

# Planeamiento y Organización de un Hospital Moderno

Wenceslao López Albo

**COLECCIÓN FUENTEMAR, 4**







# Planeamiento y Organización de un Hospital Moderno

Wenceslao López Albo

**COLECCIÓN FUENTEMAR, 4**

*La tipografía empleada en los primeros documentos de la Casa de Salud Valdecilla pertenecía a la familia de la Bauhaus, escuela de diseño, artes plásticas y arquitectura alemana de vanguardia que fue fundada en 1919. La Colección Fuentemar ha retomado este vínculo.*

*Planeamiento y Organización de un Hospital Moderno*  
Wenceslao López Albo

Colección Fuentemar, 4

Edición: Biblioteca Marquesa de Pelayo

Edición literaria: Mario Corral García

Diseño y maquetación: Aurelia Grigore y Helena Ángela Reyero

Depósito Legal: SA-541-2012

Todos los derechos reservados.

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	9
PLANEAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE UN HOSPITAL MODERNO.....	II





## PRESENTACIÓN

La Biblioteca Marquesa de Pelayo queda definida en su Reglamento como un centro activo de recursos de información biomédica que tiene como misión contribuir a la innovación y a la excelencia en la actividad asistencial, el aprendizaje y la investigación del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

La Colección Fuentemar es una colección de libros hechos de bits, una colección de libros electrónicos, de libros líquidos. Con ella, la Biblioteca pretende dar a conocer la historia de la Casa de Salud Valdecilla, porque para valorar antes hay que conocer.

*Planeamiento y Organización de un hospital moderno* es el título de una conferencia impartida por el Dr. López Albo en la Academia Médico-Quirúrgica de San Sebastián el 31 de octubre de 1931, publicada en el número correspondiente a febrero de 1932 de la revista *Guipúzcoa Médica*, desaparecida en 1936, y más tarde, sin fecha, pero en todo caso antes de 1936, en forma de separata por Nueva Editorial de San Sebastián.

La importancia de este libro es capital para el mejor conocimiento de la Casa de Salud Valdecilla. En este libro el Dr. López Albo pone en claro sus ideas sobre lo que debe y no debe ser un hospital tras su experiencia en Santander. El autor expone en estas páginas sus aciertos, pero también somete a juicio sus fracasos. Esperamos sinceramente que su lectura sea de su agrado.

Mario Corral García  
Director  
Biblioteca Marquesa de Pelayo



## PLANEAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE UN HOSPITAL MODERNO

**S**eñores:

He correspondido con agrado a la atenta invitación del Presidente de esta Academia, mi buen amigo el Dr. Larrea<sup>1</sup>, para ocuparme de un tema que hace años me apasiona y que yo considero primordial para el avance de la Medicina patria. Vuestro Presidente ha querido que os hable esta noche del planeamiento y la organización de un hospital moderno.

Antes de nada he de declarar que no me considero, ni mucho menos, un especializado en estas cuestiones. Pero sí poseo una pequeña práctica que me permitirá exponeros a grandes rasgos el funcionamiento de un hospital en la época presente.

Mi experiencia en materia de hospitales se reduce a dos viajes por Europa y otro por los Estados Unidos en plan de estudiar el mecanismo de las diversas organizaciones hospitalarias de los diferentes países<sup>2</sup>; a haber organizado un manicomio y un hospital<sup>3</sup>; y a estar en la actualidad

---

<sup>1</sup> La conferencia que ahora publicamos se acompañó de su nombramiento como Socio Honorario de la Academia Médico - Quirúrgica de San Sebastián, o de Guipúzcoa. Impartió al menos otra dedicada a la "Cisticercosis cerebral" en diciembre de 1933.

<sup>2</sup> Visitó Francia y Alemania en 1928 y Estados Unidos el año siguiente con financiación del Marqués de Valdecilla. Repitió viaje de estudios por Europa en 1932, esta vez gracias al apoyo de la Diputación Provincial de Vizcaya.

<sup>3</sup> El Dr. López Albo fue director del Manicomio de Zaldívar de 1925 a 1928 y de la Casa de Salud Valdecilla de 1928 a 1930. Retomó la dirección de Valdecilla en 1936, con el triunfo del Frente Popular, abandonándola definitivamente en 1937, con la toma de Santander por las tropas franquistas.

colaborando en la construcción de un manicomio modelo y de una clínica neuro-psiquiátrica en Vizcaya<sup>4</sup>.

No obstante esto, que acaso pudiera parecer suficiente experiencia a quienes no han salido nunca de sus quehaceres y lecturas profesionales, he de confesaros que la actual organización hospitalaria es tan compleja y está experimentando tal revolución, que nuestra autocrítica en lo concerniente a este asunto reconoce lo mucho que aún no hemos podido profundizar en los múltiples aspectos que encierra una organización moderna de hospitales, y, por lo tanto, lo reducido de nuestros conocimientos. Pero también es cierto que en España nadie se ha dedicado al estudio de este problema en su integridad, como acaece en otros países, a la cabeza de los cuales he de mencionar los Estados Unidos, donde hay médicos especializados y preparados para optar a dirigir hospitales. Conste, pues, que solo soy un aficionado en estos asuntos, y por ello os ruego me perdonéis las lagunas que indudablemente observaréis en mi disertación y lo poco que he de ahondar en un tema tan amplio y complejo si he de evidenciaros algo de algunas de las principales facetas, la constructiva, la médica, la docente, la de investigación, la social, la administrativa, la económica, etc., de un hospital moderno.

Puesto que nos vamos a ocupar sobre todo de las funciones de un hospital y de su organización, me permitiréis que antes de abordarlas os defina lo que es un hospital, es decir, el concepto que hoy debe aplicarse al vocablo hospital. Mas antes he de haceros una somera reseña histórica de la práctica médica en su relación con el hospital.

---

4 En 1931, cuando impartió esta conferencia, el Dr. López Albo se encontraba inmerso en la puesta en marcha del sanatorio psiquiátrico de Zamudio.

La necesidad de prestar asistencia a los enfermos fuera de sus viviendas data de las sociedades primitivas. Estamos hoy muy alejados del primitivo carácter del hospital como mero instrumento de alivio de los sufrimientos orgánicos y de institución humanitaria de caridad, de refugio de enfermos pobres, de indigentes. Sabido es de todos que en la Grecia antigua los médicos públicos prestaban sus servicios a los enfermos graves y a los operados en el *iatrion*, donde permanecían bajo su vigilancia días o semanas. En Roma, los lazaretos, los *valetudinaria*, eran amplias salas que los grandes terratenientes destinaban a dar servicios médicos a los esclavos de sus latifundios. En la era vulgar se empezaron a crear los hospitales y los asilos, provistos más tarde de farmacia, con personal médico y de sirvientes, tanto en la India como en los países musulmanes y europeos. Al principio los hospitales tuvieron carácter religioso.

Es en el siglo XIII cuando se inició la fundación de los hospitales municipales, en los que los médicos de los Ayuntamientos estaban obligados a atender gratuitamente a los hospitalizados. Las plazas de médicos de hospitales se empezaron a crear en el siglo XIV, en Estrasburgo y en París, época en que realmente se inició de modo embrionario el tipo del hospital actual. Pero, en realidad, hasta fines del siglo XIX el hospital era exclusivamente un centro al que acudían los enfermos pobres, que eran asistidos por médicos adscritos a los establecimientos, pero sin que tuviera otra significación social. Fue Florence Nightingale, la primera enfermera<sup>5</sup>, quien dio la pauta para sacar a los hospitales del sueño medieval y transformarlos en centros eficientes.

---

<sup>5</sup> El trabajo de esta enfermera británica sirvió de inspiración para la creación de la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla.

En el siglo actual, la ciencia médica ha ido transformando los hospitales en instituciones especializadas de asistencia, enseñanza, experimentación y acción social preventiva, y los métodos técnicos de sus múltiples servicios les han aproximado cada vez más a una organización industrial<sup>6</sup>. Hoy tiende el hospital a servir a la sociedad entera, y sus actividades son multiformes. Es un verdadero sanatorio extendido a todas las clases sociales, y pronto llegará a absorber la labor de las clínicas privadas<sup>7</sup>.

Tal es la transformación que ha experimentado en lo que va de siglo la técnica hospitalaria, que hoy se concibe al hospital no solamente como un establecimiento construido y destinado especialmente a recibir en sus clínicas y consultorios personas de toda clase social con alteraciones de la salud, que demandan ser exploradas, asistidas y encamadas, y a averiguar precozmente por medio de los dispensarios preventivos las posibles alteraciones de personas aparentemente sanas y que desean enterarse de su estado de salud, sino que además de esta función que pudiérase calificar de centrípeta, el hospital ejerce una función profiláctica e higiénica, de tipo centrífugo, hacia el ambiente social.

El lugar de emplazamiento, los materiales empleados y el tipo constructivo, tienen mucha importancia. En la elección del sitio en que ha de edificarse el hospital han de tomarse en consideración tanto las condiciones del terreno como su situación con respecto al modo de estar distribuidos los principales núcleos de población que de él han de depender. No solamente se precisa la superficie necesaria para las edificaciones, sino que hay que disponer de una zona circundante de

---

6 La influencia del fordismo en el Dr. López Albo es evidente.

7 Es precisamente este horizonte el que explica el enfrentamiento que mantuvo el Dr. López Albo con la medicina privada de Santander, un conflicto que explica, en parte, el breve recorrido del autor al frente de la Casa de Salud Valdecilla.

protección y prever la futura zona de expansión. La abundancia de agua y la buena orientación y protección de los vientos dominantes son requisitos que no se deben descuidar.

Un suelo defectuoso, en declive, aumenta los gastos de construcción. Un emplazamiento alejado de la red de vías públicas de comunicación, aumenta los gastos de mantenimiento. Una ejecución demasiado económica acrecienta asimismo los gastos de sostenimiento.

Otro aspecto primordial de economía es el que se encomiende el proyecto a un arquitecto especializado y experimentado, asesorado a su vez por un médico que reúna las mismas condiciones, pues únicamente de este modo se logrará que cada servicio disponga del espacio necesario, ni más ni menos que el preciso para que se desenvuelvan bien todas las funciones del hospital. Hemos oído a médicos americanos especializados en hospitales que ni un azulejo debiera colocarse en un local sin que tuviera el asentimiento del médico, y que el mejor hospital que planearan los técnicos sería el último que se les encomendara. Esto da idea de lo delicado que es hoy el problema técnico-científico para llevar a cabo un hospital eficiente.

Al clásico concepto de hospital de pabellones y hospital unitario, denominaciones cuyo valor es ya solo teórico, ha sustituido actualmente el de construcción centralizada y construcción descentralizada.

El sistema de centralización se halla representado por el llamado "bloque", que reúne todos los servicios en una construcción alta, bajo un mismo techo, de seis a doce pisos; por el sistema de los rascacielos, de más de trece pisos; y por el sistema combinado de construcciones altas y rascacielos, cuyo ejemplo típico hemos tenido ocasión de estudiar en el *Medical Center* de Nueva York.

El sistema de descentralización corresponde especialmente a los grupos de edificios aislados, en el que los diversos servicios clínicos y auxiliares se distribuyen en distintos edificios de dos a cuatro pisos. Este sistema horizontal con gran longitud de galerías entre los edificios, tiene la desventaja de dificultar el trabajo de conjunto, pues el personal se ve precisado a recorrer largos pasillos y además hay que limpiar, reparar, calentar, alumbrar, etc., una gran superficie improductiva. Sin embargo, esta misma separación de unos y otros edificios permite mayor silencio en las salas y mayor aireación e iluminación de ellas. En resumen, lo que es malo para el personal es bueno para el enfermo.

El sistema vertical, que permite la máxima concentración y corresponde en especial a las construcciones altas, favorece el trabajo de conjunto, el personal camina menos inútilmente y hay menos espacio improductivo (ascensores, montacargas y escaleras). Pero, por el contrario, los pacientes no disfrutan tanto de las ventajas expuestas en el sistema horizontal. En resumen, lo que es bueno para el personal no es tan bueno para el enfermo.

Creemos, no obstante lo expuesto, que el que las líneas principales de la construcción sean verticales u horizontales tiene menos importancia que el hecho de que las diversas secciones estén convenientemente agrupadas y se respeten al mismo tiempo las buenas condiciones higiénicas, sobre todo aquéllas de los espacios destinados a las comunicaciones<sup>8</sup>.

Las reglas generales que deben guiarnos en el planteamiento de un hospital son: la unidad del conjunto, la diversidad bien ordenada, la

---

<sup>8</sup> Para ampliar este tema, vid. *Las obras de la Casa de Salud Valdecilla explicadas por su arquitecto*, de Gonzalo Bringas, página 10 y siguientes, libro publicado en esta misma colección.



flexibilidad, las facilidades para el trabajo y la economía. Y para discutir las ventajas y desventajas del sistema horizontal y del sistema vertical hay que considerar los elementos espacio y tiempo, es decir, el costo y la conveniencia.

En los Estados Unidos, al construir un hospital se tiene ya en cuenta el futuro incremento de la población en el territorio para el cual va a ser destinado, y los arquitectos se atienen al futuro aumento de enfermos para en su día poder agrandar, sin grandes gastos, todos los departamentos esenciales, como son las salas de operaciones, los servicios de fisioterapia, las cocinas, los lavaderos y las dependencias administrativas. Ello implica un gasto mayor al principio en estos servicios generales, pero la flexibilidad que se da a la construcción representa una economía para el porvenir.

¿Cuál es el tipo constructivo más adaptable a una provincia española? Nosotros creemos que el tipo ideal en nuestro país es el bloque único, o dos a cuatro bloques, de seis a diez pisos, según las circunstancias de cada caso concreto. Los bloques estarán unidos por galerías o, mejor, adosados, para que rindan la eficiencia máxima. Nos parece que el tipo de hospital de dos a cuatro bloques neutraliza favorablemente las desventajas del tipo horizontal, con las ventajas del tipo vertical.

El tamaño de un edificio hospitalario correctamente planeado y la calidad de su equipo, condicionadores ambos fundamentalmente del costo, deben deducirse de las necesidades fundacionales de cada caso particular. Un plan de hospital bien concebido no es precisamente aquél en que un espacio o masa es arbitrariamente admitido y luego subdividido del modo mejor por la habilidad del arquitecto, sino aquél en el que sea de antemano estudiado aisladamente lo que requieren las

diversas funciones del hospital y encajado después en departamentos, combinados del modo más eficiente posible.

Para planear con un criterio científico, a la vez médico y constructivo, es preciso estudiar en primer lugar la anatomía del hospital, para colocar después cada órgano en el sistema o sitio en el que por sus relaciones con los demás haga más eficiente el funcionamiento de la totalidad del establecimiento, procurando en el acoplamiento reducir al mínimo el tejido conectivo, sin propiedades funcionales y por tanto improductivo.

Por lo que atañe a la asistencia directa a los enfermos, concebimos en el hospital dos servicios fundamentales que precisan estar unificados, o por lo menos en íntima conexión. Nos referimos al de diagnóstico y al de tratamiento.

En efecto, los servicios de diagnóstico y tratamiento reúnen todos los medios que nos conducen al conocimiento más exacto posible de la clase de enfermedad y aquellos que nos permiten aliviar o curar al enfermo. Entre los primeros destacan los consultorios con todos los útiles de diagnóstico, los laboratorios y la acción social; y entre los segundos, todos los medios farmacológicos, fisioterápicos y quirúrgicos. Y como medio diagnóstico *postmortem*, el servicio de autopsias.

Este gran núcleo terapéutico, sea reunido en uno o dos pabellones próximos y comunicados entre sí (sistema horizontal): consultorios con acción social, fisioterapia, laboratorios y salas de operaciones y autopsias; sea agrupado en varios pisos contiguos (sistema vertical), representa el eje de rotación del hospital.

Este gran núcleo diagnóstico-terapéutico se dispondrá, en el sistema horizontal, en uno o dos pabellones. La acción social, los consultorios,

la farmacia, el electrodiagnóstico, el radiodiagnóstico y los laboratorios, por ejemplo, se reunirán en un pabellón, en el cual se situará también la oficina de admisión y demás dependencias administrativas. Y en otro pabellón se instalarán la mecanoterapia, la hidroterapia, la radio y radiumterapia y las salas de operaciones. Ambos pabellones, uno para los servicios diagnósticos y otro para los terapéuticos, estarán próximos y conexados entre sí.

Y en el sistema vertical se colocarán estos dos servicios en pisos contiguos. Por ejemplo, la administración, los dispensarios, el servicio social, la farmacia y los medios de diagnóstico clínico y de laboratorio en los dos primeros pisos; y los medios fisioterápicos y salas de operaciones, en los pisos inmediatamente superiores.

Junto a los servicios operatorios habrá una sección de camas individuales para recién operados y un servicio de urgencia. Y anejo al laboratorio de anatomía patológica estará la sección de autopsias.

Esta ordenación, práctica y científica a la vez, de los servicios precitados, permitirá seguir a los enfermos desde los dispensarios hasta el resultado final del tratamiento, y en caso de fallecimiento hasta la mesa de autopsias. Es en este gran núcleo diagnóstico-terapéutico donde se desarrolla toda la labor profiláctica, diagnóstica, paliativa, curativa y científica del hospital.

El otro gran núcleo hospitalario está representado por las clínicas. El grupo de servicios clínicos, es decir, las salas destinadas a los enfermos, representa el sitio de reposo de los enfermos mientras están sometidos a observación y tratamiento. El ideal sería que cada enfermo dispusiera de una habitación individual, y a ello se ha de llegar sin duda alguna. Mas es preciso por ahora aceptar la realidad económica, y obvio es

indicar cómo encarece la habitación particular la construcción. Pero tampoco pueden ya admitirse esas salas de 20, 30, 40 y hasta de 60 camas, que son la norma en los hospitales del siglo pasado y en bastantes de los edificados en España durante el primer cuarto del presente. Aún en la actualidad se construye algún hospital con este tipo de salas, desaparecido ya en otros países<sup>9</sup>.

Ambos grandes núcleos fundamentales, el diagnóstico-terapéutico y el clínico, estarán en fácil y rápida comunicación entre sí, y a su vez los servicios clínicos se hallarán tanto más conexiados unos con otros cuanto más afines sean. Por ejemplo, el de neurología con los de oftalmología y otorrinolaringología; las especialidades de tipo predominantemente quirúrgico, como la osteoartrología, la ginecología, la urología y la gastropatología; las de tipo más bien médico, como la nutrición, la endocrinología, el aparato vascular, la hematología, la dermatología; y la obstetricia y la puericultura estarán agrupadas en pabellones próximos o en pisos contiguos.

Es del mayor interés el estudio de la *unidad clínica* en el núcleo destinado a salas de enfermos. Se denomina unidad clínica al conjunto de salas y de habitaciones de aislamiento destinadas a la asistencia, estudio y tratamiento de un determinado número de enfermos por un grupo de enfermeras dirigidas por una jefa. La unidad clínica dispone de todo el equipo necesario para la prestación de servicios médicos y subalternos. Por consiguiente, toda unidad clínica constará de cuarto para médicos, cuarto para enfermeras, cuarto de exploración, laboratorio, cuarto de curas, cuarto de preparación de tratamientos, cuarto de material, cuarto de útiles, cocinilla, vertedero, servicios de higiene (baños, retretes y

---

<sup>9</sup> Según explica Gonzalo Bringas en *Las obras...* *Op. cit.* p. 15, la sala más grande de la Casa de Salud Valdecilla era para ocho enfermos.

lavabos), roperos, sala de estar y comedor contiguo, sala de terapéutica por el trabajo y terraza.

Cada unidad clínica constará de 25 a 30 camas, divididas en dos secciones, una de hombres y otra de mujeres, y subdividida cada una en salitas de cuatro a seis camas y habitaciones individuales. Esta combinación de salas para cada sexo, yuxtapuestas, da al servicio la flexibilidad suficiente para que el jefe distribuya sus enfermos del modo más conveniente: casos médicos o quirúrgicos, casos operados, casos en estudio, casos sépticos, casos asépticos; o por grupos de enfermedades, según la índole del servicio. En las habitaciones individuales se colocarán los casos recién operados, los casos graves, los delirantes transitorios, los afectos de procesos malolientes, los indisciplinados por mal carácter, los agonizantes, etcétera. Obvio es que recalquemos las ventajas derivadas de la distribución de los enfermos en las diversas habitaciones individuales y salas, y de poder dejar para uso potestativo una de éstas.

No carece de importancia la relación de continuidad y contigüidad que deben guardar entre sí los diversos servicios auxiliares para favorecer el trabajo del personal. La sala de curas estará contigua a la de exploración; el vertedero, próximo a la primera y no alejado de las salas; el laboratorio, junto al cuarto de exploración; la habitación de la enfermera en la proximidad de la cocina y no alejada del cuarto de exploración y del ropero, etc.

Es asimismo de importancia la relación que los diversos servicios auxiliares guarden con las salas. Precisan estar reunidos en la proximidad de éstas para facilitar, sin fatiga, el trabajo del personal. La disposición habitual es que un pasillo divida el conjunto del servicio, dejando al

mediodía las salas y las habitaciones individuales, con su terraza; y al norte todos los servicios auxiliares precisados, cuya superficie debe ser igual a la destinada a salas y habitaciones de enfermos. Otras veces, estos servicios auxiliares se sitúan entre dos unidades clínicas, quedando al sur las habitaciones para aislados y al norte todos los servicios auxiliares. Una pequeña desventaja de esta disposición es que los enfermos que necesitan más cuidados y vigilancia se encuentran en la zona de más movimiento y ruidos, pero en cambio se aprovecha el personal de enfermeras que se ocupa de los servicios auxiliares para vigilar constantemente a estos aislados. Y la segunda solución resulta más económica por poder utilizarse los servicios auxiliares para dos unidades clínicas de 25 a 30 camas cada una. Ella está especialmente indicada en clínicas de poca actividad, y sobre todo en los servicios de convalecientes. Pero la solución más aceptable es aquella en que los cuartos de aislados ocupen un lugar algo alejado de esta zona de ruidos, en la que se hallan todos los servicios auxiliares y las escaleras y los ascensores, y se les lleve a un extremo de la unidad clínica, a una zona de silencio, en cuyo caso requiérense una enfermera especial para los aislados.

Sin embargo, hay varias soluciones que compaginan el ahorro de personal con la vigilancia asidua de salas y aislados. El sitio donde ha de situarse la estación de enfermera es para ello un detalle primordial, muy bien estudiado por los americanos. El lugar de vigilancia de la enfermera debe estar de tal modo estudiado que desde él sean vistos directamente el mayor número posible de enfermos para la máxima tranquilidad de éstos al sentirse observados.

Una solución práctica es el disponer dos salas perpendiculares, una de seis a ocho y otra de cuatro a seis camas, y en la unión de ambas la

estación de enfermera con puerta al pasillo y muros de cristal a ambos lados para que pueda observar, sentada, los enfermos desde las dos salas. Pero es aún mejor solución el disponer de salas de modo convergente, dos horizontales y una perpendicular a ellas, con un puesto de enfermera en el sitio de unión de las tres. Además, en cada piso habrá una estación central de control desde la cual se dominen las escaleras, los ascensores y el corredor.

Esta disposición científica y práctica de los servicios auxiliares y de las salas, permite maniobrar en un espacio reducido y evitar la fatiga del personal. Los americanos han estudiado el espacio que recorre una enfermera en un hospital construido sin estas normas (hospitales antiguos), y le han comparado con el que transita en un hospital moderno. Colocando pedómetros a las enfermeras han observado que el recorrido diario es bastantes veces mayor en un hospital antiguo. Ello redundará también en beneficio del enfermo, pues cuanto menos fatigado esté el personal mejor asistirá al enfermo. A la vez, esta disposición permite ahorro de personal<sup>10</sup>.

La manera de situar las camas no deja de tener importancia. Ellas serán accesibles por los dos lados, y en lo posible se orientarán éstos hacia las ventanas. La cama nunca debe colocarse debajo de la ventana, ni tampoco conviene que se oriente en la dirección de ésta.

La flexibilidad de las camas de enfermos puede aún perfeccionarse por medio de dispositivos que las agranden o achiquen, según convenga. Esto se logra con tabiques deslizables, que aíslan a voluntad determinado número de camas. Dispositivos más simples, a base de

---

<sup>10</sup> La ubicación de la estación de enfermería es tratada con profusión en la carta que el Dr. López Albo dirige desde Filadelfia el año 1929 a Gonzalo Bringas, arquitecto de la Casa de Salud Valdecilla, que hemos tenido ocasión de publicar en esta misma colección.

cortinas, se utilizan para aislar una o varias camas de una sala. Son muy prácticas las cortinas montadas sobre ruedas en barras horizontales apoyadas en el muro que hemos visto en los hospitales americanos.

Todas estas soluciones, adecuadamente combinadas, permitirán a los jefes ajustar las diversas salas a la clase de enfermos, ya que no es posible prever el número de mujeres y de hombres, ni de grupos de enfermos análogos que corresponden a cada momento.

No creemos que el tipo constructivo de salas pequeñas (de 2 a 6 camas) aumente el costo, como se ha supuesto, pues este sistema permite disminuir la altura de los pisos y por tanto economizar materiales, y reduce el número de los servicios auxiliares. Pero aun en caso de que el costo fuera un poco mayor, no hay que olvidar que lo esencial es que los enfermos se hallen bien atendidos y que el personal pueda trabajar más cómodamente y con mayor eficiencia. Y sobre todo se tendrá en cuenta que los gastos de construcción se hacen de una vez para varios decenios y que una construcción cara disminuye los gastos de sostenimiento.

¿Cómo deben distribuirse los servicios clínicos de un hospital general?

He aquí una cuestión que nos ha interesado vivamente y que hemos llevado a la práctica en la Casa de Salud Valdecilla con un criterio abiertamente opuesto a las normas rutinarias habituales, que tanto costará desarraigar. Juzgamos que es preciso romper con la arcaica visión en clínicas médicas y clínicas quirúrgicas, entre médicos y cirujanos, elevando cada vez más a éste a la categoría primordial de médico, y crear clínicas médicoquirúrgicas en todas aquellas especialidades que lo consientan. Todo cirujano debe ser ante todo médico en su especial



dominio quirúrgico y no precisar del internista, sino de los demás especialistas.

En efecto, casi todas las especialidades tienden ya a convertirse en médicoquirúrgicas. Algunas hay, como la psiquiatría, la endocrinología, la nutrición, la hematología, la puericultura y las infecciones, que por su carácter eminentemente médico, no necesitan sus cultivadores especiales conocimientos quirúrgicos.

La evolución médicoquirúrgica de las especialidades se basa en la imprescindible necesidad de que el criterio médico rija el estudio de cada caso por la misma persona que ha de aplicar el tratamiento operatorio, lo cual se aparta totalmente del clásico criterio de la especialización quirúrgica, que corre el grave riesgo de detenerse en el aprendizaje de la técnica operatoria, consintiendo al cirujano ser menos competente en los problemas capitales del diagnóstico y que predomine en él el trabajo manual, mientras que con el criterio que defendemos se precisa poner a prueba el trabajo intelectual.

Los servicios quirúrgicos constituyen uno de los elementos más trascendentales para la buena marcha de un hospital moderno. Todo debe tender en ellos a que rindan el máximo beneficio al enfermo, a lo cual es preciso supeditar todo lo demás. Cada hospital dispondrá de un servicio quirúrgico central con el suficiente número de salas para cirugía séptica, semiséptica y aséptica, con un mínimo de una por cincuenta enfermos. Junto a este servicio funcionará un buen servicio de anestesia, confiado a personal competente, pues debido al gran desarrollo logrado durante los últimos decenios, tanto en cantidad de substancias anestésicas como en técnicas y métodos de administración de ellas, constituye hoy una verdadera especialización. Como demostración de

ello enumeramos las diversas vías de administración de anestésicos: nasal, laringea, endovenosa, rectal, raquídea, suboccipital, sacra, radicular, troncular, local, etc., para percatarnos de que sin un personal médico y subalterno especializado, el hospital no rendirá al enfermo el beneficio máximo a que tiene perfecto derecho. El médico jefe del servicio de anestesia puede determinar, en unión del médico operador, el procedimiento mejor de administración, la vía más adecuada y el anestésico más apropiado a cada caso. Conocida es la gran importancia que hoy tiene la anestesia regional, y sus dificultades, para que pueda ser practicada por cualquiera. Es necesario un especializado en ella en todo hospital. Se dispondrá de los aparatos modernos de suministro de los diversos anestésicos y de sus mezclas, a fin de aplicar los que ofrezcan el mínimo de peligros en cada caso.

La preparación del enfermo para el acto operatorio es algo esencialísimo en un buen servicio quirúrgico. Ningún enfermo debe pasar a la sala de operaciones sin una minuciosa exploración de su organismo y una preparación preoperatoria que le garanticen al máximo el éxito operatorio. Es para ello indispensable un examen del aparato cardiovascular, pulmonar, renal, bucal y de las vías respiratorias superiores; y un examen de las funciones hepáticas y respiratorias es necesario antes de utilizar determinados anestésicos. La investigación de la urea y la glucosa en la sangre no debieran omitirse en ningún caso. El examen funcional del riñón es de rigor en la clínica urológica, lo mismo que el análisis del líquido cefalorraquídeo en cirugía del neuroeje, así como el empleo de los medios mecánicos de localización (lipiodol, aire, arteriografía). La investigación de la riqueza de hematíes y hemoglobina, así como la de la coagulabilidad de la sangre, debe investigarse sistemáticamente antes de operar. Con estas precauciones

se evitarán bastantes muertes operatorias. Es hoy indispensable en todo hospital un servicio de transfusión con donadores de sangre cuyos grupos sanguíneos sean conocidos.

Pero no solo es indispensable un buen estudio preoperatorio del enfermo. También tienen gran importancia los cuidados postoperatorios, ya que de ellos depende muchas veces el éxito. Todo operado debe ser vigilado hasta que hayan desaparecido los efectos de la anestesia y del choque operatorio. El servicio de transfusión será útil en las operaciones con grandes pérdidas de sangre, y no debe faltar en un hospital que aspira a defender al máximo la suerte de sus enfermos.

Son considerables las ventajas que una organización de esta naturaleza reporta al enfermo y a nuestra profesión. Con las mejoras de este tipo introducidas durante los últimos años en los hospitales de los Estados Unidos, la mortalidad consecutiva a las grandes operaciones quirúrgicas ha descendido del 18% al 3% en las clínicas bien llevadas. Y las medidas encaminadas a disminuir el riesgo operatorio son de tanta trascendencia, que en algunas clínicas americanas se ha logrado rebajar la mortalidad a menos del 1% (al 0,3% en la de Crile<sup>11</sup>), cifras que se apartan bastante de las obtenidas en otros hospitales carentes de buenos servicios quirúrgicos y de disciplina científica de trabajo. Es, pues, indispensable que todos los hospitales pongan a disposición de sus médicos, antes, durante y después de la intervención, cuantos medios conduzcan a la disminución del riesgo operatorio. De este modo se hace menos peligroso y más comfortable para el enfermo el curso de la enfermedad.

---

<sup>11</sup> La *Cleveland Clinic Foundation* era conocida informalmente con el nombre de su fundador, el Dr. Crile.

A medida que la experiencia ajena y propia amplía nuestros conocimientos, se convence uno cada vez más que la ciencia médica, a pesar de su antigüedad, se halla aún muy lejos de haber llegado a la perfección, y de que constantemente cambia y progresa. La precisión en los diagnósticos y técnicas quirúrgicas contribuye a que se preste al enfermo la mejor asistencia posible y se depare a todo miembro de la profesión médica la mayor oportunidad para el avance de sus conocimientos científicos. Pues es evidente que ningún médico, por inteligente e instruido que sea, y por mucho que se dedique a aumentar su experiencia, jamás adquirirá todos los conocimientos de la ciencia médica contemporánea. Y ello obliga imperiosamente a la especialización.

La instauración de estas normas en los hospitales proporcionará a los médicos la mejor oportunidad para practicar científicamente su profesión, y tendrán la satisfacción moral de aplicar a cada enfermo no solo los conocimientos que poseen, sino todas las conquistas actuales relacionadas con su proceso morboso, a lo que estamos obligados, por imperativos éticos, los médicos y las instituciones, para proporcionarles el mayor beneficio sea cualquiera la clase social a que pertenezcan, pues la enfermedad debe igualar a todos.

Las principales ventajas logradas por los hospitales que funcionan con arreglo a estas normas, son la disminución de los días de estancia, el descenso de mortalidad y morbilidad, y la eliminación del trabajo profesional incompetente. En los últimos diez años, el promedio de días de estancia en los hospitales americanos se ha reducido de un 20 a un 50 %.

Una institución de esta naturaleza rendirá el máximo eficiente servicio médicoquirúrgico estudiando cuidadosamente cada paciente, aplicándole el tratamiento más científico y efectivo. Todo en ella redundará en beneficio del enfermo, de la profesión médica, de la comunidad, de la medicina científica y del propio hospital.

La formación médica actual debe serlo sobre todo en extensión, y antes que nada hay que ser clínicos y después conocedores de la técnica quirúrgica general para enfocarla a un aparato, región o sistema.

Las ventajas de esta orientación ha sido ya sobradamente evidenciada por la experiencia de las especialidades médicoquirúrgicas, que como la oftalmología, la otorrinolaringología, la ginecología, la obstetricia, la urología y la osteoartrología, solo han podido lograr su enorme progreso actual a medida que se han ido emancipando de la llamada cirugía general, lo cual no solo ha redundado en beneficio de los enfermos sino que ha sido un freno eficaz de los excesos quirúrgicos.

Más modernamente nos están demostrando estas ventajas las especialidades de aparato digestivo, de pulmón y la neurología, en las que al refundirse en la misma persona los conocimientos médicos y el dominio de la técnica quirúrgica, también especializada, están colocando a estas especialidades en un estado análogo a las anteriormente citadas.

Es preciso acabar con la antigualla de patología externa y patología interna, de patología quirúrgica y patología médica. La patología no es externa ni es interna, sino patología de un aparato o sistema. La patología llamada externa estudiaba procesos tan interiores como una úlcera gástrica, un tumor del mediastino y un tumor cerebral. Y la patología llamada interna estudiaba las afecciones cutáneas, el coriza, la adiposidad, etc. Es ésta una clasificación topográfica insostenible

por anticientífica, ya que con ella es externo un tumor del tercer ventrículo, un quiste hidatífico pulmonar y una tuberculosis renal; y es interno un lupus. Otro absurdo aún mayor, si cabe, es el de calificar a la patología de quirúrgica por el mero hecho de ser atacables por el bisturí los procesos que ella estudia. Esto de calificar a la patología por los medios terapéuticos nos conduciría a hablar de patología radiológica, de patología suerológica, etc.

Y he de recordar aquí que han sido dos prestigiosos médicos donostiarras, los doctores Urrutia y Eizaguirre<sup>12</sup>, quienes han contribuido con gran competencia y éxito a este movimiento moderno de la especialización integral médicoquirúrgica en las afecciones de los aparatos digestivo y respiratorio, respectivamente. Todos sabéis cómo la neurología evoluciona actualmente en esta misma dirección en los Estados Unidos, Canadá y Europa, en cuyos países hemos tenido ocasión de visitar y admirar los resultados brillantes que en la práctica neurológica y en el progreso clínico científico de esta especialidad se están logrando desde que los operadores son neurólogos y bastantes de ellos también anatomopatólogos.

Entre los servicios clínicos hay tres que requieren un estudio especial, que no es posible dentro de los límites de esta conferencia. Nos referimos a la clínica psiquiátrica, la clínica de tuberculosis y la clínica de enfermedades infecciosas. En el sistema de “bloque”, la clínica de tuberculosis suele ocupar el último piso, y encima de él se sitúa la terraza. En el *Medical Center* de Nueva York hay un “bloque” independiente para los servicios psiquiátricos. Los enfermos infecciosos precisan estar en edificio independiente y bastante alejado del núcleo clínico.

---

12 Luis Urrutia Guerezta (1876 - 1930) y Emiliano Eizaguirre (1888 - 1967).

Nos ocuparemos en especial del servicio psiquiátrico<sup>13</sup>. Es hoy indispensable que en todo hospital general haya un departamento psiquiátrico anejo al neurológico o independiente de éste. Los enfermos mentales que inevitablemente existen en los demás servicios del hospital serán tratados, según el juicio que emita el psiquiatra, en la clínica en que surgió el trastorno mental, o se les trasladará temporalmente al servicio psiquiátrico, en el que seguirán siendo asistidos del proceso somático por su propio médico, y del proceso mental por el especialista, y a la vez son preservados de posibles reacciones auto o heteroagresivas.

En los hospitales generales, y ello es habitual aún en España, tan atrasada en cuestiones hospitalarias, el personal médico y de enfermeras se encuentra siempre perplejo, por su inexperiencia, ante uno de estos casos, e ignoran las posibles reacciones de estos enfermos, que no saben prever, y de estos deriva el gran número de suicidios en nuestros hospitales. Al carecerse en ellos de estos servicios, el enfermo, presa de una crisis mental aguda y violenta consecutiva a un proceso infeccioso o a una intervención quirúrgica, o permanece en la sala con los otros enfermos, o, en los pocos hospitales que disponen de habitaciones de aislamiento, se les encierra en ellas, y por no disponer del personal competente, el enfermo es mal atendido, y si se les traslada a un manicomio (casi siempre muy distante) son sustraídos del médico que les asiste del proceso somático. En cambio, con la creación en todo hospital de este servicio, los casos que comentamos se resuelven a plena satisfacción, pues el especialista estudia los trastornos desde el comienzo, trata al enfermo mejor y precozmente, y ello da por resultado una gran disminución de la mortalidad y evita en muchos

---

<sup>13</sup> A este tema dedica el Dr. López Albo la primera carta que envió a Gonzalo Bringas, fechada el 15 de octubre de 1927, a la sazón primer contacto entre ambos. La carta se puede leer completa en *Epistolario*, libro publicado en esta misma colección.

casos la evolución hacia la cronicidad. Además, los médicos del hospital se encuentran en un ambiente psiquiátrico, se ilustran y aprenden a resolver por sí solos en su mismo servicio algunos de estos casos. Y el personal técnico subalterno adquiere cierta experiencia de las afecciones mentales, la cual puede aumentar asistiendo al servicio psiquiátrico. En la clínica psiquiátrica se prestaría asistencia a los casos agudos, y en ella alcanzarían muchos la curación sin necesidad de pasar por el manicomio, al que solo deben ir los crónicos y los difícilmente curables. En la actualidad puede afirmarse que un hospital general sin servicio psiquiátrico y sin psiquiatría cumple incompletamente su función médico-social.

Si todo hospital provincial de beneficencia general dispusiera de un pabellón especial destinado a la admisión provisional de los psicópatas crónicos y de los curables a plazo largo, y a la asistencia de los psicópatas agudos, cuyo tratamiento es eminentemente médico, y a dirigir desde los servicios de consultorio y social la profilaxis e higiene mental de la provincia, estaría resuelta en España la faceta más apremiante de la asistencia a los enfermos mentales. Señalaremos que la nueva legislación referente a los enfermos psíquicos obliga a las provincias a crear dispensarios psiquiátricos y clínicas abiertas para el tratamiento, sin secuestro legal, de estos enfermos.

Los consultorios son otro de los servicios esenciales del hospital. Estarán organizados de tal modo que puedan resolver el máximo de problemas clínicos sin necesidad de internar al enfermo. Dispondrán de servicios de laboratorio, de electrodiagnóstico, de radiodiagnóstico, de electrocardiografía, de metabolismo y de salas para pequeña cirugía y de urgencia, a fin de evitar que el ingreso del enfermo aumente indebidamente el gasto de estancias al pasar a las clínicas. La



economía que a un hospital reporta un buen servicio de consultorios es considerable. Conocemos bien, por triste experiencia, los gastos superfluos derivados de la pésima organización de estos servicios en algún hospital.

Cada servicio clínico debe disponer de su correspondiente consultorio, dirigido por el mismo jefe de la clínica. En Europa, sobre todo en los servicios universitarios, se advierte la tendencia a tener en un mismo pabellón la clínica, los laboratorios, los consultorios, los servicios fisioterápicos y los servicios quirúrgicos. Tal vez sea este criterio defendible en algunos servicios para la buena marcha de las funciones docentes, no obstante su mayor costo, si bien representa la máxima descentralización. Pero para un hospital no universitario juzgamos mejor el sistema centralizado integral.

La higiene y el cuidado de la boca es de tanta importancia como el examen de cualquier otra parte del organismo. Es hoy tan necesaria la exploración rutinaria de la dentadura como la de la orina y sangre, que sistemáticamente se hacen en los hospitales americanos. En efecto, el examen de la cavidad bucal descubre focos de infección en los dientes, muelas y maxilares, de cuyo acertado tratamiento depende la evolución de afecciones que asientan en otras regiones del cuerpo. No debe faltar esta consulta dental en ningún hospital que aspire a un mínimo de eficacia.

La sección de consultorios de un hospital bien organizado debe ser no una entidad independiente, sino una parte de la total organización. Sirve de departamento de admisión para los diversos servicios clínicos, cuyos jefes ya hemos dicho deben ser sus directores efectivos.

Problema del más alto interés, muy descuidado entre nosotros, es el concerniente a la alimentación en los hospitales. Una curación rápida y completa no es posible si no se establece una alimentación adaptada por completo a las necesidades de los diferentes enfermos. Noorden, en su ponencia al reciente congreso de Viena<sup>14</sup>, ha estudiado esta cuestión y evidenciado que los tres regímenes clásicos no responden a las exigencias de los grandes hospitales modernos. Ellos son insuficientes en cantidad y en calidad.

Hoy no solo las clínicas de medicina interna, en especial las de nutrición, digestivo y riñón, sino las quirúrgicas, la dermatológica y la ginecológica sobre todo, emplean con éxito formas especiales de alimentación muy distintas de los regímenes tradicionales, rutinarios, de nuestros hospitales. Tienden en la actualidad a proveer los hospitales de cocina dietética, de cocina de régimen, que disponga de la elasticidad de los restaurantes y esté en íntima relación con los jefes de los servicios, por medio de la jefa de dietética, que colaborará con el cuerpo médico. Las asistentas de régimen estarán enteradas de los diversos regímenes alimenticios dietéticos y en relación con la cocina, cuyo trabajo controlan, y con los enfermos y médicos de las salas.

Y llegamos, señores, a una de las cuestiones más interesantes de un hospital moderno: nos referimos a *la función docente*.

Juzgamos que todo hospital general de alguna importancia debe orientarse francamente hacia la función de la enseñanza. En España, si bien es cierto que sobra alguna Facultad de Medicina, faltan en cambio hospitales organizados para que puedan ser escuelas donde los

---

<sup>14</sup> El Dr. López Albo participó en el II Congreso Internacional de Hospitales celebrado en Viena el año 1932.

postgraduados adquieran la experiencia necesaria antes de lanzarse a la práctica profesional, como sucede en otras naciones, tal los Estados Unidos, en cuyo país el joven médico está obligado a hacer una estancia de un año en un hospital antes de otorgársele el diploma que le permita el libre ejercicio de su carrera, aunque en general dedican por lo menos un par de años a este aprendizaje postuniversitario. En otras naciones, como Alemania, se requiere uno, dos o tres años de asistencia a una clínica especializada para poder ostentar el título de *Facharzt*<sup>15</sup>.

Creemos que es un error el establecer el internado de alumnos de Medicina en los hospitales que no radiquen en poblaciones universitarias. El internado de alumnos debería quedar relegado a los hospitales de las capitales que tengan Facultad de Medicina, lo cual les permitiría seguir todos los estudios oficialmente y estar en contacto con el resto del ambiente universitario, tan importante para la formación cultural moderna. Por el contrario, todo hospital de alguna importancia, de poblaciones no universitarias, debiera disponer de plazas de médicos internos, que durante dos años completaran su formación profesional o se especializaran en alguna de las ramas de la Medicina, y hallaran material de estudio para preparar sus tesis doctorales. Esos hospitales expedirían, controlados por el Estado, los diplomas de especialista. Con la estancia obligatoria en los hospitales durante dos años se llegaría a la unificación de los títulos de licenciado y doctor, y solo la posesión del último permitiría el ejercicio libre de la profesión médica.

Otro problema del máximo interés es el referente a la provisión de las plazas de médicos de hospitales<sup>16</sup>. Nosotros somos en principio

---

<sup>15</sup> Especialista médico.

<sup>16</sup> El Dr. López Albo dedicó muchos artículos a dilucidar el mejor modo como cubrir las plazas de médicos de hospitales. En ningún sitio como aquí deja tan clara su opinión al respecto.

enemigos declarados de la oposición y aceptamos el concurso de méritos. Pero cuando se nos ha pedido nuestra opinión, y a la vez se nos ha investido de la más amplia autoridad, unida a la mayor responsabilidad, no hemos dudado en seleccionar por elección libre y directa (previo estudio privado de méritos y los asesoramientos pertinentes) catorce jefes especialistas para la “Casa de Salud Valdecilla”. Mas reconocemos que este proceder adolece de un defecto, y es la dificultad de hallar personas que con tal de obrar en estricta justicia, lo supediten todo, incluso su reputación y amistades, a cumplir a conciencia su cometido. Pero este proceder, excepcional, que pudo ser llevado a cabo en la precitada Institución por el carácter personal de su fundación, tal vez quede como único en los anales de los nombramientos de médicos de hospitales en España.

De la bondad de este procedimiento, honradamente aplicado, habla la admirable labor que, apenas iniciado su funcionamiento, están realizando en Santander los colegas cuyos nombramientos propuse al Patronato de la “Casa de Salud Valdecilla”. En los Estatutos de esta Fundación se dispone, por nuestro consejo, que en lo sucesivo las vacantes sean cubiertas por concurso de méritos o por elección directa, por el Consejo Médico, integrado por todos los Jefes de Servicio, quienes propondrán el candidato al Patronato. De este modo se han cubierto, recayendo en colegas de competencia reconocida y de formación científica moderna, las dos vacantes acaecidas en la “Casa de Salud Valdecilla”, en cuyos Estatutos consta también de modo expreso que en ningún caso y por ningún motivo serán nombrados los jefes por oposición. Se estatuye a la vez que las únicas plazas de plantilla sean las de jefe. Todas las demás serán transitorias, y en ningún caso darán derecho a ascender a

las jefaturas automáticamente. Obvio es recalcar las ventajas de estas normas, tendentes a seleccionar a los mejor preparados.

Las plazas de los hospitales deben ser exclusivamente para los mejor orientados y dotados. A la amistad y al favoritismo es preciso dejarles siempre haciendo antesala a perpetuidad<sup>17</sup>. Las clases necesitadas no pueden elegir sus médicos, y la norma ética más elemental nos dicta que quienes se los elijan deben seleccionar a los mejores. Los puestos hospitalarios deben ser desempeñados por aquellos que los sepan utilizar para el progreso de la Medicina, y no por quienes los utilicen en beneficio propio como un medio de adquirir clientela.

En una clínica hospitalaria el médico está obligado a producir, y no limitarse a aplicar a los enfermos lo que otros han descubierto, lo cual puede aprenderse en los libros y en la práctica diaria, sino que tiene que ser capaz de contribuir al progreso de la Medicina, es decir, convertirse en un científico, pues el que solo sea médico práctico, aquél cuya única aspiración sea el ejercicio de la Medicina, detentaría el puesto del hospital.

Nos atrevemos a sentar el principio de que todo médico capaz de investigar y enseñar debe tener puesto en los hospitales, y todo médico de hospital que no enseñe ni investigue debe ser destituido de su puesto. Maraón ha dicho recientemente: "Para mí es un hecho incontrovertible el que todo profesor de cátedra o todo médico de sala de un hospital bien dotado que, en un plazo de dos años, no haya contribuido con un mínimo de aportación de investigación experimental o fisiopatológica cotizable al tipo medio de la ciencia universal, debe ser inexorablemente

---

<sup>17</sup> En este sentido cabe destacar el comentario que hace en carta dirigida a Gonzalo Bringas sobre el proceso de selección del Jefe de Servicio de Puericultura de la Casa de Salud Valdecilla, publicada en esta misma colección.

eliminado de su cargo”. No hay inconveniente por nuestra parte en admitir este certero criterio, si bien podría ampliarse a cinco años, a partir del nombramiento, el tiempo mínimo para juzgar la labor de un jefe de clínica hospitalaria, revisables después cada tres años. En los Estados Unidos las plazas se conceden en algunos hospitales por un número determinado de años. Es evidente que todo hospital debe estar imbuido de un ambiente universitario, y esto solo se conseguiría implantando estas normas.

En el buen funcionamiento de un hospital precisa destacarse una depurada ética médica. Los deberes de los médicos hacia sus enfermos se ejercerán a través de una formación técnica y profesional perfectas, de una gran bondad personal, de un gran tacto al plantearseles las indicaciones terapéuticas cuando éstas entrañen cierto peligro, en especial las quirúrgicas, manejando con inteligencia la reserva y la franqueza necesarias ante cada caso, sin olvidar nunca la especial psicología del paciente, que hay que saber captar desde el primer momento. El médico no olvidará nunca su obligación de instruir a los enfermos acerca de su proceso y sobre todo de la parte que ellos mismos deben tomar en el tratamiento y la curación.

Los médicos tienen que cumplir deberes hacia sus colaboradores. Extremarán su cordialidad hacia sus compañeros, ayudantes e internos, y a cuantos acudan a instruirse en sus servicios, y les consentirán tomar parte activa en las labores de la clínica. Asimismo, guardarán el mejor trato afectuoso hacia el personal subalterno de enfermeras, asistentes sociales y personal no profesional.

El hospital tendrá siempre presente que el público, que es su cliente, está en el derecho de saber el resultado práctico de su funcionamiento,

y los médicos, por medio de notas impresas, divulgarán las actividades del hospital, sus fines, sus éxitos y hasta sus fracasos.

Todo hospital tiene deberes hacia la ciencia médica, y el principal de ellos es el de perseguir la investigación clínica y científica, y de facilitársela a los demás, aceptando su colaboración con amplitud y franqueza.

Y no olvidemos, por último, los deberes de la administración con los médicos. El organismo rector del hospital debe tener al cuerpo médico la más alta consideración y no olvidará que es él quien con sus conocimientos anima la marcha de la Institución. Por eso, en los reglamentos han de especificarse los derechos y deberes de los médicos a fin de que sean respetados los primeros y cumplidos los segundos.

El médico de hospital debe trabajar con buen material y en las óptimas condiciones de rendimiento útil. Ni en las salas, ni en las consultas se le agobiará con una avalancha de enfermos, como sucede aún en muchos de nuestros hospitales por insuficiencia de personal facultativo y subalterno. Es necesario aumentar las jefaturas en casi todos nuestros hospitales reduciéndoles así a los jefes actuales el número excesivo de camas en los servicios de medicina y cirugía. No creemos, en términos generales, que un jefe pueda atender bien más de cincuenta o sesenta enfermos agudos.

El médico de hospital debe estar lo suficientemente bien remunerado para que ame el hospital, se compenetre con él y le dedique la mayor parte de sus actividades; o se le concederán las ventajas de poder asistir a su clientela privada en los servicios hospitalarios. Todo hospital debe disponer de un pabellón para la clientela privada de su cuerpo médico.

Pero, ante todo, el médico tiene un deber primordial para con el hospital, y es el de dedicarle la plenitud de sus energías psicológicas y culturales. Como mínimo, dedicará cuatro horas diarias a la labor hospitalaria. Ningún médico debe ocupar una plaza de hospital por mero placer material y crematístico, sino por el noble impulso científico, humanitario y social. Y fuera del hospital, el médico debe mantener en alto su Jerarquía, y solo se dedicará a su consulta privada o a consultas con sus colegas, pero nunca a establecer la competencia con sus compañeros en la visita domiciliaria, que le debiera estar prohibida, en compensación a las ventajas que le reporta el puesto hospitalario para aumentar sus conocimientos.

Todo hospital organizado de modo eficiente contará entre su personal no solo con médicos capaces de la investigación clínica, sin la cual quedaría relegado a la ínfima categoría de un centro donde únicamente se diera solución práctica a los problemas médicos, y su personal a la categoría de mero aplicador de los conocimientos médicos, función profesional elemental y obligada, sino que en lo posible debe llamar a sí a algún profesional dedicado exclusivamente a la alta función investigadora para colaborar con sus colegas. Un laboratorio de experimentación química, biológica, fisiológica, de cirugía experimental, etc., o varios de ellos, deben existir en todo hospital.

La dirección del hospital es otro asunto de gran interés en la organización moderna. Creemos que un hospital es una Institución que persigue un fin claramente médico y profiláctico, y, en consecuencia, su cabeza rectora y responsable debe ser un médico, al cual se confiará la total dirección. En los Estados Unidos se forman ya médicos especializados en la dirección de hospitales, que desempeñan el cargo sin ejercer a la vez funciones profesionales. El confiar la dirección del



hospital a personas que no sean médicos tiene el grave inconveniente de que actúan sin la debida competencia, y el hospital permanece estático, estéril, sobre todo si no se pide cordialmente la colaboración del cuerpo médico del establecimiento.

Opinamos nosotros que mientras no existan en España médicos especializados en estas materias, el director del hospital debe ser uno de los jefes de servicio, el más capacitado y orientado en organización hospitalaria, al cual se entregará la alta dirección, poniendo a sus órdenes un jefe administrativo. La corporación o Patronato que regente el hospital se entenderán directamente con el director en todo lo referente a la buena marcha de la Institución.

No disponemos de tiempo para ocuparnos del personal subalterno. Pero sí he de señalar el hecho de que la carencia de enfermeras tituladas en nuestros hospitales es una de las causas esenciales de su defectuosa organización. No debiera construirse hoy un hospital provincial sin fundar en él una Escuela de enfermeras.

Ya hemos dicho que en general nuestros hospitales no disponen del personal médico y subalterno adecuado al número de enfermos. Consignemos aquí que cada unidad clínica de veinticinco a treinta camas debe tener adscritos, además del jefe de servicio, un médico ayudante, una enfermera jefa, dos enfermeras, una o dos alumnas enfermeras y una sirvienta. Sin este personal, la asistencia será forzosamente deficiente. Pero, además, para el servicio de noche habrá una o dos enfermeras, según la clase de clínica, y este personal precisará ser aumentado en casos de recién operados graves o para otros servicios extraordinarios.

Mucho se ha discutido a propósito de la función que el hospital moderno debe desempeñar en la organización sanitaria y de asistencia.

Es decir, si constituye una parte de ella o si debe ser el núcleo de ella. Compartimos nosotros el criterio de que un hospital moderno tiene que ser el eje de la obra sanitaria y de asistencia de la provincia. Sus clínicas, sus consultorios, sus laboratorios y su servicio social, le colocan en las condiciones óptimas para dirigir, estando acertadamente organizado y dirigido, la obra preventiva y de asistencia de una provincia, pues concentra en sí desde la profilaxis en el ambiente social hasta la cama de sus clínicas. El hospital moderno es un servicio de medicina preventiva y curativa al servicio de todas las clases sociales. El médico tiende cada vez más a actuar en los hospitales y clínicas, y lo menos posible a domicilio, y al correr del tiempo raro será el enfermo que no sea asistido de sus trastornos agudos fuera del ambiente familiar. El hospital acabará por absorber toda la morbilidad.

No podemos detenernos en la compleja cuestión referente al régimen administrativo de los hospitales, tan bien estudiado por Harper en su ponencia al congreso de Viena. En ella estudia todo lo concerniente al servicio de admisión y salidas de enfermos, a los visitantes, al régimen alimenticio, al tratamiento médico; y cuanto afecta a las relaciones del hospital con las autoridades gubernativas y judiciales, constituyen otros tantos capítulos que necesitan una contribución especial para su estudio. Solamente haremos mención del “derecho a la autopsia y de disección”, sin las cuales fracasa totalmente toda labor hospitalaria, y ello es la causa esencial del malogro de nuestros hospitales y de que continuemos siendo tributarios de los demás países en la inmensa mayoría de los progresos clínicos. Y esto continuará mientras no se decrete la obligatoriedad de la autopsia a todos los fallecidos en los hospitales públicos o que hagan funciones de tales, o por lo menos de

todos aquellos casos que sean reclamados para la autopsia por el jefe de servicio.

Todo lo concerniente a la gestión, a la instalación, al material de oficinas, a los archivos, a los ficheros, a los formularios, a las máquinas de escribir, de copiar, de dictar, de calcar, al servicio telefónico, a las llamadas luminosas y acústicas, a la oficina de información, a las historias clínicas, a la correspondencia, a la contabilidad y al modo de llevar los libros, a las cuentas en caja, a las hojas de salarios, al presupuesto, a las cuentas de compras, al establecimiento del costo de cada servicio, a la selección y formación del personal subalterno, al control administrativo, etc., representan otras tantas cuestiones que ponen en evidencia, con solo enumerarlas, cómo un hospital no se diferencia en nada de cualquier organización industrial.

Tampoco debemos detenernos en lo referente a la terminología de las enfermedades, al reparto de las comidas, a la biblioteca de enfermos, al departamento de observación, al departamento de convalecientes, a la terapéutica por el trabajo y otra multitud de problemas hospitalarios que ni siquiera tenemos tiempo de enumerar en su totalidad.

Pero sí hemos de llamar la atención acerca de la necesidad de que no se intente reforma alguna de los hospitales sin previa consulta e informe de su cuerpo médico. En Francia, la ley obliga a que por las administraciones sean siempre consultados en estos casos los médicos, los cirujanos y los farmacéuticos de los establecimientos cuando se proyecten cambios y grandes reparaciones en los edificios.

Y antes de terminar, voy a resumir la modalidad de construcción hospitalaria que hoy consideramos la más adecuada a los fines de asistencia de una provincia española.

El criterio a establecer varios hospitales diseminados por la provincia no merece la pena de ser tomado en consideración. Ello supondría gastos superfluos en los equipos de material diagnóstico y terapéutico que habría que adquirir para cada hospital, y la dificultad de reunir grupos de médicos capaces de llevar a cabo toda la labor clínica moderna diseminados por pequeños núcleos de población, que no les permitiría adquirir pronto la suficiente experiencia para abordar en toda su integridad la obra médicoquirúrgica moderna.

El criterio de establecer hospitales destinados a un grupo de enfermedades, unos de especialidades, otros para cirugía y otros para medicina, tampoco lo creemos acertado en el estado actual de la ciencia médica. Ello nos llevaría a la nefasta especialización restringida, sin contacto con el resto de la patología. En estos servicios, los médicos, los cirujanos y los especialistas, alejados unos de otros, no podrían prestarse esa colaboración sin la que no es hoy posible resolver la mayor parte de los problemas clínicos. Además, es el sistema más caro.

El criterio de un hospital con servicios generales médicos y servicios generales quirúrgicos, y alguna especialidad, hoy el más extendido, y en España el habitual, tampoco le juzgamos adecuado en el estado actual de la ciencia médica. No hemos de repetir aquí los argumentos aducidos en defensa de la especialización médico-quirúrgica.

El criterio de un hospital a base de especialidades médicoquirúrgicas, y en el que todos los jefes de los servicios colaboren estrechamente entre sí, nos parece que es el ideal de un hospital provincial en la época presente.

Tal vez como medida transitoria entre estos dos últimos criterios, y con la finalidad de adaptar el personal antiguo a este tipo de

hospital moderno, fuera prudente conservar en el hospital a base de especialidades médico-quirúrgicas, una clínica médica en la que se estudiaran en especial las afecciones de tipo exclusivamente médico: hematología, nutrición, endocrinología y cardiología; y una clínica quirúrgica donde se prestara asistencia a las de tipo casi exclusivamente quirúrgico: osteoartrología y traumatismos. De este modo se respetarían intereses creados y se irían adaptando los hospitales y sus médicos a estas normas modernas de la Medicina.

Por lo que respecta a la distribución de los diferentes servicios en el tipo constructivo, opinamos que en varios bloques adosados, de seis a diez pisos, puede reunirse toda la organización hospitalaria. Un bloque se destinaría a los servicios diagnósticoterapéuticos; en uno o dos bloques se reunirían los servicios clínicos; y en otro bloque los servicios industriales. Independientemente se edificarían pabellones para mentales agudos, infecciosos y tuberculosos, y residencias para el personal.

El *ser* enfermo es el núcleo de atracción de las múltiples y complejas funciones de un hospital, y el cuidado de él es su función primaria y primordial<sup>18</sup>. Pero así como en el siglo pasado sólo se atendía en los hospitales a los pacientes en estado agudo que precisaban guardar cama, en el siglo actual la labor del hospital se ha extendido a un número mayor de personas, que, si bien sus trastornos no les impiden la actividad social y no necesitan encamarse, requieren no obstante mayores cuidados y más larga asistencia médica que los afectos de procesos agudos. Por esto los hospitales modernos conceden tanta importancia como a las

---

<sup>18</sup> La creciente especialización de la medicina hizo que la generación del Dr. López Albo sintiera la necesidad de volver la mirada al sujeto, al "ser enfermo". No es casualidad que los *Anales* de Neurobiología, de cuyo consejo de redacción formó parte desde su primer número el Dr. López Albo, estuviera dirigida, aunque solo fuera nominalmente, por Ortega y Gasset.

clínicas a los consultorios, especialmente el servicio de dispensario preventivo, enlazado con el servicio social. Pero ya he cansado a ustedes demasiado y no queda tiempo para describirles el funcionamiento de estos dos servicios, que representan las dos últimas conquistas de la moderna técnica hospitalaria.







## Títulos publicados en la Colección Fuentesmar:

1. *La obra cultural de la Marquesa de Pelayo: La Biblioteca de la Casa de Salud Valdecilla*, de Wenceslao López Albo.
2. *Las obras de la Casa de Salud Valdecilla explicadas por su arquitecto*, de Gonzalo Bringas.
3. *Epistolario*, de Wenceslao López Albo y Gonzalo Bringas.
4. *Planeamiento y Organización de un Hospital Moderno*, de Wenceslao López Albo..





# Planeamiento y Organización de un Hospital Moderno

El Dr. López Albo fue nombrado director de la Casa de Salud Valdecilla en 1928. En septiembre de 1930 dimitió por desavenencias con el Patronato. En 1936 retomó la dirección para abandonarla definitivamente en 1937, cuando se vio obligado a exiliarse. Entre su primer ejercicio como director y el segundo, el Dr. López Albo impartió una conferencia en San Sebastián dedicada al planeamiento y organización de un hospital a partir de su experiencia en Santander.

En esta conferencia el Dr. López Albo hace balance de sus aciertos y de sus errores. Se trata de un documento clave para el estudio de la historia de la Casa de Salud Valdecilla.



Visítanos:

[biblioteca.humv.es](http://biblioteca.humv.es)

**COLECCIÓN FUENTEMAR, 4**