

ASUNTO: Nueva Ubicación de LAGUN-ARO

Preámbulo:

El paso del conjunto de CAJA LABORAL a la nueva sede, en los terrenos de Uribarri, ha planteado la cuestión de si también LAGUN-ARO, debiera de desplazarse a dicho conjunto.

Desde la fecha que se elaboró el proyecto hasta que se ha terminado, parece ser que las circunstancias, de sobra conocidas por la mayoría, han sufrido modificaciones, de tal manera que en una reunión promovida por la Dirección de CAJA LABORAL con la Presidencia y Dirección de LAGUN-ARO el pasado mes se ha llegado a un acuerdo en el sentido de que aún cuando en principio nuestra entidad vaya a emplazarse en la nueva sede, sería conveniente ir perfilando un inmueble propio, para que en un plazo de cinco años sirviera tanto para LAGUN-ARO Mutua, como para Medicina de Empresa y Centro Asistencial.

Tanto la Mutua como Medicina de Empresa no constituyen problema, ni en los planteamientos ni en la solución. En cambio el Centro Asistencial es una Entidad que requiere una mayor profundización y estudio, para llegar a un acuerdo en las líneas de principio en su programa básico o de viabilidad.

He aquí que iniciamos hoy la exposición de algunos aspectos para que se inicie una toma de conciencia.

Centro Asistencial

En todo hospital como toda empresa al iniciar un proyecto se deben cumplimentar el programa básico, el programa funcional y el programa de detalle.

Programa básico : En este apartado podríamos señalar unas subdivisiones con el objeto de que sea más claro el planteamiento y así tendríamos:

- . Justificación de su necesidad.
- . Definir un programa de necesidades.
- . Análisis de posibilidades.
- . Prever la evolución futura.
- . Definir la localización.

#### 1.- Justificación de su necesidad

A pálpito parece perogrullada, pues ahí están los siete años de funcionamiento y el número nada despreciable de atenciones que se han venido dispensando.

Pero parece que últimamente, el nivel de asistencia sobre todo en cuestiones digamos paramédicas: confort, dotación etc. no convence ni a usuarios ni a profesionales. Es un hecho de que en zonas con desarrollo económico creciente:

"La alta densidad demográfica por el favorable inter-intercambio de información, la demanda potencial de atenciones médicas fácilmente se transforma en demanda real."

"La elevación del nivel de vida, sustituye rápidamente la sensación de una necesidad o de una atención sanitaria; por la conciencia de un derecho indiscutible".

"Cuando se producen interferencias o angosturas en la distribución de atenciones médicas y médico-sociales, o bien cuando la accesibilidad a los servicios asistenciales y hospitalarios está muy por debajo de la demanda real, se producen muy pronto signos de protesta e insatisfacción."

Para corroborar lo precedente no tenemos más que recurrir al balance y observaremos que aquellas comunidades de trabajo que mejor o más próxima atención médica dispongan, aumentan el gasto y encima se muestran más insatisfechas.

Por otra parte analicemos lo que ha sucedido concretamente en Mondragón en los últimos diez años, mientras la población apenas se ha multiplicado por dos, el número de profesionales lo ha hecho por cinco y aún padece penuria.

Al mismo tiempo la Medicina en sí, también ha experimentado un giro importante, pasando de la medicina domiciliaria a la hospitalaria, por lo menos en su aspecto dominante. Los médicos, como nos lo demuestran diariamente, e luden, se oponen, a acudir a los domicilios y demandan de forma creciente costosas instalaciones y medios hospitalarios para asistir a sus enfermos. Por otro lado los enfermos acuden de forma directa al hospital en busca del especialista, "sin perder tiempo" con el médico de cabecera. Tanto es esto cierto que por activa y por pasiva se está plateando la razón o la sinrazón de su existencia.

Es más que presumible que en todo ello haya mucho de snobismo, de incoscienza de la capacidad adquisitiva, de consumismo etc. pero también es verdad que aunque las aguas vuelvan a su cauce, nunca lo harán al nivel de su partida.

También se dirá que todo o mucho de esta situación lo ha promovido la mentalidad de Seguro, el paternalismo estatal etc. y que nosotros queremos imbuir responsabilidades en las demandas, pero a pesar de todo lo único que lograremos es encauzar esta tendencia, pero nunca desviarla.

A expensas del breve análisis de necesidades que a continuación señalaremos, podemos concluir, en la Cuenca Alta del Deva se necesita un Hospital.

## 2.- Programa de necesidades

Vamos a iniciar este capítulo señalando las disponibilidades actuales, las necesidades y la posible demanda futura.

La organización mundial de la salud, en sus informes técnicos ha realizado una campaña de divulgación, en la que se expresan diversas tasas o módulos por mil habitantes para cuantificar las necesidades en camas hospitalarias.

Los índices que se señalan a continuación sirven de orientación, a título de estructura básica, pero no para que queden cubiertas las necesidades asistenciales de la población. Ello es debido a diferencias económicas, sociales, culturales etc. de las siguientes comunidades.

En Europa los porcentajes de camas por mil habitantes oscila en 4,5 y 10% , pero la tasa normal es de un 6 % .Estas tasas excluyen a los crónicos y psiquiátricos y se refieren únicamente a enfermos agudos.

Las propuestas de las diferentes Jefaturas de Sanidad en cama por mil habitantes en los dos últimos años son:

	FRANCIA	ALEMA.	SUIZA	URSS	BULGARIA	CHE.	INGL.
MEDICINA	2,10	3,90	3,60	5,6	4,70	6,65	4,90
MATERNIDAD	0,40	0,80	0,70	2,0	1,25	1,27	0,60
PEDIATRIA	0,33	0,50	0,70	1,2	1,10	0,81	-
INFECCIOSAS	0,65	0,30	0,30	1,4	1,10	0,54	0,50
ESPECIALID.	1,15	1,14	-	1,0	0,77	0,63	-
T. AGUDOS	4,63	6,64	5,30	11,2	8,82	9,90	6,00
PSIQUIATRIA	3,00	2,00	3,40	3,0	3,00	3,00	3,00
CRONICOS	-	-	3,30	-	-	-	-
GERIATRIA	2,00	2,00	-	2,0	2,00	2,00	2,00
CRONICOS	5,00	4,00	6,70	5,0	5,00	5,00	5,00
TOTAL	9,63	10,64	12,00	16,20	13,82	14,90	12,00

Tomando como base la cifra del 6% para enfermos agudos, deberíamos hacer dos planteamientos:

a) Necesidades para toda la Cuenta Alta del Deva.

Aproximadamente el número de habitantes por pueblo sería:

ARECHAVALETA	5.500
ESCORIAZA y	
SALINAS	2.500
MONDRAGON	25.000
OÑATE	10.000
VERGARA	<u>15.000</u>
<u>TOTAL</u>	<u>58.000</u>

He aquí que resultarían 350 camas.

b) Necesidades para LAGUN-ARO en la ZONA

Aproximadamente el número de cooperativistas en la misma zona sería:

COMUNIDAD N° 1	400
COMUNIDAD N° 2	4.763
COMUNIDAD N° 5	532
COMUNIDAD N° 7	506
COMUNIDAD N°13	<u>394</u>
<u>TOTAL</u>	<u>6.595</u>

que multiplicado por el n° 2,37 de beneficiarios,

$2,37 \times 6595 = 15.405$ , cuyo 6% sería aproximadamente 93 camas.

Indudablemente que los números resultantes deberían reducirse entre otras por las siguientes razones:

1. Dentro de lo que comprende el concepto de agudos quedan englobadas las asistencias bastante o super especializadas como: prematuros, neurocirugía, cirugía cardiopulmonar, quemados etc. que necesariamente ahora y en el futuro serán tributarias de instituciones de rango provincial o regional.
2. Porque aunque no se pueda mantener la liberalidad absoluta actual en la elección de profesionales y clínicas, siempre será conveniente mantenerlo con carácter parcial.
3. Análisis de las posibilidades teóricas

La denominamos con este adjetivo para diferenciarlas de las reales, es decir posibilidades económicas y profesionales que en otro momento lo abordaremos.

Para entrar en materia y tomando como base la postura genérica (aunque realista) de la O.M.S. vamos a seguir el discurrir a tenor del Plan General de Regionalización Hospitalaria en Cataluña y Baleares, solicitado por la Excmo. Diputación Provincial de Barcelona.

En el estudio y desde el punto de vista de las necesidades dividen la región en las siguientes instituciones asistenciales.

HOSPITAL BASE O REGIONAL, 1000 camas, cuya población subsidiaria queda comprendida entre 1,5 y 2 millones de Habitantes y cuyos servicios (programados con carácter total) atenderían "todo" lo que su circunscripción inmediata y zona de influencia precisa, más lo que no pueden solventar el resto de las instituciones de la región.

HOSPITAL DE DISTRITO, 300 - 500 camas, de 100.000 a 200.000 habitantes, que comprendería todos los servicios menos Neurocirugía, cirugía torácica, cirugía plástica, cirugía infantil, superradiología ( radioisótopos ) y superlaboratorio. Cubriría todas las necesidades de su zona,

más lo que le pueda venir de las instituciones subsiguientes.

HOSPITAL DE DISTRITO, 100 - 200 camas, Población de 30.000 - 60.000 habitantes, que tendría todos los servicios menos los anteriores.

HOSPITAL LOCAL O RURAL, 20 - 70 camas, que únicamente tendría los servicios de Medicina General, Cirugía menor, Obstetricia, Urgencias, Servicio Higiénico Asistencial.

Para la clasificación y distribución de las diferentes unidades atienden a concentraciones demográficas, vías de comunicación, centros de trabajo, centros comerciales, etc.

Parece también que en esta línea de pensamiento nuestra zona sería tributaria por lo menos de un hospital comarcal.

Consideramos interesante exponer el análisis de las fuentes de financiación a los que concluyen para un hospital comarcal.

GASTOS DE CONSTRUCCION:

150 camas x 500.000 pesetas cama = 75.000.000 pts.

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO:

500 pts/día x 150 x 365 = 27.375.000 "

GASTOS DE FINANCIACION:

Seguridad Social	10.000.000
(1) Sanidad Nacional	500.000
(2) Consejo Comarcal	1.500.000
Entidad Local de asiento	500.000
(3) -Contraprestaciones (50%)	14.000.000
Aportaciones Privadas	100.000
Contribuciones de vecinos residentes en su circunscrip.	1.000.000
Fondo Nacional	<u>225.000</u>
	27.825.000

- (1) Sueldo de los médicos de asistencia pública domiciliaria, más gastos generales.
- (2) 10% de estancias benéficas.
- (3) La mitad de estancias (comida + medicamentos + varios)

El estudio fué publicado en 1970.

La línea que marcan las líneas anteriores no constituyen enteramente una novedad, puesto que a lo largo de la historia del Centro Asistencial y sobre todo en los intentos de negociación con la Seguridad Social ya han sido planeadas.

Indudablemente dentro de este capítulo consideramos imprescindible qué postura mantienen el Ministerio de Gobernación a través de su Dirección General de Seguridad Social y el Ministerio de Trabajo por la suya de Seguridad Social y el conjunto de iniciativas privadas no de lucro pero sí de justificación indirecta, para diferenciarlas de las primeras.

En 1970 la distribución de camas en España era la siguiente.

	SECTOR PRIVADO		SEGURIDAD SOCIAL	
	total	%	total	%
Camas				
Agudos	93.000	2,90	20.000	0,87
CRONICOS	62.000	1,80		
TOTALES	155.000	4,70	20.000	0,87

En el Cuadro llama poderosamente la atención,

1. La cifra de 3,77 camas por mil de agudos en total.
2. Que el 77% de las mismas los cubre la iniciativa privada.

3. La falta de camas para crónicos en la Seguridad Social.

Otras cifras

Población española en XII - 1970	33.290.533
Población cubierta por la Seguridad S.	21.098.533 - 63%
Población no cubierta	12.191.638 - 37%

En el III Plan de Desarrollo se prevé que la Seguridad Social va a incrementar 8.000 camas más 2.000 de otro origen, lo que seguirá siendo deficitaria la cifra.

Pero aún hay más, esas 8.000 camas se destinarán en su totalidad a enfermos agudos.

Dentro del análisis del III Plan, la Sanidad viene a ser la cenicienta. En la distribución general de la inversión pública se le destina tan sólo un 7,6% del total y todavía la financiación que recae directamente sobre el presupuesto del Estado no pasa de 2,4 del mismo.

INVERSIONES PUBLICAS POR SECTORES

1. TRANSPORTE	189.763
2. AGRICULTURA, PESCA y REGADIOS	108.897
3. EDUCACION Y CULTURA	100.249
4. ESTRUCTURAS Y SERVICIOS URBANOS	82.902
5. VIVIENDA	75.000
6. S.SOCIAL, SANIDAD y ASISTENCIA S.	56.966
7. DEFENSA CONTAMINACION Y RUIDO	42.354
8. FOMENTO INDUSTRIAL	

-----  
-----  
-----

APORTACIONES DEL ESTADO

1.	TRANSPORTE	126.163
2.	AGRICULTURA	95.847
3.	EDUCACION	74.699
4.	VIVIENDA	45.010
5.	ESTRUCTURA Y SERVICIOS URBANOS	41.209
6.	FOMENTO INDUSTRIAL	36.239
7.	CONTAMINACION	22.785
8.	INVESTIGACION Y DESARROLLO	14.720
9.	PLANES PROVINCIALES	14.236
10.	OTROS SECTORES	13.833
11.	SANIDAD, S.S., ASISTENCIA SOCIAL	11.966

La ayuda económica que el III Plan viene a proporcionar a los hospitales va destinada en un 83,6% a la Seguridad Social, que mantiene solamente un 16,2% de las camas del país, mientras que el 16,44 de la inversión debe repartirse nada menos que al 83,72% de las camas.

Además cuando el Plan destina una cantidad relativamente importante a las Instalaciones Hospitalarias lo hace con cargo a los propios organismos de la Seguridad Social, cuyo presupuesto se nutre en dinero que proviene por mitades de las empresas y asalariados.

Para una mayor claridad del concepto "Privado", tomamos la distribución de 1967.

de las 139.393 camas de hospital de entonces:

SEGURIDAD SOCIAL		11.939	-	8,6%
ESTADO	27.271	}	}	
PROVINCIA	40.456			
MUNICIPIO	6.967			
MOVIMIENTO	2.134			
		76.828	-	55,1%
CRUZ ROJA	1.822	}	}	
IGLESIA	17.006			
PARTICULAR	31.668			
EXTRANJERO	130			
		50.626	-	36,3%
		<hr/>		<hr/>
		139.393		100,0%

DISTRIBUCION DE LOS HOSPITALES POR ESPECIALIDADES

GENERALES	36.254	60% MEDICINA	40% CIRUGIA
QUIRURGICOS	34.112		
MATENIDADES	4.190		
INFANTILES	1.432		
PSIQUIATRICOS	39.329		
ANTITUBERCULOSOS	15.057		
ASILOS	4.226		
OTROS	<u>4.793</u>		
	139.393		

GASTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.ASIST.SANIT.

		<u>POR USUARIO</u>
FARMACIA	50,37%	2.671,13
PERSONAL	21,14%	1.120,90
INSTITUCIONES PROPIAS	21,07%	972,03
CONCIERTOS	6,29%	290,47
OTRAS PRESTACIONES	1,13%	<u>59,80</u>
		5.114,33 pts.

EN CATALUÑA ( ASISTENCIA SANITARIA )

RECAUDACION	8.252.485.259
PRESTACIONES	<u>6.801.278.403</u>

SUPERAVIT 1.451.207.456 (datos 31.12.70)

Para terminar este apartado y emplazados con los hechos precedentes podríamos decir que:

1. La situación sanitaria hospitalaria en España, es más que insuficiente, que difícilmente tendrá solución a corto plazo aún en la mejor de las situaciones.
2. Se echa en falta con apremiante necesidad la tan caca reada COORDINACION HOSPITALARIA, para poder coordinar la escasez.
3. Que el crecimiento previsto en el III Plan difícilmente contemplará no ya las necesidades sino ni siquiera las nuevas demandas, que con el crecimiento vegetativo y selectivo exigen.
4. Que la política de la Seguridad Social se basa en un absoluto desconocimiento de las disponibilidades exis tentes, tendiendo a solucionar por sí misma todas las necesidades de sus afiliados. Sino no se comprende có mo atiende en primer lugar las necesidades que aunque de forma insuficiente son las mejor cubiertas, como son los problemas médicos asistenciales de agudos y desgranando una serie de conciertos con instituciones ajenas, cuando la situación se vuelve angustiosa, polémica y no tiene otra solución.
5. Aún prescindiendo de las consideraciones que las Regionalizaciones hospitalarias promueven, y que necesaria mente con o sin ella será precisa una coordinación hospitalaria, la cuenca Alta del Deva difícilmente entrará a plazo corto en los programas de la Seguridad Social.

6. No se deben olvidar los vaivenes que en la consideración de las instituciones o infraestructuras se producen con el devenir de los tiempos. Así de los hospitales de 500 camas se pasó a los de 1.000 y 2.000 camas, en base sobre todo a una visión económica, para volver hoy en día a unidades menos numerosas en base a un mayor humanismo.
  
7. De la misma forma la red de autopistas con soluciones diferentes a las actuales circunstanticas, podrían promover cambios fundamentales en las actuales consideraciones de provincia y municipio.

Consideramos que para esta reunión hay suficiente material de reflexión que se irán completando a lo largo de los próximos meses.

-----