

ESTADO ACTUAL DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN EL ECUADOR

Dr. CARLOS ROSERO S.

Guayaquil

1.—INTRODUCCION

Al definir la OMS la salud, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, está considerando al individuo como un solo todo, único e indivisible, en su aspecto físico, psíquico y social; y considera que no podrá haber salud si una de las tres partes no se encuentra en perfecto equilibrio.

Así mismo se considera la Salud Pública, no únicamente en la función preventiva sino que también comprende el fomento de la salud, la curación, la rehabilitación y la prevención de invalidez. Y dentro de la curación es el Hospital el exponente máximo, tanto por la gran demanda de atención por parte de la población, como porque requiere enormes recursos de personal, material y presupuesto.

Pero el Hospital actual no es el sitio donde se realiza únicamente la curación, importante función sí, pero no única; el Hospital actual realiza prevención, educación, docencia e investigación. Actualmente hay la tendencia a aumentar la rehabilitación como otra función propia de los hospitales. Pero,

por ser muy costosa y por necesitar personal especializado, no podrá ser entre nosotros función de todo hospital. Pero las cinco primeras sí lo son, y no cumplen a cabalidad su papel de hospital el establecimiento que no realice curación, prevención, educación, docencia e investigación.

Cada día la atención cerrada u hospitalaria se hace más cara, por lo que se ha ideado sistemas de trabajos tendientes a disminuir la hospitalización, tales como el tratamiento ambulatorio y domiciliario, para reservar las causas de hospital únicamente en los casos que no pueden ser tratados fuera de él.

Por esa misma razón hay que utilizar al máximo una cama de hospitalización y ésta debe estar en el sitio adecuado y no construir hospitales si no es con criterio estrictamente técnico; para lo cual se necesita la tecnificación de la Organización Hospitalaria con el objeto de implantar la regionalización de hospitales, así como dictar los requisitos mínimos y normas de trabajo de estos establecimientos.

El presente trabajo tiende a hacer un análisis de los Hospitales de la Repú-

blica, en lo que respecta a la cantidad de camas, distribución de las mismas, aprovechamiento o utilización, recursos personales, etc., así como a dar sugerencias tendientes a mejorar la atención hospitalaria nacional, guiado con un criterio estrictamente técnico.

2. DATOS GENERALES

La población actual del País es de 4'581.476 (censo de 1962)*. La tasa de crecimiento vegetativo anual es de 32,6 por mil, por lo cual en 1972 tendremos una población de 5'857.779.

Al igual que casi todos los países latinoamericanos, tiene una gran tasa de natalidad 47,3 por mil, y teniendo una tasa de mortalidad general de 14,7 por mil su resultado es una pirámide de población de país joven.

La distribución de la población en 1950 fue de 90% para el medio rural y 10% para el medio urbano. En 1962 es de 65% para el medio rural y 35% para el medio urbano, lo que nos indica que si bien ha habido un incremento notable del medio urbano, todavía estamos lejos de llegar al 60%, cifra que se considera necesaria para que el desarrollo sea efectivo.

Este predominio notable del medio rural nos impide concentrar esfuerzos para la atención médica, a esto hay que agregar la pobreza económica de la población.

Además, el gran grupo de menores de 15 años, no sólo que no produce si-

no que requiere asistencia médica. De cada mil habitantes económicamente activos del país 73 llegan a los 15 años, mientras que en los países más adelantados sólo llegan cerca de 40 personas, esto indica que la población adulta del país está soportando una carga casi doble de la de los países más adelantados, consecuencia directa, naturalmente, de la elevada tasa de natalidad, como país joven que es.

3. ANALISIS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Los datos de población, establecimientos, cama, personal, distribuidos por provincias, son tomados de la "Encuesta Nacional de Servicios de Salud", efectuada por el Departamento Asesor de Salud del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública en 1962 y publicado en 1963.

Los datos de Enfermería fueron tomados de "Estudios de Recursos y Necesidades de Enfermería en el Ecuador" del Servicio Sanitario Nacional y Asociación Ecuatoriana de Enfermeras con asesoría de la OPS/OMS 1963.

Por último, agradezco al señor Jaime Proaño, Administrador de Hospitales, quien se sirvió proporcionarme su trabajo "Comentarios y Sugerencias acerca de los Servicios Médico-Hospitalarios en el Ecuador", de 1960.

Aquí vemos que en la República existen 161 establecimientos hospitalarios (hospitales y clínicas) con 11.199 camas en total, lo cual representa una tasa de 2.5 camas por 1.000 habitantes.

* En 1964 = 5'084.000.

A.—MATERIAL Y PERSONAL

Tabla Nº 1

POBLACION, ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES Y
DISPONIBILIDAD DE CAMAS, DISTRIBUIDOS POR PROVINCIAS

AÑO 1962

Provincias	Población calculada	Total de Establecimientos	Total de camas	Camas por 1.000 habitantes
Azuay	271.801	12	702	2.58
Bolívar	126.283	1	192	1.52
Cañar	109.801	3	229	2.09
Carchi	93.351	4	194	2.08
Cotopaxi	168.306	8	291	1.73
Chimborazo	264.175	14	556	2.10
El Oro	157.956	9	365	2.31
Esmeraldas	118.868	4	147	1.24
Guayas	1.024.212	33	3.880	3.79
Imbabura	173.972	5	292	1.68
Loja	284.677	8	337	1.18
Los Ríos	238.127	5	277	1.16
Manabí	601.195	9	470	0.78
Morona Santiago	27.892	2	40	1.43
Napo	21.148	2	52	2.46
Pastaza	17.500	2	33	1.89
Pichincha	560.297	28	2.689	4.80
Tungurahua	206.326	12	453	2.20
Zamora Chinchipe	11.608	.....	.....	.....
TOTALES:	4.477.495	161	11.199	2.50

Si recordamos que el mínimo aceptable es de 4.5 camas por 1.000 habitantes veremos que tenemos un déficit de 8.959 camas, que representan al año 130.801 (con I.O. 80% y promedio días de estada 20) hospitalizaciones que no pueden ser atendidas por falta de camas. Esta falta de casi 9.000 camas representa por sí sola una tremenda falla en la Asistencia Hospitalaria del país. Este hecho nos obliga aún más a utilizar en la mejor forma posible las camas existentes, ya que de no hacerlo estamos agravando el problema hospitalario nacional.

Si observamos las tasas de cama-habitante, de mayor o menor, vemos que es la Provincia de Pichincha la que tiene la tasa más alta de 4,8; lo que nos daría la impresión de que a esta Provincia no le faltaría camas.

El análisis de la distribución de camas de la Provincia de Pichincha lo veremos en la Tabla N° 2.

Luego le sigue Guayas, con una tasa de 3.79 camas por 1.000 habitantes, lo que nos revela la falta de camas. El análisis de la distribución y necesidades de camas de esta Provincia lo veremos en la Tabla N° 3.

Le sigue la Provincia del Azuay, con una tasa de 2.58 camas por 1.000 habitantes, lo que nos indica que le falta 521 camas, considerando únicamente la población de la Provincia. Pero como sabemos que Cuenca es ciudad con Facultad de Medicina, es natural que sea Centro Hospitalario de la Zona Austral; en donde en un sistema de regionalización, tendrá que atender algunas especialidades médicas que no puedan

ser realizadas en los hospitales provinciales de zona, con lo cual el requerimiento de camas será mayor.

Las demás Provincias tienen un déficit mayor de camas. Y entre las que más necesitan se encuentran: Zamora-Chinchiipe, Manabí, Los Ríos, Loja, Esmeraldas, Morona-Santiago, Bolívar, Imbabura, Cotopaxi y Pastaza.

Pero la Provincia en que la falta de camas se muestra con caracteres más alarmantes es Manabí, ya que siendo la segunda Provincia en densidad de población tiene, apenas, 0.78 camas por 1.000 habitantes.

Esta falta grande de camas a nivel nacional, se tiene que acrecentar si consideramos que aquí hemos expuesto el número de camas existentes, sin considerar si los locales, o sean los hospitales, son aptos para la función a desarrollar, ya que sabido es por todos, que existen muchos hospitales de la República en tan ruinosas condiciones que de tales no tienen más que el nombre, y es natural que esas camas no pueden ser bien aprovechadas, o sea que si eliminamos las camas cuya planta física no es apta, el déficit sería aún mayor.

Aquí la distribución de camas se ha agrupado en tres columnas, en la primera está la distribución actual; en la segunda, cómo debería distribuirse las camas, considerando únicamente la población de Pichincha, que es de 560.000 habitantes; y, en la tercera columna, se expone la distribución de camas, considerando la Regionalización, mediante la cual tendrá que atender en

Tabla N° 2

DISTRIBUCION ACTUAL Y NECESARIA DE LAS CAMAS DE
HOSPITALIZACION DE LA PROVINCIA DEL PICHINCHA
SEGUN ESPECIALIZACION

ESPECIALIZACION	C A M A S					
	Distribución actual		Distrib. necesaria sólo para la Prov. de Pichincha		Distrib. necesaria con el sistema de Regionalización	
	Nº	Tasa por 1.000 Hab.	Nº	Tasa por 1.000 Hab.	Nº	Tasa por 1.000 Hab.
Medicina y Cirugía	1.450	2.40	1.043	1.86	1.450	2.40
Maternidad	223	0.39	353	0.63	353	0.63
Pediatría	90	0.16	300	0.53	450	0.80
Psiquiatría	492	0.87	560	0.99	1.500	2.67
Tuberculosis	214	0.38	214	0.38	214	0.38
Leprología	140	0.26	50	0.08	50	0.08
Aislamiento	90	0.16	.....	.....	.....	.....
TOTAL:	2.699	4.8	2.520	4.5	4.017	7.1

algunas especialidades a toda la Zona Central, que tiene 1'500.000 habitantes.

Así, camas de Medicina y Cirugía hay 1.450. Para calcular el número necesario, primeramente se calculan las otras especialidades, la suma de éstas se restan del total de camas, calculando la tasa de 4.5 por 1.000 habitantes, lo que nos da solamente 1.043 camas; pero como Quito, con carácter de ciudad con Facultad de Medicina, tiene que atender forzosamente los casos de la Zona Central que no pueden ser atendidos en los Hospitales Provinciales, el número de camas necesarias es mayor y, por eso, he considerado necesarias las 1.450 camas que son las mismas que tiene actualmente.

Si se siente la necesidad de mayor

número de camas, es sencillamente porque algo anda mal, sea porque al no existir el sistema de Regionalización concurren de cualquier lugar de la República, porque se da ingresos a pacientes que pueden y deben ser atendidos en consulta externa, porque el promedio de día de estada es elevado, etc.

Si se trabaja con criterio técnico, no pueden faltar camas en este rubro.

Camas de Maternidad.—Existen 223. Para calcular las necesarias se procede del modo siguiente: se calcula la población según la tasa de natalidad, a esto se aumenta un 30% que corresponde a las hospitalizaciones que no son por parto sino por patología obstétrica. Se resta un 20% que corresponde al sec-

Si se quiere tener una cama de hospital para cada leproso, cualquier cifra que se dé resultaría insuficiente. Pero si se reservan las camas de Leprocomio para los casos abiertos y reactivados y todo el fuerte de la atención se hace en el domicilio y en consulta externa, creo son suficientes unas 50 camas. Naturalmente que previo a la implantación de este sistema, al igual que en la Tuberculosis, hay que resolver el problema familiar desde el punto de vista económico, social y educativo. Para estos dos casos de Tb. y Lepra, las Trabajadoras Sociales, en número suficiente y con preparación adecuada, son las llamadas a resolver el problema.

No se justifica, pues, mantener esas 140 camas del Leprocomio Verde Cruz tal como ahora funciona, que no es más que vivienda de los enfermos de Hansen.

Aislamiento.—Existen 90 camas en el Hospital de Aislamiento. En la actualidad no se justifica tener Hospitales de esta especialidad. Todas las enfermedades infecto-contagiosas deben ser tratadas en los Hospitales Generales, en pabellones adecuados y con personal de enfermería entrenado. No es que deben desaparecer las camas de Aislamiento, los que deben desaparecer son los Hospitales de Aislamiento; la razón es que, a menos costo, se puede

Tabla Nº 3

DISTRIBUCION ACTUAL Y NECESARIA DE LAS CAMAS DE
HOSPITALIZACION DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS
SEGUN ESPECIALIZACION

ESPECIALIZACION	C A M A S					
	Distribución actual		Distrib. necesaria sólo para la Prov. del Guayas		Distrib. necesaria con el sistema de Regionalización	
	Nº	Tasa por 1.000 Hab.	Nº	Tasa por 1.000 Hab.	Nº	Tasa por 1.000 Hab.
Medicina y Cirugía	1.616	1,61	1.770	1,77	2.000	2,00
Maternidad	262	0,26	630	0,63	630	0,63
Pediatría	398	0,39	600	0,60	700	0,70
Psiquiatría	580	0,58	1.000	1,00	2.000	2,00
Tuberculosis	802	0,82	400	0,40	600	0,60
Leprología	44	0,04	50	0,05	50	0,05
Cancerología	28	0,02	50	0,05	100	0,10
Aislamiento	150	0,15	.....	.....	.....	.....
TOTAL	3.880	3,8	4.500	4,5	6.080	6,0

dar mejor atención al estar incorporados a un Hospital General. El número de camas necesarias variará según la incidencia de este tipo de enfermedades.

El total de 4.017 camas con un tasa de 7,1 por 1.000 habitantes sale excesivamente elevado, pero esto es debido a Psiquiatría que por no haber especialistas en las Provincias de la Zona Central, todo tiene que acumularse en Quito. El déficit de camas para la Provincia del Pichincha es pues de 1.318 camas.

Aquí también hemos agrupado las camas según la distribución actual, la necesaria para la Provincia del Guayas, solamente considerando el sistema de Regionalización.

Del total actual, que es 3.880, vemos que se necesitan para atender la Provincia 4.500 y, para atender al Litoral en algunas especialidades, 6.080, lo que representa una tasa de 6,0 camas por 1.000 habitantes. Se está, pues, en déficit de 2.200 camas. Veamos ahora su distribución:

Camas de Medicina y Cirugía existen 1.616, para la Provincia del Guayas solamente se necesitan 1.770. El cálculo es igual al realizado en el cuadro anterior. Lo que hay que hacer notar es que deben haber más camas de Cirugía que de Medicina, ya que el internamiento en el hospital es para las personas que no pueden ser atendidas en la Consulta Externa o en el Domicilio (se entiende que es por el personal del mismo Hospital), y naturalmente son las cuestiones quirúrgicas las que no podrán ser atendidas sino dentro del

Hospital, por eso debe haber más camas de Cirugía que de Medicina. Con el sistema de Regionalización se necesita aumentar a 2.000 para atender los casos que serán enviados de los hospitales provinciales, por tratarse de pacientes que no puedan ser diagnosticados o tratados en dichos hospitales. Existe un déficit de 284 camas, y si ahora da la impresión de que faltarán más es porque no se utilizan bien las camas, porque se hospitalizan sin haberse realizado todos los exámenes en Consulta Externa, porque los exámenes solicitados no son rápidamente realizados, porque se demoran innecesariamente las intervenciones quirúrgicas, a más de todo lo expuesto, al analizar la tabla anterior, etc.; pero si se actúa con criterio técnico, las 2.000 son suficientes, incluso con Regionalización.

Maternidad.—Existen 262 camas y se necesitan 630. Los cálculos fueron realizados lo mismo que para la Provincia del Pichincha.

Existe un déficit de 368 camas de Obstetricia. Hago hincapié que este número es calculado con un promedio de estada de 4 días, por consiguiente, esto lleva implícito el controlar el puerperio a domicilio; el no hacerlo es una falla tremenda del Hospital.

Por otro lado, hay que advertir que al decir que faltan 368 camas de Maternidad no se refiere únicamente a las de hospitalización sino que junto a esto tienen que crearse las respectivas camas de parto (1 por 10) y de parto (1 por 20) o sean 36 camas de parto y 16 camas de parto.

Tabla Nº 5

NUMERO DE CAMAS Y ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES
SEGUN ESPECIALIZACION

Especialización	Núm. de Esta- cimientos	Núm. de Camas	HOSPITALES		CLINICAS	
			Núm.	Camas	Núm.	Camas
H. Generales	122	6.789	66	6.045	56	744
Tuberculosos	11	1.507	11	1.507	.....	.....
Psiquiátricos	3	1.072	3	1.072	.....	.....
Maternidades	12	665	5	590	7	75
Pediátricos	5	605	5	605	.....	.....
Aislamientos	4	309	4	309	.....	.....
Leprocomios	3	224	3	224	.....	.....
Cancerología	1	28	1	28	.....	.....
TOTALES:	161	11.199	98	10.380	63	819

camas. Aquí también el número necesario va a variar según se trate de un hospital sólo de Radio y radium-terapia o si también se va a practicar tratamiento quirúrgico. Por otro lado si va a ser único en el país o si sólo va a atender las necesidades de la Zona del Litoral. Además a medida que el promedio de vida de los ecuatorianos vaya en aumento, se irán necesitando más camas de esta especialidad. Por todo lo cual creo que el Hospital debe ser siquiera de 100 camas.

Aislamiento.—Existen ahora 150 camas. Por las mismas razones que expuse al tratar de la Provincia de Pichincha, creo que no más de 50 camas deben ser creadas en el Hospital Vernaza, y el Hospital de Cáncer pasar al actual Aislamiento, con las respectivas

adecuaciones se sobre entiende.

En resumen, a más de la falta de camas en la Provincia del Guayas se observa una mala distribución de las mismas.

Del total de 161 establecimientos asistenciales el 46,5% tienen menos de 26 camas, y de estos establecimientos 75 son clínicas particulares. El 93,7% del total tienen menos de 201 camas, lo que demuestra el predominio absoluto de los establecimientos pequeños y, si sabemos que mientras más pequeño es un hospital más oneroso resulta proporcionalmente su mantenimiento, comprenderemos que se está gastando más y atendiendo menos.

Por otro lado, observamos que sobre el total de 161 establecimientos, 122 o sea el 75,7% son clínicas y hospitales generales, lo cual está bien, ya que los

servicios especializados aislados son más caros y rinden menos.

Del total de 11.199 camas correspondientes a los 161 establecimientos asistenciales, sólo 819 camas y 63 establecimientos son de Clínicas particulares, mientras que 10.380 camas que da el 92,6%, y 98 establecimientos que da el 60,8% son los hospitales institucionales.

De los 98 hospitales el 67,3% son generales, así mismo, de las 10.380 camas sólo el 58,2% son de hospitales generales, mientras que la diferencia son camas de hospitales especializados. Se observará que hay un porcentaje muy bajo de camas de hospitales generales, ya que, como dijimos en el cuadro anterior, son éstas las que trabajan a menor costo. Se hace pues necesario aumentar el porcentaje de camas de hospital general.

Tabla Nº 6

DISPONIBILIDAD DE CAMAS POR ESPECIALIDAD. TASAS POR 1.000 HABITANTES

Especialización	Núm. de camas	Tasas por 1.000 Hab.
Medicina Gral.	3.326	0.742
Cirugía	2.219	0.50
Tuberculosis	1.507	0.34
Psiquiatría	1.072	0.24
Maternidad	1.154	0.26
Pediatría	874	0.20
Aislamiento	795	0.18
Lepra	224	0.05
Cancerología	28	0.006
TOTAL:	11.199	2.5

Aquí vemos que las 11.199 camas de hospitalización corresponden únicamente a una tasa de 2,5 por 1.000 habitantes, lo que equivale a una cama por 400 habitantes, cifra sumamente baja, ya que el mínimo aceptable es una tasa de 4,5 por 1.000 equivalente a 1 cama por 250 habitantes.

Aparte de las 9.000 camas que faltan en el país, se observa también una mala distribución de las mismas. Deben de haber más de Cirugía que de Medicina, menos camas de Tuberculosos y más de Psiquiatría, Obstetricia y Pediatría. No deben de haber camas de Aislamiento en Hospitales separados, sino incorporados a los hospitales generales. Hay muchas camas para Lepra, que no son camas de hospital sino camas de vivienda, y faltan camas de Cancerología.

Vemos que el total de pacientes hospitalizados al año fue de 170.462, correspondientes a las 10.380 camas de los hospitales de la República, ocupando el primer lugar los hospitales generales, seguido de las maternidades.

No consta el número de enfermos de lepra, porque en realidad ellos son residentes antes que pacientes.

Luego tenemos los días de estada. Para los hospitales generales el promedio es 12, que es muy bueno, teniendo un rango de 27 días de máximo y 6 de mínimo, las dos cifras no están bien, porque 27 es muy alto y 6 es muy bajo. La mediana (que no consta en la tabla) es de 10. El promedio y la mediana están bien.

Tuberculosis.—Con un promedio de 296 días, que es bueno; con un máximo

Tabla Nº 7

**DATOS ESTADISTICOS GENERALES DE LOS HOSPITALES
SEGUN ESPECIALIZACION**

Especialización	Núm. anual Pacientes Hspitlzdos.	DIAS DE ESTADA			INDICE OCUPACIONAL		
		Pro- medio	R A N G O		Pro- medio	R A N G O	
			Mín.	Máx.		Mín.	Máx.
Generales	126.868	12	6	27	68,5	7,1	115,4
Tuberculosis	1.578	296	191	600	85,1	47,5	100,0
Psiquiatría	2.170	238	154	388	132,0	93,9	157,8
Maternidades	28.178	5	3	6	65,5	51,0	100,0
Pediátricos	9.186	18	13	22	75,0	60,0	90,8
Aislamiento	2.172	21	12	34	40,6	32,4	62,7
Leprocomios	.....	.....	.....	.....	98,2	94,8	100,0
Cancerología	310	20	.....	.....	60,7	.....	.....
TOTALES:	170.462	15,2	.....	.....	78,2	.....	.....

de 600, que es malo, por muy elevado; y un mínimo de 191, que es bueno. La mediana (ninguna mediana consta en la tabla) es de 270, que está bien.

Psiquiatría.—Promedio 238, máximo de 388 y mínimo de 154. La mediana es de 172. Todas las cifras están bien.

Maternidades.—El promedio es de 5 días, con un máximo de 6 y un mínimo de 3. La mediana es también 5. Todas las cifras son magníficas, siempre que se haga control domiciliario del puerperio.

Pediatría.—Todas las cifras expuestas están muy bien. La mediana coincide con el promedio.

Aislamiento.—El promedio y el máximo están bien, la mínima es baja, ya que en estas enfermedades el alta no es clínica sino epidemiológica.

Cancerología.—El único hospital de

la especialidad tiene un buen promedio.

Y por último el promedio total de los hospitales con exclusión de las de enfermedades crónicas (tuberculosis, psiquiatría y lepra) es de 15,2, que es un buen promedio.

Analícemos ahora el índice ocupacional:

Hospitales Generales.—El promedio del porcentaje de ocupación es de 68,5, lo que nos indica que no se aprovechan bien las camas, hay muchas desocupadas. El máximo es 115,4, que nos revela que ahí se trabaja mal, ya que es físicamente imposible hacerlo bien con un porcentaje tan elevado. El mínimo es 7,1, lo que nos dice que algo anda mal en este establecimiento. Se trata del Hospital San Vicente de Paúl, de Pelileo, que tiene 28 camas y un solo médi-

co. O la población no está educada para recibir atención médica, o serán muchas camas para la población, o el médico atenderá un solo tipo de enfermedades, etc. Lo único cierto es que como hospita general (para ser general debe tener, medicina, cirugía, obstetricia y pediatría) no cumple su labor.

La mediana de los hospitales generales del País (ninguna mediana consta en la tabla) es de 67,9, lo que nos indica, al igual que el promedio, que no hay buen aprovechamiento de las camas.

Tuberculosis.—Tiene un promedio de porcentaje de ocupación de 85,1, muy bueno. El máximo es 100 y el mínimo 47,5. Los dos están mal, el primero por muy elevado, no podrá atender las emergencias; y el segundo muy bajo, lo que nos indica camas desocupadas. La mediana es 92,7 que está bien para un hospital de crónicos.

Psiquiatría.—El promedio del índice ocupacional es 132, lo que nos indica que trabaja mal y nos revela la necesidad urgente de camas. El máximo es 157,8, peor aún que la cifra anterior, y el mínimo 93,9, que es lo único aceptable dentro del panorama de psiquiatría. La mediana de 144,4 nos indica lo mismo que el promedio.

Maternidades.—El promedio es 65,5 y la mediana de 60,3, nos indica que no se utilizan bien las camas, pues, hay muchas desocupadas, al igual que la mínima de 51. En cambio la máxima es de 100%, lo que nos revela que ahí no se puede trabajar bien. Esta es la Maternidad de Guayaquil.

Pediatría.—El promedio de 75 y la

mediana de 74,4 nos indican que están bien en cuanto a utilización de camas, aunque la máxima y la mínima estén mal, el primero por exceso de pacientes, 90,08, y el segundo por falta de los mismos, 60%.

Aislamiento.—Todas las cifras son sumamente bajas, lo que nos revela camas desocupadas.

Leprocomio.—No siendo camas de hospitalización no vale la pena comentar nada.

Cancerología.—El porcentaje de ocupación del único hospital es de 60,7, es bajo, pero si no atiende a más personas es por falta de recursos económicos.

En resumen: el promedio total de índice ocupacional es de 78,2, que es buena cifra por coincidencia, ya que está influenciada por los extremos máximo y mínimo en que ambos trabajan mal.

Tabla Nº 8

PERSONAL TECNICO DE LOS
ESTABLECIMIENTOS
ASISTENCIALES

Personal Técnico	Total	Hspitles.	Clínic.
Médicos	940	604	336
Dentistas	51	41	10
Estudiantes			
de Medicina	301	224	77
Farmacéuticos	35	30	5
Enfermeras	162	115	47
Aux. Enfermer.	229	181	48
Otros personal			
de Enfermer.	964	804	160
Obstetricas	30	20	10
Trab. Sociales	27	27	....
Dietistas	4	4	....
TOTAL:	2.743	2.050	693

En este cuadro observamos que del total de establecimientos hospitalarios (161 con 11.199 camas) de personal técnico se dispone de 2.743, siendo como es natural en su mayor parte de los hospitales.

Si recordamos que son 116 servicios asistenciales en total de los cuales 98 son hospitales institucionales y 63 son clínicas particulares, vemos que todo el elemento técnico está en déficit. Pero lo más llamativo es lo siguiente:

1) El número de Farmacéuticos que para los 98 hospitales apenas hay 30, o sea que el 69,4% de los hospitales no tienen Farmacéutico, por consiguiente, las boticas de estos establecimientos están sin una persona responsable.

2) Enfermeras y Personal de Enfermería.—Si recordamos que las camas de hospitales son 10.380 y para ese número apenas hay 115 Enfermeras, vemos que existe un déficit muy grande, y peor aún es el panorama si sabemos que éstas se encuentran en pocos hospitales, mientras la mayoría carece de ellas. No podrá haber buena atención de pacientes si no aumentamos su número. Y en lo que respecta al resto del personal de enfermería es desconsolador ver que la mayoría absoluta está formada por elemento sin ninguna preparación, ya que las auxiliares son pocas.

3) Trabajadoras Sociales.—El escaso número de 27 revela que se ignora el papel que tiene esta profesional en la atención de salud. De este total 21 están en Quito y sólo 6 se reparten en el resto de la República. Y lo más lamentable del caso es que el propio elemen-

to médico no sabe para qué sirve la Trabajadora Social.

4) Si malo es el panorama anterior, el de las Dietistas ya no tiene nombre. El que sólo 4 trabajen en los hospitales revela que nadie cree en su necesidad. No saben las funciones y el papel importante que tiene en todo hospital, seguramente confunden las funciones con la de los cocineros.

Por último, aunque todo esto nos indica que nuestros hospitales andan mal por falta de personal técnico, también nos está revelando falta en la docencia universitaria, ya que el médico que se gradúa cree que sólo de él depende la curación de los enfermos, ignorando por completo al personal paramédico, sin saber que éste juega un papel tanto o más importante que el del médico.

Esta tabla es una consecuencia de lo anterior, por lo que ya no vamos a comentar.

Planta física

Según Proaño, "aproximadamente el 50% de los edificios hospitalarios del país fueron construidos hace más de 50 años. Su estado actual deja mucho que desear; la distribución es absolutamente alejada de todo funcionalismo; en muchos de los casos resultaría muy costosa la adecuación de servicios auxiliares, hoy indispensables para la buena práctica de la medicina. De este 50% aproximadamente la tercera parte debería ser cerrado, por constituir un peligro para los pacientes y por ser inadaptables para su modernización".

Tabla Nº 9

PROPORCION ENTRE NUMERO DE PERSONAL TECNICO Y
NUMERO DE CAMAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Personal técnico	Camas de establecimientos asistenciales	Camas de hospitales
Médicos	1 : 12	1 : 16
Estudiantes de Medicina	1 : 37	1 : 46
Dentistas	1 : 220	1 : 253
Farmacéuticos	1 : 320	1 : 346
Enfermeras	1 : 63	1 : 90
Auxiliares de Enfermería	1 : 49	1 : 57
Otro personal de Enfermería	1 : 12	1 : 13
Trabajadoras Sociales	1 : 414	1 : 384
Dietistas	1 : 2.800	1 : 2.595
Obstetricas	1 : 22	1 : 30

He aquí la situación de nuestros hospitales en lo que respecta a su planta física, que agrava más aún el problema de la atención hospitalaria. Ya no es solamente que faltan hospitales y camas en el país, sino que de los existentes un gran porcentaje no son locales aptos para la función a desarrollar.

Equipo

Si la falta de edificios adecuados es alarmante, peor aún la falta de equipo en los hospitales. Parece que los grandes progresos de la medicina radican en gran parte en los nuevos equipos que le permiten un mejor diagnóstico y terapéutica. Y justamente el menor nivel en que se encuentra la profesión

médica del país con respecto a otros países radica en esto. No es falta de capacidad del cuerpo médico, es falta de equipo necesario en los hospitales. ¿Qué investigación se puede hacer si no se cuenta con el material necesario? Por consiguiente, aquella función que todo hospital debe realizarla, en nuestro medio es imposible. Ya pasó la época en que bastaba un microscopio para investigar, hoy necesitamos equipos e instalaciones muy costosas. Justamente ésta es una de las razones del encarecimiento de la atención cerrada, y mientras más progrese la medicina, más costosa será la atención.

Desgraciadamente, en las instituciones que tienen a cargo los hospitales no solamente hay falta de recursos económicos, sino un desconocimiento de las

características de la medicina actual, de las funciones del hospital, etc., la que hace que se quiera administrar los hospitales con un criterio totalmente errado, que va en perjuicio de la clase médica y de la calidad de atención al enfermo.

B.—ORGANIZACION

Veamos primero las instituciones patrocinadoras de los servicios hospitalarios:

Asistencia Social	54	hospitales
L.E.A.	11	„
Cajas de Previsión	10	„
FF. AA.	6	„
Junta de Beneficencia	4	„
Sanidad	3	„
Religiosos	3	„
Mtrio. de Gobierno(*)	1	„
SOLCA	1	„
Otros(**)	5	„
TOTAL:	98	hospitales Instntcnles.

(*) Hospital Policlínico de la Policía Nenal.

(**) Hospital de Ancón, de la Anglo.
Hospital Curipamba, de la CIMA.
Maternidad de Santa Rosa, El Oro.
H. "León Becerra", de la Soc. Protectora de la Infancia, Guayaquil.
Hospital "San Luis", de Otavalo.

Estos 98 hospitales no tienen la menor concordancia entre sí. Y lo que es peor ni siquiera entre los hospitales de la misma institución que funcionan en la misma ciudad. Cada uno es un mun-

do aparte. Todo esto no refleja sino una falta de organización.

Si sabemos que la atención cerrada es muy cara, con mayor razón se impone el organizarse debidamente para tratar de obtener entre todos lo que aisladamente no podrán adquirir, por ejemplo: equipo.

Debemos desterrar la idea del individualismo; el querer considerar a cada institución o a cada hospital como algo aislado; el querer ser cada hospital autosuficiente, cuando cada uno es más pobre que otro.

Se impone como una necesidad en el país, crear un sistema racional de coordinación en los hospitales, esto es lo que se llama Regionalización de los Hospitales o Sistema Hospitalario Coordinado Regional que consiste en determinar varios tipos de hospitales según su localización, capacidades y recursos. Así por ejemplo: Hospital Local, Hospital Provincial y Hospital Base. Cada uno tiene un área de acción y está determinado lo que puede atender. El Hospital Local sería el primer eslabón de la cadena. El enfermo que no puede ser atendido ahí, pasa al Provincial, éste a su vez, atiende a la población de su área más los enviados por el Hospital Local y trasladará a los enfermos al Hospital Base que, por requerir medios de diagnóstico especializados o tratamientos de gran especialidad, no puedan ser verificados en ellos.

Así distribuimos mejor las camas de todos los hospitales, así como de los pacientes, según su tipo de enfermedad, y no tendremos el problema de ver llenos los Hospitales Bases con pacientes

que pueden y deben ser atendidos no sólo en los Hospitales Provinciales sino en los Locales, como sucede, por ejemplo, con las anemias parasitarias.

Todos son los beneficiados con el sistema de regionalización; en primer lugar se presta mejor atención al paciente, en segundo lugar se aprovechan todas las camas hospitalarias, en tercer lugar la docencia a nivel de estudiantes de medicina se beneficia por ver mayor número de casos seleccionados, y en cuarto lugar el cuerpo médico tiene oportunidad de tecnificarse más, ya que tiene más casos de su especialidad.

Veamos la organización dentro de los hospitales.

Como la organización dentro del hospital no puede ser más que el reflejo de toda la desorganización imperante en nuestro medio en materia asistencial es natural que en la mayoría, no existan reglamentos, regulaciones ni manuales de procedimientos; no existan líneas de autoridad bien definida, y en algunos hospitales ni siquiera entre Director y Administrador. No existe Departamentización en los hospitales. Ningún hospital tiene Auditoría Médica. No existen índices de evaluación del trabajo realizado en el hospital. Ninguna de las instituciones patrocinadoras de hospitales dispone de los servicios de un técnico hospitalario, para que modernice la organización y administración de los hospitales.

Dos son las grandes tendencias que imperan sobre organización hospitalaria.

1) El hospital es dirigido por una persona, no médico, especializada en

Administración Hospitalaria. Esta tendencia predomina en Estados Unidos, por dos razones: porque consideran que dirigir un Hospital es como dirigir una empresa comercial en que están en juego grandes recursos personales, materiales y económicos; y la otra razón es porque en los Estados Unidos los médicos económicamente están bien y sería muy difícil obtener médicos que por el sueldo de un administrador deje la profesión para dedicarse a dirigir un hospital, ya que condición sine qua non es trabajar a tiempo completo y dedicación exclusiva.

2) El Hospital es dirigido por un Médico, especializado en Administración Hospitalaria. Puede haber o no el Administrador que, si existe, se encarga únicamente de los Servicios Generales del Hospital. Esta tendencia predomina en Europa y América Latina. Se basa en el hecho de que siendo el hospital el exponente máximo de la medicina curativa, es natural que sea un médico quien dirija los problemas de salud.

Como médico que soy, es natural que prefiera este último, pero creo que cualquiera de los dos sistemas valen, a condición de que quien dirija sea especializado en Administración Hospitalaria.

Entre nosotros se sigue el segundo sistema, pero sin el requisito clave de la especialización, o sea que el hospital es dirigido por un médico. Esto es así en 94 de los 98 hospitales de la República, pero en los 4 de la Junta de Beneficencia no se sabe si el Administrador está al mismo nivel del Director,

por encima o por debajo, lo cual constituye una falta tremenda de organización. Que se escoja entre los dos sistemas, pero el hospital debe ser dirigido por una sola persona.

Organigrama

Este sería el diagrama de la Organización Hospitalaria, según el segundo sistema expuesto y que predomina en Europa y Latinoamérica.

Merece hacer hincapié en el papel importante que juegan dos departamentos del hospital: Estadística y Contabilidad.

La Estadística Hospitalaria y la Contabilidad de Costos son los puntales sobre los que asienta una buena administración. Desgraciadamente entre nosotros no existe ni lo uno ni lo otro. Claro que con el nombre de Estadística sí existe en casi todos los hospitales una sección que lo único que acumula son datos que no tienen ninguna utilidad o historias clínicas vacías e incompletas que no sirven para nada. Algunos médicos de salas sienten la falta de estadísticas del hospital, por lo cual, por cuenta propia llevan la estadística médica de sus servicios.

Y en cuanto a la contabilidad de costos, ni siquiera hay un contador especializado en eso, que trabaje en los hospitales, no pudiendo saberse el costo por funciones, por sistemas de trabajo, etc. Con decir que en ningún hospital de la República existe un presupuesto funcional, creo haber dicho todo.

Si queremos tecnificar los hospitales

tenemos que comenzar por reestructurar el primero y crear el segundo.

Funciones del hospital

1) *Función curativa:*

En general esta función deja mucho que desear, sea por falta de locales apropiados, falta de equipo, medicamentos, personal médico y, aún más, paramédico, falta de organización, etc., es natural que no puede ser buena esta función médico-asistencial. Claro está que hay excepciones: en determinados servicios se realizan brillantes operaciones o tratamientos médicos, pero esa no es la norma o lo común para todo el hospital. Sólo la calidad del personal médico contrarresta en parte las deficiencias hospitalarias que no permiten brindar una buena atención.

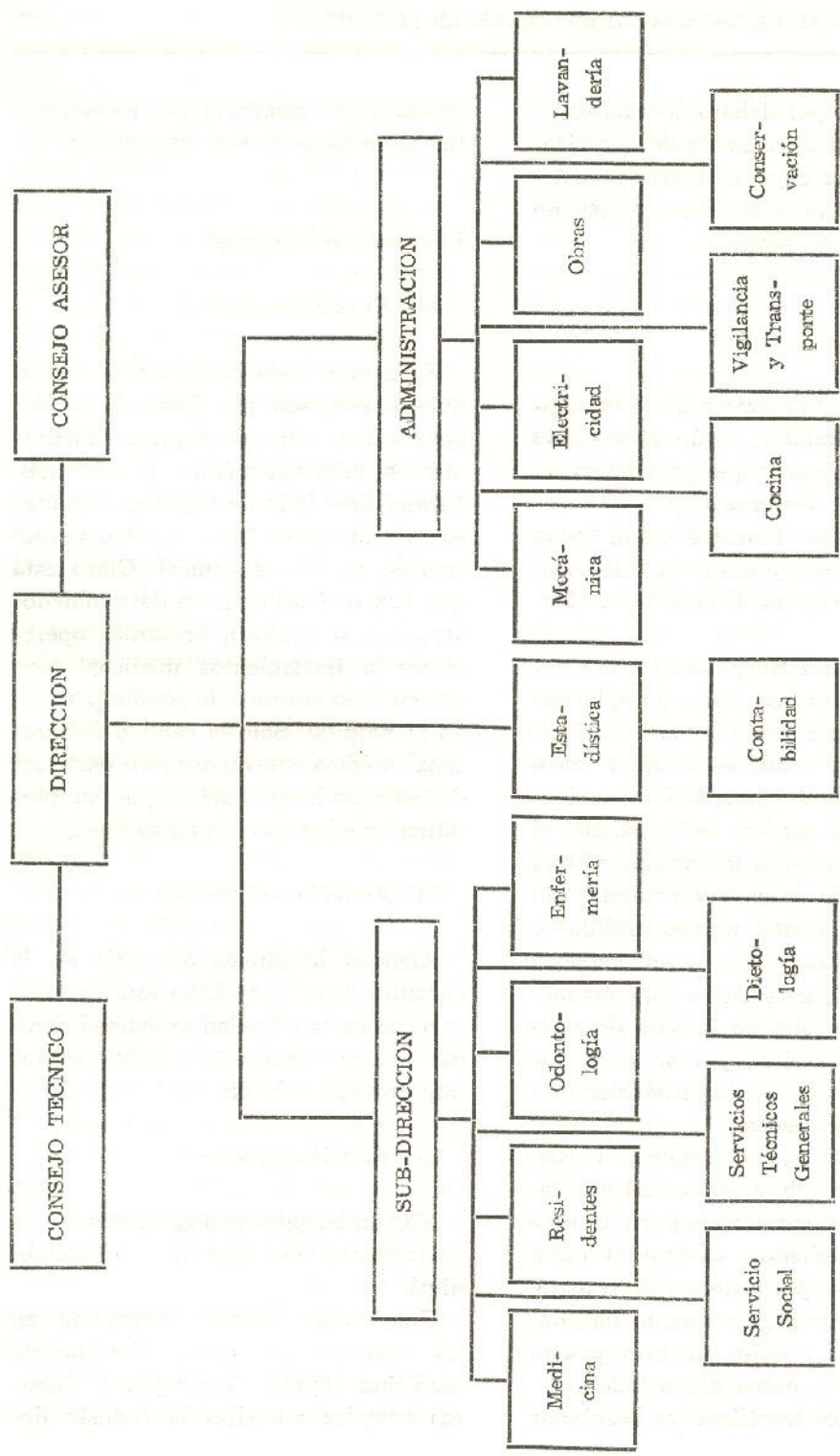
2) *Función preventiva:*

Algunos hospitales a través de la consulta externa realizan esta función, pero no en la cantidad ni calidad debida, a esta función es a la que menos importancia se le da.

3) *Función docente:*

Ningún hospital realiza cursos de entrenamiento del personal a ningún nivel.

Únicamente algunos hospitales en las ciudades que tienen Facultad de Medicina (Quito, Guayaquil y Cuenca) cumplen a medias la función do-



cente y no pueden cumplir a cabalidad, por la sencilla razón de que los hospitales no han sido construidos para esta función, por lo cual se carece de las salas de enseñanza; además, no hay el equipo necesario para practicar en los servicios técnicos generales como laboratorios, Rayos X, etc.; no hay el personal necesario para dirigir las prácticas hospitalarias. Recién este año se han nombrado, ad-honorem, médicos de sala para esta función en los hospitales de Guayaquil.

Por lo general, hasta antes de ahora, en los hospitales se circunscribía a permitir que los estudiantes entren a las salas a practicar. Eso no es docencia.

Todavía existe un agravante más, y es que los directivos de las distintas instituciones patrocinadoras de los servicios asistenciales creen que la docencia es función exclusiva de la Universidad y no del Hospital; por eso, al permitir la concurrencia de los estudiantes al hospital creen haber realizado mucho y que nada más tiene que hacer el hospital. Consideran que la única función del hospital es la curación. Terrible error, eso es desconocer las funciones de un hospital moderno.

4) *Función educativa:*

Es otra de las funciones específicas, propias, inherentes, etc., de todo hospital. Ningún hospital de la República cumple esta función de vital importancia. Educación que tiene que ser realizada al enfermo hospitalizado y a los familiares. Esta función está a cargo del Departamento de Enfermería.

5) *Investigación:*

Es otra de las funciones de todo hospital que no puede cumplirse porque no hay los medios adecuados. Esfuerzos aislados, con las restricciones que dicha falta determina, se realizan pero no como sistema de trabajo del hospital, por lo que prácticamente esta función no existe en nuestros hospitales.

C.—CALIFICACION DE LOS HOSPITALES

De acuerdo a las normas norteamericanas, ningún hospital de la República podría entrar a calificarse, por consiguiente, no podemos decir cuántos hospitales trabajan muy bien, bien, regular o mal, porque ni siquiera entrarían a ser considerados para la calificación.

Los requisitos mínimos para ellos exigidos son demasiado para nosotros y es necesario elaborar un sistema de calificación de hospitales adaptado a nuestro medio.

CONCLUSIONES

a). No existe quien coordine a nivel superior las diferentes instituciones patrocinadoras de los hospitales. No existiendo, por consiguiente, ninguna organización hospitalaria en el país, dando como consecuencia una anarquía en los servicios asistenciales, incluso en las pertenecientes a la misma institución.

b). Muchos de los establecimientos están en malas condiciones que hace necesario abandonarlos como hospitales.

c). Faltan en el país 9.000 camas de hospitalización hasta el presente, o sea que el déficit actual, sin tomar en cuenta que para toda planificación debe considerarse el crecimiento vegetativo del país en 15 o 20 años.

d). Las camas existentes están mal distribuídas, tanto geográficamente como por especialidades, así como también existe un mal aprovechamiento de las mismas.

e). Falta personal médico y paramédico en los hospitales.

f). Falta equipo médico moderno en los hospitales.

g). Los directores de hospitales no especializados en administración Hospitalaria.

h). Faltan los dos departamentos claves en una organización técnica de hospitales: Estadística y Contabilidad de Costos. El primero por no estar tecnificado y el segundo por inexistente.

i). Ningún hospital de la República cumple todas las 5 funciones de todo hospital moderno. Se cumple la función curativa en la medida de las posibilidades; menos aún, la preventiva; la docente se está iniciando; y las otras dos ni se las conoce como función específica de Hospital.

RECOMENDACIONES

1.—Gestionar ante el Gobierno para crear un organismo a nivel superior

encargado de estudiar y resolver los problemas de Medicina Asistencial de la República. Sus componentes serán únicamente técnicos especializados en Administración Hospitalaria.

Serán en número de 6: 1 nombrado por la Asistencia Social, 1 por LEA, 1 por las Cajas de Previsión, 1 por las Fuerzas Armadas, 1 por la Sanidad, y 1 por la Junta de Beneficencia, que son las instituciones con mayor número de hospitales en la República.

Como esta especialización no existe en el País, cada una de estas 6 instituciones becará a sus designados para que realicen simultáneamente el curso en el exterior, becas que se pueden obtener fácilmente a través de la OMS.

2.—Hasta que entre en funciones este organismo estrictamente técnico, que será después de dos años de haber salido al exterior, sugiero obtener de los organismos internacionales OPS, OMS, Punto IV, etc., la venida de especialistas en Administración Hospitalaria a dictar cursos cortos pero intensivos de por lo menos uno o dos meses en Guayaquil y Quito para los actuales Directores de hospitales de la República.

3.—Igualmente, obtener de los organismos internacionales la venida de especialistas en Estadística Hospitalaria para que reorganicen los Departamentos de Estadística de los Hospitales, así como obtener becas en esta especialidad para los actuales Jefes de dichos departamentos.

4.—Obtener de los organismos internacionales becas para especializarse en Contabilidad de Costos, a contado-

res designados por las diferentes instituciones.

5.—Solicitar a las instituciones que regenten hospitales aumentar el número de personal paramédico: Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Dietistas, adjuntando explicaciones sobre el papel que desempeñan en el funcionamiento del hospital cada una de estas profesionales.

6.—Solicitar a las instituciones que regentan Servicios Asistenciales, crear la Departamentización dentro de los hospitales, por lo menos a los de más de 200 camas, adjuntando explicaciones sobre qué es Departamentización y cuál es su ventaja.

7.—Solicitar a los Directores de Hospitales que tratan de cumplir, en la medida de sus posibilidades las 5 funciones de todo hospital.

8.—Solicitar a las instituciones que regentan Servicios Asistenciales que se establezcan organizaciones claras y precisas, determinando funciones del personal hospitalario, manual de procedimientos, etc., todo por escrito y que se cumpla.

9.—Que sea el Directorio actual de la P.A.M.A. y los futuros, a través de sus distintos capítulos de Guayaquil, Quito y Cuenca, los que provisionalmente, hasta que entre en función el organismo superior propuesto, los encargados de coordinar las funciones de las distintas instituciones que regentan hospitales en las tres ciudades ya citadas.

Las razones por las que creo debe ser la P.A.M.A., la que provisionalmente, en forma transitoria, sea la encargada de esta labor son:

a) Por haber sido ella, la que comprendiendo el tremendo problema hospitalario del País resolvió afrontarlo eligiendo como tema oficial de estas Jornadas "La Organización Hospitalaria en el Ecuador"; y,

b) Por tratarse de un organismo exclusivamente científico todas sus acciones y sugerencias serán ajenas a intereses personales o institucionales y sólo con el propósito de mejorar la atención hospitalaria e iniciar el Sistema Hospitalario Regional.

ESTUDIOS CIENTIFICOS DEL ARCHIPIELAGO DE COLON

Durante la reunión anual de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia (A.A.A.S.), que se efectuará en Diciembre de 1965, tendrá lugar un Simposio con el tema: "Estudios sistemáticos de colecciones hechas durante el Proyecto Internacional Galápagos". Este programa está organizado por la Sociedad de Zoología Sistemática, bajo la presidencia de Jerome G. Rozen del American Museum of Natural History, New York City.

Este programa incluye la presentación de los resultados obtenidos por la expedición efectuada hace algunos meses y en la que participaron cincuenta científicos de diferentes nacionalidades. Casi todas las ciencias estarán representadas y los trabajos incluyen estudios de plantas, animales, aspectos geológicos, meteorológicos, etc.