para un gran total de 49.809. Con una población de 23.500.000, tendríamos 2.12 camas por mil habitantes. Este punto en la gráfica, que es uno de los más bajos, indica dentro del conjunto de los datos, la dirección que sigue el fenómeno.

SERIE HISTORICA DE CAMAS HOSPITALARIAS EN EL PAIS (Por 1.000 habitantes) Y PROYECCIONES DEL PLAN NACIONAL HOSPITALARIO



Ante estos hechos la atención futura del problema hospitalario del país requiere entre otras las siguientes cosas.

En primer lugar, un mayor esfuerzo de los administradores públicos por ubicarse en la perspectiva histórica de los problemas nacionales y de los esfuerzos que se hacen por solucionarlos; pues el comportamiento administrativo que resulta de la visión limitada que usualmente obtiene el funcionario público durante el tiempo que desempeña su oficio no parece ofrecer un adecuado entendimiento y valoración de la realidad. Dicho en términos prácticos: es necesaria una gran comprensión y responsabilidad administrativa a fin de

lograr un mínimo útil de continuidad en los programas que se desarrollan con los recursos del país; pues sería funesto que cada administrador diera por sentado que las administraciones anteriores estaban equivocadas o andaban desorientadas en el estudio y tratamiento de los problemas públicos.

En segundo lugar, el país está a la espera de que el Gobierno pueda volver, dentro del concierto general de políticas que conforman su estrategia de gobierno, a dar atención de este problema con la proyección y alcance mínimos requeridos para lograr una solución realista, según nuestras limitaciones, pero de verdadero fondo.

