

# PLANIFICACION Y REFORMA SANITARIA

Jesús M. de Miguel  
(compilador)

Jesús M. de Miguel (compilador)  
PLANIFICACION Y REFORMA SANITARIA

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS  
Colección "MONOGRAFIAS" núm. 4

4

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS



# **PLANIFICACION Y REFORMA SANITARIA**



# PLANIFICACION Y REFORMA SANITARIA

Compilado por  
JESUS M. DE MIGUEL

**Centro de Investigaciones Sociológicas**  
MADRID



COLECCION «MONOGRAFICAS», N.º 4

*El Centro de Investigaciones Sociológicas no se identifica necesariamente con los juicios vertidos en esta obra.*

© CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS

ISBN: 84-7476-000-3

Depósito legal: M. 10.101-1978

Impreso en España por:

GREFOL, S. A., Pol. II, La Fuensanta

Móstoles (Madrid)

Investigar, en cualquier parte del mundo. es un esfuerzo, una disciplina y una remuneración. Pero en España supone algo más: supone dosis considerables de heroísmo.

*Gregorio Marañón*



# Indice

Presentación por Jesús de Miguel

## PARTE I

### SANIDAD Y CAMBIO SOCIAL

CAPITULO I. La Colectivización de la Asistencia Médica: una Introducción histórica. <i>José M. López Piñero</i> .....	21
CAPITULO II. Características cualitativas de la actividad médica. <i>Joan Campos, Jordi Gol i Gurina y J. Jesús Moll</i> .....	49
CAPITULO III. El crecimiento de la tecnología y burocracia médicas: Implicaciones en la asistencia médica. <i>David Mechanic</i> .....	73
CAPITULO IV. El poder médico. <i>Yvo Nuyens</i> .....	89

## PARTE II

### LA CRITICA DEL CAPITAL HUMANO

CAPITULO V. La mujer dentro del sector sanitario. <i>Margot Jefferys</i> .....	97
CAPITULO VI. La crítica del sistema educativo de la medicina. <i>Grupo de Estudios sobre la enseñanza de la medicina (Universidades de Barcelona)</i> .....	105

CAPITULO VII. Hacia un modelo de ruptura educativa para una reforma sanitaria. <i>Joan Campos i Avillar</i> .....	121
CAPITULO VIII. El profesional médico en la práctica hospitalaria. <i>Carmen Domínguez</i> .....	153
CAPITULO IX. Psiquiatría, Psicología y reforma sanitaria. <i>Ramón Bayés</i> .....	161
CAPITULO X. La profesión de enfermera. <i>Francisco Hernández</i> ..	179

### PARTE III

## ALTERNATIVAS Y ESTRATEGIAS SECTORIALES

CAPITULO XI. Alternativas de la Seguridad Social en un plan de Reforma sanitaria. <i>Felip Soler Sabarís</i> .....	195
CAPITULO XII. Crítica a la regionalización sanitaria: un proyecto democrático de Sanidad rural. <i>Joan Clos</i> .....	221
CAPITULO XIII. Una evaluación crítica del sistema psiquiátrico. <i>Benjamín González</i> .....	235
CAPITULO XIV. La Iglesia ante la reforma sanitaria. <i>Adolfo Perinat, Francisco Sola</i> .....	263
CAPITULO XV. La reforma del sector farmacéutico. <i>Leopoldo Arranz</i> .....	277

### PARTE IV

## PROYECTOS DE REFORMA SANITARIA

CAPITULO XVI. Política, programación e implementación: hacia una sociología política de la salud. <i>Antonio Ugalde, Sara McLanahan</i> .	347
---	-----



CAPITULO XVII. La reforma administrativa de los servicios sanitarios. <i>Eliot Freidson</i> .....	369
CAPITULO XVIII. El nivel de salud como punto de referencia de la reforma sanitaria. <i>Luis Cañada, F. Javier Yuste, Emilio Zapatero</i> .	379
CAPITULO XIX. Las instituciones psiquiátricas españolas en crisis: apuntes para una reforma. <i>José L. Montoya</i> .....	407
CAPITULO XX. Los partidos políticos españoles ante la reforma sanitaria. <i>Jesús M. de Miguel</i> .....	429

## PARTE V

### HACIA UN ANALISIS DEL SECTOR SANITARIO

CAPITULO XXI. Una bibliografía comentada sobre planificación y reforma sanitaria. <i>Mercedes González-Page</i> .....	455
---	-----



## PRESENTACION

Este libro empezó a gestarse hace dos años como una forma de presentar a la opinión pública —a través del propio Instituto de la Opinión Pública, cuya sucesión ha asumido recientemente el Centro de Investigaciones Sociológicas— los modelos, alternativas, y estrategias que parecían más necesarios para conseguir un sistema sanitario más acorde con una España desarrollada y democrática. En el periodo de tiempo imprescindible para la realización del libro colectivo la necesidad de su aparición se ha incrementado. Parece como que el sector sanitario se encuentra dentro de un callejón sin salida. La reforma sanitaria que se avecina tendrá que contar —más que nunca— no sólo con lo que aquí decimos los técnicos *ad captandum vulgus*, sino con la opinión de todos.

Este volumen es plenamente pluridisciplinario. En las notas bibliográficas de los autores, al principio de cada capítulo, el lector podrá encontrar sociólogos, psicoanalistas, psicólogos, médicos, economistas, politicólogos, estudiantes, e incluso senadores y diputados. Todos ellos colaboran a presentar una forma novedosa de *ciencia social y humana*, hasta cierto punto más preocupada por la aplicación de políticas sanitarias concretas que por la contribución posible al conocimiento teórico y académico.

El conjunto de capítulos y autores no puede ser más novedoso, moderno, no-convencional, y crítico. No se ha pretendido presentar una visión única del sistema, sino una gavilla de visiones parciales que representen de alguna manera la *opinión pública* sobre el tema. Esto me lleva indefectiblemente a asegurar al lector que algunas afirmaciones de este libro me parecen algo discutibles. No comulgo con la ideología de algunos autores, así como seguramente alguno de ellos discuta la mía propia. Y es precisamente por ello, que este libro hoy representa un paso de gigante en el debatido tema de las *reformas sanitarias*.

El análisis de la planificación sanitaria propiamente dicha está ausente de este volumen por haberse realizado ya en otro lugar<sup>1</sup>. Cabe además la duda de si la planificación española de 1964 a 1975 (la de los «tres planes») puede llegar a tomarse verdaderamente en serio. Ramón Tamames la ha definido lisa y llanamente como «*un conjunto de falacias encubridoras de una serie de intereses en contra de los sistemas generales*»<sup>2</sup>. En el campo sanitario esa planifica-

---

<sup>1</sup> Jesús M. de Miguel: «The Spanish Health Planning Experience» *Social Science and Medicine* 9 (1975): 451-459.

<sup>2</sup> Ramón Tamames: *Qué es la planificación democrática* (Barcelona: La Gaya Ciencia 1976), pág. 37. Su relato del nacimiento, vida y muerte de los organismos estatales de planificación merece ser leído con atención y buen sentido del humor (pp. 41-47).

ción no ha hecho más que llenar unas cuantas páginas, sin producir ningún cambio mensurable. Bien al contrario, la planificación sólo se ha inventado como dique de contención para parar (y protegerse de) el cambio.

Existen personas en nuestro país empeñadas en reelaborar una teoría sociológica sobre la salud y la sanidad. Así, por ejemplo, en el décimo Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (celebrado en Perpiñan —por mor de la censura— en septiembre de 1976) un grupo de médicos, encabezados por Jordi Gol i Gurina definió la salud como *aquella manera de vivir que es solidaria, autónoma, y profundamente alegre*. Si bien la definición hizo fortuna, no se ha intentado todavía especificar las variables, indicadores, e índices de tal *imagery*. Esta colección de estudios pretende llenar de alguna forma ese vacío.

## Reforma versus planificación

El título del presente libro incluye las dos palabras «planificación» y «reforma» como explicitación de una idea concreta, que *no hay planificación sin reforma, ni reforma sin planificación*.

La planificación es un proceso de control; pero un «control» del «cambio». El proceso de planificación debe de ser continuo, así como los cambios sociales también lo son. En el caso de España, la carencia de una planificación seria en el sector sanitario ha llevado generalmente a dos situaciones. Primera, que la propia falta de evolucionar o de admitir cambios sea una típica decisión política en este sector. Segunda, que las decisiones precipitadas, tomadas para solucionar un problema cualquiera, cristalizan y tienen una pervivencia mucho mayor de la que se deseaba. En resumidas cuentas la tendencia es a cambiar poco y mal, intentando parar los problemas pequeños y concretos sin pensar que tales medidas pueden crear una degeneración o retroceso en todo el sistema sanitario.

Lo novedoso de la situación española (como ocurrió en Portugal con el *Relatório sobre as Carreiras Médicas* de la Ordem dos Médicos) es que la propia profesión médica es quien está empezando a pedir una reorganización del sector sanitario, la financiación de la sanidad con cargo a los presupuestos generales del Estado, e incluso la creación de un *National Health Service* (británico) a la española que ya se bautiza como un «Servicio Sanitario Nacional» o «Servicio Nacional de Salud». Creo que estos sectores de la profesión médica tienden a ignorar lo que esta reforma les produciría tanto en bajada radical de salarios como en falta de poder.

En concreto, el futuro papel del médico en la sociedad española —si nos amoldamos a tal planteamiento— supondrá que el médico deba: (1) apoyar la idea de un «Servicio Sanitario Nacional», regionalizado y para toda la población, con cargo a un sistema eficaz de redistribución de recursos. (2) Producir un cambio sustancial en los sistemas de control social del individuo (sobre todo en temas como enfermedad mental, aborto, control de natalidad, homo-

sexualidad, suicidio, eutanasia, drogas, educación, matrimonio, mujer, etc.). (3) Apoyar un cambio de la estructura social a través de la crítica y transformación de los sistemas de explotación sanitaria, médica y farmacéutica; reduciendo la práctica privada e incluso llegando a su anulación. (4) Participar en el proceso de desideologización de la población española —después de cuarenta años de un régimen no-democrático—, y sobre todo de la población activa sanitaria y la que está en periodo de formación. (5) Favorecer la participación de la población activa sanitaria (no sólo los médicos) en el control del sector sanitario, y de la población (es decir, los pacientes-potenciales) en todas las instituciones, ambas con un modelo de *consensus* democrático. Esto supone a su vez la desaparición del monopolio médico, y la aceptación del control de la población en la práctica médica; y, por supuesto, la penalización de los fallos y errores de tal práctica.

La impresión es que estos cinco puntos representan —junto a la bajada de ingresos, prestigio, y poder— una nueva estructura del sector sanitario que la profesión médica, en su globalidad, es dudoso que acepte. Si bien la profesión médica está siendo la que más protesta (en parte por su conocida falta de poder en la estructura sanitaria actual) creo que en el futuro será un grupo más de presión en contra de la socialización de la medicina o de los servicios sanitarios.

En el sector sanitario es necesario inventar nuevas teorías, remendar las antiguas, y generar más datos, para que tanto unas como otras puedan llegar a aplicarse. Sólo podrá realizarse un cambio del sector a través de un conocimiento más adecuado de él. Es ley sociológica que los datos no escasean al azar; faltan aquellos que son más importantes o más útiles para producir un cambio real en la sociedad. En este caso los grupos de presión e interés no se caracterizan precisamente por querer acumular más poder —en un sentido clásico de la palabra— sino por conseguir que no se publiquen datos, y que no se hable de ellos. Por eso resulta sospechoso que a nivel comparativo, el sector sanitario español presente una carencia tan llamativa de datos. Parece ser que los diversos grupos interesados por la sanidad (profesión médica, industria farmacéutica, Dirección General de Sanidad, Instituto Nacional de Previsión, Ejército, Ministerio de Educación y Ciencia, Iglesia Católica, hospitales privados, diputaciones provinciales, etc.) no se han puesto todavía de acuerdo en un modelo concreto de sanidad, por lo que han concluido en guardar un escrupuloso silencio sobre las actividades de cada uno de ellos. Dada esta situación, esta «ley del silencio» sólo puede romperse con una reforma del sistema sanitario —incluyendo el sector público y el privado— y con la creación de una maquinaria democrática y regionalizada de planificación.

## Por el desarrollo de la Sociología de la Medicina

La Sociología de la Medicina está por desarrollar en nuestro país. Algunos podrían hacer responsables de los problemas del sector sanitario a la carencia



de profesionales en esta disciplina. Por otro lado es curioso que la Sociología de la Medicina está más desarrollada en uno de los países con peor sistema sanitario: los Estados Unidos de América. No significa —sería un chiste— que los sociólogos de la medicina sean los que están creando la crisis de la sanidad en ese país; pero podría argumentarse que el sentimiento colectivo (y estatal) de culpabilidad ha favorecido la tendencia a disponer de recursos especiales para la investigación sociológica del sector sanitario. Sea cual sea la realidad, en nuestro país es necesario impulsar esta ciencia, profesión, y disciplina académica. El propio Pedro Lain Entralgo, desde las trincheras de la Historia de la Medicina, ha llamado la atención sobre la carencia de «Sociología de la Medicina», que ha: «surgido hace bien poco en el ya voluminoso y vario cuerpo de los saberes médicos. Sociólogos preocupados por la práctica de la medicina y médicos interesados por los aspectos sociológicos de su quehacer han sido, complementariamente, los creadores de ella. [...] Pregúntese el lector si es aceptable la casi total inexistencia de trabajos acerca de este campo entre los estudiosos de nuestro país y la ausencia de esa disciplina en nuestras Facultades médicas»<sup>3</sup>. La verdad es que todos los intentos por institucionalizar estos estudios han fracasado hasta la fecha<sup>4</sup>.

Hablar de Sociología de la Medicina —en abstracto— es arriesgado. La producción en esta especialidad varía considerablemente entre unos y otros sociólogos. Por un lado, está la postura ante la *orientación del conocimiento*, es decir, los que son partidarios de una Sociología *de* la Medicina como ciencia básica y aquellos otros que prefieren una Sociología *en* la Medicina mucho más aplicada. Por otro lado, se puede todavía clasificar a los sociólogos por el *contenido substantivo* que le confieren a la disciplina, es decir, por su preferencia por un contenido funcionalista partidario de la estabilidad social, o por un contenido crítico favorecedor del cambio social.

Conforme a estas dos variables —provisionalmente dicotómicas— se puede clasificar a los sociólogos que se dedican a temas de sanidad en cuatro tipos, con intereses distintos:

**A. Ciencia básica-Contenido funcionalista.** Están interesados fundamentalmente en realizar contribuciones al *corpus* de conocimiento establecido en Sociología, o en Sociología de la Medicina. Un caso típico de tal postura es Talcott Parsons.

**B. Ciencia básica-Contenido crítico.** Son los partidarios de un conocimiento dentro de la Sociología de la Medicina cuyo objetivo sea el cambio de la teoría sociológica establecida. Las posturas personales varían desde un August B. Hollingshead a un Eliot Freidson.

---

<sup>3</sup> Pedro Lain Entralgo: *La medicina actual* (Madrid: Seminarios y Ediciones, 1973), pp. 125-126.

<sup>4</sup> Sólo en la Universidad Autónoma de Barcelona existe un curso de doctorado con el título —y contenido— de «Sociología de la Medicina» enseñado por dos profesores conjuntamente: un sociólogo y un psicoanalista.

C. *Ciencia aplicada-Contenido funcionalista*. Entienden la Sociología como un instrumento para resolver problemas parciales o locales; y a veces para ocultar otros pronombres mayores o más difíciles de resolver (falta de un servicio sanitario nacional, imperialismo, dependencia económica, diferencias de clase social). Su tendencia es la de proponer *límites* a grupos o instituciones concretas, fundamentalmente la profesión médica. Aquí se incluirían desde Odin Anderson hasta el propio Ivan Illich, pasando por David Mechanic, o Yvo Nuyens.

D. *Ciencia aplicada-Contenido crítico*. Consideran a la disciplina como un conocimiento y a la vez una acción, que deben formar parte del proceso de transformación de toda la sociedad. La solución es poner límites al poder de las clases dominantes o de la burguesía, diferenciándose cada escuela en el tipo de límites que hay que aplicar. Esta postura está más extendida en Europa siendo su exponente más claro —quizás— Giovanni Berlinguer.

Los autores de los diversos capítulos del presente libro podrían clasificarse en los cuatro grupos anteriores; pero esta es tarea que hoy dejo en manos del lector, y de su poderosa imaginación. No seré yo el que se atreva a poner el cascabel al gato.

### ¿Quién es quién?

Los *dramatis personae* del presente libro tienen algo en común: su preocupación por el sector sanitario, y a la vez su creencia en que en el fondo el problema es político. El lector atento notará este denominador común en todos los capítulos del libro, que expresado con el bien-decir de uno de nuestros mejores pensadores actuales sería: «Ninguna otra cosa de tejas abajo me importa más que España: España en el mundo, claro está, no en el *estado de excepción* que la saca de él. Y no me interesa nada la política como afán de participación en el aparato de poder a través de sus dispositivos. Dispositivos que, sin embargo, me entretiene analizar, como viejos, toscos artefactos totalmente inadecuados a nuestro tiempo [...] y que, extrañamente siguen funcionando aunque, a mi juicio, no para bien»<sup>5</sup>. Pienso que muchos de los autores de los capítulos firmarían a ojos cerrados esta declaración de principios arangureniana.

En la primera parte se describen las relaciones básicas entre sanidad y los procesos de cambio social. *López Piñero* —uno de nuestros mejores historiadores de la medicina, y sin duda el más parasociólogo— presenta una breve introducción del sector sanitario. *Campos, Gol, y Moll* —verdaderos mosqueteros de la sanidad— replantean audazmente el concepto de «salud», en términos más críticos y realistas que la manida definición de la OMS. *Mechanic* —claro exponente de la Sociología de la Medicina establecida en Estados Unidos—

---

<sup>5</sup> José L. López Aranguren: *Memorias y esperanzas españolas* (Madrid: Taurus, 1969), p. 157.

acomete la enorme tarea de justificar una reforma sanitaria sin una reforma del sistema capitalista. La fina ironía y buen saber sociológico de *Nuyens* plantea un reto al poder médico, utilizando como unidad de análisis Bélgica, país que nos es afín en tantas cosas.

La crítica concreta del capital humano dentro del sector sanitario ocupa la segunda parte del libro. *Jefferys*, verdadera *bluestocking* británica, rompe una lanza por el rol de la mujer en el sector sanitario, e indirectamente por su posición en la sociedad. Una de las aportaciones más sugerentes a la reforma sanitaria es la crítica del sistema educativo actual de la Medicina, realizada precisamente por un grupo de estudiantes que firman colectivamente con el *nom de guerre* de «Grupo de Estudios sobre la Enseñanza de la Medicina». *Campos* —uno de los mejores forofos de la Sociología de la Medicina en nuestro país— nos quiere convencer de que el sistema educativo español necesita de un *deus ex machina* para poder reformarse. *Domínguez* presenta las conclusiones provisionales de uno de los pocos estudios aplicados sobre hospitales, en donde la troika médico-paciente-hospital crea a veces más problemas de los que resuelve. *Bayés*, psicólogo cosmopolita, presenta sin ambages la lucha entre psicólogos y psiquiatras por el monopolio de la salud mental, y la posesión de los despojos —en este caso los (supuestos) enfermos mentales. *Hernández* presenta unos datos novedosos sobre la profesión de enfermera, uno de los puntos negros más salientes del sistema, utilizando datos cualitativos.

Tras el análisis global de la situación, y la crítica del capital humano se pasa a presentar alternativas y estrategias de algunos sectores concretos: Seguridad social, sanidad rural, sanidad mental, Iglesia Católica, industria farmacéutica. *Soler Sabarís*, un híbrido de médico y sociólogo (como a él mismo le gusta llamarse) y especialista en (la crítica de) la Seguridad Social española, presenta unas alternativas concretas para su futura reforma. *Clos* es sin duda alguna una de las jóvenes promesas de la medicina social en nuestro país; presenta el tema más urgente, pero menos popular de la sanidad: la cuestión rural. El otro sector deficitario, el psiquiátrico, es analizado por la pluma de *González*, actualmente en USA formándose en Sociología de la Medicina, y Psiquiatría Social. El dúo *Perinat* y *Sola* defiende la posición de la Iglesia Católica dentro del sector sanitario en unos términos que no serán ni del agrado de los obispos, ni tampoco de la izquierda. Finalmente, *Arranz* desde su privilegiada atalaya del Instituto Nacional de Previsión realiza un estudio documentadísimo del sector farmacéutico, que todos esperamos no termine esta vez en el Juzgado de Guardia.

La parte cuarta del libro presenta proyectos de reforma del sector sanitario. *Ugalde* y *McLanahan* introducen esta parte con un análisis académico de los procesos de decisión e implementación en sanidad, apuntando unas notas para la definición de una Sociología Política Sanitaria. *Freidson* —el especialista más agudo de la profesión médica— baja esta vez los pies a tierra para presentarnos los problemas de la reforma administrativa de los servicios sanitarios; el caso de USA puede ser paradigmático para entender algunos aspectos

futuros de este sector en España. Una de las aportaciones más decisivas es la de tres médicos de sanidad pública, y políticos de la nueva sanidad española (en verdad tres jefes provinciales de sanidad) —Cañada, Yuste, y Zapatero— que publican aquí las propuestas de una de las reformas que se quedaron (como tantas otras) en el papel, sin llegarse nunca a aplicar en España. Montoya —el polémico y estelar *manager* del Hospital General de Asturias, del Psiquiátrico de Oviedo, y del de Conjo —cuya experiencia en conflictos psiquiátricos no puede ponerse en duda— nos deleita esta vez con un planteamiento básico para la reforma de este subsector. El último capítulo de esta parte es de *de Miguel*, sobre lo que realmente opinan y proponen los partidos políticos, y sus programas específicos de reforma sanitaria. El tema está en el candelerero, y al igual que en Italia, la *reforma sanitaria* va a ser la clave en las futuras votaciones democráticas y pluripartidistas.

El libro quedaría cojo sin la bibliografía comentada que presenta *González-Page*. Aunque parcial —y limitada por el espacio— representa el primer esfuerzo hacia una sistematización de las fuentes de datos en este sector. Su utilidad viene refrendada por el dicho anglosajón: *the proof of the pudding is in the eating*.

## Agradecimientos

El libro se engendró bajo los auspicios de Pablo Sela Hoffman, cobró vida con los ánimos de Luis López Ballesteros, y se convirtió en *nasciturus* con los auxilios profesionales de Juan Díez Nicolás. El que su realización haya sobrevivido a tres directores del Instituto de la Opinión Pública no es más que demostración palpable del cambio al que los autores ya se refieren constantemente a lo largo de las páginas de este libro. Dejo pues aquí constancia explícita de nuestro agradecimiento colectivo a estos tres mecenas sociológicos.

Por otra parte, este volumen sale a la luz gracias al optimismo, dedicación, y entusiasmo de una persona, con la que he trabajado codo con codo: Mercedes González-Page. Su ayuda e imaginación han hecho posible desde la homogeneización y corrección minuciosa de los capítulos hasta la excelente bibliografía comentada que se ofrece al final del volumen. Otras personas, además, merecen nuestro mejor agradecimiento por ofrecer su colaboración: Melissa G. Moyer y Eloy Fuente Herrero por la difícil tarea de bien-traducir del inglés algunos de los capítulos, Josep Laporte por su apoyo moral, Joan Campos por sus relevantes conversaciones sobre el tema, José Sánchez-Cano por sus sabios consejos, Jaime Nicolás Muñiz por su gran colaboración editorial, los colegas del Departamento de Sociología de la *Universitat Autònoma de Barcelona* por su apoyo y estímulo intelectual, Assumpció Fonoll por sus continuos detalles y optimismo, los amigos de Serrano Diecinueve por su colaboración de siempre, Maite Cebrián, y Trini Montiel por echar una mano de vez en cuando sin tener que pedírselo.

Finalmente me toca agradecer aquí la colaboración a todos los autores. Su gran ánimo y la excelente calidad de su trabajo han sido caballos más que buenos para llevar adelante esta carrera sociológica. Su conjunto forma un grupo único para el análisis y crítica del sector sanitario. Tras la publicación de este libro ya no puede decirse que falta capital humano en nuestro país para realizar una reforma sanitaria adecuada. Si interpreto bien, los autores de este libro estamos empeñados en la misma tarea: el cambio del sector sanitario hacia fórmulas que eleven el nivel de salud de la población y sirvan a la vez para redistribuir recursos escasos dentro de la población; a esta «población» va pues dedicado el presente volumen. *I per els meus amics dels Països Catalans aquest llibre voldria ésser una aportació lliure i democràtica al «Congrés de Cultura Catalana» per al que molts desitgem una ferma difusió popular i un gran èxit.*

*Jesús M. de Miguel*  
«Bellaterra 1976 - Georgetown 1977»



PARTE I

**SANIDAD  
Y CAMBIO SOCIAL**



## Capítulo 1

# LA COLECTIVIZACION DE LA ASISTENCIA MEDICA: UNA INTRODUCCION HISTORICA

José M. López Piñero\*  
(*Universidad de Valencia*)

Se ofrece una síntesis histórica de la colectivización de la asistencia médica, es decir, de lo que habitualmente suele llamarse «socialización de la medicina». Se considera en primer término, la diversificación social de la asistencia médica como hecho histórico que ha servido de raíz a los intentos de colectivización. Tras una breve anotación acerca de la actitud de los médicos ante los mismos, se resume la evolución histórica del problema en tres grandes etapas. La primera corresponde a las utopías de la Ilustración. La segunda, a las «sociedades de Socorros mutuos» del siglo XIX. En la parte dedicada a la tercera etapa, se intenta situar históricamente el sistema alemán de las «Krankenkassen», la estalinización soviética, el «National Health Service» británico, los intentos desarrollados en los Estados Unidos y la seguridad social española.

---

(\*) JOSE M. LOPEZ PIÑERO, nace en 1933 en Mula (Murcia). Es Doctor en Medicina por la Universidad de Valencia. Se ha especializado en Historia de la Medicina en los institutos de la disciplina de Munich, Bonn, Zurich y Londres. En la actualidad es Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Valencia. Sus áreas de trabajo son la historia social de la medicina y de las ciencias modernas en España y la historia de las neurociencias. Ha publicado más de un centenar de artículos y veinticuatro libros, entre ellos, *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, (1964); *Medicina, Historia, Sociedad*, (1969); *La introducción de la Ciencia Moderna en España*, (1969) y *Estudios de historia social de la medicina moderna en España*, (1976). Su dirección profesional es: Prof. J. M. López Piñero, Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia, Valencia-10.

## Introducción

El propósito del presente artículo es ofrecer una breve síntesis histórica de lo que habitualmente suele llamarse «socialización de la medicina». Se trata de una denominación ampliamente utilizada en diferentes países, entre ellos el nuestro. No obstante, existe un serio reparo para aceptarla. Desde hace casi un siglo, «socialización» es un término con un sentido perfectamente acuñado en determinadas escuelas sociológicas —y también en psicología e historia social— claramente distinto al que la citada denominación implica. «Socialización» sirve en estas últimas disciplinas para designar el proceso por el cual se adquieren de modo selectivo los valores, actitudes, intereses, técnicas y conocimientos propios de un grupo social al que se pertenece o al que se intenta pertenecer. «Socialización» es, por tanto, el aprendizaje de roles sociales. Su sentido habitual, en cambio, es de carácter económico y político, refiriéndose a la posesión y administración por parte de la colectividad en su conjunto del aparato de producción.

Esta importante divergencia motivó que Robert K. Merton y sus colaboradores, en un estudio ya clásico sobre la sociología de la educación médica (1975), incluyeran un apéndice sobre el uso del término «socialización» en medicina: «Aplicada al estudiante de medicina socialización se refiera a los procesos por los que se desarrolla su personalidad profesional, con sus valores, actitudes, conocimientos y técnicas, fudiéndolas en un conjunto más o menos consistente de disposiciones que gobiernan su conducta en una amplia variedad de situaciones profesionales (o extraprofesionales).» Y advertían: «Cuando decimos que “el estudiante se socializa” en su cultura profesional, en absoluto queremos significar que se “nacionaliza” o queda imbuido de las virtudes del socialismo.»

Para evitar tal confusión, que puede plantearse en cuanto se examine una cuestión médica en un contexto propio de las ciencias sociales, creo que resulta preferible utilizar una denominación distinta a «socialización de la medicina», aunque no esté tan difundida. Por esta razón puramente pragmática hablaremos en este trabajo de *colectivización de la asistencia médica*.

## La diversificación social de la asistencia médica

Antes de ocuparnos de las grandes líneas evolutivas de los diferentes tipos de asistencia médica colectivizada, parece conveniente considerar las razones

históricas que explican su aparición. Ello nos obliga a centrarnos en un hecho que ha servido de raíz a la colectivización contemporánea: la diversificación social de la asistencia médica de carácter científico. Su punto de partida lo encontramos en la misma cuna de la medicina científica occidental, es decir, en la Grecia clásica. Las investigaciones de Lain Entralgo han demostrado que en la sociedad ateniense del siglo IV antes de J.C. existía ya una diversificación que bajo distintas formas se ha mantenido hasta nuestros días.

La sociedad ateniense estaba integrada por tres estratos: un reducido número de hombres libres y ricos, que vivían ociosos y monopolizaban la cultura, otro de hombres libres y pobres, fundamentalmente comerciantes y artesanos, y una gran masa de esclavos que mantenía con su trabajo al estrato privilegiado. En dicha sociedad, el enfermo era considerado negativamente, no por ser un pecador como en las culturas arcaicas orientales, sino por ser un deforme que chocaba con el ideal vigente de perfección de la naturaleza humana, expresado por la armonía y belleza del cuerpo. Cuando la deformidad se consideraba irrecuperable —tullidos o enfermos incurables— no había asistencia de ninguna clase. Los médicos pertenecían al estrato artesanal y tenían unas normas éticas muy limitadas. Además de no concebir la asistencia a los incurables, excluían el acto médico desinteresado o con peligro de la propia vida. Junto a los médicos científicos, existía, como en todas las épocas posteriores, un amplio número de sanadores empíricos, entonces generalmente esclavos, y una heterogénea serie de servidores de la medicina mágico-religiosa.

En este marco social, Lain Entralgo ha comprobado tres niveles de asistencia médica: uno para personas libres y ricas, otro para personas libres pero pobres y un tercero para esclavos. El primero estaba en manos de los mejores médicos científicos y era exquisitamente individualizador, llegando a reglamentar cada uno de los aspectos de la vida del paciente. El segundo, también a cargo de médicos científicos, estaba dominada por una terapéutica resolutive de la enfermedad, o si se quiere, limitada por la eficacia a corto plazo. El tercero, en manos de sanadores empíricos también esclavos, quedaba reducido a una tosca «veterinaria para seres humanos». Platón describe esta última en los siguientes términos: «A los esclavos los tratan por lo general los esclavos, bien corriendo de una lado para otro, bien permaneciendo en sus consultorios; y ninguno de tales médicos da ni admite la menor explicación sobre la enfermedad de cada uno de esos esclavos, sino que prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere, como si estuviera al tanto de todo y con la arrogancia de un tirano.»

La efectiva difusión del cristianismo en el mundo antiguo significó, desde el punto de vista de la historia social de la asistencia médica, dos cambios fundamentales: una consideración distinta del enfermo y una nueva norma en las relaciones entre los seres humanos basada en la caridad. El cristianismo fue, en efecto, la primera religión que no consideró la enfermedad una consecuencia del pecado. Lejos de ser valorado negativamente como un pecador, el enfermo pasó a ser considerado un individuo escogido por la divinidad para que, aceptando los sufrimientos de la vida terrena, aumentase sus méritos sobrenatura-

les. Se convirtió, por ello, en el miembro de la comunidad cristiana en el que ésta tenía que ejercer de modo especial la caridad. El nuevo planteamiento modificó profundamente las condiciones en las que se había desarrollado la asistencia médica en la sociedad pagana. Había que atender a los incurables, adquirió sentido la asistencia médica desinteresada y —lo que más chocó con la mentalidad anterior— incluso la asistencia con peligro de la propia vida.

Desde nuestro punto de vista, la consecuencia principal de este proceso fue la aparición de una asistencia organizada para toda la población, que dondujo inmediatamente a la creación del hospital como institución específica. Trayectoria, por otra parte, enteramente paralela a la producida en el Asia oriental por el budismo, otra religión que dejó de considerar la enfermedad como consecuencia del pecado. Pero si el cristianismo significó el desarrollo de una asistencia para toda la población, no consiguió imponer una asistencia igualitaria, superando la diversificación socioeconómica propia de la sociedad pagana.

En las comunidades cristianas primitivas existió una asistencia igualitaria, pero tras la conversión del cristianismo en la religión oficial del Imperio Romano, el compromiso con las estructuras sociales, económicas y políticas existentes, propio del período llamado «postconstantiniano», volvió a imponer la diversificación. En los monasterios de la Alta Edad Media se expresó en la existencia separada de un *infirmarium* destinado a los monjes enfermos, de un *hospitale pauerum* que recogía a enfermos, peregrinos y pobres que no podían pedir limosna y de un alojamiento para huéspedes distinguidos, enfermos o no. Dentro de la estructura feudal de la sociedad, la antigua «asistencia para individuos libres y ricos» pasó a manos de los médicos de cámara de reyes y príncipes, nobles y altos dignatarios eclesiásticos. Al desarrollarse las ciudades durante la Baja Edad Media, el nivel intermedio de la asistencia se convirtió en domiciliario, siendo el punto de partida del «médico de cabecera». En cuanto a los miserables (esclavos, siervos, pobres urbanos) eran recogidos más que asistidos en los hospitales fundados en las ciudades por los monarcas, la nobleza, el clero o los burgueses acomodados. De esta forma, el hospital cristiano no fue una institución asistencial para toda la población conforme a su idea original, sino un centro para acoger desvalidos.

La diversificación en los tres niveles que acabamos de exponer —médicos de cámara, asistencia domiciliaria y hospitales para miserables— se mantuvo durante los siglos XVI, XVII y XVIII. Desde finales del seiscientos se desarrolló, sin embargo, un proceso de secularización que acabaría repercutiendo directamente en la asistencia médica. La secularización de la consideración cristiana del enfermo —que fue su primer resultado— podemos simbolizarla en la *Declaración de los Derechos Humanos* por parte de la Asamblea Constitucional francesa (1789), que incluye la asistencia médica como derecho inseparable de la dignidad humana. Paralelamente se secularizó la obligación de la colectividad cristiana de asistir a los enfermos, que se expresó en el paso de una organización asistencial basada en la caridad a una organización benéfica

de tipo gubernativo laico, a partir de las reformas que en dicho sentido realizaron los revolucionarios franceses.

En la sociedad burguesa del siglo XIX, se mantuvo, sin embargo, la diversificación de la asistencia médica. Lain Entralgo ha podido comprobar la permanencia bajo formas distintas de los tres niveles descritos en la sociedad griega clásica. Las clases altas, con la desaparición gradual de los médicos de cámara, eran atendidas en las consultas privadas de las celebridades médicas. Las clases medias, asistidas a domicilio por los médicos «de familia» o «de cabecera». Los pobres acudían a servicios de los hospitales benéficos, generalmente dirigidos por la mañana por las mismas celebridades médicas que atendían por la tarde en sus consultas a los enfermos ricos.

La diversificación socioeconómica, mantenida durante veinticinco siglos de medicina científica, ha sido la realidad básica que aspira a superar la colectivización contemporánea. Su aparición corresponde históricamente a la vigencia de la idea de que al derecho a ser asistido en caso de enfermedad no se puede responder con la beneficencia. Esta idea ha alcanzado importancia colectiva con el advenimiento de una sociedad de masas, en la que los movimientos proletarios han incluido la asistencia médica igualitaria entre sus reivindicaciones.

Un segundo factor que hay que tener en cuenta es la tecnificación de la medicina y la especialización que la acompaña, que han obligado a abandonar el acto médico individual por la asistencia en equipo con instalaciones de costo cada vez más elevado. No obstante, dicho factor no ha favorecido siempre la colectivización, como lo demuestra la existencia de grandes sanatorios privados, que pueden ser admirables desde el punto de vista técnico, pero que sirven a una desigualdad asistencial si cabe más profunda que la anterior.

## **La actitud de los médicos ante la colectivización de la medicina**

¿Qué actitud han adoptado los médicos ante el proceso histórico que acabamos de describir? Más adelante lo iremos viendo con algún detalle al ocuparnos de los distintos momentos y situaciones en los que se ha desarrollado la medicina colectivizada. Intento ahora únicamente hacer una anotación general acerca de la situación desde la que la profesión médica ha reaccionado ante ella.

Durante la mayor parte del siglo XIX el médico fue considerado como uno de los paradigmas de la mentalidad más progresiva. En la actualidad, por más doloroso que resulte para nuestro amor propio profesional, es indudable que no se mantiene dicha consideración. En la obra de un testigo tan representativo de la conciencia de su época como Galdós, el médico, por ejemplo, suele compartir con el ingeniero el papel de protagonista y portavoz del progreso. La escasa literatura actual que conserva tal imagen —las llamadas «novelas de médicos», principalmente— tiene una calidad artística más que dudosa y no puede ser tenida en cuenta como testimonio social. Si el médico se reduce a escuchar complacido estos halagos, tantas veces interesados, nunca podrá tomar una

postura crítica ante las numerosas acusaciones actuales de que su mentalidad es retrógrada. Estas acusaciones son a veces polémicas, pero en otras ocasiones fruto de análisis objetivos y desapasionados de la realidad social. Algunos de dichos análisis han conducido al lanzamiento de paradigmas de signo opuesto a los habituales hace un siglo. La *American Medical Association*, por ejemplo, es hoy un auténtico paradigma del más extremado conservadurismo.

Algo se ha roto en el nivel histórico en el que vive la profesión médica. Si existe realmente fundamento para decir que los médicos nos hemos aferrado a valores nacrnónicos, será porque como profesión nos hemos negado a seguir las corrientes resultantes del desarrollo socioeconómico, político, científico y técnico de nuestro tiempo. En tal caso ello se reflejará en que frustramos las «expectativas institucionalizadas» que en la sociedad actual existen acerca del papel que nuestra profesión tiene que desempeñar. Es decir, que existirá una incoherencia entre lo que se espera que hagamos y lo que pensamos que debemos hacer.

Hablando en términos generales, me parece evidente tal incoherencia. Su principal causa es el mantenimiento de una imagen del papel de la profesión médica vigente en épocas anteriores, pero superada en la actualidad. Se trata muy claramente de la imagen vigente en la sociedad burguesa y liberal del siglo XIX, consecuencia de la Revolución Francesa. El médico ascendió social y económicamente sobre las ruinas del *ancien régime* y fue protagonista destacado en la edificación del nuevo orden social. Resulta muy lógico que, como todo grupo social triunfador, aspirara a inmovilizar los valores de la nueva clase dirigente, queriéndolos presentar como algo «esencial» e inseparable de la dignidad de su propia profesión. El proceso ha llegado hasta un intento de sacralización como lo demuestra la retórica que habla de un «sacerdocio de la medicina».

Resulta indispensable en este punto distinguir muy claramente los elementos realmente constitutivos de la práctica médica, de los argumentos de una retórica desfasada que se utiliza en defensa de unos intereses económicos. Asmus Finzen (1969), ha analizado de modo muy penetrante el contenido de dicha retórica, distinguiendo en ella cuatro grandes líneas. La primer recurre a una moral absoluta, generalmente de base religiosa, que sirve para dejar fuera de discusión determinadas características de la práctica médica. La segunda se apoya en una imagen idealizada e intemporal de nuestra profesión, de acuerdo con la cual el médico debe gozar de una situación privilegiada como persona al «servicio de la humanidad doliente». La tercera se refugia en una nostalgia asimismo idealizada del «médico de cabecera» o del médico rural, como figuras contrapuestas a la «deshumanización propia de la asistencia de masas». La cuarta línea, en cambio, considera la «intromisión de la técnica» como causa principal de dicha deshumanización. El denominador común de todos estos planteamientos es el desprecio de los datos objetivos de tipo histórico y social. De nada sirve, ante ellas, aducir el carácter irracional que tiene una imagen intemporal de una profesión como la médica, sometida en realidad, como cual-



quier otra, a las cambiantes circunstancias de cada época. Ni tampoco ofrecer análisis objetivos de lo que fue, tras su máscara idealizada, la práctica de los «médicos de cabecera» o de los médicos rurales en los felices tiempos pasados. Ni, por supuesto, recordar la necesidad de no generalizar apresuradamente ante un problema tan complejo como la tecnificación de la medicina contemporánea. Se trata de posturas fijadas de antemano por las mismas motivaciones socioeconómicas que llevan, como anota el propio Finzen, a considerar la colectivización de la asistencia médica como causa radical de una auténtica «corrupción» de médicos y enfermos y de sus relaciones.

## Gremios y utopías ilustradas

El antecedente de la fórmula inicial de la asistencia médica colectivizada —el sistema alemán de las «Krankenkassen» del que luego nos ocuparemos— fueron las llamadas sociedades de socorros mutuos. Pero dichas sociedades, a su vez, no fueron sino la versión adaptada a las condiciones propias de la sociedad europea occidental del siglo XIX de lo que venían realizando hermandades gremiales y cofradías desde la Baja Edad Media. En las ciudades, bien dentro del marco de un gremio profesional, bien bajo la advocación piadosa de una cofradía, existían organizaciones que ofrecían «médico, cirujano y botica» mediante el pago de una módica cantidad semanal o mensual. Se trata de un sistema equivalente al de las «iguales» —principalmente difundido en el medio rural—, que no puede equipararse desde casi ningún punto de vista a la moderna asistencia médica colectivizada. A lo largo de medio milenio, los médicos de todos los países europeos se opusieron unánimemente a este tipo de organizaciones, llegando en numerosos casos a conseguir que desaparecieran. García Martínez (1969) ha estudiado, por ejemplo, sobre una sólida base documental la forma en la que los médicos de Valencia frustraron en 1684 el intento de fundar en su ciudad una asociación de este tipo.

Muy distinta es la significación de los escasos autores que con anterioridad al siglo XIX se plantearon la necesidad de una organización general más racional y más justa de la asistencia médica. Uno de los más tempranos fue el británico Daniel Defoe, el célebre novelista y adelantado del periodismo moderno. Entre las propuestas de reforma social que incluyó en su *Essay Upon Projects* (1697) se encuentra la creación de una *Pension Office*, encargada de atender las necesidades de los pobres, no mediante el recurso a la beneficencia, sino sobre la base de la aplicación de un seguro obligatorio. Defoe critica el sistema entonces existente por ineficaz, injusto y poco rentable. La Ley de Beneficencia inglesa —la llamada *Elizabethan Poor Law*— había confiado a las parroquias la responsabilidad de organizar la asistencia médica para los indigentes. Las autoridades correspondientes, sin embargo, con el fin de soslayar tan complejo problema, se reducían por lo general a contratar con un médico y también con un farmacéutico, en condiciones muy poco satisfactorias desde todos los puntos de vista.

En su ya clásico libro sobre historia social de la salud pública (1958), George Rosen considera mucho más penetrante y fundamentado que este proyecto de Defoe, el que pocos años más tarde expuso John Bellers en su *Essay Towards the Improvement of Physick* (1714). Bellers era un comerciante de tejidos londinense de religión cuáquera, secta que ha dado tantos filántropos de interés para la historia de la medicina. Su punto de partida es el análisis de los aspectos socioeconómicos de la salud y la enfermedad. La enfermedad y la muerte son una pérdida de recursos humanos, de forma que la salud de la población ha de ser considerada como un factor tan importante para la colectividad que no puede abandonarse a la incertidumbre de la iniciativa particular. Es necesario, por tanto, crear hospitales y laboratorios que, junto a funciones asistenciales, desempeñen el papel de instituciones docentes y de investigación, bajo la supervisión general de un centro sanitario nacional.

El mismo Rosen recuerda que este tipo de propuestas no se limitó a Inglaterra. En 1754, por ejemplo, el filántropo francés Claude Humbert Piarron de Chamousset publicó su *Plan d'une maison d'association*, que comprendía el proyecto detallado de un seguro médico. La organización por él imaginada proporcionaría a sus miembros, a cambio de una cuota mensual, asistencia médica domiciliaria y hospitalaria, así como los medicamentos de una bien equipada farmacia. La inscripción de los obreros y también de los criados debería ser realizada de modo obligatorio por sus patronos. Los médicos y cirujanos serían contratados por la organización y retribuidos con un sueldo fijo. Chamousset llega a detalles muy concretos: deberían ser archivadas cuidadosas historias clínicas de todos los pacientes y las prescripciones medicamentosas o dietéticas tendrían que ir firmadas por los médicos.

Naturalmente, ninguna de estas propuestas llegó a ser llevada a la práctica. La función histórica que desempeñan no carece por ello de importancia. Como un capítulo más del reformismo social y médico de la Ilustración, cumplieron una necesaria fase «utópica» que ofreció una alternativa a la asistencia caritativa o benéfica.

## Las sociedades de socorros mutuos del siglo XIX

Antes hemos dicho que los revolucionarios franceses declararon que la asistencia médica era un derecho inseparable de la dignidad humana, y que sus reformas fueron el punto de partida del paso de una organización asistencial basada en la caridad a una organización benéfica de tipo gubernativo laico. Pero la sociedad europea occidental del siglo XIX ha de entenderse también como la resultante de la revolución industrial. En la Europa burguesa, liberal e industrializada se dieron condiciones que transformaron radicalmente el carácter de las viejas asociaciones gremiales o de cofrades. Entre la asistencia que cubría el ejercicio libre de la profesión médica y la asistencia benéfica para los oficialmente miserables, se abrió camino una tercera fórmula, destinada en

principio a los obreros industriales de las ciudades, sobre la base de seguros voluntarios.

Las primeras asociaciones de este tipo aparecieron, naturalmente, en la Inglaterra de la segunda mitad del siglo XVIII, cuna de la revolución industrial. La existente en Gnosall (Staffordshire) en 1766 fue una de las más antiguas *friendly societies*, término que, como veremos, se tradujo en la España del siglo XIX por «sociedades de socorros mutuos» y también por «sociedades filantrópicas». A finales del siglo XVIII se presentaron ante el parlamento inglés varios proyectos legales para desarrollar dichas asociaciones y controlar la seriedad de sus bases económicas. En 1773 y 1789 dos de ellos llegaron a ser aprobados por la Cámara de los Comunes, pero luego fueron rechazados en la de los Lores. Por fin, en 1793, una ley defendida por George Rose, amigo y colega del célebre político William Pitt, fue aprobada en ambas cámaras. Reconocía el derecho de constitución de las *friendly societies*, que debían ser aprobadas por un juez de paz. El desarrollo fue inmediato. Rosen calcula que en 1801 existían ya más de siete mil asociaciones en Inglaterra y Gales con un total de 600.000 a 700.000 miembros, número que en 1874 había ascendido a unos cuatro millones de asociados. Parecida fue la evolución en otros países europeos industrializados. Más tarde nos ocuparemos de la trayectoria de este tipo de sociedades en Alemania. Antes, sin embargo, conviene anotar lo que sucedió en nuestro propio país.

En la España del siglo XIX subsistieron, en primer término, restos de las hermandades gremiales y de las cofradías, que no hay que confundir con las nuevas asociaciones. Solamente a partir de los años centrales de dicha centuria comenzaron a aparecer las sociedades de socorros mutuos, cuyo desarrollo ha sido estudiado por Albarracín. Las equiparables a las *friendly societies* británicas proliferaron de modo especial en Cataluña, donde llegaron a funcionar varios centenares. En las áreas urbanas no industrializadas apareció casi al mismo tiempo otro tipo de asociación que reclutó sus miembros principalmente entre los empleados y comerciantes modestos y entre los artesanos. Mientras que las sociedades de base profesional hay que encuadrarlas en la historia del asociacionismo obrero, el segundo tipo revistió muchas veces el carácter de empresa de tipo comercial, al servicio de los intereses económicos de sus organizadores, fueran médicos o no.

La actitud de los médicos españoles ante el desarrollo de tales asociaciones fue de cerrada oposición. Las grandes líneas de los argumentos actuales frente a la asistencia colectivizada aparecieron en este primer enfrentamiento. Se habló ya de la dignidad y del interés de la profesión sobre la base de que los servicios del médico a la humanidad doliente *no tienen precio*. «El espíritu moderno que propone asociar todas las clases presentándoles de relieve las ventajas de la unión (se afirma en una revista médica del año 1856) ha creado en muchos puntos y sobre todo en las ciudades fabriles de Francia, multitud de sociedades de socorros, que proporcionan a las clases menos acomodadas, entre otras cosas, la asistencia médica por un desembolso mínimo mensual. (...) No

hay que encarecer el daño que tal procedimiento debe acarrear a la dignidad y a los intereses de la profesión. Los auxilios médicos, o deben ser gratuitos o no tienen en realidad precio con qué pagarse.»

La proclamación del derecho a ser asistido en caso de enfermedad era letra muerta para los médicos españoles. Si se carece de dinero para pagar al médico, la única posibilidad debe ser la beneficencia: «La beneficencia (afirma un médico en 1848 en un artículo contra las sociedades de socorros mutuos) tiene abiertos asilos para el pobre enfermo. (...) Privarlos de los beneficios de la sociedad es privar a ésta del placer de acudir al necesitado y un crimen del que se debe pedir cuenta.» En algún caso, se llega incluso a arremeter en nombre de los intereses del médico contra formas humanizadas de la asistencia benéfica como la llamada hospitalidad domiciliaria: «En Madrid (dice una revista médica en 1879) la hospitalidad domiciliaria, pródiga e inconveniente establecida, está haciendo una horrible competencia a los profesores (es decir, a los profesionales médicos) que principian y no han podido adquirir alta representación. Estos son unos males sociales que no deben atribuirse quizá a quienes menos parte tienen en ellos.»

Otro elemento típico del funcionamiento de los posteriores seguros de enfermedad que apareció ya en esta época es el choque del enfermo con el médico. A finales de siglo, en 1898, ese choque se describía así en una publicación profesional: «Si el médico, por cualquier circunstancia, lleva cara de disgusto, no acude a las horas que al suscriptor más le acomodan, o no hace tantas cuantas visitas le parece debieran hacerle, le arma en sus bigotes una camorra, yendo en queja al director; y éste que estima más al suscriptor, le suelta los perros al galeno y se prepara para darle el pasaporte a la primera reincidencia. El médico tiene obligación de tener consulta en su casa por una o dos horas fijas cada día; mas. (...) No falta quien, a cualquier hora del día y de la noche, se presenta con mucha holgura en casa del médico, solicitando la visita de un enfermo que bien pudo verificarlo con oportunidad; y al decirle no ser hora de consulta, contesta con frescura: ¡Yo no tengo hora! ¡Se lo contaré al director!»

La legislación relativa a los dos tipos de asociaciones existentes fue extraordinariamente imprecisa e incluso contradictoria a lo largo del siglo. Las sociedades profesionales fueron en más de una ocasión suspendidas por su relación con el asociacionismo obrero. Por otra parte, no se exigieron garantías claras para que las de carácter comercial no se convirtieran en una auténtica estafa para médicos y enfermos. Los médicos se dirigieron continuamente a los poderes públicos, tanto para intentar reducir las asociaciones profesionales como para cortar los abusos de las comerciales. Albarracín recoge gestiones de este tipo a partir de 1851 y considera que su culminación fue un par de artículos de los estatutos de los Colegios de Médicos de 1898 que proponía trabas exageradamente estrictas para las asociaciones. Una Real Orden de 1901 dispuso que dichas trabas careciesen de validez.

En contraste con el anémico desarrollo español en este terreno, el resto de

la Europa occidental había entrado ya por aquellas fechas en una nueva era, cuyo directo origen había sido el sistema alemán de las «Krankenkassen».

### **El sistema alemán de las «Krankenkassen» (1884) y su difusión en la Europa occidental**

En 1864 el canciller prusiano Bismarck creó en el Imperio Alemán el primer sistema moderno de seguridad social. Resulta indispensable que anotemos algunos rasgos básicos de las circunstancias en las que se produjo tan importante acontecimiento. Aprovecharemos para ello los análisis que han dedicado a este tema los historiadores sociales de la medicina, a partir de un espléndido estudio de Henry E. Sigerist (1943).

El primer hecho que hay que tener en cuenta es el peculiar desarrollo que en los estados que luego formarían el Imperio Alemán alcanzaron durante el siglo XIX las asociaciones obreras de socorros mutuos. Organizadas sobre una inscripción voluntaria, fueron evolucionando a otra de carácter obligatorio. En la misma Prusia, la pertenencia a tales sociedades se hizo obligatoria para los obreros en 1854. Las cuotas se deducían porcentualmente de los salarios, añadiendo los patronos una cantidad equivalente. Incluso en los estados alemanes del sur, como Baviera, Baden y Württemberg se llegó a la obligatoriedad en 1869, al menos para los obreros solteros que no vivían con sus padres.

Bismarck concibió el plan de un seguro unificado y centralizado como una medida más de su actividad política. En el parlamento de la Alemania unificada bajo la hegemonía de Prusia, su propio partido conservador tenía que convivir con el centro católico, con los liberales y con el nuevo partido socialdemócrata. Enfrentado en terrenos distintos con los dos primeros, la lucha contra los socialdemócratas le había llevado a promulgar en 1878 una ley que les prohibía reunirse y disponer de prensa propia. Pero junto a estas medidas externas, pensó que el mejor modo de minar su fuerza política era terminar con la inseguridad del proletariado. Presentó por ello al parlamento un primer proyecto en 1881, que no consiguió ser aprobado ante la oposición tanto de los liberales —que representaban los intereses del capital privado— como de los socialdemócratas. Al año siguiente presentó un nuevo proyecto, que provocó ásperos y prolongados debates, en los que fue acusado de socialista por los liberales. En marzo de 1884 volvió a presentar una tercera propuesta con notables concesiones, que fue finalmente aprobada en julio de aquel mismo año gracias al apoyo de los centristas católicos.

Por las concesiones a las que se vio obligado en su forcejeo político, Bismarck tuvo que renunciar a su idea original de un seguro unificado y centralizado que incluyera tanto el proletariado agrícola como el industrial. El sistema finalmente implantado fue una solución de compromiso. Se respetaba la autonomía de las distintas cajas del seguro —aspecto en el que más insistieron los liberales, frente al proyecto de Bismarck de un banco general nacionalizado—, reservándose únicamente el estado la supervisión. El logro fundamental de Bis-

marck, aparte de la extensión de la obligatoriedad, fue mantener un subsidio estatal equivalente al veinticinco por ciento de los gastos, que se sumaba a las cuotas de los obreros y de los patronos. Aunque dentro de una fórmula de compromiso, el gasto público superaba el nivel de la mera beneficencia.

El sistema de las «Krankenkassen» se ha mantenido, en sus líneas básicas, en Alemania hasta la actualidad, a través de regímenes políticos tan distintos como la república de Weimar, el gobierno nazi y la presente República Federal. Por otra parte, fue adoptado antes de la primera guerra mundial por países como Austria (1888), Hungría (1891), Luxemburgo (1901), Noruega (1909), Suiza (1911) y la misma Gran Bretaña (1911). Al terminar dicha contienda y pasar Alsacia y Lorena a depender de Francia, la opinión popular obligó a conservar la seguridad social de tipo alemán, que más tarde, con las naturales modificaciones, se extendería a todo el territorio francés en 1928.

Las investigaciones de Ackerknecht y del propio Sigerist demuestran que los médicos alemanes no reaccionaron ante la implantación del sistema con la agresividad que más tarde tendrían sus colegas de otros países. Aunque representada su opinión por el partido liberal, los médicos no fueron explícitamente consultados ni participaron en los proyectos o en la organización del sistema. En todos los tipos de literatura médica la reacción general fue el silencio, en gran parte quizá porque los profesionales alemanes estaban ya acostumbrados a los seguros de enfermedad.

El funcionamiento de las «Krankenkassen», sin embargo, conduciría más tarde a que los médicos se sintieran lesionados en sus intereses económicos. En 1901 la prensa de toda Europa, incluida la española, recogió la noticia de que los médicos de Leipzig se habían declarado en huelga, quejándose de que el seguro había reducido sus honorarios excesivamente.

Cabe preguntarse, por último, por la rentabilidad del sistema implantado por Bismarck en las circunstancias actuales. Contestaremos a dicha cuestión con una sola nota. Uno de los hechos básicos de la asistencia médica de nuestro tiempo es el desfase entre el extraordinario crecimiento del costo de la asistencia médica y el mucho más limitado del poder adquisitivo de los salarios. Tal desfase ha sido la causa de que un sistema de compromiso como el de las «Krankenkassen» no resulte ya eficaz ni en la opulenta Alemania federal. La manifestación más clara de esta crisis es la pobreza y el atraso de los hospitales alemanes en relación con la riqueza del país: *Krankenhauselend in der Wohltandsgesellschaft* (Miseria hospitalaria en la sociedad del bienestar) fue el lema de un Congreso Hospitalario Alemán, celebrado hace pocos años en Düsseldorf.

## Del sistema «zemstvo» de la Rusia zarista (1864) a la colectivización estatalizada de la Unión Soviética

Mientras la Europa Occidental industrializada desarrollaba en sus áreas urbanas las asociaciones que conducirían al sistema de las «Krankenkassen»,

la Rusia agrícola que estaba saliendo de una estructura feudal creó otro de los modelos básicos de la asistencia colectivizada. En 1864, tres años después de la liberación de los siervos, el gobierno zarista fundó una organización para asistir médicamente a los distritos rurales. Se trata del llamado sistema «zemstvo» (gobierno o consejo civil provincial), porque su administración dependía de dicha estructura gubernativa. Las autoridades correspondientes contrataban médicos, cuyos honorarios eran pagados con los fondos públicos procedentes de los impuestos. También se encargaban de la construcción y del mantenimiento de los hospitales rurales y de distrito, y al mismo tiempo de la organización de los estudios sobre salud pública y de la medicina preventiva. «La estadística sanitaria del “zemstvo” (afirma el historiador de la medicina soviético M. Multanovski) hizo un gran aporte a la ciencia. Los trabajos de los estadísticos sanitarios del “zemstvo” son muy numerosos y variados: abarcaban las condiciones sanitarias de diferentes comarcas, la demografía, las estadísticas de las enfermedades y el desarrollo físico de la población, las condiciones de trabajo de los obreros fabriles y agrícolas, de los artesanos, etc. Una gran importancia tenían las investigaciones sanitarias y estadísticas sobre las enfermedades de la población y el estudio de la mortalidad infantil.»

El sistema «zemstvo» fue la base de la organización de la asistencia en la Unión Soviética. Los historiadores de la medicina soviéticos así lo reconocen, subrayando que el propio Lenin tuvo en gran aprecio sus contribuciones. «La medicina del “zemstvo” (añade Multanovski) fue un gran paso hacia adelante, un fenómeno original, no sólo para nuestro país, sino que no tenía nada semejante en otros países.» El sistema «zemstvo» fue, en efecto, el antecedente inmediato de dos características sustanciales de la asistencia soviética: la estatalización como fórmula económica para subvenir a todos los gastos y el extraordinario relieve concedido a la medicina preventiva.

En el nuevo contexto socioeconómico y político posterior a la revolución, el papel de la medicina preventiva se entendió desde los supuestos de la patología social gracias a la labor de un grupo de médicos encabezados por Semashko y Soloviev, que desempeñaron en su país una función paralela a la realizada en Gran Bretaña por Webb y Beveridge.

La asistencia soviética se organizó sobre la base de la división en tres servicios diferentes: uno materno-infantil, otro de medicina curativa para adultos y un tercero de higiene y salud pública. Este reparto se refleja en la estructura de la profesión médica, que se encuentra dividida en cuatro carreras independientes desde el primer año de estudios: terapeuta, pediatría, higienista y odontólogo. Tanto la enseñanza como la asistencia dependen del Ministerio de Sanidad, mientras que la investigación médica funciona separadamente en los institutos controlados por la Academia de Medicina.

El servicio materno-infantil atiende a las embarazadas y a los menores de quince años en policlínicas de distrito que comprenden 70.000 habitantes cada uno. El destinado a los adultos funciona en otras policlínicas de distrito distintas de las anteriores o en las existentes en fábricas con más de 500 obreros.

Los dos servicios tienen hospitales propios, existiendo hospitales de niños, maternidades y hospitales de adultos. Ambos atienden las visitas domiciliarias y efectúan exámenes de salud una vez al año del total de sus habitantes inscritos. El servicio de salud pública realiza las funciones preventivas generales de carácter higiénico, epidemiológico y de saneamiento ambiental.

Las condiciones de trabajo y de sueldo de los médicos soviéticos son consideradas muy duras por parte de todos los estudiosos, con la excepción de los que alcanzan el título de académico, que significa dinero y una elevada situación social. La legislación permite el ejercicio privado de la medicina, pero en la práctica éste queda reducido a un pequeño sector privilegiado de la población y a los especialistas de más renombre. La excepción se produce en la asistencia odontológica, campo en el que el ejercicio privado es habitual y de alto costo en relación con los salarios. En su excelente libro sobre la medicina colectivizada (1964), el profesor chileno Benjamin Viel señala que este es un fenómeno común en todos los países con asistencia estatalizada, que se ve favorecido por el menor número de dentistas que existe en comparación con el de médicos.

### **Los antecedentes del Informe Beveridge (1942) y el «National Health Service» británico**

Ya hemos visto que Gran Bretaña, como cuna de la revolución industrial, tenía la más antigua tradición europea en el terreno de las *friendly societies* o sociedades de socorros mutuos. Por otra parte, no hay que olvidar que el siglo XIX británico creó el primer servicio moderno de medicina preventiva, que sirvió de modelo directo o indirecto al de los demás países. Estas dos circunstancias, unidas a otras igualmente favorables de carácter médico, socioeconómico y político, hacen que no resulte extraño que el Reino Unido haya alcanzado un lugar de excepcional relieve en la historia de la medicina colectivizada.

A principios del presente siglo, la presión de las organizaciones obreras y las contradicciones existentes entre los servicios de medicina preventiva y la ley de beneficencia de 1834 condujeron al nombramiento de una *Poor Law Commission* (1905). A pesar de algunos acuerdos básicos, los comisionados se repartieron cuatro años más tarde entre un «informe mayoritario» y otro «minoritario», que disentían en puntos de transcendencia.

El informe de la minoría, debido fundamentalmente a Beatrice Webb, proponía un servicio médico unificado, dirigido por un departamento nacional sanitario como parte de un sistema de seguridad social. Era prácticamente la fórmula que se impondría cuarenta años más tarde, llevando al *National Health Service*. El informe de la mayoría era de carácter más ecléctico y condujo a la ley de 1911, que introdujo en Gran Bretaña un sistema similar al prusiano de las «Krankenkassen». Otra recomendación de la *Poor Law Commission* fue la base de la creación en 1919 del Ministerio de Sanidad, el primero en su clase del mundo, que centralizó los problemas asistenciales y preventivos dependien-



tes hasta entonces de otros departamentos, así como todas las cuestiones relacionadas con la educación médica.

La personalidad más destacada entre los que redactaron el informe de la mayoría era William Beveridge, que en 1909 había publicado ya un importante estudio sobre el desempleo, primero de la serie que sirvió de preparación a su famoso informe de 1942. A partir de 1915, además de las investigaciones realizadas por científicos sociales, aparecieron en Gran Bretaña numerosos trabajos sobre patología social efectuados por médicos bajo los auspicios del *British Medical Research Council*. Esta línea de investigación, que tanto contribuyó a dar un sólido fundamento científico a las medidas posteriores, culminó en 1942 con la creación del Instituto de Medicina Social de la Universidad de Oxford, bajo la dirección de una figura de la talla de John A. Ryle. En el periodo de entreguerras, el nivel británico en este campo de la patología social resultaba únicamente equiparado —y quizá superado— por la gran contribución alemana que podemos personificar en la obra de Alfred Grotjahn.

Las circunstancias creadas por la Segunda Guerra Mundial en el país ofrecieron una ocasión favorable para emprender la reforma radical cuya necesidad se desprendía de todos esos estudios. En 1941, fue nombrado un comité bajo la presidencia de Beveridge, que al año siguiente presentó su célebre informe *Social Insurance and Allied Services*. En él proponía la creación de un *National Health Service* que procurara «asistencia preventiva y curativa completa a todo ciudadano sin excepción, sin límite de ingresos y sin barrera económica en cualquier aspecto que significara entorpecerla». Promulgada la legislación correspondiente, en julio de 1948 comenzó a funcionar dicho servicio nacional bajo un gobierno laborista, siendo su organizador Aneurin Bevan, la figura quizá más significativa del gabinete. Los posteriores gobiernos conservadores no han modificado en absoluto su estructura, que hoy es un hecho perfectamente aceptado en la vida británica.

La organización del *National Health Service* se basa en la peculiaridad de la profesión médica en Gran Bretaña, que comprende dos tipos de médico: el médico general (*general practitioner*) y el especialista (*consultant*). El primero atiende a la asistencia médica que puede ser realizada fuera del hospital en los dominios de la medicina interna, la pediatría, la toxicología y los aspectos menores de la cirugía. El segundo se forma en hospitales, una vez graduado de médico general, a lo largo de una estancia que muy raramente baja de diez años.

Se explica así la existencia de tres servicios. El primero, a cargo de médicos generales, atiende los consultorios y las visitas domiciliarias. El segundo corresponde a la asistencia hospitalaria. El hospital británico, salvo los casos de urgencia, sólo admite enfermos enviados por el médico general. Este último, afirma Viel en la obra antes citada (1964) «pasa a ser así un escalón intermedio entre el paciente y el servicio hospitalario, como si el conjunto de los consultorios de los médicos generales constituyera el consultorio externo no especializado de un hospital». El tercer servicio, de medicina preventiva, es atendido por higienistas de dedicación exclusiva.

La pertenencia al *National Health Service*, tanto de los médicos generales como de los *consultants* y aspirantes que trabajan en los hospitales, es totalmente abierta pero voluntaria. De hecho, más del 95 por 100 de los médicos generales han firmado contrato con el Servicio, en su mayor parte con plena dedicación. Por la naturaleza de su instalación dentro de instituciones hospitalarias, también pertenecen al Servicio los distintos grados de *assistants*, es decir, todos los aspirantes al título de *consultant*. Casi la totalidad de los que poseen ya dicho título han firmado asimismo contrato, aunque el número de dedicaciones exclusivas es en este caso mucho menor. El ejercicio privado se ha conservado fundamentalmente en este nivel, de forma paralela a lo que antes hemos visto que sucede en la colectivización soviética. La semejanza entre ambos sistemas es evidente, por encima de sus diferencias. La más obvia es el contexto capitalista en el que funciona el Servicio británico. Desde el ángulo de la organización, la principal es la fragmentación hospitalaria y profesional del sistema soviético, en contraste con la gran flexibilidad del británico, que ha permitido que la diversificación en especialidades de la medicina actual se mantenga dentro de una unidad integrada.

La implantación del *National Health Service* provocó una reacción negativa de buena parte de la profesión médica británica, que ha ido suavizándose con el tiempo. La emigración de médicos británicos a los Estados Unidos y la necesidad de recurrir a médicos extranjeros en el propio Reino Unido son hechos que demuestran que hay una minoría de profesionales que se niegan a colaborar en un sistema colectivizado. La mayoría, sin embargo, lo ha aceptado plenamente como una fórmula de mayor eficacia y de superior valor ético. En 1962, el comité de ocho asociaciones médicas de dicho país, incluyendo la *British Medical Association* publicó unas conclusiones en las que se afirmaba: «Un retorno al ejercicio privado, en el que los honorarios del médico sean acordados con el enfermo y sufragados por él, es no solamente imposible sino también perjudicial y, por lo tanto, no resulta deseable.»

Nos parece, por ello, perfectamente justificada la opinión de una autoridad como George Rosen acerca del *National Health Service*: «que una sociedad moderna industrializada haya conseguido organizar todos los recursos médicos existentes de forma democrática para beneficio de toda la población es un hito histórico en la evolución de las tareas sanitarias colectivas».

## **Los intentos de colectivización de la asistencia médica en los Estados Unidos y la actitud de la «American Medical Association»**

La organización de la asistencia médica en los Estados Unidos constituye hoy el modelo ideal de los médicos contrarios a la colectivización. También procede de dicho país una gran proporción de los argumentos que se esgrimen frente a ella. Ambos aspectos merecen una breve consideración.

Los primeros intentos de introducir en los Estados Unidos seguros obligatorios de enfermedad se realizaron en la década entre 1910 y 1920, dentro de

un movimiento de reformas sociales que se extendió a los aspectos sanitarios. La implantación en el Reino Unido del sistema de las «Krankenkassen» actuó de estímulo inmediato y en 1912 el movimiento lanzó el *slogan* siguiente: «Seguro de enfermedad: próxima conquista del progreso social.» Tras unos pocos años de brillante actividad, el movimiento fracasó estrepitosamente ante la oposición cerrada de los mismos poderosos grupos que han impedido hasta el momento todo progreso importante en este campo: el gran capital y las asociaciones médicas profesionales.

Los capitalistas se opusieron, en primer término, como empresarios que veían que el proyecto significaba un aumento de los gastos. En segundo lugar, por el prejuicio que significaba para el gigantesto y lucrativo negocio de las compañías de seguros. Las razones de la enemiga de la profesión médica fueron, en un principio, la disminución de los ingresos profesionales, la pérdida de libertad en el ejercicio y la posibilidad de una sobrecarga de trabajo burocrático. Muy pronto, sin embargo, estas desnudas razones fueron recubiertas por argumentos más elaborados y rebuscados, que a partir de 1920 son esgrimidos por la *American Medical Association*.

Las propuestas realizadas en las décadas siguientes encontraron una oposición cada vez más cerrada. En 1932 apareció el informe *Medical Care for the American People*, redactado por un comité encabezado científicamente por Winslow, mundialmente famoso como higienista. A pesar de que sus conclusiones eran muy moderadas —proponía un seguro de tipo voluntario—, el *Journal of the American Medical Association* llegó a calificarlo de «invitación a la revolución». La coalición de intereses que acabamos de citar consiguió que fracasaron todos los intentos, generalmente realizados por gobiernos demócratas, de introducir legalmente alguna reforma de seguro obligatorio de enfermedad, hasta que en 1965 fue aprobada la ley del llamado *Medicare*.

En completa contradicción con la realidad de un país que posee uno de los más altos niveles medios de vida y también la más desarrollada medicina científica del mundo, desde el *National Health Survey* de 1935-36 se conocen cada vez con más precisión las exageradas proporciones que alcanza en los Estados Unidos lo que Pierreville llamó «desigualdad humana ante la enfermedad y la muerte». El ingreso familiar de 3.000 dólares anuales se señaló como un límite entre dos mundos totalmente distintos desde el punto de vista de las estadísticas sanitarias. Las familias que no llegan a dicha cifra padecen un 87 por 100 de enfermedades crónicas más que las familias que la superan y un 57 por 100 adicional de padecimientos que suponen incapacitación. En las clases y minorías sociales más bajas las tasas de mortalidad y morbilidad son las propias de los países subdesarrollados del mundo. Esa extrema desigualdad pesa en las cifras media del país, cuyos parámetros sanitarios no están a la altura de su asombroso desarrollo económico, técnico y científico.

Hasta la introducción del *Medicare* solamente algo más del 70 por 100 de la población norteamericana tenía alguna forma de seguro de enfermedad, dentro de organizaciones sin propósitos lucrativos como las llamadas *Blues*: *Blue*

*Cross* y *Blue Shield*, de sistemas locales como los existentes en California y Nueva York, o de compañías comerciales. A pesar de la gran expansión de los seguros privados, cerca de un tercio de dicha población carecía de cualquier protección a comienzo de la década de los años 60. Tercio que correspondía casi por completo a las minorías más débiles económicamente y a las zonas menos desarrolladas del país, como los estados del sur.

Un hecho al que hay que prestar particular atención es el desfase entre el extraordinario crecimiento del costo de la asistencia médica y el mucho más limitado del poder adquisitivo de los salarios. Entre 1940 y 1963 dicho costo pasó en los Estados Unidos desde 3.900 millones de dólares a 32.900 millones, gigantesca cantidad que se reparte en un 30 por 100 para hospitales, un 17 por 100 para medicamentos y un 27 por 100 para honorarios médicos. Este desfase convierte en prohibitivas las pólizas realmente protectoras de los seguros comerciales y redujo enormemente la eficacia de una organización sin fines lucrativos como la «*Blue Cross*». Para mantener bajo el importe de sus pólizas, este seguro privado se vio obligado a excluir explícitamente las enfermedades crónicas o de recuperación problemática, como la tuberculosis, los trastornos vasculares o neurológicos que conducen a una invalidez permanente, o los enfermos mentales.

La situación del enfermo crónico que no posee una cuantiosa fortuna, es consecuencia, desesperada de acuerdo con todos los estudios, que recogen multitud de datos y también de testimonios dramáticos que demuestran la radical ineficacia de un sistema asistencial. Sobre todo, si se recuerda que la tendencia actual es el aumento de enfermedades crónicas y la disminución de las agudas en una estructura demográfica en la que las edades avanzadas ocupan un porcentaje creciente de la población.

Tan patente realidad es la que condujo a la aprobación en 1965 de la *Public Law 89-97* que ha implantado el sistema popularmente conocido como *Medicare*. Preparada en sus líneas fundamentales quince años antes por el gobierno Truman, desde su propuesta en 1961 hasta su aprobación final fue objeto de la más dura oposición, tanto de los grupos capitalistas como de la *American Medical Association*. Sin embargo, se trataba de un seguro obligatorio muy limitado, destinado exclusivamente a los enfermos mayores de sesenta y cinco años. Se intenta a veces presentar al *Medicare* y a su complemento, el seguro voluntario adicional popularmente llamado *Medicare* como un hito histórico, por ser el punto de partida de la colectivización de la asistencia médica en los Estados Unidos. Puede que así sea, pero lo que parece indudable es su extremada modestia.

¿Cuáles son los argumentos de la *American Medical Association* frente a la realidad que acabamos de esbozar? Podemos sintetizarlos en los seis puntos que propugnó frente al proyecto de un *National Health Insurance* preparado por el gobierno en la época del presidente Truman:

- 1.º La asistencia y cualquier método de práctica médica tiene que estar bajo el control de la profesión médica.
- 2.º Nadie puede interferir en las rela-

ciones entre médico y enfermo. 3.º Los enfermos deben tener absoluta libertad para elegir cualquier médico que esté legalmente calificado para ejercer y que esté dispuesto a prestar sus servicios. 4.º Los servicios médicos sólo pueden basarse en las relaciones confidenciales que se crean entre el paciente y el médico de familia, y esta relación confidencial debe ser el fundamento y la característica esencial de cualquier sistema. 5.º Cualquiera que sea el coste de los servicios médicos, debe ser pagado por el enfermo en forma directa y de acuerdo con sus ingresos, de manera satisfactoria para médico y paciente. 6.º Los sistemas de ayuda caritativa a las personas de bajos ingresos deben limitarse estrictamente a quienes estén por debajo del nivel mínimo de comodidad aceptable para la sociedad,

Ya adelantamos que la *American Medical Association* se ha convertido para muchos en paradigma de mentalidad y actuación retrógrada. En un libro poco sereno, Martin L. Gross (1966) la presentó como un auténtico «sindicato» del tipo de los ligados al mundo del hampa. Para examinar este tema, no me parecen eficaces tales desahogos. Resulta preferible anotar que los argumentos de la poderosa asociación pertenecen a la retórica irracional de la que nos ocupamos al comienzo de este trabajo y son una manifestación especialmente clara de toda una ideología.

## Posición histórica de la seguridad social española

Debemos ahora intentar situar la historia más reciente de los seguros de enfermedad en nuestro país dentro de la evolución mundial cuyas grandes líneas acabamos de trazar.

Como punto de partida hemos de recordar el anémico desarrollo que en la España del siglo XIX alcanzaron las sociedades de socorros mutuos a causa, principalmente, de la cerrada oposición de nuestros médicos. Esta débil base ayuda a explicar la ausencia española del movimiento que, en el paso del siglo XIX al actual, extendió la mayor parte de Europa el sistema alemán de las «Krankenkassen». Su repercusión entre nosotros quedó reducida a la fundación en 1908 del Instituto Nacional de Previsión, como mero organismo promotor de un sistema de seguros voluntarios que fuese preparando la posterior introducción de otros obligatorios. Aunque un real decreto de 1910 preveía la fundación de seguros populares con cajas autónomas según el modelo alemán, en la práctica no se llegó a nada semejante a lo alcanzado en otros países europeos. El nivel histórico de este momento español corresponde realmente a la etapa alemana anterior a 1884, desfase que, como veremos, ha pesado decisivamente en nuestra realidad presente.

Durante el periodo de entreguerras, se mantuvo básicamente el retraso español al que acabamos de aludir. Un factor que influyó en este sentido fue la existencia de una buena organización de la profesión médica, que supo imponer eficazmente sus puntos de vista contrarios a la colectivización de la asisten-

cia, que recibieron, también aquí, el apoyo de las compañías comerciales de seguros. Sus únicos contrapesos en las esferas oficiales fueron el influjo de las realidades extranjeras —incluso compromisos concretos ante diversos organismos internacionales— y, sobre todo, la presión de los movimientos obreros. Ambos factores motivaron que en 1919 se preparase un plan de seguros sociales que debía desarrollar el Instituto Nacional de Previsión, organismo que tres años más tarde (noviembre de 1922) convocó en Barcelona una Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad. La fuerza de la profesión médica quedó demostrada al aceptarse las reivindicaciones de sus representantes —particularmente el cobro por acto médico— en la organización del seguro de maternidad (1929), segundo implantado por el Instituto tras el de retiro obrero (1919).

Como había sucedido en otros países, la ausencia de una efectiva colectivización estimuló el desarrollo de seguros de enfermedad de libre inscripción. Algunos fueron organizados por asociaciones de obreros o empleados modestos y cumplieron una noble función social. No olvidemos que el primer cuarto de siglo corresponde al auge en nuestro país de las cooperativas obreras de consumo y de crédito que, según Jutglar llegaron en los años veinte a la cifra aproximada de un millar. Otras, por el contrario, fueron meras empresas comerciales, disimuladas o no. Dejando a un lado su valoración desde el punto de vista ético, lo que no cabe dudar es que ambos tipos tuvieron un alcance muy limitado en la protección de la generalidad de la población española ante el riesgo de enfermedad.

Durante el período republicano se creó el seguro de accidentes de trabajo (1932) y se proyectó una coordinación de los distintos tipos de seguro, tarea en la que trabajó el Instituto Nacional de Previsión durante 1934 y 1935. Pocos días antes de iniciarse la guerra civil, se aprobó el seguro de enfermedades profesionales, quedando en estudio un proyecto de ley para introducir el seguro obligatorio de enfermedad. Ignoramos, naturalmente, el destino que hubiese tenido dicho proyecto, aunque no hay que olvidar que la fuerza de las asociaciones médicas profesionales y de las compañías de seguros comerciales se mantuvo en los años republicanos, en pugna con las cada vez más apremiantes reivindicaciones obreras.

Terminada la contienda, se implantó el sistema de seguros que había previsto el Fuero del Trabajo en 1938. Aparte de desarrollarse el aparato legislativo de los seguros ya establecidos, la ley de 14 de diciembre de 1942 creó el seguro obligatorio de enfermedad. Cuando comenzó a funcionar dos años más tarde, afectaba únicamente a trabajadores de los sectores industrial y de servicios con salarios muy bajos. Incluyendo a asegurados y beneficiarios, protegía unos siete millones de personas, es decir, algo más de un cuarto de la población española. Las características del sistema, inspirado en parte en el de la Italia fascista, corresponden a grandes rasgos a las del alemán de 1884. Los sesenta años transcurridos expresan de modo elocuente el desfase existente.

La generalidad de los médicos españoles acogió con franca hostilidad el nuevo seguro, aunque carecía de medios eficaces para luchar contra él, ya que sus organizaciones profesionales habían perdido su autonomía, pasando sus cargos directivos a ser nombrados por las autoridades. Dicha hostilidad fue, sin embargo, la base de la opinión media de la profesión médica española ante el seguro obligatorio de enfermedad, cuya principal limitación fue, desde el principio, la confusión entre la crítica de los defectos del sistema implantado y el rechazo en abstracto de la colectivización de la asistencia.

En los años sucesivos, el seguro obligatorio fue ampliándose desde todos los puntos de vista. En 1946 se añadieron los servicios de especialidades a los médicos generales ya existentes. En 1948 comenzó un extenso programa de construcción de sus propios hospitales y policlínicas. Tras numerosas reorganizaciones, se presentó en noviembre de 1963 un proyecto de ley para «operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social». El número de asegurados y beneficiarios que pasó en 1953 a ser casi un 30 por 100 de la población española, se había convertido en 1968 en un 54 por 100. Carecería de sentido que nos detuviéramos en resumir detalles que resultan sobradamente conocidos. Mi único propósito, como antes he dicho, es intentar situar históricamente esta evolución dentro de un contexto mundial.

Salta a la vista que todavía no hemos alcanzado el nivel histórico de un servicio médico unificado para toda la población, dirigido por un organismo nacional sanitario como parte de un sistema de seguridad social, es decir, el nivel británico de 1944 si escogemos el *National Health Service* como término de referencia. El actual porcentaje de asegurados y beneficiarios ya lo evidencia. Pero hay otros aspectos cuya consideración nos ayudará a medir la distancia histórica a la que estamos.

Una de las características que resulta necesario superar antes de pasar a la etapa histórica siguiente es la extremada dispersión de la estructura sanitaria española, distribuida nada menos que entre ocho departamentos ministeriales. En esta estructura, la Seguridad Social funciona básicamente como una organización independiente. La separación se estableció desde el principio en el personal facultativo, al reducirse el S. O. E. (Seguro Obligatorio de Enfermedad), a un núcleo limitado de profesionales, tanto en lo referente a médicos generales como a especialistas. Tras un período inicial en el que la hospitalización quirúrgica se realizaba en camas contratadas en hospitales privados o públicos, la decisión del Instituto Nacional de Previsión de construir para el seguro sus propias residencias y ambulatorios, consagró a partir de 1948 su separación de las instituciones públicas asistenciales. En fechas más recientes, la creación de las llamadas «ciudades sanitarias» responde a la misma tónica. Sin que la Seguridad Social ni los demás organismos responsables de la sanidad española hayan atendido a la necesidad imperiosa de una red hospitalaria jerarquizada, la dispersión de la estructura asistencial y la separación en compartimentos estancos a que conduce, es un lastre, no sólo para que alcance sus metas naturales la co-

lectivización de nuestra asistencia médica, sino para que ésta consiga, bajo cualquier sistema, la eficacia hoy exigible. A este respecto, ninguna de las reivindicaciones de la profesión médica española parece tan obvia como la creación de un Ministerio de Sanidad, que, en la línea abierta el año 1919 en Gran Bretaña, centralice los problemas asistenciales y preventivos dependientes hasta ahora de varios departamentos.

Otro aspecto negativo es el débil desarrollo que en nuestro país ha alcanzado la investigación social sobre la enfermedad y la asistencia médica. Los trabajos de algunos sociólogos, juristas y economistas sobre el tema y los de los cultivadores de las disciplinas médico-sociales han sido en ocasiones valiosos. No obstante, distan mucho de constituir la investigación sistemática y continuada de la realidad española que el montaje de una colectivización satisfactoria exige, sobre todo teniendo en cuenta nuestra pobre tradición en este terreno.

Una característica que refleja asimismo el aludido desfase histórico es la falta de realismo que denota la actitud media del profesional médico español ante la colectivización. Por una parte, ha sido frecuente el recurso a argumentos cuyo anclaje en situaciones históricas superadas ya hemos comentado con anterioridad. Baste recordar como único ejemplo la llamada «Carta Médica Española», que comienza con la solemne declaración de que «la profesión médica debe conservar su carácter liberal» para a continuación exigir de modo perentorio la libre elección de facultativo y la libre determinación de honorarios por parte de éste.

Dicha actitud suele desconocer los datos disponibles acerca de la opinión del resto de la sociedad sobre la asistencia colectivizada. De acuerdo con las investigaciones realizadas por encargo de la fundación FOESSA, el porcentaje de amas de casa que tenía una opinión favorable sobre el funcionamiento del S. O. E. era en 1966 el 67 por 100, cifra que en 1969 descendió al 50 por 100. El descenso mayor de las opiniones favorables se produjo en el medio urbano y metropolitano, posiblemente —afirma el II informe de la citada fundación— «porque se conoce y usan más todas las prestaciones dadas por el S. O. E., la opinión reflejó mucho mejor la realidad». También son notables las diferencias por clase social, ya que en ambos informes la opinión es más positiva a medida que se desciende de clase. Pero, sobre todo, hay que subrayar la actitud ante la idea de seguro obligatorio de enfermedad en abstracto, que es positiva nada menos que en un 92 por 100 de varones entrevistados por la misma fundación (de los cuales sólo el 52 por 100 tiene una opinión favorable a las concretas realizaciones del S. O. E.).

La terminante actitud que denota ese 92 por 100 contrasta con la de los médicos. En una encuesta realizada a una muestra de médicos barceloneses, Salustiano del Campo (1962) encontró que solamente un 9 por 100 opinaba que la sanidad nacional debería financiarse mediante un seguro obligatorio, mientras que un 18 por 100 de los médicos con ejercicio libre y un 11 por 100 de los pertenecientes al S. O. E., consideraban que éste no ofrecía ventaja algu-



na. En la encuesta publicada por *Tribuna Médica* a comienzos de 1968 se mantenía la preferencia por el ejercicio liberal (64 por 100), pero los datos permiten hablar de una evolución: el 28 por 100 favorable a un ejercicio con ingresos mensuales fijos aumentó entre los médicos jóvenes respecto de los maduros y entre los que ejercían en un medio metropolitano o urbano respecto de los que trabajaban en uno rural.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Los numerosos estudios dedicados a la historia social de la asistencia médica pueden localizarse fácilmente mediante dos excelentes repertorios: *Current Work in the History of Medicine*, 1 (Londres, 1954), y *Bibliography of the History of Medicine*, 1 (Bethesda, 1965).

Dado el carácter de síntesis de este artículo, nos limitaremos a ofrecer una pequeña selección de trabajos directamente relacionados con los temas que en él se exponen.

ACKERKNECHT, Erwin H.: *Rudolph Virchow. Arzt, Politiker, Anthropologe*, (Stuttgart: F. Enke, 1957).

— «Medicina y sociedad en la Ilustración», *Historia Universal de la Medicina*, P. Lain Entralgo (comp.) (Barcelona, Salvat, 1973), vol. 5, págs. 143-151.

ALBARRACIN, Agustín: *El ejercicio de la profesión médica en España en el siglo XIX*, (Madrid: en prensa).

ARTELT, Walter, y RÜEGG, Walter: *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts*, (Stuttgart: F. Enke, 1967).

BALAGUER PERIGÜELL, Emilio: «La medicina en EE. UU.: Pasado y presente», *Gen*, 1. (1973): 9-32.

BALAGUER PERIGÜELL, Emilio y BALLESTER, Rosa: «La medicina en EE. UU.: Investigación y salud pública», *Gen*, 2 (1973): 9-32.

BOLUMAR, Francisco y BALLESTER, Rosa: «El National Health Service», *Gen*, 13 (1974): 27-35.

BUJOSA HUMAR, Francisco y OLAGÜE ROS, Guillermo: «Las raíces históricas de la medicina en la URSS», *Gen*, 5 (1973): 9-29.

ECKSTEIN, Harry: *The English Health Service: Its Origins, Structure and Achievements* (Cambridge, Mass, 1970).

FIELD, Mark G.: *Doctor and Patient in Soviet Russia* (Cambridge, Mass, Harvard University, 1957).

FINZEN, Asmus: *Arzt, Patient und Gesellschaft* (Stuttgart: G. Fischer, 1969).

FRY, John: *Medicine in Three Societies: A comparison of Medical Care in the URSS, USA and UK* (Londres: American Elsevier, 1969).

FRY, John y FARNDALÉ, W. A. J.: *International Medical Care: A Comparison and Evaluation of Medical Care Services Throughout the World* (Oxford-Lancaster: Medical and Technicae, Pv. Co., 1972).

- GARCIA MARTINEZ, Sebastián: «Un intento de seguro médico en la Valencia de 1684», págs. 187-191, en *Actas del III Congreso Español de Historia de la Medicina* (Valencia, 1969), vol. 2.
- GARRISON, Fielding H.: «Russian Medicine under the Old Regime», *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 7 (1931): 693-734.
- GOSDEN, Peter H.: *The Friendly Societies in England, 1815-1875* (Manchester: Manchester University Press, 1961).
- GROS, Martin L.: *Los doctores* (Barcelona, Grijalbo, 1968).
- HARRIS, Richard W.: *National Health Insurance in Great Britain, 1911-1946* (Londres: Alen & Unwin, 1946).
- HODGKINSON, Ruth G.: *The Origins of the National Health Service* (Londres: Welcome Institute, 1967).
- JIMENEZ SALAS, María: *Historia de la asistencia social en España en la Edad Moderna* (Madrid: CSIC, 1958).
- LAIN ENTRALGO, Pedro: «La relación médico-enfermo» (Madrid: *Revista de Occidente*, 1964).
- *El médico y el enfermo* (Madrid: Guadarrama, 1969).
- LINDSEY, Almont: *Socialized Medicine in England and Wales* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1962).
- LOPEZ PIÑERO, José M.; GARCIA BALLESTER, Luis; FAUS SEVILLA, Pilar: *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX* (Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964).
- LISITSIN, Y. P.: *The System of Public-Health Services in the URSS* (Moscú: Novka, 1967).
- MARSET CAMPOS, Pedro y RAMOS GARCIA, Elvira: «Medicina y sociedad en el Romanticismo», págs. 338-347, en Pedro Lain (comp.), *Historia Universal de la Medicina* (Barcelona: Salvat, 1973), vol. 5.
- «Sociología y asistencia médicas 1848-1914», págs. 370-377, en Pedro Lain (comp.), *Historia Universal de la Medicina* (Barcelona: Salvat, 1974), vol. 6.
- MCKEOWN, Thomas: *Medicine in Modern Society* (Londres: Allenn & Unwin, 1965).
- MCLACHLAN, Gordon y MCKEOWN, Thomas: *Medical History and Medical Care* (Londres: Oxford University Press, 1971).
- MOLLESON, J. I.: *Der russische Landarzt im 19. Jahrhundert. Die Zemstvo-Medizin* (Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1970).
- MULTANOWSKY, Mijail P.: *Historia de la Medicina* (La Habana: Academia de Ciencias de Cuba, 1967).
- NEUBAURER, Günter: «Der sozio-ökonomische Entstehungsprozess des Staatlichen Gesundheitsdienster in England», *Sudhoffs Archiv*, 54 (1970): 242-260.
- OLAGÜE ROS, Guillermo y BUJOSA HUMAR, Francisco: «La medicina rusa contemporánea», *Gen*, 6 (1973): 10-31.

- OSSIPOW, E. A.; POPOW, I. W. y KOURKINE, P. I.: *La Médecine du Zemstvo en Russie* (Moscú: S. Yakowlew, 1900).
- ROSEN, George: *A History of Public Health* (Nueva York: MD Publications, 1958).
- ROSS, J. S.: *The National Health Service in Great Britain* (Londres: Oxford University Press, 1952).
- ROMEU DE ARMAS, Antonio: «El seguro de enfermedad: Sus precedentes históricos en España», *Revista Internacional de Sociología*, 1 (1943): 191-207.
- *Historia de la previsión social en España* (Madrid: Ed. Revista de Derecho Privado, 1944).
- SHRYOCK, Richard H.: *Medicine in America* (Baltimore: John Hopkins Press, 1966).
- SIGERIST, Henry E.: «From Bismark to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation», *Bulletin of History of Medicine*, 8 (1943): 365-388.
- *On the Sociology of Medicine* (Nueva York: MD, 1960).
- SOMERS, Herman M. y SOMERS Anne R.: *Doctors, Patients and Health Insurance* (Washington: The Brookings Institution, 1961).
- STEVENS, Rosemary: *Medical Practice in Modern England* (New Haver: Yale University Press, 1966).
- VIEL, Benjamín: *La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile* (Santiago de Chile: Universidad de Chile, 1964).



## Capítulo 2

# CARACTERISTICAS CUALITATIVAS DE LA ACTIVIDAD MEDICA

Joan Campos\*  
(*Médico y psicoanalista*)

Jordi Gol i Gurina\*\*  
(*Médico internista*)

J. Jesús Moll\*\*\*  
(*Médico internista*)

---

(\*) JOAN CAMPOS I AVILLAR, es médico y psicoanalista. Especialista —entre otras cosas— en *educación médica*, y autor de un capítulo en este libro sobre, «Hacia un modelo de ruptura educativa para una reforma sanitaria.» Su dirección es: Dr. Campos, Paseo de San Gervasio, 30. Barcelona-6.

(\*\*) JORDI GOL I GURINA, es un médico internista —él suele definirse como «médico de personas». Su experiencia profesional abarca el campo hospitalario (ha sido Jefe de un Servicio de Medicina Interna hasta su dimisión en 1975), la Seguridad Social en ambulatorio, y la práctica privada. Su preocupación y sus publicaciones se centran especialmente en el rendimiento en salud de la actividad médica. Actualmente tiene la responsabilidad en el gobierno de la *Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears* y en el Colegio de Médicos de Barcelona. Su dirección profesional es: Dr. J. Gol, Balmes, 217. Barcelona-6.

(\*\*\*) J. JESUS MOLL I CAMPS, es un médico generalista; ha desarrollado su trabajo profesional predominantemente en medios hospitalarios, aunque también conoce formas institucionalizadas de la medicina ambulatoria. Uno de sus mayores centros de interés intelectual ha sido el intento de definir el contenido científico de la actividad médica, para basar en él un sistema de información asequible y operativo. Su dirección es: Dr. Moll, Córcega, 75. Barcelona-15.

Los autores hemos intentado describir cómo tendría que ser la actividad médica, y la hemos examinado con una óptica clínica, psicológica y antropológica. Nuestro punto de partida ha sido fundamentalmente la experiencia propia, tanto en el ejercicio de la medicina hospitalaria e individual (de tipo privado y de tipo asalariado) como en diversos grados de docencia. Este trabajo es fruto, pues, más de reflexión sobre nuestras intuiciones y constataciones personales que de la consulta de trabajos de otros autores que figuran en la nota bibliográfica. Un análisis científico sobrepasa nuestras posibilidades. Queremos llamar la atención sobre la imperiosa necesidad de que toda la actividad médica sea objeto de un concienzudo examen por parte de expertos tanto en organización de la lucha por la salud como en psicología de la medicina y en economía. Pese a la voluntad de dar a nuestro trabajo una intención programática, hemos tenido que realizar continuas incursiones en el terreno de los conceptos e introducirnos en el balance de la realidad en que vivimos. De otro modo no se hubiera podido formular ningún programa. Las propuestas concretas podrán ser formuladas a partir del *X.º Congreso* por la gente de nuestro país cuando recobre su protagonismo. Hemos procurado plantearnos a fondo si el médico, la asistencia médica y la docencia se proponen realmente, en sus actividades, promover la salud, o si lo que se proponen es más que nada obtener provecho y perpetuar el sistema. Si los medios para promover la salud se emplean correctamente, a conciencia y de modo racional; si tales medios son idóneos, o si convendría ir por otras rutas; y finalmente, si la salud que se proponen conseguir es la salud real, o solamente una situación de dependencia consumista sin sentido. Nos hemos planteado igualmente el problema de las limitaciones que condicionan la actividad médica aisladamente, de cara a la salud, y el papel que deberán jugar las demás disciplinas y los usuarios, asumiendo un protagonismo político. Y ello no solamente colaborando con la organización sanitaria desde fuera, sino también incorporados en su seno. La salud como objetivo, la actividad médica como técnica y como ciencia, y la organización y las estructuras sanitarias, son los tres capítulos que intentan estudiar estos interrogantes.

## La salud como objetivo

(1) *La salud, tarea necesariamente interdisciplinaria y colectiva.* Aún sin una definición clara de la extensión que pueda darse al ámbito de la medicina, es del todo evidente que, sea cual fuere el que se le quiera atribuir, queda sobre-



pasado ampliamente por la totalidad del ámbito de la salud tal como ha sido ya formulado<sup>1</sup>.

Y ello tanto a nivel de las ciencias que podemos llamar médicas como a nivel de las actividades directamente asistenciales. El hecho de conceder a los médicos y a la medicina la exclusiva del «control» o de la promoción de la salud significaría, pues, que la sociedad adopta una actitud totalmente irresponsable y dimisionaria y que los médicos están poseídos de un pueril afán de dominio. Más aún: sería negar la propia realidad.

En efecto, es un planteamiento realista de la salud hay implicada tal multitud de elementos con sus complejísticas interrelaciones dinámicas, que necesariamente son muchas, además de la medicina, las disciplinas llamadas a intervenir<sup>2</sup>. Son indispensables incluso expertos en la misma salud considerada como entidad global<sup>3</sup>. Posiblemente somos todavía incapaces de poder precisar con nitidez lo que el término «salud» pueda incluir de objetivo y lo que necesariamente tiene que quedar como ideológico<sup>4</sup>, y también de poder establecer una metodología sanimétrica general que sea aplicable con eficacia<sup>5</sup>. En este contexto, las ciencias médicas juegan evidentemente un papel importante, pero limitado.

Y si pasamos del nivel teórico al de la praxis, al de la promoción efectiva de la salud, nos encontraremos en la misma situación. Ni el ejercicio de la medicina entendido en el sentido tradicional, ni tampoco el conjunto de actividades profesionales que podríamos llamar sanitarias, dando a esta palabra un contenido razonable, agotan las posibilidades de lucha por la salud desde el campo del experto y del profesional. Cualquier actividad humana (y no solamente en la investigación, en la enseñanza y en la cultura, sino también en los lugares de información, de debate y de decisión, y en la industria y en el comercio) comporta implicaciones positivas o negativas, según como se ejerza, en el campo de la salud. Conviene, pues, que todas estas actividades sean estudiadas de cara a su influencia sobre la salud. Conviene igualmente que todas ellas sean invitadas a asumir su propia responsabilidad para con la salud.

Finalmente, tenemos que afirmar muy claramente que la promoción de la salud no puede de ningún modo quedar reducida a un asunto meramente profesional, aunque interdisciplinario e incluso general. Las oportunidades de salud a que puede aspirar cada uno de los miembros de una colectividad no depen-

---

<sup>1</sup> Se hace aquí referencia a la parte conceptual de la ponencia cuyas conclusiones incluye este libro (N.E.).

<sup>2</sup> Referencia a la «segunda mesa» del citado X.º *Congrès de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* (Perpignà, septiembre 1976).

<sup>3</sup> *Inquiry*, Suplemento núm. 2 del vol. XII (1975). Publicado por la *Blue Cross Association*. Contiene una serie de artículos que comparan sistemas de salud; es una aportación del VIII Congreso Mundial de Sociología (Toronto, 1974).

<sup>4</sup> En nuestro quehacer, entendemos por ideología cualquier sistema de valores particulares o colectivos en función de entender al ser humano y al universo.

<sup>5</sup> Jesús M. de Miguel, en el suplemento citado en la nota 1, págs. 10-25, destaca que mucho más importante que los propios datos es el hecho de saber quién los utiliza y cómo los utiliza.

den exclusivamente de factores científicos o técnicos. Dependen en mayor grado de factores socioeconómicos, y políticos de la organización que aquella colectividad sufra o se otorgue, y, secundariamente, de las posibilidades de realización y de participación que ella permita u ofrezca a sus miembros<sup>6</sup>. Es por esto que la promoción tanto cualitativa como cuantitativa de la salud no puede quedar nunca bajo la responsabilidad exclusiva de los expertos (médicos o no) sino que tiene que ser necesariamente un asunto colectivo y político. No podemos ahora dejar de indicar que el interés que una colectividad muestre por la salud en su sentido más amplio no es solamente un factor del cual dependa el obtenerla: es también una indicación de su grado de salud, por lo menos de salud potencial.

(2) *La actividad médica: Implicaciones interdisciplinarias y colectivas.* Una vez admitido que la actividad médica es sólo una entre muchas otras en la promoción general de la salud, hay que poner de manifiesto que tampoco puede ser considerada como una actividad encerrada en sí misma en un sector aislado de las demás disciplinas y de los planteamientos colectivos.

En efecto, el acto médico más honesto, o sea el operado con actitud de servicio y con los conocimientos y los medios necesarios, no puede lograr nunca la totalidad de su objetivo en sí mismo, limitado como queda por las fronteras de la competencia y del poder de la medicina. Por lo menos si consideramos que este objetivo es una total investigación etimológica y epidemiológica, y la realización de un plan terapéutico que vaya desde la erradicación de las causas hasta la reinserción social completa; y ello ni incluyendo en el campo de la medicina, como es debido, pero como no ocurre todavía, todas las ciencias psicológicas y del comportamiento. Para ilustrarlo con un ejemplo, podemos admitir que el acto médico derivado de atender a un enfermo coronario tendría que comportar un estudio de las causas del *stress*, de una dieta posiblemente mal equilibrada (con las correspondientes implicaciones económicas), de unas motivaciones psíquicas, sociales y publicitarias favorecedoras del tabaquismo, y también un replanteamiento de la vivienda, de los medios de comunicación, actividad laboral (quizá competitiva) etc. Entonces habría que extraer deducciones operativas de tales estudios, y así podríamos no solamente mejorar la evolución de la enfermedad coronaria en el enfermo visitado, sino también la incidencia de coronariopatía en toda la población.

Para llevar hasta las últimas consecuencias el fruto de la actividad médica se impone, pues, la presencia de expertos en las demás disciplinas implicadas, algunos de los cuales ya están presentes más o menos, aunque bajo la apariencia de médicos (nos referimos a biólogos, fisiólogos y otros). Las instituciones sanitarias tienen que contar también con economistas, geógrafos, pedagogos, sociólogos, políticos, y pensadores, y no esporádicamente, sino como una di-

<sup>6</sup> «Organization Study Methods of Promoting the Development of Basic Health Services». Anexo II a la *O. R. of the WHO*, 206 (1973): 110. Comenta que la conexión entre los servicios de salud y la estructura sociopolítica de un país es tan íntima como para hacer imposible un cambio exclusivamente de los primeros.

mención habitual de su trabajo. Y ello no solamente para poder cerrar totalmente el acto médico correspondiente (la enfermedad coronaria en el ejemplo que hemos utilizado), sino también para aprovechar al máximo la información que dimana del acto médico y aplicarla a aspectos de la salud que pueden quedar ya muy lejos del campo específico de la medicina. Formulado de otro modo: el acto médico sólo puede considerarse como terminado cuando suscita todas las medidas de sanidad colectiva que se pueden deducir de él y que no son de la incumbencia de la medicina.

La información que la actividad médica suministra de cara a la totalidad de la salud es ciertamente valiosísima y variada y contiene una carga crítica muy elevada sobre las estructuras sociales, económicas y políticas, e incluso sobre los planteamientos ideológicos. El aprovechamiento de esta carga crítica puede tener una importancia extraordinaria, y es natural que sea interferido por las estructuras aludidas<sup>7</sup>. Esta es la causa de la mezquindad de los resultados obtenidos hasta ahora a partir de aquella información. Son dos las grandes interferencias bloqueadoras.

La *primera* es que las estructuras sociales, económicas y políticas condicionan también las estructuras sanitarias y a los propios médicos como grupo sociológico. Es decir, en el sector sanitario, como en los demás, se tiende a institucionalizar las motivaciones extrínsecas, el provecho, como código de valoración, como veremos en la tercera parte de este trabajo. Por tal motivo y también por deformación profesional, el centro de interés principal ya no es la salud, sino la actividad médica o la institución sanitaria en sí misma, que pasan de médicos a ser fines en sí mismas. Así llegamos a una debilitación más o menos consciente de la sensibilidad, y se bloquea o la obtención de la información o su posterior divulgación y utilización.

La *segunda* interferencia es que la operatividad de la información depende de la sociedad, y ésta es más o menos permeable a recibirla y más o menos capaz de integrarla según la configuración política e ideológica que tenga, y presumiblemente cuanto más criticable sea, será menos positivamente sensible a la carga crítica. Este hecho se puede ilustrar considerando el abanico de posibilidades que pueden haber, desde la declaración obligatoria de unas pocas enfermedades infecto-contagiosas hasta el planteamiento a fondo de las causas de la desnutrición, del alcoholismo o de las enfermedades mentales.

La primera de estas dos interferencias constituye una nueva motivación de la indispensable presencia de expertos no médicos en el seno de las instituciones sanitarias, y en este caso no ya como protagonistas sino como críticos. Es la propia sociología y funcionamiento de las instituciones, la relación del enfermo con el médico y con la institución, la utilización de los medios técnicos y

---

<sup>7</sup> La adquisición de conciencia, por parte de los médicos, del papel que juegan dentro de las estructuras sociales, políticas y económicas forzaría un cambio de las propias estructuras sanitarias y de la propia institución médica. Una crítica del sistema general resulta estéril si no va acompañada de la autocrítica del sistema sanitario y de sus miembros.

económicos y de la misma información, lo que tiene que llegar a ser objeto de un serido estudio por parte de sociólogos, psicosociólogos, economistas. Sólo un estudio de este tipo, volviendo a nuestro ejemplo del enfermo coronario, puede poner de manifiesto que la mortalidad de los infartos ingresados en una unidad coronaria intensiva puede ser superior a la de la media de los infartos, y que el motivo presumible de ello es que las atenciones somáticas que se dan allí no llegan a compensar la agresividad psicológica y social de tal ambiente. Se impone pues la reestructuración de las unidades coronarias; y una crítica del sistema tendrá que examinar todavía las prioridades en la lucha contra la coronariopatía, para decidirse entre la prevención o la asistencia.

En resumen, hay que evitar que el rendimiento en salud de conjunto de toda la actividad médica quede enormemente reducido, y que incluso ésta se convierta en patógena, por motivos estructurales, a menudo contra la voluntad de los implicados, y a veces sin que ellos se den cuenta. En otras palabras: hay que establecer una verificación operativa de la actividad médica y de las instituciones sanitarias en función de la salud.

Abordar la enfermedad y la salud como problemas colectivos y hacerlo en profundidad es siempre en último término un asunto político e ideológico. Sólo la intervención de los representantes del usuario (o sea de la colectividad, que tienen que ser activos, competentes y bien informados) en la gestión de las instituciones sanitarias, al lado de los expertos médicos y no médicos, podrá modificar favorablemente las situaciones de carencia, de hipertrofia, de deformación y de desviación que todos sabemos y las que todavía no han sido puestas de manifiesto. Por otra parte, siendo la salud una tarea colectiva las instituciones sanitarias tienen que ser un lugar de colaboración común, la cosa de todos, y no se puede aceptar de ningún modo que se conviertan en un feudo de profesionales y de burócratas.

## La actividad médica, técnica y ciencia

La formación científica y la habilidad en el manejo de algunas técnicas constituyen el núcleo de aquello que se puede pedir —y de hecho se pide— a un profesional de la medicina para considerarlo competente.

Sin embargo, la valoración de la eficacia de la actividad médica frente a la salud, elevada por el mero hecho de proceder de científicos y técnicos calificados, suscita muchas reticencias. En efecto, y por lo menos a nivel estadístico, hay datos que ponen seriamente en duda la rentabilidad de la organización sanitaria en este sentido cuando se sobrepasa un determinado grado de sofisticación. Parece demostrado, por ejemplo<sup>8</sup>, que la longevidad del grupo de población de más de cuarenta y cinco años que forme parte de una colectividad desarrollada depende mucho más del mejoramiento de las condiciones generales

---

<sup>8</sup> R. Dubos, *El hombre y su ambiente: El conocimiento biomédico y la acción social* (Washington: Organización Panamericana de Salud, 1966), pág. 11.

de vida (que incluye, naturalmente, la medicina preventiva) que del «mejoramiento» de la organización asistencial. Hay que tener también muy presente que muchas enfermedades se curan solas, y que otras pueden ser diagnosticadas pero no modificadas sustancialmente. El médico, por científico que sea, ve a menudo su papel reducido al de poco más que un simple espectador, con escasas o nulas posibilidades de influir en el curso clínico<sup>9</sup>.

Pero la actividad médica, en su parámetro estrictamente científico, no tiene como único objetivo curar las enfermedades. Tiene otros tres, trascendentales tanto desde el punto de vista individual como desde el colectivo, y que se pueden realizar en todos los casos: a) establecer medidas terapéuticas sintomáticas o paliativas que hagan que la enfermedad sea soportable al máximo; b) elevar a cabo precisiones pronósticas; y c) trabajar por la comprensión más profunda de las enfermedades, y muy especialmente de las que todavía no pueden ser controladas, y así aproximarse a un control futuro. Esta comprensión no puede ser nunca considerada como de incumbencia exclusiva de las ciencias biológicas. Bernal<sup>10</sup> nos lo recuerda cuando revisa los esfuerzos desordenados que se llevan a cabo para el control de las neoplasias: «La práctica sin la teoría es ciega; la teoría sin la práctica es estéril.»

Además hay que admitir que el parámetro científico y técnico de la actividad médica no se puede nunca analizar en estado químicamente puro. Los elementos sociológicos e ideológicos están siempre presentes, y de ellos depende fundamentalmente que en el código de la conducta la salud esté escrita con letras mayúsculas (o con minúsculas) hecho que vale tanto para el médico científico como para el no científico. En hipótesis puede suceder que tanto el uno como el otro den prioridad al prestigio, al poder o al dinero. El médico científico, por estas razones o por pura deformación profesional, tenderá a llevar a cabo exploraciones y tratamientos agresivos poco o nada provechosos desde el punto de vista de la salud y de la economía. El médico no científico, por las mismas razones o por pura irresponsabilidad profesional, tenderá a utilizar de forma arbitraria el extenso y potencialmente peligroso arsenal terapéutico de que dispone. Si fuese así, habría que achacar la ineficacia de la medicina a factores éticos y estructurales, no a su dimensión científica o técnica.

Nos parece urgentísimo que esta situación tan turbia se clarifique. Para lograrlo habría que establecer medidas destinadas a realizar por los menos tres objetivos: 1) Redefinir la función social del médico con unos nuevos rasgos: como *pedagogo* que ayude al enfermo a liberarse al máximo de la dependencia y a establecer una relación positiva con su estado de salud-enfermedad; como *informador* tanto del propio enfermo como de todo el sistema de lucha por la salud; y como *investigador* de las enfermedades y de los resultados de su pro-

<sup>9</sup> T. McKeown, *Medical History and Medical Care* (Londres: Oxford University Press, 1971), comenta que (puesto que hasta el siglo XX la medicina no contaba con terapéuticas eficaces) la mejora de la salud ocurrida antes ha de ser buscada en otra parte.

<sup>10</sup> J. D. Bernal, *Science in History* (Londres: 1964). Traducción catalana en *Historia social de la cultura* (Barcelona: Edicions 62, 1967), II, pág. 180.

pia acción sobre ellas. 2) Disponer de sistemas y de criterios de control de toda la actividad médica, tanto en el sentido amplio que hemos planteado anteriormente como en el sentido estrictamente científico. 3) Disponer de sistemas que permitan utilizar ordenada y racionalmente toda la información que dimana de la actividad médica, tanto para poder planificar la lucha por la salud de la colectividad como para poder planificar la investigación clínica y conectarla con las investigaciones de biología fundamental y de la psicología.

La conclusión que queremos extraer de estos comentarios es que la actividad médica, si tiene que estar al servicio de la salud, no puede reducirse a una labor exclusivamente científica ni puede eludir un autocontrol y un control exterior. Ninguna de estas afirmaciones se contraponen no obstante al hecho de que el rasgo diferencial siempre exigible a un profesional de la medicina sea su competencia científica y técnica; antes al contrario, lo da por aceptado.

Conviene, pues, que situemos la actividad médica en el contexto general de las ciencias. En cuatro apartados intentaremos precisar: el aspecto técnico de la actividad médica, el contenido científico de la metodología propia de la actividad médica, las relaciones de la clínica con las demás ciencias biológicas, y las relaciones de la clínica con la psicología y las ciencias del comportamiento.

La actividad médica se sirve de un número cada vez mayor de técnica cuya manipulación y lectura es notablemente compleja. Esta necesaria y utilísima tecnificación es sin duda uno de los factores más importantes de diversificación de la medicina en multitud de especialidades clínicas y de laboratorio. Pero hemos llegado ya a un grado tal de atomización que pone en peligro la propia eficacia de las técnicas, puesto que tanto el diagnóstico general como el tratamiento requieren una visión clínica global. E, igualmente, la comprensión científica de las enfermedades sólo se puede obtener desde una visión biológica global.

Solamente viendo las cosas desde una perspectiva muy amplia adquieren relieve los datos que de otro modo quedarían desdibujados, y sólo así se puede aquilatar la utilidad relativa de cada uno. Pensemos, por ejemplo, en cómo la perspectiva clínica, y por lo tanto global, ha contribuido al progreso de la medicina, desde el recuerdo entrañable de Jenner y de Semmelweis hasta el reciente descubrimiento de los antibióticos, quimioterápicos y medicamentos psicoactivos. Pensemos también en el inmenso campo de una perspectiva biológica general como fuente de progreso; un ejemplo representativo de ello es el descubrimiento de los mecanismos de la resistencia bacteriana.

El estado de dispersión y de desintegración que bloquea cada vez más el rendimiento en salud y en conocimiento global por parte de la medicina tecnificada, no es principalmente debido, como se podría suponer, a su propia complejidad. Hay otro motivo importante que podríamos definir como la *némesis*, el efecto paralizador que tiene el prestigio. Los elementos tecnológicos visibles de la medicina gozan, en efecto, de una muy alta consideración social, como corresponde a una sociedad que antepone el «tener» al «ser», a una sociedad de consumo en situación de mercado no informado, y por lo tanto sensible a los

espejuelos de lo aparatoso, y habituada por otra parte a dimitir sus responsabilidades y a confiar a los técnicos la solución de los problemas menos renunciables, como son la vida y la muerte. El prestigio social de la técnica influye fuertemente en la sociología médica, y así fomenta la organización de las especialidades y subespecialidades en ghettos y al mismo tiempo devalúa el papel de los generalistas —no tienen aparatos importantes—, hace perder atractivo a las vocaciones de internistas, y reduce el poder de las instituciones de función integradora y de sus líderes.

Es necesario volver a situar las técnicas al lugar que les corresponde dentro del ejercicio de la medicina. Desde el punto de vista práctico, son principalmente tres los aspectos sobre los cuales habrá que trabajar, con una visión naturalmente integradora: 1) *La formación en el manejo* de las técnicas. El aprendizaje de unas u otras técnicas tiene que estar en función del correspondiente ámbito sanitario de cada profesional de la medicina: rural, urgencias, unidad de cuidados intensivos, especialidad clínica, etc., de manera que la asistencia pueda ser llevada a cabo con la garantía de unos márgenes suficientes de seguridad. 2) *La regulación del uso* de dichas técnicas. En los estudios diagnósticos habituales se tendría que poder tabular cuáles son los datos técnicos que hay que obtener en cada situación. En las aportaciones técnicas de interpretación todavía no definida completamente, habría que planificar su uso para poder llegar a tal interpretación. Tabular y planificar son tareas que hay que llevar a cabo con criterios clínicos y biológicos a la vez. 3) *El estudio serio* de una técnica menospreciada de hecho —no tiene aparatos— la técnica de la anamnesis. Sólo así se podrán extraer, de la información imprecisa que aporta el enfermo, el máximo de datos nitidos para ser expresados en lenguaje científico y por tanto cuantificable.

Creemos que el ejercicio correcto de cualquier actividad estrictamente médica, o sea la que comporta una relación directa con el presunto enfermo, exige por parte del médico un conocimiento global del ser humano, conocimiento que tiene que extenderse desde las estructuras físico-químicas hasta el comportamiento personal, y que debe incluir, además, el medio ecológico, físico y social con el cual el ser humano establece relaciones. Sólo así podrá comprenderse la naturaleza de la enfermedad y la importancia que ésta pueda tener tanto para el interesado como para la sociedad; y sólo así se podrá proceder a una anamnesis suficiente y fiable, informar al interesado y formular propuestas terapéuticas operativas.

Desgraciadamente, las ciencias que estudian al ser humano están todavía lejos de podernos ofrecer un modelo completo, que implicaría una historia natural exhaustiva del individuo sano, del individuo enfermo no influido por la terapéutica, y del individuo enfermo tratado. Disponemos solamente de modelos sectoriales e incompletos, muchos de ellos sólo descriptivos y otros con pretensiones explicativas del modelo descrito.

Al médico estricto, al que visita a enfermos, le es necesaria y exigible una formación sólida y actualizada en todas estas ciencias o individualmente o bien

a su equipo si el trabajo médico está integrado. Conviene además que aporte su experiencia en el progreso y en la verificación de todas ellas; pero el ejercicio de estas ciencias, tan importante, no está en el núcleo de su trabajo profesional.

La actividad científica que podemos llamar estrictamente médica con toda propiedad es la llamada medicina clínica, o sea aquella ciencia que tiene por objeto la catalogación de un trastorno o conjunto de trastornos como correspondientes a un determinado modelo (entidad nosológica). Se trata de una ciencia rudimentaria, que utiliza una sistemática sólo descriptiva o inductiva y que tiene tres importantes rasgos diferenciales que la alejan de las demás ciencias descriptivas (inductivas): la extraordinaria variabilidad de los modelos nosológicos en cuanto a su apariencia; las importantes interferencias entre los diversos modelos, y que una parte muy importante de la información es difícilmente aprovechable, toda vez que no es cuantificable y a menudo ni siquiera objetiva.

Ello hace que la simple catalogación de un conjunto de trastornos como correspondiente a un determinado modelo nosológico constituya por sí sola una labor de investigación a veces sumamente difícil. Compárese, por ejemplo, la dificultad de investigación diagnóstica que puede implicar para un clínico una velocidad de sedimentación elevada o una hepatoesplenomegalia febril, con el generalmente sencillo diagnóstico de especie de un ejemplar arbóreo como trabajo a llevar a cabo por un naturalista de campo. Es que el modelo, en clínica, no es un sustantivo (como el árbol), sino un calificativo del sustantivo «hombre».

Existe, por lo tanto, una separación muy nítida entre la clínica y las demás ciencias médicas (que tienen por objeto el conocimiento del ser humano, de las causas generales de enfermedad y del conjunto de medidas disponibles para modificarlas). El clínico no puede eludir los esquemas elaborados en el seno de estas ciencias, algunas de las cuales disponen de sistemáticas explicativas o deductivas. Cuando tiene ocasión de utilizar modelos explicativos, obtiene resultados de una gran fiabilidad, sobre todo en exploraciones funcionales<sup>11</sup>. Pero tiene que integrarlos siempre en el sistema descriptivo propio de la clínica, que comporta una visión del fenómeno patológico muy distinta de la que se obtiene a partir del estudio de las causas de enfermedad (ciencia también descriptiva, pero con una sistemática diferente) o de la fisiopatogenia (que intenta ser explicativa). En estas ciencias se llega a la enfermedad a partir de su origen causal o de su propia mecánica interna, siguiendo el camino lógico y pensando varias veces los acontecimientos tal como han ocurrido. En la clínica se llega a la enfermedad por el camino contrario, desde el síntoma, que es su consecuencia. La identificación del modelo que se hace a partir de un abanico de posibilidades alternativas, supone una conclusión, la más importante, del trabajo de investigación. Cuando el modelo es identificado, el clínico puede aplicarle todos

---

<sup>11</sup> Por ejemplo, cuando para identificar un dolor como anginoso se interesa no sólo por sus características descriptivas, sino también por los desencadenamientos explicativos.



los conocimientos nosológicos y terapéuticos disponibles, y puede verificar, según los resultados, tanto la validez de su trabajo diagnóstico como la validez de aquellos conocimientos no clínicos.

Hay que decir que la formación profesional que se imparte en nuestros centros docentes tiende a ignorar gravemente la praxis diagnóstica, que es la principal y casi única actividad científica indispensable para los futuros médicos. El trabajo diagnóstico se aborda de una manera inorgánica y con letra pequeña en los apartados de «diagnóstico diferencial» de cada entidad morbosas, y el diagnóstico positivo resulta muy a menudo marginado. La semiología queda dispersa en el capítulo correspondiente a cada entidad, cuyo modelo clínico aparece muchas veces desdibujado en el contexto de una sistemática con pretensiones explicativas, tal como corresponde a los tratados de nosología. La enfermedad no se halla descrita casi nunca con la perspectiva con que aparece a los ojos del clínico cuando se encuentra ante la realidad del problema concreto.

No se ha hecho todavía, y para el médico práctico ello es una carencia gravísima, un trabajo completo para sistematizar con pautas el trabajo diagnóstico desde el síntoma o el síndrome hasta el correspondiente diagnóstico positivo. Parece que se confíe en el puro aprendizaje por ósmosis que, aunque importante, es parcial y propaga también las rutinas y las intuiciones no comprobadas. Claro está que un trabajo de esta índole tiene que llevarse a cabo a base de la colaboración de muchos equipos clínicos que investiguen con una metodología equiparable, y por lo tanto planificada, disponiendo de una estadística importante y puesta en común, y renunciando a las más vistosas gratificaciones del prestigio científico individual. Un trabajo de este tipo de elevado rendimiento práctico en salud, pero de muy poco rendimiento «social», sólo puede ser llevado a cabo en otro contexto socio-sanitario.

La clínica es una de las ciencias biológicas que más ha estimulado el progreso de la biología general. El conocimiento del ser humano, a pesar de las extraordinarias dificultades intrínsecas que supone, ha cautivado el interés de los científicos de todos los tiempos. Es un hecho que, a la sombra de la clínica, se han formado o consolidado un número considerable de ciencias biológicas de un peso específico notable. Particularmente las que tienen por objeto el conocimiento del organismo humano —tanto desde el punto de vista morfológico como desde el funcional—, las causas de la enfermedad —en especial la microbiología— y los recursos para curarlas (sobre todo la farmacología).

Será, pues, conveniente analizar las relaciones entre la clínica y la biología general desde dos perspectivas diferentes: la clínica y las ciencias integradas en la práctica diaria (ciencias que podríamos llamar paraclínicas), y la clínica y las demás ciencias que integran la biología general.

Las relaciones particulares que la clínica mantiene con las ciencias biológicas paraclínicas son debidas al hecho de que todas hablan, aunque con distintos lenguajes, de un mismo objeto de conocimiento, a saber, de la salud y de la enfermedad. De ahí que los modelos clínicos sean casi siempre mixtos, es de-

cir, que integren datos técnicos (radiología y otras técnicas físicas técnicas bioquímicas, bacteriológicas e histológicas). Esta situación de colaboración estrecha es muy feliz, pero se puede volver rutinaria, y entonces esconde dos serios peligros:

(1) *Reducir las ciencias paraclínicas a técnicas útiles.* En la práctica médica el aspecto técnico de muchas ciencias está organizado a menudo sólo en función de la utilidad de los datos que pueden aportar. Los objetivos propios de estas ciencias, o sea el conocimiento de los fenómenos biológicos elementales, están implícitos sólo accidentalmente. Este tipo de dependencia, que haría catalogar las ciencias como de primer orden o de segundo orden, es siempre perjudicial. Podemos ilustrarlo con un ejemplo claro: la inmunología como técnica permite el diagnóstico positivo de multitud de enfermedades, pero la inmunología como ciencia no sólo matiza el significado de estos hallazgos diagnósticos, sino que ofrece perspectivas insospechables para la comprensión de muchos mecanismos patogenéticos. Una forma de reencontrar la identidad de estas ciencias como tales sería quizá organizarlas funcionalmente según los objetivos respectivos, y así se podrían agrupar en cuatro sectores: *morfológicas* (anatomía, histología, radiología, gammagrafía, endoscopia); *funcionales*, diferenciando el estudio funcional de órganos y aparatos, del de sistemas (inmunología, hematología) y sobre todo del de sistemas de regulación (sistema nervioso con la vertiente psíquica, sistema endocrino); *causas exógenas* de enfermedad; y *terapéutica*. La responsabilidad de los departamentos de investigación científica y de aplicación técnica de dichas ciencias tendría que recaer en los científicos respectivos, compartida con algunos casos por clínicos, sobre todo cuando se trata de sistemas de regulación o de adaptación.

(2) *Hacer gravitar sobre las técnicas o la responsabilidad del diagnóstico o el control de la asistencia.* Significa de hecho una forma de dimisión que se puede traducir en la actitud de pedir exploraciones indiscriminadas y en la carencia de esfuerzo para integrar datos, esperando que el diagnóstico positivo salga espontáneamente de alguno de ellos. Esta actitud anticientífica representa una forma de consumismo de técnicas, que es traumatizante para el enfermo, dilapidador y, en ambientes hospitalarios colapsador de muchos servicios.

La dimisión de la actitud de investigación clínica se puede manifestar también con una irresponsable esperanza de que el control de la enfermedad se obtenga aplicando directamente, sin diagnóstico, medidas terapéuticas. En esta degradación radica una de las causas del consumismo farmacológico y asistencial. Los medicamentos no curan; se prescriben otros. Las visitas no resuelven los problemas (¡no son visitas!), y generan otras nuevas. La salud es cada vez más precaria y el consumo cada vez mayor (sobre todo, cuando el usuario no tiene que afrontar directamente los gastos, ya que en caso contrario, él mismo, y por razones bien extrínsecas, es un freno social, ya que no científico, para la antimedicina).

Para que la clínica recupere la responsabilidad del diagnóstico y del control de la asistencia es necesario que se elaboren pautas de diagnóstico centrando el

papel que las técnicas puedan tener en ello. Es necesario que se prodiguen discusiones diagnósticas y terapéuticas y que se cierren historias críticamente, y que todo ello sea trabajo de colaboración de clínicos y de paraclínicos de manera que cada cual adquiriera conciencia de cuáles son los ámbitos y cuáles los problemas que lo afectan, y de cuál sea la fiabilidad que se pueda esperar de cada procedimiento diagnóstico. Y es necesario sobre todo que se tomen medidas para evitar que la actividad médica se desvíe de su objetivo. El cierre crítico de historia tiene que incluir la crítica con óptica social.

La formación biológica del médico y el interés de los biólogos por la clínica parecen hoy imperiosamente necesarios. La meta sería llegar a la creación de órganos capaces de intercambiar información recíproca. Algunos ejemplos recientes ponen de manifiesto la extraordinaria utilidad de este intercambio. En la nueva clasificación de agentes microbianos, un argumento de primer orden ha sido su sensibilidad a los antibióticos, y en las nuevas concepciones sobre la cinética celular, lo han sido los resultados del tratamiento de determinadas neoplasias malignas.

La ruptura de los ghettos de las modernas especialidades biológicas tendría unos efectos extraordinariamente positivos y permitiría abordar trabajos de síntesis y tratar en común problemas fundamentales. Podríamos citar algunos: filogenética y evolución, embriología, genética, citología.

Nuevas actitudes, globalizadas e integradoras, tendrán, si podemos lograr que sean adoptadas, profundas repercusiones sobre la práctica diaria, sobre la formación universitaria y continuada, sobre la investigación y, por encima de todo, sobre la salud.

Aunque conceptualmente las ciencias psicológicas y del comportamiento puedan formar parte de la biología humana, nos referimos a ellas por separado porque su metodología es distinta a la de la biología somática a que hasta ahora nos hemos referido. La clínica, por su exigencia de globalidad, tiene que abarcar a todo el ser humano, y las relaciones que establezca con dichas ciencias tienen que ser equivalentes a las que hemos descrito como necesarias anteriormente.

Ello no ha sido conseguido, y ni tan siquiera es aceptado por un gran número de clínicos. Las diferencias metodológicas y de terminología, y quizá motivos de orden docente e histórico, separan las ciencias humanas en dos campos mal comunicados, mientras que el ser humano es una unidad, y como tal sólo es aprehensible unitariamente. La reducción del clínico a somatólogo, y el hecho de reservar a los psicólogos solamente algunos enfermos no somáticos, significa una esquizofrenia tanto en la concepción de la enfermedad como en la realidad de la asistencia.

Por un lado, no podemos ignorar que la conducta humana interviene en la génesis y en el curso de muchas enfermedades, desde la coronariopatía y la colitis ulcerosa hasta muchos otros procesos, y que a su vez muchas enfermedades orgánicas repercuten en el psiquismo, por ejemplo, las mismas citadas, las endocrinopatías, la hiposideremia, etc. Ello sin contar que los propios trastor-

nos psíquicos constituyen un ancho campo de estudio para el clínico general y han sido origen de diversas especialidades clínicas y de biología somática (pensemos simplemente en la psicofarmacología y en la bioquímica del sistema nervioso).

Pero, por otra parte, la misma relación clínica, la relación médico-enfermo, que es el núcleo de toda la actividad asistencial, es examinable a la luz de las ciencias de la conducta que pueden aportar mucha información útil. Todo el edificio teórico y práctico del psicoanálisis está basado en el estudio de esta relación y de su eficacia terapéutica. Igualmente, las relaciones personales entre sanitarios, y entre sanitarios y usuarios y familiares, y toda la sociología de las instituciones sanitarias, tienen que ser motivo de estudio. Muy a menudo la pésima relación personal que vive el enfermo hospitalario, ignorado como persona, es, además de un atentado a su dignidad, un importantísimo agente yatrógeno, todavía más grave que la situación de dependencia generada tantas veces por la medicina paternalista.

El clínico, en su labor tampoco puede olvidar nunca que él, desde su subjetivismo, está siempre influyendo en el interlocutor y a la vez interfiriendo su propia objetividad de observador. Está dentro, y no fuera, del sistema que analiza.

Consideramos indispensable que las ciencias del comportamiento tengan el lugar que les corresponde en la formación de todo profesional de la medicina, y que el acto médico en toda su profundidad y con todas sus implicaciones sea objeto de estudio científico y parte importante (a nivel teórico y práctico) en la docencia de la Medicina.

## **Estructuras y organizaciones sanitarias: Sociología sanitaria**

El núcleo de toda la vertiente asistencial de la actividad médica está constituido por el acto médico. En su sentido más amplio, se puede definir como aquel que, inspirado en los presupuestos de la medicina científica, conduce a tomar decisiones respecto a un problema de salud. Antes nos hemos referido de manera suficiente a los aspectos científicos y técnicos del acto médico. Ahora estudiaremos otras dimensiones de dicha relación, muy ligadas al contexto ideológico en donde se realiza.

La ideología médica puede estar orientada hacia la salud, y en tal caso tiende a sistemas de asistencia en los cuales la prevención es prioritaria sobre la curación, el enfermo sobre la enfermedad, la información sanitaria sobre la medicación, el generalista sobre el especialista. Puede estar también orientada hacia la enfermedad, y entonces ésta predomina sobre el enfermo, la medicación es el principal resultado del acto médico respecto al paciente, y la medicina se centra en sí misma y tiende a una hipertrofia de las especialidades y de las técnicas sofisticadas que resulten más gratificadoras desde el punto de vista científicista, no asistencial.

La primera ideología genera una medicina poco brillante, con buenos resul-

tados globales y gastos relativamente bajos. La segunda, claramente predominante en los países más poderosos, en los cuales se puede considerar como oficial, tiene indudablemente a su favor la capacidad de encontrar respuestas de verdadera eficacia en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades<sup>12</sup>. La contrapartida parece ser, sin embargo, que despoja al ser humano de su contexto social patógeno, y descuida a enfermos crónicos, mentales y funcionales, comparativamente con la atención prestada al «caso interesante».

Hay que tener presente que la ideología médica es hija de su propia historia. La medicina ha crecido observando y analizando la enfermedad, y sólo muy recientemente empieza a entender las posibilidades de una nueva y más ambiciosa perspectiva de salud.

Las características concretas de la actividad médica y de la ideología con que se realiza están fuertemente influidas por el juego dialéctico que se establece entre la sociología del médico, las estructuras sanitarias, la población asistida y el poder político que regula estas relaciones. Nos referimos a las tres primeras entidades y a la relación del enfermo con el médico.

Las aspiraciones profesionales del médico se concretan en cómo él imagina su trabajo y su realización humana, y son contrastadas por la realidad de las condiciones tanto sociales como económicas y laborales en que se verá obligado a realizar su trabajo, condiciones a las cuales, en tanto que persona, tendrá que adaptarse, y que en último término determinarán el grado de satisfacción personal que pueda lograr. Y cuanto más se le regateen las gratificaciones intrínsecas a la actividad médica, más tenderá a procurarse otras extrínsecas. De esta interrelación pueden derivarse diversas desviaciones, de las cuales citaremos algunas.

Si lo que más importa al médico es «hacer ciencia» y a una tal desviación le invita la estructura del hospital universitario o docente, y no sólo por amor a la ciencia sino también por los beneficios indirectos que obtiene de ello, la salud del enfermo será simplemente un subproducto de su actividad dirigida fundamentalmente, por ejemplo, a preparar una nueva publicación. Si el centro de interés del médico es «la clientela» (y ésta suele ser la tentación de la medicina privada), puede entretener al enfermo y tomar medidas que en realidad no vayan a su favor. Si el móvil es el dinero, puede tender a reducir al mínimo el tiempo empleado en el acto médico y ampliar el máximo las exploraciones complementarias. En determinadas formas de medicina asalariada puede aparecer una actitud de sabotaje contra las instituciones, sentidas como opresoras o lesionadoras de la economía del médico, y esta actitud estará fomentada por la agresividad del usuario (a la cual nos referiremos luego) y a la vez fomentará dicha agresividad.

Uno de los problemas específicos más importantes que incluye la medicina proviene del hecho de que es una profesión de ayuda y de servicio, como todas

---

<sup>12</sup> Rodney M. Coe, «Teaching Behavioral Sciences in Schools of Medicine: Observations on Some Latin-American Schools», *Social Science and Medicine*, 9 (1975): 221-224.

las demás, pero, por la naturaleza de los servicios que presta, la necesidad hace que el servidor, el médico, esté en situación de poder, y que el servido, el enfermo, se convierta en esclavo. Como dice Freidson<sup>13</sup> «la medicina se ha convertido en la profesión del dominio» y ejerce su poder tanto sobre todas las actividades sanitarias como sobre el usuario. En determinados países la profesión médica se ha organizado eficazmente y ha conseguido un control extraordinario sobre toda la sanidad y sus recursos económicos. En el nuestro, en cambio, las corporaciones profesionales no han tenido coherencia ni fuerza, y los médicos no han incidido en la evolución de la sanidad. Las organizaciones sanitarias se han apoderado del médico, que se ha convertido en funcionario del sistema que lo explota, lo pervierte y lo lleva a colaborar en la estafa asistencial que ofrecen al usuario. El amo se ha reconvertido en sirviente, pero no del enfermo, sino de la estructura. Esta situación tan peculiar hace al médico más capaz de criticar el sistema, pero por otra parte provoca un enfrentamiento muy pernicioso entre él y el enfermo. El acto médico nunca se puede librar totalmente de sus condicionamientos sociales. El médico, como cualquier otra persona está sometido a las presiones del contexto en que vive.

La finalidad real de las estructuras sanitarias de tipo asistencial tendría que ser el favorecer la realización del acto médico lo más correctamente posible y siempre que sea necesario, y a través de él promover la salud de la población asistida. Sería necesario que su organización garantizase como mínimo: que el médico sea un buen profesional, o, dicho de otro modo, que sus conocimientos, habilidad y actitudes correspondan a los problemas de salud que tenga que resolver; que los medios al alcance del médico, estructurales, de organización y técnicos, sean adecuados y eviten los peligros indicados anteriormente, y que los usuarios del sistema asistencial obtengan de éste lo que realmente necesiten, o sea la promoción, protección y recuperación de la salud.

Pero la realidad es muy diferente. Las estructuras sanitarias han nacido en un determinado contexto sociocultural e ideológico, dentro de una determinada estructura política y condicionadas por fuerzas económicas. Una vez establecidas, tienden a perpetuarse, a la rigidez y al inmovilismo, y a convertirse en un fin en ellas mismas y no primordialmente un medio de salud.

En la sociedad capitalista estas estructuras están sometidas a la ley de la oferta y la demanda. La salud constituye en ella un valor presente pero marginal, convertido en objeto de compraventa, importante porque estimula el mercado, que será «sano» cuando consume mucho, fomentando así la expansión de las industrias farmacéuticas y sanitarias.

En algunos países socialistas o que cuentan con servicios sanitarios convertidos en servicios públicos, a pesar de que la dinámica del mercado no esté presente, se puede llegar a una situación no del todo distinta a través de otro mecanismo: la burocratización y tecnocratización (por parte del sistema asisten-

---

<sup>13</sup> E. Freidson, *Professional Dominance: The Social-Structure of Medical Care* (Nueva York: Atherton Press, 1970).

cial) y el consumo intensivo (por parte del usuario) hacen crecer desmesuradamente el volumen del sistema, que puede engullir todos los recursos humanos, técnicos y económicos disponibles. La asistencia resulta cada vez más cara y más alejada de poder dar abasto a la demanda que ella misma genera. Cuando se plantean soluciones se piensa únicamente en aumentar los medios y distribuirlos mejor, y así el problema queda sin resolver.

Llama la atención el hecho de que organizaciones sociopolíticas tan diferentes se encallen en el mismo obstáculo; y ello hace sospechar que los presupuestos básicos sobre los cuales se monta la asistencia sean falsos. Estos presupuestos son, sin embargo, los de la medicina científica actual. En efecto, todos los sistemas asistenciales tienen en común el hecho de que su respuesta a la enfermedad parte de los médicos y de la medicina. Las necesidades asistenciales son definidas «objetivamente» por los mismos expertos encargados de atenderlas. Una sola profesión lo controla todo. Tenemos que recordar aquello que dijimos antes referente a la ideología médica y el papel de los médicos de cara a la salud.

En general, lo que el enfermo espera del médico, de la medicina y de los servicios asistenciales es la solución de su problema fundamental: o el hecho de estar enfermo, o el miedo a estarlo. Otras veces pretende la obtención de beneficios de distinta naturaleza: valoraciones favorables desde el punto de vista social, laboral, económico y psicológico que derivan del hecho de estar etiquetado como enfermo. Finalmente, el usuario puede buscar también puntos de referencia protectores y sustituir las antiguas magias por otras nuevas.

Las condiciones sociales y estructurales que hemos descrito configuran dos grandes tipos de actitud del usuario para con la organización sanitaria y para con los médicos. *La actitud pasiva dependiente*, está inducida en las situaciones en las cuales el médico adopta actitudes paternalistas. Es característica de las sociedades subdesarrolladas, y tiende a desaparecer cuando aumentan la capacidad crítica y las posibilidades de defensa de los propios derechos. *La actitud pasiva agresiva*, es una consecuencia inevitable de los sistemas de asistencia asalariada e inoperante. Cualquier sistema sanitario socializado puede hacer despertar esta actitud si se descuida la necesaria educación médica o si la burocratización dificulta el buen curso del acto médico.

Todas las motivaciones y actitudes descritas tienen en común la falta de protagonismo del usuario, que tiende a esperar y a reclamar soluciones que no impliquen un esfuerzo personal. Queda implícito que este esfuerzo puede ser evitado por un aumento del consumo de actos médicos y de productos farmacéuticos. La falta de educación de la personalidad, la falta de información sanitaria, la ideología de la sociedad de consumo (tener más diagnósticos, visitas, remedios, como se tienen más transitorios o frigoríficos) y la complicidad del médico (a la que ya nos hemos referido) son la causa de ello.

Es evidente que la relación entre el enfermo y el médico es esencialmente desigual, mucho más que la que se pueda establecer entre el usuario y el experto en cualquier otra actividad. La competencia, el juicio y la decisión están en

un lado; el desnudarse, la implicación personalísima y la necesidad de ayuda, en el otro. Esta desigualdad es intrínseca, y ello hace que no sea posible suprimirla del todo: incluso es perfectamente visible cuando el enfermo es un colega.

Es también evidente, sin embargo, que la situación de dependencia es nociva, y patógena a partir de una intensidad determinada, de manera que es necesario reducirla tanto como sea posible<sup>14</sup>. Toda medicina que conduzca al usuario a situaciones de mayor dependencia y le escamotee la responsabilidad personal, es una mala medicina, y tanto el enfermo como el médico como la sociedad sufrirán las consecuencias de ello.

La responsabilidad corresponde sobre todo al miembro más fuerte —tendríamos que poder decir «al más maduro»— de la relación. Se trata de no aprovecharse del poder; antes al contrario, de utilizarlo para liberar al enfermo de ese mismo poder<sup>15</sup>. El médico puede actuar «con» el enfermo, y no solamente «sobre» el enfermo<sup>16</sup> si participa de una ideología que tiene como objetivo la salud y si a la vez es un pedagogo.

Así el acto médico puede quedar cerrado de tal manera que el enfermo salga lo suficientemente educado e informado como para poder hacerse cargo de sus molestias —que son suyas— de la forma más autónoma posible. Hacerse cargo de ellas no sólo con la medicación, sino dándose cuenta de las causas, que quizá estriban en costumbres o actitudes a modificar, y aceptando aquello que no se pueda resolver.

Hay que decir que no se puede responsabilizar exclusivamente al médico de la situación de excesiva desigualdad de la relación con el enfermo. Importa mucho su actitud, pero también la del enfermo, que es fruto de las interacciones descritas anteriormente. Es todo un contexto social lo que condiciona su dependencia y su falta de protagonismo. Es importante tenerlo presente, sobre todo de cara a la concepción de una política escolar y general de formación de la personalidad y de educación sanitaria.

Queremos llamar la atención, finalmente, sobre el hecho de que la relación que se establece entre el enfermo y el médico puede estar también enrarecida por un grandísimo número de factores extrínsecos y de malentendidos, tanto por parte del uno como del otro, que pueden desbaratar el acto médico. Algunos de ellos son a menudo de características tales que escapan fácilmente al investigador que examina las relaciones desde fuera. Puesto que antes nos hemos referido extensamente a las gratificaciones extrínsecas del médico, nos parece que tenemos que mencionar también que la relación con el enfermo, en muchas ocasiones, contiene para aquél una notable carga de sufrimiento humano, tanto en las situaciones de incertidumbre diagnóstica y terapéutica como en los problemas de comunicar información traumatizante, de atender a casos críticos e

---

<sup>14</sup> J. Campos, en *Social Science and Medicine*, 7 (1973): 959-966.

<sup>15</sup> J. Gol, «Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt», *Questions de la vida cristiana* (Montserrat, 1974).

<sup>16</sup> T. McKeown, *Medical History...*, op. cit., en la nota 5 (pág. 4).



incluso de sentirse objeto de juicios de valor arbitrarios. Y terminaremos este comentario sobre la relación enfermo-médico, repitiendo que consideramos trascendental que la totalidad de esta relación (el acto médico completo incluyendo su organización social) sea estudiada a través de todos los medios científicos disponibles, tanto de las ciencias biológicas como de las del comportamiento. Sólo de esta manera buena parte de aquello que a la actividad médica le queda de tradición y de arte, tan estimable y útil<sup>17</sup>, podrá ser cuantificada y convertida en conocimientos científicos para ser usados con mucha más eficacia al servicio de la salud.

## Conclusiones

### I. ACTO MEDICO Y SALUD

1. Consideremos que el acto médico ha de ser el núcleo alrededor del cual gravite la totalidad del sistema médico-sanitario. Es debido al acto médico que hay médicos. La Medicina ha nacido y se ha desarrollado realizando e investigando actos médicos.
2. Entendemos por acto médico aquel proceso cuyo objetivo es plantear y resolver un problema de salud individual. Incluye necesariamente cuatro etapas: a) recoger información objetivamente, b) interpretarla, c) tomar las medidas oportunas, y d) comprobar su acción.
3. Afirmamos que se incuriría en una transferencia incorrecta, parcial y pueril si se responsabilizase a la Medicina de toda la lucha por la salud. Ello se deduce de la misma naturaleza tanto del acto médico como del concepto de salud. En efecto:
  - 3.1. Los problemas de salud habitualmente ni comienzan ni acaban en la persona usuaria del acto médico, las causas y algunas de las consecuencias de la enfermedad quedan fuera del enfermo. Tales cuestiones, así como muchos de los aspectos de su reinserción social, son de la competencia de expertos no-médicos. El sistema sanitario requiere pues la presencia de expertos no-médicos y debe crear equipos interdisciplinarios que conozcan y que utilicen críticamente la información que dimana del acto médico. Por esta razón el acto mé-

---

<sup>17</sup> Véase, a propósito de este aspecto (no cuantificado todavía) de la actividad médica, J. Alsina i Bofill: «L'art de curar», *Annals de Medicina*, vol. 62, 6 (1976): 640-653.

<sup>18</sup> Conclusiones comunes de la monografía «Característiques qualitatives de l'activitat mèdica» (Características cualitativas de la actividad médica), por Joan Campos, Jordi Gol, y J. Jesús Moll, y de la monografía «El dret del pacient a la informació i a disposar d'ell mateix» (El derecho del paciente a la información y a disponer de sí mismo), por Francesc Abel, S.J., ginecólogo-obstetra. Estas dos monografías forman parte de la segunda ponencia «La funció social de la Medicina» del *Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*, editada por la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (Barcelona, 1976). Las conclusiones aparecerán en las actas del *Congrés*, de próxima edición.

dico aislado del sistema sanitario no puede conseguir una eficacia completa, a nivel tanto científico como social.

- 3.2. El concepto de salud sobrepasa lo que pueda obtenerse de la competencia del fisiólogo, del patólogo, y también del médico, en sus dos vertientes de somatólogo y de psicólogo. Es un concepto interdisciplinario y, en último término, ideológico. La formación del profesional sanitario y la formación sanitaria de la población en general tienen que incluir tal cuestión, y para que puedan considerarse completas deben implicar una participación activa en el debate general acerca del concepto de salud, siempre cambiante y perfectible. Si no fuese así, la Medicina corre el riesgo de convertirse en una actividad más alienante que saludable.

## II. ORGANIZACION Y ESTRUCTURAS SANITARIAS

La asistencia médico-sanitaria ocupa un lugar estratégico en el amplio frente de lucha por la salud colectiva. Creemos que no cumplirá con su cometido hasta que sus estructuras se centren de nuevo sobre su núcleo y se consiga:

4. Que el acto médico sea eficaz al máximo en precisión diagnóstica y en resultado terapéutico con el coste mínimo, tanto económico como en agresividad.
5. Que el acto médico no solamente no bloquee, sino que se configure en función de la salud, y que ofrezca la debida información, a nivel individual (al usuario) y colectivo.
6. Que el acto médico quede situado en el centro de los planes de docencia y de investigación.

Todo esto implica para las estructuras sanitarias unos determinados objetivos y unas condiciones concretas:

### A. *Asistencia e investigación clínica*

7. Históricamente ha existido a menudo, una contradicción entre asistencia e investigación clínica. Afirmamos que aunque es cierto que la actitud científica pueda ir —y a veces de hecho va— contra la asistencia, una actitud asistencial honesta no puede prescindir nunca de un criterio científico riguroso. La actitud anticientífica nunca es admisible como argumento en favor de una mejor asistencia.
8. En consecuencia: a) El médico ha de poseer competencia científica y técnica. b) Las estructuras sanitarias deben ofrecer los medios necesarios, lo cual implica a menudo un trabajo en equipo. c) Las tareas asistenciales tienen que estar reguladas por protocolos de trabajo sensatos y en revisión constante; y deben estar sometidas permanentemente a crítica. d) El usuario del sistema asistencial ha de verse reconocido como persona, y tiene derecho a que se le respeten su identidad, dignidad, intimidad, con-

vicciones, sentimiento y limitaciones. Una vez informado correctamente, y sin perjuicio para terceros, tiene derecho a ser protagonista de su propia salud, o sea de su vida y muerte.

### *B. Investigación biológica*

9. Proponemos una reorganización funcional de la Medicina Clínica y de las ciencias que hemos denominado paraclínicas, de tal modo que ninguna de ellas pierda su propia identidad, y por lo tanto, su eficacia.
10. Ello conlleva la colaboración habitual entre los expertos de ambos campos con dos objetivos: revisión de los protocolos de trabajo según la fiabilidad de la información que aporte cada técnica; y crítica de las entidades nosológicas desde el punto de vista de las causas, historia natural, fisiopatología y tratamiento. Tal crítica debe ser confrontada con las doctrinas e hipótesis de la biología general.

### *C. Investigación psico-sociológica*

11. Proponemos una investigación a fondo del acto médico, a nivel de su incidencia en la salud, de su calidad científica y de su aspecto relacional, incluyendo la sociología de los sanitarios y de los usuarios, y sus respectivas motivaciones y gratificaciones.
12. Proponemos como segundo gran campo de investigación, el material que ofrece el acto médico y al que hemos aludido en el *punto 3.1*.

### *D. Docencia*

13. La formación de los nuevos profesionales sanitarios no puede olvidar nunca: la globalidad del ser humano y su entorno humano y físico; y la metodología de la Medicina Clínica: partir del fenómeno para llegar a la doctrina.
14. La formación continuada exige: información actualizada y asequible; y verificación crítica, o sea que la actividad asistencial nunca quede desvinculada de la investigación.

### *E. Gestión*

15. Es indispensable que en la gestión del sistema sanitario se cumplan dos condiciones que pueden plantear una dialéctica: participación de los profesionales asistenciales, de los demás expertos, y de la población asistida; y supresión del predominio de la burocracia, del predominio de la ideología de enfermedad sobre la ideología de salud y del predominio de las actitudes de mercado, sobre todo de mercado no informado.

### III. SOCIOLOGIA MEDICA

16. Opinamos que la causa más importante de la ineficacia sanitaria, del consumismo y del estado de infantilismo crónico que dominan amplios sectores de la población es una falsa y trágica dialéctica entre, de un lado, el miedo a la enfermedad y a la muerte, y del otro, la confianza desmesurada en el poder de la «brillante» y ensimismada Medicina moderna.
17. En consecuencia, hay que conseguir que el ser humano de nuestro tiempo recupere su propia vida y su propia muerte. Hay también que proclamar con seriedad las enormes limitaciones de la Medicina.

#### A. Redefinición de la figura del médico

18. Para que el acto médico rinda en salud aceptablemente, el médico tiene que quedar redefinido con tres características fundamentales:
  - 18.1. Como investigador científico de las enfermedades y de los resultados de su acción sobre las mismas. Para el *usuario* esto significa un diagnóstico y un tratamiento correctos teniendo en cuenta la totalidad del ser humano y su medio. Para el *sistema sanitario* esto significa la verificación de los conocimientos existentes y la colaboración en la investigación general.
  - 18.2. Como informador, al *usuario*, del significado de la situación sanitaria donde se encuentra, y de las posibilidades de modificación existentes; al *sistema sanitario*, de las observaciones tanto de interés científico como con carga crítica para la sociedad y para el mismo sistema sanitario.
  - 18.3. Como pedagogo, que ayuda al usuario: a establecer una relación positiva con su estado de salud-enfermedad, a reducir tanto como sea posible la situación de dependencia con el propio médico, y a cuidarse de sí mismo. Entendemos que tales tres actitudes forman parte de la salud personal del usuario.

#### B. Status del usuario

19. El usuario tiene derecho a la buena calidad del acto médico siempre que sea necesario y en igualdad de oportunidades. Por lo tanto, a que se cumplan los puntos que le afectan (y en concreto los 1, 2, 3, 4, 5, 8, 15, 17 y 18). En este sentido hacemos igualmente nuestras las resoluciones referentes a la información y a la muerte que adoptó (el 26 de enero de 1976, en Estrasburgo) la Comisión de Salud y Asuntos Sociales del Consejo de Europa, y que incluye una de nuestras aportaciones a la ponencia.
20. Finalmente, el usuario tiene derecho a no ser víctima de deformación ni de manipulación publicitaria, y tiene que tener acceso a una suficiente

cultura sanitaria, fruto de una correcta información y formación escolar y postescolar. Solamente así estará en condiciones de participar con eficacia en la gestión sanitaria y en el debate y en la lucha por la salud personal y colectiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BERNAL, J. D. et al.: *The Science of the Science* (Londres: 1964). Traducción en castellano: *La ciencia de la ciencia* (Barcelona: Grijalbo, 1968).
- BUNGE, M.: *Scientific Research Strategy and Philosophy* (Nueva York, 1967). Traducción en castellano: *La investigación científica, su estrategia y su filosofía* (Barcelona: Ariel, 1969).
- GEYMONANT, L.: *Filosofía e filosofia della scienza* (Milán). Traducción en castellano: *Filosofía y filosofía de la ciencia* (Barcelona: Labor, 1966).
- HARRE, R.: *An Introduction to the Logic of the Sciences* (Londres, 1960). Traducción en castellano: *Introducción a la lógica de las ciencias* (Barcelona: Labor, 1967).
- KOURGANOFF, V.: *La recherche scientifique* (París, 1965).
- Papers: Revista de Sociología*, 5 (1976). Número dedicado al tema de «Sociología y Medicina».

## Capítulo 3

# EL CRECIMIENTO DE LA TECNOLOGIA Y BUROCRACIA MEDICAS: IMPLICACIONES EN LA ASISTENCIA MEDICA

David Mechanic\*  
(University of Wisconsin)

A pesar de sus grandes diferencias de organización social, valores e ideología, la mayor parte de los países desarrollados occidentales —y quizá la mayoría de los países del mundo— se enfrentan a problemas comunes de financiación, organización y suministro de servicios de asistencia sanitaria. A medida que la población de demanda cada vez más asistencia médica, aumenta también la preocupación de los países por proporcionar un grado mínimo de asistencia a todos y de disminuir las desigualdades patentes. Para utilizar con efectividad y eficacia la técnica y los conocimientos, son más convenientes ciertas opciones organizativas. Así, se da una tendencia general en todo el mundo a vincular los servicios existentes a grupos determinados de la población, a idear

---

(\*) DAVID MECHANIC, es catedrático de Sociología de la Medicina de la Universidad de Wisconsin (en Madison) y director del Centro de Sociología de la Medicina e Investigación de Servicios Sanitarios, de la misma universidad. Es autor de libros como *Students Under Stress* (1962), *Medical Sociology* (1968), *Mental Health and Social Policy* (1969), *Public Expectations and Health Care* (1972), *Politics, Medicine, and Social Science* (1974). Su dirección profesional es: Prof. D. Mechanic, Department of Sociology, University of Wisconsin, 1180 Observatory Drive, Madison, Wisconsin 53706, USA. La primera versión de esta trabajo fue una ponencia presentada en el *Colloque International de Sociologie Médicale* (Paris, julio 1976), y realizado con una ayuda de la Fundación Robert Wood Johnson.

modos nuevos y más económicos de proporcionar asistencia fundamental a la población sin demasiado énfasis en los esfuerzos técnicos, a integrar los servicios cada vez más fraccionados por la especialización o por una división más elaborada del trabajo y buscar medios de mejorar las salidas del régimen de suministros con entradas fijas. Aunque todas estas preocupaciones caracterizan hasta cierto punto el plan estatal de los países subdesarrollados, en especial señalan la tendencia que existe entre los países desarrollados a medida que intentan frenar el enorme coste de la técnica. En todo el mundo se avanza cada vez más desde la Medicina como actividad empresarial individual hacia un desarrollo más efectivo de sistemas de suministro de servicios. Habiendo tratado detalladamente de estas tendencias en otro lugar (Mechanic, 1974 y 1976), lo que haré ahora será examinar como el cambio de la técnica y de la organización no sólo afecta a la provisión de asistencia médica, sino también a los supuestos fundamentales de médicos y enfermos.

Mi tesis es que la asistencia médica constituye un sistema psicológico de supuestos y sentidos, influido en gran manera por la burocratización de las misiones médicas y la creciente especificación de los aspectos técnicos. En todo el mundo la política representa un papel cada vez más importante en la financiación y en la organización de la asistencia, pero puede tener consecuencias muy diferentes a las que se pretenden cuando quebrantan estos supuestos psicológicos y las expectativas sociales de sanitarios y pacientes.

## Formas de distribución de los servicios sanitarios

La medicina ha visto en los decenios recientes un desarrollo enorme de sus conocimientos especializados y de su técnica. Mientras que estos adelantos han originado un progreso considerable en el tratamiento de algunas enfermedades, se comprenden muy poco la mayoría de las que afectan a la mortalidad y a la morbilidad —como las enfermedades del corazón, el cáncer y psicosis— y los esfuerzos actuales, aunque alivian los padecimientos y a veces alargan la vida, no pueden curar ni prevenir la incidencia de la mayor parte de estas condiciones. Las técnicas actuales son a menudo extraordinariamente caras, exigen mucho personal y tienen que aplicarse repetidamente a un paciente durante el largo curso de un estado crónico. Por tomar un ejemplo en que el éxito ha sido impresionante, como en la hemodiálisis y el transplante en la enfermedad avanzada del riñón, tienen que hacerse esfuerzos intensivos y caros durante un período largo para sostener la vida y el funcionamiento, lo que significa un grado muy elevado de gasto sobre la base *per cápita* (Fox y Swazey, 1974). A medida que estas técnicas de recurso se desarrollan —las unidades de cuidados intensivos, la radiación para el cáncer y los marcapasos para el corazón— siguen elevándose los costes agregados de la asistencia médica, que consumen una proporción cada vez mayor de la renta nacional. En Estados Unidos, por ejemplo —donde en 1940 los costes sanitarios fueron de 4.000 millones de dólares y el 4 por ciento del producto nacional bruto—, los costes actuales se acercan a



los 120.000 millones de dólares y al 8'5 por ciento del producto nacional bruto. Mientras que el aumento proporcional no es tan grande en países de presupuesto centralizado, como en Inglaterra, la tendencia, sin embargo, es la misma y constituye un tema de preocupación para toda la gente reflexiva.

Como la enfermedad y el *mal-estar* son estados comunes de la humanidad, y su predominio en la población es sumamente elevado, como se ha demostrado repetidas veces en estudios de morbilidad (White y otros, 1961), hay una posibilidad casi ilimitada de que prosiga el incremento de la demanda y de los costes médicos. Conforme la gente ha aprendido a tener expectativas mayores y más irrealistas ante la medicina, se ha acelerado la demanda de asistencia para una amplia variedad de estados, tanto graves como ligeros. Ningún país que siga una política razonable facilitará la satisfacción de todas las necesidades que pueda idear un público exigente. Como en cualquier otro ámbito vital, los recursos tienen que ser distribuidos. El desenfrenado incremento de los costes de los países desarrollados, tiene su origen, en parte, por estar en proceso de transición las técnicas de distribución, y la mayor parte de los países no han llegado todavía a una meta razonable en este proceso, cuyo sentido va desde la *distribución por horarios*, pasando por el estadio de *distribución implícita* mediante la asignación de recursos, hasta el estadio final de *distribución explícita*. En este proceso, el papel del médico cambia de empresario a funcionario burocrático y, la consulta médica, de régimen orientado al mercado a burocracia racionalizada. Estos cambios, a su vez, atañen mucho al sentido psicológico de la relación entre el médico y el enfermo, a la utilización de excusas médicas para diversos fines sociales y a la flexibilidad de la medicina como institución para cumplir las expectativas del enfermo y aliviar las tensiones de la comunidad en su conjunto. El resto de este artículo explicará cada uno de estos puntos.

## Tipos de distribución

En la práctica tradicional de la medicina, y todavía hoy en gran parte del mundo, la posibilidad de asistencia médica depende del poder comprarla. Los que tienen medios pueden obtener cualquier grado de asistencia médica posible, mientras quienes carecen de ellos dependen de los servicios que presten el Gobierno, filántropos, la Iglesia, o los mismos médicos. Como la riqueza es limitada y la técnica y los conocimientos médicos no ofrecen en todo caso sino modestas ganancias, el mercado es un recurso natural para distribuir los servicios. En realidad, ha funcionado tan bien que los médicos han apoyado a menudo la intervención estatal y los pagos directos por asistencia, pues tal apoyo aumentaba sus posibilidades de remuneración.

Los horarios por servicio, como forma efectiva de distribución, se han hundido a causa de diversos factores. En primer lugar, la técnica y los conocimientos médicos se han desarrollado con rapidez, incrementando en gran manera los costes de un incidente médico grave e imponiendo a enfermo una carga

económica pesada e imprevisible. A esto se ha unido la creciente demanda por parte de la población de médicos para compartir estos riesgos mediante sociedades de beneficencia y programas de seguros y, conforme han aumentado los costes, de que el Gobierno asuma una proporción creciente de estos gastos. Sin embargo, por las tradiciones de la práctica médica y el monopolio político que han adquirido los médicos sobre el mercado, el auge del pago por terceros no se ha hecho acompañar de inspecciones cuidadosas sobre la labor del médico y sobre cómo producía los costes. Mientras que el pago por terceros facilitaba el acceso a los servicios, la orientación de los médicos, cada vez más inclinados a la ciencia y a la técnica, tenía como consecuencia una gran aceleración del empleo de técnicas de diagnóstico y tratamiento. El resultado ha sido el gran aumento de los costes que ahora consideramos casi inevitable. Se ha enseñado a los médicos a obedecer el «imperativo técnico», esto es, la tendencia a utilizar toda posible intervención, independientemente de su coste, con tal de que haya alguna posibilidad de ganancia (Fuchs, 1968), lo cual contrasta con el cálculo en que se consideran los costes y beneficios relativos de emprender una acción particular. El «imperativo técnico», llevado a su extremo, conduce a gastos fantásticos para obtener resultados relativamente modestos y, a veces, contra-productentes.

En un análisis provocativo, Victor Fuchs (1976) se pregunta por qué casi todos los países desarrollados del mundo siguen una política de seguros sanitarios nacionales, cuando es «irracional» desde un punto de vista económico, por cuanto estimula el sobreconsumo de estos servicios relativamente a otras necesidades. Además, según él, tiene como frecuente consecuencia la adquisición de los tipos de asistencia erróneos y quizá menos útiles. Y nos choca con la intrigante sugerencia de que la fe en los seguros estatales de sanidad quizá tengan que ver muy poco con la salud:

«Las apariencias, el igualitarismo, la decadencia de la familia y de la religión tradicional y la necesidad de símbolos nacionales representan juntos un papel. En los países democráticos de población homogénea, la gente parece querer cuidarse mutuamente a través de programas como los seguros estatales, de la misma manera que lo hace la misma familia, aunque no en el mismo grado. En los países autocráticos de población heterogénea, el seguro estatal se impone a menudo desde arriba, a veces como recurso para reforzar la unidad nacional. La importancia relativa de los diferentes factores varía indudablemente de país y de época a época, pero el poder considerarse que los seguros estatales sirven a intereses y necesidades tan distintos quizá sea la mejor respuesta a por qué Bismarck y Woodco, no son tan extraños camaradas».

Muchos países desarrollados han pasado hace bastante tiempo de la distribución de honorarios por servicio a lo que he llamado *distribución implícita*. Bajo los programas de seguros de varios países europeos, la distribución se imponía por los procedimientos presupuestarios centralizados del Gobierno, como en Inglaterra, o por la limitación de los medios que tenían las «Socieda-

des de enfermos» que contrataban con médicos y hospitales los servicios para sus miembros. Por ejemplo, en Inglaterra, en conformidad con la ley de Seguros Sanitarios Estatales, de 1911, y posteriormente al aprobarse la del Servicio Nacional de Salud, en 1946, el Gobierno presupuestaba cantidades fijas para procurar servicios médicos municipales sobre la base de capitación, y servicios hospitalarios en 1948 sobre un presupuesto global. De modo semejante, las sociedades de enfermos de otros países tenían que convenir acuerdos contractuales con médicos, según sus medios, limitando, por tanto, la amplitud de los servicios que podían prestarse.

En los países europeos que han adoptado seguros estatales de sanidad por un método indirecto, como las contribuciones preceptivas de patrono a empleado, el Gobierno ha asumido cada vez más una proporción mayor de los costes de los servicios médicos y de asistencia institucional. Como el Gobierno podía hacer poco por vigilar la manera en que los médicos y los hospitales producían los costes, ha habido una presión continúa a aumentar los gastos por parte de pacientes y médicos. El Gobierno ha asumido la obligación de resarcir los déficits entre los costes originados por los profesionales sanitarios y los fondos recogidos por las contribuciones patronales, y lo han hecho, elevando los impuestos para la seguridad social, o prestando mayores contribuciones cada año de los ingresos generales. En Inglaterra, donde el Gobierno ejercía una inspección presupuestaria directa, los costes se han limitado con más éxito y no obstante, los profesionales han presionado constantemente para que aumentase el gasto. A pesar de la intervención directa, ha aumentado la proporción de los ingresos nacionales asignados a la sanidad, pero a menor ritmo que en otros muchos países con regímenes presupuestarios menos acabados.

La distribución implícita depende de la gente que haya en la cola. Se ofrecen recursos, medios y personal limitados y el régimen de asistencia se adapta a la demanda estableciendo barreras no económicas (Mechanic, 1976, 87-97). Los sanitarios, con su propia forma de trabajo y sus normas profesionales, atienden a tantos enfermos como pueden, estimando las prioridades y las necesidades. El acceso a los servicios puede limitarse retrasando las citas, prolongando la espera, a través de la limitación de lugares de asistencia (y, por tanto, mayores barreras de distancia e incomodidad), obstáculos burocráticos, y semejantes. También puede haber distribución regulando el grado de elaboración de los servicios: Las pruebas de laboratorio que se ordenen, las técnicas de diagnóstico que se empleen, la tasa de hospitalización, el número de intervenciones quirúrgicas y el tiempo dedicado a cada paciente. La capitación o el salario como formas de pago profesional suelen limitar la amplitud de estos medios; el régimen de honorarios por servicio aumenta la proporción de los servicios técnicos independientes que se pagan (Glaser, 1970; y Roemer, 1962).

La distribución implícita tiene el efecto de limitar los gastos, pero no necesariamente de manera racional. Esta distribución se basa en el supuesto de que el profesional está condicionado suficientemente por su socialización como sanitario para hacer juicios de validez científica sobre qué es lo que constituye la

necesidad, qué formas de tratamiento pueden ser más eficaces y qué casos merecen prioridad. Se supone que el ejercicio del juicio clínico dará por resultado la decisión racional. Pero, como ha observado Eliot Freidson (1976, 136-137), la estimación del juicio médico por compañeros de profesión es tan permisiva que sólo se reconocen claramente como errores «actos escandalosos de ignorancia o desatención». Además, son los individuos más enterados, más activos y más exigentes los que son mejor atendidos; y corrientemente estos pacientes están más instruidos y más educados, pero menos necesitados (Hetherington y otros, 1975). En resumen, la distribución implícita supone que los médicos cumplen unas normas concordadas de asistencia, según las cuales, son equitativos los servicios que prestan. En realidad, estas normas son muy sórdidas, si es que existen, aun las más obvias tienen poca relación con cualesquiera conocimientos sobre las consecuencias de diversos tipos de asistencia para el paciente. En estas condiciones, los consumidores más enérgicos y ruidosos pueden obtener algo más que su parte de asistencia. Además, dadas las ambigüedades de la práctica, los médicos y otros sanitarios pueden hacer jugar sus propias ocupaciones personales, sus preferencias culturales y sus deformaciones profesionales. Si reciben un sueldo, pueden trabajar a un ritmo cómodo y ocioso; y pueden optar por atender más al trabajo que encuentren más interesante, descuidando necesidades importantes de los pacientes, como las de simpatía y apoyo, que quizá los médicos no sientan que sean funciones que les llenen profesionalmente.

Está bien confirmado que los regímenes de distribución implícita proporcionan asistencia a menor coste, por la limitación de presupuesto, recursos y personal, pero hay menos pruebas para afirmar que el resultado sea una asignación más justa de los recursos sociales. Con la distribución implícita sigue habiendo grandes desigualdades en la posibilidad de utilizar los medios, en la asignación del personal y de los recursos *per cápita* (y con relación con las tasas conocidas de morbilidad de la población) y en el acceso a los servicios (Cooper, 1975; Logan, 1971; y Hetherington y otros, 1975). Según instituciones y regiones, hay muchas diferencias de procedimientos, cantidad de trabajo, asistencia por auxiliares y nivel técnico.

Los Gobiernos tienen cada vez mayor interés por pasar de la distribución implícita a la explícita. La idea de esta última no sólo es poner límites al gasto total por asistencia, sino también desarrollar mecanismos para lograr decisiones más relacionales en cuanto a la inversión relativa en los diversos terrenos de la asistencia, los distintos tipos de medios y de personal, las nuevas iniciativas técnicas y la creación de ciertas normas uniformes mínimas. La dificultad de establecer estas prioridades y normas está en que faltan pruebas definitivas de la eficacia de los distintos tipos de asistencia. Aunque es muy fácil formular normas para cursos de tratamiento, es más difícil demostrar que tengan una relación clara con el éxito que en realidad importa. De hecho, el examen al azar de los servicios sanitarios suele mostrar que innovaciones tan caras como la vigilancia intensiva de la coronaria o las hospitalizaciones prolongadas para cier-

ta variedad de enfermedades parecen distinguirse poco en sus consecuencias mensurables para las poblaciones en que se utiliza tan rutinariamente (Cochrane, 1972).

No obstante, la dificultad de imponer la distribución explícita es más política que científica. Aunque siempre existe el peligro al establecer directrices generales de que su formulación no se ajustará a un caso específico, hay muchos casos de la práctica médica en que restricciones inteligentes a los médicos pueden conducir a una práctica mejor y más económica. Pero, en realidad, los médicos se resisten a tales directrices como intrusiones en su juicio y autonomía profesional y suelen hacer lo que pueden por infringirlas. Aun con cierto número de directrices laxas, inteligentes —sensibles a las realidades de la práctica médica y de la conducta humana—, puede contribuirse en gran manera a una distribución más eficaz de la habitual con el régimen implícito.

Muchos si temas de Seguros emplean gran variedad de recursos para limitar las opciones de los sanitarios (Glaser, 1970), que se adoptan cada vez más corrientemente. El más directo es la simple exclusión o restricción de ciertos tipos de servicios que pueden implicar elevados costes, pero dudosos beneficios (por ejemplo, el psicoanálisis, la ortodoncia, las curas de reposo, la cirugía plástica para fines de belleza, etc.). En el caso de elementos esenciales de tratamiento, el programa puede fijar un número máximo de procedimientos que se pagarán o puede establecer intervalos necesarios entre los procedimientos que pueden repetirse y admitirse. Estas limitaciones tienen la función de limitar la discreción del médico, aunque en un grado mínimo. Pero en teoría pueden extenderse mucho. Otro medio es limitar el coste de un tratamiento exigiendo al médico que de justificación cuando quiera tomar una opción más cara. Como el papeleo suele desagradar a los médicos, es probable que las directrices sean eficaces si son razonables.

En Estados Unidos se insiste ahora en la revisión profesional obligatoria, proceso en el que se estimará las prácticas de utilización y, posteriormente, la calidad de la asistencia. Además, según los programas federales, hay que justificar el sobrepasar ciertas normas establecidas. Aunque estos requisitos son todavía muy flojos, poco conformes a menudo con las contringencias del servicio y originan gran cantidad de papeleo innecesario, en teoría pueden ser bastante estimables si el proceso de revisión es inteligente y no se apoderan de su dirección los médicos que quieran mantener las prácticas corrientes. La necesidad de toda directriz o norma puede estimarse según costes y beneficios. Cuando los costes excedan a los beneficios, está claro que la norma es torpe.

Para procedimientos caros especificados, algunos países requieren una revisión previa que, prodigada, resulta un medio costoso e ineficaz, pero, utilizada discretamente para restringir el trabajo caro de dudosa eficacia, y quizá también peligroso, puede tener como consecuencia el disuadir y frenar la irresponsabilidad de algunos profesionales. Especialmente en el terreno de la intervención quirúrgica, y quizá también en el de la utilización de medicamentos peligrosos, la revisión previa funciona para reducir los costes y para estimular

a la asistencia de buena calidad. En resumen, tanto el Gobierno como los programas de Seguros particulares se están haciendo más audaces para entrar en terrenos que los médicos consideran de su dominio y tenemos todos los motivos para prever que proseguirá esta tendencia.

## **Distribución y asistencia médica primaria**

El aspecto más destacado de la organización médica de los países modernos es el enorme aumento de la especialización y la subespecialización que ha ocurrido. Aunque esta evolución se debe en gran parte al crecimiento de la ciencia y la técnica biomédicas, la especialización es también un proceso político que origina ventajas económicas y mayor dirección del trabajo y de las responsabilidades individuales (Stevens, 1971). La especialización permite además a los médicos el dominar un terreno específico y limitar la competencia. Aunque el concepto tradicional del especialista era el de un médico asesor que ayudaba al generalista en los problemas difíciles o más complejos, las especialidades actuales se organizan en torno de grupos diversos de la población, como la pediatría y la geriatría; tipos de técnica, como la radiología; sistemas orgánicos, como la nefrología; etiologías, como las enfermedades infecciosas; y categorías de enfermedades, como las pulmonares. La desviación más reciente del concepto médico asesor es el nacimiento de una especialidad en la consulta familiar, que en realidad habla del generalista como otro tipo de especialista.

Aunque hay muchos temas relativos a la manera como ha surgido la especialización, la distinción de mayor importancia para la distribución es la existente entre los médicos que prestan primera asistencia y los que proporcionan una asistencia de especialidad o servicios hospitalarios más complejos. Todos los países del mundo están intentando definir ahora las funciones y responsabilidades apropiadas a cada uno de los grados de asistencia y su mejor equilibrio. La mayor parte de las explicaciones sobre la asistencia primaria, en particular en los países que la mantienen, al menos, en parte, en régimen de mercado, adolecen de confusiones entre las dimensiones organizativas, de servicio y de personal de la situación.

La idea más típica de la asistencia primaria es aquella que la define como la prestada por ciertos tipos de profesionales que actúan como generalistas: los médicos generales, de cabecera, enfermeros, etc. Se cree que la instrucción recibida por estos profesionales los prepara adecuadamente para proporcionar una asistencia de primer momento y asumir la responsabilidad continua sobre las necesidades generales del paciente. Esta definición, aunque convenientemente, comprende como asistencia primaria procedimientos médicos y quirúrgicos sumamente complejos, mejor realizados por médicos muy versados en este terreno y que siguen estos procedimientos con la suficiente frecuencia para realizarlos con conocimiento. Aunque en Estados Unidos y en otros países los médicos generales hacen mucha cirugía especializada, no es apropiado incluir-

la en asistencia primaria. De modo semejante muchos especialistas insisten en que dedican mucho tiempo a la asistencia primaria, exagerándose así la escasez de médicos generales. Quedará claro que no es particularmente útil este enfoque para entender el papel adecuado de la asistencia primaria.

Se sugiere con frecuencia que un modo de resolver este problema de la asistencia primaria es el de dividir arbitrariamente las funciones médicas en primarias, secundarias y terciarias. Pero este enfoque yerra el tema principal, a saber, que el ejercicio de la medicina es una empresa conceptual e intelectual, en que médicos de diversa instrucción entienden, estiman, clasifican y tratan de modo diferente a pacientes semejantes. En buena práctica médica, la estimación de un paciente resulta de escucharlo, conocer a la persona y desarrollar un contexto clínico en que esté dispuesto a descubrirse. La manera como los médicos lleguen a considerar el problema de un enfermo dependerá de sus orientaciones y de lo asequible que este les sea tanto psicológica como físicamente. La clave está en que las diferencias entre profesionales generales y especialistas no son cuestión simplemente de lo que hacen, sino también de cómo lo hacen. Un aspecto esencial de la asistencia primaria es la actitud del médico, sus supuestos y la cantidad de información sobre el enfermo particular y la manera como el médico trata de estimar las quejas del paciente. Muchos enfermos que ven por primera vez a un médico se encuentran en un estado en que sus síntomas están desorganizados y son fluidos (Balint, 1957). Lo que el médico califica de importante, lo que pregunta y la manera como estima los síntomas y la enfermedad del paciente, están conformados por su conocimiento de éste así como por su instrucción y sus orientaciones. Al entender cómo afectan al ejercicio de la medicina diversos tipos de instrucción general y de subespecialidad, es necesario tener una buena apreciación de cómo se estima y se trata de modo diferente a pacientes que presentan dolencias semejantes.

Otra manera de considerar la asistencia primaria es verla como parte de un sistema organizativo. Entonces se insiste menos en un tipo particular de médico y de su instrucción, y más es cómo se organizan y se relacionan los diferentes planos de asistencia. Por ejemplo, en la mayor parte de los sistemas organizados de asistencia médica se señala a médicos generales que tienen la responsabilidad de una primera consulta, una responsabilidad continua sobre una población registrada y que deben tratar los problemas más corrientes y menos complicados de sus enfermos. Estos sistemas están establecidos a menudo de manera que los pacientes se ven obligados a pedir servicios más especializados a través de su médico general. De modo semejante, los medios secundarios y terciarios están organizados en relación con el sistema en su conjunto y se intenta especificar las condiciones de coordinación entre los diversos planos de asistencia. Aunque el tipo particular de profesional utilizado en los diversos planos no es problema que carezca de importancia, la atención principal se dirige a definir las responsabilidades de las funciones de cada plano. Los servicios primeros, los defina el sistema de cualquier manera, pueden estar organizados en modos diferentes y con tipos alternativos de personal en tanto se rea-

licen las funciones necesarias. En este contexto, la asistencia primaria es un plano de servicio, no un tipo particular de profesional.

La formulación de un plan sistemático de funciones primarias, secundarias y terciarias tiene consecuencias importantes para la distribución. Cuando el médico general es la puerta de acceso al sistema de asistencia y el que da entrada hacia los médicos y técnicas más especializados, puede disminuirse en mucho la tasa de utilización de éstos últimos. Los sistemas de asistencia que utilizan fundamentalmente sólo una entrada a través de un médico general, pueden funcionar con muchos menos especialistas y medios especializados y sin gran pérdida de asistencia efectiva. Como ha observado Paul Beeson (1974), que ha tenido puestos responsables en Inglaterra y en Estados Unidos: «Hay 22.000 médicos de familia en el Reino Unido y 70.000 en Estados Unidos. Hay 8.000 especialistas en el Reino Unido y 280.000 en Estados Unidos (...) Esta sorprendente diferencia significa economía en el uso de especialistas. Para mí, esta es la razón más obvia de por qué Estados Unidos tiene un sistema mal distribuido y excesivamente costoso» (pág. 48).

Además, un sistema eficaz de asistencia permite la posibilidad de organizar racionalmente el personal en cuanto a los grupos de población, limitando el grado en que los médicos originan esfuerzos marginales por causa de su excesiva concentración en un terreno. Al insistir en funciones y modelos de asistencia, antes que en tipos de especialidades médicas, es mucho menos difícil encontrar sustitutos funcionales a los médicos en la prestación de muchos servicios de asistencia primaria. Como se insiste en el servicio, es más posible organizar la participación de sanitarios que estén adiestrados y dispuestos a realizar funciones que no gustan a los médicos, que las realizan poco o que las hacen ineficazmente. Por ejemplo, educación sanitaria, readaptación, servicios sociales relacionados con la medicina y semejantes.

Cuando la asistencia primaria se define como parte de un sistema, sigue habiendo problemas de coordinación y motivos. El momento en que debe haber remisiones de un plano a otro, por ejemplo, se deja al profesional individual y es influido a menudo por los incentivos implícitos incorporados a la organización de los servicios sanitarios o por las formas de remuneración del personal. Una queja corriente en los sistemas organizados de asistencia basados en un orden de capitación es que hay remisiones innecesarias a los servicios secundarios por la falta de estímulos a la continuación de la asistencia en el plano primario (Forsyth y Logan, 1968). Estos problemas pueden mitigarse, si no evitarse, mediante una buena comprensión de la epidemiología de la búsqueda de ayuda, con especificación de las normas de remisión y con incentivos para estimular la buena asistencia.

### **La estructura de la interacción médico-enfermo bajo diversos sistemas de distribución**

Cada uno de los tipos de distribución espuestos suelen asociarse a una



forma particular de la interacción entre el médico y el enfermo aunque hay gran diversidad dentro de cada tipo según la personalidad de los actores, la cantidad y el flujo de trabajo y los incentivos que obran en toda situación particular. Eliot Freidson (1961, 1970 y 1976) ha escrito extensamente sobre estos tipos de relaciones, y este epígrafe se basará mucho en su obra. A medida que la distribución va del régimen de honorarios por servicio, pasando por la distribución implícita, a la explícita, los tipos de influencia varían, de la fiscalización del cliente, pasando por la del colega, a la fiscalización burocrática. De modo semejante, los matices del papel del médico pasan de «empresario», por «experto», a «funcionario». Freidson ha ilustrado convincentemente cómo el paso del régimen de honorarios por servicio a la consulta de grupo prepagada, se ve acompañado por una disminución de la flexibilidad y de la compenetración del médico. Cuando la retención del paciente ya no es un problema económico para el médico no necesita «complacerlo» ni plegarse a sus deseos si son contrarios al mejor juicio del médico. Freidson arguye que en los servicios prepagados los colegas son un grupo de referencia más importante y, aunque el médico quizá sea más inflexible, puede practicar un nivel más elevado de asistencia médica. El grado en que existen diferencias entre el régimen de honorarios por servicio y la práctica del pago previo dependerá en gran manera de la competencia por pacientes que haya en una zona. A medida que aumente la competencia, los médicos estarán más dispuestos a ser más amables con los pacientes y más flexibles ante sus peticiones para retener la clientela. Si el médico tiene más pacientes de los que necesita, puede haber poca fiscalización del cliente aun en la situación de honorarios por servicio. Conforme el médico se independiza del paciente —o por ser el único entre un gran número de médicos que atiende a una población registrada, o por estar en una situación competitiva favorable—, podrá desempeñar con más facilidad el papel del experto neutral, cuyas decisiones estén bastante aisladas de toda traba económica personal que pueda tener en su trabajo.

En teoría, la distribución implícita estimula al médico a desempeñar el papel de experto, pero en realidad la dificultad está en la ambigüedad de sus conocimientos. Como el médico, por el mismo carácter de su trabajo, necesita tomar muchas decisiones sociales sin demiado relación con sus conocimientos técnicos, y como estos juicios sociales suelen ser radicalmente diferentes entre los médicos, estas decisiones no tienen un fundamento evidente. Considérese, por ejemplo, el problema, que surge a menudo, de si debe devolverse a casa a una madre hospitalizada o se la debe retener unos cuantos días por prever el médico que su familia espera que vuelva a cumplir con sus obligaciones habituales o porque ella pueda estar inclinada a reasumir prontamente sus responsabilidades. En teoría, cuando el paciente tenga que pagar parte de los honorarios, este coste potencial influirá la decisión. Pero cuando el coste lo asuman terceros, ni el médico ni el paciente tendrán ningún estímulo para escoger la decisión más lenta. Si el médico actúa como experto, su orientación será la de utilizar los recursos si ve un beneficio potencial. Sólo habrá incentivos para obrar

de otra manera cuando él mismo se encuentre personalmente frente a una limitación de recursos. Un presupuesto global sin más directrices —aunque pueda restringir la libertad de acción del médico hasta cierto punto— no asegura una decisión racional y puede estimular a una conducta de preferencias según las ideas del médico y sus actitudes ante el paciente.

Aunque no hay prueba muy clara, la mayor parte de las consultas de grupo prepagadas parecen conservar más los recursos, vigilando las entradas —el número de médicos generales, de camas y especialistas— que influyendo directamente sobre la manera como los médicos deciden sobre los recursos por distribuir. Aun habiéndose argumentado que los incentivos para que los médicos eviten trabajo innecesario puede ser un factor importante, no hay prueba manifiesta de que estos incentivos afecten de modo importante a la misma decisión (Mechanic, 1976). La mayor parte de la distribución que se efectúa parece ocurrir en el plano del programa administrativo, y entonces los médicos parecen ajustarse a cualesquiera recursos que haya. Por tanto, en la mayor parte de las consultas de grupo con pago previo o en los centros sanitarios o policlínicas, los médicos siguen conservando en gran parte el papel de «expertos».

Conforme los contables sanitarios o funcionarios gubernamentales intentan limitar los gastos pasando al sistema de distribución explícita, se empuja a los médicos en mayor grado a asumir el papel de funcionarios burocráticos. El caso de los médicos soviéticos, descrito por Field (1957), que tenían limitado el número de partes de baja que podían firmar, nos ofrece restringir sustancialmente las opciones para la decisión del médico. Aunque ningún régimen de distribución explícita del mundo ha ido tan lejos de ninguna manera sistemática, se da una tendencia discernible hacia el aumento de la fiscalización administrativa. En tales circunstancias, el médico puede determinar explícitamente qué pacientes están más necesitados de un servicio particular y puede idear medios para desanimar o influir a otros pacientes que insisten en tal servicio. Por ejemplo, el médico exigirá cada vez más la revisión previa de ciertas decisiones o que se revisen otras con posterioridad. La incorporación de estas exigencias o revisión, si se hace en serio, puede tener un efecto importante sobre la decisión, en particular sobre el «imperativo técnico».

En todo el mundo los médicos han conservado gran autonomía; e incluso en contextos tan sumamente burocratizados como la medicina militar, la medicina industrial y los servicios sanitarios de los países comunistas, los médicos han persistido en su papel más como expertos que como funcionarios burocráticos. La variación es más matiz que drama y, aunque estas tendencias aumentarán en todo el mundo, es más probable que la distribución se imponga sobre la total estructura de los servicios y, menos, sobre las decisiones del médico individual que trata a un paciente particular. En todo caso, la creciente burocratización de la medicina plantea graves peligros con cuyo breve examen concluye este capítulo.

## Los efectos de la burocratización sobre la Medicina como institución social

La Medicina, en cuanto institución social, tiene funciones muy amplias, no sólo se ocupa de la prevención y del tratamiento de las dolencias, las enfermedades, las incapacidades y las lesiones, sino que proporciona también una excusa aceptable para escapar de obligaciones y responsabilidades ordinarias y puede utilizarse para justificar conductas e intervenciones que el sistema social no tolera de ordinario sin graves sanciones. La calificación de enfermedad puede emplearse también como mecanismo de control social para contener la desviación, para eliminar desencajes en particulares papeles sociales y para estimular a la continuación del funcionamiento social y de la actividad productiva. Por tanto, el lugar de la fiscalización de la decisión médica es una variable clave al examinar las consecuencias de la asistencia médica para la vida social más en general.

En el caso de la medicina de honorarios por servicio, el médico obra como agente del paciente. Aunque sus propios intereses económicos personales pueden introducirse en la relación, su papel es defender los intereses del paciente contra cualquier otro interés competitivo. El mayor empleo de médicos en los programas sanitarios y en las organizaciones complejas implica cambios en las perspectivas de la asistencia médica que se desvían en gran manera de los conceptos tradicionales (Mechanic, 1976). Como hemos observado antes —y específicamente al explicar la distribución— los marcos burocráticos médicos implican múltiples intereses, poniendo al médico bajo la presión para sacrificar ciertos intereses potenciales de un paciente individual con el fin de satisfacer necesidades organizativas. En el caso de instituciones como las Organizaciones de Preservación de la Salud, por ejemplo, se dictan más instrucciones administrativas para la distribución y se crean más incentivos económicos para estimular a los médicos a evitar los servicios innecesarios. Pero como el concepto de «necesario» es en sí vago, la determinación puede reflejar el equilibrio de las presiones sobre el médico,

La burocratización de la medicina tiene también el efecto de disminuir la responsabilidad personal del médico, haciendo más probable que prevalezcan otros intereses sobre los del paciente. Al dividir la responsabilidad sobre la asistencia médica, la burocracia libera al médico de la directa responsabilidad continua. Cuando el paciente no puede disponer del médico por la noche o los fines de semana, ni obtener una asistencia compenetrada ni contestación a sus consultas o cualquier otra cosa, el problema no se centra ya en el fracaso de un médico individual, sino en el de la organización. Es más fácil para los pacientes situar y tratar fracasos individuales, en que las responsabilidades es clara, que enfrentarse a una estructura organizativa difusa, donde la responsabilidad es vaga con frecuencia y se pasa el bulto con facilidad. Hasta el punto en que el médico sepa que el paciente está a su cargo, sentirá cierta responsabilidad para proteger sus intereses contra las barreras y las exigencias organizativas que no

sean del todo apropiadas. Pero cuando la responsabilidad esté menos clara, será más fácil tomar decisiones en nombre de otros intereses, como la investigación, la enseñanza, la demostración o el «bien común», cualquier cosa que esto signifique.

El crecimiento de la medicina burocrática es de muchas maneras una respuesta afectiva al desarrollo y a la complejidad del saber médico. Pero encierra también algunas amenazas importantes al concepto de la responsabilidad del médico sobre el mejor interés del paciente individual y sobre las relaciones de simpatía y de apoyo, tan vitales para la asistencia eficaz a toda la persona. Encierra también un cambio de equilibrio de poderes en cuanto al tratamiento de los problemas más generales por los cuales utilizan los pacientes el sistema médico, como los de aliviar ansiedades y excusar fracasos. El papel del médico como abogado del paciente, resulta de una relación estrecha y continua y de un conocimiento del paciente y de cierto vínculo con él. Las estructuras burocráticas vienen a promover relaciones más fragmentarias y desapegadas y ambigüedades y conflictos en los vínculos. Aunque en teoría pueden idearse estructuras burocráticas que promuevan la simpatía, la continuidad y el cuidado humano, la tendencia va a que se dé suma prioridad a las funciones burocráticas y técnicas. Se recompensa más a los médicos por ser buenos gerentes e investigadores y por cargar con mucho trabajo, que por proporcionar una asistencia humana y con interés. Aunque la asistencia médica es a menudo humana en las burocracias, tal conducta parece ocurrir a pesar de la estructura burocrática, más bien que por su causa.

La burocratización de la medicina es inevitable. El desafío, por tanto, es promover disposiciones organizativas que distribuyan con sensatez y justicia y que proporcionen incentivos para escuchar al paciente y asistirlo. La medicina humana es un elemento efectivo de la buena asistencia al paciente. Los resultados médicos dependen a menudo de la comprensión y cooperación de los pacientes y de su disposición a entrar en sus problemas con interés y seriedad. La medicina sin cuidado tiene una capacidad limitada para cumplir el gran potencial de la medicina como institución de apoyo a quienes llegan a tener que depender de ellas. El desarrollo de incentivos burocráticos, por tanto, tiene que proyectarse para reforzar los valores humanos aun capitalizando los progresos del saber y de la técnica (Howard y Strauss, 1975). Esto puede lograrse más efectivamente elevando el papel y la obra del sector primario y regulando esmeradamente, mediante el proceso de plan, la disponibilidad y la provisión de las técnicas más caras, complejas y peligrosas. Bajo directrices generales, el médico y el paciente tienen que seguir siendo tan libres como sea posible para negociar soluciones satisfactorias a los problemas personales y sociales que los reúnen.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BALINT, Michael: *The Doctor, His Patient, and the Illness*, Nueva York, International Universities Press, 1957.
- BEESON, Paul: «Some good features of the British National Health Service», *Journal of Medical Education*, 49 (enero 1974): 43:49.
- COCHRANE, A. L.: *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- COOPER, Michael: *Rationing Health Care*, Nueva York, John Wiley (Halsted Press), 1975.
- FRIELD, Mark: *Doctor and Patient in Soviet Russia*, Cambridge, Harvard University Press, 1957.
- FORSYTH, G. y R. LOGAN: *Gateway or Dividing Line: A Study of Hospital Out-Patients in the 1960's*, Nueva York, Oxford University Press, 1968.
- FOX, Renée y SWAZEY, Judith: *The Courage to Fail: A Social View of Organ Transplants and Dialysis*, Chicago, University of Chicago Press, 1974.
- FREIDSON, Eliot: *Patients' Views of Medical Practice*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1961.
- *Profesion of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Nueva York, Dodd-Mead, 1970.
  - *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control*, Nueva York, Elsevier, 1976.
- FUCHS, Victor: «The growing demand for medical care», *New England Journal of Medicine*, 279: 190-195, 1968.
- «From Bismarck to Woodcock: The "irrational" pursuit of national health insurance», *Center for Economic Analysis of Human Behavior and Social Institutions*, Working Paper No. 120, National Bureau of Economic Research, 1976.
- GLASER, William A.: *Paying the Doctor: Systems of Remuneration and Their Effects*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1970.
- HETHERINGTON, Robert, et al.: *Health Insurance Plans: Promise and Performance*, Nueva York, Wiley-Interscience, 1975.
- HOWARD, Jan y STRAUSS, Anselm (comps.): *Humanizing Health Care*, Nueva York, Wiley-Interscience, 1975.
- LOGAN, R. F. L.: «National health planning-An appraisal of the state of the art.», *International Journal of Health Services*, 1 (febrero, 1971): 6-17.

- MECHANIC, David: *Politics, Medicine, and Social Science*, Nueva York, Wiley-Interscience, 1974.
- *The Growth of Bureaucratic Medicine: An Inquiry into the Dynamics of Patient Behavior and the Organization of Medical Care*, Nueva York, Wiley-Interscience, 1976.
- ROEMER, Milton: «On paying the doctor and the implications of different methods», *Journal of Health and Social Behavior*, 3 (primavera, 1962): 4-14.
- STEVENS, Rosemary: *American Medicine and the Public Interest*, New Haven, Yale University Press, 1971.
- WHITE, K. L. et al.: «The ecology of medical care», *New England Journal of Medicine*, 265: 885-892, 1961.

## Capítulo 4

# EL PODER MEDICO

Yvo Nuyens\*

*(Katholieke Universiteit Leuven)*

Sobre el tema del poder de los médicos se ha escrito bastante. El presente capítulo trata de sintetizar algunas ideas básicas utilizando el caso de Bélgica. Este es especialmente relevante por tener varias características comunes con España: país predominantemente católico, con minorías regionales de gran importancia (catalanes y flamencos), y con un exceso relativo de médicos dentro del sector sanitario (España y Bélgica son dos de los países con más médicos de Europa). El poner de manifiesto los intereses de los diversos grupos de presión en la limitación del poder del médico (y del paciente) es una forma eficaz de comprender el problema con el que se enfrenta Bélgica —fácilmente extrapolable al caso de España.

### El caso de Bélgica

El año pasado hubo en Bélgica discusiones acaloradas sobre el nuevo código de deontología médica. Los hechos son los siguientes: en 1950 la Junta Superior del Colegio de Médicos hizo un proyecto de código de deontología, que el Consejo de Estado declaró nulo y sin efecto en 1951, afirmando que el Colegio se había excedido en su competencia. El Real Decreto núm. 79, de 10

---

(\*) YVO NUYENS, es profesor de Sociología de la Medicina en las Universidades de Lovaina y Amberes (en Bélgica) y director del Centro de Investigación de Sociología de la Medicina. Ha sido el organizador del congreso internacional de Sociología de La Medicina en 1976 (agosto, en Bélgica). Es autor de varios libros, entre ellos: *Sociologie en Gezondheidszorg* (1969), y *Grenzen aan de medische macht* (1976). Su dirección profesional es: Prof. Y. Nuyens, Sociologisch Onderzoeksinstituut, Edw. Van Evenstraat 28, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Bélgica.

de noviembre de 1967, ordenaba, dieciséis años después, que el Colegio elaborase una nueva deontología médica. Después de siete años de trabajo en sesiones a puerta cerrada, se dio a conocer el nuevo código y se publicó después como documento oficial dirigido al ministro de Sanidad. El *Werkgroep Gezondheidsvoorlichting* (Comisión de Información Sanitaria), el *Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine*, o *Germ* (Seminario de Reforma de la Medicina), y el *Studie en Adviesgroep voor een Hervorming van de Gezondheidszorg*, o *Sahg* (Seminario Consultivo de Reforma de la Asistencia Sanitaria) protestaron inmediatamente contra este documento por «abordar los problemas desde una opción por la medicina liberal subvencionada, intentando únicamente el código restringir los excesos de esta opción y evitar otras soluciones alternativas».

Esta reacción, primeramente desatendida como iniciativa aislada de un grupito izquierdista, tuvo pronto como consecuencia, el conocido efecto de la bola de nieve: interpelado en el Parlamento, el Ministro se vio obligado a entrar en el nudo de la cuestión: el bloque del personal de hospitales entró en acción pretendiendo que habían sido olvidados injustamente; y las organizaciones de Seguros se preguntaban en una declaración oficial si se había dicho la última palabra.

Todo ello ha planteado el problema de la deontología médica como problema político y social, lo cual es en sí un paso adelante, pues permite a otros grupos implicados, y a los mismo médicos, participar en la discusión y en la decisión sobre el sentido y la forma de la medicina de calidad. Además, el nuevo código no sólo es un anacronismo que utiliza conceptos anticuados y desacreditados, sino que amenaza con mantener al paciente privado de derechos, sin voz no voto, e impide toda posible evolución y cambios en la consulta médica.

## Carnet de conducir para los médicos sindicados

En primer lugar, este código confirma el modelo de profesión liberal basado en una idea corporativista, individualista e igualitaria de la consulta médica. Es *corporativista*, porque los aspectos principales de la consulta médica siguen bajo la supervisión exclusiva de los compañeros de profesión (el Colegio Médico: véase abajo); por ejemplo: los acuerdos con terceros, los acuerdos entre médicos y su conducta pública. Es *individualista*, porque la mayor parte de sus principios y disposiciones se refieren a la responsabilidad personal e individual del médico. Ejemplos: la determinación de los honorarios, la consulta en hospitales y la participación en práctica. Finalmente, es *igualitario* porque todas las opciones y los conflictos internos se ocultan al mundo exterior bajo el lema: «Somos una corporación de compañeros de profesión iguales y de la mismas ideas, en la que no deben interferir los de fuera». Esto explica el puesto esencial que ocupa en el nuevo código el concepto de confraternidad.

Además, cuando los principios de libertad terapéutica, secreto profesional y libre elección aparecen en el nuevo código casi en su redacción original, po-



demos pensar si su objeto no ha sido establecer un programa de Sindicatos Médicos más bien que un proyecto de deontología médica para el *anno* 1975.

### **Peatones sin protección**

La crítica al nuevo código se ha centrado justamente en la falta de suficiente seguridad jurídica para los médicos. Sin embargo, es de igual importancia la observación de que los derechos de los paciente se limitan extremadamente. Puede decirse que la deontología médica no existe de modo fundamental para el médico, sino más bien para el paciente, de modo que los deberes de los médicos deben basarse, en último término, en los derechos de los pacientes. El presente código, explícitamente, *no* parte de esta idea, como se ve en los ejemplos siguientes.

Al tratar de la relación entre el médico y el paciente, el código dispone que aquél debe intentar informar a éste del diagnóstico y de las medidas terapéuticas que va a tomar. Después, se dice también que el médico puede informar al paciente, si es en su interés, sobre los datos de su historial. Todo pronóstico grave debe ocultarse y sólo en casos excepcionales se le podrá comunicar un pronóstico fatal. No tendrá efecto la declaración por parte del paciente de librar al médico del secreto profesional. El paciente es libre de elegir su médico, pero éste tiene el derecho a rechazar al paciente. Siempre podrá pedirse un certificado médico, pero el médico podrá denegarlo siempre.

Es obvio que en estos ejemplos no son fundamentales los derechos del paciente, sino los del médico. Hasta este punto, el código deontológico existe únicamente para beneficio de los médicos, no para beneficio de los pacientes, que en el tráfico médico siguen siendo simples peatones sin protección.

### **Prohibido conducir por la izquierda**

Por último, el código prohíbe toda evolución alternativa de la consulta médica. La cooperación en la educación y en la instrucción sanitaria puede interpretarse como publicidad, que está prohibida. Hay libertad para pedir honorarios más elevados, pero está vedado pedir honorarios inferiores a los usuales en cierta zona. Se somete a severas medidas restrictivas toda participación de honorarios entre médicos, mientras que de modo explícito no se la permite entre los profesionales médicos y los no médicos (como los enfermeros, los psicólogos y las asistentes sociales). Se da un trato extremadamente restrictivo a la consulta colectiva y a otras formas de consulta más generales, en el sentido de deberse garantizar la tradicional libertad del médico individual.

Todo el que haya seguido los sucesos recientes en la asistencia sanitaria belga, sabrá exactamente qué es lo que pretenden estas medidas, a quién «se da garantía» y quién verá amenazado su «carnet de conducir» por este código. Conclusión: el nuevo código de deontología médica es la fotocopia de un antiguo y conocido programa de Sindicato Médico.

## El Tribunal especial

El propio efecto del debate actual sobre la deontología médica sólo podrá comprenderse del todo si nos referimos al Tribunal Especial (*Orde van Geneesheren*). Establecido legalmente en 1938, todo médico que desee ejercer en Bélgica está obligado a registrarse en este Tribunal (y a pagar una cuota anual firme de 3.000 a 7.000 pesetas).

El Real Decreto núm. 79, de 10 de noviembre de 1967, encomendaba a este Tribunal dos misiones fundamentales: primero, elaborar un código y, después, tomar medidas disciplinarias contra las infracciones de esta deontología. Tal mezcla de competencias legislativa y judiciales en un cuerpo único es, por lo menos, notable en un país que mantiene estrictamente la división de poderes. La crítica social a este Tribunal Especial puede agruparse en tres temas.

En primer lugar, se observa que este Tribunal actúa como juzgado disciplinario, dictando sanciones a médicos con fundamento en un código inexistente, o por lo menos que carece de reconocimiento oficial, con la consecuencia de que los médicos se encuentran constantemente en una situación de suma inseguridad jurídica.

El nuevo código (propuesto) incluso amplía esta posibilidad, pues sus disposiciones pretende ser solamente enumerativas y no restrictivas: se emplean muchos conceptos muy vagos (susceptibles de interpretación numerosas) y se aumentan las posibilidades de intervención de los Colegios provinciales sobre la base de sus propias interpretaciones. Además, debemos subrayar otra vez que *no puede* ser garantía de una asistencia sanitaria orientada al paciente un tribunal que quizá funcione bien, sobre la base de un mal código (véase arriba).

Pero, ni aún el funcionamiento del tribunal es brillante, pues una segunda serie de críticas se dirige precisamente al modo como actúa. Al presente, no sólo obra como cuerpo legislativo, sino que también realiza la investigación, hace de fiscal y, por último, también juzga. En efecto, teniendo en cuenta la falta completa de publicidad, es muy grande el riesgo de fallos erróneos en Derecho.

La administración acertada de justicia es un problema enorme, dado que el Tribunal está viciado por el sindicalismo médico; y éste es el tercer tema de crítica. Los mismos que menean la campanilla en las juntas generales del Sindicato son los que al día siguiente sostienen la balanza de la justicia, juzgando a colegas que pueden ser sus oponentes sindicales.

El ministro de Sanidad, contestando a una interpelación en el Senado sobre este problema, declaraba: «No conviene que la autoridad del Tribunal Especial y la del Sindicato Médico coincida en las mismas personas. Las misiones del Tribunal y del Sindicato están en planos diferentes. Creo que toda confusión y mezclanza en este asunto es perjudicial en todo respecto. Sin embargo, creo que son los médicos quienes deben tener el cuidado necesario, si no quieren que este Tribunal pierda su crédito y, al final, su aceptación social.»

Pero, ¿qué pasa si los médicos no tienen el cuidado que se les pide, como se ve con regularidad en las publicaciones de algunos sindicatos médicos? ¿Serán

suficiente «emperifollar» el Tribunal Especial como institución social, por ejemplo, dividiendo sus competencias según la materia, creando un cuerpo independiente de investigación, mostrando más respeto a los derechos del acusado y dando algo más de publicidad al procedimiento? ¿O deben tomarse más medidas, como sugiere un fondo de seguros, sustituyéndose el presente cuerpo mixto de profesionales de la Medicina y del Derecho por una junta en que sólo las autoridades jurídicas tengan la facultad de dictar sentencia, quedándole sólo al Tribunal competencia consultiva? ¿O debe suprimirse el Tribunal, según el razonamiento del ministro, de que en cierto momento podría hacerse socialmente inaceptable al no cumplirse ciertas condiciones? En este último caso, sus competencias debieran transferirse a los tribunales ordinarios. Considerando todo lo dicho, es difícil no llegar a esta conclusión, a menos que queramos restaurar un régimen medieval.

### El número fijo cierra el círculo

Nos viene a la mente de modo espontáneo la restauración del régimen gremial medieval al considerar las medidas que se proponen, de establecer el *numerus clausus* y de redactar una ley que regule la apertura de nuevas consultas. Estos son los hechos:

Este año, las Facultades belgas de Medicina concederán, probablemente, 1.000 títulos nuevos. Con la presente tasa anual de crecimiento del 10 por 100, la profesión médica habrá aumentado otra vez en la mitad de 1971 a 1980, lo que significará una suma de 30.000 médicos, es decir, una media de 3,15 médicos por 1.000 habitantes: así, Bélgica se colocará sólo detrás de Italia, dentro de la Comunidad europea (que tienen un promedio de 2,12/1.000). Algunos organismos considera temible esta expansión, sobre la base de consideraciones económicas. En efecto, los especialistas han calculado que el educar a un médico cuesta alrededor de 2.600.000 pesetas y, a un especialista médico, de 3,5 a 4,2 millones de pesetas. Además, el ministro de Seguridad Social sabe muy bien que en un régimen de honorarios por servicio, el déficit de utilización del médico y, por consiguiente, del Seguro, aumenta en proporción al número de médicos.

Así, no sorprenderá que las medidas que se proponen para limitar el número futuro de médicos y consultas se hayan originado fundamentalmente desde esta perspectiva económica. Pero sorprende también que estas medidas hayan obtenido todo su efecto político precisamente en el momento en que el ministro de Sanidad haya tenido que retractarse en el tema de la libertad de establecimiento de médicos dentro de la Comunidad europea, lo cual no sucedió sino después de una dura lucha en la que había sido respaldado (¿incidentalmente?) por los sindicatos médicos, en otras ocasiones tan combativos. Por tanto el número fijo y la ley de establecimiento bien pudieran ser el precio del ministro para que los sindicatos médicos belgas aprobasen la Europa Blanca.

Efectivamente, estas medidas dan a los sindicatos médicos, y quizá indeli-

beradamente, un poder formidable, que les permitirá el mantenimiento de la situación actual y el fortalecimiento de su posición establecida. En principio, el número fijo no podrá cambiar la mala relación entre los médicos generales y los especialistas, la desigualdad de distribución de los médicos entre zonas y grupos de población diferentes, el modo en que ejerzan los médicos su profesión, el libre juego de la oferta y la demanda, las agrupaciones de médicos como consecuencia de cierto régimen de honorarios, etc.

Según la hipótesis de que el número fijo puede ser una medida de ahorro de costes, debe ponderarse, sin embargo, con otras consideraciones, como la de si conducirá a una mejora cualitativa de nuestra asistencia sanitaria, que puede dudarse a la luz de su efecto conservador. Además, el régimen de mercado, cerrado por el número fijo y la ley de establecimiento, refuerza el poder de los médicos establecidos: tan pronto como la competencia se haga dura en uno de los grupos profesionales médicos, este grupo tendrá la facultad de prohibir todo acceso, desde luego, «en el interés del paciente y de la salud pública».

Podemos pensar también qué regla se utilizará para determinar el *numerus clausus*. Si se permite que esta regla le establezca la profesión médica, encabezada por el olimpo de los catedráticos universitarios, no pueden sino resultar reforzadas las actuales peculiaridades que se advierten en el ejercicio de la medicina.

No obstante, el número fijo *puede* ser un medio importante que contribuya a realizar una política sanitaria replanteada según un modelo organizativo diferente. Lo cual encierra, sin embargo, un acuerdo y una claridad previos sobre los fines y prioridades de tal régimen sanitario, tanto en su contenido como en su estructura. Al presente, al número fijo amenaza ser exclusivamente un medio de proteger la corporación médica: además del Tribunal Especial y del código de deontología, podría ser la clave que antes faltaba para el dominio y el cierre del grupo profesional.

El Colegio Médico, el código de deontología médica y el *numerus clausus*: éstos son los mecanismos vitales para dirigir el ejercicio profesional de la medicina que tienen firmemente en sus manos los sindicatos médicos. Efectivamente, la fuerza médica es en Bélgica inmensa... y arrogante.

**PARTE II**

**LA CRITICA  
DEL  
CAPITAL HUMANO**



## Capítulo 5

# LA MUJER DENTRO DEL SECTOR SANITARIO

Margot Jefferys\*  
(*Bedford College, University of London*)

El objetivo de este trabajo está centrado fundamentalmente en el papel de la mujer en la estructura sanitaria de la Europa occidental. Un estudio semejante requiere el análisis histórico de la posición de la mujer en la estructura social y el mercado de trabajo de estas sociedades. Al final se sugieren las tendencias actuales del papel de la mujer en estas instituciones, así como las reformas ideales que habrían de ser llevadas a cabo en los sectores sanitarios para potenciar la participación femenina en términos de igualdad con los varones.

Si tenemos en cuenta toda la gama de actividades —directa o indirectamente— relacionadas con el mantenimiento de la salud física y mental, con la prevención de enfermedades y muerte prematura, con la cura del enfermo y la rehabilitación del incapacitado, así como con el cuidado del enfermo o el moribundo, encontramos a la mujer presente en todas estas actividades, realizando prácticamente todas las tareas.

Hay que tener en cuenta además, que las personas que realizan la mayor parte de este trabajo no reciben todavía ninguna remuneración. Lo efectúa la

---

(\*) MARGOT JEFFERYS, es una de las profesionales de la Sociología de la Medicina más importante de Inglaterra. A su vez, el programa de estudios que ella coordina en el Bedford College es uno de los pocos de su tipo que funcionan en Europa en la actualidad. Su dirección profesional es: Prof. M. Jefferys, Department of Sociology, Bedford College, 51 Harley Street, London WIN 4DD, Inglaterra. Este estudio es parte de una ponencia presentada en la *International Conference on Women in Health*, en la Pan American Health Organization (Washington, 16-18 junio de 1975), y escrita originalmente en inglés.

mujer en su papel de esposa, madre, abuela e hija. Es verdad que ha habido un aumento en el tamaño y complejidad de la fuerza laboral empleada por las organizaciones formales relacionadas con sanidad, pero este crecimiento ha sustituido sólo muy parcialmente el cuidado realizado dentro del grupo familiar. Los servicios sanitarios formalmente organizados han venido más a complementar que a reemplazar los servicios otorgados por las mujeres a sus familias. El impacto de la tecnicalización de los servicios de salud ha permitido sobrevivir a muchos que en el pasado hubieran fallecido a consecuencia de accidentes cerebro-vasculares, infartos, infecciones, accidentes graves o virus. Puede considerarse entonces que en general ha sido un *aumento* más que una *reducción* en los servicios que se supone la familia debe otorgar a los suyos, sin una recompensa económica directa, y sin tener aquí en cuenta los efectos psicológicos de tal contribución. Es importante señalar este punto, pues sirve para resaltar algunas de las premisas que no suelen discutirse, sobre las cuales se basa nuestra vida social. Una de ellas es que sólo aquellas actividades por las cuales se recibe una remuneración son realmente «un trabajo». A menudo me he sentido avergonzada cuando, en respuesta a mis preguntas, una mujer cualquiera me dice excusándose: «Oh, yo no trabajo; soy sólo ama de casa» con un descarado tono auto-despreciativo. Recuerdo una de esas disculpantes mujeres, quien había tenido enormes dificultades para encontrar a alguien que la reemplazara solamente una o dos horas semanales en su tarea de cuidar día y noche a su hijo de nueve años, que era retrasado mental y muy perturbado; o también a otra mujer soltera de sesenta años quién había renunciado hacia años a un trabajo fascinante, para dedicarse al cuidado de sus padres octogenarios, uno inválido y el otro senil e incontinente. Esta mujer había perdido su jubilación al abandonar su trabajo sin tener la posibilidad de ser cuidada por nadie durante su propia vejez.

El problema de las recompensas del trabajo es verdaderamente crucial. En sociedades feudales campesinas, el salario era atribuido a la unidad familiar y consistía frecuentemente tanto en mercancías como dinero. Incluso en las ciudades la mayoría de las tareas de producción se realizaban en el seno del hogar. En la mayoría de las sociedades campesinas la mujer no tenía propiedades, ella misma constituía en cierto modo la propiedad de sus padres, o después de casada del esposo. Su contribución en el sistema de producción era solamente en término de consumo de los bienes adquiridos o producidos: comida, ropa, alojamiento, adorno.

A medida que durante la revolución industrial de fines del siglo XVIII y XIX la producción fue desplazándose del hogar a la fábrica, los nuevos industriales se mostraron muy deseosos de emplear mujeres y niños ya que estando socializados en la sumisión a los varones adultos eran más fácilmente explotables. Irónicamente las campañas que se desataron a mediados del siglo XIX para excluir mujeres del mercado de trabajo fueron dirigidas a menudo por los propietarios de fábricas, molinos y minas más prósperos. Ellos buscaban el beneficio de que sus competidores menos pudientes perdieran sus empresas por



su incapacidad de pagar los salarios fijados para varones adultos. No es extraño que estos tuvieran el apoyo de aquellos varones que deseaban restringir el uso de mano de obra barata que pudiese ser una competencia para sus empleos. Tanto a los trabajadores como a los grandes empresarios o latifundistas, les convenía presentar las *Factory Acts*, como una legislación humanitaria, destinada a acabar con la doble explotación de la mujer dentro y fuera del hogar. Pero, considerando que la doble explotación existe, sería incorrecto reducir la interpretación de la gradual exclusión de la mujer de las fábricas, a la acción de hombres que en forma cínica y encubiertos en retórica liberal quisieron mantener la subyugación de la mujer, por medio de la restricción de sus derechos de entrar al mundo del trabajo y en especial a puestos de trabajo especializados.

Las nuevas formas de empresa capitalista del siglo XIX no sólo crearon una gran demanda de mano de obra en las fábricas. El desarrollo de las nuevas clases capitalistas y burocrática administrando las grandes empresas, así como el aumento en el volumen de negocios conducidos por el Estado a nivel nacional y local, produjo un aumento de las actividades de servicios, especialmente a nivel doméstico. Aquí no hubo campaña para restringir el empleo de mujeres y niños, aunque en un tiempo en que la emigración de los varones al Nuevo Mundo y las tasas de mortalidad diferencial creaban un exceso de mujeres adultas en el continente la norma era que la mujer debía abandonar su ocupación al casarse y solamente volver al empleo si fuese forzada a ello por extrema penuria económica durante su viudez.

Hacia fines del siglo XIX se produjo en Europa, y en especial en Gran Bretaña, un aumento en el número de mujeres de clase media y alta y asimismo de clase obrera que recurrieron al trabajo remunerado para asegurar su mantenimiento. Una proporción sustancial de mujeres adultas no podía cumplir con la expectativa social de matrimonio y mantenimiento por parte del esposo a cambio de las tareas de docilidad sexual, cuidado de los niños y administración del hogar.

Es en este contexto en el que se debe analizar la entrada de un gran número de mujeres a las instituciones del sector sanitario. Una de las consecuencias de las realizaciones de Florence Nightingale —hasta cierto punto premeditada— fue la de convertir la enfermería en una ocupación respetable a la cual un número creciente de padres de clase media no temiera mandar a sus hijas. Si estas no tuvieran éxito en la carrera matrimonial, al menos tendrían la posibilidad de una carrera profesional en un ambiente protegido.

Es en este contexto, también, en el que la mujer empieza a solicitar la entrada en las instituciones educativas responsables de la formación de la profesión médica. En toda Europa las universidades, todavía nominalmente fundaciones cristianas a pesar de recibir una creciente subvención secular (profana) del Estado y de ser bastiones del privilegio masculino, fueron ganando el monopolio de la educación de los médicos. Los sistemas más informales de formación de los médicos a través de períodos de aprendizaje en las farmacias, aunque en

vias de extinción se habían convertido en un sistema exclusivo para varones. La mujer, con el desarrollo de los modernos instrumentos tecnológicos y la anestesia estaba también siendo excluida de la supervisión y el cuidado de las mujeres durante el parto. Como es bien conocido en Europa y Norteamérica fue necesario el esfuerzo denodado de un puñado de mujeres resueltas para romper estas barreras. Era necesario tener un gran coraje para enfrentarse con los insultos obscenos arrojados por aquellos que se oponían a su ingreso en la educación universitaria en general, y al aprendizaje de la medicina en particular.

Estos modelos de selección ocupacional establecidos firmemente ya en el siglo XIX, ha persistido con inusitada fuerza. El matrimonio y la maternidad son todavía percibidos como la «carrera» ideal para la mujer, precedida por unos pocos años de trabajo en una ocupación orientada a proporcionar servicios personales (como enfermería, o servicios a altos ejecutivos), o a tareas de educación de niños (como parvularios o colegios). Considerando el matrimonio y el cuidado de los niños como la función primordial de la mujer, cualquiera otra aspiración no debe realizarse a sus expensas, y las mujeres que tienen otras ambiciones deben realizarlas siguiendo las normas impuestas por las instituciones empleadoras para la conveniencia de los hombres (quienes, si tienen hijos poseen ayuda doméstica también).

Es necesario llamar la atención sobre la continuidad de las expectativas sociales porque, obviamente, ha habido algunas modificaciones en la composición por sexo de las ocupaciones sanitarias durante estos últimos cien años. La mayoría de estos cambios no han sido el resultado directo de campaña lanzadas con éxito por mujeres con el objeto de aumentar las oportunidades ocupacionales y terminar con los estereotipos restrictivos, aunque estas campañas han jugado un papel importante a la hora de transformar la opinión pública sobre la legitimidad de las aspiraciones educacionales y ocupacionales de la mujer. Los cambios han sido el resultado de la necesidad de la economía de un mayor número de mano de obra, especialmente durante las dos grandes guerras de este siglo, cuando los hombres abandonaron sus trabajos civiles por puestos en el ejército, y en tiempos más recientes por razones que se analizan seguidamente.

Analizaremos, en primer lugar, los efectos de las guerras en el Reino Unido: Antes de la Primera Guerra Mundial había menos de 500 mujeres-médico de un total de 25.000 médicos registrados. En 1921, tres años después de la guerra, el 10 por 100 de todos los estudiantes era mujeres; pero este porcentaje no sufrió cambios apreciables durante los años de entreguerra. Al comienzo de la Segunda Guerra Mundial en Europa, se estimaba que sólo un 13 por 100 de todos los estudiantes de medicina y quizá el 10 por 100 de aquellos en ejercicio eran mujeres. Durante la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, la proporción subió hasta más de una cuarta parte de mujeres estudiantes y una quinta parte en la práctica médica. Desde entonces esas proporciones se han consolidado, y no han aumentado hasta muy recientemente. En otros países europeos ha habi-

do desarrollos semejantes aún cuando las proporciones puedan diferir algo. En Europa occidental y Escandinavia, el porcentaje de mujeres, fue, y es todavía, más bajo, pero está subiendo en forma más acelerada que en el Reino Unido; mientras que en la Unión Soviética y Europa oriental la proporción era, y es todavía, mucho más alta, pero está declinando en vez de aumentar.

Los mecanismos por los cuales sólo un número limitado de mujeres son aceptadas en las profesiones médicas varía de un país a otro. En el Reino Unido, por ejemplo, donde las Facultades de Medicina seleccionan ellas mismas a los estudiantes, existe un sistema de cuota informal que se usa corrientemente y que no aparece como excesivamente discriminatoria en la práctica, ya que las facultades pueden demostrar que las mujeres que tienen la valentía de pedir la admisión tienen incluso menos posibilidades de ser rechazadas que los hombres, ya que la demanda entre estos últimos es alta (Aunque a menudo las mujeres rechazadas están mejor calificadas que los hombres en término de notas).

En los países escandinavos y Holanda, donde las Facultades de Medicina por sí mismas no están autorizadas para la selección de estudiantes, son las notas de materias «de ciencias» de la educación secundaria las que reducen drásticamente el número de mujeres que pueden entrar en la profesión.

Los sistemas por los cuales las mujeres que llegan a ser médicos no alcanzan los puestos más altos de la profesión, en proporción a su número, son también sutiles; siendo esto una característica de todos los países europeos. A pesar de su larga educación universitaria las mujeres médicos no son insensibles a la influencia social, los medios de comunicación y de su propio grupo de referencia, que todavía les persuade de que el matrimonio y la maternidad son estados deseables y que el cumplimiento de las obligaciones de los roles en esas áreas deben tener preferencia sobre los de su trabajo profesional. Por lo tanto, en un momento crucial, desde el punto de vista de la especialización profesional, la mujer médico que se casa y tiene niños, se retrasa en comparación con sus colegas varones. Más aún, a pesar de la retórica oficial, poco se hace para compensarla de sus desventajas. Algunos países europeos han establecido cambios para prolongar su rotatorio a tiempo parcial, pero pocos hospitales tienen guarderías u otros modos de ayudar a las madres, y menos aún tratan de reducir el horario de trabajo de los varones para alentarlos a compartir con su esposa las tareas domésticas y el cuidado de los niños.

Otro efecto de las dos guerras fue el de suspender la norma básica o presunción de que la mujer no debe combinar matrimonio con empleo. La mujeres casadas fueron alentadas a volver al trabajo y se crearon guarderías infantiles y parvularios con el fin de proporcionar cuidado colectivo para los preescolares. Todo esto fue suprimido después de las dos guerras mundiales e incluso hubo intentos de restablecer las prohibiciones anteriores en el sector público sobre el empleo de mujeres casadas. Estos intentos no fueron ya tan exitosos después de la Segunda Guerra Mundial como lo fueron después de la primera. Curiosamente la prohibición de emplear mujeres casadas como funcionarias a nivel local central fue apoyada por las mujeres solteras, quienes vieron

en las casadas una amenaza potencial a sus propios niveles de salarios y perspectivas de promoción. Después de la Segunda Guerra Mundial la proporción de mujeres solteras comenzó a declinar y la relación de hombres y mujeres adultos comenzó a nivelarse. Los rasgos principales de las dos últimas décadas han sido los cambios en las actitudes sociales acerca de los roles y relaciones apropiadas entre los sexos, y en particular, el creciente deseo de la mujer de establecer sus derechos de igualdad en el matrimonio y en el empleo. Sin embargo, estos factores pueden ser comprendidos mejor si los relacionamos con hechos objetivos como la proporción más equilibrada por sexos entre los adultos jóvenes, la popularidad creciente del matrimonio y la edad más temprana en que ocurre en ambos sexos, reduciendo sustancialmente el número de mujeres solteras disponibles para el mercado de trabajo.

Se puede apreciar que la esencia del presente análisis es que el aumento en el empleo de mujeres que se observa en toda Europa desde el término de la Segunda Guerra Mundial se debe, fundamentalmente, al cambio sustancial de la política de empleo relacionada con la mujer *casada*, y que aún cuando el cambio ha sido bienvenido por ellas no ha sido tanto el producto de la presión sobre los empleadores en demanda de acceso al trabajo, sino a la dificultad encontrada por los empleadores para aumentar su fuerza laboral de cualquier otra manera. Es por esta razón que las mujeres tuvieron que volver al mercado de trabajo en los términos impuestos por los hombres, ya que la mujer retuvo intactos sus papeles y tareas domésticas.

Uno de los sectores de empleo que se ha desarrollado más rápidamente en Europa y en los Estados Unidos ha sido el sector sanitario de la economía. Desde la Segunda Guerra Mundial un objetivo político de casi todos los gobiernos ha sido el de proporcionar un acceso más fácil a los servicios sanitarios, sin considerar las posibilidades del individuo para pagarlos. El Reino Unido ha financiado este acceso, en forma satisfactoria, casi enteramente a través de los presupuestos del gobierno central que se obtienen del pago de impuestos generales; otros países europeos han usado varias formas de seguros obligatorios con contribuciones de los gobiernos, empleados, y empleadores.

La expansión que se advierte ha tenido lugar fundamentalmente en el sector hospitalario de los servicios sanitarios. Un hospital moderno no sólo requiere una mayor especialización de los médicos, sino también un número creciente de ocupaciones especializadas para mantener los aspectos técnicos del diagnóstico y tratamiento médico, para mantener el equipo y proporcionar cuidados de enfermería y servicios tipo-hotel.

En la situación de empleo total que ha caracterizado a Europa desde la Segunda Guerra Mundial ha sido difícil para las unidades de los servicios sanitarios el encontrar suficiente mano de obra para abastecer la demanda creciente. Se ha dado gran publicidad a la falta de médicos, en especial en las áreas rurales apartadas o en regiones industriales más insalubres, pero la escasez de enfermeras y de personal de servicios ha sido a veces aún más importante, con el resultado del cierre de salas y el alta prematura de pacientes. Los países europeos

han debido ofrecer a regañadientes empleo a inmigrantes, temporales o permanentes, de los países del Tercer Mundo.

Una razón para la escasez de personal es que los servicios sanitarios se han mostrado reacios o incapaces de pagar a sus empleados el salario que pudieran obtener en otros empleos. Los empleadores han negociado con la idea de que aquellos que trabajan para los enfermos no tomarían acciones militantes como se hace en las industrias, sino considerarían su trabajo como una vocación en donde la satisfacción de ayudar al doliente sustituiría la satisfacción vulgar del sucio lucro. Los trabajadores inmigrantes, incapaces de encontrar un empleo seguro en sus propios países han estado preparados para llenar la brecha. Son ellos los que en países como Gran Bretaña, Alemania Occidental, Francia y Suiza, constituyen casi la mitad de los doctores jóvenes trabajando en hospitales y a menudo más de la mitad de las enfermeras y otro personal empleado en el hospital.

Naturalmente como huéspedes y extranjeros estas personas han sido más reacias a organizarse colectivamente para presionar sobre las autoridades con objeto de mejorar sus salarios y condiciones de trabajo, o para obtener una mayor participación acerca del trabajo que deben realizar y cómo debe de hacerse.

Estos factores, unidos a la idea tradicional de la mujer —compartida desgraciadamente por muchas mujeres— como básicamente menos militante y más condescendiente, ha contribuido a mantener las relaciones tradicionales entre la profesión médica y los otros grupos ocupacionales dentro de los servicios de salud. Las enfermeras en su conjunto, por ejemplo, no han rebatido la división del trabajo clínico entre ellas y los médicos, y más aún han sido reticentes (o mejor aún ambivalente) a la hora de despojarse de la imagen de «asistente del doctor», para responsabilizarse, como propuso el propio gobierno, en mayor grado de la administración de servicios sanitarios dentro y fuera del hospital. Es quizá, significativo, si bien deprimente, encontrar que las profesionales de enfermería, técnicos de laboratorio y otro personal hospitalario quienes han sido responsables en parte, de la creciente militancia laboral, están representados en los comités de los sindicatos mayoritariamente por hombres. Como puede advertirse, el cuadro del sector hospitalario en Europa no es muy alentador ni desde el punto de vista del aumento de oportunidades para las mujeres ni una mejor distribución del trabajo en beneficio de los pacientes y de aquellos que contribuyen indirectamente al costo de los servicios sanitarios en su papel de contribuyente o asegurados.

El panorama, sin embargo, es algo mejor fuera del hospital. En Gran Bretaña y los Países Bajos, especialmente, el concepto de «médico de familia» y «medicina comunitaria» no sólo han sobrevivido sino que parecen ir ganando popularidad, a pesar de que fueron seriamente amenazados en los eufóricos días de la década de los cincuenta, cuando la medicina de alta tecnología especializada parecía tener todas las respuestas. Hay evidencias de que tanto los médicos jóvenes como los consumidores de cuidado médico están dándose

cuenta de los límites de los servicios especializados que se han creado para solucionar nuestras enfermedades e insatisfacciones. Se sugiere que los pacientes y la sociedad en general se beneficiarían si hubiera un desafío a la tendencia a «medicalizar» más y más nuestra conducta y a convertir la preservación y logro de bienestar social en un misterio médico arcano.

Los médicos generales están buscando actualmente una colaboración más activa con enfermeras, comadronas y asistentes sociales para proporcionar un servicio más completo para sus pacientes. No todas las modificaciones respecto del trabajo que se operan en este momento en estos equipos pueden ser aceptadas en forma indiscriminada; algunas parecen estar diseñadas más para la conveniencia del médico que el bienestar del paciente. Sin embargo, el sistema sanitario está cambiando para conseguir una extensión del papel de la enfermera y asistente social en un campo hasta ahora del dominio exclusivo del médico; y recíprocamente, ampliar la comprensión de la conducta humana por parte del médico.

En cualquier caso, no podemos estar seguros de que en la actualidad en Europa occidental se avance en un camino seguro que permita, por una parte el desarrollo de todas las posibilidades de la mujer dentro de los servicios sanitarios, y que a la vez se traduzca en un servicio socialmente responsable para todos los ciudadanos. Estamos en una etapa fragmentaria, algunos sectores hacen progresos hacia esos objetivos; pero queda todavía un largo camino por recorrer. Para que se produzca un proceso acelerado es necesario despojarse de ciertas formas de pensar hondamente arraigadas, así como de reglamentos y legislaciones ya institucionalizadas. Es verdad, se puede pensar que nosotros tenemos que aprender de China y otros países socialistas más de lo que ellos pueden aprender de nosotros. Ellos también, en vez de nosotros, deberían servir de modelo para el Tercer Mundo —los países en desarrollo de Asia, África y Latinoamérica—, donde la muerte prematura es todavía el mayor problema con que se enfrentan los servicios sanitarios.

Claramente ningún país puede calcar lo realizado en otro. Un injerto debe ser siempre compatible, pero si deseamos cambiar el mundo a la vez de entenderlo, debemos ser audaces y estar preparados para considerar ideas que aquellos que manejan nuestras instituciones están dispuestos a ver como revolucionarias o ajenas.

Espero que en el futuro se puedan derribar las barreras de los prejuicios que aún impiden que la mujer juegue el papel que le corresponde en la promoción de salud y en el control de su propio destino.

## Capítulo 6

# LA CRITICA DEL SISTEMA EDUCATIVO DE LA MEDICINA

Grupo de Estudios sobre la Enseñanza de la Medicina\*  
(Universidades de Barcelona)

Dentro de esta parte dedicada a «la crítica del Capital Humano» se nos ha ofrecido la oportunidad de exponer nuestra opinión sobre la enseñanza de la Medicina. Aceptamos gustosos porque creemos que es importante hablar de este tema, muy a menudo olvidado cuando se habla de Reforma Sanitaria, pero lamentamos que nuestra aportación no sea tanto un trabajo sociológico o un ensayo estructurado como tal, sino una colección de reflexiones e ideas surgidas en la Mesa sobre Enseñanza de la Medicina que se celebró en el marco del *Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* reunido en Perpiñán del 23 al 26 de septiembre de 1976.

---

(\*) GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA, está formado por estudiantes de las facultades de Medicina de las dos Universidades de Barcelona. El *Grup* nació con la misión de preparar una sesión sobre la docencia de la Medicina en el marco del *Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Se planteó un trabajo de discusión, información y reflexión sobre este tema, intentando profundizar más en la descripción crítica que en la reflexión sobre las alternativas. Fruto de todo ello fue la organización de la mesa: «Ensenyament de la Medicina» celebrada en el *Xè Congrés* (el día 24 de septiembre de 1976). El *Grup* agrupa a estudiantes de distintas opciones políticas e ideológicas, unidos por la preocupación en el estudio y en la busca de alternativas a la actual crisis de la enseñanza de la medicina. Los autores están estrechamente relacionados con *l'Associació de Joventut Mèdica de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears*, aunque no orgánicamente vinculados y está formado entre otros por: Jerònima Cañellas, Jordi Gol i Freix, Jaume Igual, Jordi Obiols, Mercé Gascó y Oriol Ramis. Para correspondencia dirigirse a: Grup d'Estudis, Associació de Joventut Mèdica, Acadèmia de Ciències Mèdiques, P.º Bonanova, 47. Barcelona-17.

## Introducción

Muchos aspectos del sistema educativo de la Medicina han quedado en el tintero, ni la formación permanente, ni la superación del monopolio del médico como único responsable de la salud, ni las consecuencias de un nuevo concepto de salud, ni muchos otros temas. son tratados en profundidad<sup>1</sup>; sabemos que ello precisaría de un estudio algo más riguroso, pero que necesariamente deberá basarse en las aportaciones de los movimientos de estudiantes; de sus discusiones y debates, conflictos y luchas; de los profesores y de las reflexiones como la que ahora presentamos. Es por ello, que consideramos conveniente empezar a airear las primeras opiniones en lo que esperamos será un amplio debate en torno a este tema.

Antes de entrar en materia sólo añadir que la reflexión que hacemos se ha basado en las Universidades existentes en Cataluña y en el marco social que las configura, y que a ello nos atenemos.

Así cuando queremos analizar la crisis de la enseñanza de la Medicina, que es parte integrante de una crisis mucho más global de todo el aparato educativo no podemos sino constatar la duplicidad de la actual situación conflictiva. De un lado podemos analizar la crisis provocada por el régimen autoritario de estos últimos cuarenta años y de otro el conflicto más global, consecuencia de las contradicciones de todas las sociedades industriales avanzadas.

Es decir, observamos cómo la administración no ha sido capaz y no puede —por su mismo carácter antidemocrático— solucionar problemas estructurales (básicamente de dotación económica y políticos, de libertad y de autonomía universitaria), que puedan representar un planteamiento más racional de la enseñanza, necesario para lograr una fecundidad científica y una formación de profesionales a un nivel de cualificación aceptable, a pesar de que la solución a estos problemas, no lo olvidemos, no lo es a las contradicciones más graves que se presentan en el aparato educativo propias del sistema social capitalista en que se inserta. Es importante observar cómo en los países industriales avanzados, donde sectores importantes de la intelectualidad ponen en cuestión la Universidad y el aparato educativo como instituciones al servicio del sistema social capitalista, éste ha sido capaz de mantener un alto nivel científico y una

---

<sup>1</sup> Sobre estos temas conviene consultar las ponencias del *Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* celebrada en Perpiñan (23-26 de septiembre, 1976), y especialmente la *II Ponència: Funció Social de la Medicina* (Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1976).



rigurosa selectividad en el acceso a algunas de las instituciones, entre ellas las facultades de Medicina, al menos en aquellos sectores sociales más directamente vinculados a las esferas de poder.

Por otra parte en España aparecen con retraso respecto al resto de la Europa industrial, los primeros síntomas de un desajuste grave entre la Universidad, el papel social que el sistema le hace jugar y las necesidades objetivas de una sociedad cada vez más exigente en sus ansias de cultura y de distribución racional de la riqueza, donde una nueva concepción de la salud, juega un papel de primerísimo orden<sup>2</sup>.

Si aceptamos, pues, esta duplicidad de elementos de crisis, podemos comenzar a analizar primero los desajustes derivados de un determinado planteamiento pedagógico —y por tanto— ideológico de la enseñanza de la Medicina, para pasar luego a un análisis de los déficits estructurales que inciden en esta crisis.

### **Crítica del sistema pedagógico universitario**

Al plantear un análisis crítico de la situación actual de la enseñanza de la medicina en España es una previa aclaración y definición de lo que nosotros entendemos, en términos generales, por docencia o proceso de aprendizaje. Ello nos dará el modelo que cumplirá una doble función: ser el objetivo que reivindicamos y hacia el cual queremos tender, por una parte, y por otra ser el paradigma que nos orienta y aclara en nuestra crítica del sistema pedagógico vigente. Una vez presentado este modelo, marcaremos las coordenadas en que encontramos situado a nuestro propio sistema, es decir, trataremos de ver cuáles son sus condicionamientos principales. De este modo creemos que nuestro análisis será más lúcido y comprensible. Para acabar este capítulo, intentaremos describir y denunciar el cúmulo de consecuencias negativas que dicho sistema implica en la vida diaria del estudiante en el marco del ambiente académico.

Gracias a la metodología de análisis de sistemas<sup>3</sup> aplicado al estudio de la docencia, se ha podido analizar y sistematizar sus fases y elementos. De un modo muy esquemático, se pueden considerar tres objetivos básicos, que forman un todo interdependiente:

(1) *Información*, es decir, transmisión pura y simple de conocimientos que apela a las facultades de memoria y de raciocinio del alumno. La información se da a tres niveles: transmisión de datos necesarios e imprescindibles; descubrimiento de las relaciones simples que dan sentido al conocimiento de los datos y comprensión-asimilación de las leyes generales que estructuran una deter-

---

<sup>2</sup> *II Ponència...*, *op. cit.*, pp. 139-195.

<sup>3</sup> El método de «análisis de sistemas» puede verse en numerosas publicaciones. Para el caso del sector sanitario aconsejamos ver el número extraordinario de *Inquiry* (vol. 12, suplemento al número 2) publicado en 1975 sobre *Comparative Health Systems*.

minada rama científica; y transmisión de conocimientos metodológicos y preparación para su uso práctico.

(2) *Sensibilización*, es decir, proceso por el cual aprendemos a reaccionar selectivamente frente a estímulos externos de diverso orden. La sensibilización se puede dar a varios niveles, de los cuales consideraremos dos: sensibilización sobre una problemática concreta, y sobre determinados modos de pensar (creación-destrucción de pre-juicios).

(3) *Aprendizaje* de técnicas y habilidades manuales. Este paso tiene que darse sincrónicamente con los dos precedentes.

A partir de este esquema, que nosotros damos como válido, y comparando con nuestra experiencia, constatamos que de todos los apartados de que consta el proceso de aprendizaje el único que podemos afirmar que se cumple en nuestras Facultades es el primero, o sea, la transmisión de datos. A ello hay que añadir la agravante que supone la dudosa utilidad de la memorización, al estar desligada de los restantes elementos del proceso de aprendizaje.

El hecho de que nos encontremos en nuestra Universidad en una situación «paleo-pedagógica», obteniendo unos resultados visiblemente insuficientes, puede que nos sea común con otras universidades del mundo. Sin embargo, nos interesa esclarecer cuáles son hoy, en España, los condicionamientos que nos llevan a la situación actual. Así, observamos dos grandes factores: por una parte nuestras Facultades están masificadas, punto sobre el cual nos extendemos posteriormente dado su magnitud.

Por otra parte, nuestras Facultades no son sino un eslabón más dentro del sistema pedagógico global del país y forman, por tanto, parte integrante de la estructura educativa, social y política española.

A grandes rasgos, exponemos cuáles son las interrelaciones que se crean entre el hecho de la masificación y el sistema pedagógico imperante:

1) Falta agobiante de espacio vital, de recursos técnicos, de profesorado adecuado y preparado, todo ello bajo el denominador común de la decisiva infradotación de presupuestos económicos<sup>4</sup>.

2) Aparición de un nuevo tipo de estudiante en el cual se observa un alto grado de pasividad. Esta pasividad, que se puede traducir en irresponsabilidad, desgana, se plasma en el papel que toma en clase como neutro transcriptor, fidedigno y veloz, de las explicaciones (?) del profesor. También se patentan esta pasividad estudiantil en la aceptación acrítica de la realidad, tanto en el ámbito académico como en el social. Por último, al no encontrar el alumno razones y estímulos suficientes para asistir a las clases, la masificación es causa, en alto grado, del absentismo universitario, solución que, sin duda, comporta un apreciable ahorro de tiempo y de energía psíquica.

---

<sup>4</sup> Se puede calcular —aproximadamente— que el costo de un alumno en una Universidad española es de unas 50.000 pesetas/año académico. En situaciones similares, un estudiante norteamericano consume aproximadamente un presupuesto diez veces mayor. Por otro lado el pago de matriculas en España es de unas 6.000 pesetas al año, mientras que en las Universidades de la *Ivy League* es de alrededor de 250.000 pesetas.

3) Aparición de un nuevo tipo de profesorado que, superado por la masa humana con que se enfrenta en su tarea, por la falta de tiempo que le impone en muchos casos pluriempleo docente, por la falta de medios para demostrar y enseñar en la práctica sus explicaciones teóricas, desmotivado económica y profesionalmente en su tarea pedagógica, opta en la mayoría de los casos por ser el lector o vociferador de la «pastilla» informativa que ha procurado que sea lo más fácilmente digerible.

4) Creación de una relación profesor-alumnos específica que consiste precisamente en su negación, es decir, en la falta más total y absoluta de relación profesor-alumno. Cada estamento realiza su función «vegetativa» y mecánica sin que haya un verdadero intercambio y estimulación intelectuales en el mutuo encuentro.

Vistas las consecuencias de la masificación en el sistema pedagógico, pasemos a revisar someramente el segundo apartado, es decir, la influencia de las coordenadas sociopolíticas sobre dicho sistema. Creemos que es útil plantearse esta cuestión con una pregunta: ¿Se acabarían los males de la Universidad española si se solucionara el problema de la masificación? Es obvio que la respuesta es negativa y esto nos lleva de la mano a observar que nuestro sistema pedagógico está íntimamente relacionado con una sociedad concreta, que tiene un nivel cultural concreto, y que ha vivido un régimen político más concreto todavía. Constatamos, pues, que existe una herencia histórica en la estructura docente universitaria, relacionada con toda la cadena educativa y que se ha visto terriblemente lastrada en los cuatro últimos decenios por diversos factores: la casi monopolización de la enseñanza media por la Iglesia Católica con todas sus implicaciones de anquilosamiento pedagógico e ideológico, la xenofobia cultural imperante que ha impedido la asimilación de los descubrimientos y avances de las ciencias de la educación que se han realizado en el extranjero; el desinterés político en fomentar todo lo referente a la vida intelectual y cultural del país. Así, la Universidad actual sufre de los mismos males que todo el resto del sistema educativo y que nosotros como estudiantes, experimentamos en nuestra vida académica. Encontramos el mismo esquema de relaciones paternalistas-autoritarias en el encuentro profesor-alumno, la misma jerarquía de valores trasnochados, la misma absurdidad pedagógica que consiste tanto en creer que «empollar» la lista de los reyes visigodos equivale a saber Historia, como que memorizando los más mínimos detalles de los huesos del cráneo se sabe Anatomía.

Volviendo al análisis de nuestro sistema pedagógico condicionado a estos dos niveles: masificación y herencia sociopolítica, observamos que el *profesor* es transmisor neutro y despersonalizado de una información muy concreta, casi siempre en forma de datos, listas, definiciones, que adquieren a través de él el rango de valor universal y total, y que es el único eje alrededor del cual se articula el mecanismo de aprendizaje.

El *alumno* es el receptor pasivo, fiel grabador y reproductor de la «pastilla» informativa, que procura captar en todo su detallismo y que se esforzará en

memorizar al máximo de cara a conseguir el fin primordial de este sistema que es aprobar la asignatura.

El examen es el momento cumbre del proceso, elevado al rango de valor absoluto en el cual el profesor evalúa del alumno su mayor o menor capacidad de reproducción memorística de lo que se ha dicho en clase.

Hay un cuarto elemento fundamental en este mecanismo, que es el *vehículo* que facilita este peculiar modo de transmisión intelectual y, a la vez, la socesión y panacea tanto para alumnos como para profesores: «los apuntes». Estos son la transcripción, vía magnetófono, de las palabras del profesor y son el elemento *necesario* y *suficiente* para avanzar en el aprendizaje. El círculo no acaba aquí, pues dichos «apuntes» servirán como parámetro único y exclusivo en el momento de evaluar el examen, y como paradigma en el que el profesor basará su próximo ciclo docente. Así se consuma este perfeccionado sistema de *feed-back* de la enseñanza en nuestras facultades, que poco o nada tiene que ver con un verdadero y eficaz esquema docente como el que planteábamos al principio.

Hay que resaltar el alto grado de coherencia y adaptación de este sistema al estado actual de los recursos materiales y económicos. Es evidente que tal como se imparte la docencia en la actualidad tanto da que a las aulas asistan cincuenta como quinientos, como cinco mil alumnos; el asunto se reduce a un simple problema de altavoces. Se comprende así cómo no resulta un escrúpulo determinante para el MEC la entrada de casi tres mil alumnos en primer curso de carrera a una Facultad concebida en su construcción para seiscientos alumnos en total<sup>5</sup>.

A nadie puede sorprender, tras esta descripción, que surjan una serie de manifestaciones o síntomas en la vida académica de los que nos encontramos envueltos en este sistema pedagógico. Estos síntomas pertenecen a la enfermedad o crisis moral que padecemos todos los estamentos universitarios y que consiste en la generalizada y pesimista convicción de que en las facultades todo va mal, de que es imposible realizar una tarea provechosa, estimulante y eficaz. Esto lleva, como consecuencia inevitable, a un «sálvese quien pueda» y «como se pueda». En la práctica esta idea toma dos caminos: el de la responsabilidad y esfuerzo individualista<sup>6</sup> y el de la inmoralidad pragmática que origina la floreciente picaresca de nuestros ámbitos docentes: copia de exámenes, «enchufes», venta de preguntas de *tests*, etc.

Por fin, otra de las secuelas graves es el «titulismo», es decir, la degradante inversión de valores que concede al título de médico el valor máximo mientras que el saber medicina resulta secundario o accesorio. El actual estado de las

---

<sup>5</sup> Véase «Facultad de Medicina de Barcelona: Curso 1976-77» (Barcelona: mimeografiado, 1977).

<sup>6</sup> Obviamente existen casos particulares que no siguen esta pauta general, pero que tampoco pueden seguir la línea de responsabilidad individual, debido a la presión del grupo y al control social.

cosas provoca que en el mejor de los casos se piense en salir lo más pronto posible de este barrizal que es la Universidad, es decir, en sacar el título para poder empezar una verdadera formación profesional y un real aprendizaje. La paradoja y el terrible contrasentido que supone esta realidad y que define y resume un aspecto grave de la crisis de la Universidad española actual<sup>7</sup>.

## La crisis en las Facultades de Medicina

Vamos a intentar enumerar y describir algunos de los problemas de base estructural más graves en que se encuentran las Facultades de Medicina. No entraremos en los más directamente relacionados con la concepción ideológica de la enseñanza que hemos tratado en el apartado anterior, aunque unos y otros están estrechamente imbrincados por complejas relaciones de causa-efecto. La diversidad y complejidad de ellos es grande. No obstante si echamos una ojeada a los periódicos diarios de estos últimos meses, veremos que un tema: la masificación y la medida que a menudo la administración ha propuesto para solucionarla, la selectividad, pasan a primer término.

La incidencia de este tema en las movilizaciones de estudiantes, las tomas de posición de diferentes organismos universitarios y sociales no hacen sino confirmar la popularidad de este conflicto.

No queremos menospreciar la importancia de este fenómeno en el complejo panorama que enmarca la crisis universitaria y creemos que la masificación y básicamente las causas que la provocan, pueden sumir a las facultades de Medicina en una profunda crisis irreversible. No obstante, es importante constatar que seguramente por la aparatosidad con que se ha presentado —y querido presentar—, la masificación actúa como verdadera pantalla que a menudo impide profundizar en otros aspectos de esta crisis y que posiblemente deben ser considerados con la misma importancia en el momento de describir la situación actual de las facultades. Como se decía en el apartado anterior, pensemos, por ejemplo, qué mejoraría en nuestros centros si desapareciera la masificación, ese pesado lastre que sirve para justificar todas las deficiencias; pues posiblemente, tal como decíamos, muy poca cosa, porque la falta de una auténtica tradición pedagógica, la falta de recursos, y la inexistencia de una planificación universitaria, conservarían una Universidad estéril y anacrónica. A pesar de ello, no lo negamos, la solución al problema de la masificación conllevaría una facilitación hacia la superación de todos los otros problemas.

Sin embargo, cuando la lucha contra la masificación se ha convertido, al menos a nivel verbal, en objetivo común, tanto entre los sectores más reaccionarios del cuerpo de catedráticos y del *establishment* médico de una parte, como de estudiantes y diferentes organizaciones populares de otra, debemos sospe-

---

<sup>7</sup> Hay que tener en cuenta que el «título» también obedece a intereses de tipo lucrativo o de prestigio social en buena parte de los estudiantes de medicina. Este hecho está relacionado con el modelo social y la escala de valores de nuestra sociedad.

char que detrás del término «masificación» se encierran diversas y contradictorias concepciones del mismo problema y por ello debemos profundizar un poco más en el tema<sup>8</sup>.

Podemos partir de una definición operativa de masificación entendiéndola como el desajuste entre los medios y recursos disponibles por la institución universitaria y el número de estudiantes existentes. Con ello descartaríamos la masificación entendida como proceso de popularización de la enseñanza superior por el acceso a ella de sectores tradicionalmente apartados, cuando no supone un deterioro de la calidad de la misma gracias a un aumento proporcional de recursos<sup>9</sup>.

Partiendo de aquí y situándonos en el caso concreto de las Facultades de Medicina observamos una doble causa de la masificación. En primer lugar la ausencia de una política cultural al servicio de los intereses sociales durante estos últimos cuarenta años de régimen autoritario que ha llevado consigo un ridículo nivel de asignaciones presupuestarias a la Universidad, absolutamente desfasado con respecto a las de los países desarrollados con unos índices socio-económicos similares a los nuestros. Por poner un ejemplo, pensemos que la Universidad de Barcelona, cuyo número de estudiantes se ha multiplicado por diez desde 1939, dispone actualmente del mismo hospital con un número de camas prácticamente invariable.

Esta es, quizá, la constatación más primaria. En nuestro país cuando los índices de estudiantes de Medicina era absolutamente absorbibles por la estructura sanitaria del momento y por las posibilidades docentes que podían y deberían haberse creado, ya existía masificación en las Facultades. En este sentido el problema sigue en pie y su resolución imprescindible.

Nuevos elementos, absolutamente previsibles por otra parte, han venido a complicar el esquema. Se trata del fenómeno que ya avanzábamos más arriba de explosión demográfica de la población universitaria, que no significa proletarización de la Universidad, sino tan sólo el acceso a ella de algunos sectores tradicionalmente excluidos. Ello es consecuencia de necesidades que el mismo sistema social genera y no puede controlar, hecho que aquí nos limitamos a mencionar porque sería muy largo de analizar, pero que hemos de considerar como un dato común a todas las sociedades industriales avanzadas<sup>10</sup>.

Observemos según la *Tabla 1* que en 1970 España poseía 653 estudiantes de enseñanza superior por cien mil habitantes, por debajo de los 801 de Chile,

---

<sup>8</sup> En este sentido conviene leer el Comunicado hecho público por las Juntas de Facultad de las Facultades de Medicina de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Autónoma de Barcelona, reunidas conjuntamente el 6 de julio de 1976.

<sup>9</sup> Sobre el tema de masificación es interesante consultar la transcripción del debate mantenido en la Mesa sobre Enseñanza de la Medicina, celebrada en el marco del *Xè Congrès...*, *op. cit.* La citada transcripción está en proyecto de publicación conjuntamente con el «Libro de Actas».

<sup>10</sup> Sobre las causas sociales generadoras del proceso de masificación universitaria consúltese Carlos Paris, *La Universidad española actual: Posibilidades y frustraciones* (Madrid: Edicusa, 1974).

839 de Alemania Occidental, 856 de Grecia y pos supuesto de Francia, Italia, URSS y USA. Ello nos lleva a concluir —a no ser que se mantenga que el sistema educativo está mal planteado en todo el mundo— que era posible prever en España esta explosión demográfica y por tanto propugnar una reforma que contemplara la situación desde unas bases distintas de las actuales. No obstante, el régimen autoritario ni quiso, ni supo, ni pudo afrontar esta realidad y la llegada de oleadas de estudiantes fueron a dar la puntilla a la ya crítica y real masificación que existía en la Universidad.

Las Facultades de Medicina siguieron estos pasos como parte integrante de la Universidad, agravados por un fenómeno aún no estudiado, pero cuyos orígenes pueden empezar a intuirse la progresiva y relativa concentración de los universitarios en estas Facultades.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística en el año 1974 había en España 55.950 estudiantes de Medicina y aquel mismo año se licenciaron 2.775, cifra esta última que tiende a multiplicarse vertiginosamente<sup>11</sup>.

**TABLA 1**  
**ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SUPERIOR**  
(Por 100.000 habitantes)

Países	Año 1970	Año 1966
USA	4.137	3.245
Canadá	2.250	1.857
URSS	1.887	1.769
Italia	1.280	659
Yugoslavia	1.272	990
Noruega	1.261	560
Francia	1.211	1.076
Bulgaria	1.173	1.124
Argentina	1.127	1.092
Polonia	1.008	866
Reino Unido	914	646
Checoslovaquia	906	977
Costa Rica	862	487
Grecia	856	750
Alemania R. F.	839	708
Austria	805	680
Chile	801	630
Bélgica	776	565
ESPAÑA	653	484

<sup>11</sup> *T M* 674 (1976): 5.

Países	Año 1970	Año 1966
Uruguay	646	629
Portugal	520	389
México	488	338
Brasil	463	217
Colombia	404	268
Cuba	308	432

FUENTES: — UN, *Statistical Yearbook 1968* (Paris: UN, 1969).  
 — UN, *Statistical Yearbook 1972* (Paris: UN, 1973).  
 — Carlos Paris, *La Universidad española: Posibilidades y frustraciones* (Madrid: Edicusa, 1974).

Las consecuencias de estas situación son poco menos que imprevisibles, a nadie escapa que tal número de licenciados son difícilmente absorbibles por la red asistencial actual, ni tampoco por un hipotético sistema sanitario acorde con nuestro nivel de desarrollo socio-económico y provocará una grave situación de paro o subempleo. Para dar idea de la magnitud del fenómeno basta con observar que las universidades de Barcelona han visto matricularse en su primer curso de las Facultades de Medicina, en 1976-77 a más de 4.000 alumnos a pesar de que debe descontarse la «mortalidad» estudiantil, y los estudiantes de otras zonas<sup>12</sup>. Es obvio que la región que cubre estas universidades, de unos seis millones de habitantes, nunca podrá absorber tal cantidad de licenciados por año. A ello debe sumársele la imposibilidad de disponer de suficientes recursos hospitalarios y asistenciales para la docencia, premisa indispensable para la formación.

Ello hace pensar que aunque la explosión demográfica de la población universitaria es un hecho irreversible, profundamente licito y necesario para avanzar hacia una sociedad donde la cultura sea patrimonio de toda la colectividad, ésta debe ser consciente de la situación y tomar las medidas pertinentes para evitar la sangría que supone estar (mal) formando unos técnicos que nunca llegarán a serlo, medidas de otra parte que la actual administración está incapacitada a abordar por su mismo carácter antidemocrático.

No creemos que la selectividad sea la única medida aplicable como hace creer cierta propaganda oficialista, hay muchos otros elementos a tratar para solucionar el problema de la masificación, que repetimos, no es el único que colapsa las Facultades. Pensamos ante todo en una asignación presupuestaria digna y coherente con una política cultural a largo plazo, en la superación del carácter monolítico y sacralizado de la profesión médica, en la integración de

<sup>12</sup> Cifra sin confirmar, pues cuando estas páginas se escriben aún no se ha cerrado el plazo oficial de matriculas. Por tanto, nos basamos en consultas y apreciaciones personales, y en José M. Brunet, «El caso de la enseñanza de la medicina», *Diario de Barcelona* (octubre, 1976).



todos los estudios sanitarios en una institución que supere las anacrónicas divisiones por Facultades. Sin embargo, debemos dejar claro que posiblemente, y a pesar de lo que acabamos de citar, será necesario un cierto control en el acceso a determinados niveles de enseñanza, pero este control nunca será lícito sino es ejercido desde órganos legitimados democráticamente y valorando criterios de justicia compensatoria.

No obstante el estudiante de Medicina vive a menudo alejado de estas consideraciones sociológicas sobre la masificación. Este fenómeno es entonces interiorizado dramáticamente, como un sentimiento de impotencia, de degradación intelectual, de pérdida de su voluntad de transformación de la realidad. Además de provocar un desinterés hacia el objeto de estudio, es uno de los causantes del absentismo tan clásico en la Universidad de estos últimos años. El estudiante percibe pues, una serie de déficits estructurales y de irracionalidades pedagógicas que son agravadas por la masificación.

Pero la Universidad y las Facultades de Medicina están afectadas por muchos otros problemas. Podríamos hablar de la miseria de nuestras Facultades. La escasez de medios llega a extremos incomparables con cualquier otra Universidad del occidente europeo. Generaciones de licenciados han obtenido el título sin haber visto un cadáver o un microscopio<sup>13</sup>. La deficiencia en bibliotecas, obviando el tema de su mala utilización debido al planteamiento pedagógico vigente, es una muestra más de esta situación. Sin embargo, este problema es más grave cuando estudiamos los recursos hospitalarios, que en la medida en que concebimos la enseñanza como algo más que una transmisión de datos, se convierte en fundamental para la docencia de la medicina. La incidencia de la masificación en este campo es especialmente grave; ello nos impide constatar la existencia de un desaprovechamiento de nuestra deficiente estructura sanitaria por falta de una doctrina, por lo demás elaborada y reconocida internacionalmente, que informe toda la actividad asistencial y docente. La falta de esta racionalización comporta un aislamiento entre el estudiante y la actividad asistencial.

Un sistema sanitario tan deficiente como el español incide lógicamente de forma negativa en las estructuras docentes, así, por ejemplo, el menosprecio de la asistencia rural y la prioridad a un tipo de medicina hospitalaria, básicamente curativa, crea unos centros docentes ligados a estos aspectos de las tareas sanitarias y no a aquellos y por lo tanto, forman —o al menos intentan formar— técnicos sanitarios incapaces de asumir responsabilidades en otros medios.

Es una determinada concepción jerárquica de los trabajadores de la sanidad que sitúa al médico como único técnico capaz y autorizado para asumir tareas responsables en la defensa de la salud, la que ha dado lugar a la diferencia y aislamiento entre los diferentes grados jerárquicos y sus respectivos pro-

---

<sup>13</sup> Véase, Comisión de Estudiantes de Tercer Curso, «Informe sobre la enseñanza de la Medicina» (Barcelona: Mimeografiado, 1973).

cesos de formación, desde ATS a médicos y farmacéuticos. Aislamiento que deberá superarse en cualquier palanificación que busque auténticamente la promoción de la salud. Ello va relacionado con el proyecto diseñado en la Universidad Autónoma de Barcelona, que fue abortado por la administración al poco tiempo de su inicio, de instituir un grado de licenciatura en Ciencias Médicas Básicas, que intentaba señalar, muy tímidamente, algunas líneas de superación a este aislamiento, que es junto con muchas otras causas, responsable de la sacralización del profesional médico.

La falta de una auténtica autonomía universitaria, lógica consecuencia de la política cultural de una dictadura, es un nuevo factor agravante. No se trata sólo de una garantía para la libertad de cátedra, por ejemplo, sino básicamente una condición indispensable para solucionar los problemas de la Universidad, lejos de burocratismos centralistas incapaces de comprender las complejas relaciones que se establecen entre la Universidad y su entorno social. El sistema de contratación de profesorado es un fiel reflejo de la falta de autonomía. Se basa aún en sistemas jerárquicos e irracionales (oposiciones, planes de docencia pre-establecidos, poca remuneración económica), que no hacen sino alejar de la Universidad a los profesionales auténticamente válidos.

## Perspectivas de futuro

Este es un terreno difícil ya que no se trata de definir unos deseos sino de acertar en la descripción de unos hechos que todavía tienen que suceder, y que aunque están implícitos en la realidad actual, su encadenamiento va a depender en parte de imponderables. Es evidente que en la actualidad la situación de nuestras Facultades de Medicina es casi insostenible, fenómeno que por otra parte concuerda con el caos estructural del sistema sanitario. Este último es tan patente que su reforma es deseada en casi todos los niveles sociales en los que se ha tratado el problema. La *Reforma Sanitaria* es pues, un tema popular, del que se habla en el gobierno tanto como en las asociaciones de vecinos. Es un tema del cual ya hace mucho —demasiado— tiempo que se habla, y que creemos que es ya inaplazable. Sin lugar a dudas cualquier transformación profunda del sector sanitario afectará a la enseñanza de la medicina, y creemos que ésta a largo plazo será profundamente transformada.

El motor de la reforma sanitaria es la conciencia en sectores cada vez más amplios de la sociedad de que la salud no es un privilegio que se compara sino un derecho humano. Lo que significa que el Estado y sus organizaciones deben garantizar la igualdad de oportunidades de todos los miembros de la sociedad ante los recursos sanitarios. En la actualidad las distintas fuerzas políticas ya empiezan a presentar formulaciones concretas en este terreno<sup>14</sup>. Es curioso

---

<sup>14</sup> Como ejemplo de ello, en el Colegio de Médicos de Barcelona, en el 7 de octubre se llevó a cabo una mesa redonda sobre *les terceres vies sanitàries* en la que intervinieron representantes de los partidos políticos vinculados al *Consell de Forces Polítiques de Catalunya*.

destacar que muchas de estas formulaciones contienen elementos comunes, aunque en el fondo su contenido es distinto. Sin querer pecar de optimistas queremos creer que tarde o temprano se impondrán aquellas transformaciones que intenten conseguir una organización sanitaria cuyo fin sea más la promoción de la salud a todos los niveles que simplemente el tratamiento de la enfermedad, y que además acierten en solucionar ciertos aspectos como la financiación, descentralización y el control de todos los niveles de la organización sanitaria por parte de todos los interesados en ello, o sea los profesionales y los usuarios, los pacientes<sup>15</sup>. Esto no será fruto de una transformación brusca sino de una serie de cambios progresivos, paralelos a la transformaciones que irán apareciendo en la conformación política de la sociedad<sup>16</sup>.

Además, es perfectamente previsible que a lo largo de este proceso se deberán vencer una serie de resistencias, que se manifestarán a niveles distintos. En la actualidad la responsabilidad de la salud de la sociedad no la ejerce la sociedad sino una minoría profesional; esta minoría, la «clase» médica, es poco menos que propietaria de la vida y la muerte del paciente, adoptando así características que algunos califican de casta sacerdotal. La sociedad debe volver a tomar posesión de su salud, pero se va a resistir a este proceso de «desalienación», lo que puede ser fácilmente instrumentalizable para la defensa de ciertos intereses<sup>17</sup>. La «clase» médica deberá renunciar a sus privilegios, a sus prestigio y a sus intereses creados, lo que no parece nada fácil. Y por último, la industria químico-farmacéutica —mayoritariamente multinacional— que está obteniendo unos beneficios escandalosos aprovechándose del caos del sector sanitario<sup>18</sup> y de la falta casi absoluta de control estatal, y de la cual los médicos son algo así como sus agentes de ventas<sup>19</sup> le va a «costar» muchísimo renunciar a dichos beneficios. Todos estos fenómenos influirán en la reforma y condicionarán la profundidad de las transformaciones del sector sanitario, influyendo en el tipo de ejercicio profesional; por tanto, todo esto en última instancia condicionará la remodelación de la enseñanza de la medicina.

Para que la enseñanza de la medicina pueda transformarse, se deberán ven-

---

<sup>15</sup> Véase la segunda ponencia del *Xè Congrés...*, *op. cit.*, especialmente la parte 4, y dentro de ella «Les bases organitzatives per a la defensa de la Salut», de Nolas Acarín, págs. 288-308.

<sup>16</sup> *Ibidem*, Parte 4, apartado V. 13 «Els passos de la reforma sanitària», de J. Raventós, J. Artigas y J. M. Brunet.

<sup>17</sup> En los Estados Unidos la *American Medical Association* (AMA) no sólo ha financiado campañas de prensa y telefilmes —Marcus Welby— en los que se defiende la figura del médico, casi como un *superman*, sino que a través de organizaciones subsidiarias tiene su propio grupo de presión en el Congreso, lo que le ha permitido obstruir todos los intentos de reforma sanitaria. Para más abundamiento véase: J. M. de Miguel, «Poder y democracia de las asociaciones profesionales médicas: el caso del *AMA* y la *BMA*» *Revista de Estudios Políticos*, 200-201 (1975): 137-175.

<sup>18</sup> Consecuentes con nuestro pasado histórico existe una picaresca rica, abundante e increíble —que suponemos conocerá el lector— y que rara vez es motivo de sanción, y que casi nunca aparece a la luz pública.

<sup>19</sup> En la medida en que menos de 50.000 colegiados son responsables de un mercado de 70.000 millones anuales de medicinas a través de la Seguridad Social.

cer, además, una serie de resistencias propias del aparato educativo, como la ausencia casi general de una tradición pedagógica de calidad, y la misma estructura piramidal del estamento docente. La concepción elitista que se tiene del médico y de la manera de formarlo puede significar una inercia importante.

Dentro de un Sistema Sanitario Integrado (del tipo Servicio Nacional de la Salud)<sup>20</sup> se deberá organizar la enseñanza de la medicina de tal forma que en cada momento se prevean las necesidades presentes y futuras de personal especializado, lo que comportará una planificación de la formación del mismo. En lugar de existir los bloques uniformes de las actuales *Licenciaturas* (Medicina y Cirugía, Farmacia, Veterinaria, y a otro nivel Biológicas, Químicas y Psicología) y carreras de grado medio (ATS, peritajes), consideradas como menores —en todos los sentidos—, se tenderá a una articulación de las estructuras docentes que permita un alto grado de diversificación de sus funciones, y el contenido de éstas vendrá condicionado por los objetivos que la estrategia de la reforma sanitaria se proponga.

En la medida que existen una serie de necesidades que en la actualidad no están resueltas, es previsible la aparición de una serie de nuevas profesiones<sup>21</sup>, como por ejemplo: ingeniería sanitaria, epidemiología social, sociología médica, psicopatología laboral, etc. Se deberá, pues, articular no sólo su función dentro de la red sanitaria sino también la formación de los profesionales que las deberán de ejercer.

El proceso de aprendizaje se deberá diseñar de tal forma que prevea la existencia de distintas fases, organizándose en ciclos, como: conocimientos básicos («prevocacionales»), conocimientos troncales, especialización y adaptación al ejercicio profesional en un sector concreto. Cada una de las instituciones que integrarán la red sanitaria debe estar concebida de tal forma que además de su función propia pueda impartir docencia (como *deberían* ser en la actualidad los Hospitales Universitarios pero a todos los niveles, desde los ambulatorios de zonas rurales hasta los centros de investigación bioquímica). En este modelo organizativo, el futuro profesional ya está en contacto durante su periodo de formación con la realidad que se encontrará al terminar su aprendizaje.

El modelo idóneo tal vez sea la Facultad, o Escuela de Ciencias de la Salud. En esta recibiría su formación todo el personal —desde enfermería a futuros investigadores— que deberá encargarse de los servicios sanitarios de una zona determinada (por ejemplo, una Escuela por Distrito Sanitario). Además deberá coordinar los cursos de postgraduados, y los programas de formación permanente, y deberá estar organizada de tal manera que permita el reciclaje e imparta las enseñanzas de especialización en el ámbito sanitario o profesional procedentes de otros campos, como sociólogos, economistas, etc. Por consi-

---

<sup>20</sup> Como el descrito en la obra de Ramón Espasa et. alt., *La sanidad hoy: Apuntes críticos y una alternativa* (Barcelona: Avance, 1975).

<sup>21</sup> Que en la actualidad ya existen, lo que pasa es que no está *previsto su ejercicio*.

guiente, la Escuela de Ciencias de la Salud constituirá un elemento fundamental en el sistema sanitario integrado; no se debe entender la Escuela simplemente como un centro más sino como la síntesis de todo el aparato docente de la red en la que se integra.

Pero en la medida en que no sea posible aplicar en la enseñanza de la medicina ni en el sector sanitario sendos cambios, que como hemos visto, para ser eficaces deben ser enérgicos en su planteamiento y aplicación, mientras la dinámica política no obligue a ello, no es muy arriesgado afirmar que en un futuro inmediato los problemas de la enseñanza de la medicina y de la sanidad se irán agudizando, llegando a la amenaza de un colapso. Se harán intentos de racionalización en ambos terrenos. Probablemente consistirán en soluciones tipo «parche», tales como intentar limitar el ingreso en las Facultades de Medicina o la salida de licenciados, o incluso, en el mejor de los casos, algún intento tímido de reestructuración de la actual estructura docente y del actual funcionamiento de las facultades. El tiempo que tardarán en fracasar estas medidas dependerá de su coherencia y de la energía con que se apliquen. Que el fracaso es su destino es evidente, ya que en la medida en que no se quiera plantear el fondo del problema, no dejarán de consistir en medidas impopulares o planes de estudio más o menos irracionales. cuando la masificación —que es el síntoma más aparatoso del actual caos universitario— tiene su base en la incapacidad de sucesivos gobiernos de la dicatadura de enfrentarse con el deseo de sectores sociales cada vez más amplios de acceder a la universidad, no se podrá solucionar aplicando la vía restrictiva, ya que la administración en la medida que se democratice no sólo no podrá disponer de la contundencia de los medios represivos, sino que además deberá responsabilizarse ante la población y satisfacer las necesidades que ésta le presente.



## Capítulo 7

# HACIA UN MODELO DE RUPTURA EDUCATIVA PARA UNA REFORMA SANITARIA

Joan Campos i Avillar\*  
(Médico y psicoanalista)

Una nueva organización sanitaria y la reestructuración de servicios que presupone una reforma conducente a un Servicio Nacional de Salud, llevan en sí implícitos unos nuevos conceptos de «medicina», de «salud» y «enfermedad» y de la propia *praxis* asistencial que se precisa para alcanzar los objetivos propuestos. Los profesionales de la sanidad, la formación de dichos profesionales

---

(\*) JOAN CAMPOS I AVILLAR, Licenciado en Medicina (Barcelona, 1951), y Doctor en Medicina (Madrid, 1954) Becario del CSIC: *British Council Scholar*; London University D. P. M.: Postgraduate Center for Mental Health Fellow; diplomado en «Psychotherapy and Psychoanalysis», y diplomado en «Analytic Group Psychotherapy», Postgraduate Center for Mental Health, Nueva York, y Servicio de Psiquiatría Infantil y Familiar, Hospital de San Juan de Dios, Barcelona, Director. Su dedicación didáctica se ha realizado en: Universidad de Barcelona, Escuela de Postgraduados de Psicología; Universidad Autónoma de Barcelona, Miembro del Comité Organizador del Programa de Ciencias de la Conducta, Jefe del Departamento de Psicología y Psiquiatría, Catedrático N. N., y Profesor de «Psicosociología Médica» (1969-1974). Experto de la OMS en «Enseñanza de Salud Mental en Escuelas de Medicina»; *editor de Social Science and Medicine*; Miembro de: Academy of Psychoanalysis (Nueva York); Group Analytic Society (Londres); American Group Analytical Association (Nueva York); y la International Sociological Association. Su interés profesional está en el campo de la investigación y docencia de actitudes profesionales de los médicos, la sociología de la educación médica, y el de la Psiquiatría Familiar. En la actualidad ejerce como psicoanalista. Su dirección es: Dr. J. Campos, Paseo de San Gervasio, 30. Barcelona-6.

y toda la estructura del sistema educativo donde dichos profesionales se forman se verán obligados a variar en función de las tareas y del papel que dichos profesionales vayan a desempeñar dentro del nuevo sistema. Los mismos objetivos que se proponga la reforma sanitaria con su sistema asistencial cara a la salud son aquellos que se debe proponer el sistema educativo cara al aprendizaje y la formación de profesionales de la salud a nivel de docencia. En el presente capítulo se examina críticamente el estado actual del sistema de educación médica española con el fin de presentar un modelo de alternativa en la formación de los profesionales de la salud que haga posible y viable una reforma sanitaria.

### **Hacia un nuevo concepto —científico y social— de salud**

Lo que al país se le propone con una reforma sanitaria es alcanzar aquellos niveles y condiciones de asistencia a la salud a los que el pueblo tiene derecho y que, dados nuestro nivel de desarrollo cultural y socio-económico, son de hecho posibles. La sanidad, la salud del común de los habitantes del país, la salud de todos y cada uno de ellos es a la vez un bien común y un bien particular. Todos los hombres y mujeres al nacer no tienen las mismas oportunidades frente a la salud. Su potencial biogénético heredado, el *locus* que dentro del sistema de clases o de la geografía del país ocupan, la rama del árbol genealógico en la que prenden, su mismo sexo, les marcan ya distintas posibilidades cara a la vida, cara a la expectativa de vida que en años les espera, cara a la calidad de vida que en términos de salud y de enfermedad se les ofrece, y, también, cara al tipo de asistencia sanitaria a la que tendrán acceso.

Vivir una vida en salud o vivirla en enfermedad es en parte un problema biológico, pero mucho lo es más aún un problema de tipo personal y social. De las aportaciones básicas de tipo nutritivo, cultural, emocional-interpersonal que reciba el individuo dependerá su potencial de salud; de las condiciones ambientales que le rodeen, tanto físicas y biológicas —salubridad—, como sociales, dependerán las oportunidades de salud que al individuo se le ofrezcan y los obstáculos a la misma a los que tendrá que hacer frente.

De la manera como un individuo administre su potencial de salud, de la manera como viva su propia vida, de la manera, en fin, como sepa y pueda tomar ventajas de las oportunidades de salud y hacer frente a los obstáculos que el ambiente a la vez le brinda, y le presenta dependerá de manera —sana, enferma— como esta persona se desarrolle y viva en su proceso de vida.

La salud, dentro de nuestro sistema de valores, a pesar de constituir un bien muy apreciado, se atiende a él y se convierte en prioritarios frente a otros valores, solamente cuando se pierde. Individualmente, sólo cuando uno está enfermo piensa en salud o mejor dicho en que le curen. Colectivamente, basta con mirar la proporción de la estructura sanitaria dedicada al sector curativo de la asistencia y, dentro de éste, lo dedicado a «medicaciones» e intervenciones quirúrgicas frente a lo dedicado a medidas preventivo-rehabilitativas y de pro-



moción de la salud, para darnos cuenta que en nuestro país la sanidad está organizada bajo el mismo principio: *lo que importa no es la salud sino la enfermedad, y la enfermedad del enfermo sólo en cuanto pueda ser ésta tratada, es decir, atacada*, con los poderosos medios con que cuentan las industrias médicas y farmacológicas.

Cuando se habla del derecho a la salud para el pueblo, cuando se invocan principios de equidad social en la organización de la sanidad, hay que tener bien presente la observación que acabamos de mencionar, y que ha sido y sigue sirviendo de principio fundamental en la organización social de cuidados de salud a la comunidad. Es la asistencia médica lo que cuenta, y con verdadera igualdad social, esta asistencia debe ser accesible no solo para todo el muno y en todos los puntos del territorio por igual y con igual calidad, sino discriminadamente —*compensatoriamente*<sup>1</sup>— en favor de aquellos sectores de la población y de aquellos individuos a quienes la imperfección de nuestro sistema socio-económico y político ofrece menos oportunidades de salud.

El criterio compensatorio en términos asistenciales para conseguir una verdadera equidad social, unido al ya mencionado de lo prioritario de la salud marcan para la sanidad y para la asistencia médica al país nuevos objetivos. Más de lo mejor y mejor distribuido no basta para actualizar el derecho a la salud. Hacen falta para ello un nuevo concepto de la medicina, un nuevo concepto de salud y enfermedad, unas nuevas maneras de comportarse individual y colectivamente frente a ellas, y en consecuencia unos cambios de la organización y estructura sanitaria para hacerlos posibles. La clase de cambio a que nos estamos refiriendo es un cambio paradigmático, aplicando con propiedad aquí a la sanidad la terminología que Kuhn sugiere en su análisis del desarrollo tradicional y revolucionario de la ciencia<sup>2</sup>. Lo que se trata es de radicalmente cambiar, sin posibilidad de vuelta atrás, las condiciones estructurales de la práctica de la medicina, el funcionamiento de la asistencia sanitaria, y las mismas *praxis* y fines de la asistencia. En la misma proporción, en la misma dirección y al mismo tenor y ritmo en que se introduce y desarrolla el cambio del sistema sanitario tendrán que cambiar los individuos y las profesiones que dentro del mismo trabajan y que del sistema se benefician.

Cuando dentro de un sistema sanitario se introduce una nueva variable sea ella de tipo organizativo de servicios o de las maneras como se controla el acceso a los mismos por el usuario o de los modos como se financian da igual, queda alterada la estructura global del sistema, y, en consecuencia, el funcionamiento de todo el sistema se ve igualmente alterado, y la naturaleza misma de las relaciones asistenciales y de la propia asistencia se ven radicalmente cambiadas. Baste como ejemplo recordar lo sucedido con la introducción del Segu-

---

<sup>1</sup> Jesús M. de Miguel, «The Spanish Health Planning Experience», *Social Science and Medicine*, 9 (1975): 451-459.

<sup>2</sup> Thomas S. Kuhn. *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago: The University of Chicago Press, 1962).

ro Obligatorio de Enfermedades dentro del sistema sanitario español. Ni profesionales de la sanidad, ni usuarios del S. O. E. estaban preparados para utilizar el sistema que se les ofrecía a la vez que se les imponía, nunca unos ni otros se las hubieron tan felices ni consiguieron tan poco, ni tampoco nada ha quedado tan deteriorado como lo han sido las relaciones entre unos y otros. De haber procedido lógicamente la implantación sanitaria dirigido a educar tanto a profesionales como a usuarios a las nuevas condiciones de trabajo y de asistencia. El fracaso sanitario y económico del seguro y el deterioro de la sanidad, que hacen hoy necesaria y urgente una reforma, nos da una idea de lo que nos amenaza y espera caso que ésta se lleva a cabo y se concrete en un Servicio Nacional de Salud que siga los mismos pasos por donde ha ido la seguridad social.

Todos los cambios apuntados, las nuevas condiciones y los nuevos objetivos de la atención sanitaria y de la asistencia médica exigen un remodelamiento de las profesiones sanitarias y de la formación que estos profesionales reciben a fin de poder desarrollar su labor. La forma como las persona adquieren los elementos culturales que precisan para cuidar de su propia salud, para ayudar a otros a hacer lo mismo con la de ellos y para mejorar el uso que de la asistencia médica hacen en favor de su salud y de la salud de todos, cabe sea hecho en forma sistemática. Cuando ello se hace así, entonces, esto se convierte en el objetivo específico de lo que con propiedad se llama «Educación Sanitaria»<sup>3</sup>.

No existiendo (como no ha existido hasta hoy) una sistemática educación científica sanitaria de la población, ésta se ha venido desarrollando en forma espontánea, y la educación sanitaria popular —*the folk health education*— es fruto de la interacción de las necesidades básicas de asistencia sanitaria que tiene la población con los recursos actuales de asistencia que se le brindan, aquellos de los que tiene conocimiento, y los que teniendo a ellos o no acceso, finalmente, desea o utiliza. Esta cultura sanitaria popular está hoy fuertemente influida por las propuestas ideológicas que ofrece la medicina llamada —no se sabe bien por qué— «científica». Pero no hay que olvidar que los profesionales de la salud —los mismos médicos— están fuertemente influidos por la cultura sanitaria popular que ellos han ayudado a crear y de la que al mismo tiempo participan. Esta cultura es una cultura consumista: de actos médicos, de servicios médicos y de productos farmacológicos.

Cuando se socializa la medicina, la asistencia médica, se crea un Seguro Obligatorio de Enfermedad o un Servicio Nacional de Salud —da igual como se le llame— lo que importa es saber qué es lo que se entiende por salud, y lo que todos, tanto los usuarios como los profesionales de los servicios sanitarios,

---

<sup>3</sup> Joaquín Jubert i Guart, «Educació sanitària: Presupòsits bàsics per a una pedagogia de la salut», págs. 343-353, en *Xè Congrés de Mege i Biòlegs de Llengua Catalana: II Ponència: Finició Social de la Medicina* (Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1976).

están dispuestos a hacer para alcanzar aquello que pretendidamente buscan, persiguen y desean de los mencionados servicios. Si el objetivo es la salud, los medios lo serán los servicios sanitarios y en consecuencia tanto los profesionales de la sanidad como los usuarios de los servicios deben aspirar a fomentar y mantener *su* salud y *la* salud y no a producir y consumir actos, productos y servicios médicos<sup>4</sup>.

Esta filosofía básica, que aquí someramente exponemos, ha sido ampliamente expuesta y debatida en el seno de la segunda ponencia —«*Función Social de la Medicina*»— del *Xè Congrès de Meigs i Biòlegs de Llengua Catalana*, habido recientemente en Perpignan (25 de septiembre de 1976). Las conclusiones a que se llegaron y que figuran al final de este capítulo como anexo, proponen un nuevo tipo de sanidad y de organización sanitaria a la cual nosotros nos adherimos por lo que tiene de racional y por lo que tiene de democrático. Las reflexiones que a continuación siguen en lo que hace a educación médica y sanitaria, y ello tanto para los trabajadores de la salud como para los protagonistas de la salud que son los usuarios de los servicios, están hecha con el mismo espíritu habido y basadas en la labor crítica y de reflexión que se ha desarrollado en el mencionado congreso<sup>5</sup>.

Si la reforma sanitaria tiene por objeto la salud de la población, los sistemas de educación sanitaria —profesional y popular— deben ir dirigidos a conseguir que estos objetivos se cumplan y a que los servicios sanitarios funcionen y se utilicen de manera tal como para que la salud sea posible. Nuestra tesis es *que si para que los fines sociales de la sanidad se cumplan es precisa una reforma, para que esta reforma funcione resulta imprescindible que previamente a ella y acompañándola se proceda a una ruptura paradigmática en el sistema educativo de la medicina y de la sanidad.*

## ¿Reforma política o reforma sanitaria?

Reformar la sanidad es planificar e intentar llevar a cabo un cambio. El cambio a que se aspira es el de transformar el marco legislativo y la estructuras organizativas de la sanidad, y alterar los sistemas de prestación de servicios de atención médica y cuidado a la salud de tal manera que sea posible para la población actualizar su derecho a la salud. En nuestro país esto supone: pasar de un no-sistema a un sistema de cuidados a la salud, y pasar de una fase de desarrollo no-planificado y no-coordinado, de la sanidad a otra en que el desarrollo viene dirigido por objetivos, orientado hacia la solución de problemas e inspirado y guiado por principios de racionalidad, de eficacia y de justicia social, cara a la salud.

---

<sup>4</sup> Juan Campos, Jordi Gol y Jesús Moll, «Característiques qualitatives de l'activitat mèdica», págs. 309-327, en *op. cit.*, nota 3.

<sup>5</sup> Las conclusiones del *Xè Congrès* fueron resultado del debate de la «II Ponencia» y han servido de base para la estructuración de la Ponencia sobre Estructura Sanitaria dentro del *Congrés de Cultura Catalana* actualmente en curso.

Decretar una reforma de la sanidad española es un acto político; hacer dicha reforma posible, llevarla de hecho a cabo, supone una profunda transformación social. Es sin duda una empresa colectiva que exige la colaboración y la participación activa de todos aquellos estamentos de la sociedad, sectores de la población e instituciones sociales que se vayan a ver afectados por los cambios que la reforma propone y modificados por las condiciones que ella crea. La administración del Estado y su gobierno pueden fácilmente adoptar medidas que son de su competencia y que caen dentro de su ámbito de influencia. Una nueva Ley General de Sanidad, la creación de un ministerio específico para su control y gobierno, la adopción de medidas presupuestarias para la financiación de los servicios de atención médica, y organizativa para la prestación de los servicios es cosa fácil y más cuando lo legislativo, lo administrativo y lo ejecutivo van tan íntimamente unidos y son tan independientes de la voluntad del pueblo como por ahora sucede en el país.

Establecer una política de salud, marcar para la misma objetivos prioritarios, diseñar un programa de desarrollo de recursos humanos y de equipamientos para la sanidad y para la asistencia, e incluso decidir estrategias encaminadas a conseguir los objetivos propuestos es una cuestión técnica. La problemática será más o menos compleja y dependerá de los condicionamientos de la situación y de la competencia y habilidad de los programadores el que el plan de salud sea más o menos viable, ambicioso o alcanzable. Las verdaderas dificultades para la reforma empiezan una vez que el plan ha sido establecido y se intenta llevar a la práctica. Costumbres inveteradas, intereses creados, grupos de presión, instituciones educativas, profesionales y asistenciales, la población misma al servicio de cuya salud el plan se orienta y en favor de la cual se adoptan unas medidas, se opondrán a la nueva ordenación en la medida que para ellas la reforma representa un cambio. Lo harán en función de la amenaza que este cambio se les imagina y del riesgo real que para ellos supone.

La variable menos controlable dentro de cualquier sistema de salud la constituyen precisamente las instituciones asistenciales de servicios sanitarios y las profesiones sanitarias que acabamos de mencionar. Las disposiciones más ingeniosas, las normativas más coercitivas, las leyes más estrictas se estrellarán inexorablemente frente a unas instituciones que no estén dispuestas a colaborar y más aún frente a unos profesionales sanitarios que no resulten competentes, es decir, preparados, para realizar la función que están destinados a desempeñar dentro del sistema.

Un Plan Nacional de Salud presupone un cambio radical no sólo en el modo como se financian los servicios de salud y se asegura con ello el acceso *equitativo* a los mismos de la población sino, también, de la estructuración del sistema de servicios sanitarios y del tipo de relaciones asistenciales y de atenciones médicas que se proporciona desde los mismos.

Reformar la sanidad es marcar pautas, crear estructuras y poner a su disposición medios que fueran y hacen posible que la actividad sanitaria y la atención médica que recibe la población vaya por derroteros distintos a los que es-

taba acostumbrada. En función de los objetivos que se marquen y de las condiciones que se creen para alcanzarlos así tendrán que cambiar en su actividad profesional los sanitarios que el sistema emplee.

Un profesional de la sanidad (aquellos que dentro de la misma realizan actividades de tipo médico asistencial, sea esta preventiva, curativa o rehabilitadora; dirigida ella a individuos, grupos de individuos o a sus ambientes; e independientemente del nivel técnico y grado de responsabilidad clínica por la situación o el caso del sanitario, y el que lo haga éste en solitario o en equipo) es persona que para poder ocupar su cargo y desempeñar su función específica ha tenido previamente que someterse a un proceso de enseñanza-aprendizaje para poder hacerlo y para conseguir la titulación que legalmente le autoriza a ello.

La profesión sanitaria por excelencia, aquella que ocupa posiciones de máxima responsabilidad en la propiciación de cuidados y atención médica a la población, esté sana o enferma, es la de la medicina. Es más, el resto de las profesiones sanitarias —sean estos facultativos superiores, (como los farmacéuticos, ceterinarios, psicólogos) de grado medio (como los ATS, practicantes, enfermeras o matronas) o meramente auxiliares de clínica o técnicos— en el contexto de la clínica y en el seno de los servicios de atención médica se encuentran siempre, por vetusta tradición, bajo las órdenes y al servicio del médico. La profesión médica no es más que una más entre las ocupaciones sanitarias pero, debido a la hegemonía que sobre el resto de ellas viene tradicionalmente desempeñando y gracias al grado de dominancia que sobre las mismas ha sido capaz de alcanzar e imponer, hace que sus problemas destaquen más que los de todas las demás y que, además de la manera como se resuelvan dichos problemas de la medicina dependa en gran manera como lo hagan el resto de las ocupaciones sanitarias y se acarree para ellas ineludibles consecuencias.<sup>6</sup>

La medicina ha sido no solamente capaz de imponer su modelo de enfermedad a la sociedad y al conjunto de las profesiones y ocupaciones sanitarias, sino que además con la organización social de la profesión médica ha determinado los modos como se establecen y estructuran los servicios sanitario-asistenciales y ha brindado, al mismo tiempo, un modelo de profesión al que aspiran y que envidian el resto de las profesiones del sector.

Se comprende así la importancia que el sistema de educación bajo el cual se forman los médicos y que directamente, o a través de los médicos influye en la formación y en el funcionamiento del resto de las profesiones sanitarias pueda tener para el funcionamiento global de toda la sanidad.

Da la causalidad que el sistema de educación médica en nuestro país está en manos del gobierno, depende del Ministerio de Educación y Ciencia, y son el cuerpo de funcionarios vitales del Estado —los profesores numerarios— si no quienes imparten las enseñanzas, pero sí los que detentan todas las posicio-

---

<sup>6</sup> Eliot Freidson, *Profesional Dominance: The Social Structure of Medical Care* (Nueva York: Atherton Press, 1970).

nes de poder dentro del sistema educativo, y fácilmente pudieran cambiar la situación de la enseñanza, caso que el gobierno se lo propusiese y se lo ordenara o permitiera. Desgraciadamente la burocracia del aparato del Estado es tan lenta y el grado de centralización tan extremo que los cambios educativos acostumbran a ir por detrás de los cambios que están teniendo lugar en los servicios sanitarios y en el ejercicio de las profesiones sanitarias y en especial de la médica.

Con el fin de asegurar la viabilidad de la reforma, de disminuir al máximo las resistencias al cambio que toda reforma supone y de asegurarse la colaboración de todas aquellas personas e instituciones que se vayan a ver afectadas en su funcionamiento con la nueva organización propuesta, lo lógico fuera llamar a participar desde el primer momento de su planteamiento a todas aquellas instituciones y fuerzas sociales que se verán obligadas a llevar la reforma a cabo. Hacerlo por decreto, desde arriba, sin tener en cuenta a la base e ignorando lo expuesto constituye una mayor insensatez y la mejor manera como para asegurarse el cambiarlo todo con el fin de que no cambie nada.

Pretender llevar a cabo una reforma sanitaria en España —tanto en su dimensión educativa como en la asistencial— sin tener en cuenta las peculiaridades culturales y sanitarias de los distintos países y nacionalidades que se integran dentro del territorio español, y hacerlo esto de una manera centralista sin prestar a sus naciones la menor autonomía en la planificación y gestión de su propia sanidad equivale a condenar de antemano al fracaso a todo posible plan o servicio nacional de salud. De la manera como políticamente se lleguen a definir los objetivos, de la educación que existe entre las características del programa, medios organizativos y normativos, recursos humanos y materiales con que cuente para ser llevado a la práctica y, también, de la disposición y competencia de las instituciones que administran los servicios de salud y las de los profesionales sanitarios que en ella trabajan, a bien seguro dependerá el que se alcancen o no los objetivos marcados.

La reforma de la sanidad, que se superpone hoy en España con un proceso de cambio político en que la reforma se propone como alternativa a la vez a un continuismo imposible y a una ruptura angustiante. Que el caso de la sanidad corra parejo al de la política, que un cambio deba ser precedido por el otro o que sin un previo cambio político no sea posible un cambio sanitario, son cuestiones opinables y que el futuro sin duda se encargará de aclarar<sup>7</sup>. De todas formas, de lo que no cabe duda es que tanto el comportamiento sanitario como el político son comportamientos sociales, y estos vienen determinados fundamentalmente por dos factores: 1) la educación recibida, es decir, el proceso de socialización a través del cual los individuos aprenden sus comportamientos

---

<sup>7</sup> W. H. O., «Organizational Study Methods of Promoting the Development of Basic Health Services», Anexo II a la O. R. of W. H. O., pág. 206 (1973), pág. 110. Se comenta cómo la conexión entre servicios de salud y estructura sociopolítica de un país es tan íntima que el cambio exclusivo de los primeros se hace imposible independientemente de la otra.

sociales; y 2) la estructura social que determina a todos los niveles las relaciones de influencia interpersonal y la misma naturaleza de las relaciones sociales. La reforma de la sanidad hoy en el tablero, la reforma política hoy en curso, fueron precedidas por una reforma del sistema educativo que por no haber tenido en cuenta lo expuesto ha conducido a un fracaso. La nueva Ley de Educación, qué duda cabe, ha cambiado radicalmente al sistema educativo español a todos sus niveles, pero no hace falta una evaluación alguna para darnos cuenta que mediante su aplicación no se ha conseguido ni uno sólo de los objetivos que se proponía y que la educación de los españoles en vez de mejorar lo que ha hecho es deteriorarse notablemente. Por el mismo rasero, el cambio sanitario que supuso la implantación del S. O. E. y la actual red de establecimientos y servicios asistenciales de la S. E. también han supuesto un «cambio revolucionario» en la sanidad española<sup>8</sup>. Las consecuencias también han corrido parejas a las habidas en el sistema educativo: si bien cuantitativamente nunca tantos españoles, ni tan costosamente, fueron asistidos médicamente, nunca tampoco los sanitarios ni los usuarios de la atención médica, se sintieron o por lo menos se mostraron tan abiertamente descontentos con la clase de medicina que unos practican y el trato que los otros reciben. A todo esto queda por demostrar que la indiscutible mejora de los niveles educativos y asistenciales de la población tengan o no que ver con las actividades, organización e intenciones de los respectivos sistemas.

Los responsables de la reforma de la sanidad, los organismos del gobierno que vayan a sancionarla e instrumentalizarla vale la pena tengan en cuenta la lección que muy costosamente debieran haber aprendido de los dos intentos de cambio mencionados. *Lo que no se hace solidariamente con la participación del pueblo, acaba volviéndose en contra del pueblo y en contra también de aquellos que, por estar en el poder, paternalística y dictatorialmente se lo impusieron.* Por el mismo rasero, *aquello que se hace sin la participación de las instituciones asistenciales y la de los profesionales sanitarios que en ellas trabajan —en especial la de los médicos— acaba tornándose en contra de la reforma y aniquilando todo intento de cambio.*

### **Desarrollo involutivo del sistema de educación médica: La degradación de la docencia y el deterioro del aprendizaje**

El desarrollo de la sanidad española en estos últimos años obedece más bien a un crecimiento anárquico condicionado por circunstancias socio-económicas y políticas que no —como sería deseable y cabría esperar— a una planificación racional de recursos humanos y de medios materiales en función de las necesidades de asistencia médica que realmente existen en el país y que éste pueda y debe afrontar y satisfacer. La situación a que con esta política la sanidad española ha llegado es de sobra por todos conocida y está expuesta, comentada y criticada en la mayoría de los capítulos que figuran en el presente libro, lo que no lo es tanto, sin embargo, es el papel jugado por la profesión mé-

dica —a través del sistema o la falta de sistema educativo— con que cuenta o debiera contar en el desencadenamiento del actual estado de cosas. La radical transformación de las condiciones de ejercicio de la medicina obedece a multiplicidad de causas. En nuestro país sin embargo, de entre ellas destaca una por su importancia, que es la implantación *obligatoria* de un seguro de enfermedad que, si bien fue hecha en favor de los trabajadores, se hizo a espaldas de aquellos otros trabajadores (los sanitarios) que dentro del nuevo sistema se veían obligados a trabajar.

A diferencia de otros países donde la profesión médica, o los Colegios de médicos, contaban con una organización política y a la vez con suficiente poder e influencia como para negociar con los gobiernos las condiciones en que la reforma social del ejercicio de la medicina iba a tener lugar, en el nuestro bastó con asegurarse la connivencia, explícita de las altas jerarquías médicas y tácita de los profesionales médicos, para poder imponer su sistema inspirado más en razones de tipo demagógico que no dirigido a conseguir unos objetivos de justicia social y de operatividad pragmática y eficacia sanitarias.

Un racional desarrollo de la sanidad y una nueva organización del sistema de asistencia médica exigiría lógicamente que las características profesionales de las personas que vayan a trabajar en el nuevo sistema sean las adecuadas para poder hacerlo. De no haber sido precedido dicho cambio por una política educativa conveniente, se requeriría como mínimo unas medidas de selección y unos períodos de reciclaje y de formación dentro del trabajo que aseguraran una adecuación de competencias profesionales a las exigencias del mismo. Esto obviamente no ha sido así y de ahí las consecuencias: ni a nivel de medicina general, ni a nivel de medicina especializada el médico sale capacitado para ejercer el tipo de medicina en equipo centrada en el hospital e intraprofesionalmente coordinada que se exige dentro de un sistema de medicina socializada.

En estos momentos se está contemplando y con urgencia una reforma. La viabilidad de ésta, las posibilidades reales de cambio que una reestructuración y organización sanitaria ofrezca, las oportunidades que brinde para que ésta se traduzca en un mejoramiento de los niveles de salud y una distribución más equitativa y justa de la asistencia, en gran manera dependen de los recursos humanos con que ella cuente.

Con antelación más que suficiente, la nueva Ley de Educación brindó unas posibilidades educativas para la sanidad y la reforma sanitaria que han sido totalmente desperdiciadas. La supresión de la coetilla «y su financiación» que acompañaba a aquella ley, y la total falta de autonomía universitaria con que se llevó a cabo la reforma educativa, han condicionado el que esta reforma resultara abortada. Pero lo que es más importante, la indiscriminada implantación de políticas educativas en ella inspiradas ha sembrado suficiente caos como para que —por lo menos en el campo de la sanidad— la actividad profesional de los médicos se vea en el presente y en un futuro inmediato y previsible seriamente afectado. El resto de las profesiones sanitarias se ven igualmente afectadas, pero por tratarse la medicina quizá de la profesión clave dentro de la



sanidad tanto por el volumen de médicos que el sector sanitario emplea a nivel de la asistencia y la importancia de los cargos y posiciones rectoras que ocupan, así como por nuestro personal interés y experiencia con el sistema de educación médica, es por ello que hemos decidido centrar el problema en la situación actual y futura de la formación de los médicos.

## El conflicto en la educación médica

La Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, en su informe al Gobierno (art. 67) dice textualmente: «La sanidad, la educación y el ejercicio de las profesiones sanitarias han experimentado una rápida transformación en los últimos años. No es, pues, extraño que su punto de confluencia —la formación y especialización sanitarias— sea particularmente problemático y conflictivo.» El punto de confluencia entre sanidad, educación y ejercicio profesional para la medicina (una de las profesiones sanitarias mayores, por no decir la profesión sanitaria por excelencia) se concreta en el sistema de educación médica con que la profesión cuenta. Este sistema está ubicado legal y oficialmente en la Facultad de Medicina y en manos de un cuerpo de funcionarios del Estado —los catedráticos numerarios— que son quienes en última instancia rigen y controlan todo el sistema. El sector de educación médica español es sin duda, aquel que dentro de la universidad viene en estos últimos años demostrando con mayor insistencia y sin descanso signos graves de conflicto estudiantil, y ello, aunque parezca mentira y para los políticos difícil de creer, por razones no meramente políticas sino también de orden fundamentalmente profesional y académico.

Desde unos años para acá, la universidad se encuentra en permanente estado de crisis. En momentos de profunda transformación social y de acelerado cambio cultural, éste parece ser el destino de aquellas instituciones tradicionales cuya rigidez estructural no les permite evolucionar al ritmo que marcan los tiempos y a tenor de la adaptabilidad que exigen las circunstancias. Cuál sea el resultado final del conflicto en que se encuentra la universidad es cosa que no se puede con mínima certeza predecir. Lo que nadie discute es que mientras tanto la universidad sigue funcionando y, a unos costos socialmente impredecibles pero económica y culturalmente patente y demostrables, la universidad cada año son más los alumnos que dentro de su seno admite y también mayor el número de titulados que gradúa.

En cualquier país, el sector más conservador dentro de la universidad lo constituye sin duda la medicina; en el nuestro las posibilidades de adaptación y cambio que ésta demuestra son mínimas y, el comentario de los italianos «la Facultad de Medicina es el gran enfermo de la Universidad italiana», cabe con toda propiedad ser aplicado a la española.

Lo que desde el punto de vista de la sociedad y también desde el de las profesiones sanitarias preocupa es cuáles vayan a ser las consecuencias que para unos y otros traiga el mantenimiento de este estado de cosas. Masas de estu-

diantes se encuentran sometidos a un proceso de enseñanza universitaria que, si bien es más que dudoso resulte eficaz en términos de aprendizaje y de competencia profesional, lo indiscutible es que algún impacto tendrá en los estudiantes que se gradúan dentro de este sistema. Estos jóvenes que hoy se encuentran dentro de la universidad son los profesionales del mañana, aquellos mismos con los cuales la sanidad tiene que contar para montar su sistema de asistencia médica y que, una de dos, o salen de la universidad convenientemente formados para realizar la labor que de ellos se espera o algo habrá que hacer para remediarlo. La tesis de Miller Guerra es que las facultades de medicina no se reforman a sí mismas, sino que precisan una presión externa para modernizarse. Esta afirmación es tan válida para el sistema educativo portugués como lo pueda ser para el nuestro, y, quizá sea incluso aplicable no sólo a la institución educativa, sino a la misma profesión médica.

En un estudio comparativo de los sistemas de educación médica en los países mediterráneos, Jesús de Miguel<sup>8</sup> apunta que lo que de común tienen España, Portugal e Italia —en contraste con Yugoslavia, el único país socialista de la zona— son los siguientes elementos: 1) *crecimiento desmesurado de la población estudiantil* que no va acompañado con un paralelo crecimiento de los recursos educativos; 2) falta de selección en la admisión de alumnos en las facultades de medicina, en la que el *numerus clausus* es sustituido por un procedimiento de selección natural, acompañado de alta mortalidad estudiantil, que aún así resulta cuantitativamente insuficiente para educar el número de graduados a la oferta de puestos de trabajo que ofrece el sistema sanitario; y 3) lo que a mí me parece más interesante de destacar, «el sistema universitario contra lo que pueda parecer a primera vista se ha democratizado muy poco, mientras que *la calidad se ha deteriorado considerablemente*»<sup>9</sup>.

Las consecuencias inmediatas que para nuestro país ha traído este estado de cosas son las siguientes: 1) *masificación de la enseñanza* de la medicina; en estos momentos el número de estudiantes de medicina matriculados supera al número de médicos colegiados y en ejercicio en el país; 2) a pesar de contar con una de las más altas mortalidades estudiantiles en el mundo de la educación médica, el sistema español gradúa tal cantidad de licenciados cada año que existen ya de hecho una alarmante *pletora médica* y un creciente *desempleo y subempleo* de profesionales médicos; y, 3) consecuencia de todo ello, paralelamente al proceso inflacionista que viene demostrando la peseta, los *títulos de licenciados* en medicina *se han desvalorizado*, gozan de menor valor en el mercado del trabajo, y *se han desacreditado* tanto en términos de credibilidad social como de prestigio.

Qué duda cabe que todos estos factores por indeseables que resulten, alguna ventaja van a traer al país, por lo menos es de esperar que sirvan de freno a

---

<sup>8</sup> Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region* (Ann Arbor, Michigan: University Microfilms, 1976). Tesis doctoral en Yale University (USA).

<sup>9</sup> Jesús M. de Miguel, *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976).

la temenda demanda que por los estudios de medicina hoy por hoy sigue existiendo, pero el precio que por ello se habrá tenido que pagar resulta inconmesurable. De momento miles de personas que escogieron los estudios de medicina como una medida de ascensión social se verán defraudados con la clase de título que les brindan las Facultades de Medicina y estafados con las oportunidades de empleo que dicho título ofrece; la sanidad del país se verá obligada a utilizar durante montones de años a titulados universitarios a quienes durante sus años de formación básica se les escamoteó una oportunidad de aprendizaje.

En la base de todo sistema médico y para el buen funcionamiento de la sanidad y de los servicios asistenciales con que ésta cuenta, está el sistema educativo de la medicina. Dependiendo de cuáles sean las características profesionales de los médicos, del tipo de conocimientos, habilidades y experiencia con que éstos cuentan y, también de su orientación, actitudes, valores, en suma de su ideología con respecto a los problemas de la sanidad y de la asistencia a los enfermos, así será el tipo de actuación que como profesionales sean capaces de desplegar, mantener y formentar no solo para sí mismos sino también para el resto de las profesiones sanitarias. Estas características, esta formación y esta ideología la adquiere el médico a lo largo de los años que dedica a su educación y ello en el seno de las instituciones educativas y asistenciales donde éstas se le proporcionan y donde él las adquiere. De ahí la importancia que el sistema de educación médica tiene cara al futuro de la asistencia médica y al de las posibilidades de la sanidad y de su reforma.

Cabe como alternativa que las actitudes, la ideología pragmática del médico, sus competencias específicas de tipo profesional no vengan en modo alguno relacionadas con la formación recibida, sino que, por el contrario, aparezcan y se desarrollen independientemente de, y quizá a pesar de, los condicionamientos del sistema educativo. Cabe que ello sea resultado meramente de la adaptación que primero el estudiante y después el médico hacen a su trabajo, a las condiciones en que éste se realiza, o, cabe, incluso obedezcan a factores extramédicos y extraprofesionales determinados por las estructuras socioeconómicas, culturales y políticas que son las que determinan las relaciones de producción y consumo, y en última instancia la misma naturaleza de las relaciones sociales, dentro de las cuales la relación médica es un caso. La posible relación que exista entre la educación que reciben los médicos, condiciones ambientales donde y cómo se realiza la medicina y clase de atención y cuidados médicos que de hecho recibe la población, y la relación de todo este conjunto de variables con los resultados finales que en términos de salud disfruta o sufre el común de los habitantes del país, es cuestión clave a ser investigada y tener en cuenta en el planteamiento de organizaciones sanitarias.

El que el nivel de salud, lo cuantitativo y lo cualitativo de la salud de que goza una población dependa o no de la cantidad y calidad de cuidados médicos que ésta recibe y de la manera como estos cuidados se distribuyen y financian dentro de la sociedad, es cosa que hasta hoy no ha sido demostrada. Se precisaría contar con estudios empíricos a gran escala, controlar muchas va-

riables, disponer de indicadores válidos y fiables y de un : recogida de datos sistemática que permita hacer largos seguimientos de población —y ello en distintos ambientes sanitarios— para poder llegar a conclusiones objetivas (es decir, científicas) al respecto. Mientras esto no suceda, la mayoría de los sistemas sanitarios en existencia y también la de los planes de salud prospectivos, cuando los hay, vienen montados en la presunción de que a mejor y a más cuidados médicos disponibles, y a mejor y más indiscriminado y socialmente justo acceso a los mismos por parte de la población asistida, mejor será el nivel de salud de que disfrute la población. Esta es claramente una cuestión ideológica, en el sentido de no estar demostrada científicamente, y la clase de ideología en que se basa no es una ideología política sino una *ideología médica*<sup>10</sup> y en tanto que ideología médica es una *ideología profesional* dominada por la clase que detenta el poder dentro de las profesiones sanitarias, que, hoy por hoy, es la clase médica.

En cuestiones de salud, y como veremos igualmente, después en cuestiones de educación, una ideología profesional es distinta de una ideología de servicios. La primera tiene como principal, si no casi exclusivo fin el que el profesional —como individuo y como grupo social— alcance aquellos fines que a él le han llevado a la profesión y gracias a los cuales la profesión existe. Estos son concretamente el conseguir el *monopolio legal* y la exclusiva en una clase de trabajo y la *autonomía como grupo* en determinar quienes puedan ejercerlo y controlar de qué manera este trabajo deba ser realizado. En contraste con ello, la *ideología de servicios*, tiene por objeto conseguir que tanto la profesión como los profesionales y asimismo los medios materiales que a disposición de ellos se pongan y la estructura sanitaria que se crea están en función (es decir al servicio) del fin que con todo el sistema se persigue y que, concretamente, en sanidad es conseguir los máximos y posibles niveles de salubridad en el país y de salud en la población.

### La triada básica de la institución médica

La medicina y el sistema de asistencia a la salud del que dicha profesión forma parte y en el que viene integrada, constituyen una de las instituciones sociales de mayor importancia y trascendencia para la consecución de los objetivos de salud que una sociedad para sí misma se haya marcado. La institución médica está llamada a desempeñar un papel rector en la movilización de recursos humanos, tanto profesionales como no profesionales, para una lucha por la salud. Lucha que se concreta en la evitación de la enfermedad, en la asistencia al enfermo, para su cura, rehabilitación o alivio, y en la erradicación de las causas o la efectiva modificación de las circunstancias, tanto físicas como sociales, que desencadenan tanto sufrimiento inútil y enfermedad socialmente innecesaria humana y científicamente evitables.

---

<sup>10</sup> Juan Campos, Jordi Gol y Jesús Moll, «Características...», *op. cit.*

Naturalmente, la medicina como institución social que es, está en íntima interdependencia e interacción dinámica con el resto de las instituciones sociales que figuran en la sociedad. Sus posibilidades de funcionamiento vienen condicionadas y están en función de las posibilidades que brinda el juego global de fuerzas dentro de la estructura socio-económica y política del país donde se desarrolla. El progresivo desarrollo de la medicina y su funcionamiento armónico dependerán en gran parte de la manera como aquella conciba su tarea; de los medios y técnicas que desarrolle, de la estructura organizativa que establezca, de los sistemas de valores y normativos que mantenga y, sobre todo, de que los profesionales con que cuente resulten, o no, competentes y adecuados para eficientemente realizar las tareas que se precisan para cubrir las necesidades reales que de asistencia médica existan en el país, y con ello satisfacer las expectativas sociales que con su funcionamiento y presencia crea la misma medicina. Dado que sociedad, condiciones de salud y enfermedad, e institución médica se hallan todas sometidas a un continuo proceso de cambio, resulta imprescindible que el sistema médico sea lo suficientemente flexible y cuenta con los elementos y mecanismos necesarios, no sólo para hacer frente al cambio, sino para anticiparse al mismo y prepararse para que este suceda sin fricción y que ello no resulte disruptivo para el cumplimiento de la función que a la medicina dentro de la sociedad le ha correspondido. De no ser así, el resultado es el que estamos contemplando: *la medicina entra en una situación de crisis de la que no tiene otra salida que la de ser reformada desde fuera por no haber sabido con suficiente previsión y anticipación haberlo hecho ella misma desde dentro.*

Dentro de la institución médica existen tres subsistemas principales: asistencia, docencia e investigación. Son funciones que por su importancia acaban por diferenciarse y constituirse en organismos semiautónomos. A pesar de ello, tanto profesionales como instituciones especializados en alguna de estas tres ramas, no pueden menos que desempeñar la propia teniendo en cuenta y dependiendo del funcionamiento de las otras dos. Así, por ejemplo, no cabe pensar en un médico —sea cual sea la posición que ocupe dentro de la estructura médica y la función específica que realice: asistencial, docente o investigador— que pueda ejercer su función sin que al mismo tiempo que se beneficia de las otras dos deje de contribuir a las mismas. Un médico, en una posición asistencial, al mismo tiempo que atiende al enfermo, está avanzando conocimientos (adquiere experiencia, hace investigación clínica) y está en condiciones de transmitir dichos conocimientos (hace docencia) ya sea cara al propio paciente (educación sanitaria) ya sea cara a otros colegas o colaboradores (educación médica).

Lo mismo sucede con las instituciones: un hospital de carácter esencialmente asistencial, al mismo tiempo debe tener proyecciones docentes y de investigación. Las facultades de medicina con sus «hospitales clínicos tienen por objeto la enseñanza práctica de la medicina», transmisión de conocimientos (artículo 2 de la orden ministerial de 15 de junio de 1946) a la vez que se preocupan del avance de conocimientos —investigación básica y aplicada— y de los

modos como dichos avances pueden ser aplicados a la clínica —asistencia—, y al mismo tiempo, acepta una responsabilidad asistencial ineludible con los enfermos que trata. Finalmente, una institución de investigación avanza conocimientos que conciernen a la clínica y desempeña funciones docentes.

*El circuito de progreso de la medicina viene marcado por la íntima correlación y mutua complementariedad que existe entre asistencia, investigación y docencia.* Cuando por cualquier causa, un individuo o una institución se desentienden y desvinculan de las funciones complementarias, limitándose en exclusividad a una de ellas, queda desconectado del circuito del progreso, se queda estancado y, lo que es peor, acaba por realizar pobremente su propia función.

El espectacular progreso demostrado por las ciencias y tecnología médicas ha revolucionado el sistema de libración de cuidados y radicalmente cambiado los ambientes donde estos se prestan. La tendencia hacia la especialización en el ejercicio, la concentración de profesionales en centros asistenciales, el mayor costo de los cuidados médicos, la organización de la asistencia y sus métodos de financiación son consecuencia de ello.

En su vertiente docente el crecimiento de conocimientos y el vertiginoso ritmo a que se producen, ha hecho necesario, no sólo alterar y ampliar los contenidos, los métodos de enseñanza y los periodos dedicados a la formación básica y especializada de los médicos, sino que una vez terminadas y obtenidos los correspondientes títulos y licencia, se hace ineludible una formación continuada a nivel de postgrado.

La situación en España no puede ser más triste al respecto, cada uno de los elementos de la triada marcha por su cuenta. En muy pocos hospitales, incluso los así llamados docentes, se hace investigación básica y aplicada paralelamente a la asistencia que en ellos se presta a los enfermos. Pocos de estos hospitales superarían los criterios de acreditación a estandars internacionales incluso a lo que hace a docencia, por lo menos a nivel de pregraduados. El nivel asistencial de algunos de los hospitales clínicos dependientes de las Facultades de Medicina es tan bajo que ni siquiera resultan aceptables para un concierto con el INP dados los estandars que éste exige. La investigación tanto la que se hace desde la universidad como la que se hace desde el I. S. I. C., está totalmente divorciada de la clínica y en cuanto a la cantidad y calidad de la misma basta con observar las publicaciones científicas o detenerse a examinar con atención muchas de las tesis doctorales que hoy masivamente se producen y que bien pocas de ellas se llegan a publicar.

Nuestra tecnología médica es de importancia, el que «inventen ellos» sigue en vigor, las multinacionales nos siguen inundando con patentes y con aparatajes y así anda la industria farmacológica del país. Es más incluso a lo que hace a educación médica; a menudo ésta, y en la mayoría de las especialidades hay que ir a buscarla al extranjero, planteándose para el médico que se ha especializado aquí el tener que competir con desventaja frente a los «oriundos» que regresan por una plaza jerarquizada del Seguro.

El sistema de educación médica español vive totalmente desconectado de la

realidad de la asistencia y desprecia olímpicamente los avances que en el campo de la educación médica y de la Sociología de la Medicina se vienen haciendo en otros países. Los contenidos de los planes de estudio en Medicina no han variado significativamente en lo que va de siglo, la metodología educativa sigue siendo la misma, los métodos de selección y formación de profesorado tampoco se han modernizado, y la estructuración y funcionamiento administrativo y dependencias universitarias siguen inmutables. Si la actuación social y profesional de los trabajadores sanitarios, la ideología que ellos mantienen, tiene algo que ver con la educación, o falta de educación, que reciben dentro de sistema de educación sanitaria, entonces *el Estado*, que a través de su cuerpo de catedráticos numerarios la domina y con la expedición de títulos la controla, *debe modificar dicho sistema de modo que los titulados que evacúa salgan con los conocimientos, las habilidades, las características y las competencias profesionales que precisan para adecuadamente funcionar dentro del nuevo sistema asistencial y sanitario.*

### Los trece problemas gordos de la educación médica en España

Los problemas que el sistema educativo desde un punto de vista cualitativo *tiene planteado y a los que por ahora no encuentra solución son múltiples y a distintos niveles. Una enumeración exhaustiva de los mismos destacaría como entre otros los siguientes. A nivel de centros educativos, es decir, Facultades de Medicina:*

1. El sistema de *evaluaciones* que se utiliza en modo alguno resulta adecuado para, basándose en él, acreditar que las personas a quienes se les concede un título de médico general o especialista resultan competentes para ejercer las funciones a que dicho título les da acceso y derecho.

2. *Los planes de estudio, los agentes y medios de enseñanza*, profesorado, métodos de enseñanza, material docente, bibliotecas y laboratorios, tampoco los sistemas de evaluación intermedia en las distintas fases de la enseñanza y menos aún los utilizados cuando se han aplicado políticas de selección para la admisión de alumnos, aseguran que con ellos los alumnos escogidos sean capaces de alcanzar unos *objetivos* concertos, definidos estos en términos de aprendizaje, y seleccionados ellos en función del trabajo que el médico deba realizar.

3. Existe una disparidad patente entre la *capacidad docente de las Facultades de Medicina* y la cantidad y tipo de labor a realizar. La capacidad docente de una Facultad de Medicina viene condicionada por la naturaleza y cantidad de enseñanzas teóricas y prácticas a impartir y determinada por las características físicas de los locales donde ésta se imparte tanto en términos de espacio como de ubicación; por la actualidad, calidad y relevancia de los materiales y métodos educativos que utiliza, por la cantidad y calidad del profesorado que emplea y los medios de enseñanza práctica y clínica de que dispone.

4. Existe una absoluta *carencia de autonomía* tanto de las Universidades

como de los Departamentos en la gestión de los centros educativos, cuyos puestos de dirección lo mismo que la provisión y selección de profesorado escapa totalmente a los órganos de gestión de la Facultad, y más aún de los propios Departamentos. El mismo problema prevalece, y más agravado si cabe, en lo que hace a la financiación y administración de recursos académicos y tasas académicas<sup>11</sup>.

5. Esto coincide con una *excesiva centralización* por parte de la administración del Estado quien delega en las Facultades atribuciones —como la expedición de títulos— *sin suficientes garantías ni medio de control* para poder comprobar la calidad de los títulos, al mismo tiempo que restringe el dar a éstos los medios económicos, legales y administrativos que las Universidades y Departamentos precisan para poder desarrollar su labor<sup>12</sup>.

A nivel de *enseñanzas clínicas básicas*, sobre todo, cuando éstas no se imparten en hospitales clínicos, propiedad del Estado, como lo son las unidades deocentes concertadas con hospitales privados o de la Seguridad Social, los problemas se concretan en los siguientes<sup>13</sup>:

6. Existe una clara falta de coordinación en las relaciones entre dos instituciones distintas con objetivos, órganos de gestión, personal y dependencias administrativas distintas. El concierto estipulado entre ambas instituciones no se cumple y ambas carecen de autonomía y flexibilidad suficiente para irlos modificando a medida que se ponen de manifiesto dificultades.

7. Las situaciones conflictivas interinstitucionales no pueden ser resueltas a nivel local; cuando esto no sucede, la enseñanza se deteriora y se llega a una ruptura como recientemente ha sucedido, por ejemplo, entre el Hospital de San Pablo y la Universidad Autónoma de Barcelona.

8. Se carece de un programa de investigación y desarrollo docente que permita y asegure que las enseñanzas clínicas alcancen los objetivos previstos y deseables.

9. Hay una falta absoluta de previsión y establecimiento de medios de control que aseguren que la labor docente a realizar por la institución asistencial concertada no interfiera con los fines asistenciales y sanitarios de los que ésta tiene responsabilidad prioritariamente.

A nivel de *enseñanza postgraduada*, tanto de tipo general, médicos e inter-

---

<sup>11</sup> Las Facultades de Medicina, en contraste con esto, a pesar de su falta de autonomía respecto del Ministerio de Educación y Ciencia, dentro de la universidad se constituyen en entes autocráticos e indominables, sucediendo lo mismo con cada catedrático dentro de los Departamentos. No es casualidad que las Facultades de Medicina han sido las primeras en oponerse a la idea de Departamento Universitario que proponía la nueva Ley de Educación.

<sup>12</sup> La unificación de planes de estudio para todas las Facultades de Medicina (*B. O. del E.*, 10 de octubre 1972), hecha por Suarez eliminó los últimos restos de autonomía que por unos años parecieron disfrutar las universidades autónomas.

<sup>13</sup> ICE de la UAB. «La enseñanza clínica dentro de los planes de estudio de las Facultades de Medicina.» Mesa redonda organizada por el II Congreso Nacional de Hospitales (Documento policopiado. Barcelona. 1973).



nado rotatorio, como especializada para residentes, los problemas son igualmente graves.

10. El número de plazas de internado rotatorio es insuficiente dado el volumen de médicos que las Facultades evacúan sin una enseñanza clínica básica adecuada.

11. Para aquellos privilegiados que consiguen plaza de residente se encuentran con que actualmente los programas docentes que se les ofrecen de «docente» tienen más bien poco. Convertidos en mano de obra médica barata, los residentes se ven obligados a organizarse para instrumentalizar sus reclamaciones docentes y laborales, y lo que es peor una vez terminada su formación no encuentran lugar donde ejercer la especialidad, viéndose discriminados en los concursos por compañeros que realizaron su formación en el extranjero.

12. Las Escuelas Profesionales de Especialización, salvo notables excepciones de gran calidad que sirven para poner de manifiesto la inadecuación e incompetencia de la mayoría, más bien se limitan a coleccionar tasas académicas y a expedir títulos que no a impartir enseñanzas<sup>14</sup>.

A nivel de *enseñanza continuada*;

13. Aquella que debiera servir de instrumento para asegurar la competencia actualizada de los médicos generales y especialista no tiene problema, pues por ahora oficialmente no existe. De todas formas es previsible que, de llegarse a establecer, las Facultades de Medicina harán lo imposible para no dejarse arribatar dicho feudo<sup>15</sup>.

Como consecuencia de todo esto y en conclusión cabe afirmar que los títulos expedidos por las Facultades de Medicina no merecen credibilidad a ninguno de sus niveles, y que difícilmente ellos resultarán equiparables a los que se acreditan en los países del Mercado Común.

## Las Facultades de Medicina, enfermas

Ante esta panorámica no es de extrañar que el sistema de enseñanza médica resulte conflictivo y que generosamente de muestras de descontento. A todos los niveles de enseñanza éste se hace patente. Manifestaciones de estudiantes, cierre de Facultades de Medicina, huelgas de los MIR, aprobados generales como medio de lucha de los PNN, las huelgas de los ATS, todos ellos en el fondo con un problema académico profesional a cuestas. Los problemas que el estudiante encuentra en la Facultad se le repiten después cuando intenta incorporarse al sistema de trabajo y enseñanza postgraduada.

Las Facultades de Medicina en España fueron las primeras que en un intento fracasado de controlar la avalancha de bachilleres que se les venía enci-

---

<sup>14</sup> Facultad de Medicina de la UAM, *Seminario de Educación Médica* (Madrid: Geigy, 1971).

<sup>15</sup> Juan Campos, «Esquema provisional de un proyecto piloto para la formación continuada de Médicos Generales» (Documento policopiado: Barcelona UNAT, 1974).

ma, intentaron imponer un *numerus clausus*. Tratándose la medicina de la más sacralizada de las profesiones seculares que salen de la universidad, la afrenta que representa frustrar el camino a jóvenes «con vocación» es algo que clama al cielo y con ello aparecieron las primeras huelgas; después de algunos forcejeos por fin, el año pasado, todo el mundo fue admitido. Pero una vez dentro de la Facultad de Medicina, los estudiantes, que exceden en número a los que materialmente caben en sus edificios, se encuentran con que aquello que se les enseña y la manera como se les enseña no es lo que esperaban y por lo que con tanto ahinco han venido luchando. Las autoridades académicas abrumadas por el número de alumnos recurrieron en primer lugar a concertar hospitales para que se les ayudara en la docencia y a contratar PNN sobre los que echar el peso de la misma. Las unidades docentes en medicina son lo suficientemente instituciones autónomas y los PNN lo suficientemente médicos como para no dejarse manejar por funcionarios del Ministerio de Educación y Ciencia. Como da la casualidad que tanto una como otros no precisan de la enseñanza para poder sobrevivir, empezaron a protestar y terminaron siendo tildados de contestatarios y subversivos. Dentro de los hospitales, huelgas y paros académicos —sean ellos de orden político, discente o docente— no acostumbrados además a estudiantes melencólicos y a los «grises» populando por corredores y por otra parte, no compensados económicamente ni en términos de prestigio por el Ministerio de Educación, el costo que supone para un hospital dar enseñanza pregraduada se empezaron a cansar. De paso sea dicho, los únicos hospitales que aguantaban eran los del INP, por aquello de que la autonomía la tendría el organismo que no los hospitales o las personas que para él trabajan. Todas estas razones tanto de tipo insitucional como personal justifican el descontento y claman porque algo se haga para remediar este estado de cosas y erradicar las causas subyacentes; ahora bien lo más importante es la repercusión, las consecuencias que toda esta situación finalmente está acarreado para el conjunto de la asistencia.

En el párrafo que sigue, al que ya hemos citado como epígrafe al enunciar el conflicto de la educación médica en este trabajo, la Comisión Interministerial dice: «En todo caso (la enseñanza, formación, perfeccionamiento y especialización) se trata de una materia fundamental para los propios interesados, para el conjunto de las profesiones sanitarias y para toda la colectividad nacional, cuyos servicios y prestaciones sanitarias, actuales y futuras, guardan estrecha relación con la calidad y extensión de la formación de los profesionales sanitarios.» (Art. 67).

Profesionales sanitarios lo son no sólo los médicos, sino toda aquella persona que desempeñando una ocupación, u ocupando una posición, dentro de la estructura sanitaria precise para ello haber previamente haber recibido una formación específica y obtenido un título que se lo acredite. El que por razones tradicionales la medicina relegue a la posición de subalternas o auxiliares a otras ocupaciones que aún cuando se ocupen de la asistencia nada tienen que ver con la medicina —enfermería, ATS, o incluso biología, farmacia o veterina-

ria— y, el que impida la asimilación a la sanidad de otras profesiones en existencia, o por crear (caso de los economistas, directivos de hospitales, sociólogos de la medicina, o psicólogos clínicos) es algo que resulta intolerable. Los problemas que hoy la sanidad y la asistencia tiene planteados y pendientes por resolver exigen un ataque multidisciplinario y un esfuerzo coordinado que en mucho supera las posibilidades, los conocimientos y el ámbito de la profesión médica.

La manera como la medicina consigue el control de las demás profesiones sanitarias es a través de su sistema de educación médica. A unas —aquellas que siguen directamente dependiendo de las Facultades de Medicina— las mantiene a un nivel de subdesarrollo universitario y de colonialismo dependiente en la medicina (ATS, enfermeras), a otras, y aún más si se trata de universitarias, se las considera como intrusas si pretenden hacer una labor clínica, y a sus titulados se les obstaculiza el acceso a posiciones de responsabilidad y de poder —sean ellas de tipo administrativo, clínico, investigador o docente— dentro de la sanidad y de la asistencia<sup>16</sup>.

De ser consecuente la medicina consigo misma y con el doble compromiso que tiene con la salud y con la ciencia, debería darse cuenta de lo limitado, aunque importante, del papel que dentro de la sanidad le corresponde y de la necesidad y urgencia que existe por juntarse con profesionales de otras disciplinas sus propios problemas y los de la sanidad y de la asistencia. Se habla mucho de ataque multidisciplinario y de labor en equipo, pero en tanto en cuanto se mantengan las actuales situaciones de privilegio de la medicina basados en niveles educativos distintos y discrepantes entre profesiones, será muy difícil a nivel de trabajo equiparar unos *status* que se crean a nivel educativo. Si las Facultades de Medicina, pasaran a ser una más de entre las distintas facultades dentro de un centro universitario de Ciencias de la Salud, y sus profesionales se formaran conjunta e integradamente con los de las demás facultades —tal como proponemos en nuestro modelo— se facilitaría esta equiparación profesional que hace verdaderamente posible la labor en equipo entre profesionales de distintas especialidades y disciplinas.

## Diagnóstico etiológico y patogenia de nuestro gran enfermo

Si examinamos con cuidado los trece problemas enunciados en el epígrafe anterior y hacemos lo mismo con los tres grandes males mencionados al hablar del conflicto de nuestro sistema de educación médica<sup>17</sup>, nos daremos cuenta que tanto unos como otros son al mismo tiempo expresión y causa de esta enfermedad de que sufren las Facultades de Medicina y de la que es responsable nuestra universidad.

---

<sup>16</sup> Mesa Redonda organizada por los estudiantes de Medicina en el *Xé Congreso*, *op. cit.* (Documento policopiado, Perpiñán, 1976).

<sup>17</sup> Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region*, *op. cit.*

Nuestra «torre de marfil», en su espléndido aislamiento de la realidad pragmática de las profesiones y de las necesidades sociales a que estas van dirigidas a cubrir, se viene caracterizando por un desprecio sistemático de todo lo que sea investigación del proceso educativo a nivel universitario y la aplicación al mismo de principios científicos y tecnología pedagógicas. Por otra parte, estos mismos males y problemas son expresión del juego de poderes por el que se caracteriza nuestra vida y política universitarias. A mi modo de ver, es la estructura napoleónica de la universidad española con su centralismo a ultranza, la creación de feudos y la institucionalización del funcionario —profesional de la docencia— en catedrático vitalicio, omnipotente y omnisciente por oposición y decreto ministerial, lo que más viene obstaculizando el proceso de modernización y desarrollo del que sufre, en general, la universidad y que se hace más patente, si cabe, en sus Facultades de Medicina. Como ya hemos descrito, es la falta de autonomía de las universidades y departamentos universitarios junto con la absoluta autarquía de facultades y de catedráticos el mayor obstáculo para su evolución y cambio.

Resumiendo nuestros comentarios sobre el «gran enfermo» de la universidad: las Facultades de Medicina detentan el monopolio de la docencia y de la otorgación de títulos a todas las profesiones sanitarias y ello a todos sus niveles: jerarquizan dichas profesiones en forma injusta, manteniendo a las subalternas en un estado de subdesarrollo universitario y médicamente colonizando a las mismas; impiden el acceso a la asistencia a otros titulados universitarios y dificultan la creación de nuevas profesiones que la sanidad precisa. *Los problemas de la educación médica son o bien problemas de tipo tecnológico* —y por tanto científica y técnicamente resolubles— *o bien problemas de tipo político*, pero no de «política» política, sino de política universitaria, política de servicios y de política profesional.

De por siglos, Facultades de Medicina y catedráticos de Medicina vienen detentando las posiciones de máximo poder y prestigio dentro de las instituciones asistenciales y de la profesión médica. La cátedra, junto al servicio del hospital clínico al que va tañaida, sirve a la vez para impartir docencia a través de la clase magistral, escaparate para conseguir prestigio y de palanca para acumular poder en la comunidad de profesionales y para escalar posiciones en el ejercicio de la medicina privada. El camino que lleva a la cátedra ciertamente no se hace por caminos de docencia, son los artículos y libros publicados, basados en buena o mala investigación, pero eso sí, dirigidos a conquistar el favor de aquellos que algún día estarán sentados en el tribunal de oposición. *El futuro profesor numerario* —y menos aún el que ha llegado ya a serlo— raramente se interesa o se preocupa por cuestiones de educación. No es la investigación docente lo que interesa, ni tampoco la formación teórica o práctica en tecnología educativa. En todo caso, lo que motiva al profesor a recirlas o asistir a cursos o congresos es más el mérito que con ello adquiere o el diploma que consigue que no lo que en ellos se aprenda. La experiencia docente que el opositor acumula —las clases «magistrales» que sustituyendo al maestro se ve obligado

a dar— para lo que mejor le sirven es para entrenarse y poder hacer un papel brillante en la oposición y no para que aprendean los alumnos.

Con la asimilación de hospitales de la Seguridad Social y el desarrollo de nuevos hospitales privados, a la enseñanza de la medicina, los hospitales clínicos han perdido prestigio al perder la exclusiva docente. Los profesionales que actúan en dichos servicios, se les conceda o no la denominación de catedrático a título de PNN, han tenido ocasión con ello de personalmente prestigiarse frente al alumnado y frente al público. Paralelamente a lo que viene sucediendo con el título de médico, así está sucediendo con el de profesor numerario. A pesar de que éstos han conseguido a través del ministerio impedir la dotación de plazas y han forzado el que ésta se sigan cubriendo por el sistema de oposiciones que el cuerpo de catedráticos numerarios controla, el título se desprestigia. Al carecer de hospital clínico propio o resultar éste poco prestigioso, al no poder controlar los hospitales asociados o no tener servicio alguno como se da a menudo el caso, algún numerario de clínicas se ve obligado a dar teóricamente clases prácticas o lo que es peor, a prescindir de la docencia y tener que dedicarse a tareas burocráticas o administrativas en la Facultad o la Universidad. Y, con ello el numerario pierde los beneficios secundarios que iban atañidos a la cátedra. La lucha entre profesores numerarios y no numerarios se ve agravada cuando éstos pertenecen a instituciones en competencia. Poco a poco la Seguridad Social ha conseguido ir dominando a las Facultades de Medicina y éstas intentan controlar y someter a aquélla a través de la docencia. Funcionarios de ambas instituciones que para escalar la cúspide de sus sistemas altamente jerarquizados deben contar con una personalidad autoritaria, mucho individualismo y una alta competitividad, no es de extrañar el que encuentren difícil cooperar los unos con los otros. Que todo esto vaya en deterioro de la docencia es consecuencia lógica.

Si a todo añadimos la confusión creada por el Ministerio de Educación y Ciencia con sus continuos cambios de planes de estudios que no cambian nada, con la creación de pseudofacultades que no cuentan con profesorado, ni medios, ni camas docentes, y con sus inconsistentes políticas de selección que no seleccionan nada ni consiguen adecuar el número de alumnos a la capacidad de los centros docentes, comprenderemos que la enfermedad de que sufren las Facultades de Medicina es grave.

El estudiante se convierte en víctima a la vez que en elemento de masificación; se transforma en un ser pasivo, con escasa participación en la vida universitaria, que acepta acríticamente el dogmatismo del docente y resulta incapaz de responsabilizarse de su propia formación. El absentismo escolar, a pesar de que se haya abolido la enseñanza libre, crece día a día, el sistema de estudio por apuntes lo favorece, y las continuas huelgas, cambios de calendario escolar y prolongadas vacaciones, más la escasez de clases prácticas y de camas docentes hacen posible que muchos médicos se graduen sin haber visto un enfermo, habiendo dedicado seis años a lo que podrían fácilmente haber aprendido estudiando de verdad en un par de ellos.

Finalmente, hay un factor sociológico que poderosamente incrementa la demanda por estudios de medicina: esta carrera es la única salida válida para un bachiller con aspiraciones de promoción social y «vocación» sanitaria, y por tanto, sin saber lo que es ser médico, ni lo que es salud ni enfermedad, en plena adolescencia se ven obligados a tomar una opción ocupacional que les compromete de por vida, y de la que no tienen otra salida que el abandonarla. La alta mortalidad estudiantil —abandono de los estudios— que en pequeña parte sirve para compensar la falta de un procedimiento de selección, a mi modo de ver, está altamente influida por esta prematura decisión, sin otras alternativas sanitarias ni diversificaciones a que se somete al candidato a médico.

Sin denunciar problemas, diagnosticar síntomas, apuntar las causas y buscar los mecanismos patológicos, además de posible y fácil puede resultar hasta divertido, no lo es tanto ni a veces ni tan siquiera posible encontrarle tratamiento, remedio y cura. Los problemas políticos deben ser resueltos políticamente, pero cuando es el propio *establishment*, los mismos que detentan el poder y disfrutan de sus beneficios, quienes están encargados de ello, y en consecuencia a perder uno y otros, la cosa ya no resulta tan fácil; basta pensar en el problema que la Reforma Política encuentra con sus bunkerianas Cortes, para imaginarnos las posibilidades que el sistema de educación médica tiene de ser reformado si ello lo han de hacer su cuerpo de catedráticos. El poder del numerario, y con él el de las Facultades de Medicina, está hoy día siendo contestado desde tres frentes distintos: 1) los PNN —elementos foráneos al sistema— que no quieren pasar por el mecanismo de socialización —la oposición— del cuerpo de catedráticos; 2) por los hospitales docentes —dependiente de otras jerarquías (por ejemplo el INP)— que no quieren conformar con el sistema universitario y aspiran a convertirse en unidades docentes o facultades autónomas; y 3) por el estudiantado, que habiendo superado la capacidad que las facultades tienen para su docencia, control y socialización, crean su propia cultura y buscan sus propios medios de aprendizaje.

Existen otros dos elementos fuera del sistema que pronto van a entrar en conflicto con las Facultades de Medicina: Por una parte, los Colegios Profesionales de médicos regidos por Juntas de Gobierno democráticas, elegidas por un electorado de médicos jóvenes que no participa de la cultura médica tradicional, y que ya sea directamente ya a través de sindicatos es previsible le disputen a las Facultades la validez de los títulos que éstas emiten o bien exijan una participación en el control de la docencia.

Por otra parte, el día que los usuarios de la sanidad —la comunidad— tenga mayor conciencia de su responsabilidad y protagonismo sanitarios, exigirá lo mismo y por las mismas razones que lo que exigirán los colegios profesionales.

Al órgano de gestión de las Facultades de Medicina no le cabe seguir funcionando autocráticamente, ni dependiente de autoridades superiores, burocráticas y centralistas. Bien poco se ganaría si la estructura de poder de las Facultades de Medicina pasara de depender de un Ministerio de Educación y Ciencia a un Ministerio de Salud, o al INP. Sólo un funcionamiento democrático,

autónomo y regionalizado, basado en la colaboración de representantes del profesorado —numerario y no numerario—, del alumnado a todos los niveles, de las instituciones asistenciales, de los colegios profesionales y de la comunidad a la que sirve, estará en condiciones para resolver los problemas del sistema de educación sanitaria —dentro del cual el de los médicos debería venir integrado—.

Un sistema político autoritario hubiera podido resolver los problemas de la Facultad de Medicina a base de planificación y medidas tecnocráticas, pero de ser atacada democráticamente, quizá permita la aparición de una nueva medicina, basada en una ideología de salud, que es la que el pueblo necesita y no aquella que saldría caso que los dictados hubieran sido más eficaces en llevar a cabo su dictadura.

### **A grandes males, grandes remedios**

El más somero análisis de la situación hasta aquí apuntada nos señala que los aspectos cuantitativos de que adolece el sistema de educación médica español son más bien resultado que no causa del aspecto cualitativo de la misma. Asimismo, los problemas propiamente pedagógicos que cabría resolver mediante la aplicación de principios y tecnología educativos y medidas administrativas, tampoco cabe hacerlo debido a razones de tipo político. Lo mismo sucede con la economía del país, resolver dichos problemas no es cosa fácil en tanto en cuanto que aquél no haya superado el estado de transición que va de la dictadura a la democracia. La adopción de un modelo de organización sanitaria integrada, coordinada, regionalizada y normalizada, tal como el que se propuso para un Servicio Nacional de Salud en el décimo congreso de médicos de lengua catalana, supone una radical transformación de la *praxis médica*, lo que naturalmente afecta al personal sanitario que debe trabajar en dichos servicios.

Si lo que se desea es mejorar la salud de la población, una mejor planificación de la formación del personal sanitario resulta imprescindible. Mejorar su formación implica hacerlo con criterios de racionalidad científica, tomando ventaja de todos los recursos tecnológicos, organizativos, administrativos y políticos que sean precisos, para hacerlo materialmente posible, económicamente viable y socialmente rentable. Cuarenta años de franquismo han hecho posible que se perpetuaran las estructuras educativas de una profesión —la médica— ya de por sí inmovilista y conservadora. El autoritarismo del sistema político ha venido a reforzar el dominio de la medicina sobre el resto de las profesiones sanitarias al tiempo que ella misma perdía autonomía al ser por el INP proletarizada y burocratizada. El profesor universitario ha perdido prestigio, el médico ha perdido carisma, los títulos de ambos se han desvalorizado y desacreditado, pero a pesar de ello ninguno ha perdido poder, poder sobre el estudiante los unos, poder sobre el enfermo los otros, y las Facultades de Medicina, aún

cuando hoy inundadas de estudiantes y en estado casi caótico siguen siendo instituciones autocráticas.

1. *Desde la sanidad y de la asistencia*, la estructuración de las profesiones sanitarias, la institución de nuevas profesiones, la cantidad de profesionales sanitarios que se precisen, la proporción entre las distintas disciplinas y dentro de cada uno de ellas la del grado de especialización que requiere, es imprescindible venga determinado por las necesidades que de ellas y ellos haya en los servicios de salud. Los mismos objetivos que se propone la sanidad y la asistencia cara a la salud son aquellos que la docencia debe proponerse cara al aprendizaje y la formación de profesionales sanitarios.

La formación que cada uno de ellos reciba —formación básica, especializada y continuada— los contenidos de los programas de formación, los métodos educativos utilizados, el lugar donde esta formación se recibe, las instituciones y personas que la imparte, y finalmente, los momentos que en el curso de su formación debe esta ser recibida, deberán forzosamente ser los adecuados y venir en función de las necesidades educativas del personal sanitario y los condicionamientos del trabajo. No como hasta ahora, dejado al capricho y a los intereses particulares de las instituciones educativas y de los funcionarios que las regentan y regulan. Por otra parte, la formación de los distintos profesionales de la sanidad además de resultar adecuada a su trabajo específico, debe serlo, también a aquél que en conjunto con los otros profesionales vaya a llevar a cabo. Resulta obvio, que cuanto más parejo resulten las condiciones del aprendizaje a aquellas otras en que se de la asistencia, mejor será el aprendizaje y mejor el trabajo que harán dichos profesionales en el momento de asistir a la población y al enfermo. Todo profesional se forma en el seno de unas instituciones educativas; al mismo tiempo que está en contacto con profesores, compañeros y enfermos lo está también con otros profesionales sanitarios. La discriminación que existe entre unas y otras disciplinas el sistema endogámico a nivel docente en Facultades y Escuelas separadas, disociando asistencia de docencia, discriminando maestro de alumno y ambos de auxiliar de clínica de paciente, artificialmente asignando años de docencia a unos estudios y a otros no, y cercenando o no, el acceso a la universidad de algunos o el nivel dentro de la misma alcanzable, favorece al actual sistema clasista intra e inter-profesional que está dominado por la medicina y por las especialidades.

En el caso de la medicina, el que la docencia se imparta exclusivamente en hospitales, disociando medicina general, ambulatoria y domiciliaria, de medicina especializada y de hospital, debe ser revisado, para no favorecer como ahora el que dentro de la «clase médica» se cree un sistema de castas donde el especialista ubicado en el hospital es el rey, y el médico general o de familia, que constituyen la base de la pirámide asistencial, y están en primera línea en la lucha por la salud, se ve convertido en un paria.

2. *Desde el punto de vista del estudiantado*, existen como mínimo dos problemas para los que es urgente encontrar una solución: como es el desmesurado crecimiento de población escolar que elige medicina como opción ocupacio-



nal; otro, encontrar alguna manera de hacer una selección que no sea discriminatoria y elitista y adecuar el número de estudiantes a la capacidad de los centros. El primer problema desaparecería si el estudiante a la hora de elegir su profesión partiera de un tronco común del que se desprenden las distintas profesiones de salud y las que van abriéndose en abanico de distintas opciones a medida que progresa en sus estudios. Cuando igual prestigio tenga un doctorado, una licenciatura, en enfermería, en farmacia o veterinaria que los que hoy disfrutan los de medicina, quizá se alivie la triste situación con que hoy se confronta España: existen ya sobradamente más estudiantes de medicina que médicos colegiados; el número de médicos en mucho supera a los de ATS o enfermería. El atractivo de una profesión en gran parte deriva de su imagen social y ésta a su vez de las oportunidades de ascenso social que ofrece. Si además de la medida propuesta, que cabe ser concretada con la creación de centros universitarios de Ciencias de la Salud —no basta para absorber el número de alumnos con aspiración sanitaria—, los criterios de selección actualmente imperantes deben ser revisados. Las pruebas de aptitud hoy por hoy empleadas en absoluto democratizan las oportunidades de acceso. No sólo se perpetúan con ello las posiciones de privilegio clasista que existen en la enseñanza primaria y secundaria, sino que por ser técnicamente inadecuadas y social y profesionalmente irrelevantes, no tienen otro valor predictivo que el de que puedan seguir unos estudios que conducen a un título y no en absoluto una especial habilidad o disposición para una actividad sanitaria. Quizá resultara predictivamente más fiable el que para ser admitido en medicina hubiera demostrado el candidato durante un tiempo su competencia como auxiliar de clínica o en trabajo social que no las actuales pruebas de selección. De paso con ello se aliviaría el tremendo problema de personal que confrontan las instituciones asistenciales. El tan debatido *numerus clausus* debe venir condicionado por la capacidad real de los centros docentes y la de éstos determinada *no* por la demanda estudiantil —no informada, no dirigida, no planificada—, *sino* al contrario por las necesidades de recursos humanos que tanto cualitativa como cuantitativamente tiene el sistema asistencial y que precise y pueda absorber. Sin un programa de desarrollo de recursos humanos y de investigación de necesidades asistenciales resulta absurdo toda planificación educativa.

3. Desde el punto de vista de los centros docentes, tanto en lo que hace a su multiplicación, crecimiento y potenciación, como a lo que concierne a su ubicación, dos criterios fundamentales deben ser tenidos en cuenta: 1) impedir a todo costo la actual degradación de la enseñanza y remediar el daño hasta ahora hecho con educación en el trabajo postgraduado compensatorio y continuos reciclajes; y 2) ubicar los centros docentes-asistenciales en aquellas zonas del país donde existe mayor déficit sanitario. El primer punto es un problema de tecnología educativa por una parte y de formación de profesorado por otra. La función asistencial no puede estar divorciado de la docente; todo centro asistencial y todo sanitario en ejercicio deben estar capacitados para impartir docencia, sobre todo a nivel de clínica; la pirámide asistencial debe ir superpues-

ta a la de la docencia, y tanto una como otra contar con eficaces medios de evaluación y control para asegurar que los objetivos de salud y de aprendizaje son los pretendidos y alcanzados.

Las Facultades de Medicina así como las instituciones asistenciales hoy en día se concentran en los grandes núcleos de población, los profesionales de la salud una vez graduados tienden a establecerse o emplerase en el lugar donde se formaron . Con ello lo que se consigue es que las desigualdades sanitarias campo/ciudad y regiones-ricas/regiones-pobres se incrementen más y más. La regionalización y sectorización sanitarias que se propone para un Servicio Nacional de Salud, debe ir superpuesta a un plan de descentralización docente que coincida con la asistencia.

La disociación asistencia-docencia hoy presente debe ser eliminada y una de dos, o las Facultades de Medicina se convierten en centros universitarios de salud y se responsabilizan de los problemas sanitarios y asistenciales de la zona que les corresponde, o bien, se integran dentro de la red asistencial e imparten desde allí la docencia.

*En resumen*, el modelo hacia el que apuntamos es uno en que la docencia está al servicio de las profesiones sanitarias, éstas al servicio de la asistencia y ésta a su vez al servicio de la salud de la comunidad a la que sirven. Si lo que se propone es dar una asistencia integral a la población, docencia y asistencia deben venir integrados. La formación de los distintos profesionales de la salud en Centros Universitarios de Salud favorecería su eculización. Al mismo tiempo que de contar con un primer ciclo del que salen distintas salidas profesionales se asegura la supervivencia estudiantil a la vez, mediante la enseñanza clínica integrada y en los centros de salud y con problemas reales, se favorece la colaboración interdisciplinaria e interprofesional, y el trabajo en equipo. La calidad de la enseñanza se asegura mediante aplicación de principios de metodología y tecnología educativas, y con control e investigación de todo el proceso de enseñanza. La investigación debe aplicarse no sólo a la docencia sino a la asistencia, y no sólo al caso individual, sino a toda la comunidad de la que el centro docente asistencial es responsable. Una evaluación y un control eficaz de la docencia, del aprendizaje, del funcionamiento del centro docente y de su relevancia para la salud comunitaria deben ser establecidas. El camino para llegar a formular un modelo concreto para la educación de profesiones sanitarias es largo. Es más, éste no puede ser concebido sólo por médicos y desde dentro de la medicina. Teóricamente, hace falta un esfuerzo interdisciplinario para llegar a concebirlo. Prácticamente, y esto es ya parte de un proceso sanitario, es la misma comunidad quien democráticamente debe fijar primero sus objetivos de salud, decidir si lo que quiere es una sanidad orientada por una ideología de salud o por una de enfermedad, y aceptar después tanto la responsabilidad como el protagonismo de su salud y de la comunidad.

Si hemos titulado este trabajo «Hacia un Modelo de Ruptura Educativa para una Reforma Sanitaria», es porque estamos convencidos que la ideología médica orientada hacia la enfermedad es la que domina dentro de nosotros

mismos —tanto médicos como no médicos— por más que críticamente la reconozcamos e ideológica y prácticamente tratemos de combatirla. En nuestro mundo occidental y civilizado, países que comulgan los más opuesto credos políticos, independientemente de sus estructuras socio-políticas —sean éstas capitalista o socialista— y sus gobiernos sean o no democráticos, acaban montando sus servicios de salud en una ideología médica de salud que domina la medicina y va orientada hacia la enfermedad. El continuismo de la ideología médica en el ámbito de la educación sanitaria es el primero que tiene que ser cambiado si alguna vez queremos que nuestra sanidad funcione por otros derroteros que no los presentes.

## La salud<sup>18</sup>

1. La realidad de la Medicina que vivimos nos hace constatar la necesidad de que el médico se proponga como objetivo la salud personal de la población asistida y de que sienta como un imperativo la salud social de la comunidad formada por tal población. Cuando esto no se da, el combate contra la enfermedad produce resultados pobres e indeseables. Es indispensable que la Medicina se configure con una perspectiva de salud y no de enfermedad.

2. El volver a centrar la Medicina en torno al concepto de salud de ninguna manera significa conceder a aquélla el monopolio de tal concepto. Toda noción de salud global deriva de una interpretación del ser humano, y es por lo tanto una cuestión que incumbe a todos, por más que el médico pueda aportar a la misma una experiencia valiosa.

3. Toda concepción de salud tiene que partir de la experiencia de la realidad humana, y es imprescindible que tal experiencia sea analizada científicamente hasta donde sea posible. La Ciencia positiva, empero, no puede dar resultados globales y no puede tampoco eludir una perspectiva ideológica. Por ahora toda concepción de salud es fundamentalmente ideológica.

4. La actual definición de la OMS («la salud es un estado de bienestar físico, mental y social completos, y no solamente la ausencia de enfermedad y de minusvalía», 1946) no es válida para nosotros: a) Creemos que la salud no es un «estado». Incluso si definiésemos como estado cada uno de los sucesivos momentos de proceso, tal momento no sería inteligible más que a partir de la comprensión (teleonómica) del proceso completo. b) Creemos que la salud no supone siempre bienestar ni ausencia de enfermedad. Solamente lo supondría

---

<sup>18</sup> Estas son las conclusiones de la mesa redonda sobre la salud que constituyó la parte conceptual de la segunda ponencia «*La funció social de la Medicina*» del *Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Esta mesa estaba formada por R. Jordi, farmacéutico (presidente); J. J. Moll, generalista (secretario); Jordi Gol, internista (coordinador); R. Bacardí, pediatra; J. Font Rodón, psiquiatra; A. Cambrodí, psico-pediatra; A. Fernández Sabaté, cirujano-ortopeda; J. Estruch, sociólogo; J. A. González Casanova, profesor de Teoría del Estado y R. Folch Guillén, biólogo. El texto de la segunda ponencia incluye el punto de partida conceptual de la mesa redonda. La transcripción literal de la misma y de las conclusiones aparecerán en las *Actas del Congrés*.

cuando las condiciones del medio interno y externo fuesen excepcionalmente favorables. c) Creemos que el malestar y la misma enfermedad están presentes en la generación de salud, en cuanto significan unas adecuadas sensibilidad y capacidad de reacción.

5. Entendemos que el concepto de salud es siempre relativo, y referido al medio biológico y cultural, al tiempo histórico en el que se vive y, para cada persona, a la edad de su vida. Y que es un concepto asintótico, ya que se trata de un modelo ideal al que es posible acercarse sin conseguirlo nunca del todo. Creemos a pesar de todo, estar en condiciones de proponer una formulación general que sirva de punto de referencia en la tarea colectiva por la promoción del ser humano. Concebimos la salud como aquella manera de vivir que se da cuando el ser humano va consiguiendo su propia realización (teleonómica). Este ir consiguiendo la propia realización es un proceso dinámico que se desarrolla a partir de unas capacidades genéticas, en constante relación con el medio. Los elementos que integran este proceso son: a) las reacciones frente al medio interno o externo, sea para adaptarse, sea para transformarlo; b) el proceso de crecimiento madurativo; c) la creación de nuevas posibilidades y maneras de vivir; d) la autonomía de realización del propio individuo; e) las interrelaciones integradoras con los demás dentro del proceso de socialización; f) las satisfacciones obtenidas, que forman parte del bien-ser.

6. Proponemos como punto de referencia la siguiente definición breve: *salud del ser humano es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa*<sup>19</sup>.

7. Entendemos por salud somática la cualidad dinámica presente en el organismo cuando posee la plena capacidad actual y potencial para ejercer todas sus funciones, incluyendo la de permitir la salud psíquica.

8. Entendemos por salud psíquica aquella manera de vivir que permite: a) responder a las dificultades y cambios en el ambiente, adaptándose o intentado transformarlo; b) obtener aquel crecimiento psicológico que conduce a poder amar; c) abrirse a nuevas maneras de pensar y de creación; d) ejercer una conducta realista, que establezca relaciones interpersonales integradoras, tanto para el propio yo como para la sociedad en que se vive; e) tener autonomía y unidad mental, con capacidad normativa y hacerse cargo de la propia vida y de la propia muerte; y f) experimentar las satisfacciones que conlleva la búsqueda de los objetivos que uno se propone.

9. Entendemos por salud social la cualidad dinámica que presenta la sociedad cuando sus estructuras y sus sistemas de valores permiten y fomentan la salud de la persona tal como la hemos definido y también la solidaridad entre las comunidades de seres humanos

10. Entendemos por salud del ser humano como especie aquella cualidad

---

<sup>19</sup> El adjetivo «gozosa» es una traducción aproximada del término catalán *joiosa*. El sentido que tiene en el texto es el de «sentir aquella satisfacción que conlleva el establecer una relación positiva con la realidad interior y exterior».

dinámica que hace tender a la población humana a adecuarse plenamente al proceso evolutivo de autonomía creciente. Entendemos por salud del entorno aquella cualidad del medio que lo hace viable ecológicamente de manera indefinida. El gran desarrollo conseguido por el ser humano a través de la herencia extrasomática, la transmisión cultural, implica que las características del entorno tengan un gran valor en el proceso evolutivo humano, puesto que aquél es el vehículo y soporte de tal transmisión. La autonomía creciente de la especie no es compatible, por lo tanto con el anorreamiento del entorno.

11. Como consecuencia de las conclusiones anteriores creemos que el médico tiene que participar de una forma nueva en una salud centrada en nuevos ámbitos:

11.1. El médico no puede pretender el monopolio en la lucha por la salud: a) tal lucha, a nivel ideológico, es a la vez una tarea personal y una tarea colectiva; b) a nivel científico y técnico, es una tarea necesariamente interdisciplinaria.

11.2. No obstante, el médico, ampliando en otro sentido su campo de trabajo, tiene que asumir: a) la función de pedagogo de la salud. No puede, por lo tanto, desentenderse ni del concepto de salud ni del debate que va generando tal concepto; b) la responsabilidad de que se utilice a nivel interdisciplinario la muy valiosa información que puede aportar desde su perspectiva profesional.



## Capítulo 8

# EL PROFESIONAL MEDICO EN LA PRACTICA HOSPITALARIA

Carmen Dominguez\*  
(*École des Hautes Études*)

El presente capítulo trata de la función y fines del *hospital* y de los fines de los *médicos* en el hospital. El análisis se sitúa en el contexto sanitario de nuestro país y el propósito es exponer un enfoque personal respecto a algunas contradicciones que pueden observarse, sin abordar las coincidencias o divergencias entre los fines profesionales y los institucionales. La práctica hospitalaria es un tema variado y complejo. En las páginas que siguen hemos resumido una parte de la bibliografía que sobre el tema hemos recogido, nuestra experiencia personal, y parte de un trabajo que estamos realizando en la actualidad. En la parte relacionada con los fines de los médicos exponemos datos de una encuesta realizada en 1975 a una muestra de profesionales médicos que ejercían la práctica hospitalaria. En este aspecto se trata de un estudio de caso, pero aún siendo una muestra parcial creemos que puede ser en cierta medida generalizable. Naturalmente es un riesgo aventurar esta afirmación, pero lo hemos creído necesario, si se quiere sobrepasar el carácter limitado que puede tener el análisis.

---

(\*) CARMEN DOMINGUEZ ALCON, es ATS y diplomada en Sociología por la Escuela de Sociología de Barcelona. Diplomada en Sociología por el Instituto de Sociología Aplicada (IS-PA). Actualmente es alumna de L'École des Hautes Etudes Sciences Sociales, Sorbonne VIème sección (Paris). Ha trabajado como Monitora de alumnas, como Secretaria General de un Servicio de Oncología, y más tarde como responsable de la Secretaria de la Jefatura de la División Médica en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Desde hace dos años se dedica fundamentalmente a Sociología de la Medicina, llevando a cabo una investigación sobre la práctica médica en el hospital. Su dirección es: C. Dominguez Alcón, Avda. de la Victoria, 14-A (6.º, 1.º), Barcelona-34.

## Fin, objetivo, función del hospital

Al plantearnos el presente apartado, lo primero que a nivel personal queremos aclarar es la terminología, ya que en la bibliografía, «fin» y «objetivo» se utilizan indistintamente, e incluso hemos hallado que se entremezcla el concepto de función, equiparando su acepción a los anteriores conceptos. Nosotros utilizaremos fin y objetivo en acepción similar.

Como indica R. Maintz en su estudio sobre organizaciones, es importante distinguir los objetivos de las funciones. El objetivo y la función no tienen necesariamente por qué coincidir<sup>1</sup>. No vamos a definir qué incluye en nuestro contexto sanitario el término «hospital», para nosotros es claro que el propósito central del hospital es el cuidado de los pacientes<sup>2</sup>. El hospital es donde se da asistencia sanitaria a los pacientes<sup>3</sup>; el paciente es el primer actor<sup>4</sup>.

El hospital es una organización con fines múltiples y funciones complejas<sup>5</sup>. Es sobradamente conocida la trilogía de funciones del hospital: asistencia, docencia e investigación. Los organismos sanitarios internacionales se han encargado de recordarlo una y otra vez, lo cual no quiere decir que en los hospitales se lleve a cabo<sup>6</sup>.

Como dice H. Jamous<sup>7</sup> los hospitales universitarios, deben llegar a ser centros de asistencia, docencia e investigación. La investigación es colocada en igualdad respecto a las otras dos actividades. La coexistencia de las tres funciones, asistencia, docencia e investigación, implica una serie de contradicciones y transformaciones. Muy a menudo los lazos entre las tres funciones son puramente teóricos la investigación, por ejemplo, es frecuentemente yuxtapuesta a la asistencia<sup>8</sup>.

El propio Director General de Sanidad, en unas declaraciones a una revista dijo: «una de las específicas funciones del hospital ha de ser la de contribuir activamente en la formación de personal sanitario», más adelante en el mismo artículo: «en cuanto a la investigación, entendemos que está íntimamente ligada a la enseñanza y que además de tener carácter específicamente clínico y de laboratorio ha de extenderse de forma aplicada, al estudio de factores epidemiológicos»<sup>9</sup>.

Expuestas unas breves consideraciones respecto a la función del hospital vamos a pasar a los fines del mismo. Como indica F. Steudler al citar a Ch. Pe-

<sup>1</sup> R. Maintz, *Sociología de la organización* (Madrid: Alianza, 1972), pág. 76.

<sup>2</sup> R. S. Duff y A. B. Hollingshead, *Sickness and Society* (Nueva York: Harper and Row, 1968), pág. 375.

<sup>3</sup> F. Steudler, *L'Hôpital en observation* (Paris: A. Colin, 1974), pág. 19.

<sup>4</sup> R. S. Duff y A. B. Hollingshead, *op. cit.*, pág. 4.

<sup>5</sup> F. Steudler, «Hôpital, profession médicale et politique hospitalière», *Revue Française de Sociologie* XIV núm. spéc. (1973), pág. 15.

<sup>6</sup> N. Acarin, et al., *La sanidad hoy* (Avance: Barcelona, 1975), pág. 84.

<sup>7</sup> H. Jamous, *Sociologie de la décision* (Paris: CNRS, 1969), pág. 47.

<sup>8</sup> F. Steudler, «Hôpital, profession médicale...», *op. cit.*, pág. 29.

<sup>9</sup> F. Bravo Morate, *Yatros* XXVIII, núm. 789, IV (1974).



row en las organizaciones pueden distinguirse dos tipos de fines, los fines oficiales, que son declarados públicamente y los fines efectivos que designan lo que la organización trata realmente de hacer<sup>10</sup>. Las fronteras entre los fines son a veces borrosas, los fines efectivos u operativos son tomados con frecuencia como medios para la consecución del fin oficial<sup>11</sup>.

En el hospital se da un dilema de objetivos; existe una separación entre los intereses del hospital respecto a la asistencia del paciente y los intereses del hospital respecto a la enseñanza, por ejemplo<sup>12</sup>. Supongamos un hospital en nuestro país, y pensemos que su fin oficial es la calidad asistencial. A este objetivo formal se unirán unas políticas básicas que permitan llevarlo a término.

Antes de pasar a exponer los fines de los médicos quisiéramos hacer alusión a la observación de Goffman<sup>13</sup> respecto a los objetivos formales. Dice que: «cada objetivo formal desencadena una doctrina con sus inquisidores y mártires propios y el desborde de interpretaciones simplistas resultantes no parece tener freno dentro de las Instituciones. Cada uno tendrá que esforzarse no sólo en concretar sus fines formales sino además por quedar salvaguardado de algún modo de la tiranía de perseguirlos difusamente, para que el ejercicio de autoridad no degenera en una cacería de brujas». Citamos esta observación de Goffman por lo que tiene de aguda y remarcable, si tenemos en cuenta que en los hospitales se dan diversos objetivos: los propios de la institución, aquellos de los que en ella tienen un puesto de trabajo y finalmente, los de los que en ella son atendidos.

## Fines de los médicos

Como dice P. Elliot<sup>14</sup> todos los grupos ocupacionales aplican o desarrollan conocimientos particulares en su trabajo, en las profesiones estos están basados en un conocimiento más extenso y teórico. El tipo de conocimientos puede estar relacionado con el alcance y variedad de la función profesional y con la estructura de control dentro de la que opera la profesión.

El médico pertenece, ante todo, a una profesión liberal<sup>15</sup>, dentro de la organización hospitalaria, tiende a salvaguardar su autonomía y su poder de autorreglamentación, y sus prerrogativas<sup>16</sup>. También se añade al ejercicio de esta profesión una dimensión «sagrada», pues de sus miembros depende la salud, la vida y la muerte<sup>17</sup>. En esta posición en que liga la calidad y la humanidad a los cuidados a su independencia profesional, el médico se beneficia de las prerro-

---

<sup>10</sup> F. Stuedler, «Hôpital, profession médicale...», *op. cit.*, pág. 18.

<sup>11</sup> S. A. Musto, *Análisis de eficiencia* (Madrid: Tecnos, 1975).

<sup>12</sup> R. S. Duff, y A. B. Hollingshead, *op. cit.*, pág. 48.

<sup>13</sup> E. Goffman, *Internados* (Buenos Aires: Amorrortu, 1972), 2.ª ed., pág. 92.

<sup>14</sup> P. Elliot, *Sociología de las profesiones* (Madrid: Tecnos, 1975), págs. 132 y ss.

<sup>15</sup> H. Jamous, *op. cit.*, pág. 66.

<sup>16</sup> *Ibidem*, pág. 84.

<sup>17</sup> *Ibidem*, pág. 117.

gativas y no asume las servidumbres que le corresponden<sup>18</sup>. El médico defiende apasionadamente su libertad y cree que está íntimamente y místicamente ligada a la calidad médica<sup>19</sup>.

No podemos dejar de mencionar el prestigio que merece la profesión<sup>20</sup>, Gross cita una investigación del NORC en la que muestra que se halla en la cumbre de la estimación, con un 93 por 100 de la estimación pública en los Estados Unidos.

Y al citar aquí algunas de las características que nos parecen más acusadas y que recogemos en la bibliografía, respecto a la profesión médica, lo hacemos con la intención de aportar cierto marco en el que situar a un grupo específico de profesionales que hemos estudiado. No pensamos que sea un tema fácil, pero nuestro deseo al tratarlo, es el de un acercamiento, lo más objetivo posible, al mejor conocimiento de ese aspecto en un grupo de profesionales determinado, dentro del contexto sanitario de nuestro país.

A nuestro juicio lo que más se acerca a los fines del médico en el hospital estaría relacionado con: ¿Por qué el médico va al hospital? ¿Por qué trabaja en el hospital? ¿Por qué de entre las diversas formas de ejercer la medicina, elige precisamente la práctica hospitalaria? En el curso de 1975 realizamos una encuesta a 100 profesionales, elegidos al azar, que ejercían la práctica hospitalaria en un hospital general y universitario. Las respuestas que se obtuvieron, según las diversas opciones respecto al por qué eligieron la práctica hospitalaria, fueron las siguientes (se admitía elección múltiple):

Interés científico .....	85 por 100
Posibilidad de realizar medicina en equipo .....	75 por 100
Conexión con la enseñanza .....	35 por 100
Independencia en el ejercicio profesional .....	27 por 100
No estar de acuerdo con la medicina liberal .....	21 por 100
Prestigio .....	13 por 100
Garantía de un puesto de trabajo fijo .....	5 por 100

Podemos observar que predomina el «interés científico» y la «posibilidad de realizar medicina en equipo»<sup>21</sup>.

Si tenemos en cuenta la encuesta de A. Chauvenet que hemos citado, es significativo que en 1969 en hospitales no universitarios en otro país, se dé ya preferencia de los profesionales por el «interés científico, que además como vemos se mantiene (aún considerando que nuestra muestra se refiere a un estudio de caso). El interés científico podemos relacionarlo con la investigación, y considerando ambos aspectos obtuvimos que el 65 por 100 de profesionales que declaraban tener interés científico, no realizaban investigación. Aquí diríamos

<sup>18</sup> *Ibidem*, pág. 118.

<sup>19</sup> M. L. Gross, *Los Doctores* (Barcelona: Grijalbo, 1968), pág. 26.

<sup>20</sup> M. L. Gross, *op. cit.*, pág. 10.

<sup>21</sup> A. Chauvenet, «Idéologies et status professionnels chez les médecins hospitaliers», *Revue Française de Sociologie* XIV, núm. spéc. (1973): 61-76.

que en un valor declarado por los profesionales, se observa un desajuste entre los deseos y la posibilidad de realizarlos. No debemos olvidar la importancia que pueda tener, la absorción por la profesión, la escasez de tiempo de que dispone el profesional que una vez prendido en el tupido engranaje de obligaciones, se le hace cada vez más difícil el desarrollo de sus inquietudes científicas.

Respecto a la posibilidad de realizar la medicina en equipo, la muestra consultada se inclina mayoritariamente por esa opción, aunque, sin embargo, declaran la escasa existencia de diálogo con otras profesiones del hospital. Así, entre médicos y enfermeras manifiestan que no existe diálogo el 67 por 100 de profesionales médicos, también declaran el 68 por 100 de médicos que no existe diálogo entre médicos y asistentes sociales. No hablemos ya de otras profesiones más nuevas en los centros hospitalarios como puedan ser: el farmacólogo, el dietista, el técnico. Quizá esa falta de diálogo sea debida a que las profesiones de más reciente incorporación a los hospitales no estén claramente definidas y aunque existe el deseo del trabajo en equipo, no se fomenta precisamente lo suficiente para que ello puede ser una realidad.

Tampoco debemos olvidar que el proceso de división del trabajo en el campo sanitario está profundamente influenciado por el estatuto privilegiado del médico, por ejemplo, en el campo de competencia de la enfermería, que se desarrolla en una situación de dependencia médica<sup>22</sup>. Se ha hablado también de la existencia de una barrera cultural, económica y política entre los médicos y los demás trabajadores sanitarios y que esa diferencia se ha acentuado en las últimas décadas<sup>23</sup>. Sin embargo, Chapoulie<sup>24</sup> indica que la separación de especialidades médicas, por ejemplo, no ha conllevado la separación del cuerpo médico. La medicina en equipo diríamos, pues, que es una característica y una aspiración de la profesión médica.

La conexión con la enseñanza se evidencia también como un objetivo que interesa al profesional y al que la muestra consultada declara dedicar porcentajes de tiempo entre el 10 por 100 y el 40 por 100 de su dedicación total a la Institución.

Siguiendo en las opciones elegidas por los profesionales, podemos observar que la independencia en el ejercicio profesional que representa la práctica hospitalaria fue elegida únicamente por el 27 por 100 de los profesionales. Ello nos ha inducido a plantearnos la hipótesis (que no podemos confirmar) de que quizá sea minoritariamente manifestada tal opción, debido precisamente a que el profesional «vive» ya en las Instituciones hospitalarias esa independencia en el ejercicio de su profesión. El escaso interés por ese aspecto, nos ha sorprendido en cierta forma, ya que precisamente la independencia, la libertad, la auto-

---

<sup>22</sup> J. Duhart, et. al., «Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale», *Revue Française de Sociologie* XIV (1973), pág. 84.

<sup>23</sup> Comités d'Action Santé, *Contra la medicina liberal* (Barcelona: Estela, 1970), pág. 50.

<sup>24</sup> Chapoulie, «Investigation systématique sur groupes professionnels», *Revue Française de Sociologie* XIV, 1 (1973).

nomía en el ejercicio profesional es una de las características más acusadas de la profesión<sup>25</sup>.

Las tres opciones restantes, referidas a no estar de acuerdo con la medicina liberal, el prestigio y la garantía de un puesto de trabajo fijo, presentan unos porcentajes bajos, lo cual creemos es significativo respecto a la actitud del profesional frente a las mismas.

Considerando las respuestas obtenidas en relación con no estar de acuerdo con la medicina liberal y la garantía de un puesto de trabajo fijo, podríamos pensar en un desajuste a nivel de lo que el profesional desea y la realidad que debe vivir. Si la Institución hospitalaria ejerce una manifiesta atracción para el profesional, pensamos que debería ser posible la dedicación a la práctica hospitalaria y al mismo tiempo las garantías económicas suficientes. El hecho de que en la muestra consultada un 48 por 100 del total ejerza la medicina en otras Instituciones nos hace suponer que este puede ser un aspecto no resuelto todavía.

En lo que se refiere al prestigio, debemos considerar dos vertientes diferentes, por un lado cómo es visto el profesional por la población en general, que en el ejemplo de Gross que anteriormente hemos citado, es evidente que goza de gran aceptación. Aunque como indica Crozier<sup>26</sup> la profesión médica que constituye el mejor ejemplo de un grupo que ha conservado en la sociedad un papel e influencia considerables, no ofrece ya ahora las mismas ventajas que a sus antecesores. El gran público es cada vez más hostil a sus privilegios y mucho más crítico respecto a su remuneración.

Otro aspecto es el prestigio que pueda representar para el propio profesional la pertenencia a centros hospitalarios y aunque a nivel de la muestra consultada el porcentaje es bajo, debemos anotar que hemos considerado como un indicador la posesión del grado de doctor; en la muestra consultada se observa un porcentaje del 36 por 100 de profesionales que lo poseen. Lo cual parece evidenciar una preocupación por la posesión de un nivel científico alto.

El tema que hasta aquí hemos expuesto nos atrae profundamente, nuestro propósito era enunciar aspectos que nos parecen interesantes, que han sido tratados de forma general y aún parcial. Nuestro deseo, no obstante, sería que de todo ello surjan temas de reflexión para el lector. No queremos dejar de apuntar, sin embargo, y a modo de conclusión, algunos puntos que nos parecen significativos, con todo lo que pueden representar de criterio subjetivo y aún controvertido.

De nuestra exposición respecto de los fines del médico en el hospital puede deducirse que el profesional en su práctica hospitalaria está motivado principalmente por dos aspectos: el interés científico y la medicina en equipo. Vamos

---

<sup>25</sup> M. E. Gross en E. Eridson, *The Hospital in the moderne society* (Glencoe: Free Press, 1963), pág. 175.

<sup>26</sup> M. Crozier, *Le phénomène bureaucratique* (Paris: Ed. du Seuil, 1963), pág. 204.

a considerar en nuestra conclusión especialmente ambos puntos por ser los elegidos mayoritariamente por los profesionales.

Ambos puntos, como hemos visto en la exposición, presentan una serie de contradicciones. Ello, pensamos que puede implicar cierta desorientación a nivel de los profesionales. Si su atracción por la práctica hospitalaria, se basa según nuestro estudio en los apartados citados ¿hasta qué punto el profesional puede hallar en ellos satisfacción? Este es un aspecto que no nos ha sido posible cuantificar, ni podemos presentar ningún indicador válido al respecto. Quizá podríamos en cierta forma considerar indicadores negativos, precisamente lo que hemos dado en llamar «desajustes» entre el nivel real y el formal. ¿Hasta qué punto el profesional médico en nuestro país, halla en la práctica hospitalaria cierta terjiversación entre su aspiración por realizar una determinada medicina que cree puede ofrecerle el hospital, y la realidad que debe vivir?

Todo ello nos lleva a pensar que son precisas varias transformaciones, tanto a nivel institucional como también a nivel profesional, a fin de poder superar las contradicciones, aunque tampoco debemos olvidar que quizá todo ello sean obstáculos ligados al propio sistema de producción hospitalario<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> F. Stuedler, *L'Hôpital en observation, op. cit.*, pág. 122.



## Capítulo 9

# PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y REFORMA SANITARIA

Ramón Bayés\*

*(Universitat Autònoma de Barcelona)*

*La esquizofrenia es una sociedad secreta cuyos miembros son elegidos por reglas desconocidas que cambian de vez en cuando.*

N. E. Miller

---

(\*) RAMON BAYES, nace en Barcelona en 1930. Es doctor en Psicología por la Universidad de Barcelona y diplomado en Psicología Clínica por la misma Universidad. En la actualidad, es profesor de Psicología Experimental en la Universidad Autónoma de Barcelona. Es autor de *Una introducción al método científico en psicología* (Barcelona: Fontanella, 1974) e *Iniciación a la farmacología del comportamiento* (Barcelona: Fontanella, 1977). Tiene más de cuarenta trabajos publicados en revistas especializadas españolas y extranjeras. Trabaja desde hace años dentro de la línea del análisis experimental del comportamiento y se halla especialmente interesado, por una parte, en problemas metodológicos, y, por otra, en temas que comporten una clara trascendencia social. Su dirección es: Ramón Bayés, Alfonso XII, 32. Barcelona-6.

Al abordar el problema de la reforma sanitaria en el ámbito psiquiátrico, nos vemos enfrentados con la escasa fiabilidad de los datos disponibles; es dudoso que a partir de ellos puedan efectuarse estimaciones serias, tanto cuantitativas como cualitativas, de recursos y necesidades. El obstáculo es de difícil solución pues, a nuestro juicio, tiene su origen en el hecho previo de que cuando se habla de «enfermedades mentales» suelen aceptarse, acriticamente, los siguientes supuestos: a) que existe una dicotomía entre una serie de comportamientos denominados «normales» y otros etiquetados «patológicos»; b) que del estudio de estos comportamientos «patológicos» pueden deducirse una serie de categorías perfectamente definidas: «psicosis», «neurosis», «retraso mental», etc.; c) que el llamado modelo médico es aplicable a todas y cada una de estas categorías. En nuestra opinión, no existe, en este momento, una base sólida para sustentar ninguno de estos supuestos. Excepto en los casos en que se demuestre la organicidad del trastorno, la calificación de «enfermedad» posee un valor puramente analógico y el modelo médico debería sustituirse por un conocimiento a fondo de la leyes que rigen la interacción de los organismos con su medio; dado que dichas leyes no se estudian en las Facultades de Medicina sino en los laboratorios de Psicología, consideramos que la posición directiva de los psiquiatras clínicos, tanto a nivel de investigación y prevención como en parte de la labor terapéutica, no se encuentra debidamente justificada. Propugnamos la formación de una comisión multidisciplinaria con participación de todos los estamentos implicados, cuyo objetivo consistiría en elaborar un informe detallado que planteara las diferentes alternativas posibles y que pudiera servir como instrumento de trabajo capaz de orientar la reforma sanitaria futura.

### ¿Es posible obtener datos fiables en que fundamentar una reforma sanitaria en el ámbito psiquiátrico?

Parece razonable que cualquier reforma seria que se intente llevar a cabo en el aspecto sanitario suponga un estudio previo —debidamente cuantificado— de los recursos y necesidades existentes, así como estimaciones sobre su evolución futura en función de las coordenadas socio-económicas del país.

Cuando nos enfrentamos con el área que actualmente cubre la Psiquiatría, es descorazonador comprobar que tales datos básicos, cuando existen, poseen un grado de fiabilidad tan bajo que quizá pueda hacerlos aceptables para determinadas charlas de café pero que, en todo caso, los incapacitan, a nuestro juicio, para plantear una reforma de manera tal que la comunidad pueda tomar una decisión madura sobre ella, decisión que supondrá sin duda considerables esfuerzos y sacrificios para los miembros de dicha comunidad, no solo económicos sino también de prioridades. Aun cuando, como señala De Miguel (1976), hablando en términos generales, «las enfermedades mentales (...) son unas de las enfermedades más corrientes de las que se dispone de menor número de datos» (p. 526), sigue siendo válida la crítica de *Argumento* (1976)



al Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, en el sentido de que uno de los datos fundamentales en los que debe apoyarse la acción reformadora —y de los cuales, al parecer, dicho informe carece— es el número de enfermos mentales a los que hay que atender. Sin esta cifra, es difícil plantear una reforma global del aspecto incriminado y no vemos cómo puede llevarse a cabo una planificación que vaya más allá de los «Hay que...», «Tenemos que...» y «Es el momento para...» de los chistes de Morales. Pero, ¿es que existe una posibilidad real de obtener tal cifra? Por nuestra parte, lo dudamos.

Al problema de la sospechosa fiabilidad de las estadísticas oficiales españolas en aspectos sanitarios mucho menos nebulosos —como, por ejemplo, el que hace referencia a la mortalidad infantil (Bayés y Garriga, 1973)— se suma en este caso un problema previo que es necesario afrontar, aun cuando en muchas ocasiones se considera más cómodo soslayarlo: el número de «enfermos mentales» variará según el modelo psiquiátrico aplicado, y las previsiones de los recursos terapéuticos —el número y capacitación de los profesionales implicados— oscilarán también enormemente en función de este modelo.

Sin embargo, antes de enfrentarnos con el problema de los modelos, puede tener algún interés examinar algunos de los escasos datos disponibles que aun cuando, en nuestra opinión, posean poco valor para basar en ellos la política sanitaria del país, sí pueden permitirnos, en cambio, darnos cuenta del orden de magnitud con que el problema se presenta entre nosotros. A título de ejemplo, daremos algunas estimaciones correspondientes a conceptos que, en la práctica actual se consideran incluidos dentro del área psiquiátrica:

a) *Deficientes mentales*. De acuerdo con la O.M.S. (1968): «En las estimaciones de prevalencia del retraso mental influyen el limitado alcance de las investigaciones y la insuficiencia de las definiciones y de los métodos de medición empleados. Según las tasas calculadas hasta ahora, los retrasados mentales representan por lo general de un 1 a un 3 por 100 de la población» (pág. 7). Aplicando estos índices, si tenemos en cuenta que la población actual española es de unos 35 millones de personas, el número de deficientes mentales en nuestro país oscilaría entre 350.000 y 1.050.000. *Tribuna Médica* (1976) elige la cifra mínima —la misma que, al parecer, utiliza la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (*Tribuna Médica*, 1975) aun cuando no la incluya explícitamente en el informe— y habla de «350.000 deficientes mentales en España»; *Aspasia* (1975) prefiere aplicar el índice de 1,6 con lo que la cifra sería de 560.000, pero ¿qué garantías existen de que alguna de ellas sea verdadera? El índice de 0,86 sugerido por el Instituto Sociológico de Madrid (1969) y que supondría 301.000 deficientes, dada la forma como ha sido elaborado, tampoco nos merece demasiada confianza.

Es cierto que, sea cual fuere la cifra que elijamos, nos hallaremos muy lejos de tener cubiertas las necesidades, dado que, en 1974, se calculaba que el número de plazas existente para atender a los deficientes mentales era sólo de 44.005 (*Tribuna Médica*, 1976). Pero, ¿cuál es la cantidad real de plazas nece-

sarias y qué características cualitativas deben tener tales plazas? ¿Será preciso subrayar que no existe, que sepamos, censo alguno, y que las decisiones políticas que deban tomarse se fundamentarán, probablemente, en la elección subjetiva de alguno de los índices anteriores? ¿Será necesario, para que tomemos conciencia de la poca solidez del terreno sobre el que nos movemos, que leamos de nuevo, pausadamente, las frases que inician este apartado: «En las estimaciones sobre la prevalencia del retraso mental influyen el *limitado alcance* de las investigaciones y la *insuficiencia* de las definiciones y de los métodos de medición empleados» (O.M.S., 1968, pág. 7, los subrayados son nuestros).

b) *Alcohólicos*. La cifra que utiliza la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria —aunque, al parecer, tampoco consta en el informe— es de 800.000 alcohólicos (*Tribuna Médica*, 1975). Ignoramos cómo se ha llegado a esta cifra; sin embargo, tenemos pocas dudas de que algunos autores la considerarán muy modesta. Freixa, Fábregas y Soler (1972), por ejemplo, en la comunicación presentada al *XVIII Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Toxicomanías*, estiman que el número de sujetos alcohólicos en nuestro país, según diversas fuentes, oscila entre 1.500.000 y 2.300.000. Lo mismo que en el caso anterior, es posible que para empezar tenga poca importancia el hecho de que el número de alcohólicos sea de 800.000 o de 2 millones, ya que, en 1970, el Programa para la Prevención del Alcoholismo y las Toxicomanías del PANAP estaba dotado con 5 millones de pesetas anuales (Freixa *et al.*, 1972), mientras que las inversiones en publicidad de bebidas alcohólicas, en España, para este mismo año, podían cifrarse en 2.300 millones (Bayés, 1971). De todas maneras, consideramos que una planificación sanitaria es algo suficientemente serio para que antes de empezarla se conozcan, de forma pública, cuáles son las necesidades reales y *cómo se ha llegado a su estimación*.

c) *Pacientes con síndromes depresivos*. Aun cuando no disponemos de cifras totales, nos tememos que, de existir, las mismas oscilarían entre límites incluso más amplios que las correspondientes a los deficientes mentales y a los alcohólicos. En efecto, de acuerdo con la encuesta llevada a cabo por Ballús, Montserrat y Toro (1966), entre 313 médicos neuropsiquiatras pertenecientes a todas las regiones españolas, un 45 por 100 de ellos admite que diagnostica síndromes depresivos en la mitad de sus pacientes; no obstante, algunos consideran que «casi todos» ellos presentan dicha sintomatología, mientras que otro grupo señala que son «muy pocos» los afectados.

Como antes ya hemos insinuado, esta disparidad diagnóstica no debería extrañarnos demasiado, ya que es también moneda corriente en países que en otros terrenos se distinguen por la seriedad de sus estadísticas. Eysenck (1975) señala, por ejemplo, que la incidencia de la esquizofrenia en diferentes países occidentales oscila entre el 0,6 y el 2,9 por 100 de la población —lo que para España daría una cifra comprendida entre 210.000 y 1.105.000— y que la de los trastornos maniaco-depresivos, en estos mismos países, se encuentra comprendida entre el 0,4 y el 2,5 por 100 —es decir, para España, variaría entre 140.000 y 875.000—, señalando como cifra prudente la de un 2 por 100 como

poblacion afectada por uno u otro trastorno —para España esto significaría unas 700.000 personas— y haciendo hincapié en que estas diferencias cuantitativas tan considerables son debidas a los distintos criterios diagnósticos y métodos utilizados para hallarlas.

Puede que no sea supérfluo señalar que incluso dentro de círculos psiquiátricos poseedores de una formación, experiencia y criterios similares, se da un grado de coincidencia diagnóstica que dista mucho de merecer el calificativo de brillante. En efecto, en una investigación efectuada por Sandifer, Pettus y Quade (1964) en tres hospitales psiquiátricos de Carolina del Norte, de 910 diagnósticos efectuados independientemente, de acuerdo con 12 categorías previamente establecidas, el porcentaje de coincidencia entre los psiquiatras participantes fue sólo de un 57 por 100 para todas las categorías, pero en algunas de ellas dicho porcentaje de acuerdo fue inferior al 20 por 100. En otras investigaciones —por ejemplo, en la de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1962)— se han obtenido resultados parecidos.

Existe otro problema a tener en cuenta y es el del tipo de enfoque terapéutico que se considera más apropiado para hacer frente a algunos de los problemas planteados. En el caso de la Psiquiatría tal elección es importante ya que puede afectar enormemente al número y cualificación de los profesionales de que será necesario disponer. Así, por ejemplo, Rachman (1972), indica que la duración de un tratamiento analítico suele durar unos tres años, pudiendo un profesional hacerse cargo simultaneamente de unos ocho pacientes, lo que significa que cada psicoanalista podría aceptar cada año de dos a tres pacientes nuevos. Esto conllevaría que un hospital psiquiátrico que quisiera proporcionar un tratamiento psicoanalítico completo a cien pacientes cada año precisaría de una dotación de 300 a 500 psicoanalistas. Aparte de los problemas económicos que sin duda surgirían, la Sociedad Psicoanalítica Británica, en 1967, contaba únicamente con 300 miembros, algunos de los cuales no ejercían (Rachman, 1972).

Un último aspecto a considerar, y no por ello el de menor importancia, es el que representa la evolución previsible del entorno social pues existe acuerdo entre la mayoría de los modelos psiquiátricos en que determinados entornos pueden aumentar dramáticamente el grado de incidencia de muchos transtornos mientras que otros entornos sociales pueden disminuirlos. Así, por ejemplo, en un estudio oficial publicado recientemente en los Estados Unidos se revela que el 10 por 100 de los soldados norteamericanos que participaron en la guerra del Vietnam regresaron a su país convertidos en adictos al opio o a la heroína.

Por esta razón, junto a un estudio de necesidades y recursos actuales —en el marco socio-económico presente— debe efectuarse una labor prospectiva que tenga en cuenta la evolución previsible, alienante o desalienante, de dicho entorno —o la simple evolución de sus pautas culturales pues, la homosexualidad, por ejemplo, ha sido considerada como enfermedad psiquiátrica, en los Estados Unidos, hasta 1974, año en el que la *American Psychiatric Associa-*

tion decide, por unanimidad, suprimirla de su *Diagnostic a. d Statistical Manual of Mental Disorders* en el que había figurado hasta entonces—, ya que podría ser catastrófico planificar unas necesidades asistenciales en función únicamente de las condiciones ambientales actuales. Si el medio se vuelve más patógeno, las necesidades psiquiátricas crecerán, pero si es posible introducir en el mismo los cambios necesarios, las necesidades psiquiátricas tendrán que disminuir.

En otras palabras: es posible que actualmente sea preciso montar un gran aparato psiquiátrico pero si esto es así, debe ya preverse su futura y gradual desaparición en función de que los cambios ambientales que sin duda será necesario introducir en la sociedad, produzcan en el futuro un número de pacientes cada vez menor.

### ¿Existen realmente «enfermedades mentales»?

Si no es posible cuantificar las necesidades, ¿en qué datos basar una reforma sanitaria en el ámbito psiquiátrico? ¿Qué hacer? ¿Por dónde empezar? ¿Dónde radica la verdadera dificultad para obtener datos fiables?

Al llegar a este punto, no podemos resistir la tentación de introducir con disimulo la mano dentro de una vieja chistera y, mientras exclamamos «*Voilà!*» con nuestro mejor acento francés, sacar con rapidez un conejo que, posiblemente, no sea del agrado de todos los espectadores.

En nuestra opinión, la verdadera dificultad para obtener datos consiste en que cuando se habla de «enfermedades mentales» suelen aceptarse, tácita y acriticamente, todos o alguno de los siguientes supuestos:

a) Que existe una dicotomía entre una serie de comportamientos denominados «normales» y otros etiquetados «patológicos».

b) Que del estudio de los llamados comportamientos «patológicos» pueden deducirse una serie de categorías nosológicas perfectamente definidas: «psicosis», «neurosis», «retraso mental», etc.

c) Que el modelo médico es aplicable a todas y cada una de estas categorías.

Sin embargo, a nuestro juicio, no existe base sólida en que apoyar ninguno de estos supuestos.

Personalmente, consideramos que, en la mayoría de los casos, los factores que producen los comportamientos denominados «patológicos» no son *esencialmente* distintos de los que producen los comportamientos denominados «normales»; en ambas situaciones, las leyes científicas involucradas son las mismas (Bayés, 1974 y 1977; Sidman, 1960). Como señalan Ullman y Krasner (1969), ante un fenómeno conductual concreto, la etiqueta «normal» o «patológico» será asignada, de forma totalmente relativa y circunstancial —de acuerdo con la situación concreta de cada país y de cada época— en función de tres variables: «el propio comportamiento, su contexto social, y un observador

que se encuentra en una situación de poder (...) La etiqueta aplicada es el resultado del adiestramiento del etiquetador y refleja la sociedad que representa» (pág. 21). Otros autores (Basaglia, 1969; Espasa, 1975) llegan a conclusiones parecidas por caminos diferentes.

Dado que en otro lugar (Bayés, 1977b) ya hemos tratado con bastante amplitud el problema de la ambigüedad de las categorías diagnósticas, no nos detendremos ahora especialmente en él. Dice Menninger (1959):

«No sólo creo que no puede ser claramente definido, identificado o probado que existe una enfermedad tal como la esquizofrenia, sino que también sostengo que tampoco puede ser definida, identificada o probada la existencia de una psicosis o de una neurosis. Mi punto de vista es que nadie puede definir satisfactoriamente estos términos de forma que el resto de nosotros pueda aceptarlos, por lo que si los usamos nos confundimos a nosotros mismos, debido a que todos, o casi todos, estaremos hablando de cosas distintas. Es como si un ruso, un sudafricano, un suizo, un americano y un isleño de los mares del Sur se pusieran a hablar de libertad (...) No estamos usando diferentes palabras para la misma cosa, sino que usamos las mismas palabras para cosas diferentes» (pág. 517).

Esta ambigüedad se traduce en la poca fiabilidad y amplia variabilidad de los datos estadísticos que se manejan.

No deja de ser curioso que incluso alguno de los antipsiquiatras más radicales (Basaglia, 1968), aun denunciando los supuestos *a* y *b*, sigue admitiendo la existencia de la *enfermedad mental*, postura que implícitamente conlleva que los médicos psiquiatras —aun cuando cambiaran las estructuras socio-económicas y su papel fuera diferente— continuarían siendo los profesionales idóneos para enfrentarse con el problema:

«Pero negar la enfermedad institucional (ir eliminando, uno a uno, los aspectos manicomiales) no significa negar la existencia de la enfermedad mental: significa sólo reconocer que la enfermedad, como tradición todavía no desvelada o comprendida, está escondida continuamente bajo la enfermedad institucional (refiriéndonos siempre, naturalmente, a la realidad manicomial); y significa también que si no se extraen las diversas incrustaciones y no se elimina la violencia institucionalizada, implícita en la realidad manicomial, no es posible encontrarla y hacerle frente» (pág. 94).

A nuestro modo de ver, las corrientes antipsiquiátricas, a pesar de la lucidez que muestran en algunas de sus denuncias, no llegan a alcanzar el fondo del problema: el hecho puro y simple es que en la mayoría de los llamados trastornos psiquiátricos no hemos sabido encontrar pruebas que nos indiquen que nos hallemos frente a fenómenos que requieran para hacerles frente la formación profesional que proporciona una Facultad de Medicina.

No negamos la existencia de dichos trastornos —sea cual fuere la denominación que se les atribuya— ni afirmamos que las conductas agresivas, adictivas, desviadas, etc., carezcan de realidad o importancia. Lo que rechazamos es

que muchas de las personas que muestran tales trastornos deban etiquetarse *a priori* como «enfermos», calificación de múltiples significados pero que, consciente o inconscientemente, sirve para justificar que el encargado de su solución debe ser, automáticamente, un profesional médico.

Esta forma de actuar nos recuerda la secuencia de una vieja película del Oeste en la que el propietario del rancho K va marcando con hierro candente toda res que se cruza en su camino, sin profundizar demasiado en su genealogía, con el fin de clamar, posteriormente, por su inviolable derecho de propiedad sobre ella.

Excepto en los casos en que se demuestre la presencia de un agente agresor orgánico —virus, bacterias, alteraciones cromosómicas, lesiones, etc.—, el modelo médico debería sustituirse por un conocimiento a fondo de las leyes que rigen la interacción del organismo con el medio, y tales leyes no se estudian en las Facultades de Medicina, sino en los laboratorios de Psicología experimental. Incluso en los casos en que pueda probarse la organicidad del trastorno y el mismo pueda combatirse médicamente, es posible que tal acción no sea suficiente para solucionarlo totalmente (Bayés, 1977a).

No es extraño que existan grandes controversias, dudas, etc., sobre la etiología de las enfermedades mentales —la misma O.M.S. (1974), en un trabajo reciente, reconoce: «En Medicina General una clasificación por causa es muy útil en muchos sentidos, pero en psiquiatría las causas de la mayoría de las enfermedades mentales son desconocidas» (pág. 11)— y que se carezca de datos empíricos en que apoyar las distintas posturas —Valdés (1974) ha escrito que «la psiquiatría está saturada de palabras y falta de comprobaciones experimentales» (pág. 21)— ya que, en muchos casos, lo más probable es que *si dicha etiología no puede encontrarse es por la sencilla razón de que no existe*. Como señala Eysenck (1959): «Debajo del síntoma no hay ninguna neurosis, lo único que hay es el mismo síntoma. *Quitad el síntoma y habreis eliminado la neurosis.*» Y nosotros añadimos: *Eliminad los factores ambientales que producen el síntoma —construid otra sociedad— y erradicareis la neurosis.*

Por ello, consideramos que el razonamiento médico, esquematizado en los tres criterios que usa Laënnec para analizar las entidades mórbidas: similitud de los síntomas, identidad de las lesiones subyacentes y de los mecanismos fisiopatológicos implicados, e identidad de los factores etiológicos (Cloutier, 1968) es, en la mayoría de los casos, ineficaz para orientar la acción dentro del marco psiquiátrico, y debería sustituirse, lo antes posible, por un análisis de las contingencias ambientales responsables del comportamiento que deseamos modificar, y por la introducción de cambios en el entorno social, de manera que el riesgo de ocurrencia de tales contingencias se encuentre minimizado. Tal análisis no es, en nuestra opinión, cometido de psiquiatras con formación médica sino de psicólogos especializados en dicha tarea.

## Necesidad de un enfoque multidisciplinar

Este parcial abandono del modelo médico no debería suponer en ningún caso el fin de las investigaciones neurofisiológicas y bioquímicas; todo lo contrario, consideramos que deberían impulsarse tales investigaciones. Como apuntan algunos trabajos recientes (por ejemplo, Iversen, 1975), es posible que llegue a demostrarse una organicidad *en parte* de las personas supuestamente afectadas por uno de estos trastornos —la psicosis— y que, en estos casos, pueda hablarse entonces con pleno derecho de enfermedad, dentro de unas coordenadas estrictamente médicas.

Por otra parte, no hay duda de que cualquier alteración conductual posee un sustrato neurofisiológico y bioquímico, aun cuando dicha alteración proceda de simples interacciones del organismo con el medio. Por tanto, aun si un simple cambio en las condiciones ambientales puede ser la terapia adecuada para evitar o corregir dichas alteraciones, es posible que, en ciertos casos, bien debido a la urgencia, bien a la imposibilidad práctica de introducir a corto plazo los cambios ambientales necesarios, sea preciso actuar, con propósitos correctores, a nivel neurofisiológico o bioquímico.

También cabe la posibilidad de que, en algunos casos, la persistencia o intensidad de la acción ambiental hayan operado en el organismo cambios neurofisiológicos o bioquímicos que solo puedan ser ya contrarrestados a este nivel.

Personalmente, encontramos especialmente interesantes muchas de las investigaciones llevadas a cabo dentro del enfoque denominado «cortico-visceral» (Colondrón, 1976), en la línea neo-pavloviana de Bykov y Balaskina, y creemos que el mismo abre horizontes sumamente atractivos; sin embargo, por nuestra parte, seguimos defendiendo la prioridad de una sistematización rigurosa de los fenómenos a nivel de comportamiento (Bayés, 1973a y 1977b; Sidman, 1960b), tal como permite el paradigma operante, para que pueda extraerse todo su jugo a las investigaciones neurofisiológicas o bioquímicas que se lleven a cabo.

Ante un mismo problema pueden darse también, simultáneamente, varios planos de actuación. El alcohólico, por ejemplo, puede ser un enfermo debido a su hígado cirrótico y a sus constantes biológicas alteradas que deba ser comedido a tratamiento bajo la supervisión de un profesional médico. Paralelamente, el problema de la adicción al alcohol es un problema que debe investigarse experimentalmente en el laboratorio tratando de localizar las variables responsables del mismo, y no creemos que el psiquiatra clínico se encuentre especialmente preparado para esta labor.

Incluso en el caso de descubrirse un fármaco capaz de eliminar la adicción —como puede ser el caso del ácido fusárico y la alfa-metil-paratiroxina, de confirmarse los datos facilitados por Pozuelo (1976), para la adicción a los narcóticos y las anfetaminas— no por ello el problema queda resuelto. Como ha señalado Fábregas (Monegal, 1976), «la terapéutica adecuada no es solamente

suprimirle (al toxicómano) la droga, sino suprimirle el motivo por el cual ha necesitado de ella»<sup>1</sup>.

En la cuantificación del alcoholismo como plaga social es el sociólogo quien puede darnos cuenta de sus dimensiones e importancia, es el economista quien puede valorar las repercusiones socio-económicas de su expansión, mantenimiento y erradicación, y es el psicólogo experimental el que puede descubrir los factores relevantes que conducen a la adicción.

No creemos que la solución consista en proporcionar al médico una sólida formación psicológica, sociológica, económica, etc., que le permita una acción autárquica —de la misma manera que no se imparte una sólida formación médica al psicólogo, al sociólogo o al economista—, sino delimitar los campos en los que es él quien debe tomar la batuta y aquellos otros en los que aún formando parte de la orquesta, no le corresponde el papel de director.

### **Bases para una reforma sanitaria en el campo psiquiátrico: Nuestra propuesta**

Basamos nuestra propuesta de reforma sanitaria en el campo psiquiátrico en los siguientes puntos:

A) Dentro de lo que se ha llamado «enfermedades mentales» es preciso distinguir dos grandes grupos: uno de ellos constituido por los trastornos que poseen una base orgánica, y otro por los que carecen de ella. Para enfrentarse con este segundo tipo de trastornos, que sólo ha recibido el calificativo de «enfermedad» por analogía con las verdaderas enfermedades, las Facultades de Medicina, en nuestra opinión, no dan —ni tienen por qué darla— la formación apropiada. Estamos de acuerdo con *Argumento* (1976) cuando recomienda que en el caso de las enfermedades mentales debe tenerse un cuidado exquisito en «no medicalizar más de lo justo» (pág. 64). Desde un punto de vista terapéutico, consideramos que Eysenck (1975) ha planteado el problema con singular claridad:

«Nos ha parecido deseable e históricamente justificable dividir la psiquiatría en dos partes independientes, una de las cuales tendría relación con los trastornos orgánicos y su tratamiento, el cual, en gran parte, sería de naturaleza médica; y otra que se ocuparía de los trastornos de comportamiento y su tratamiento, la cual sería, en gran parte, de naturaleza conductual. Se ha argüido que la primera de estas disciplinas debería ser prerrogativa de los psiquiatras adiestrados médicamente, mientras que la segunda debería ser prerrogativa de los psicólogos no médicos, adiestrados en cursos especiales para postgraduados como psicólogos clínicos» (pág. 25).

---

<sup>1</sup> No estamos de acuerdo con Fábregas cuando señala, a continuación: «Y este motivo está en su cerebro», al menos en el sentido de que tanto las variables que han dado origen a la adicción como las que la mantienen no creemos que se encuentren en el cerebro sino en unas condiciones ambientales concretas, susceptibles de ser modificadas por la acción del individuo.



B) Calificar también como enfermedades, como hacen algunos autores (Espasa, 1975), a los traumatismos producidos por la sociedad industrial —accidentes de trabajo y de carretera— puede ser, asimismo, discutible; sin embargo, dado que las Facultades de Medicina son los centros donde se prepara a los profesionales para aplicar las soluciones adecuadas, no vemos —al menos a nivel terapéutico— ningún inconveniente en ello.

C) Tal como ya hemos indicado antes, al planificar los recursos terapéuticos en el campo psiquiátrico deberá tenerse en cuenta que la organización que se ponga en marcha deberá ser muy flexible, y especialmente sensible a los cambios socio-económicos que se produzcan ya que, dada la importancia de las variables ambientales de tipo social en el origen y mantenimiento de la mayoría de los trastornos, un cambio en las mismas debido, por ejemplo, a una decisión política o a la implantación de unas estructuras socio-económicas distintas, tendrá, lógicamente repercusiones de menor o mayor importancia en la cantidad y cualidad de las necesidades involucradas y de los recursos necesarios para hacerles frente.

D) Consideramos, como señala *Argumento* (1976), que en el campo psiquiátrico debe distinguirse con exactitud «la labor asistencial de la preventiva» (pág. 64) y que ambas deben gozar de una gran dosis de autonomía. Las tareas asistenciales constituyen un problema esencialmente técnico —aún cuando dependiente, en parte, de decisiones políticas— que compete, primordialmente, a los psiquiatras clínicos y a los psicólogos clínicos. La labor preventiva se encuentra especialmente supeditada a opciones políticas que competen a todos los ciudadanos, aun cuando debe fundamentarse, para ser eficaz —como ha puesto de relieve Dorna (1976) en el campo laboral—, en una base científica sólida, en cuya elaboración las aportaciones de los psiquiatras clínicos y de los psicólogos clínicos no serán, posiblemente, las más importantes. Para esta última tarea —la cual comprendería los apartados de investigación, higiene y prevención— creemos que deberían constituirse equipos de trabajo multidisciplinarios de los que formarían parte: sociólogos, economistas, urbanistas, farmacólogos, médico-psiquiatras, psicólogos clínicos, etc., y en los que la dirección estaría a cargo de:

- a) Fisiólogos y bioquímicos, en el caso de trastornos de base orgánica.
- b) Psicólogos experimentales especializados en el análisis de contingencias, en el caso de trastornos producidos por factores ambientales.
- c) Ingenieros y psicólogos industriales con fuerte formación experimental, en el campo de los traumatismos.

Los trabajos encomendados a estos equipos de trabajo serían los siguientes:

1.º) Investigación experimental a nivel básico y aplicado. En el caso del análisis de contingencias ambientales, consideramos especialmente importante, tal como ya hemos señalado en otras ocasiones (Bayés, 1973b, 1977a), la investigación animal, línea que se ha demostrado fructífera, desde los tiempos de Claude Bernard (1865), en la mayoría de las ciencias biológicas y que ni siquie-

ra se menciona en el Informe Técnico de la O.M.S. (1961) dedicado a la organización y estudio de la higiene mental.

2.º) Análisis permanente de la realidad social cambiante y de su posible incidencia en los trastornos de comportamiento que previamente se hayan delimitado.

3.º) Propuesta de soluciones técnicas, elaboración de programas y fijación de objetivos —en colaboración con los encargados de la vertiente asistencial—, verificación del grado de cumplimiento cuantitativo y cualitativo de los objetivos previstos, y recomendación de las correcciones necesarias.

4.º) Colaboración con el Departamento Ministerial responsable de la labor educativa, en la definición del grado de cualificación necesario de los diversos profesionales que deben participar en la acción psiquiátrica. Estimación de los recursos necesarios y estudio de la evolución previsible de las necesidades.

E) Parece lógico que si las causas de gran parte de la patología psiquiátrica son de tipo básicamente ambiental, la solución idónea tendría que consistir en cambiar los aspectos patógenos de la sociedad —o incluso la sociedad entera—. Mientras esto no ocurra, o en la medida en que los cambios introducidos no hagan desaparecer los trastornos, si, provisionalmente, se decide hacerles frente para evitar o paliar el sufrimiento humano real que muchos de ellos comportan tanto a los propios interesados como a las personas que tienen relación con ellos —al margen de que se les informe del origen último de sus problemas—, las técnicas asistenciales de que se dispone son, fundamentalmente, las siguientes:

a) *Psicoterapia*. Existen, desde luego, muchas variantes, tanto en la forma —individual, en grupo— como en el contenido: analítica, rogeriana, etc.

b) *Enfoque antipsiquiátrico*. Si lo incluimos como un apartado más es sólo porque consideramos que se trata de uno de los sistemas utilizados en algunas sociedades occidentales para hacer frente al problema psiquiátrico. Existen diversas variantes y algunos antipsiquiatras rechazarán, desde luego, que lo consideremos una técnica.

c) *Psicofármacos*. Es posiblemente el sistema más usado. *Argumento* (1976) se hace eco de «la masiva prescripción de tranquilizantes» en la actual experiencia psiquiátrica ambulatoria de la Seguridad Social. Ballús *et al.* (1966), al reproducir los resultados de una encuesta llevada a cabo entre los neuropsiquiatras españoles, mencionan que las técnicas que estos consideran fundamentales para el tratamiento de los síndromes depresivos son los psicofármacos y el electroshock.

d) *Terapias del comportamiento*. Estas técnicas han sido elaboradas en gran parte por psicólogos y no por psiquiatras (Beech, 1969), son de creación relativamente reciente y su uso es cada vez mayor. Dentro de este capítulo incluimos tanto las que se basan en un modelo operante como las que tienen su fundamento en otros modelos.

e) *Psicocirugía*. Lobotomías, estimulación eléctrica intracraneal, etc.

Aun cuando consideramos el tema de la mayor importancia, no creemos que sea este el lugar para establecer un balance comparativo de las técnicas an-

teriores. Desde el punto de vista de la organización asistencial, es conveniente señalar que las mencionadas en los apartados *a*, *b* y *d* no precisan, en nuestra opinión, para poder administrarse correctamente, de la formación que actualmente facilitan las Facultades de Medicina aunque sí, evidentemente, de unos cursos de adiestramiento que, lógicamente, deberían entrar dentro de la formación del psicólogo clínico. La formación médica es indispensable para la administración de las técnicas *c* y *e*.

## Conclusiones

Como conclusiones del presente trabajo podríamos establecer las siguientes:

1.<sup>ª</sup>) En la actualidad, no es posible dar ninguna estimación seria para nuestro país, ni siquiera aproximada, de la amplitud cuantitativa y cualitativa de los trastornos que, tradicionalmente, se han venido asignando al área psiquiátrica.

2.<sup>ª</sup>) En cualquier caso, cabe afirmar que dicha amplitud, *en nuestro actual contexto socio-económico*, rebasa con mucho los recursos de que actualmente se dispone para afrontar el problema.

3.<sup>ª</sup>) Si nos atenemos a algunos índices indirectos, como la evolución de las cifras de detenidos en España por tráfico ilegal de drogas —las cuales se han multiplicado por siete entre 1968 y 1974 (Herrero Tejedor, 1974; *Tele-exprés*, 1975) —o las cifras de consumo de psicofármacos— las cuales durante el período 1965-1971 han experimentado un aumento anual superior al 25 por 100 (Gallardo, 1973) —no hay duda de que existe una innegable tendencia de estos trastornos a incrementarse—.

4.<sup>ª</sup>) En nuestra opinión, muchos de los denominados trastornos psiquiátricos no precisan para su tratamiento de la formación que imparten las Facultades de Medicina y la terapéutica podría ser perfectamente llevada a cabo por psicólogos clínicos debidamente adiestrados.

5.<sup>ª</sup>) La investigación que en este momento se realiza en España, tanto en la vertiente de análisis experimental del comportamiento como la correspondiente al enfoque córtico-visceral es, de acuerdo con los datos de que disponemos, prácticamente nula. Tales tipos de investigación deberían ser alentados.

6.<sup>ª</sup>) Se considera especialmente interesante separar el ámbito de la asistencia del de la investigación y prevención, al menos en cuanto a la dirección se refiere. En nuestra opinión, la formación médica no es adecuada para efectuar gran parte de esta labor, la cual, por las razones apuntadas a lo largo de nuestro trabajo, debería asignarse a otros profesionales que, por la preparación recibida, puedan ser más idóneos para realizarla: psicólogos experimentales, sociólogos, biólogos, etc.

7.<sup>ª</sup>) Propugnamos que se constituya una comisión mixta formada por: un psicoanalista, un antipsiquiatra, un psiquiatra de línea tradicional, un psiquiatra de línea córtico-visceral, un psicólogo clínico especializado en terapéuticas

del comportamiento, un psicólogo especializado en análisis experimental del comportamiento, un farmacólogo, un biólogo, un sociólogo y un economista. El objetivo de esta comisión consistiría en redactar un informe, debidamente justificado —y cuantificado en todo lo posible— que pudiera servir de base para una planificación futura de recursos y prioridades, y que fuera susceptible de ser debidamente estudiado y discutido por todos los implicados —profesionales y ciudadanos en general—. Suponiendo que en algún punto no pudiera conseguirse acuerdo entre los miembros de la comisión, deberían exponerse a la opinión pública las diferentes posturas ante el mismo, acompañándolas, evidentemente, de la debida argumentación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ARGUMENTO: «Análisis crítico del Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria» (Documento policopiado, abril, 1976).
- ASPAÑAS: *Informe de la asociación de padres de niños y adolescentes subnormales* (Barcelona, noviembre, 1975).
- BALLUS, C., MONTSERRAT, S. y TORO, J.: «Resultados y comentarios a una encuesta sobre el tratamiento de las depresiones», *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, vol. 7, núm. 8 (1966): 510-527.
- BASAGLIA, Franco: Entrevista publicada en *Rinascita*, núm. 48 (6-12-1968). Reproducida en *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* (Barcelona: Anagrama, 1972), págs. 91-101.
- «Apuntes de psiquiatría institucional», *Recenti progressi in Medicina*, vol. 46, núm. 5 (1969). Reproducido en *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* (Barcelona: Anagrama, 1972), págs. 19-45.
- BAYES, Ramón: «Análisis socioeconómico de la publicidad de bebidas alcohólicas en televisión», policopiado (Barcelona: Jefatura Provincial de Sanidad y Cátedra de Psiquiatría, junio, 1971).
- «Un ejemplo de colaboración interdisciplinaria entre psicología y fisiología: la estimulación eléctrica intracraneal como reforzador», *Revista Latinoamericana de Psicología*, 5 (1973a): 309-324.
  - «En defensa del laboratorio con animales en las facultades y departamentos de psicología», *Revista Latinoamericana de Psicología*, 5 (1973b): 7-14.
  - *Una introducción al método científico en Psicología* (Barcelona: Fontanella, 1974).
  - «Importancia del laboratorio animal en la formación de terapeutas del comportamiento», *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, vol. 4 núm. 1 (1977): 7-12
  - *Iniciación a la farmacología del comportamiento* (Barcelona: Fontanella, 1977b).
- BAYES, R. y GARRIGA, E.: «Las cifras de mortalidad infantil como indicador del riesgo psicopatológico de un grupo humano: el caso de España», *Perspectiva Social*, núm. 2 (1973): 39-59.

- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J. E. y ER-BAUGH, J. K.: «Reliability of psychiatric diagnosis 2: A study of consistency of clinical judgments and ratings», *American Journal of Psychiatry* 119 (1962): 351-357.
- BEECH, Harold Reginald: *Changing Man's Behaviour* (Harmondsworth, Middlesex: Penguin, 1969).
- BERNARD, Claude: *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865. (Edición de París: Garnier-Flammarión, 1966).
- CLOUTIER, François: *La santé mentale*, 2.<sup>a</sup> ed. (París: Presses Universitaires de France, 1968).
- COLODRON, Antonio: *La enfermedad como respuesta* (Madrid: Ayuso, 1976).
- DE MIGUEL, Jesús M.: «Health in the Mediterranean Region: A Comparative Analysis of the Health Systems of Portugal, Spain, Italy, and Yugoslavia», Tesis de Ph. D.; Yale University, USA; 1976 (Ann Arbor, Mich.: University Microfilms, 1976).
- DORNA, A.: «Une expérience de gestion dans le Chili d'Allende», *Raison Présente*, núm. 36 (1976): 29-40.
- ESPASA, Ramón: «Relaciones sociales y medicina», págs. 11-26 en *La sanidad hoy. Apuntes críticos a una alternativa* (Barcelona: Avance, 1975).
- EYSENCK, H. J.: «Learning theory and behaviour therapy», *J. med. Sci*, 105 (1959): 61-75. Citado en L. P. Ullmann y L. Krasner (eds.), *Case Studies in Behavior Modification* (Nueva York: Holt, Rinehart and Winston, 1965).
- *The Future of Psychiatry* (Londres: Methuen, 1975).
- FREIXA, F., FABREGAS, J. L. y SOLER, P. A.: «El metronidazol en el tratamiento de la toxicomanía alcohólica» (Comunicación presentada al XVIII Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972).
- GALLARDO, A.: «Desarrollo del consumo de medicamentos», *El Noticiero Universal* (17-1-1973): 44.
- HERRERO TEJEDOR, Fernando: *Memoria elevada al Gobierno Nacional en la solemne apertura de los tribunales* (Madrid: Editorial Reus, 1974).
- INSTITUTO DE SOCIOLOGIA DE MADRID: *Estudio sociológico sobre los subnormales en España* (Madrid: Euramérica, 1969).
- IVERSEN, L. L.: «Dopamine receptors in the brain», *Science*, 188 (1975): 1.084-1.089.
- MENNINGER, K.: «The contributions of psychoanalysis to American psychiatry», en B. H. Hall (ed.) *A Psychiatrist's World* (Nueva York: Viking, 1959).
- MONEGAL, F.: «La antidroga levanta suspicacias», *La Vanguardia* (13-6-1976): 32.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Preparación de programas de higiene mental*, Informe técnico núm. 223 (Ginebra: O.M.S., 1961).

- *Organización de los servicios para retrasados mentales*, Informe técnico núm. 392 (Ginebra: 1968).
- POZUELO, J.: «Una nueva terapia de la adicción a narcóticos y anfetaminas» (Conferencia pronunciada en la Universidad de Barcelona, 18-5-1976).
- RACHMAN, S.: *The Effects of Psychotherapy* (Nueva York: Pergamon, 1972).
- SANDIFER, M. G., PETTUS, C. y QUADE, D.: «A study of psychiatric diagnosis», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139 (1964): 350-356.
- SIDMAN, M.: «Normal sources of pathological behavior», *Science* 132 (1960a): 61-68.
- *Tactics of Scientific Research* (Nueva York: Basic Books, 1960b).
- TELE-EXPRES: «Informe anual sobre los estupefacientes en España», (25-8-1975): 15.
- TRIBUNA MEDICA: «La asistencia psiquiátrica y la Seguridad Social» (29-8-1975): 5.
- «350.000 deficientes mentales en España» (27-4-1976): 28-29.
- ULLMANN, Leonard P. y KRASNER, Leonard: *A psychological approach to abnormal behavior* (Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall, 1969).
- VALDES, Manuel: *La confusión de los psiquiatras* (Barcelona: Espaxs, 1974).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Glossary of Mental Disorders and Guide to Their Classification* (Ginebra: O.M.S., 1974).





## Capítulo 10

# LA PROFESION DE ENFERMERA

Francisco Hernández\*

*(Universitat Autònoma de Barcelona)*

La profesión de enfermera, tal como está concebida, representa una incógnita dentro del panorama de la sanidad española. Su papel, en el terreno de la asistencia, está poco desarrollado en comparación con las posibilidades que ofrece. No obstante, es un sector clave a considerar de cara al replanteamiento sanitario que necesita el país. Los problemas que tiene planteados se centran tanto en aspectos propios de la función que desempeña como en la reformulación adecuada de las características que la definen: la reestructuración de los colegios profesionales, la revisión de los planes de estudio para adecuarla a las nuevas necesidades asistenciales —incluyendo la medicina preventiva— y la reglamentación de las especialidades son temas que están planteados a la espera de encontrar soluciones. Con este telón de fondo, lo que aquí se analiza más en profundidad se refiere a las motivaciones en la elección de la profesión y a la

---

(\*) FRANCISCO HERNANDEZ, es Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales (1975), por la Universitat Autònoma de Barcelona. Profesor de «Metodología y Técnicas de Investigación Social» en el Instituto de Sociología y Psicología (ISPA), y en Colegio de Enfermeras y ATS femenino de Barcelona (1975-76). En la actualidad, forma parte del Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona, y es colaborador habitual de *Papers: Revista de Sociologia*. Su dirección profesional es: F. Hernández, Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona.

ideología que subyace a este hecho. Por ello, se parte de 100 *historias de vidas* escritas por profesionales y estudiantes de ATS de Barcelona. En el fondo, se trata de una aproximación todavía por resolver.

## Una problemática candente

Escribir un artículo sobre la *Profesión de enfermera en España* es un trabajo arduo y difícil. Las razones son varias y complejas. Una de ellas se puede concretar repasando cualquier lista de bibliografía o cualquier manual de Sociología de la Medicina. Escasamente se analiza el papel que juega la enfermera en el proceso sanitario y raramente se podera la importante labor que realiza en la asistencia al enfermo<sup>1</sup>.

Se puede afirmar, sin temer a ningún tipo de equívocos, que el papel estelar en la escena de la Sanidad española lo ha representado siempre el médico. La enfermera ha quedado relegada a una función subalterna, difusa y con poca capacidad de iniciativa. En pocas palabras, el trabajo de la enfermera gira más en torno a la figura del médico que sobre la asistencia al enfermo<sup>2</sup>. Esta imagen, asumida tanto dentro como fuera del ámbito sanitario, refleja de manera palpable una situación que relega a un plano secundario a la enfermera.

Seguramente, la explicación de este fenómeno se deba a diversas causas, que requerirían para su tratamiento un análisis detallado del desarrollo histórico de la profesión, de los cambios que se han realizado con las transformaciones de la ciencia médica y de los ajustes/desajustes producidos a partir de los procesos de tecnificación y masificación de los hospitales modernos<sup>3</sup>. Muchos estudios relacionados con estos temas están todavía por hacer y su realización podría servir de materia prima para dar una visión exacta y precisa de las necesidades actuales en el campo de la profesión de enfermera. En este sentido, puede llamar la atención el hecho de que se pretenda abarcar en estas páginas un objetivo tan amplio, partiendo prácticamente de cero. Las razones de la elección se deben, sobre todo, a un intento de centrar la atención sobre la importancia que tiene la enfermería en el proceso sanitario de cara a un replan-

---

<sup>1</sup> El problema puesto de manifiesto no pretende contraponer las figuras del médico y de la enfermera. Se trata simplemente de poner las cosas en su sitio: ni el médico es más importante que la enfermera, ni la enfermera es más importante que el médico. Tanto un trabajo como el otro son indispensables para el cuidado de la salud de la población y para el funcionamiento de los centros hospitalarios. El médico y la enfermera realizan funciones coincidentes, complementarias y diferentes, al mismo tiempo. En ningún momento, se debe subordinar una función a la otra, sino de encontrar su lugar específico en la organización del proceso sanitario en beneficio de un objetivo común: la prevención, la curación y la rehabilitación de la enfermedad.

<sup>2</sup> J. Estruch y A. M. Guell, «La elección de carrera y sus motivaciones», *Papers: Revista de Sociología*, 4 (1975). En este artículo, los autores señalan que las ATS tienen como una de las motivaciones profesionales la de «ayudar al médico por una parte y ayudar a los enfermos por otra» (pág. 216).

<sup>3</sup> Maria Rufa Pico, *La enfermera española, posibilidades de su curriculum* (Barcelona: mimco, 1972).

teamiento de la asistencia en el marco de la sanidad española. Partiendo de la situación actual, se pueden señalar algunos aspectos deficitarios que ponen de manifiesto un desfase evidente entre los medios y los fines de la sanidad.

Se ha de tener en cuenta, repasando los planes de estudio vigentes, que el número de asignaturas específicas, relacionadas con el ejercicio profesional y su capacitación técnica, representan un anacronismo respecto a las exigencias y necesidades de la asistencia sanitaria actual. Tienen casi más importancia la Religión o la ética profesional, que materias como la anatomía y la fisiología, por ejemplo<sup>4</sup>.

Esta es una grave deficiencia que se encuentra tanto en los planes de estudio como en la reglamentación profesional en general. Así, las diferentes especialidades están poco desarrolladas y, en algunos casos, ni siquiera existen o no están reconocidas oficialmente<sup>5</sup>. Los últimos acontecimientos de julio de 1976 se centran en un punto que a estas alturas debería estar suficientemente aclarado: obtener el reconocimiento a nivel universitario o pasar a Formación Profesional<sup>6</sup>.

En lo que se refiere al colegio profesional, queda patente la arbitrariedad que supone la existencia paralela de tres ramas —sección *enfermeras*, sección *practicantes* y sección *comadronas*— cuando la problemática profesional es aproximadamente la misma<sup>7</sup>. Aproximadamente, porque se dan bastantes situaciones en las que el desempeño profesional implica, en términos generales, una marcada diferenciación debida al sexo: tiene una cualificación y una consideración superior el hombre que la mujer. Los efectos de división que esto produce no son debidos únicamente a factores internos, sino a la valoración social del papel profesional y laboral de la mujer. Dejando esto a un lado, la existencia y el funcionamiento de tres secciones profesionales dentro de un mismo colegio se basan en criterios que hoy día se pueden calificar de precarios.

Quedan todavía muchos puntos más que deberían ser tratados desde una perspectiva científica y metodológica. No nos vamos a extender aquí sobre estos aspectos (papel que han de jugar los colegios profesionales, titulación, representación de las enfermeras en los órganos de dirección de los hospitales, problemas laborales), pero sirvan los ya mencionados como botón de muestra

---

<sup>4</sup> En algunas escuelas de ATS, se están experimentando planes de estudio que representen una innovación en cuanto a enseñanzas y orientación de la profesión. Desde luego, al margen del Plan establecido y sin ningún tipo de ayuda ni reconocimiento por parte del Ministerio de Educación y Ciencia (MEC).

<sup>5</sup> Existen una serie de especialidades reconocidas y otras no reconocidas, pero que se ejercen. En cuanto a las reconocidas, su titulación es precaria y su enfoque carece de una coherencia debido a la escasa atención que se les presta.

<sup>6</sup> En julio de 1976, se dieron una serie de acciones tanto a nivel de profesionales como de estudiantes de ATS para presionar al MEC para que se evitara una degradación mayor de la profesión, si se la consideraba como salida de Formación Profesional. La cuestión se halla en estos momentos en estudio por parte de una Comisión.

<sup>7</sup> No entramos aquí en el análisis de las comadronas y de los practicantes, que tienen autonomía y un funcionamiento a parte. Su estudio requeriría otros trabajos.

y como exposición de una problemática que está, hoy por hoy, planteada pero no resuelta.

## El análisis de una profesión

El estudio de las profesiones es una área de la Sociología que tiene, entre nosotros, una tradición y un desarrollo recientes. Tanto los maestros, como los ingenieros, los médicos, o los arquitectos, han sido objeto de un tratamiento más o menos riguroso. Normalmente, el origen de estos análisis coincide con factores de tipo conflictivo y estructural: por lo general, han sufrido un proceso de degradación, aunque conservando un estatuto superior a los demás asalariados, debido a su origen intelectual.

Esta constatación no es del todo exacta y sería necesario matizarla mucho más. Por ejemplo, cabría diferenciar entre estudios universitarios (ingenieros, arquitectos) y estudios de grado medio (maestros). Al mismo tiempo, se tendría que tener en cuenta el diferente peso social de las instituciones que las amparan, (colegios profesionales) los medios de proyección que disponen (revistas) y la incidencia ciudadana dentro de la situación del país.

Sin embargo, este despertar en el estudio de las profesiones tiene un origen y un desarrollo común: los procesos de captación y los procesos de incorporación a la vida profesional han sufrido unas transformaciones importantes que han modificado profundamente las estructuras y las condiciones de trabajo. En el campo de la sanidad, un ejemplo palpable de ello es el de los Médicos Internos y Residentes (MIR)<sup>8</sup>. Las contradicciones que genera el desarrollo económico se encuentra en la génesis y en la evolución de esta problemática.

Los mecanismos concretos por los que estos factores han incidido en las ATS son ahora difíciles de explicar. La incorporación masiva de estudiantes y la oferta de puestos de trabajo por parte de hospitales y clínicas puede ser un dato a valorar y a comparar con procesos similares acaecidos en otras profesiones. La plasmación contradictoria del proceso de cambio se ha ido traduciendo paulatinamente en una serie de acciones que demuestran una dinámica en la marcha de la profesión de enfermera<sup>9</sup>. Para explicar esto, se han de tener en cuenta, entre otros, estos elementos: «1) los cambios habidos en la base tecnológica —contradictoria— de la revolución técnica y científica sobre la estructura sanitaria española; 2) los cambios producidos en el papel social de la sanidad, resultado de la modificación de la distribución histórica y geográfica de las enfermedades, el nuevo papel del hombre en la estructura productiva y la asunción por las masas del derecho a la salud; 3) el reflejo de las dos tendencias apuntadas sobre la conciencia de los trabajadores sanitarios (incluidos la

---

<sup>8</sup> C. Borasteros, «La formación de post-graduados. Un intento de reproducción del sistema», en Álvarez *et alii*, *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975), págs. 204-221.

<sup>9</sup> M. Sánchez y A. Infante, «Los movimientos de masas del sector», en *ibidem*, págs. 247-274.

mayoría de los MIR y una parte de los médicos de plantilla de los centros hospitalarios del área pública preferentemente) y los estudiantes de medicina y ATS»<sup>10</sup>.

Todo lo expuesto hasta aquí, nos lleva a la conclusión de que la enfermería entra de lleno en el cuadro de las profesiones, si por ello se entiende: «a) una habilidad fundada sobre conocimientos teóricos, que comporta una preparación sistemática y se demuestra mediante la superación de pruebas de aptitud; b) el respeto a un código de deontología y ética profesional; c) el reconocimiento de la utilidad social del servicio prestado por el profesional; y d) la constitución de una profesión en un ente colectivo organizado»<sup>11</sup>. No creo que sea necesario extenderse más sobre este punto, porque, en términos generales, encaja con lo que estamos diciendo.

## Fuentes y metodología

Pasando directamente al tema de este capítulo, conviene delimitar claramente el objetivo y alcance de su contenido.

Si bien es cierto que los procesos señalados anteriormente inciden ya de manera directa en el ámbito profesional de las enfermeras, la poca sistematización de su desarrollo y la escasa disponibilidad de datos secundarios que existen al respecto, hacen —hoy por hoy— imposible un tratamiento adecuado de este tema. La exigua información que se encuentra sobre el particular resulta insuficiente, contradictoria e incompleta. Así, por ejemplo, los datos del INE no se corresponde con los publicados por el Ministerio de Educación y Ciencia<sup>12</sup>. Los informes de la O.M.S., que proporcionan datos sobre varios países, se abstienen generalmente, cuando se refieren al caso de España<sup>13</sup>. Por otra parte, los Colegios Profesionales podrían constituir una fuente digna de crédito, pero no se registra el movimiento de altas y bajas. Por último, el Sindicato de Actividades Sanitarias tampoco es fiable, ya que la sindicación, en este sector, es voluntaria y no abarca a la totalidad de los ejercientes. Existe, además, otra dificultad que añadir a estas precisiones metodológicas: hay un grado de intrusismo profesional de enfermeras que ejercen sin estar colegiadas y que es muy difícil de controlar su amplitud. Se ve claro, pues, que la primera incógnita que se plantea es ésta: ¿Cuántas enfermeras hay en España?

Se podrían hacer apreciaciones más o menos exactas, a partir de métodos indirectos o a partir de estimaciones aproximativas, pero continúan dándose factores que son difíciles de acotar, debido a que falta el filón principal de in-

---

<sup>10</sup> *Ibidem*, pág. 248.

<sup>11</sup> J. Estruch y A. M. Guell, *Sociología de una profesión: Los asistentes sociales* (Barcelona: Ed. de bolsillo, 1976), págs. 18-19.

<sup>12</sup> INE, *Estadística de la enseñanza en España* (Madrid: 1974).  
INE, *Anuario estadístico de España, 1974* (Madrid: 1975).

MEC, *Datos y cifras de enseñanza en España* (Madrid, 1975).

<sup>13</sup> *World Health Statistics Annual, 1970* (Ginebra: O.M.S., 1974).

formación. Dadas estas limitaciones, preferimos evitar el escollo que nos conduciría a elaborar teorías carentes de una base documental y empírica, a todas luces indispensable para la conceptualización explicativa de la realidad.

Por esta razón, se va a partir aquí de un material extraído a lo largo de mi actividad docente con enfermeras tituladas y con alumnas de ATS de Barcelona. Uno de los trabajos que se realizaban en las clases de Metodología y Estadística consistía en la redacción de una *Historia de vida*, entendida como una exposición de los condicionantes sociales que habían confluído en la configuración de la personalidad y de la forma como habían sido vividos éstos<sup>14</sup>. Un análisis de contenido de este material proporciona elementos significativos sobre la motivación profesional y sobre la imagen interna (ideología) de la enfermera. Indudablemente, en trabajos de este tipo, surgen infinidad de temas (clase social, educación, tipo de familia, opinión política) que han sido deshechados por ser indicadores que requerirían una verificación posterior compleja, a partir de datos secundarios que todavía no están elaborados.

La muestra está compuesta por unas 100 historias de vida, con un origen diferente: unas son de estudiantes de ATS y otras son de enfermeras tituladas. La muestra, pues, recoge un amplio abanico de edades y de centros hospitalarios, por lo que se puede dar una idea bastante aproximada del tema que se va a tratar. Dato el carácter explicativo que se ha escogido para este artículo, el análisis secuencial que permitiría comparar y contrastar las causas de la elección profesional entre estudiantes y profesionales en ejercicio se deja de lado porque requeriría el uso de técnicas cuantitativas, que se desviarían del objetivo aquí propuesto.

En algunos aspectos, este artículo tiene cierta similitud con el estudio de E. Hughes y otros sobre la vida de 20.000 enfermeras en los USA<sup>15</sup>. Pero, por razones obvias, aquí nos hemos de contentar con un objetivo más modesto.

Desde el punto de vista científico, puede surgir un escrúpulo metodológico sobre la representatividad de la muestra y sobre la validez de las conclusiones a las que se puede llegar a partir de los materiales disponibles. Ha de quedar claro, por ello, que este capítulo ni tiene ni pretende una orientación empírica tal y como está planteado. Entre otras cosas, porque no se cuenta con suficientes datos para ello. El objetivo concreto que se pretende es el de empezar a descubrir una profesión que, en el futuro, tendrá una importancia indudable en la configuración de la sanidad del país.

Dejando a un lado estas consideraciones, es ya conocido que en Sociología existen dos tendencias en la investigación cuya elección determina un enfoque metodológico u otro: la tendencia cuantitativa o empírica y la tendencia cualitativa o de estudio de casos. Existen técnicas claramente apropiadas para cada

---

<sup>14</sup> Para una exposición detallada del uso y aplicación de este método, se puede consultar J. Balán *et alii*, *Las historias de vida en ciencias sociales: Teoría y técnicas* (Buenos Aires: Nueva Visión, 1974).

<sup>15</sup> Hughes, E; H. H. Hughes e I. Duetscher, *Twenty Thousand Nurses Tell Their Story* (Filadelfia: J. B. Lippincott, 1958).

enfoque, unas más descriptivas y otras más explicativas. En este artículo, se ha escogido la segunda orientación.

Por otra parte, puede parecer que se trata más que de un estudio sociológico de una profundización psicológica o psico-social. Evidentemente, los límites están en algunos casos poco definidos. La diferencia está en el tipo de variables e indicadores que se utilizan al elaborar los resultados. Aquí, se pretende analizar los factores que determinan la elección de la carrera de enfermera y la ideología de la profesión. Dado que para entender la dinámica social—tanto la general como la particular de un grupo— se han de tener en cuenta tanto las condiciones objetivas como las subjetivas, el análisis de las historias de vida proporciona suficientes elementos para cumplir este objetivo.

Queda, pues, claro que el alcance y el objeto del presente estudio no se centra en aspectos de organización y composición de un equipo de enfermería, ni sobre el análisis de tareas y funciones concretas en la sala, ni sobre la relación paciente-médico-enfermera, ni sobre otros temas que tienen un interés indudable tanto teórico como práctico. Se hace aquí un estudio sociológico de la profesión como tal y de las características fácticas que la definen.

## La elección de la profesión de enfermera

A partir de las historias de vida, se ha elaborado el material, seleccionando todas las referencias que en él se hacían a la elección de la profesión de enfermera y a la imagen ideológica que genera su práctica.

Todas las respuestas se han agrupado siguiendo criterios de afinidad y coincidencia en su contenido, en diferentes apartados que permiten su clasificación. No se pretende con ello proponer una tipología sobre las enfermeras, porque ésta adolecería de varias deficiencias. En primer lugar, no se dispone de suficientes variables empíricas como para elaborar una clasificación completa. En segundo lugar, una tipología basada en una sola dimensión es simplista y carece de base científica. En tercer lugar, porque no se ha definido un espacio de atributos que permita una división de acuerdo con un número determinado de propiedades<sup>16</sup>.

Por tanto, no se puede hablar de una tipología de enfermeras porque sólo estamos jugando con una dimensión. Precizando al máximo las palabras, se podría decir que se trata de exponer las diferentes causas que han provocado la elección de la profesión de enfermera. A continuación, se transcriben los distintos motivos y se ejemplifican con citas textuales extraídas de las historias de vida. Dejemos, pues, hablar a las protagonistas. Entre las motivaciones apuntadas, se pueden señalar las siguientes:

a) *Influencias familiares*: es decir, todo un cúmulo de factores ambientales

---

<sup>16</sup> A. Barton, «Concepto de espacio de atributos en Sociología», en R. Boudon y P. Lazarsfeld, *Metodología de las ciencias sociales*, (Barcelona: Laia, 1973), vol. 1, págs. 196-219.

que canalizan y orientan la elección, transmitida —en cierto modo— por tradición:

*Lo que considero que fue realmente decisivo para mí, e influyó sobre todas las cosas en mi personal y libre elección de mi profesión y en el desarrollo y afirmación de mi vocación fue la convivencia con mi tía. Con anterioridad he mencionado que era enfermera y debo explicar que estaba especializada en Análisis Clínico. Frecuentemente me explicaba los experimentos que llevaba a cabo y las investigaciones que iban realizando e, incluso, me llevaba al laboratorio para enseñarme los cobayos. (...) No es de extrañar que me sintiera atraída ya desde mi niñez por la profesión de enfermera.*

*Pensando en lo que podría estudiar, ya que era la ilusión de todos los miembros de la familia el que tuviera una carrera, se me habló de ser enfermera. Mi vocación como tal no viene como en el caso de muchas compañera de profesión desde la niñez; en el fondo, fue un poco por tradición familiar, ya que en mi familia han habido tres enfermeras.*

b) *Contacto previo con el mundo hospitalario:* en este apartado, el efecto de carambola es el que predomina. Los motivos son muchas veces casuales. El desencadenante de todo el proceso se inicia al entrar a trabajar como auxiliar de enfermera en un hospital, un ambulatorio, o una consulta particular, y se pasa a estudiar ATS. La idea de promoción social y de movilidad social está presente en varios casos:

*Me salió la oportunidad de trabajar en un centro hospitalario. (...) En este ambiente, fue creciendo mi vocación o cariño hacia los enfermos. (...) Así, mi meta fue acabar los estudios de ATS para poderme dedicar de una manera más noble y técnica al cuidado de los enfermos.*

*Donde mayor experiencia he cogido ha sido al trabajar durante todo un año en una consulta particular, donde yo hacía de todo. (...) Allí hacíamos de enfermera, telefonista. (...) Además de trabajar, lo que más me gustaba era lo que aprendía viendo operaciones, preguntándole al médico todo lo que quería saber, respondiéndomelo él. Así creo que empezó mi vocación de enfermera, tanto por lo que es la profesión como por lo que significa de trato con la gente, pues me sentía feliz haciéndolo y me llenaba plenamente.*

c) *Carrera corta:* a este apartado se llega no porque interese la carrera de ATS en sí misma, como motivo principal, sino porque se ve como una salida sustitutiva de otras carreras que presentan una dificultad mayor en estudios y en tiempo<sup>17</sup>:

*En relación con mi profesión, en casa siempre han estado muy de acuerdo, pero, sin embargo, me preguntaron por qué no hacía medicina, ya que la mayor que ahora tiene veinte años hace cuarto de medicina, la segunda de diecinueve años hace tercero de ingenieros, y yo con dieciocho años segundo de ATS. Les dije que eran seis años de estudios, por lo que me conocía,*

<sup>17</sup> En este caso, coincide con lo espuesto por J. Estruch y A. M. Guell, en «La elección de carrera...», *op. cit.*, pág. 213.



*había llegado a la conclusión de que no llegaría a terminarla y que significaban muchas horas de estudio. Prefería trabajar de un comienzo, ya que el espíritu de sacrificio considero que es una de las pocas virtudes mías y que me atraía más la idea de ATS, ya que era lo que se relacionaba más con la medicina y tenía una relación más directa con el enfermo. (...) Otra de las causas, pero más secundaria, que me influyó a la hora de elegir ATS era la duración de tres años de los estudios.*

*Tampoco quería hacer ninguna carrera porque, el principio pensaba hacer Derecho, pero como estaba bastante cansada de estudiar, decidí hacer ATS porque era la cosa que me gustaba más y porque era corta, (...) y porque no sabía qué otra cosa hacer.*

d) *Rechazo de otras carreras:* Generalmente, se debe a que no han sido admitidas en las facultades de medicina y han elegido ATS como forma compensatoria relacionada con el enfermo, pero a nivel «inferior». Ante tal situación, se elige ATS porque se considera como un «mini-médico», que compensa parcialmente el fracaso anterior. De todas formas, se encuentra relacionada con el ambiente sanitario:

*Pasaba el tiempo y pronto tuve que decidirme por el futuro de mi vida. Algunas mañanas iba por el hospital Clínico a ver alguna operación y, viendo que no me impresionaba, además del interés que llevaba, decidí introducirme a la medicina. Pero los dos intentos que hice resultaron nulos. (...) Procuré no encontrarme fuera e intentar hacer una pequeña carrera relacionada con lo que yo había esperado estudiar. Así fue como me introdujé en la escuela de enfermeras, primero con poca ilusión, con rabia, pero luego, al empezar, me entusiasmé muchísimo.*

*Tanto mi padre como mi madre, siempre habían querido que yo estudiara medicina. A mí, también me gustaba; así que me presenté a la selectividad en el hospital Clínico. Pasaron varios días antes de recibir la notificación de que no era aceptada. (...) Al año siguiente, decidí estudiar ATS, pero mi padre no quería aceptarlo e insistió muchísimo para que volviera a presentarme a la Universidad, pero en esta ocasión a la Autónoma. Total, que volvieron a suspenderme. (...) En junio de 1975, decidí presentar la solicitud en la escuela de enfermeras.*

e) *Vocación religiosa:* Este hecho, no lleva consigo, paralelamente, la «vocación» de enfermera de forma automática. Las exigencias de la orden y la disponibilidad de las personas son causas que introducen en el mundo de las ATS:

*Al pasar el tiempo, mis ilusiones se iban apagando, porque veía una vida sin sacrificio y no llenaba mi alma. Me parecía mucho más positivo la vida de renuncia de las religiosas dedicadas a las personas faltas de amor, por no tener a nadie en la vida que se lo diera, como son los enfermos o los niños.*

*Estudí la carrera de enfermera no por elección personal sino por decisión*

*de mis superiores. Recibido el Diploma y a los veintitrés años, voy «destinada» como directora de una escuela de enfermeras a un país sudamericano.*

f) *Contactos con la enfermedad:* Normalmente, en las historias de vida, se hace referencia a traumas sufridos por la enfermedad o muerte de los padres, hermanos o amigos. Este dato en sí no sería especialmente significativo si no se diera como etiología que provoca la elección de la carrera de ATS. No obstante y en general, parece que se tiene una susceptibilidad especial hacia sucesos de esta índole:

*Por precisión familiar, quería dedicarme a la enseñanza, pero por enfermedad de un familiar muy próximo que le mantuvo un año encamado, y por el espíritu de contradicción que tenemos siempre con nuestros mayores, decidí ser enfermera. Quizá tenía un concepto muy poco definido de esta profesión, pero por puntillo y, en el fondo, por ayudar a este familiar, tomé mi irrevocable decisión.*

*Debido a las intervenciones quirúrgicas que sufrí y a reiteradas ausencias de salud, dedicaba mi tiempo libre a visitar a los enfermos. Luego ya se hizo una costumbre en mí. (...) Cuando el horario de la empresa en la que trabajaba se hizo continuado y dispuse de las tardes libre, me apunté como auxiliar voluntaria en el equipo de enfermería de una clínica. El ginecólogo sentía gran afecto por mí y al ver mi habilidad y tacto para con los enfermos, me convenció para que estudiara la carrera de ATS.*

g) *No hay motivo definido:* En este apartado, se recogen las respuestas que no exponen una idea clara del por qué de la elección de la profesión. Podría haberse escogido ésta como otra carrera. En el fondo, parece que se ve la enfermería como un trabajo más, sin mistificaciones de ningún tipo:

*No sé lo que me indujo la vocación de enfermera. En mi casa, a nadie les gusta y en mi casa no hay nadie que trabaje en hospitales o en clínicas. La idea que me llevó a seguir los estudios de enfermera no viene dada por ninguna motivación que yo conozca.*

Las citas podrían multiplicarse, pero la base del abanico de posibilidades que componen las causas de la elección profesional quedan reflejadas en estos siete apartados. Una visión de conjunto nos demuestra que, de todas las respuestas recogidas, ninguna de ellas expresa, de manera clara, una motivación específica que se defina en función de, ni se refiera a, la esencia de la enfermería como tal. Es decir, todas las motivaciones vienen explicitadas a partir de criterios externos (tradición, movilidad social) y no en relación a la especificidad de la carrera.

Con lo cual, del conjunto de la muestra obtenida, no se puede sacar como conclusión que las motivaciones de tal elección vengan dados por una *vocación* en el sentido clásico de la palabra. No obstante, conviene correlacionar este hecho con la ideología que genera la práctica de la enfermería.

## La ideología de las enfermeras

En este apartado, se intenta explicitar todo lo que se refiere a la *ideología* de la profesión, vista por sus protagonistas.

La relación con la enfermedad, con el sufrimiento y con la muerte generan una serie de actitudes y una visión del mundo que, por sí solas, explican muchas cosas sobre las enfermeras. La *vocación*, como llamada interior de servicio a los demás, la entrega y la donación a los otros, el compartir el sufrimiento ajeno, etc., son ideas que se repiten y que no dejan de tener una clara similitud con la vocación religiosa y con toda una serie de elementos vinculados directamente al fenómeno religioso. En este sentido, no se debe olvidar que, hasta hace poco, las monjas tenían un papel destacadísimo en la asistencia a los enfermos<sup>18</sup>. También, en varios casos, se repite la comparación con el amor y la unión familiar, lo que recubre de un manto maternal este trabajo de una profesión tan marcadamente femenina.

Algunos ejemplos darán idea de estas constataciones:

*«Siento algo dentro de mí que me llama a esta profesión y que no sabría explicar exactamente qué es.»*

*«Con esta profesión puedo ayudar a los demás, tengo una necesidad de altruismo y creo que, por ello, es la mejor profesión que podía hacer.»*

*«Elegué a la conclusión de que lo que más me gustaría sería ayudar a la gente. Así, pues, me decidí a hacerme enfermera, ya que ésta es mi verdadera vocación.»*

*«Al terminar COU decidí estudiar enfermera. Los factores que me han influido creo que han sido estos: el hecho de estar muy unidos en mi familia y ver que hay mucha gente que se siente sola y necesita ayuda.»*

En estos ejemplos, algunos casos se refieren al origen de la carrera y otros a una conciencia adquirida a lo largo de varios años de trabajo.

Este factor ha de tenerse en cuenta cuando se trata de organizar la sanidad y la asistencia a la población. Pero, como se ha dicho anteriormente, esta representación ideológica explícita, en muchos casos no se halla en la base del planteamiento de la elección de la carrera, sino que se va configurando a medida que la profesional practica y entra en contacto con los enfermos. Es, por tanto, una configuración ideológica que se adquiere, sobre todo, cuando se es enfermera. En los casos que se presenta como motivación profesional, este hecho se refuerza cuando se entra de lleno en el ambiente profesional.

Sería interesante comparar las motivaciones y la ideología de las enfermeras con las de otras profesiones similares. En un estudio reciente<sup>19</sup>, analizando el caso de las asistentes sociales, se llegan a estas conclusiones: el ser humano, la sociedad, el altruismo, el apostolado, son motivos de atracción profesional. Realmente, existe un paralelismo, en algunos aspectos, que reviste un interés

<sup>18</sup> En algunos aspectos, este hecho se refleja en los planes de estudio, donde la religión y la ética, tienen un peso indudable y una marcada importancia.

<sup>19</sup> J. Estruch y A. M. Guell, *Sociología de una...*, op. cit., págs. 174-206.

evidente por cuanto pone de manifiesto una ideología muy característica y propia de instituciones y de carreras muy vinculadas a las personas y a sus condiciones de vida.

## Notas para una conclusión

Sería ilusorio pretender llegar aquí a unos resultados conclusivos, a partir de la información disponible. Por esta razón, el final de este artículo se presenta en forma de notas dispersas que deberán ser abordadas de forma más rigurosa y extensa en momentos posteriores. Sugeríamos al principio que este capítulo trataba de una aproximación a una problemática planteada pero no resuelta. Según nuestro punto de vista los puntos a tener en cuenta pueden ser los siguientes:

1) La heterogeneidad de las motivaciones profesionales incide directamente en la configuración actual de la profesión. No obstante, una fuerte carga altruista y de donación (vocación) configura, de alguna manera, las respuestas de los individuos de la muestra.

2) El papel secundario de la enfermera se debe tanto a factores estructurales de la organización de la sanidad en España como a factores internos de la profesión que definen su ejercicio y su dinámica (ánimo de servicio).

3) Existen intentos de dotar a la enfermera de una mayor capacidad de iniciativa y de una mayor capacitación profesional, de cara a concebir este trabajo no como una donación al enfermo sino como un servicio a la salud. Este hecho ya tiene una plasmación a nivel de algunos sectores de la profesión. Esta cita, sacada de una historia de vida, puede ser ilustrativa al respecto: «Considero la profesión de enfermera muy humana; es una profesión que puede proporcionar ayuda a muchas personas, ya sea en el aspecto físico o en el moral. Además, actualmente la profesión de enfermera no está limitada a ser sólo el consuleo del enfermo ni a ser ella un paño de lágrimas de los enfermos; sino que la enfermera de hoy aprende una técnicas y unos conocimientos y su labor es mucho más específica e imprescindible en toda sociedad.»

4) El hecho de ser una profesión marcadamente femenina está vinculado a condicionamientos sociales indudables. Como dice una enfermera: «lo propio para la mujer era cursar estudios elementales o, como máximo, dedicarse al magisterio o a la enfermería. (...) Así, pues, parte por vocación, parte influenciada por la mentalidad imperante, ingresé en un centro hospitalario en donde cursé los estudios de enfermera». La distinción entre profesiones *masculinas* y profesiones *femeninas* responde a unos cánones sociales con lo que es difícil romper. El papel asignado a la mujer en el campo laboral está definido por una serie de pautas sociales que imponen unas condiciones dadas de antemano. El tema de la emancipación de la mujer salta en seguida sobre la mesa.

5) Son necesarias muchas reformas en la profesión de enfermera para su mejor incorporación al servicio sanitario, (renovación de los planes de estudio, reconocimiento de las especialidades) así como para dotarla de una coherencia

**dentro del ámbito de la asistencia sanitaria en todos los campos donde puede cumplir una función. Muchas de las contradicciones de la enfermería se deben a que no están suficientemente esclarecidos ni el papel que desempeña ni la función que tiene que desarrollar. Es decir, falta una redefinición de la profesión en términos de necesidades actuales, para devolverle la identidad que le corresponde.**

6) La única forma de abrir un debate sobre estos temas, consiste en la presencia de las enfermeras en los órganos de gestión y de dirección de los centros hospitalarios y sanitarios en general.



**PARTE III**

**ALTERNATIVAS  
Y ESTRATEGIAS  
SECTORIALES**





## Capítulo 11

# ALTERNATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN UN PLAN DE REFORMA SANITARIA

Felip Soler Sabaris\*  
(Médico-Sociólogo)

*Una formación social en la que pone de manifiesto  
que el proceso de producción domina al hombre, pero  
el hombre no domina el proceso productivo.*

Gramsci

El primer problema que se nos presenta para elegir un modelo de Seguridad Social (SS) lo constituye la complejidad de los sistemas existentes, en su clasificación y valoración. La asistencia sanitaria ha ido evolucionando a través de la Historia, desde la Medicina natural a, la tradicional aplicada por los Healler, la individual artesana de Grecia y Roma, la benéfica basada en sentimientos religiosos y de caridad, la secularización derivada de la Filantropía como triunfo de la Revolución Francesa y con sistema de asistencia público-sanitario, sistemas de seguros privados no gubernamentales (montepíos, cofra-

---

(\*) FELIP SOLER SABARIS, además de senador, es uno de los médicos catalanes más activos en el proceso de reforma sanitaria. Se ha especializado en el análisis crítico de la Seguridad Social, habiendo publicado —entre otras cosas— *Problemas de la Seguridad Social española* (1971). Su dirección profesional es: Dr. F. Soler Sabaris, Aragón, 239. Barcelona-7.

días, hermandades, cajas profesionales), el sistema liberal o privado, hasta llegar a la reivindicación del derecho humano a la salud, que comporta la sustitución del concepto de beneficencia por el de justicia social y a convertir al Estado en responsable de la salud de los ciudadanos. Pero sin embargo, podemos contemplar cómo tales formas de asistencia siguen persistiendo en el mundo sin llegar a desaparecer en su totalidad. Y como la Seguridad Social representa en realidad lo que cada sociedad aspira a ser, de aquí lo difícil de la unificación de los sistemas, aunque a primera vista parece ser el camino más racional.

## Introducción

Ya en 1948 en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* en la Asamblea de las Naciones Unidas, y en la declaración de principios de la Seguridad Social se decía: «La Seguridad Social tiene que ser uniforme e integral. En cuestión de Medicina, es indispensable que el campo de aplicación se extienda a toda la colectividad. La administración será única y centralizada, sin perjuicio de que se produzcan descentralizaciones regionales o por categorías profesionales.» Pues, a pesar de ello de los 107 países que pertenecen a la Organización Mundial de la Salud, y de los cuales 78 son miembros de la Seguridad Social, todos ellos tienen sistemas de Seguridad Social difícilmente superponibles.

El caso más manifiesto y que probablemente nos afectará de forma inmediata es el de los países constituyentes del Mercado Común. En el tratado de Roma de 1957 se prevé para 1967 el libre establecimiento profesional de cualquier de los ciudadanos miembros de la CEE, acordando también, el Comité Permanente creado en 1959, la protección total al enfermo, libre elección de médico, participación de todo médico en la Seguridad Social, y libertad de prescripción. A pesar de dichas recomendaciones y de tratarse de países sin notables diferencias en el aspecto político-económico-social, no han podido uniformar sus sistemas de gestión y decidir una forma común de participación de los asegurados en los gastos de la Seguridad Social.

Las mismas dificultades tiene el intentar clasificar los sistemas de la Seguridad Social. Desde el punto de vista histórico podemos clasificarlos en tres grandes grupos: *Servicio Nacional de Salud*, en donde la prestación es uniforme e igual para todo el mundo, sin distinción alguna; *Sistema Profesional Unitario*, en que la protección alcanza a los trabajadores de cualquier actividad, ya sea industrial o agraria, la asistencia es uniforme e igualitaria pero no se extiende al resto de la población; y por último el *Sistema Profesional Pluralista* que consiste en diferentes formas de aplicación y cobertura según las distintas profesiones o cuadros sociales.

La OMS adopta un sistema más simple, el *direct pattern* y el *indirect pattern*. Se entiende por *direct pattern* el sistema que presta atención sanitaria por personal que trabaja en la Seguridad Social a *full time* o *part-time* y en locales propios de la Seguridad Social. Por *indirect pattern* entendemos el sistema en el

que se presta asistencia por profesionales o instituciones independientes bajo convenio de pago en una u otra forma.

Cada sistema tiene sus ventajas e inconvenientes y es extremadamente difícil valorar los sistemas distintos, pues como ocurre en España están íntimamente entremezclados. Las mismas dificultades se nos presenta al querer enjuiciar un sistema u otro a la vista de los resultados y experiencia de los últimos años. Y no obstante es un punto fundamental en el momento de elegir un sistema, ya que los recursos de que dispone un país no son ilimitados y de lo que se trata es de conseguir los mejores resultados con una cantidad presupuestaria determinada.

Por puro simplismo y a primera vista parece ser que todos los países que tengan mentalidad económica de mercado libre, debería elegir el *indirect pattern* ya que los efectos psicológicos sobre el enfermo y médico son francamente perjudiciales al desvalorizar el servicio recibido o negar el estímulo profesional. El *direct pattern* por el contrario debería ser el sistema a elegir por los países socialistas, ya que en teoría debe privar una mentalidad y ética distintas tanto en el usuario, como en el profesional que sustituye al del médico liberal e individualista, pero aquí es donde empiezan las contradicciones de una elección apresurada, porque en cada país inciden otros factores que modifican de forma esencial tal conclusión.

Las experiencias norteamericanas del *Kaiser Permanent Health Plan* bajo sistema de *direct pattern* o el de la *Blue Cross* bajo *indirect pattern* demuestran que la asistencia sanitaria en el sistema directo es mucho más económica que en el indirecto, excepto en la asistencia hospitalaria; en cambio, el número de estancias hospitalarias es mucho menor que el que ofrece el sistema indirecto y la asistencia sanitaria de mucho más alto nivel.

En cambio en la SS española el gasto por cama y duración de estancias hospitalarias por enfermedad es mucho más elevado que en la asistencia privada, el motivo es que juegan otros factores como la falta de intervención democrática en la gestión y subsiguiente control por el binomio médico-enfermo o Colegios Profesionales y Sindicatos Obreros representativos.

En donde hay «*direct pattern*» se producen con más frecuencia conflictos laborales con el personal sanitario asalariado, aunque tal circunstancia puede ser positiva y convendría analizarla profundamente, ya que en realidad es consecuencia de la relación capital-trabajo, y demuestra la aparición de una nueva ética que sustituye a la del médico individualista.

En la forma de sistema directo es mucho más fácil la *regionalización*, entendiendo por tal el método de asignar la calidad del hospital y el servicio que cada paciente necesita en relación con el lugar en que vive o aspira a vivir, lo que proporciona muchos mejores métodos de trabajo al médico rural. Por otra parte es mucho más fácil la coordinación hospitalaria, y a través del Servicio Nacional de Salud la planificación sanitaria y la integración del médico general a las tareas hospitalarias a través de las policlínicas comarcales o de distrito. Otra de las ventajas del *direct pattern* es la mejor utilización del personal auxi-

liar, llámese *usually man, feldscher*, «médico descalzo», o ayudante sanitario.

En el Congreso de 1967 de Filadelfia (miembros del *ILO Committee of Experts of Social Security*) la preocupación constante fue el de mejorar la asistencia médica a requerimientos de las personas de baja renta y otorgar suficiente prestación a las enfermedades de larga duración, muy defectuosamente tratadas en los sistemas de *indirect pattern*. Pero por otra parte se puede comprobar que la asistencia sanitaria se coordina perfectamente dentro de diversos sistemas, por ejemplo los trabajadores de la Commonwealth y la comunidad francesa, o la de los trabajadores españoles en los países del Mercado Común.

Si el sistema directo tiene tantas ventajas, por qué persisten los otros sistemas de Seguridad? La persistencia de las mutualidades y sistemas profesionales múltiples tienen su razón de ser en el espíritu de la gestión democrática y en la desconfianza que encierra la gestión estatal. Los regímenes complementarios, o sea no-uniformes, tienen el grave inconveniente de mantener la desigualdad que procuraban paliar (medicina de asegurados pobres, y medicina de asegurados ricos) y además el grave defecto de no ser obligatorios, pero la resistencia a integrarse en un sistema unitario es manifiesta, tanto por ciertos sectores que han obtenido mejoras notables a través de luchas sociales, como por parte de distintas profesiones cuyas necesidades son totalmente distintas, o de mentalidades del pequeño empresario y de los profesionales liberales que se consideran capaces de afrontar los riesgos de retiro y de enfermedad por sistema de autogestión. Incluso los respectivos Estados son cada vez más reacios a convertirse en responsables de los sistemas de la Seguridad Social.

Otro factor que tenemos que tener en cuenta en caso de alternativa a plantear, es el predominio del obrero-agricola, con toda la complejidad que la vida en el campo representa: la distinta nutrición, las distancias a los centros sanitarios, el consumo médico notablemente inferior debido en parte a una falta de educación sanitaria, la diversa psicología entre las diferentes capas sociales e incluso raciales. El hecho de que sea más pobre necesita más asistencia y es lógico que prolongue sus estancia en el hospital, siendo en cambio el que menos cobertura tiene y el que como en España, encarece la economía de los sistemas de Seguridad Social, al ser un sector netamente deficitario. Al corregir los defectos de dicha cobertura se produce el hecho paradójico de que al disminuir la morbilidad, normalmente debería bajar la necesidad de asistencia médica y precisamente se produce el fenómeno contrario, ya que asistimos a un consumo médico excesivo, favorecido por el cambio demográfico, al aumentar la longevidad y la disminución de mortalidad en la infancia.

La adopción del Servicio Nacional de Salud y del *direct pattern* ha dado lugar a la aparición de nuevas especialidades como las de administrador hospitalario, arquitecto hospitalario, que tienen que decidir sobre la carestía de la construcción, coordinación de servicios, rendimiento empresarial, número de camas del hospital para que los diversos servicios sean rentables, y al mismo tiempo el criterio de sociólogos y psicólogos de no depasar el número de 500 camas por el riesgo de la deshumanización en el trato y la creación de un esta-

do de angustia en el enfermo. Ahora bien, se elija un sistema u otro, lo que se exigirá en el futuro es el control de calidad de asistencia llegando incluso a la revisión de licencias médicas, coordinación de las necesidades de personal humano con los planes de enseñanza médica reciclaje periódico de los estudios médicos, integración de los hospitales de la Seguridad Social a la red hospitalaria general, con acreditación docente y de asistencia por parte de las Facultades de Medicina, revisión del tiempo dedicado a cada enfermo y coste sanitario.

## Modelos nacionales de seguridad social

Como modelos nacionales de sistemas de Seguridad Social en forma muy resumida vamos a describir los siguientes, con el fin de que su estudio pueda servir de ejemplo al decidir sobre las alternativas a elegir en un plan de reforma sanitaria: República Federal Alemana, Reino Unido, Unión Soviética, Francia y Estados Unidos de América.

El sistema de la *República Federal Alemana* es el más antiguo del mundo y puede ser clasificado dentro de los sistemas profesionales pluralistas, que figuran bajo la forma de *indirect pattern*. La estructuración sanitaria es la siguiente: Ministerio de Salud Pública (creado en 1961) que no controla la Seguridad Social. Alemania Occidental dedicaba en 1976 el 26, 4 por 100 de su PNB a sanidad. El presupuesto sanitario es de más de 500.000 millones de marcos. La Seguridad Social ha quedado anclada en las estructuras primitivas de las Cajas (*Krakenkasen*) y al quedar anticuada, se produce una separación abismal entre los gastos de asistencia y las necesidades del momento actual (en 1970 el lema del Congreso Hospitalario de Susseldorf era «Miseria Hospitalaria en la Sociedad del Bienestar»). Los médicos son contratados por comisiones mixtas de representantes de Cajas y las Asociaciones de médicos de Caja, que son los únicos que tienen derecho a atender a los asegurados y a sus familiares. Existen tres clases de hospitales, Hospitales de Asistencia Pública, Hospitales de Utilidad Pública y Hospitales de Asistencia Privada (el 20 por 100). En todos ellos la tercera clase (habitación con tres camas) está reservada a los enfermos de la Seguridad Social. El poder ejecutivo está en manos de los *Landers* o gobiernos locales, cuya administración no es uniforme, estos gobiernos disponen de fondos rurales para subvencionar al médico con el fin de evitar el absentismo rural. La calidad de la asistencia está bajo el control de Asociación de Doctores que en general dan más importancia al coste que a la calidad. Existe libre elección de hospital por parte del enfermo, pero siempre en tercera clase. El 90 por 100 de las personas está contenta con el sistema de gestión de la Seguridad Social. El retiro de vejez es a los sesenta y cinco años; hay prestaciones familiares hasta los dieciocho años, y se prolongan hasta los veinticinco años cuando es estudiante.

El sistema sanitario del *Reino Unido* es el arquetipo del Servicio Nacional de Salud. La aplicación de la asistencia sanitaria es del *direct pattern* en el ser-

vicio hospitalario e *indirect pattern* en la asistencia ambulatoria y en los accidentes de trabajo. La gestión se realiza a través del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social fusionados en 1968. El presupuesto anual sanitario es de más de dos mil millones de libras anuales. Existe una descentralización de la gestión en manos de los Consejos locales de Salud, en los que el Ministerio no hace otra cosa que revisar periódicamente los planes de desarrollo del mismo. La regionalización sanitaria y especializada consta de 21 regiones sanitarias, sobre la base de una Facultad de Medicina en cada región, y administrada por una Junta Hospitalaria regional. Prácticamente todos los hospitales son estatales con una administración muy compleja.

El nivel de Medicina de los hospitales ingleses es el más alto del mundo, sin embargo, hay que destacar la diferencia de funcionamiento entre los hospitales docentes y el resto (psiquiátricos, sub-normales, geriátricos, etc.). Especialmente los psiquiátricos tienen escaso personal y está mal retribuido, dándose el caso de que un médico debe atender a más de 100 pacientes. Esta falta de control dio lugar al escándalo de Whittingham, en 1972, en donde murió un paciente de hambre y los enfermeros robaban a los enfermos además de maltratarles.

La Asociación Médica Británica se opone a la creación del médico europeo por considerar que el nivel de estudios de sus facultades es superior al resto de los países de la Comunidad Europea. El Servicio Nacional de Salud cubre a toda la población, e incluso al extranjero que resida en Inglaterra o esté solamente de paso. El 95 por 100 de los médicos pertenecen al Servicio Nacional de Salud. La Medicina preventiva es atendida por higienistas de dedicación exclusiva. Para la asistencia rural se establecen emolumentos en plan incentivo para las regiones poco pobladas o inactivas. La Medicina ambulatoria la ejerce el médico de cabecera (*general practitioner*) que cuando tiene exceso de trabajo puede arrendar sus servicios a otros médicos contratados por él mismo. De hecho cada día es más numeroso el contingente de médicos que se asocian para prestar la medicina ambulatoria en forma de medicina de grupo. Aunque muchos médicos jóvenes emigran a Norteamérica en busca de mejores formas de trabajo y de elevados ingresos, su hueco queda cubierto por los médicos procedentes de la Commonwealth.

Los servicios son financiados por fondos provenientes del Tesoro Nacional en un 86 por 100, un 9 por 100 a cargo de los pacientes en concepto de pequeñas cantidades que satisfacen por ortopedia, gafas, etc.; a ello hay que añadir los impuestos locales, fijados por las autoridades locales. El gasto sanitario alcanza el 10 por 100 del gasto público, y el 4,5 por 100 del Producto Nacional Bruto.

Se pueden destacar varios aspectos de la SS inglesa; por ejemplo, los anti-conceptivos se expiden gratuitamente. Existe un suplemento semanal de 4,80 libras para los niños enfermos que necesitan cuidados permanentes. Hay establecidos premios anuales de más de un millón de pesetas, que casi todos ellos

van a parar a manos de médicos consultores de los hospitales docentes, por lo que el interés de dedicarse a otra actividad queda notablemente disminuido. El Sistema funciona satisfactoriamente; como prueba, en 1974 hubo solamente 665 causas contra médicos generales y una sola expulsión. Las críticas del público se centran en lo que llaman el *traffic policeman* o sea, el abuso por parte del médico internista de indicar al enfermo la dirección del respectivo especialista. También, la demora de las operaciones no urgentes, la escasez de personal auxiliar sanitario, y el enfrentamiento cada vez mayor entre el médico administrativo y el médico clínico. Todo ello explica que a pesar del nivel de asistencia sanitaria satisfactoria, el número de entidades privadas de seguros libres como la BUPA y la *Patients Private Plan* alcanzan más de dos millones de pólizas.

La URSS es uno de los países más típicos en cuanto al Sistema de Seguridad Social Profesional Unitaria, funcionando con el método de *direct pattern*. La sanidad depende del Ministerio de Salud Pública, el más antiguo del mundo (creado en 1918), y basado en las organizaciones de los *Zemstvo* (especie de Jefatura o Gobierno Provincial de Sanidad). El presupuesto de la sanidad soviética es de 13.000 millones de dólares anuales, o sea de 52,5 dólares por persona y año. En 1963, por el «artículo 120» de la Constitución, se les reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección sanitaria, con carácter estatal, unificada y planificada, haciéndola extensiva a todo viajero que visite la URSS (por ejemplo, desde Barcelona viajan anualmente varios enfermos para recibir tratamiento sintomático, sobre la retinitis pigmentaria que padecen). La asistencia médica se funda en la división del trabajo en tres servicios distintos, uno materno-infantil, otro dedicado a medicina preventiva y curativa de los adultos, que funciona en policlínicas de distrito que atiende a 70.000 habitantes cada una, y el Servicio de Salud Pública que realiza las funciones preventivas de carácter higiénico, epidemiológico y de saneamiento ambiental. Además las fábricas de más de 500 obreros tiene sus policlínicas propias.

Tanto las policlínicas de adultos como las de infancia tienen sus propios hospitales, extendiendo su función a las visitas domiciliarias del distrito correspondiente donde está ubicado el centro sanitario; las visitas se realizan en coche o ambulancia correspondiente al mismo sector. El médico de cabecera está integrado en el hospital correspondiente al sector sanitario. Dicha organización sanitaria ha sido copiada o adaptada en parte por Cuba siendo enviados técnicos soviéticos (muchos de ellos españoles refugiados) para colaborar en su funcionamiento.

En la sanidad soviética debemos destacar la gran importancia del ingeniero biólogo y el extraordinario desarrollo de las técnicas traumatológicas. De la época del *kult* staliniano quedan los edificios monumentales del Instituto de Cirugía Experimental, el Instituto de Investigaciones Oncológicas, el Hospital Botkin, el Instituto Central de Ortopedia y Traumatología, el Instituto Wynski y los Institutos de Investigación Ivansky, Gamaleia y Pasteur y el dedicado a la preparación de vacunas y sueros. Después de la caída de Lisenko (el gran

dictador científico de la era staliniana) ha vuelto a resurgir el Instituto de Fisiología Experimental de Pavlov y Micherin.

En conjunto la asistencia sanitaria es correcta pero no despierta un gran entusiasmo en la población en general. La sanidad soviética muestra con orgullo la disminución del índice de mortalidad infantil que ha descendido de 273 por 1.000 al 28 por 1.000, en cincuenta años. El número de policlínicas es de 30.000, y el número de trabajadores sanitarios de más de cinco millones. En teoría cada habitante del distrito debe ser revisado una vez al año, y actualmente se está intensificando la ordenación electrónica para estudiar la contradicción entre progreso y estado sanitario en relación con la productividad.

La asistencia rural se verifica en el pequeño hospital (*interkolhose*) y existe una coordinación hospitalaria completa. También existen pequeñas secciones médicas y centro aéreos para impartir socorros urgentes muy completos y que también funcionan en la ciudad. En el medio rural se destaca la gran importancia del *feldscher*, o ayudante sanitario, en el que se descargan muchas de las funciones sanitarias, llegando en ciertos puntos a sustituir al médico. A pesar de ello la asistencia médica en ciertas regiones rurales es un problema todavía no resuelto.

Los fondos de la Seguridad Social son administrados por los sindicatos obreros y por los *Koljoses*, con plena autonomía. Hay, sin embargo, características comunes, como: despistaje del cáncer de cuello uterino obligatorio a partir de los treinta años, aborto legal y el problema todavía no resuelto del alcoholismo. Los hospitales no tienen calificación y muchos de ellos son muy anticuados, pero de asistencia técnica bastante eficaz, aunque los enfermos se quejan de la deshumanización en el trato (se concede diez minutos por visita), y en las policlínicas seguimos observando como en todas partes largas colas de espera, aunque la medicina preventiva enfoca la asistencia a que el individuo no sólo siga viviendo sino que lo haga plenamente. Este enfoque no se traduce en realizaciones prácticas como las mencionadas; el pago de la visita en la medicina particular es de cinco rublos, pero aunque prácticamente permitida por la legislación en realidad existe solamente reducida a unos pocos especialistas de gran renombre o a escasísimos médicos. Como falta de integración debemos resaltar de que fuera de la policlínica el enfermo debe pagar el gasto farmacéutico por entero, si bien las medicinas son extremadamente baratas.

El tercer canal de la televisión soviética se dedica por completo a emitir programas sanitarios y de perfeccionamiento médico. Los estudios médicos son financiados por el Estado, pero el médico al terminar sus estudios debe ejercer durante tres años en el lugar escogido por los organismos sanitarios del distrito correspondiente a la Universidad donde hayan practicado sus estudios. Los estudiantes trabajan cuatro años en las policlínicas antes de graduarse, hay una selectividad muy dura, la enseñanza es gratuita, y el estudiante recibe una pequeña subvención que le permite atender a sus necesidades vitales. Como se sabe más del 70 por 100 de los médicos pertenecen al sexo femenino.

En *Francia* el Ministerio de la Salud Pública y de la Seguridad Social fue



creado en 1969, con un presupuesto anual de más de 78 mil millones de francos, es decir el 7 por 100 de su PNB, y funciona como un sistema profesional pluralista e *indirect pattern*. Las tarifas de los actos médicos son acordadas por convenio entre las Cajas y los Sindicatos médicos. En caso de discusión interviene y decide la Comisión Nacional Tripartita (Estado, Cajas y Colegio de Médicos). Los médicos no convencionados pueden visitar al asegurado pero éste sólo será reembolsado en el 60 por 100 de la tarifa máxima acordada por las Cajas. Existe un control de calidad en la medicación y ligera limitación en la prescripción, (por ejemplo los medicamentos que sean sometidos a propaganda pública no pueden ser recetados por el médico). Sin embargo, se garantiza la libre elección de médico y de hospital, y las Cajas celebran convenios con los hospitales. La medicina preventiva y la de accidentes de trabajo está incluida en la Seguridad Social. Existe, además, un centro de Estudios Superiores de la Seguridad Social. El sistema se caracteriza por el pago por acto de servicio al médico. Por decreto de 1967 la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad puede decidir las medidas para restablecer el equilibrio financiero, pero las medidas deben ser refrendadas por decreto oficial. La crítica es que existe un déficit creciente, con gran resistencia en la medicina liberal. La edad límite de prestación familiar es de quince años, y si el hijo estudia es de veinte años. El modelo tiende a la unificación de todos los sistemas: asistencia, prevención y enseñanza. Existe un tiquet moderador con exención para 21 enfermedades, pero como la ley es muy confusa da lugar a numerosas situaciones conflictivas y además es variable en función de categorías y prestaciones (por ejemplo trasfusión sanguínea).

En los *Estados Unidos de América* la Seguridad Social tiene una historia reciente, lo que contrasta con la rapidez de su industrialización y unas estructuras clasistas poco rígidas y delimitadas. La tardanza en incorporarse a las corrientes mundiales de las sociedades industrializadas se debe, sobre todo, a la poderosa influencia de las compañías de seguros (*Prudential, Equitable, Medical Protective*) y sobre todo, a la oposición el *American Medical Association* (AMA). El sistema de Seguridad Social americano se podría titular de unitario profesional, que a veces funciona como *direct pattern* y la mayoría de veces como *indirect pattern*. Las poderosas compañías de Seguros y el AMA (*American Medical Association*) lograron hundir los siguientes proyectos de Ley de Seguridad: el *National Health Bill* en 1939, el *Carper Bill* (que no llegó ni siquiera a ser votado), y el *Wagner Murray Bingey Bill* en 1945. Es necesario llegar a 1965 para que sea aprobada la Ley núm. 8.897 o *Public Law* y el sistema de asistencia vulgarmente conocido por *Medicare*. Esta ley fue preparada por Truman en 1962 y duramente combatida por el AMA y los intereses conjuntos de los grupos capitalistas.

El *Medicare* es en realidad un Seguro de Enfermedad limitado a los mayores de sesenta y cinco años, y extiende sus beneficios a siete millones de personas, proporciona asistencia hospitalaria únicamente durante dos meses junto con algunos cuidados de enfermería especiales y a domicilio, pero no se hace

cargo de los medicamentos extra-hospitalarios ni de los honorarios médicos que son cubiertos por un seguro adicional voluntario llamado *Medicare B*. Otra ley aprobada en 1965 es la conocida por el nombre de *Medicaid*, y consiste básicamente en que el pago está a cargo de unos fondos oficiales reconocidos por las autoridades locales, presta asistencia médica a los pobres de solemnidad y por ello las calificaciones son muy variables, oscilando entre la generosidad y el nivel de vida de diferentes Estados (por ejemplo en Nueva York el índice de pobreza admitido es de 6.000 dólares anuales por familia, mientras que en los Estados sureños está por debajo de los 3.000 dólares). El *Medicaid* protege a unos 14 millones de norteamericanos. En conjunto los dos seguros cubren parcialmente el 25 por 100 de la población. El resto de la población, unos 170 millones de personas están protegidos por las poderosas compañías de seguros —en caso de tener ingresos elevados— y por las pequeñas como la *Blue Cross* y la *Blue Shield* en caso de tener una condición modesta, compañías que en teoría no tienen beneficio mercantil. La cuota aproximada de la *Blue Cross* es de unos 20 dólares al mes y por individuo. Podemos pues dividir a los norteamericanos en asegurados pobres y asegurados ricos. Los seguros libres giran anualmente alrededor de unos 6.000 millones de dólares, lo que supone el 70 por 100 del gasto sanitario.

Estados Unidos dedica a Sanidad el 8 por 100 del Producto Nacional Bruto (PNB) el cual es cubierto en un 62 por 100 por el sector privado, el 25 por 100 por el Gobierno Central y el 13 por 100 por los Gobiernos Locales. El gasto anual sanitario por habitante es de 463 dólares. En el presupuesto estatal se destinan 6.700 millones de dólares anuales a la Seguridad Social, que se dedican la mayor parte para mejorar las pensiones de viudas y jubilados. En el nuevo presupuesto se quiere hacer pagar a todos los enfermos del *Medicare* 80 dólares el primer día de hospitalización y el 10 por 100, o sea ocho dólares diarios, a partir del segundo día, lo que ha motivado una fuerte protesta por parte del sector público. La Seguridad Social la establecen los diversos Estados a través de convenios colectivos. Debe considerarse también como una forma de Seguridad Social el *Community Mental Health Center*.

La fantástica subida de los gastos médicos y de hospitalización, debido en parte a la inflación y carestía de medicamentos y técnicas de exploración, motivó que el *Blue Cross* y el *Blue Shield* tuvieran que limitar su área de protección, especialmente en lo que se refiere a enfermedades crónicas que son las que más lo necesitan. La Seguridad Social y la política sanitaria han sido uno de los temas de la penúltima campaña electoral; en la Convención del partido demócrata de Miami (el 11 de julio de 1972) se estableció una alianza entre Kennedy (presidente del Subcomité de Sanidad del Senado) y Vilbur Mills para defender, el *proyecto Mills* de asistencia sanitaria que venía a ser como una especie de seguro de enfermedad obligatorio. En cambio Nixon en la convención del partido republicano apoyó el *National Health Partnership Act* en el que se mantiene el aspecto liberal de la asistencia médica pero con aumento de la aportación estatal. Con ello queda al descubierto de que la sanidad en Estados

Unidos es tema conflictivo y muestra la contradicción latente en el país: por una parte posee el nivel de vida más alto y la técnica más desarrollada y, sin embargo, es incapaz de ofrecer su logro a toda la población. En la práctica se crea una asistencia médica discriminatoria en la que sólo el 25 por 100 de los norteamericanos reciben las primicias de los impresionantes avances científicos, un 50 por 100 una asistencia sanitaria pasable, y un 25 por 100 una asistencia equiparable a cualquier país sub-desarrollado.

Lo que Pierville llama «la desigualdad ante la enfermedad y la muerte» alcanza en Estados Unidos exageradas proporciones. El ingreso fijado por el *Medicaid*, separa en realidad dos mundos distintos desde el punto de vista de estadísticas sanitarias, cuyo promedio queda alterado tan notablemente que sitúa a Estados Unidos en el décimoquinto lugar del *ranking* internacional correspondiente a mortalidad infantil y constituye, sin duda alguna, uno de los elementos determinantes de la subversión social.

Un detalle sugestivo es el de que en la última contienda mundial, de 16 millones de personas reconocidas médicamente, la mitad fueron dadas de baja y declarados inútiles para el servicio militar. Dos terceras partes de tales inutilidades podían haber sido prevenidas si hubieran dispuesto de una asistencia sanitaria digna de tal nombre. Aún ahora para una familia modesta constituye una verdadera tragedia la aparición en su seno de una enfermedad crónica. Este injusto reparto de los frutos conseguidos por el extraordinario desarrollo técnico-científico y económico del país, hace pensar que el acierto de la política sanitaria seguida hasta la fecha es más bien problemática y poco racional. Por ejemplo, si el *Medical World Newsletter* demuestra que los norteamericanos dedican a sanidad el 6,6 por 100 de su Renta Nacional y los ingleses solamente el 5,6 por 100 y, sin embargo, según el *Observer* el nivel de medicina de los hospitales ingleses es el más alto del mundo. ¿Por qué los Estados Unidos no adoptan el sistema inglés?

Actualmente hay los siguientes planes sanitarios en discusión. El *Medicaid*, proyecto apoyado por el AMA y que consiste en una especie de seguro de enfermedad gratuito, para el pobre, al que se le concede un crédito, previa suscripción de una póliza de seguros en compañías privadas. El *National Health Act*, es otro seguro social financiado a través de compañías de seguros, exenciones fiscales, y contribuciones del gobierno federal. El *Catastrophic Health Insurance Bill* o «plan Mills» se incluye solamente el seguro de enfermedad grave o catastrófica, pero su alianza con el *Health Security Act*, o «plan Kennedy» lo hace el más completo ya que cubriría todos los gastos médicos «desde la cuna hasta la tumba» a cargo totalmente del Estado, con pago mínimo por parte del asegurado. Dicho plan cuenta con el apoyo de los Sindicatos. Por último el *National Health Partnership Act*, que es un seguro médico obligatorio pagado por los patronos y los obreros, en los que el Estado pagaría los gastos de los pobres.

Pues bien mientras se discute la forma de resolver un problema de tal magnitud, el AMA, que ha llegado a ser comparado con el sindicato del hampa, se

reune en Congreso en 1973 en varios hoteles de Manhattan bajo la presidencia de Russel Roth, se acuerda apoyar el *Medicredit* y en caso aprobar el plan Kennedy, más del 33 por 100 de los médicos asistentes, aseguraron que abandonarían la práctica del ejercicio médico. Como detalle a destacar —dado el conservadurismo del AMA— fue el tema del aborto en él se dijo: «el aborto realizado con buena práctica médica es aceptable», aún reconociendo que el fin primordial de la medicina es el cuidado y mantenimiento de la vida humana. Durante el Congreso del AMA el *Medical Committee for Human Rights* llama a los estudiantes de Berkeley y a los *Black Panthers* para establecer piquetes de protesta ante la puerta. Por otra parte, el AMA, se gasta cinco millones de dólares en propaganda contra los seguros sociales y el sistema sanitario inglés y patrocina y sufraga películas como la serie «Marcus Welby», en las que aparece la imagen del médico americano bondadoso, omnipotente, paternalista y desinteresado.

La alianza entre el AMA, compañía de seguros, y los sectores políticos conservadores es continua y coherente. Así Nixon ataca claramente el plan Kennedy, en la Asamblea del AMA en Chicago bajo la presidencia de Charles Hoffman; Nixon afirmó que: «Un seguro médico nacionalizado elevaría el coste de los servicios médicos, pero aún resultaría más caro en lo que se refiere a la calidad de la medicina prestada.» En su discurso debemos destacar algunas declaraciones tan pintorescas como las siguientes: «El sistema sanitario americano necesita reformas, pero no podemos mejorar el sistema del país si nos volvemos contra la misma profesión médica», o: «Es fácil pensar que lo que cuesta más va a ser el que mejor funcione, pero lo que ocurre frecuentemente es todo lo contrario»; y a continuación: «Cuando el Gobierno paga todos los gastos, ocurre que es el mismo Gobierno la parte interesada en reducir los precios o costes de las atenciones. Esto quiere decir que el Gobierno tendrá que aprobar los presupuestos de los hospitales, marcar los precios y emolumentos de los doctores y tomar otras medidas que conducirían al dominio absoluto del Gobierno federal sobre el sistema médico.» Afirmó igualmente: «En vez de liberar al doctor para que pueda servir mejor a sus pacientes, el seguro médico nacionalizado le cargará con el peso muerto de más burocracia. Ya conozco la cantidad de papeleo, formularios y formulismos, que tenéis que soportar actualmente. Cuando voy a ver al médico, cuando me encuentro enfermo, yo quiero que el médico se ocupe de mí y no de las diferentes clases de formularios que tiene que llenar para el Gobierno.» El último alegato demagógico de su discurso de hábil político fue: «Dejadme que os diga una cosa, es mejor para vosotros los médicos, que os intereseis por la política, pues de lo contrario no podréis contrar con una profesión por la que poder interesaros» Al interesarse por la política el AMA consiguió que Nixon prescindiera de su ministro de Sanidad, Robert Finch, al que el AMA consideraba progresista, y que Nixon reiterase la promesa de no llevar adelante ningún plan de Seguridad Social total. En caso contrario, peligraban las cuantiosas aportaciones a la campaña electoral de Nixon por parte del AMA y las todopoderosas compañías de segu-

ros. Con ello se explica el por qué del retraso en el establecimiento de una Seguridad Social adecuada en los Estados Unidos.

No obstante esta falta de coordinación de sistema sanitario, Estados Unidos cuenta con un Ministerio de Sanidad, Educación y Beneficencia desde 1953. En el Ministerio existen tres departamentos esenciales: El *Food and Drugs*, que controla la calidad y seguridad de los alimentos, de los productos químicos y de los medicamentos; el dedicado a política y servicios sanitarios; y por último el dedicado a la educación del personal sanitario y de la Biblioteca Nacional de Medicina e Investigación. El presupuesto del Ministerio es de más de 70.000 millones de dólares anuales; el gasto médico en 1970 fue de 72.000 millones de pesetas, de los que el *Blue Cross* pagó el 35 por 100. La Seguridad Social está en manos de entidades privadas, uno de cuyos problemas radica en el burocratismo y la falta de centralización. El sistema de asistencia norteamericano se basa más en el sistema intensivo médico, que el intensivo-hospitalario sueco, lo que explica que en Suecia haya menos médicos por habitante que en Estados Unidos, pero en cambio posea más camas por habitante. Ello ocasiona el grave problema del déficit de médicos existentes en Estados Unidos que se ha intentado paliar con el procedimiento conodido por *brain-drain* o fuga de cerebros de las universidades extranjeras. Los hospitales reciben la calificación de acreditados para la docencia según los servicios y asistencia que prestan, calificación que no es fácil obtener.

Queremos hacer constar que nuestra crítica respecto de los sistemas de asistencia sanitaria norteamericana no dejan de poner de relieve la importancia de su contribución al progreso de la ciencia médica. El descubrimiento del ácido desoxi-ribonucléico, los estudios sobre los virus, cáncer, proteínas, hormonas, encimas, vitaminas, vacunas, antibióticos, la introducción de concepto psicósomático por Frantz Alexander, la introducción por primera vez de guantes de goma en las intervenciones quirúrgicas (Halted de Balti), la primera anestesia general con éter (Norton y Warren), la anestesia eléctrica en 1961, justifican sobradamente el hecho de que Estados Unidos sea el país que ha conseguido mayor número de Premios Nobel en Medicina. Los avances espectaculares de la técnica norteamericana como el del Hospital del *Veterans Administration* de Miami que dispone de un acelerador lineal de tratamiento anticanceroso de más de 100.000 dólares de costo, el *Medical Center* con las sondas magnéticas que permiten la exploración intrarterial, las fabulosas y repetidas unidades de cobalto terapia de Los Angeles, el *Eye and Ear Infirmary* de cirugía oftálmica de Massachussets con rayos Lasser, los 52 ingenieros médicos de la clínica infantil Akron, el Massachussets General Hospital con sus diez unidades electrónicas. En fin el impresionante despliegue técnico de control médico a distancia de la NASA, nos permite considerar a Estados Unidos como el primer centro quirúrgico del mundo.

Pero ello pone aún más de realce el significativo contraste entre lo que sucede en un país que dispone de los medios técnicos-económicos más fabulosos de la tierra y el resultado práctico de su aplicación sobre la población. La criti-

ca de la sanidad norteamericana es puesta de manifiesto en la obra de Charles Xraner, *The Negligent Doctors* en la que hace una denuncia correcta y con abundancia de datos de la llamada *malpractice*, y demuestra que la sanidad norteamericana, y especialmente el médico, se encuentra en una fase de crisis ante la sociedad. Por ejemplo, un control riguroso de los resultados de los laboratorios dio hace poco un 25 por 100 de resultados erróneos. Las compañías aseguradoras practican exámenes de revalidación de la enseñanza médica, ante las crecientes reclamaciones judiciales de los enfermos que se consideran perjudicados por la asistencia recibida.

La crítica a la sanidad norteamericana se extiende a que los precios del cuidado de la salud crecen vertiginosamente, en la mala distribución de los médicos en las distintas regiones del país, en que las relaciones médico-enfermo están deshumanizadas, en que aumentan en forma alarmante gran número de enfermedades, venéreas, toxicomanías, psicopatías y el número de la población que se automedica.

Con ello damos punto final a la exposición resumida de una serie de sistemas de seguridad social que podemos considerar como arquetipos, aunque por razón de espacio prescindamos de Suecia, Canadá y el curioso experimento sanitario de China (República Popular). Creemos, no obstante, que es suficiente para podernos formar un juicio en donde fundar las decisiones y comentarios sobre las alternativas que propugnamos en España en caso de una *reforma sanitaria*.

## Breve historia de la seguridad social española

Al estudiar la seguridad social española nos referiremos también en forma muy resumida, a sus orígenes, evolución y problemas básicos actuales para poder plantear de una forma concreta las alternativas que pueden plantearse en una posible y necesaria *reforma sanitaria*.

Los primeros balbuceos de organización sanitaria en España hay que buscarlos en las Cortes de Cádiz, que en 1820 nombra una Comisión de Salud Pública que no llegó a funcionar. En 1822, las mismas Cortes llegan a redactar un Código sanitario de asistencia pública que es abolido por la reacción en 1823. En 1847, aparece un decreto de reforma sanitaria que da lugar posteriormente a la Ley Orgánica de Sanidad que dura hasta la Instrucción General de Sanidad de 1903. La asistencia sanitaria durante todo este intervalo sigue con el espíritu de beneficencia y filantropía, y los únicos esbozos de Seguros Sociales voluntarios los constituyen las hermandades, cofradías y entidades benéficas de médico, entierro y botica.

Al no implantarse en España los principios de la Revolución Francesa, la evolución hospitalaria de España va ligado al proceso de secularización que es el siguiente: 1804, Carlos IV suprime los privilegios jurisdiccionales de mayor categoría; 1820, Decreto de desvinculación; y 1846, Ley de desamortización de los bienes religiosos por Mendizábal, que viene a completar la de 1834, so-

bre la renta de bienes propios. Con ello el Estado se adueña de gran parte del patrimonio que poseían las instituciones religiosas de caridad y se establece un Régimen Nacional de Beneficencia. La asistencia hospitalaria queda reducida para la clase pobre a los hospitales a cargo de Diputaciones y Ayuntamientos, y excepcionalmente del Estado y las clases pudientes reciben asistencia en clínicas particulares.

El escaso nivel de industrialización hace que en España no se desarrollen las Cajas Obreras al estilo alemán. En 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP), organismo paraestatal dependiente del Ministerio de Trabajo, como elemento coordinador de todos los Seguros Sociales que fueran apareciendo. Constituye en realidad, el punto de partida la Seguridad Social española; su avance es lento y contradictorio, fruto y consecuencia del proceso histórico del país, basado todavía en una economía feudal y agraria, y por otro lado, el haberse desarrollado sin la debida conexión explica su actual y compleja estructura. A causa de todas estas circunstancias y de la fuerte oposición de los Colegios de Médicos, los Seguros Sociales sólo se desarrollarán en Cataluña y en el País Vasco, en donde existen fuertes entidades mutuales. Asimismo, es en Cataluña, en donde el Sindicato de Médicos propone en 1932, la instauración de un Seguro Obligatorio de Enfermedad. En 1933, parece que la gran oportunidad va a presentarse al país, con la creación de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia dependientes del Ministerio de Gobernación. En 1933-34 se crea el «Ministerio de Trabajo, Previsión y Sanidad» que pasa a ser en 1935, el «Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad». En 1936 se funda en la zona republicana el primer Ministerio de Sanidad del país. En Cataluña desde la instauración del Gobierno local de la Generalidad ya funcionaba la *Conselleria de Sanitat*, y en 1936 en el Gobierno autónomo de Euskadi figura el Ministerio de Sanidad, con el detalle de que su primer ministro, doctor Seizar, de San Sebastián, es fusilado al ser apresado en el buque Galerna por las tropas franquistas.

Las relaciones del Gobierno con el INP cambian por completo al tomar el Ministerio la iniciativa respecto al desarrollo de los seguros sociales y después de adherirse a los acuerdos de Ginebra de 1929 y de la Conferencia Nacional de Seguros, y ante la lentitud del INP, le envía un estudio previo con carácter coercitivo. Por orden de 25 de mayo de 1936 fue sometido a información pública un proyecto de Seguridad Social que comprendía: vejez, invalidez, muerte y supervivencia; enfermedad; maternidad y asignaciones familiares. El Estado se compromete a financiar substancialmente su gestión que además tiene características de ser netamente descentralizadas. La guerra civil (1936-39), interrumpe toda evolución de los seguros sociales.

Terminada la guerra, se establece en 1939 un subsidio familiar y un Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI). El 14 de diciembre de 1942 se pone en marcha el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que no llegará a funcionar hasta 1944, y, que tiene características especiales, por razones históricas. En contra de las corrientes reinantes en Europa, se establece un sistema

revolucionario de *direct pattern* en la asistencia médica ambulatoria y de *indirect pattern* en la asistencia hospitalaria y de accidentes de trabajo. Pero no se realiza ni antes ni después una verdadera planificación de necesidades y servicios concertados. La protección alcanza a siete millones de españoles (los económicamente débiles), y en teoría debemos considerarla como una de las más generosas del mundo en lo que concierne a la asistencia farmacéutica (a pesar de la limitación que representa la existencia del libro de Especialidades).

A pesar de la oposición médica, la SS española extiende rápidamente el campo de su aplicación, primero, en lo que respecta al plus familiar a través de los Montepios Laborales y, posteriormente, en 1943, a través de la Organización Sindical, con la creación de la Obra Sindical de Previsión Social en la que se asignan prestaciones a los trabajadores agrícolas que habían quedado marginados. Hasta 1966 la Seguridad Social española es un cúmulo de regímenes especiales y seguros complementarios (régimen escolar, servicio doméstico, rama agraria, cobertura de especialidades). En 1948, el INP empieza un extenso programa de construcción de hospitales propios, baja la forma de *direct pattern*. La única explicación de tal política, a todas luces antieconómica, sin un previo plan nacional sanitario, podría ser la insuficiencia de las instalaciones hospitalarias existentes, verdaderamente inadecuadas a las exigencias y necesidades de los tiempos actuales<sup>1</sup>. Tal consideración justificaría los fines y mentalidad de los dirigentes de la SS española. La característica de la Seguridad Social aunque en énfasis de la finalidad de su fundador era la «promoción de un orden social más justo» las decisiones son basadas más en mentalidad que en ideología<sup>2</sup>. Los seguros de vejez y maternidad quedan sometidos a términos anteriores de baja prestación, y en vez del 25 por 100 de aportación estatal anterior, se transforma en un tanto fijo por año, muy inferior a dicha cantidad. Por otra parte quedan marginadas partes de la población más necesitadas, como el servicio doméstico y el obrero agrícola.

La ausencia de una tradición mutual, la falta de educación social de la masa laboral, la ausencia de control en la gestión pública, realizada en forma autocrática, la resistencia de la profesión médica a integrarse plenamente en el funcionamiento de la asistencia colectivizada, la aplicación del sistema a fines no auténticamente sanitarios, el desbarajuste económico (las cuentas de la Seguridad Social eran «secreto oficial»), motiva que se hayan producido constantes conflictos entre el INP, los usuarios y el personal sanitario. La SS ha sido

---

<sup>1</sup> La mayoría de hospitales no tienen nivel científico adecuado, ni tienen calificación ni acreditación. El 71 por 100 son de construcción anterior al 1970 y el 21 por 100 a 1900. La falta de una política de crédito que promueva la creación de nuevos centros, tal como se hecho con el turismo, viene agravada por el hecho de que los fondos legados por particulares e instituciones tienen el mismo gavamen fiscal que la herencia a un extraño, y cuando se intenta la venta de alguna propiedad por motivos de bajo rendimiento, el producto de la misma debe invertirse en valores estatales.

<sup>2</sup> Jesús M. de Miguel, «The Spanish Health Planning Experience: 1964-1975», *Social Science and Medicine*, vol. 9 (1975): 451-459.



utilizada por unos y otros como palenque de querellas más bien de origen social que sanitario. Todo ello permite considerar el sistema como un fracaso y una pesadilla económica.

En 1956, el INP propone una reorganización que en principio, consistía en adoptar los sistemas de SS vigentes en los países del Mercado Común. Las principales modificaciones radicaban en una disminución de las cuotas empresariales y del asegurado y una vuelta al *indirect pattern*. Después de tres meses de prueba se volvió al sistema primitivo y se acentuó el control estatal.

Por fin, y después de otros intentos de reorganización infructuosos, se llega al año 1963 en que promulga la Ley de Bases de la Seguridad Social, plan unitario que tiene por finalidad operar el tránsito de Seguros Sociales a un sistema de SS, pero que en la práctica no hace otra cosa que eliminar las entidades privadas (Mutuas) en la gestión del Seguro Obligatorio de Enfermedad y del Seguro de Accidentes. Esta evolución coincide con la subida del grupo tecnócrata del *Opus Dei* al poder, y en 1964 se establece el Plan de Desarrollo (en donde por primera vez se puede entrever un esbozo del «libro blanco» de sanidad española de donde puede deducirse la institución de un verdadero Plan de Sanidad Nacional). En 1967, se publica también la memoria del INP o sea, por primera vez se hacen públicos los presupuestos de la Seguridad Social española. La SS española sigue teniendo un desarrollo vacilante, exponente de las contradicciones de la sociedad española, y de las circunstancias económicas, políticas y sociales que la rodean.

## Problemas actuales de la seguridad social

El descrédito de la Seguridad Social española es tan absoluto que Tamames la ha calificado de «lacría social». La crítica pública moteja a la asistencia sanitaria de «medicina barata y de baja calidad». En el aspecto económico, bautiza a la inversión de las reservas económicas como «de banquero barato del Estado». La falta de coordinación de los servicios es llamada «la sanidad de los 17 Ministerios» por Fernando Robredo en la conferencia en el Colegio de Farmacéuticos de Murcia del mes de abril de 1976.

Entre sus deficiencias destacaremos varias. La falta de hospitales para medicina interna y asistencia psiquiátrica. Las prestaciones económicas son insuficientes (reconocido en 1972 por el propio Ministro de Trabajo). Se nota una ausencia de medicina preventiva, y de un plan de regionalización. La centralización es excesiva. (Que impide una racionalización de las necesidades sanitarias), y con un desbarajuste económico (encubierto por el secreto de los presupuestos del INP). El coste de la cama en *La Paz* es de 6.000 pesetas diarias y en el Centro de Especialidades Quirúrgicas de Ramón y Cajal de Madrid (Piramidón) será de 19.000 pesetas diarias. Es grave también el absentismo laboral (con pérdidas de más de 100.000 millones de pesetas anuales. Por otro lado, es llamativa la complejidad del sistema legislativo, y que las oficinas de información estén en manos de burócratas mal informados y poco serviciales. La asis-

tencia está masificada (más de 40 visitas por hora), y se produce un incremento constante del consumo farmacéutico a pesar del tiquet moderador.

La medicina está organizada de cara solamente a la medicina curativa y de urgencia que permita la recuperación laboral inmediata, con un incremento de las inversiones internas del INP en las construcciones administrativas (pasan del 3 por 100 al 12 por 100) en detrimento de los centros sanitarios. Junto a esto, el papeleo y la burocracia son excesivos, mientras que es bajo el rendimiento de las inversiones externas de la Seguridad Social que de acuerdo con la tasa de inflación anual no llegan a cubrir la erosión de las reservas acumuladas e incluso últimamente llega a ser negativa (menos 0,60 en el año 1971).

Como resultado se observa un descrédito creciente de la asistencia médica colectivizada. Existen 291 sociedades anónimas con 76 mutualidades que practican el Seguro Libre de Enfermedad, con 8 millones y medio de personas aseguradas y una recaudación de 2.500 millones de pesetas anuales. Entre ellas figura el Igualatorio Médico Colegial con más de 150.000 asegurados y con una recaudación anual de más de 700 millones de pesetas. Por otro lado, la afiliación voluntaria de los trabajadores autónomos en el régimen general no alcanza al 25 por 100. Se observa un aumento del número de reclamaciones por falta de asistencia sanitaria que ya en 1969 alcanzó la cifra de 15.000 de las cuales fueron atendidas por el INP 5.545 con un importe superior a 12.680.000 pesetas.

Se puede afirmar que la cotización es excesiva, antisocial y regresiva. Existe, sin embargo, un superavit en la gestión. Las reservas acumuladas pasaban en 1970 de 153.000 millones, de las cuales sólo el 53,3 por 100 se habían transformado en inversiones, lo que hace de la acumulación de fondo líquidos exageradamente alta, y con un poder de presión bancaria muy fuerte. El superavit anual oscila entre 20.000 y 30.000 millones anuales, con lo que se produce un ahorro forzoso a costa de la clase trabajadora<sup>3</sup>. Las inversiones externas en valores públicos y obligaciones del INI hacen buena la crítica de «banquero barato del Estado».

Desde otro punto de vista, se observan situaciones conflictivas constantes entre el INP y los médicos residentes (MIR), y entre el INP y los usuarios, que han dado lugar a una serie de conflictos públicos, huelgas a nivel nacional, sanciones, despidos y campaña de prensa. El capítulo de «accidentes de trabajo» presenta una elevada siniestralidad, que aún va en incremento y que nos coloca a la cabeza de las naciones europeas, a pesar del Plan Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y de la presencia de los médicos de empresa debido a que más del 40 por 100 de empresas actúan en forma ilegal. Los accidentes laborales son atendidos por más de 200 Mutuas Patronales que agrupan a más de 540.000 empresas y asisten a más de 4.000.000 de trabajadores. Estas Mutuas están consideradas como Seguro Social en vez de Seguro Privado, pero su ac-

---

<sup>3</sup> Tesis doctoral de J. Vergés titulada: «Seguridad Social Española: Análisis económico-financiero y cuentas del periodo 1940-1970», pág. 394.

tuación da lugar a situaciones conflictivas permanentes que se extienden al enviar la Mutua Patronal el informe para la Invalidez a la Comisión Calificadora Provincial que es la que dictamina definitivamente.

Uno de los problemas más graves es la persistencia de gran cantidad de interinos, 15.000 en total, junto a un déficit de personal sanitario auxiliar (si hay 19.000 enfermeras en ejercicio, y el óptimo es de tres enfermeras por habitante, el déficit de enfermeras en España sería de 73.389 enfermeras). El aumento del consumo farmacéutico pasó en 1971 a ser el 51,5 por 100 del total del presupuesto de la Seguridad Social dedicado a Sanidad, que viene a ser un 32 por 100 del presupuesto total, y con un incremento anual de cerca del 12 por 100<sup>4</sup>. El escaso entusiasmo de la profesión médica en el ejercicio de la medicina colectivizada (*Noticias Médicas* presenta una estadística de un 64 por 100 de médicos que prefieren la medicina liberal) es llamativo. Así, el informe FOESSA de 1970 destaca el descrédito progresivo de la asistencia de la SS ya que de ser favorable en un 67 por 100 en 1966 baja a un 50 por 100 en 1969<sup>5</sup>. El elevado descenso de las opiniones favorables se produce en los medios urbanos y zonas metropolitanas, porque, según el propio informe es «donde se conoce y se usan más las prestaciones dadas por la Seguridad Social». En dicho informe son muy notables las diferencias existentes entre las respuestas según clase social. La opinión es mucho más favorable a medida que desciende la clase social. El 62 por 100 de las familias con ingresos superiores a 20.000 pesetas mensuales renuncian a la cobertura de la SS. En abstracto la idea de la Seguridad Social es positiva en el 92 por 100 de los varones consultados, de los cuales sólo el 52 por 100 tienen una opinión acorde con las realizaciones concretas conseguidas por la SS.

## Alternativas de la seguridad social española

Una vez expuesta, parcialmente, la situación de la Sanidad española, y un poco más exhaustivamente el capítulo de la asistencia médica en la Seguridad Social, y establecidas las comparaciones con los sistemas vigentes en el mundo, podemos pasar a comentar las distintas alternativas que en nuestra opinión puede adoptar una reforma de la sanidad en España. En dichas alternativas deberíamos considerar lo que podríamos calificar de *objetivos a corto plazo* o inmediatos, y a *largo plazo*, y también *prioridades* y *estrategias* a seguir, o sea, la elaboración de una política sanitaria con el fin de conseguir los objetivos propuestos.

La *primera alternativa* la podríamos denominar la continuidad del «binomio fascista-reformista». Sus características ya las hemos descrito anteriormente; hay que prever una evolución en ciertos aspectos, pero manteniendo el

---

<sup>4</sup> Véase el artículo de Helios Pardell en *Dr: Información Profesional* (mayo, 1976).

<sup>5</sup> Fundación FOESSA, *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid: Euramérica, 1970).

carácter autocrático, obligatorio, y aunque se propone en los planes de Desarrollo una cierta regionalización y comarcalización creemos que predominará el centralismo y la dirección desde «Madrid». Si hay en el *establishment* alguna personalidad reformista (tipo Fraga) se creará un Ministerio de Sanidad, aunque dudamos que los 17 Ministerios no opongan fuerte resistencia al abandono de unos intereses particulares y de unas zonas de influencia concretas. Por su mentalidad es lógico pensar en la intervención Estatal en la gestión de la SS de forma absoluta.

Las declaraciones del penúltimo Ministro de Trabajo, Solís, Tendían a un mayor aprovechamiento de los recursos económicos de la SS, terminando con el desbarajuste actual, las cuentas serán enviadas para su estudio, crítica y aprobación a las Cortes, y al Tribunal de Cuentas. Aunque la gestión tome unos matices de forma democrática, se mantienen las estructuras actuales porque en el fondo se trata de «que cambie la forma para que en el fondo se mantenga todo igual».

En lo referente a la industria químico-farmacéutica es indudable que la política económica del régimen reformista representa una entrega total a las multinacionales, pero no hay que descartar que pueda surgir un grupo que imponga la nacionalización de la industria químico-farmacéutica, aunque ello significaría una verdadera revolución o golpe de Estado. Desde aquí anticipamos el fracaso de toda medida que tienda a la moderación en el gasto farmacéutico.

Es indudable también, que se respetan las zonas de influencia en el área sanitaria de los intereses religiosos y privados, siempre condicionados por el equilibrio de presión de los grupos económicos que mantienen el sistema. Es indudable que la SS se seguirá financiando en la forma actual a través de las cuotas salariales y la aportación estatal más o menos modificada. La inestabilidad del régimen hace inviable una continuidad en los Planes de Desarrollo y se sucederán las reformas como venían sucediéndose en los últimos años, sin saber si el abandono de las mismas era debido a un estudio crítico de los logros obtenidos o eran más bien la interpretación personal del nuevo ministro.

Por lo que respecta a la enseñanza de la Medicina, al no plantearse a fondo una planificación sanitaria, se alternarán periodos de selectividad irracional, con periodos de libertad absoluta de entrada en las Facultades, vaivenes dictados más por la situación conflictiva del alumnado que debidas a un cambio de criterio sobre las necesidades de personal sanitario del país. Delante de los ingentes problemas económicos derivados de la gestión económica de la SS se tenderá a la ampliación de la cobertura sanitaria del resto de población marginada, y no hay que descartar la posibilidad de que se intente una modificación de la gestión como la que ha sucedido con la Ley de Funcionarios Civiles del Estado, en las que la Mutualidad General de Funcionarios Civiles (MUFACE) ha comunicado a sus afiliados forzosos que habían concertado la prestación de sus servicios sanitarios con tres entidades de carácter privado: ADESLAS, ASISAS y SANITAS, S. A. (en la que por cierto, figura entre los vocales del Consejo de administración Francisco Antolín-Candela, Critóbal Martínez-

Bordiú y Sixto Obrador). O sea que la SS seguirá teniendo finalidades que nada tienen que ver con fines puramente sanitarios<sup>6</sup>.

La asistencia médica seguirá fundamentándose en el binomio enfermo-consultorio, enfermo-instituciones cerradas, con el divorcio entre la medicina preventiva y rehabilitadora y la medicina curativa; aunque se tiende a modificar la marginación de la psiquiatría, pero conservando la misión preferente de la medicina reparadora laboral y de asistencia de urgencia. Es evidente pensar que si tal sistema ha llevado a la SS a una situación crítica y conflictiva, la continuación del mismo no hará más que agravar los problemas existentes hasta convertirlos en irresolubles a corto plazo. Por otra parte no tiene otra disyuntiva al depender de unos poderes de precisión (banca, empresarios, feudalismo agrario), que le obligarán a mantener el sistema vigente en lo que respecta a las Mutualidades patronales de Accidentes de trabajo y de Enfermedades profesionales y Previsión de Accidentes. Cuando la situación esté suficientemente deteriorada, podrá dar paso a una situación democrática, pero no hay que descartar la posibilidad de un golpe militar apoyado por las fuerzas conservadoras y por los Estados Unidos de América, aunque a primera vista parece poco racional esta alternativa, ya que no resolvería nada y que tendría que ir acompañada de una represión de intensidad inaudita, ya que la movilización popular parece irreversible y la conciencia y deseo de cambio alcanza amplias capas del país respaldadas por un consenso europeo.

La *segunda alternativa*, como la anterior, viene condicionada por los cambios políticos y puede alcanzar desde la subida al poder de la democracia cristiana hasta el liberalismo económico y social-demócrata reformistas. Así las alternativas que pueden presentarse son diversas y dependen en gran manera del equilibrio de poderes político-económicos.

La SS estará basada en otras ideologías, por ejemplo, la solidaridad nacional o el sentido de caridad o beneficencia o rendimiento empresarial. Un ejemplo de medicina integrada fundada en sistemas norteamericanos podría ser la propuesta por Soler Durall y López Muñiz y que en resumen consiste en el papel del Estado centrado en la impulsión y control de la regionalización de servicios, con una mínima aportación estatal; el conocimiento real actualizado del activo inmovilizado en recursos asistenciales (especie de *Libro Blanco de Sanidad*); la ley especial para la creación de un Servicio Nacional de Salud; la reglamentación de la Ley de Hospitales; la competitividad y economía derivada del sistema competitivo; la libertad de opciones asistenciales; la financiación a través de seguros obligatorios (SS) y seguros libres por medio de créditos; la existencia de una Tarjeta Nacional de Salud y de una Tarjeta de Crédito Sanitario; la creación de un centro de Servicio de Informática Nacional; y con un control de calidad asistencial<sup>7</sup>.

Este sistema nos parece hartamente difícil de ser llevado a la práctica debido al

---

<sup>6</sup> *Cambio* 16 (9 agosto 1976).

<sup>7</sup> *Diario de Congresos Médicos* (julio, 1975), pág. 23.

gran desbarajuste que ocasionaría y a la resistencia de los intereses creados. No obstante, podría establecerse unas regiones o sectores pilotos y estudiar los resultados del sistema. La persistencia del mito de la medicina liberal, relación directa médico-enfermo, libertad de elección, y pago por acto de servicio, encontraría el terreno abonado en gran parte del público para transformar la SS española en un sistema parecido a la SS francesa, sistema perfectamente coherente en una sociedad de libre cambio.

Pero desde el punto de vista económico la Seguridad Social no representa ningún progreso en la redistribución de la renta nacional, ya que si consideramos a ésta dividida en tres capítulos; renta social (seguros sociales), renta del capital (intereses y dividendos) y renta del trabajo, la redistribución que comporta esta forma de SS no es vertical sino horizontal ya que no afecta en forma alguna a la renta del capital. Por otra parte toda SS eficiente está condenada a un déficit creciente y como la renta social crece más que la renta nacional (en Francia el 11 a 12 por 100 y el 8 por 100 respectivamente) lo que producimos es una perturbación del equilibrio económico, ya que si aumentamos las cuotas salariales altas, matamos la jerarquización del trabajo; si es a costa de las bajas producimos un malestar popular; si aumentamos la aportación pública disminuimos el consumo individual con la consiguiente insatisfacción de la sociedad. Vemos aquí alterado aquel concepto original de la SS como elemento de equilibrio.

Parece pues, que estamos en un callejón sin salida a largo plazo, en donde la racionalización de la medicina capitalista tiene sus límites. Los esbozos de una política sanitaria programados por estos sectores políticos, se basan en un concepto de mínima participación estatal y libre entente entre enfermo y médico, apoyándose en los principios de la medicina liberal. Aun respetando en el fondo los beneficios actuales, es de prever, una intervención estatal en la industria químico-farmacéutica obligando a cumplir el reglamento vigente en lo que se refiere al consumo de productos nacionales y tanto por ciento destinado a la investigación.

Es de esperar una reforma sanitaria y hospitalaria basándose en la regionalización (y comarcalización), con una evidente descentralización y potencialización de los organismos públicos (Ayuntamientos y Diputaciones), participación de los usuarios en régimen de cogestión con el sector médico y administrativo con el fin de consolidar el sistema sanitario vigente. Al depender de una determinada clientela electoral prevemos un respeto a los intereses privados de la Iglesia, colegios profesionales, banca, mutuas patronales y compañías de seguros. Al propugnar la libertad sindical es lógico pensar que desaparecería la cuota sindical, pero no sabemos a dónde iría a parar el cuantioso patrimonio actual de los Montepios Laborales y el sindicalismo oficial.

En lo que respecta a la enseñanza, no creemos que exista una política docente definida, aunque creemos se propugnará la selectividad por capacitación, con una mejor dotación a las Facultades de Medicina, un mejor aprovechamiento de los centros hospitalarios y paliando la discriminación clasista con la

creación de cierto número de becas y bolsas de estudios adecuados. Se estimulará la iniciativa privada con el fin de conseguir la creación de nuevas clínicas y hospitales, e incluso Universidades Libres. La transformación sería llevada en forma gradual y por sucesivas reformas parciales.

Como por una parte se mantiene la promoción individual social base de la ideología socio-burguesa, que da lugar a la violencia institucionalizada, la situación seguirá siendo conflictiva y no resolverá el fondo de la problemática sanitaria actual, aunque mejorará en su funcionamiento y coordinación con la creación de un Ministerio de Sanidad, que coordine la medicina curativa, preventiva y rehabilitadora, y los recursos sanitarios del país. Por último, la *tercera alternativa* es la que podríamos denominar «democrática». En el caso concreto de Cataluña se está gestando desde numerosas iniciativas un programa de sanidad común a toda la *izquierda* cuya política sanitaria en esbozo aparece en el libro: *La sanidad hoy: Críticas y alternativas*<sup>8</sup>. Por otra parte, Cornellá, Mataró, Molet y Sabadell, ofrecen experiencias muy concretas de cara a la elaboración de alternativas sanitarias partiendo de organismos unitarios, comuestos de vocalías de sanidad de las asociaciones de vecinos, comisiones de trabajadores de la sanidad, profesionales diversos y usuarios presentando un modelo de sistemas básicos de asistencia sectorial.

Otras iniciativas han culminado en las reuniones de Convergencia Socialista en mayo en Sentmenat, o en las sesiones de Medicina Rural de Rialp en junio patrocinadas por el Colegio Provincial de Médicos de Lérida, y es motivo de mesas redondas en numerosas barriadas de Barcelona y localidades del Principado. En estas iniciativas se propugna la creación de un Servicio Nacional de Salud (SNS) que prestaría asistencia a todos los habitantes sin discriminación, reivindicando el derecho a la salud de todo ser humano, a cargo de los presupuestos generales del Estado, previa reforma fiscal, con fuerte incremento sobre el impuesto indirecto, como una forma más justa de distribución de renta. En dichas reuniones se habla de la relación pobreza-salud, del déficit de capital humano y físico, sanidad pública, ecología, y del nivel de salud individual. Se decide una descentralización absoluta, con la creación de áreas sanitarias, y la coordinación, y donde no existiera creación de una red hospitalaria integrada por hospital regional, de distrito o general básico, hospitales comarcales y locales o rurales.

El fin de potencializar al máximo, por un sistema de autogestión sanitaria y económica, a las unidades sub-urbanas y comarcales o rurales, por sistema de autogestión cuyas necesidades serían elaboradas por las Juntas Comarcales de Sanidad y por las vocalías de sanidad de las asociaciones de vecinos integradas a los Ayuntamientos democráticos. De lo que no se habla es de si el SNS se regiría por sistema de *direct pattern* heredando los servicios de la SS, o por *indirect pattern*, en cuyo caso el patrimonio sanitario deberá ser devuelto a

---

<sup>8</sup> Edición de bolsillo en Pulso Editorial (Barcelona).

los sindicatos obreros que han sufrido cuarenta años de expoliación de la dictadura franquista.

Respecto a la industria químico-farmacéutica existen dos tendencias definidas, una en la que predomina la política a corto plazo y que consiste en una intervención estatal en lo que respecta a precio y calidad, así como en el número de medicamentos, cuya forma inmediata de llevarla a cabo sería que el Estado fuera el comprador de los medicamentos del Servicio Nacional de Salud; y otra que reclama inmediatamente la socialización de la industria químico-farmacéutica.

También varía la estrategia a adoptar frente a la medicina privada. En principio todos están de acuerdo que el médico del SNS debe dedicar el tiempo íntegro a su cometido, evitando la dicotomía existente actualmente, que repercute en una degradación de la asistencia colectiva. El sector más radical exige la prohibición de la medicina privada, por considerarla un «enemigo social», opinión muy compartida en los núcleos obreros industriales. Otros grupos políticos opinan que no debe ejercerse ninguna persecución al libre ejercicio profesional, ya que, «ste tenderá a desaparecer al no estar a la altura científica y técnica de las exigencias de la asistencia médica en los tiempos actuales.

Como en todas las alternativas se establece un Ministerio de Sanidad que unifique todos los servicios sanitarios (medicina curativa, medicina preventiva y medicina rehabilitadora y de reinserción social). La dirección y control de la gestión correría a cargo de los pacientes potenciales y, únicamente los colegios profesionales intervendría en forma práctica para aplicar la asistencia colectivizada. Los problemas de los médicos que figuran en las escalas actuales de la Seguridad Social, quedarían subsanadas con la incorporación de todo el personal al SNS, respetando los derechos adquiridos. Se propone la modificación de la enseñanza de la medicina en el aspecto programático y de formación social del alumnado; la planificación de las necesidades de técnicos sanitarios se hará en estrecha relación con las orientaciones del SNS, adoptando el problema de selectividad por capacidad y el número de técnicos necesarios a diez años vista.

En todos estos puntos del programa se destaca la afirmación de que cualquier estructura administrativa que deja de ser funcional se convierte en burocrática; que son conscientes entre lo que es posible, lo probable y lo deseable; y que el paso a una sociedad socialista con una medicina socialista, única solución coherente, debe ser fruto de una alteración del equilibrio de poderes actuales y que el no poder ser alcanzada por un hecho revolucionario y la implantación secundaria de la dictadura del proletariado, debe hacerse por etapas irreversibles y democráticas que conduzcan a una sociedad en la que se termine la división del trabajo y la alienación que representa la falta de control de la productividad. En el aspecto sanitario esto se logrará rompiendo la barrera actual entre médicos y trabajadores al plantear en nuevos términos el concepto de salud.

La transformación debe ser total y absoluta en determinados puntos y no



por transformación o de forma gradual. En donde se percibe claramente el sentido de ruptura es en los siguientes puntos principales, a presentar en el próximo Congreso Socialista: 1) disolución del INP; 2) creación de un organismo único, coordinador y planificador de la sanidad; 3) reinversión porcentual de las reservas del INP al sector sanitario; 4) transformación absoluta de la existencia actual de accidentes de trabajo y de la prevención de los mismos, así como las de las enfermedades profesionales; 5) defensa de la salud frente a los intereses económicos privados que la perjudican (banca, Iglesia, colegios profesionales, industrias contaminantes, sociedades mercantiles, etc.); 6) creación de una infraestructura de red sanitaria con la aplicación de sucesivas medidas de racionalización de las ya existentes; 7) dedicar todos los recursos de cotización actual, al sector de donde proceden, distribuyéndolos según las necesidades de equipamiento de las distintas áreas; 8) medicina para todos y del mismo nivel científico y humano; 9) creación del Sistema Nacional de Salud que sustituya al sistema sanitario actual y que termine con la inmensa burocracia de la SS; 10) Control de la industria químico-farmacéutica; y finalmente, 11) gestión democrática del SNS por parte de los enfermos potenciales.

Tamames sostiene que mientras no se logre la ruptura sanitaria hay que exigir información cabal sobre las cuentas de la SS y control del destino de los fondos de la SS<sup>9</sup>. El camino para llegar a los fines propuestos se nos antoja largo y difícil, pero no por ello menos deseable. Ciertamente es que si bien parece no haber problemas de fondo entre los distintos grupos del frente de izquierdas para la redacción de un programa de política sanitaria a corto plazo, ni tampoco de los fines a largo plazo (no son otros que el conseguir una sociedad socialista) las divergencias importantes empiezan con las prioridades y estrategias para llegar a dichos fines. Hay quien señala las contradicciones de una sanidad socialista en un mundo capitalista, y las dificultades que puede entrañar tal ensayo, de las que no son las menores el fracaso y consiguiente desprestigio de una medicina colectivizada dentro de una sociedad competitiva, o que en el caso de constituir un éxito no comportara tal éxito la consolidación de un sistema político adverso. Pero a la vista tenemos lo que está sucediendo, ya que sin esperar un cambio político todavía lejano se están sentando en una misma mesa distintos sectores sociales en los que se plantea a fondo la reforma sanitaria, al tiempo que se relaciona tal reforma con un necesario cambio social. Es decir, la sanidad se ha convertido en motor propulsor de tal inquietud, y esto es un hecho incontrovertible y válido.

La estrategia de los partidos socialistas es la participación activa y la responsabilidad cívica que puedan dar satisfacción al actual individuo manipulado por la sociedad de consumo que le ha convertido en un individuo de masas, es decir, pasando en una palabra a un sistema de autogestión de la futura SS que pueda lograr la plena realización del ser humano. Aunque hoy día eso es

---

<sup>9</sup> *Triunfo* (mayo, 1976).

un futuro quimérico y lejano<sup>10</sup>, también es cierto que los valores humanos aceptados se deterioran más rápidamente, como si las horas tuvieran menos minutos, sirviendo de experiencia lo que está sucediendo en otros países que nos adelantan en estas fases de progreso humano. Esta evolución creen los socialistas puede marcar la aparición de una nueva SS, cuyas consecuencias son difíciles de prever. En lo que no hay duda es de que el ser humano lo necesita y lo desea para su propia salvación, ya que las conquistas de la primera etapa están amenazadas por la disgregación producida por la uniformidad, la falta de participación en la gestión, un burocratismo anquilosante que produce inquietud y deseos de evasión derivadas del exceso de seguridad de unas jerarquías paterno-autoritarias, y el exceso de rigidez de unas estructuras envilecidas, con anquilosamiento espiritual e incapaces de despertar el menor entusiasmo.

---

<sup>10</sup> R. Lyoka nos habla sobre este punto al explicar el sistema de SS soviético en «Les principes fondamentaux de la Sécurité Sociale en Russie» publicado en el *Bol. de la Asociación de la SS* (agosto y septiembre, 1964): «El socialismo no ha visto aún las fuerzas productivas alcanzar un desarrollo que pueda asegurar todas las necesidades de la población. A cada uno según su trabajo y a cada uno según su capacidad, es el principio esencial de la sociedad socialista. Por lo tanto, las prestaciones de la SS son distintas en función del salario y de las condiciones particulares en que ejerce su trabajo. La repartición según el trabajo se ejerce según volumen y calidad. La tasa de las pensiones se establecen en función de los años del trabajo, salario y de las condiciones o naturaleza del mismo.»

## Capítulo 12

# CRITICA A LA REGIONALIZACION SANITARIA: UN PROYECTO DEMOCRATICO DE SANIDAD RURAL

Joan Clos\*  
(*University of Edinburgh*)

Este trabajo presenta en una primera parte un análisis de la sanidad rural en las actuales circunstancias, haciendo hincapié en los factores socioeconómicos que condicionan las posteriores deficiencias en los servicios públicos. En la segunda parte del capítulo se plantean una serie de consideraciones críticas acerca de una futura regionalización sanitaria en nuestro país. La posición del autor, se puede concretar en que no habrá una buena medicina rural hasta que no se solucionen los problemas político-económicos del campo. Cualquier organización sanitaria que se enfrente con el problema de la sanidad rural, deberá afrontar el problema de la falta casi absoluta de una estructura sanitaria pública de las zonas rurales. La incorporación de profesionales sanitarios no-médicos puede ser de gran ayuda para paliar muchos problemas sanitarios y

---

(\*) JOAN CLOS, es licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona, y diplomado en Sanidad por la Escuela Departamental de Barcelona de la Dirección General de Sanidad. Ha obtenido el DCM en la Universidad de Edimburgo en un programa del *Department of Community Medicine*. Su interés se centra en la Sociología de la Medicina, y la estadística sanitaria. Ha realizado un estudio sobre la «Sanidad rural en Cataluña» para el Colegio de Médicos de Barcelona y escribe en la actualidad una tesis doctoral para la Universidad Autónoma de Barcelona sobre «Diferencias sanitario-estructurales entre las zonas urbanas, semiurbanas y rurales». Su dirección profesional es: Doctor J. Clos, Bailén, 13. Barcelona.

concretamente gran parte de los problemas de la sanidad rural. La condición básica para una sanidad democrática y justa es el control democrático de la administración y gestión de los servicios sanitarios por parte de la población. El capítulo presente, a pesar de su utilidad teórica obvia, se refiere ejemplarmente al caso catalán.

## La teoría de la regionalización

Uno de los principios básicos de la «teoría de la regionalización» es el de la igualdad de prestaciones sanitarias para toda la población, independientemente de su condición socio-económica, de su condición laboral y de si vive en el campo o en la ciudad<sup>1</sup>. Esto se consigue teóricamente con el empleo racionalizado y coordinado de todos los recursos sanitarios puestos a disposición de toda la población. Sin embargo, en numerosas publicaciones sobre sanidad rural, los autores coinciden en la dificultad de tal igualdad. Parece que, en cualquier circunstancia, el *campo* está en permanente desventaja respecto de la *ciudad*. Profundizando un poco más, podemos llegar a la conclusión de que difícilmente podemos llegar a una igualdad en los servicios sanitarios entre zonas urbanas y rurales si partimos de unas desigualdades previas socio-económicas que condicionan a aquellas.

El primer problema sanitario del campo es el de su pobreza respecto a la ciudad. Pero de los médicos no se espera que atiendan problemas de pobreza, sino problemas de salud<sup>2</sup>. Así, pues, la solución de los problemas sanitarios del campo pasa por una serie de problemáticas extra-sanitarias que la condicionan. O en otras palabras, no se podrá corregir unas desigualdades de prestaciones (cualitativas), a pesar de que se apliquen perfectos sistemas regionalizador, servicios nacionales de salud, o Ministerio de Sanidad, si no se atienden toda una serie de sectores, como desarrollo económico, servicios, educación, urbanismo, hasta ponerlos a la misma alturas que en las zonas urbanas.

Estos objetivos, que pueden parecer estrictamente técnicos, no lo son de ninguna forma. Resulta paradójico, por ejemplo, que siendo el campo la despensa de la ciudad, el surtido de materias primas, la fuente de riqueza más importantes, sea el sector agrario el más empobrecido. ¿Quién se queda con los beneficios de la riqueza del campo, ya que no, las personas que lo trabajan?<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Para información sobre la teoría de la regionalización en las publicaciones de la OMS pueden consultarse, entre otras, las siguientes obras: *Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico*, Cuadernos de Salud Pública, núm. 49 (Ginebra: OMS, 1973); *Métodos de planificación sanitaria nacional*, Cuadernos de Salud Pública, 46 (Ginebra: OMS, 1973); R. Llwyn-Davies y H. M. C. Macaulay, *Planificación y administración de Hospitales* (Ginebra: OMS, 1976).

<sup>2</sup> Esta idea puede verse desarrollada en el artículo de C. E. Taylor, «The Doctor's Role in Rural Health Care», *International Journal of Health Services*, vol. 6, núm. 2 (1976); 219-230.

<sup>3</sup> V. Navarro, «The Political and Economic Determinants of Health Care in Rural America», *Inquiry*, vol. XIII, núm. 2 (1976): 111-122.

Es decir, que nuestra estructura económica, ha expropiado a la población agraria, en primer lugar, su riqueza material y después, le han negado los servicios indispensables para una vida decorosa en similitud de condiciones con las zonas urbanas o semi-urbanas. Esto hace ver que los problemas sanitarios del campo, además de un condicionamiento previo (y por tanto, más importante) socio-económico, tienen otro condicionamiento aún más anterior (y más importante) que es el de la estructura política de la sociedad capitalista actual. En estas condiciones cómo podemos hablar de regionalización sanitaria, una teoría eminentemente técnica, sin intentar introducir dentro de ella todo un entramado crítico a fin de intentar impedir que la organización regionalizada de la sanidad sea un ente monstruoso, burocrático y a la postre patógeno<sup>4</sup>, posibilidad no remota si pensamos en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SS) actual que padecemos.

Son conocidas las líneas generales de la teoría de la regionalización, con la integración de todos los recursos y el esquema de los hospitales jerarquizados (*locales, comarcales y regionales*). Nuestro trabajo presente, consistirá en introducir nuevos elementos de juicio en diferentes parcelas de la estructura de la regionalización, a fin de profundizar en un análisis y propiciar un debate sobre el tema. Se tratará primero de analizar la situación de los profesionales, pasando posteriormente a concretar algunos aspectos a fin de que el proyecto de la nueva sanidad rural sea verdaderamente un proyecto democrático.

## Estructura sanitaria actual

Al introducir el estudio de la sanidad rural en nuestro medio, nos encontramos que estamos tratando con unos conceptos de «sanidad» y «rural» a cual ya de por sí, más desorganizado. Concretando en el campo que hemos estudiado, Cataluña<sup>5</sup>, podemos constatar varios hechos.

1) La Falta de información fidedigna. Es éste el principal impedimento para cualquier estudio en profundidad; así como afirma De Miguel<sup>6</sup>, es un perfecto indicador de por dónde andan los intereses sanitarios de los responsables.

2) Los únicos datos asequibles y relativamente válidos son los que se refieren a la estructura física gracias a una encuesta del Consorcio de Información y Documentación de Cataluña (CIDC) de 1970. Posteriormente el Ministerio de Gobernación ha ido aplicando el cuestionario del CIDC, con algunas modificaciones, pero no ha publicado todavía ningún resultado.

---

<sup>4</sup> I. Illich, *La némesis médica* (Barcelona: Barral, 1975). Existe una interesante crítica a esta obra de Illich, traducida y editada en castellano: Vicente Navarro, *Crítica a Illich* (Barcelona: Anagrama, 1975).

<sup>5</sup> J. Clos, «La medicina en el medi rural: Situación actual a Catalunya», *X.º Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*, 2.ª ponencia, págs. 249-260. Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

<sup>6</sup> Jesús M. de Miguel, «The Spanish Health Planning Experience: 1964-1975», *Social Science and Medicine*, vol. 9 (1975): 451-459.

3) Los datos sanitarios básicos, morbilidades, incidencias, mortalidad infantil, etc., son poco fiables, confusos, referidos a ámbitos a veces muy estrictos otras veces demasiado amplios.

4) No hay ninguna investigación oficial del nivel de salud de la población, con respecto a variables como: clase social, educación, lugar de nacimiento, lugar de residencia, etc.

De los resultados disponibles en el ámbito rural (INE) resulta: a) Necesidad imperiosa de profesionales sanitarios no médicos. Resultando que en varias provincias hay más médicos que enfermeras. b) Estructura física, insuficiente con 1,5 camas por mil habitantes. Camas de mala calidad asistencial por cuanto no cuentan, especialmente en las áreas rurales, de los servicios diagnósticos auxiliares imprescindibles. c) Esta deficiencia en el campo se ve agravada por el escasísimo número de camas públicas. Esto comporta que las camas privadas sean utilizadas principalmente por las especialidades más «rentables»: obstetricia, cirugía y traumatología. d) Falta absoluta en el medio rural de un sistema racionalizado de traslado de los pacientes, siendo el lugar en que más preciso es este servicio, máxime cuando los hospitales son de baja calidad. e) Baja calidad de los servicios médicos, y mal empleo de los recursos existentes no tan sólo de los hospitalarios, sino de los de los consultorios. Un ejemplo de ello, es el hecho de que existen más aparatos de rayos X (pantalla) que oftalmoscopios, cuando éste es de una utilidad diagnóstica precisa y además es barato. f) Multiplicidad de funciones a cargo de los médicos titulares que en las zonas rurales suelen ser, médico titular, pediatra, obstetra, médico de empresa, médico escolar y médico de SOE. g) Falta de un sistema racional de sustituciones para cubrir guardias, vacunaciones, fines de semana de los profesionales. h) Aislamiento científico de los profesionales, siendo su relación con el hospital y sus enfermos ingresados allí muy difícil e improductiva. i) Ello comporta, muy a pesar del médico rural, un desprestigio para él, entre sus colegas que ejercen en mejores condiciones. j) Finalmente, todo ello conduce a un aislamiento personal que aleja al médico no tan sólo de su ámbito académico sino que a algunos los aleja de la propia realidad de sus enfermos.

## Actitudes ante la sanidad rural

Una cierta compensación a todas estas circunstancias y que hace mirar con cierto recelo por parte de algunos profesionales a los médicos rurales es el hecho que económicamente se obtienen más beneficios que en la ciudad. Podemos considerar que cualquier médico rural en Catalunya, puede ganar entre las 100.000 y las 300.000 pesetas mensuales. A pesar de ello, no se puede decir que este cebo atraiga a nuevos profesionales al campo. Para todas las desventuras antes relatadas, parece que este precio es insuficiente<sup>7</sup>. El espectro sociológico de los médicos rurales, especialmente de los Titulares o también lla-

<sup>7</sup> C. E. Taylor, «The Doctor's...», *op. cit.*

mados de APD (asistencia pública domiciliaria, cuerpo del estado) es característico. La edad media de los médicos rurales es elevada. El promedio de años que llevan de ejercicio rural es igualmente elevado. Esto condiciona en cierta forma dos características comunes de los médicos rurales (rol de médico rural): primero, su conservadurismo que se expresa en la composición de las juntas comarcales de colegiados, así como de las elecciones generales de los Colegios de Médicos; y segundo, un ejercicio «patriarcal» de la medicina, con sus ventajas y correspondientes desventajas. Por un lado está la medicina privada, con sus discriminaciones económicas y por otro lado una medicina en estrecho contacto psicoafectivo entre paciente y médico.

En el campo es donde la relación médico-enfermo, se observa con sus características más nitidas. Tiene también su versión positiva y su versión negativa. En el saldo *positivo*, podemos destacar el claro beneficio sanitario-curativo de una relación estrecha en este sentido. La mayor humanización del acto curativo. En el saldo *negativo*, destacan una serie de hechos: la dependencia del enfermo respecto del médico, despersonalizándose en cierta forma de su enfermedad. Cualquier dependencia es patológica, el médico puede abusar de su poder de rol de «curador» en beneficio de un interés de prestigio cultural, económico e incluso, sexual.

La falta de cualquier estructura pública, hace que el sector privado domine gran parte de todo el movimiento sanitario. Tanto a través de mútuas y seguros privados, como con el contrato directo enfermo-médico (sea «libre» o de «igual»). La Seguridad Social en el curso de los cinco últimos años y con la incorporación de los «autónomos del campo» abarca a un noventa por ciento de la población rural. Ahora bien, esto se reduce en la práctica a la «visita del SOE», que ha adoptado la forma típica de la ciudad. Las cuarenta visitas en una hora, con el agravante que al no disponer de Seguridad Social de equipamiento, esta visita se realiza en la misma consulta del médico, con la aparición de algunos casos de una picaresca muy peculiar, consistente en un «vistazo por la pantalla» o «mirar la presión» con unas cuotas *extras* que se embolsa el médico.

Ante este panorama ¿cómo reacciona la población? Podemos distinguir dos patrones de conducta bien diferenciadas. Por una parte, la población industrial-comercial que vive en pueblos rurales. Hay que tener en cuenta que en toda Cataluña la relación agricultura-industria es muy estrecha. Ello implica, aún en los pueblos más alejados, la aparición de una población básicamente formada de emigrantes y que sufren todas las condicionantes de la sociedad industrializada. Esta población acude al médico con la cartilla del SOE, buscando la receta, la polifarmacia y la baja; esto hipertrofia la consulta de la SS. Caemos en el consumista típico de las ciudades. Debe evitarse, por cierto, responsabilizar a los pacientes de tales excesos. El paciente como el médico, son víctimas de todo un entramado burocrático-industrial que actúa en su contra.

Al lado de esta actitud, idéntica a la de las poblaciones urbanas, nos encon-

tramos con la actitud de los agricultores de las masías aisladas y de la población antigua de los pueblos, que recuerdan a los curanderos y a las brujas, los cuales han sido paulatinamente desplazados por la mayor eficacia del médico (?). Mayor eficacia que, como relataba un médico, se debe exclusivamente a los antibióticos, pues hace veinte años no había gran diferencia entre lo que hacía un médico o un curandero delante de una pulmonía.

Esta población acude al médico siempre en los estadios terminales de cualquier afección. Piensan en el médico como en el último recurso, y no es de extrañar que como me relataba otro médico, los llamen al atardecer y al acercarse la noche. No se les ha enseñado ninguna práctica de medicina preventiva. Sólo sería necesario para constatar lo anterior, observar el estado de la asistencia dental en la mayoría de las zonas rurales.

### Creación de una estructura adecuada

Leyendo el interesante trabajo de Elling sobre la relación, nivel de salud con las dos variables, estructura sanitaria y nivel económico, se hace patente toda una evolución de la relación entre nivel de salud y dicha estructura sanitaria, según el momento de la riqueza de un país. Hasta un cierto nivel, la estructura sanitaria produce salud, a partir de aquí, puede pasar que el aumento de la estructura no aumente el nivel de salud y si creemos a Illich no tan sólo no la aumenta sino que produce enfermedad. ¿En qué situación estamos en este momento? ¿Es indiferente para la ecuación de Elling la clase de estructura de que se trate? Estas son las dos cuestiones más acuciantes a la hora de elaborar un nuevo proyecto de organización sanitaria.

En cuanto a la primera cuestión, y si comparamos nuestras cifras con las de otros países de similar nivel de desarrollo, es evidente que padecemos, sobre todo en el campo, de una extraordinaria escasez de recursos. Ahora bien, queda la segunda pregunta ¿qué construimos? Y para saber qué queremos construir necesitamos saber qué objetivos queremos conseguir, en definitiva, tenemos que planificar. La lectura del trabajo de la OIT sobre los distintos sistemas sanitarios de sus países miembros, nos sume en un mar de dudas, acerca de lo que podíamos llamar, el sistema sanitario *ideal o mejor*<sup>8</sup>. Como muy bien dice su autor, si un tecnócrata se encerrase, ordenador en mano, a fin de encontrar el sistema ideal, probablemente no llegaría a ninguna conclusión pues no existe tal solución ideal, *técnica*, aplicable *universalmente*. Difícilmente se puede prescindir de la poca estructura de la que disponemos actualmente, como tampoco podemos prescindir de los actuales condicionamientos sociológicos de la profesión médica. La solución al problema sanitario no es una solución técnica sino política, como política son todas las decisiones amplias que implican mo-

---

<sup>8</sup> R. H. Elling y Henry Kerr, «Selection of Contrasting National Health Systems for In-Depth Study». *Inquiry*, vol. XII, núm. 2 (1975): 25-41.

<sup>9</sup> D. Fulcher, *Sistemas de asistencia médica* (Ginebra: OIT, 1975).



vimiento de inversiones y que afectan a toda la población. Incluso el Gobierno ha reconocido la necesidad de una ordenación del sector sanitario, y a tal fin se han iniciado amplios estudios. ¿Cómo tiene que ser tal organización? Al no existir este *modelo único* del que hablábamos, debemos aceptar unas premisas básicas, como punto de partida: 1) Aprovechamiento integral de todos los recursos; 2) unificación de todas las actuales competencias sanitarias, supresión de las duplicidades que estas múltiples competencias comportan; 3) atención a todas las funciones sanitarias: curativas, preventivas, educación sanitaria, higiene, enseñanza de la medicina. Estas tres premisas, no parece que sean muy conflictivas. Pero ocurre que una vez aplicadas no tenemos evidencia de que la estructura sanitaria resultante, sea de *por sí*, productora de salud. Puede muy bien ocurrir que estemos construyendo un nuevo monstruo burocrático-centralista.

Son toda una serie de condiciones posteriores a estas tres premisas básicas, las que aportan una visión «crítica» a la *técnica* de la regionalización e introducen nuevos elementos que si pueden impedir estos excesos: 1) la administración descentralizada de las áreas sanitarias; 2) la financiación en base a los presupuestos generales del estado (y no cotizaciones); 3) el control por parte de la población de la administración y gestión del área sanitaria, control que se aplicaría también al resto de los servicios públicos, urbanismo, educación, etc.; 4) desjerarquización administrativa y científica del hospital, centrando la atención asistencial y preventiva en centros más próximos a la población.

Pasemos a comentar brevemente este segundo grupo de condiciones «críticas». Los tres primeros puntos, tienen un elemento común. Debajo de los conceptos de administración, financiación y control hay un protagonista común, que la sanidad ha tenido muchas veces olvidado. Este protagonista no es más que la población. Una parte de la cual configura el mundo de los pacientes. Y que como sabemos, en todo momento cualquiera puede entrar a formar parte o salir de él. Pero la sanidad no abarca exclusivamente a los pacientes, situación muchas veces temporal, sino que entendida como defensa de la salud y no como mera curación de alguna dolencia, abarca permanentemente a toda la población. De aquí que la población la deba pagar según sus capacidades individuales, y de aquí también que todos a través de los mecanismos democráticos tengan que ejercer su control.

La clave del funcionamiento adecuado de la estructura sanitaria, en cualquier situación económica como política, tanto en países ricos como en pobres y en capitalistas como en socialistas es la participación de la población en la gestión y administración de los recursos sanitarios. No por casualidad es éste, el punto más difícil de conseguir. Una verdadera cogestión entre usuarios (la población) y profesionales por un lado, y una autogestión en base a las zonas sanitarias, son objetivos difícilmente alcanzables en sociedades que no sean profundamente democráticas y descentralizadas. económica y administrativamente, es decir, que no sean socialistas. El sector sanitario difícilmente será una isla democrática dentro de una sociedad que no lo sea. Nos encontramos,

otra vez aquí, como al principio, con condicionamientos políticos de la sanidad. En el fondo, nos encontramos con la definición primera de política; la atención de los asuntos que interesan a todos.

La versión económica de esta democracia, se concreta en la financiación a través de las propuestas generales de estado. Las formas mutualistas con la subsidiariedad que conllevan, van perdiendo su razón de ser conforme avanzamos hacia formas más *comunitarias* de concebir la convivencia entre las personas. Es el paso de la *mútua*, como protección económica del accidente ocasional, a la sanidad como servicio público, que lo que hace es velar constantemente para la protección de la salud de toda la comunidad sea trabajador, niño, anciano o banquero. El control popular de la gestión y administración, que creamos, no sólo es un control con derecho a voz, sino también a voto y a veto si conviene, será más efectivo como más cercano sea a la población. En las zonas rurales no tan sólo el hospital comarcal o el centro de salud debe contar con una supervisión popular, sino que todo ejercicio debe venir avalado por tal control a cualquier nivel. Expresado en estos términos, puede dar la sensación de un control rígido casi de piquete; pero no es este el caso. Se trata de un control participación, en que a la vez que se realiza dicho control, se participe activamente en las luchas sanitarias, facilitamos así toda la labor de los profesionales.

El cuarto punto señalado, lo hemos expresado como la *desjerarquización* administrativa y científica, a pesar de que uno de los conceptos clásicos de la teoría de la regionalización es precisamente, el opuesto: la *jerarquización*. Allí se expresa y entiende la jerarquización como la gradación de la asistencia sanitaria, desde los casos leves que se tratan en el hospital local, los casos menos graves que suben de nivel y pasan al hospital comarcal o al regional y los casos graves se atienden en el hospital más especializado. Se entiende también que cada centro depende de un centro *superior*.

Creemos que este concepto hay que revisarlo. Analicemos en primer lugar la parte administrativa. Se da en la teoría de la regionalización la capacidad gestora máxima al hospital. No parece, de todas formas, que el hospital sea un organismo para dirigir. Las misiones del hospital son otras. Si estamos de acuerdo en la participación de la población en la gestión sanitaria, no hay por qué controlarla en el hospital. Se puede llevar a cabo en centros de gestión pública que pueden ser comunes a todos los servicios (educación, sanidad, urbanismo) descongestionando así el hospital que de por sí ya es un ente complejo.

La *graduación científica* entre hospitales, tampoco parece nada aconsejable. Lleva a la conclusión, muchas veces erróneas, de que la mejor medicina se hace en el hospital. Si esto es así, actualmente es por la depauperación en que la asistencia extrahospitalaria está sumida en la actualidad. Asistencialmente creemos que la división debe ir en otro sentido. Por un lado, la asistencia clínico-ambulatoria (no hospitalaria, *out-patient*, consulta externa), por otro lado, la asistencia clínico-hospitalaria en los hospitales generales, y por último, la medicina científica (no necesariamente clínica) y de especialidades muy con-

cretas. Evidentemente y a tenor de ser repetitivo, *sin ninguna clase de jerarquización*, pues si bien la medicina científica tiene algo que enseñar a la medicina clínica, como es bien evidente y claro en lo que a los nuevos avances se refiere, la *medicina clínica* tanto hospitalaria como extrahospitalaria tiene mucho que enseñar a la medicina científica. No reconocer este hecho, nos ha llevado a los extremos de deshumanización, desarraigo de la realidad y verdadero desconocimiento epidemiológico de las realidades clínicas.

Por otro lado, el «hospital de enseñanza» y «hospital clínico» de alguna forma el *teaching hospital* o el hospital Universitario, no tiene que ser patrimonio de las instituciones científicas tal como las describíamos más arriba. El estudiante como el aprendiz de la realidad médica, debe recorrer los tres niveles descritos. No tener en cuenta lo dicho, también nos ha llevado a extremos desaconsejables.

Así pues, la organización *desjerarquizada* que proponemos aquí se concreta de la siguiente forma:

1. *Unidades Sanitarias Básicas*. El elemento más pequeño de la estructura sanitaria. Consta de uno o varios médicos según las necesidades de la zona, que dirige a un conjunto de profesionales no-médicos tanto en las tareas asistenciales como en la de salud pública de una zona de 500 a 2.000 habitantes. El médico ejerce la función clínica y coordina a los demás profesionales en sus diferentes funciones: control de natalidad, salud mental, salud dental, vacunaciones, control de las embarazadas, etc. Si son varios pueblos pequeños. El médico puede ir supervisando rotativamente y los profesionales no-médicos permanecer de forma estable en cada núcleo de población.

2. *Centros de Salud*. Con dos áreas complementarias: a) *Area Clínica*, con consulta clínica en la especialidad básica. Medicina pediatra, obstétrica, y odontología. b) *Areas de Salud Pública*, con centros con personal especializado en: medicina preventiva, higiene pública, educación sanitaria, epidemiología y asistencia social. Estos centros de salud serían los verdaderos peones de la estructura sanitaria. Son centros sin capacidad de hospitalización (clásica), que actúan exclusivamente como consulta externa. Abarca de 2.000 a 10.000 habitantes<sup>10</sup>.

3. *Hospital General*. Que tendría las consultas externas o centros de salud necesarios según sea la población que tengan a su inmediato alcance. La función primordial del hospital general, es la atención de los problemas, generalmente asistenciales, que por necesitar de un utillaje más complejo no pueden resolverse en las consultas externas. El hecho de que el hospital sea idóneo para resolver los problemas sanitarios *curativos* pero no los restantes problemas sanitarios como la higiene pública, la educación sanitaria de la población,

---

<sup>10</sup> Existen muchos trabajos en que se oponen modelos aproximados a este, a partir de experiencias en otros países como Cuba, Checoslovaquia, Inglaterra. Por ejemplo: Arnaldo F. Tejeiro Fernández. «La salud por el pueblo», págs. 1-18 en *El sistema nacional de salud de Cuba* (Ginebra: OMS, 1975).

la medicina preventiva y la rehabilitación y reinserción social, es el principal motivo que hace que sea *innecesario* que obligatoriamente sea el rector sanitario de su zona. Puede abarcar una población de 50.000 a 100.000 habitantes y disponer de servicios de las especialidades generales.

4. *Los Hospitales o Institutos científicos y especializados.* Con una misión muy concreta que es la de la investigación, que como decíamos, tiene que evitarse al máximo que se realice sobre los pacientes; y por otro lado, las super-especialidades. Puede tener, si su localización lo aconseja, un centro de salud incorporado. No tiene necesariamente que estar «adjudicado» a un número determinado de habitantes. Su utillaje es más complejo que el de los hospitales generales, tanto para la sección científica como para la de las super-especialidades.

### **Los profesionales sanitarios no-médicos**

Revisando las publicaciones recientes de la OMS, hay un tema que paulatinamente va adquiriendo más importancia: Los profesionales sanitarios no-médicos. La aplicación básica de estos profesionales en la estructura sanitaria, parece muy aconsejable en los países subdesarrollados en que por un lado, existe gran dificultad en formar médicos, por el gasto que ello representa, y por otro lado, porque los médicos «importados» generalmente europeos, casi siempre con mucha buena fe, pero tienen dificultades en sus relaciones con los pacientes.

Estos profesionales no son lo que aquí entendemos por enfermeras, sino que a veces, sin estudios previos de ninguna clase se les enseña una serie de técnicas, diagnósticos y de tratamiento adquiriendo una vez en sus zonas aisladas gran responsabilidad y autonomía. Estas experiencias han sido un éxito pleno. Es este éxito al que nos hace recapacitar en la idea de los profesionales no-médicos y su aplicación en nuestro país.

Hay en concreto, una desproporción alarmante entre número de médicos y número de enfermeras. Las enfermeras en el transcurso de 1976, han planteado una serie de reivindicaciones profesionales referidas a sus estudios y a su titulación. También es cierto, que de continuar el actual ritmo de acceso a la universidad de los nuevos estudiantes de medicina, le llegará próximamente a un número muy por encima de lo conveniente de graduados médicos. Estas tres premisas, indican que existe un problema muy grave en nuestro país de la formación de los distintos profesionales de la salud, de la correspondiente adecuación de los mismos en un puesto de trabajo una vez finalizados los estudios.

Hablar en estas circunstancias de los profesionales sanitarios no-médicos, es como tirar una cerilla en un polvorín. Pero, sin embargo, en el área rural existe una evidente falta de personal sanitario, y que en muchas ocasiones no necesita obligatoriamente ser médico. Por nuestras condiciones de desarrollo socio-económico, parece que la solución idónea es que aquí, estos profesiona-

les sean los ATS (tanto masculinos como femeninos). Con ello, además de abrir nuevas posibilidades profesionales a estos titulados, creemos que se resolverían una serie de problemas que aparecen tanto en el campo como en la ciudad.

Si entendemos un centro de salud como un *dispensario* con una mitad clínica, es decir, con médicos generales, pediatras, obstetras, etc., y otra mitad responsable de todo lo referente a salud pública, contaminación, higiene pública, vacunaciones y medicina preventiva en general (control embarazadas, control de hipertensos) y asistencia social, fácilmente acordaremos que gran parte de las funciones de este servicio de medicina preventiva puede ser realizado por estos profesionales.

Si descendemos a un nivel de población más bajo que no necesita de toda esta estructura, nos encontramos que estos profesionales cumplen igualmente una función inapreciable. Un profesional de estas características, puede atender gran parte del trabajo que actualmente realiza un médico en su consulta. No tan sólo nos referimos al trabajo burocrático, sino a toda una serie de exploraciones básicas, como tomar la temperatura, el control de la presión arterial, incluso la otoscopia o la oftalmoscopia. Un profesional no-médico bien entrenado, puede llevar el control de un hipertenso, de un diabético, de un reumático.

Si además, estos profesionales surgen de la población en la que ejercen, están en condiciones óptimas para conocer la idiosincrasia de la misma, pueden incluso, en áreas pequeñas, conocer personalmente a cada individuo. En las zonas rurales, al igual que en las urbanas, la consulta por dolencias no estrictamente somáticas ocupa gran parte del tiempo de visita. Estos profesionales no-médicos pueden en este campo, ayudar eficazmente al médico en la atención de estos pacientes, decongestionando las consultas de los médicos. En los pueblos inferiores a 500 habitantes, una solución al tema de la asistencia médica, podría ser la estancia permanente de uno o varios de los profesionales no-médicos, con un control periódico por parte del médico de la zona. Profesionales que no se limitarían a una pseudo-asistencia clínica sino que actuarían como ayudantes clínicos del médico por un lado y por otro, llevarían a cabo el control epidemiológico de medicina preventiva (vacunaciones) y de medio ambiente (aguas, basuras).

Otras funciones que tendrían asignadas y que merecen un comentario aparte son: la salud mental y la asistencia dental. Los médicos rurales que hemos encuestado, acuerdan en señalar que el problema de la salud mental en el campo es muy grave. Especialmente por el desarraigo que produce el ingreso de un paciente en un hospital especializado o, por otro lado, la dificultad de controlar el tratamiento ambulatorio prescrito. Si además tenemos en cuenta que la asistencia *ideal* a los problemas de salud mental comporta una revisión a fondo de estas formas de tratamiento, haciendo hincapié en las medidas que hagan de nuestra sociedad un ente menos patológico, y también a hacer hincapié en la psicoterapia *versus* farmacoterapia, concluiremos que los profesiona-

les no-médicos tienen en este campo, gran labor a desarrollar. Desde visitadores sociales hasta terapeutas (de grupo, por ejemplo).

La salud mental, como decíamos, presenta graves problemas, especialmente problemas de educación sanitaria y de medidas higiénicas. Buena parte del trabajo rutinario que hacen los odontólogos en su consulta, puede realizarlo un profesional no-médico. La escasez de odontólogos en el campo es alarmante. Además, no se paliaría con la incorporación al campo de algunos odontólogos, pues cuando esto ocurre aumenta inmediatamente la demanda latente de estos graduados y el problema sigue sin resolverse. Un programa de técnicos odontólogos auxiliares que practicase las medidas de cuidados mínimos e higiénicas, parece mucho más aconsejable.

En resumen, como dice Taylor<sup>11</sup>, si los atractivos monetarios que ofrece el ejercicio rural no parecen los adecuados para atraer a los graduados al campo, debemos cambiar las perspectivas del ejercicio rural, otorgando al médico una nueva forma de ejercicio de la medicina en que en vez de responsabilizarse de las *enfermedades* de sus pacientes, se responsabilize de la *salud* de la población con un equipo auxiliar de varios profesionales no-médicos que tengan a su cuidado las facetas asistenciales sencillas, dejando para el médico los problemas más generales y que requieran unos juicios sanitarios más amplios y medidos. La epidemiología, el cambio de incidencia o prevalencia de alguna enfermedad, en fin, la dirección sanitaria de su zona. Esto hará del ejercicio rural, no sólo un ejercicio más científico, sino que otorga al médico unas responsabilidades sanitarias más amplias, un ejercicio más gratificador personalmente, más cercano a la idea que muchos tenemos de lo que un médico puede y debe ser.

## Conclusiones

Ante los últimos acontecimientos políticos y el desarrollo que nuestro país está alcanzando se plantea a los políticos la necesidad de la reorganización del sector se plantea a los políticos la necesidad de la reorganización del sector sanitario. Decimos reorganización y quizá sería más propio decir organización, pues, contamos con un sistema sanitario demasiado inconexo como para reorganizar nada.

Nuestras preocupaciones nacen al considerar, cómo puede afectar una organización sanitaria de cualquier clase al área rural. La experiencia, tanto nuestra como de otros países, nos muestra que el campo siempre es la Cenicenta sea cual sea la estructura sanitaria. De aquí este intento de buscar los puntos débiles de la teoría «técnica» de la regionalización.

Podemos decir que estos puntos débiles se centran en los *controles de calidad* de la estructura regionalizada. En la aplicación práctica de esta técnica sanitaria. El principal control de calidad, nos parece es el control por parte de los usuarios del servicio sanitario, es decir, de la población. Es este un concepto

---

<sup>11</sup> C. E. Taylor. «The Doctor's...», *op. cit.*

que los médicos no estamos acostumbrados a considerar. El prurito profesional nos hace ver este control como una injerencia de *extraños* en nuestras cosas. Lo que ocurre es que nuestras cosas son mucho más *sus cosas* de lo que solemos imaginar<sup>12</sup>. Toda una revisión de principios éticos del ejercicio profesional de la medicina está creciendo, intentando devolver al paciente el protagonismo de la relación médico-enfermo o de la relación sistema sanitario-enfermo.

Los médicos han extraído, quizá, demasiadas ventajas del rol de curadores (para no decir curanderos) para volver al rol de técnicos en enfermedades que asesoran al paciente en su lucha contra la enfermedad.

Para atender los problemas sanitarios del campo, nos parece más útil una estructura desjerarquizada que no establezca diferencias de calidad entre medicina hospitalaria y medicina no-hospitalaria y que llegue a toda la población. Siendo el núcleo más pequeño y por tanto, más próximo a la población la *unidad sanitaria básica* que cuenta, además del médico, con una serie de profesionales sanitarios, no-médicos que realizan toda una serie de funciones sanitarias no estrictamente clínicas. Es éste, un problema que suponemos de entrada polémico y que sin duda necesita de un amplio debate en nuestro ambiente. Pero no es menos cierto que un campesino o payés pragmático prefiere un buen amigo suyo que le controle su hipertensión, que no un médico destinado a disgusto en un apartado rincón del mundo.

---

<sup>12</sup> Gran parte de la obra de E. Freidson se refiere al análisis de la estructura profesional médica, donde destacan aspectos como el autocontrol de calidad entre los profesionales, sin participación del mercado (parece que es la única profesión en que tal fenómeno ocurre). Véase, por ejemplo, Eliot Freidson, *Professional Dominance* (Chicago: Aldine, 1970); E. Freidson, *The Profession of Medicine* (Nueva York: Dodd and Mead, 1973). Ver el capítulo 14 (también de Freidson) de la obra: E. Gartly Jaco (ed.), *Patients Physicians and Illness* (Nueva York: The Free Press, 1972). El título de dicho capítulo es: «Client Control and Medical Practice».





## Capítulo 13

# UNA EVALUACION CRITICA DEL SISTEMA PSIQUIATRICO

Benjamín González\*  
(*Yale University*)

Quienquiera que esté interesado en investigar los aspectos sociales de la Psiquiatría en España encuentra un grave escollo al comprobar que las estadísticas existentes son pocas, no fiables, y de mala calidad en general. No obstante, en este capítulo utilizamos algunas (pocas) de estas estadísticas, entre otras razones porque son las únicas de que disponemos, por el momento al menos. Este trabajo es un breve análisis de cuatro aspectos de la psiquiatría española: 1) descripción, siguiendo a Ullersperger, de la situación de los enfermos mentales en España antes del siglo XIX; 2) estructura del sistema de salud mental en España; 3) breve comentario sobre la profesión de psiquiatra y del personal para-médico, y 4) importancia de la crisis actual de la Medicina en general y de la Psiquiatría en particular, dentro de nuestro país.

---

(\*) BENJAMIN GONZALEZ, es licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid. En la actualidad finaliza su Ph. D. en el Departamento de Sociología de la Universidad de Yale (USA). Su área de especialización es Sociología de la Medicina, y Psiquiatría Social. En estos momentos realiza una investigación sobre la profesión psiquiátrica en España. Su dirección profesional es: Mr. B. González, Department of Sociology, Yale University, New Haven, Connecticut, 06520, USA.

## Introducción\*\*

El propósito de este trabajo consiste en mostrar cómo la psiquiatría española ha llevado siempre, y sigue llevando aún, el «farolillo» del tren de la medicina de nuestro país. Iniciaremos la discusión con una brevísima descripción histórica de la psiquiatría, comenzando por la fundación del primer hospital mental en 1409. No obstante, el núcleo del trabajo se centrará en un análisis básico de la estructura del sistema psiquiátrico español actual, para terminar por algunos comentarios sobre la crisis que la psiquiatría está padeciendo en nuestro país. Intencionadamente hemos limitado las comparaciones con otros países, entre otras razones, porque el caso español es difícilmente comparable.

No es necesario destacar que España ha tenido durante más de cuarenta años un régimen político muy «especial» que ha condicionado *mucho* fuertemente incluso el desarrollo de áreas profesionales como la psiquiatría. Esto es por lo que, a nuestro entender, los últimos años han resultado tan conflictivos dentro de varias, si no muchas, instituciones psiquiátricas, en las que la crisis profesional ha mostrado, y muestra aún, tan profundas implicaciones políticas.

El gobierno español ha adquirido recientemente alguna, aunque poca, experiencia en planificación sanitaria (1964-1975)<sup>1</sup> a través de los tres Planes de Desarrollo de 1964, 1968 y 1972. El cuarto está ahora en curso, así como la reforma sanitaria; sin embargo, «Los planes españoles son dictados políticamente, y los miembros de sus comisiones no son elegidos democráticamente. El modelo de un régimen autoritario va implícito en la organización de los Planes. Los rasgos democráticos estuvieron ausentes desde los comienzos mismos de este tipo de planificación» (De Miguel, 1975, pág. 451). La cuestión importante es que esta actividad planificadora se ha llevado a cabo, en cierta medida,

---

(\*\*) Agradezco, ante todo, a Amparo Almarcha su colaboración a varios niveles, tanto profesional como personal. Asimismo Jesús M. de Miguel me ha proporcionado ideas y bibliografía sobre el tema, además de su experiencia pionera en esta área de investigación. La realización de este trabajo ha sido posible, en buena medida, gracias a la Fundación Juan March, que me concedió una beca de ampliación de estudios en el curso 1976-77, en la Universidad de Yale, en los USA.

<sup>1</sup> Jesús M. de Miguel ha estudiado este tema en su artículo «The Spanish Health Planning Experience». Examina «el equilibrio entre el desarrollo económico y el social en tales planes, los objetivos y peculiaridades de cada uno de estos tres “libros blancos” del gobierno, las relaciones entre las proyecciones anuales y los resultados y las ideologías (...) implícitas en los Planes Sanitarios» (pág. 451).

en el vacío. Así es el caso que «la profesión médica ni es mencionada, discutida, o planificada en ninguno de los tres Libros Blancos» (Ib. 456).

Estos fallos, entre otros, pueden estar a la base de los conflictos sanitarios que empezaron en torno a 1971. Estos conflictos revelan una significación política profunda, porque «La convergencia objetiva y, a veces, subjetiva de los trabajadores sanitarios con el conjunto del movimiento obrero se pone de manifiesto en los métodos de lucha, en muchos de los puntos reivindicados, en sus aspiraciones políticas inmediatas y en sus intereses a largo plazo» (Sánchez e Infante: 248). Como veremos posteriormente, el conflicto de intereses es evidente desde 1971 hasta 1976. Con todo, en la mayoría de los casos, «los médicos están al servicio del sistema», y cumplen una función de encubridores de una sociedad patogénica (Aumente: 32). Este escritor destaca que los psiquiatras españoles están tratando de suprimir los síntomas por medio de lo que él llama «fármaco-fascismo» consistente en encajar a los individuos en el modo de vida que sufren.

Al buscar las causas de desajuste entre los sistemas del cuidado sanitario y los sistemas socio-políticos es oportuno mencionar aquí los «principios básicos» de Waitzkin y Waterman (1976: 13-14). Primero, «el derecho a la salud es un derecho de todos los ciudadanos» por el mero hecho de serlo; en segundo lugar, «deben suprimirse cualesquiera impedimentos financieros que restrinjan el acceso de las personas enfermas a los servicios sanitarios». Además de esto, «cualquier distribución injusta del personal sanitario y de los servicios que limiten la posibilidad de que los pacientes obtengan los servicios que necesiten debe ser rectificadas», y, finalmente, «la enfermedad no debería explotarse para obtener ganancias». Poco se ha hecho en el sistema sanitario español para aplicar estos principios básicos, ya que por ejemplo, la asistencia psiquiátrica no es un derecho sino un privilegio que no está a disposición del pobre, debido precisamente a impedimentos de tipo financiero; además existe una crónica y desigual distribución del personal y servicios sanitarios, sobre todo en el caso del personal psiquiátrico, que está concentrado en las zonas más desarrolladas del país (Madrid, Barcelona y Valencia, fundamentalmente). Según el Anuario Estadístico de 1975, en 1972 había seis provincias que no contaban con establecimientos psiquiátricos; en 1974, según la misma fuente, aún quedaba Cuenca sin este tipo de servicio. No obstante, en la página 662 del citado Anuario dice una Nota que «están comprendidos los establecimientos y salas de psiquiatría...» El problema consiste en saber si estas salas de psiquiatría solucionan realmente las necesidades de las provincias españolas en las que están enclavadas. ¿Qué son estas salas? ¿Quién las dirige? ¿Quién las atiende?

En todo caso, el punto clave está en que la ayuda psiquiátrica está realmente *explotada* para obtener ganancias substanciosas. Los ricos son los únicos que pueden pagarse «su» psiquiatra, mientras que los menos ricos han de permanecer por largo tiempo en el manicomio sin recibir ningún tipo de tratamiento a no ser las drogas que les arrojan en una permanente nebulosa de inactividad.

Cualquier intento serio de evaluar y planificar la asistencia psiquiátrica en España se encuentra con el grave problema de la falta de datos fiables. Por ello, el punto de partida debería ser el llevar a cabo estudios epidemiológicos. En este sentido, De Miguel (1976: 546) ha señalado: «Existe un consenso general de que un estudio adecuado de la salud mental de España necesitaría un estudio epidemiológico de campo que incluyera mediciones de la capacidad física funcional y de datos bio-médicos. Desgraciadamente poco se ha hecho en España dentro de este campo.» La psiquiatría ha sido un coto cerrado, no abierto a los sociólogos, ni siquiera a otros especialistas estrechamente relacionados con ella, como los psicólogos. Yo mismo, intenté no hace mucho tiempo, obtener datos de uno de los centros psiquiátricos más importantes de Madrid para realizar un breve estudio sobre el tratamiento que recibían los pacientes mentales de dicho centro, y se me cerró la puerta por motivos de «política del hospital». Existe ya, sin embargo, una fuerte tendencia a estudiar la situación social de la psiquiatría en España, por parte de otros profesionales que no sean los psiquiatras mismos<sup>2</sup>.

Muy pocos psiquiatras españoles aceptarían el hecho de que la sociología es útil y necesaria para comprender mejor la enfermedad mental, y menos aún estarían de acuerdo con el siguiente enfoque de Kaplan (1972: 25): «La enfermedad mental es caracterizada como pautas de conducta social humana y como un fenómeno que puede estudiarse provechosamente a través del uso de conceptos sociológicos. Como tal, constituye un objeto adecuado de investigación desde una perspectiva sociológica.»

A partir de estas premisas pueden entenderse mucho mejor otras situaciones paradójicas de la psiquiatría española: «La situación actual en España es enormemente contradictoria. Junto a un desarrollo teórico de la psiquiatría, que permitiría un tratamiento correcto de los enfermos, se mantiene con leves retoques, un modelo administrativo y una organización que corresponden a la fase custodial propia de la era de la Beneficencia Pública. Esta paradoja está en la base de los innumerables conflictos psiquiátricos de los últimos años» (Casco, 1975: 170).

De Miguel (1976: 548) nos ofrece otro buen ejemplo de anacronismo cuando señala: «El cuidado de la salud mental en España está pasando de la responsabilidad de las administraciones locales a organizaciones sanitarias nacionales más extensas en un momento en que los objetivos de los países desarrollados consisten en establecer servicios sanitarios mentales basados en la comunidad.» Desde una perspectiva social al menos, la situación de la psiquiatría española resulta poco prometedora, por más que históricamente contuviera los elementos necesarios para una mayor modernidad, como veremos a continuación.

---

<sup>2</sup> Amando de Miguel ha escrito un trabajo sobre el lugar de la psiquiatría y de la enfermedad mental dentro de la estructura social (véase la Bibliografía).

## Los primeros hospitales mentales españoles

Según Ullersperger (1954), en quien nos basamos en la descripción que sigue, Valencia tuvo el primer hospital mental del mundo. Fue fundado por el hermano Juan Gilaberto Jofré en 1409, y tenía como finalidad recoger a todos los locos que vagaban por las calles. Según el mismo autor el creciente número de locos se debió a las guerras, plagas y estrecheces económicas de todo tipo que padecía la población en esta época. Algunos autores han destacado la limpieza y orden de este hospital, así como las buenas comidas que se utilizaban en él como medio de controlar los escasos ataques de agitación que se producían entre los pacientes.

El segundo hospital mental fue erigido en Zaragoza en 1425, y se hizo célebre enseguida debido al «tratamiento moral» aplicado a los pacientes, y que supuso una «revolución» dentro de la psiquiatría mundial. Este método de tratamiento fue utilizado por primera vez en este hospital, y, con él, se lograron los mejores resultados, nunca conseguidos con anterioridad. A pesar de su gran antigüedad, las técnicas de tratamiento son bastante similares a las modernas. Según Ullersperger, el «tratamiento moral» fue utilizado en España por primera vez, incluso antes de que Pinel mismo lo utilizara. Esta técnica terapéutica se basaba en dos características principales: el «humanitarismo y la ciencia». A pesar de sus buenos resultados tuvo fuertes oponentes que «pensaban que él (Pinel) estaba loco por dejar sueltas 'bestias' tan peligrosas, pero la mayoría de los pacientes dejaban de conducirse violentamente cuando se sentían libres para ir y venir» (Joint Commission, 1961: 28). El hospital mental de Zaragoza utilizaba, además del humanitarismo, el trabajo y la ocupación como métodos terapéuticos. Realmente se utilizaba allí la laborterapia: «Se utilizaban allí baños estimulantes de agua dulce, pero estos medios han resultado normalmente ineficaces. (...) Sin embargo, la experiencia continuada de este hospital ha demostrado que el remedio más eficaz es la ocupación y el trabajo que ejercitaban su musculatura. La mayoría de los locos que estaban ocupados en un trabajo normalmente se curaban. (...) El trabajo se realiza bajo la supervisión de los guardianes, a quienes llaman padres» (Ullersperger, 1954: 115)<sup>3</sup>. Se ha señalado también que había habitaciones separadas para la gente importante, que estaban exenta de servicios y de trabajos manuales. Estas personas, sin embargo, no se recuperaban de su enfermedad, mientras que sus compañeros trabajadores sí que obtenían la recuperación. Espinosa (1975: 35) ha destacado también estos aspectos: «Dentro de este oscuro panorama hubo sin duda excepciones, entre las que merece destacarse la del Hospital General de Zaragoza, donde la asistencia fue bastante humanitaria y en cuyas 'Ordinaciones' (1656) destacan los artículos que hacen referencia al trabajo de los enfermos

---

<sup>3</sup> Espinosa dice que «la fundación en Valencia, en 1409, del primer hospital dedicado exclusivamente a los locos, seguida al poco tiempo de otras semejantes en otros lugares, es el primer intento social serio de aislar a todos aquellos considerados como desviados, ejercitando con ellos la caridad pero cargádoles de cadenas» (pág. 34).

mentales con fines terapéuticos, lo que fue llevado a la práctica hasta la destrucción del hospital en 1808, y cuyo modelo ya es sabido, fue elogiado por Pínel.»

En 1608 había departamentos especiales para locos en el Hospital de Santa Cruz, en Barcelona. En torno a 1847 los enfermos mentales arrastraban una existencia infrahumana en este hospital, lo que produjo una fuerte reacción social que llevó a una reforma seria que consistió en construir un nuevo hospital mental y en mejorar las condiciones de vida de los pacientes. Ullerperger (1954: 118) ofrece los siguientes datos que muestran la actividad desplegada por el hospital en diferentes años.

Años	Hombres	Mujeres	Total
1800 1839	2.274	1.726	4.000
1850	249	173	422
1860	142	106	248
1861	266	166	432

A nivel anecdótico, pero muy significativo por lo discriminatorio, tanto entonces como ahora, destacamos el Hospital General de Palma de Mallorca (fundado en 1456) que tenía un sitio especial para los pacientes mentales masculinos: este lugar era hermoso, confortable, y bien distribuido, por contraposición a la sala de mujeres, que «dejaba mucho que desear», lo que traducido al lenguaje corriente, menos eufémico, quiere decir que dicha sala era una porquería. En agosto de 1854 había 57 locos (34 hombres y 23 mujeres). La tasa de locos era 1/3.000. En 1861 había 60 hombres y 49 mujeres, es decir, 109 locos en total.

En 1436 se fundó en Sevilla el más famoso manicomio, llamado «casa de locos». Estaba dividido en departamentos separados para hombres y mujeres, según el tipo de enfermedad mental. Es de destacar que en el siglo XVI Sevilla tenía en torno a los 76 hospitales.

También el Hospital de los Inocentes de Toledo era uno de los más famosos manicomios. Fue fundado en 1483 y ampliado en 1790; estaba administrado por el Consejo de Beneficencia y dirigido por un profesor de medicina. El administrador o mayordomo fue siempre un sacerdote que era también el capellán de la casa. Contaba asimismo el hospital con las enfermeras y enfermeros necesarios; si esto es así habían avanzado un largo trecho con relación a los hospitales psiquiátricos de nuestros días. Por otra parte, los pacientes menos dotados económicamente no pagaban ningún tipo de pensión, mientras que los ricos habían de pagarla por anticipado.

En 1489 se fundó el manicomio de Valladolid. En 1836 fue ampliado, y su director llevó a cabo varias obras y mejoras en él. Trató de implantar las mejoras logradas en otros países extranjeros, para lo cual viajó a París y Londres para familiarizarse con las técnicas mejores y más recientes. Posteriormente

comenzó la construcción del edificio con la colaboración de los pacientes mismos. El panorama resultaba lo suficientemente nuevo y atractivo como para que la fama del hospital se extendiera hasta el punto que 14 de las 50 provincias españolas enviaran allí a sus enfermos mentales.

En 1527 se fundó un Instituto para locos en Granada, y se dedicó a locos y sífilíticos; extraña mezcla. Fue en 1546 cuando se inició la construcción de un hospital en Sevilla para el tratamiento de mujeres. En su construcción tomaron parte cuatro arquitectos. Dos de sus cuatro departamentos estaban destinados a enfermos mentales. Asimismo uno de los departamentos del Hospital de Cádiz estaba dedicado a pacientes mentales que eran tratados cuidadosamente y por separado, y de un modo humanitario. Posteriormente, en 1859, había allí 87 locos, 56 hombres y 29 mujeres. En 1860, 110 hombres y 46 mujeres, y en 1861, 117 hombres y 59 mujeres.

El cardenal Pedro de Salazar fundó el Hospital de Córdoba, que admitió a 87 enfermos mentales. Por su parte también Gerona tenía su hospital, en el que los locos tenían diferentes ocupaciones según su capacidad, Mérida poseía también una casa de locos, y Lérida tenía un departamento para locos. También disponían de este tipo de establecimientos Murcia, Huesca, Teruel y Salamanca.

A la altura de 1852 el Hospital General de Madrid no tenía ningún departamento especial para pacientes mentales. Contaba sólo con dos salas para hombre y mujeres a la vez. En 1852 se abrió el Hospital de Leganés. Sin embargo, enseguida se demostró que este hospital era insuficiente para albergar a todos los enfermos que había en la provincia. Dos años después había 68 enfermos de ambos sexos. Por estas fechas se sugirió la necesidad de una investigación especial para poner de manifiesto las futuras necesidades de hospitalización en la población, así como la manera de mejorar los servicios sanitarios de los pacientes mentales de Madrid.

De la anterior descripción pudiera surgir la idea de que las condiciones de los enfermos mentales en España era muy buena, por el hecho de haberse iniciado la construcción de manicomios y de haberse aplicado en varios casos la técnica del «tratamiento moral». La realidad demuestra que no fue así, y que las condiciones de los «locos» no fueron, por supuesto, las mejores. Ha habido y hay muchas fundadas protestas y denuncias en contra de las torturas que el enfermo mental ha tenido que sufrir. En muchos casos han tenido que dormir en el suelo o en los poyos de las ventanas, con hambre y casi desnudos; cuando se ponían excitados, se les apaleaba y encadenaba. Algunas veces, eran exhibidos al público metidos en jaulas. Lo curioso era que esto sucedía a pesar de la legislación gubernamental (años 1821, 1836, 1849, 1852 y 1859, por ejemplo). A partir de 1849, esta situación comenzó a cambiar en aspectos importantes, tanto institucionales como de tratamiento. Pudiera parecer que esta situación pertenece a la época prehistórica de la psiquiatría; no es así, alguien tan poco sospechoso de crítica negativa como Vallejo Nájera ha dicho: «En sombrío contraste nuestros enfermos de manicomio se hacían, mal alimentados, peor

vestidos, descalzos muchas veces, sucios siempre, en el ambiente desolador de los patios y dormitorios del manicomio. (...) Nuestros hospitales psiquiátricos, viejos, destartados, sucios, malolientes, inhóspitos, sin calefacción (cuando la tienen no funciona), son el mejor ejemplo del sitio donde a uno no le gustaría estar» (González Duro, 1975: 7-8)<sup>4</sup>.

Lo que llevamos dicho en las páginas anteriores hace referencia a las instituciones públicas. Ullersperger trata también algunas de las instituciones privadas, que, una vez más, parecían funcionar mejor que las públicas. En torno a 1871 había dos importantes instituciones privadas para los enfermos mentales. Una de ellas en Barcelona (San Baudilio de Llobregat) estaba dirigida por su propietario, Antonio Pujadas y estaba emplazada en un contorno geográfico muy agradable: buenos paisajes, atmósfera limpia y jardines. Al director le ayudaban un médico, un químico, un capellán, ayudantes médicos y un mayordomo. Por otra parte, había el personal necesario para los distintos departamentos: agricultura, talleres, escuela de música, prensa, escuela de dibujo y escuela de geografía. Lo más llamativo, no obstante, es que los enfermos podían moverse libremente por todo el edificio sin que nadie se lo impidiera. Además observaban un comportamiento cortés. Las tareas más usuales incluían agricultura, artes, ciencias, gimnasia, música, billares, baños y servicio religioso. Se confiaba completamente en los enfermos mentales; las ventanas no tenían rejas de ningún tipo y en ningún caso se utilizaba la fuerza. Por el contrario, los pacientes vivían, trabajaban y hablaban con los más altos oficiales de la casa. En suma, se utilizaba el sistema del *non restraint*. De acuerdo con lo que venimos diciendo, el Hospital de San Baudilio de Llobregat era uno de los más modernos de Europa, si no del mundo. A pesar de la deplorable situación de los enfermos mentales en los hospitales españoles, en este hospital los enfermos eran tratados como seres humanos, de acuerdo con el sistema del *non restraint*, que acabamos de mencionar.

Otro aspecto importante de esta etapa es la precisión de las estadísticas y el cuidado de su elaboración. Ullersperger nos ofrece algunas de ellas para 1859-1865 (véase el apéndice). Estas tablas tienen una mayor precisión que las de hoy, si tenemos en cuenta la escasez de medios para reunir datos en el siglo XIX. La fuente de dichos datos era el Ministerio de Gobernación, que comenzó a publicar el Anuario Estadístico por estas mismas fechas. Estas estadísticas fueron elaboradas teniendo en cuenta variables tales como sexo, incidencia, hospitalizaciones, altas, estado mental de los pacientes, gastos y presupuestos.

En el *Mapa 1* ofrecemos la distribución geográfica de los Hospitales psiquiátricos en 1859. Podemos distinguir en él tres áreas fundamentales: noreste, sur y central. Vemos también que la zona noroeste de España estaba casi completamente desatendida. Por el contrario, la zona sur era la más atendida, debido al gran número de hospitales que allí existían.

---

<sup>4</sup> Tomado de un discurso en la Real Academia de Medicina, 1958.



MAPA 1  
 Distribución geográfica de los «hospitales mentales» españoles (1859)



FUENTE: Ullersperger. op. cit., pág. 132.

Una nota a destacar es que tanto el gobierno como la gente estaban implicados e interesados por el problema de los «locos», más que lo están en nuestros días. Puede que incluso hubiera entonces menos prejuicios hacia el enfermo mental. Por otra parte, y en relación con los métodos terapéuticos, España era más progresista y avanzada ya en el siglo XVIII y XIX que en el XX. De hecho, ya entonces era bastante común la práctica de la terapia ocupacional.

Si la argumentación de Ullersperger es correcta, España sería la cuna de la psiquiatría. En cualquier caso, este progresismo ha sido ciertamente cortado y España es ahora uno de los países con una psiquiatría más pobre y subdesarrollada. Como Claramunt (1966: 323) ha destacado: «Si a nuestro país le cabe enorgullecerse de esta prioridad histórica, le corresponde también el penoso deber de admitir que su asistencia psiquiátrica se ha encontrado considerablemente atrasada con respecto a la de otros países europeos. El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, creado en 1955, procura no sólo modernizar los manicomios, sino integrarlos en una organización coordinada con otros centros y servicios asistenciales.» Si bien estamos básicamente de acuerdo con la primera parte de estas afirmaciones, sin embargo, disentimos de la segunda, ya que el PANAP, en realidad, no ha hecho prácticamente nada. Ha sido una organización puramente burocrática. Tal y como González Duro (1975: 105-106) ha señalado: «En definitiva, era lo más conveniente que el PANAP desapareciera. Porque no sólo no puede resolver ninguno de los graves problemas que tiene la psiquiatría en el país, sino que además complica y burocratiza estérilmente cualquier posible intento de planificación de la asistencia, y enmascara su real situación, desorientando así a la opinión pública.» En resumidas cuentas, la situación se ha hecho crónica y casi desastrosa en el campo de la psiquiatría española.

En las páginas que siguen trataremos de ir más al fondo de esta situación para poder intuir, que no comprender, la estructura real de la asistencia psiquiátrica. Al hacerlo, nos enfrentamos con el grave problema de que las estadísticas oficiales son bastante poco fiables; no obstante, son las únicas existentes. Por otra parte, nos encontramos con una carencia casi absoluta de información referida a la asistencia privada en España. En este terreno la situación se vuelve de lo más caótica y anárquica también.

## **Estructura básica de la asistencia psiquiátrica española**

Los escritos sobre salud mental en España admiten con unanimidad que la cantidad de datos disponibles es a la vez escasa y no fiable. Menos unánime es el hecho de reconocer los factores ideológicos que subyacen a las estadísticas sanitarias. Se trata de ideologías políticas promovidas por el gobierno mismo para encubrir determinados hechos de la vida social. Estos componentes ideológicos van debajo del énfasis desmedido puesto en temas distintos. Veamos cómo esto se materializa en la más representativa fuente estadística: el *Anuario Estadístico de España*. Como un medio de descubrir el citado énfasis

puesto por los Anuarios en los diferentes contenidos, podemos contar el número de páginas dedicadas a cada uno de los tópicos, en años diferentes<sup>5</sup>. Centrándonos ahora en el área que nos interesa, vemos cómo en 1916 el 7,1 por 100 del total de páginas está dedicado a Sanidad y Asistencia Social. Las cifras son como sigue: 4,9 por 100 en 1934; 5,7 por 100 en 1945; 6,4 por 100 en 1950 y 11,0 por 100 en 1970<sup>6</sup>. Como puede apreciarse, el avance ha sido realmente escaso con respecto a las décadas pasadas. Por otra parte, podemos imaginar cuál será el porcentaje dedicado a psiquiatría. Veamos un ejemplo actual: en el *Anuario Estadístico* de 1975 el espacio en páginas dedicado a cuestiones psiquiátricas fue 0,0035 por 100 del total<sup>7</sup>. Teniendo en cuenta los datos que anteceden, podemos darnos una idea de la pobreza de los datos de que disponemos. Al tratar las cuestiones sanitarias, los Anuarios Estadísticos, así como los Censos de Establecimientos sanitarios de 1966 y 1972 presentan los siguientes inconvenientes: a) las estadísticas sanitarias españolas están entre las peores de Europa; b) hay carencia de datos en torno a la asistencia hospitalaria; c) hay también muy pocos datos sobre médicos, por especialidades, sobre asistentes sociales, enfermeras y personal sanitario en general y d) carecemos casi de manera absoluta de datos sobre higiene ambiental<sup>8</sup>. Estos inconvenientes se agudizan, sin lugar a duda, en el caso de la salud y enfermedad mental. Con todo, tenemos que usar estos datos, ya que son los que tenemos.

La conclusión de todo esto sería que el gobierno debería prestar mayor atención a las estadísticas sobre salud y enfermedad mental, porque, «las estadísticas sobre trastornos mentales, tanto a nivel nacional como local, son necesarias cada vez más para orientar a los administradores de los programas de salud mental en la planificación, establecimiento, y evaluación de los servicios psiquiátricos» (Kramer, 1969: 9). Esto mismo es válido incluso a un nivel menos general, ya que: «Idealmente cada administrador de un programa de salud mental debería contar con una unidad de investigación estadística y epidemiológica como parte integral de su organización» (Ib.).

Kramer (1969, págs. 11-19) destaca los siguientes principios básicos para el desarrollo de las estadísticas nacionales sobre trastornos mentales: 1) una unidad central para la recogida y análisis de datos; 2) un inventario actual de los servicios psiquiátricos; 3) un sistema de registro dentro de cada establecimiento sanitario de la información estadística sobre el paciente; 4) recolección uniforme y comparable de datos dentro de cada establecimiento; 5) envío de datos desde el establecimiento de la agencia central; 6) datos básicos de la población del país y de sus distintas subdivisiones y 7) establecimiento de mecanismos básicos de *feedback* de los resultados.

---

<sup>5</sup> Es bien cierto también que este desmedido énfasis ha tenido diferentes matices según los distintos regímenes políticos.

<sup>6</sup> Datos de B. Oltra y J. Salcedo (véase Bibliografía).

<sup>7</sup> Cálculo propio.

<sup>8</sup> Véase *Estadísticas básicas de España*.

Los inconvenientes que señalamos más arriba respecto a la información estadística existente en España sobre la salud y enfermedad mental nos aconsejan ser precavidos a la hora de interpretar los resultados obtenidos en base a esos datos.

Vamos ahora a ver con mayor detalle la estructura del sistema psiquiátrico español. Una de las unidades más importantes de que ha dispuesto el enfermo mental ha sido, y es aún, la cama psiquiátrica. Veamos, pues, su evolución en España (*Tabla 1*). De 1952 a 1974 el incremento total de camas ha sido de 14.226, lo que realmente refleja un aumento muy pequeño si tenemos en cuenta las necesidades de la población. Sin embargo, el número total de camas ha aumentado de 85.798 a 177.385, es decir, un incremento de 91.587. Estos datos revelan la pauta general de la inercia que la asistencia psiquiátrica española ha padecido y sigue padeciendo. Si miramos el porcentaje de camas psiquiátricas nos damos cuenta de que ha habido una recesión: 7 por 100 menos en 1972 que en 1952 con respecto al total de camas. Dicha inercia resalta aún más si nos fijamos en el número de habitantes por cama psiquiátrica. Para una

TABLA I

PORCENTAJE DE CAMAS PSIQUIATRICAS DEL TOTAL DE CAMAS, PARA VARIOS AÑOS

Años	Número de camas psiquiátricas <sup>a</sup>	Número total de camas	% de camas psiquiátricas del total de camas	Población por cama psiquiátrica
1952	27.140	85.798	31,6	1.056
1955	30.755	94.001	32,7	942
1958	32.245	94.749	34,0	939
1960	32.760	96.991	33,8	929
1962	33.921	98.302	34,5	925
1966	35.147	156.819	22,4	931
1972 <sup>b,c</sup>	42.700	177.385	24,0	804
1974 <sup>c</sup>	41.366	...	—	848

NOTAS: <sup>a</sup> Camas permanentes.

<sup>b</sup> Según el *Anuario Estadístico 1975* la cantidad de camas era de 41.547.

<sup>c</sup> Población calculada en primero de julio.

... Sin datos.

FUENTES: I.N.E., *Anuarios Estadísticos*. Varios años.

I.N.E. *Anuario Estadístico, 1975*.

Confederación Española de Cajas de Ahorros. *Estadísticas básicas de España, 1900-1970*, pp. 11 ss.

cama había 1.056 personas en 1952 frente a 848 en 1974. Las cifras permanecen casi idénticas a través de los años, a pesar de los tres, casi cuatro, Planes de Desarrollo. Deberíamos mencionar que el incremento habido en 1972-1974 es una tendencia simplemente, dado que estos datos se han obtenido a partir de la población calculada. En todo caso, el aumento habido no es proporcional al aumento de la población. Este hecho implicaría indirectamente que el número de pacientes por hospital ha crecido debido a la disminución del número de centros; lo que, a su vez, nos da una explicación del hacinamiento existente en los hospitales psiquiátricos españoles.

Si comparamos esta situación con la de Estados Unidos, veremos cómo en este país se ha duplicado el número de camas psiquiátricas en una década. Había 372.603 camas en 1963 y 614.104 en 1972 (Silver, 1976: 144). Y esto ha ocurrido a pesar de que en Estados Unidos ha ido disminuyendo de año en año el número de hospitalizaciones por el método denominado *out-patient*. Este sistema apenas ha comenzado en España.

La *Tabla 2* presenta la tasa de camas de acuerdo con su dependencia administrativa. En ella puede apreciarse la estructura básica del sistema sanitario español. Por otra parte, la administración local y los propietarios privados poseen un mayor número de centros que el resto. Así, por ejemplo, la Seguridad Social tiene 99 centros, mientras que los propietarios privados tienen 597. Esto destaca la importancia de la práctica médica privada en España donde la medicina ha sido por mucho tiempo una profesión liberal. Además los centros privados tienen menos camas como promedio que los centros de la Seguridad Social (25.457 frente a 33.066 respectivamente). Además de esto, cada centro de la Seguridad Social tiene 334 camas, mientras que los hospitales privados tienen sólo 43. Esto está de acuerdo con el hecho de que la tasa de camas por habitación sea mayor en los centros de la Seguridad Social (2,7) que en los privados (1,6). Por otra parte, los hospitales privados tienen un mayor número de habitaciones por hospital (15,477).

En la *Tabla 3* se compara el número de centros, número de camas y número de camas por 10.000 habitantes en 1966 y 1972, teniendo en cuenta el tipo de centro. El primer comentario a la *Tabla 3* es que de 1966 a 1972 el número de centros ha decrecido en todos los tipos de hospitales. Otro aspecto interesante es que el número de camas psiquiátricas ha permanecido prácticamente invariable desde 1966 a 1972, lo mismo que el número de camas por 10.000 habitantes: 12,0 en 1966 y 12,4 en 1972. El aumento es sólo ligeramente significativo en el caso de los hospitales generales. Es, sin embargo, sorprendente el número de camas para tuberculosis, en un momento en que esta enfermedad ha disminuido considerablemente en su intensidad y extensión. No obstante, el dato revela la carencia de tales centros en años anteriores, así como la desorganización de la medicina hospitalaria. Un comentario final es que de nuevo la inercia caracteriza el sistema psiquiátrico español. Por otra parte, estos aspectos estructurales subyacen al tipo de psiquiatría custodial practicada en España durante mucho tiempo.

TABLA 2

## TASA DE CAMAS POR DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA, 1972

Dependencia	Número de centros sanitarios <sup>a</sup>	Número de camas <sup>b</sup>	Tasa de camas por centro	Número de habitaciones por centro <sup>c</sup>	Tasa de camas por habitación	Tasa de camas por 10.000 hab.
Administración estatal .....	175	37.959	217	10.022	3,8	112
Administración local .....	218	52.657	242	12.179	4,3	155
Seguridad Social .....	99	33.066	334	12.387	2,7	97
Cruz Roja .....	40	2.890	72	1.692	1,7	8,5
Iglesia .....	83	16.106	194	5.512	0,3	47
Beneficencia privada .....	72	9.148	127	3.954	2,3	27
Privadas .....	597	25.457	43	15.477	1,6	75
Otros .....	3	102	34	67	1,5	0,3
Total .....	1.287	177.385	146	61.290	2,9	522

NOTAS: <sup>a</sup> Incluye todos los establecimientos sanitarios con régimen de internado (ver Censo 1972, p. 8).

<sup>b</sup> Total de camas (en unidades generales, especiales e incubadoras), p. 9 del Censo 1972.

<sup>c</sup> Habitaciones con una o más camas.

FUENTES: I.N.E., *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 1972*.

I.N.E., *Anuario Estadístico 1975*.

TABLA 3

CENTROS, CAMAS Y CAMAS POR 10.000 HABITANTES POR ESPECIALIDADES, EN 1966 Y 1972

Especialidad	Núm. de centros en:		Núm. de camas				Camas por 10.000 habitantes en:	
	1966	1972	1966		1972		1966	1972
			Núm.	% del total	Núm.	% del total		
Hospitales Generales .....	291	261	52.486	37,7	71.211	40,1	16,0	20,7
Quirúrgicos .....	777	629	34.246	24,6	39.962	22,5	10,5	11,6
Maternales .....	213	166	4.331	3,1	3.419	1,9	1,3	0,99
Infantiles .....	28	21	2.060	1,5	1.972	1,1	0,63	0,57
Psiquiátricos .....	125	113	39.358	28,2	42.700	24,0	12,0	12,4
Antituberculosos .....	59	44	2.060	1,5	13.362	7,5	0,63	3,9
Otros .....	37	53	4.791	3,4	4.756	2,7	1,46	1,4
<b>Total .....</b>	<b>1.529</b>	<b>1.287</b>	<b>139.332</b>	<b>100</b>	<b>177.382</b>	<b>100</b>	<b>42,6</b>	<b>51,6</b>

NOTAS: No incluye 119 hospitales-asilos con 4.490 camas.

Población en 1966: 32.726.188.

Población en 1972: 34.364.553 (calculada en primero de julio).

FUENTES: I.N.E., *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 1972.*

I.N.E., *Censo de establecimientos sanitarios, 1966.*

I.N.E., *Anuario Estadístico, 1968 y 1975.*

Analizamos a continuación, la estructura interna de los hospitales psiquiátricos, es decir, cómo las camas y habitaciones se organizan según el tipo de especialidades. En la *Tabla 4* vemos cómo el mayor número de camas está en los hospitales generales. El segundo lugar, pertenece a los centros psiquiátricos, con 42.700 camas. El porcentaje de camas psiquiátricas con respecto al total de camas es del 24 por 100. Este porcentaje es muy similar al de Estados Unidos en 1972, 25,4 por 100 del total son camas psiquiátricas. Sin embargo, el número de camas por 10.000 habitantes es bien diferente en ambos países: 12,4 en España y 18 en Estados Unidos (Silver: 1976: 144). Con todo, el aspecto más interesante de esta tabla está en el número de camas por habitación. Este índice nos muestra dos cosas principales en torno a los hospitales psiquiátricos: a) 14 por 100 de todas las habitaciones sólo tienen *una* cama. Estas habitaciones están dedicadas a la psiquiatría privada, pagada por los ricos; b) 48 por 100 de las habitaciones tienen más de *seis* camas; estas habitaciones estarán ocupadas por la gente menos pudiente que tiene que ir a hospitales gratuitos (Iglesia y Diputaciones); estos centros debido a la cantidad de pacientes, entre otras razones, han utilizado la psiquiatría custodial como un método de afrontar el problema de la enfermedad mental.

Como fácilmente puede deducirse la estructura del sistema psiquiátrico es muy deficiente, tanto a niveles estructurales como a niveles funcionales. Como González Duro (1974: 5) ha señalado: «Para nadie podrá ya constituir una sorpresa el hecho de que el estado de la asistencia psiquiátrica española sea lamentablemente deficiente, muy inferior al resto de la sanidad del país. Por poco que se quiera abrir los ojos la situación de los enfermos mentales es realmente escandalosa.»

¿Cómo podrán estar bien atendidos los pacientes mentales si el número de centros a ellos destinados está decreciendo constantemente en el país? Así, por ejemplo, el número de centros psiquiátricos era de 125 en 1966, y pasó a 113 en 1972, como ya vimos más arriba.

La *Tabla 5* muestra la evolución del número de camas desde antes de 1700 hasta 1966. Lo más sorprendente es el alto porcentaje de fecha «desconocida». Dentro de esta categoría el más alto porcentaje es el de los hospitales psiquiátricos, con un 23,8 por 100. Otro aspecto decisivo es que el 40,4 por 100 de las camas psiquiátricas son anteriores a 1900. Vemos, pues, que la antigüedad de los edificios y de las camas psiquiátricas es mayor que la antigüedad dentro del resto de las especialidades. En este sentido, muchos de estos edificios psiquiátricos eran antes monasterios, abadías o casas de religiosos en general. Algunos de ellos eran casas nobiliarias donadas por familias ricas con fines caritativos. Otros eran antes hospitales antituberculosos. Muchos de estos edificios eran a la vez asilos, hospicios y centros mentales. Otra característica bastante frecuente es que los hospitales mentales solían estar a las afueras de las ciudades, de acuerdo con la ideología tradicional que consistía en aislar a los enfermos mentales.



TABLA 4

TASA DE CAMAS Y HABITACIONES SEGUN EL NUMERO DE CAMAS POR ESPECIALIDADES EN 1972

Especialidad	Núm. de habitaciones							Camas por 10.000 hab.	
	Número de camas	% de camas del total	De 1 cama	% con 1 cama	De 2 y 3 camas	De 4 a 6 camas	De más de 6 camas		% con más de 6 camas
Hospitales Generales.	71.211	40,0	6.694	28,0	11.636	3.501	1.207	34,9	20,7
Quirúrgicos .....	39.962	22,0	11.279	47,0	8.987	1.095	191	5,5	11,6
Maternales .....	33.419	1,9	1.106	4,6	544	140	42	1,2	0,99
Infantiles .....	1.972	1,1	159	0,7	125	146	48	1,4	0,57
Psiquiátricos .....	42.700	24,0	3.348	14,0	2.632	1.256	1.659	48,0	12,4
Antituberculosos ...	13.362	7,5	732	3,0	1.477	1.412	189	5,5	3,9
Otros .....	4.756	2,7	593	2,5	701	273	118	3,4	1,4
Total .....	177.385	100	23.911	100	26.102	7.823	3.454	100	51,6

FUENTE: *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 1972, p. 18.*

TABLA 5

## DISTRIBUCION DE CAMAS POR ESPECIALIDADES Y POR FECHA DE CONSTRUCCION DE LOS HOSPITALES

Fecha de construcción	% de camas por especialidad								Total
	Hospitales generales	Quirúrgicos	Maternales	Infantiles	Psiquiátricos	Antituberculosos	Hospitales asilos		
Hasta 1700 .....	12,6	1,2	1,1	—	2,5	0,8	18,9		5,7
1701-1800 .....	6,2	0,3	2,4	—	2,6	0,4	10,4		3,2
1801-1900 .....	19,6	7,3	4,4	24,5	40,4	—	14,6		19,1
1901-1920 .....	8,3	9,4	9,6	22,6	4,4	8,5	12,2		8,7
1921-1940 .....	21,2	17,6	20,8	6,0	13,6	27,1	20,5		18,8
1941-1960 .....	13,0	51,7	36,8	15,2	11,9	44,0	2,1		24,8
1961-1964 <sup>a</sup> .....	0,8	3,9	1,3	—	0,7	—	1,1		1,4
Desconocida .....	18,2	9,0	23,7	31,6	23,8	19,1	19,1		18,4
Total <sup>b</sup> .....	100,0								
(1966)	(52.486)	(34.246)	(4.331)	(2.060)	(39.358)	(15.057)	(4.490)		(152.028)

NOTAS: <sup>a</sup> No hay datos publicados posteriores a 1966.<sup>b</sup> No se incluyen 4.791 camas bajo el título de "otros hospitales especiales".FUENTES: I.N.E., *Censo de establecimientos sanitarios, 1966*, Madrid, 1966, p. 4.

## La profesión psiquiátrica española

Recientemente el Director General de Sanidad reconocía que «la asistencia psiquiátrica en nuestro país está en crisis», sin embargo, dijo también que «aproximadamente existen en nuestro país unos 1.500 psiquiatras en ejercicio, lo que significa una tasa de un psiquiatra por cada 22.000 habitantes, es decir, que nos coloca en un adecuado término medio dentro del conjunto de los países avanzados»; por otra parte, «el nivel científico de nuestros psiquiatras es excelente»<sup>9</sup>. Estas afirmaciones revelan una visión optimista y sobresimplificada de la realidad actual. Distintos autores han desmentido estas afirmaciones al considerar la cantidad de psiquiatras que se necesitarían en España para atender a las necesidades de la población. Dentro de las distintas especialidades, la psiquiatría es la menos desarrollada. Así, por ejemplo, en 1973 la tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes era de 4,1, frente a 2,0 en 1956; lo cual significa que el incremento ha sido realmente pequeño, si tomamos los números en su valor absoluto. Si comparamos esta tasa con la de otras especialidades nos damos cuenta de lo insignificante que resulta el incremento de psiquiatras. Si a esto añadimos el alto porcentaje de psiquiatras que trabajan en privado, tenemos una imagen de la insuficiencia de este tipo de profesionales así como de su mala distribución. Por otra parte, la mayoría de los que trabajan en el sector público no son psiquiatras, como tales, sino que tienen otras especialidades como electroencefalografía, medicina interna, ginecología, etc. En ciertos casos el porcentaje de médicos con especialidades distintas de psiquiatría ha alcanzado el 30 o el 40 por 100 del total de médicos de plantilla (González Duro, 1974: 8)<sup>10</sup>. Otro aspecto es que muchos neurólogos se consideran a sí mismos psiquiatras. Este enfoque tiene sus propias raíces históricas en Europa; como Guy Caro (1972: 164) ha señalado: «Se trata de hacer que la psiquiatría ascienda hasta el campo de actividad que le es propio, y, con este fin, liberarla de la tutela, de la colonización de la neurología —cuyo campo de acción es biológico—, situación en la que ha sido colocada y mantenida hasta ahora por la historia de la neurología y de la psiquiatría, y por las estructuras médicas y universitarias.»<sup>11</sup> Esta situación queda claramente reflejada, a un nivel institucional, en los rútolos de las puertas de muchos departamentos de psiquiatría que dicen: «Neurología y Psiquiatría.»

Es necesario asimismo tener en cuenta que los especialistas con dedicación plena son un *rara avis* dentro de la práctica psiquiátrica española. Dedican muy poco tiempo a los pacientes, que ni siquiera conocen cómo se llama su psiquiatra. En resumen, la gran mayoría de los psiquiatras se dedican a la

---

<sup>9</sup> Tomado de YA, «La psiquiatría en España (II): La asistencia psiquiátrica en nuestro país está en crisis» (29 abril, 1976), pág. 42.

<sup>10</sup> González Duro explica esta situación en términos del «persistente prejuicio de que las enfermedades mentales son incurables, y que únicamente se podrían tratar otras enfermedades intercurrentes que pudieran aparecer en los internados» (pág. 27).

<sup>11</sup> Originalmente publicado en francés con el título: *La Médecine en question*.

práctica privada, con lo que están retardando el desarrollo de la asistencia pública<sup>12</sup>. Esta situación es bastante característica de los sistemas sanitarios de las sociedades capitalistas, en las que prevalece la ley cruda de la oferta y la demanda<sup>13</sup>.

No tiene misterio alguno comprender por qué los psiquiatras prefieren la práctica privada en vez de la pública. La razón más importante es que así ellos ganan mucho dinero con un costo mínimo. Además de las ganancias económicas, disfrutan de prestigio y evaden todo tipo de control, ya sea institucional, técnico o profesional. Tienen un poder absoluto dentro de sus clínicas privadas. Cuentan, además, con otras ventajas que consiste en el incremento de la demanda de asistencia mental, entre otras razones porque, en parte, ha remitido bastante el prejuicio en contra de la psiquiatría y de los psiquiatras a nivel de opinión pública. Ahora ya se considera bien el hecho de ir periódicamente al psiquiatra para un chequeo, sobre todo en las clases económicas altas. En cierto sentido podría decirse también que, debido al proceso de secularización, la gente ha sustituido la confesión por la visita al psiquiatra. Sin embargo, esta privatización de la asistencia psiquiátrica tiene una multicausación cuyas raíces están no sólo en el psiquiatra sino también en las instituciones públicas. En síntesis, el psiquiatra, en su clínica privada, se siente libre para hacer lo que quiera, sin ningún tipo de restricción. Normalmente se limita a simultanear psicofármacos recientemente importados con consejos moralizantes.

A pesar de lo que acabamos de decir sobre la psiquiatría privatizada, no existe oposición o competitividad entre clínicas privadas y públicas, porque el psiquiatra trabaja a la vez en su propia clínica privada y en instituciones públicas de las que se sirve para llevar clientes a su clínica particular, con lo que el negocio es perfecto. Por otra parte, el hecho de que la Seguridad Social no haya incluido a los pacientes mentales, ha favorecido la existencia y apogeo de la psiquiatría privada. Otro factor que explica dicho apogeo es el prejuicio que el paciente y su familia han tenido y tienen en contra de ser internado en un «manicomio». Una forma de evitar este internamiento ha consistido en el auge de las llamadas «clínicas de descanso», en las que el paciente puede sentirse confortablemente instalado; pero, como González Duro<sup>14</sup> ha señalado, estas clínicas de descanso no son instituciones psiquiátricas, sino más bien hoteles para enfermos mentales. No es necesario decir que estas clínicas carecen por

---

<sup>12</sup> Esta situación fue ya denunciada en 1961 en los Estados Unidos por la *Joint Commission on Mental Health and Illness*. «Pero la mayor disminución desde el punto de vista de la mejora del tratamiento psiquiátrico de los pacientes mentales en los hospitales y clínicas públicas consiste en que la gran mayoría de los psiquiatras prefieren la práctica privada, o dedican una gran parte de su tiempo a la práctica privada» (pág. 146).

<sup>13</sup> Wairzkin y Waterman han señalado que: «El precio de los servicios médicos, por contraposición a los demás bienes y servicios, no está sujeto a las restricciones habituales de la oferta y de la demanda. Más que en otras profesiones, la oferta de médicos es muy limitada» (pág. 11). Estas restricciones son aún mayores en el campo de la psiquiatría que en el de la medicina.

<sup>14</sup> Según González Duro, estas clínicas existen sólo en las más importantes capitales de provincia Madrid, Barcelona, Valencia (págs. 122 y ss.).

completo del personal y equipo necesarios. En todo caso, lo referente a la psiquiatría privada en España tiene siempre un carácter misterioso, ya que no hay datos. Como dice Enrique Muñoz (1970: 32): «Respecto a ellos (consultorios privados) poco podemos decir. Tan sólo que atienden a un sector económicamente privilegiado de la sociedad y que el número de psiquiatras que tienen una consulta privada no alcanza en nuestro país los límites mínimos fijados por la OMS.»

Volvamos ahora a la evolución del número de psiquiatras en España. Si ponemos en relación el número de médicos en general con la población, es evidente que no hay un decremento en el número de médicos. Destaca, sin embargo la alta proporción de médicos generales. En la *Tabla 6* vemos que la tasa ha ido aumentando constantemente desde 1956 a 1973; existen 8 médicos generales más en 1973 que en 1956 (por 100.000 habitantes). Por el contrario, es sorprendente la escasez de especialistas así como la lentitud de su tasa de incremento. Con todo, la psiquiatría es la «Cenicenta» entre las especialidades, si consideramos el gran aumento de la demanda de los servicios psiquiátricos dentro de la población<sup>15</sup> (Véase la *Tabla 6*). Sin embargo, la tasa de médicos generales continua creciendo en España mientras que en otros países ha ido disminuyendo progresivamente hasta el punto de que «el médico general tal como era entendido, ha desaparecido prácticamente» (Rosegren y Lefton, 1969: 206), mientras que el especialista y el investigador en medicina van a ser indispensables ya que ellos van a ser quienes proporcionen las bases metodológicas del conocimiento y de la práctica médica» (Ib).

Es creencia común que la responsabilidad directa del cuidado de la salud recaerá sólo sobre los médicos. Por otra parte, los médicos sólo constituyen un porcentaje muy bajo del personal sanitario total. Sin embargo, «los médicos y el resto del personal sanitario están tan íntimamente relacionados que el cuidado médico no puede considerarse ya como responsabilidad exclusiva de una profesión sola» (Silver, 1976: 117). Esto implica que «la utilización más eficaz de los paraprofesionales se obtendrá cuando médicos y paraprofesionales mismos sean conjuntamente educados en trabajar como un equipo sanitario eficaz» (Ib.). Rosen (1972: 62) concreta aún más esta idea de equipo: «En última instancia, constituye un reto para cada especialista del equipo la evaluación continuada de su rol específico y de su responsabilidad en relación con cada uno de los demás especialistas representados en el equipo interdisciplinario, de modo que cada uno pueda contribuir al máximo y del modo más eficaz al programa total del servicio y la asistencia.»

Todo el mundo admite la necesidad absoluta de los paraprofesionales en el trabajo psiquiátrico. Todos sabemos también que este personal es prácticamente inexistente en España, donde, por ejemplo, la enfermera psiquiátrica no

---

<sup>15</sup> Juan Casco ha estimado en 20.000 nuevos casos el incremento absoluto de pacientes mentales. La estimación de enfermos mentales en España en torno a 1970 era de 500.000 para una población de 34.000.000 (pág. 174).

TABLA 6  
EVOLUCION DEL NUMERO DE MEDICOS, POR ESPECIALIDADES  
(Por 100.000 habitantes)

Año	Total de médicos	Médicos generales	Pediatría	Quirúrgicos	Ginecología	Dentistas	Psiquiatría
1956	106	52,5	7,3	7,9	6,7	8,8	2,0
1960	114	53,8	8,7	8,9	7,2	9,2	2,2
1966	120	52,9	10,8	10,0	7,6	9,6	2,6
1970	129	56,7	11,9	10,8	7,7	9,9	3,4
1973	138	60,3	12,7	11,4	7,7	10,4	4,1

FUENTES: UMFE, *Unión Médica Farmacéutica Española*.

I.N.E., *Anuarios Estadísticos* (varios años).

Jesús M. de Miguel, "The Role of the Medical Profession in Non-Democratic Countries: The case of Spain". Artículo en viado a la *British Sociological Association*, 1976, Annual Conference (Mimeo).

existe regularmente, entre otras razones porque no hay programas de entrenamiento para ellas. Asimismo es prácticamente nulo el número de asistentes sociales, a pesar de que nadie duda tampoco de la importancia del asistente social en la psiquiatría actual. Este «juega un papel central en el equipo de paraprofesionales» (Rosen, 1972: 64), porque 1) debido a su rol, posee cualificaciones únicas en relación con el equipo como en todo, «además» es el primer punto de contacto con el individuo y/o la familia que se va a convertir en el «caso», el objeto de trabajo del equipo; 2) constituye el mejor canal de comunicación y 3) «proporciona un apoyo constante tanto al cliente o paciente como a su familia» (Ib.).

A pesar de lo que antecede, se sigue pensando, en España, que los problemas de la enfermedad mental son simple cuestión de internamiento psiquiátrico del paciente; y esto en contra de la corriente de la psiquiatría actual en los países avanzados.

Otro comentario final importante es que existe un alto porcentaje de religiosos y religiosas trabajando en centros psiquiátricos, y que normalmente carecen de la cualificación profesional requerida para este tipo de trabajo. Este hecho tiene sus razones, o sinrazones históricas, pero ello no justifica la perdurabilidad de la situación en cualquier caso. Este solo hecho plantea problemas decisivos a la psiquiatría española, problemas, que no serán nada fáciles de resolver en una sociedad como la nuestra. Pero el tratamiento adecuado de este tema sería objeto de otro trabajo completo.

## La psiquiatría española y su crisis actual

Ya dijimos más arriba que la psiquiatría española ha estado fuertemente ligada a diversos condicionamientos políticos. Una vez más estos lazos han resurgido «simbólicamente» quizá, hace muy poco tiempo cuando López-Ibor fue a *visitar* al señor Suarez tras la última crisis gubernamental. Sea símbolo o realidad, el hecho es que la noticia fue ni más ni menos que ésta: *Sorpresa López-Ibor*:

De todas las sorpresas que se han producido durante la última crisis, una de las más notables ha sido la inesperada visita del doctor López-Ibor al flamante presidente del Gobierno. El célebre psiquiatra mayor del régimen fue a visitar al señor Suarez acompañado de sus nietos. El hecho de que el doctor López-Ibor esté de alguna manera relacionado con el *Opus* dio ciertos visos de verosimilitud a la posibilidad de que fuese un ministrable del momento. Otra posibilidad era que alguien, por las alturas, se hubiese vuelto loco. Finalmente López-Ibor declaró que no había ido a ver al presidente «ni por razones médicas ni por razones políticas». Hubo un respiro general<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> *Cuadernos para el diálogo*, núm. 168, 2.ª época (17-23 de julio, 1976).

La noticia es quizá más clara por lo que no dice que por lo que dice, si bien también lo segundo está bastante claro.

Quizá son estos lazos, antes mencionados, los que un puñado de psiquiatras jóvenes están tratando de romper, en busca de un cambio substancial dentro de la psiquiatría española. El tipo de cambio buscado es, tanto a nivel personal como institucional. Este afán de cambio va teniendo ya raíces propias a partir del primer conflicto ocurrido en un hospital mental en España en 1971, cuando el Director y 22 psiquiatras fueron despedidos del hospital de Oviedo. Las protestas, encierros y asambleas en centros psiquiátricos de Madrid, Barcelona, Oviedo y Galicia han supuesto algo más que reivindicaciones salariales. Una característica común a todos los conflictos de este tipo es que siempre han sido entre instituciones oficiales y el personal sanitario. Entre dichas instituciones están, entre otras, el Instituto Nacional de Previsión, la Policía, la Magistratura de trabajo, la Dirección General de Sanidad y el Ministerio de Gobernación. Otra característica es la casi imposibilidad de diálogo entre las partes contendientes, así como la omnimoda presencia de la policía. Otro aspecto importante es que los conflictos empezaron dentro de o por cuestiones psiquiátricas o de psiquiatras<sup>17</sup>. Por otra parte, el Gobierno ha tratado de llevar a cabo las reformas sanitarias por su cuenta, y, como es habitual, no se ha consultado ni a los realizadores ni a los consumidores de dichas reformas; es decir, no se ha procedido democráticamente. Además, en todos los Informes, Planes y Libros Blancos, la psiquiatría ha sido siempre el pariente pobre de la ya de por sí pobre medicina española.

No obstante, como dicen los pesimistas, algo se ha avanzado y ya es posible hacer un Contra-informe a un informe del gobierno. Nos referimos al Contra-informe recientemente elaborado por el Centro de Estudios Argumento<sup>18</sup>.

En resumen, las decisiones en España se toman desde arriba en casi todo, si no en todo. No es una excepción el caso de la Sanidad. De ahí que los profesionales de la salud y la enfermedad se sientan rebajados, contrariados y minusvalorados, al ver que en muchos casos no pueden realizar su trabajo sin cortapisas oficiales. Como dice Fernando Lara (1976: 17): «No resulta, pues, extraño que los propios médicos califiquen a la situación por la que están pasando de «vejatoria». Y que hayan realizado paros, asambleas y protestas contra 'la infravaloración de nuestro trabajo'.» Todo este «movimiento de masas del sector» sanitario refleja fielmente la aguda crisis que está atravesando la medicina en general y la psiquiatría en particular. Ya era tiempo que los profesionales de la salud y la enfermedad en España tomaran conciencia de la explo-

---

<sup>17</sup> El artículo de Sánchez e Infante constituye uno de los primeros intentos de sistematizar de alguna manera los conflictos habidos dentro del sector sanitario en los últimos años (véase la Bibliografía).

<sup>18</sup> «El Informe del gobierno, un diagnóstico errado», *Cuadernos para el diálogo*, núm. 155, 2.ª época (17-23 abril, 1976), págs. 38-39. Puede consultarse también «La reforma sanitaria del gobierno, contestada», *Triunfo*, Año XXX, núm. 693 (8 mayo, 1976), págs. 38-39.



tación que suponía (y supone aún) el ejercicio de sus tareas diarias, tanto para la sociedad como para ellos mismos.

## A modo de conclusiones

1. De la discusión que antecede podemos concluir sin lugar a dudas que la psiquiatría española lleva realmente el «farolillo rojo» del tren del sistema sanitario español.

2. Hay una terrible falta de información estadística confiable sobre la enfermedad mental en España.

3. Aún permanece la oposición «custodialismo» *versus* «humanismo» dentro del sistema sanitario (psiquiátrico) tanto en la ideología de los profesionales como en la estructura sanitaria misma (Gilbert, *et al.*, 1970: 574 y ss.) en un momento en que ya se ha producido un salto hacia formas de tratar la salud y la enfermedad mental de un modo más humano. En este sentido, estamos de acuerdo con Rosegren y Lefton (1969: 68): «Tanto el hospital general como el hospital psiquiátrico custodial han sido considerados burocráticos por su misma naturaleza. El primero, sin embargo, parece producir un cuidado de los pacientes más eficaz desde un punto de vista comparativo, mientras que el segundo es visto con más frecuencia como un medio de tratar a los pacientes sin eficacia y sin decencia.»

4. A pesar de los esfuerzos (ciegos, a veces) hechos por el Gobierno, la reforma sanitaria apenas si ha empezado. Además, la gente encargada de planificar dicha reforma ha pensado que el cambio habría de provenir, como una consecuencia directa, de dedicar más dinero a los problemas sanitarios, sin tener en cuenta que el problema va más allá de la economía hasta el corazón mismo de la estructura sanitaria.

5. Una de las metas más urgentes es la inclusión de la asistencia psiquiátrica dentro de la Seguridad Social. Otra meta es la creación de un Ministerio de Sanidad para evitar la desorganización que caracteriza a la medicina en general y a la asistencia psiquiátrica en particular. Sería este un buen medio de eliminar dependencias absurdas de otros organismos oficiales, ajenos de por sí al campo de la medicina. Urge también que las planificaciones tengan en cuenta las diferencias regionales, pasando por alto determinados factores ideológicos relativos a la unidad.

6. En este trabajo apenas hemos mencionado algunos puntos importantes dentro de la práctica psiquiátrica. Nos referimos a que la gente piensa que el único lugar apropiado para que el enfermo mental pueda curarse es el hospital psiquiátrico. Este es el enfoque atrasado que aún se practica en España. El tratamiento es intrahospitalario. Falta crear servicios extrahospitalarios que permitan curar mejor y más rápidamente al enfermo, y que no le cronifiquen dentro de las paredes del hospital. Son inexistentes en España servicios tales como hospitales de día, hospitales de noche, servicios de rehabilitación, casas de convalecencia, servicios de información pública, laborales y organizaciones de ex-

pacientes mentales. Realmente estos servicios son difíciles de crear mientras no se haga una auténtica psiquiatría de la comunidad, tal como se viene haciendo ya en muchos países.

7. Una cosa sí es cierta de la psiquiatría española actual, y es que los conflictos habidos han hecho tomar conciencia de los problemas a muchos profesionales. Existe una nueva generación consciente de la necesidad y urgencia de un cambio rápido, y que se está preparando para ese cambio.

8. ¿Cómo es posible que habiendo sido España uno de los países que primero se preocupó sistemáticamente de los enfermos mentales se encuentre ahora entre los países más subdesarrollados del mundo de la psiquiatría?

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALMARCHA, Amparo et al.: *Estadísticas básicas de España 1970* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1975).
- AUMENTE, J.: «Nosotros los médicos al servicio del sistema», *Triunfo*, Año XXX, núm. 665 (junio, 1975): págs. 29-32.
- CARO, Guy: *La medicina impugnada: La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista* (Barcelona: Editorial Laia, 1972).
- CASCO, Juan: «La asistencia psiquiátrica», págs. 169-180 en T. Alvarez, *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975).
- CLARAMUNT LOPEZ, Fernando: *Psiquiatría y asistencia social* (Madrid: Euramérica, 1966).
- ENRIQUE MUÑOZ, Pedro: *Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1970).
- ESPINOSA, Julián: «El nacimiento de los manicomios», págs. 33-51 en Franco Basaglia et al., *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial* (Barcelona: Barral, 1975).
- GILBERT, Doris C. y LEVINSON, Daniel J.: «'Custodialism' and 'humanism' in Mental Hospital Structure and in Staff Ideology», en Henry Wechsler et al., *Social Psychology and Mental Health* (Nueva York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc., 1970).
- GONZALEZ DURO, Enrique: *Informe sobre la asistencia psiquiátrica en España* (Madrid: Cuadernos para el diálogo, Colección Los Suplementos, 1974).
- INE: *Anuario Estadístico de España 1975*, Madrid, 1976.
- JOINT COMMISSION ON MENTAL ILLNESS AND HEALTH: *Action for Mental Health: Final Report* (Nueva York: John Wiley and Sons, Inc., 1961).
- KAPLAN, Howard B.: *The Sociology of Mental Illness* (New Haven, Conn.: College and University Press, 1972).
- KRAMER, Morton: *Applications of Mental Health Statistics* (Ginebra: OMS, 1969).
- LARA, F.: «Psiquiátrico de Leganés: Un equipo en peligro», *Triunfo*, Año XXX, núm. 693 (mayo, 1976), pág. 17.
- M. M.: «El Informe del Gobierno, un diagnóstico errado», *Cuadernos para el Diálogo*, núm. 155, 2.ª época (17-23 de abril, 1973), págs. 38-39.

- MIGUEL, Amando de: «Psiquiatría y sociedad: El lugar de la enfermedad mental en la estructura social», *Papers: Revista de Sociología*, 1 (1973): 11-36.
- MIGUEL, Jesús M. de: «The Spanish Health Planning Experience», *Social Science and Medicine* (1975): págs. 451-459.
- *Health in the Mediterranean Region: A Comparative Analysis of the Health Systems of Portugal, Spain, Italy and Yugoslavia*, Tesis de Ph. D.; Yale University, USA; 1976 (Ann Arbor, Mich.: University Microfilms, 1976).
- OLTRA, Benjamin y SALCEDO, Juan: «Estadísticas e ideología», *Papers: Revista de Sociología*, 1 (1973): págs. 67-96.
- ROSEN, Harry M.: «Social and Team Work», págs. 62-66 en L. Miller (ed.), *Mental Health in Rapid Social Change* (Jerusalem: Jerusalem Academic Press, 1972).
- ROSENGREN, William R. y LEFTON, Mark: *Hospitals and Patients* (Nueva York: Atherton Press, 1969).
- SANCHEZ CLEMENTE, Maxi e INFANTE, Alberto: «Los movimientos de masa del sector: Cronología seleccionada de los conflictos», págs. 245-275 en Alvarez et al., *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975).
- SILVER, George A.: *A Spy in the House of Medicine* (Germantown, Maryland: Aspen Systems Corporation, 1976).
- ULLERSPERGER, Juan Bautista: *Historia de la psiquiatría y de la psicología en España* (Madrid: Alhambra, 1954).
- WAITZKIN, Howard B. y WATERMANN, Bárbara: *The Exploitation of Illness in Capitalist Societies* (Indianápolis, Indiana: The Bobbs-Merrill Company, Inc., 1974).

## Capítulo 14

# LA IGLESIA ANTE LA REFORMA SANITARIA

Adolfo Perinat\*

*(Universitat Autònoma de Barcelona)*

Francisco Sola\*\*

*(Técnico en Planificación y Coordinación  
Hospitalaria)*

Tres son los temas sometidos a debate en este capítulo. Primeramente se pasa revista a las formas de presencia de la Iglesia Católica en el campo sanitario y se analiza la crisis que, dentro de ella, pone en cuestión su forma de presencia institucionalizada. Luego se estudian algunas de las exigencias que en el sentir de la Iglesia Católica una planificación sanitaria debe tener en cuenta en lo que toca a su acción en el campo de la salud. Finalmente, se plantea la conveniencia de una colaboración de la Iglesia Católica en la planificación sanitaria española sugiriéndose algunos requisitos que debe satisfacer.

---

(\*) ADOLFO PERINAT, es licenciado en Ciencias Físicas, y doctor en Sociología por la Universidad de Paris Sorbona. Ha sido profesor encargado del curso «Mathematiques pour les Sciences Humaines» en la Universidad de Paris-Sorbona. Es profesor de «Métodos de Investigación en Ciencias Humanas» en los Departamentos de Sociología y Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha sido becario de la Fundación Manuel Aguilar. En la actualidad es *Visiting Assistant Research Sociologist* en la Universidad de California (San Diego), en Estados Unidos. Su dirección profesional es: Profesor A. Perinat, Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona.

(\*\*) FRANCISCO SOLA, es diplomado por ESADE, y por la Dirección General de Sanidad en Organización Hospitalaria. Ha sido director de varios hospitales de la Orden de San Juan de Dios. En la actualidad es presidente de la Oficina Técnica de Planificación y Coordinación Hospitalaria de la misma entidad. Su dirección profesional es: F. Sola, Hospital de San Juan de Dios, Carretera de Esplugas, s. n. Barcelona-17.

## Introducción

Estamos en el pórtico de una España nueva. La sanitaria, entre otras instituciones, también se ve sacudida por vientos reformistas. Las disfunciones del actual sistema sanitario (aunque no sea más que el hecho de que depende de dieciocho departamentos ministeriales), están siendo ya demasiado chirriantes como para que de un momento a otro no se atajen los males endémicos del sistema sanitario español. La Iglesia está presente de diversas maneras en el campo de la salud. Una reforma sanitaria, como la que está en el ambiente, le toca muy de cerca. No sólo porque mantiene instituciones sanitarias específicas a través de congregaciones religiosas gestoras de hospitales, sino también porque en otro, muchos privados o de la Seguridad Social, religiosas y sacerdotes prestan allí servicios. En este gran período de revisión, por momentos un poco desgarrada, a que la Iglesia ha venido sometiendo a consecuencia del Concilio Vaticano II también había de llegar la hora de revisar su inserción en el campo de la salud. A partir de situaciones críticas o delicadas porque atraviesa toda acción social de cariz confesional, los responsables de aquélla han venido a cuestionarse, primero, cuáles son sus posibilidades reales de acción en el campo de la salud aquí y ahora. La penuria de vocaciones religiosas, la situación económica delicada porque pasan muchos hospitales de beneficencia, la falta de expertos y cuadros entre los religiosos y religiosas que se dedican a faenas hospitalarias, el conflicto entre los intereses profesionales, las exigencias técnicas y los valores religiosos que se manifiesta en el ejercicio de la asistencia sanitaria, son problemas que hay que afrontar cada día con más urgencia. Pero la crisis —si crisis hay— no es puramente de orden tecnológico u organizativo. Es también una crisis larvada de sentido: ¿qué significación y/o legitimación se da a sí mismo el religioso hospitalario para seguir dedicando su vida a esta labor? O bien, si abandona el campo ¿qué significación y/o legitimación se dará a sí mismo para hacerlo? Tales son las cuestiones que, implícita o explícitamente, están sobre la mesa del debate. Es obvio que aquí no vamos a dar respuesta ni tampoco improvisar un «escenario» (lo cual, dicho sea de paso, resultaría fascinante). Nuestro propósito es sistematizar y perfilar esta problemática. Luego —remedando a Machado— probablemente la Iglesia «caminando, hará camino al andar».

## La Iglesia, la salud, la sanidad

Desde ya hace unos años la Iglesia viene reflexionando profundamente acerca de su presencia e inserción en lo que ella llama «realidades terrenas» o lo que el sociólogo denominaría instituciones y organizaciones. La Iglesia ha sido una instancia institucional profundamente mezclada al desarrollo de la cultura occidental. La educación y la asistencia pública han sido, durante siglos, dominios que le estaban adscritos naturalmente. Dentro de la concepción del mundo impregnada de valores religiosos que reinaba en la Edad Media y aún en la Moderna, educar y curar eran actos religiosos. Muchos hombres y mujeres dedicaron enteramente su vida a ellos por justificaciones religiosas. Andando el tiempo la sociedad ha ido tomando el relevo de estos campos. Primero la Iglesia lo interpretó como desafío y concurrencia de un laicismo antirreligioso. Hoy hablamos de un proceso de secularización e interpretamos aquella labor de la Iglesia como una «suplencia anticipatoria». En cualquier caso, está presente en estos campos de actividad social y, por razones que enseguida examinaremos, cree que puede y debe seguir en ellos.

Aunque la Iglesia haya pasado ya la antorcha de su acción social-institucional a la sociedad civil, cada vez más racional y técnicamente eficaz, entiendo, no obstante, que debe ejercer *vis-à-vis* de ésta una acción ideológica. Esto es, la Iglesia asume explícitamente el papel de instancia orientadora de la actividad humana en todos sus órdenes. Puede ser que las razones que se da a sí misma para hacerlo no sean las que mueven a los poderes públicos a aceptar su magisterio. Tampoco hoy día la Iglesia es la única instancia que propone una «visión del mundo» o «un sistema de opiniones basado en un sistema de valores que orienta los objetivos del desarrollo de la sociedad, de los grupos o del individuo»<sup>1</sup>. Está en competición con otras dentro de un mercado de valores orientativos en vistas a la acción. Su influencia social es un hecho y, sólo en la medida que ésta exista, la visión del mundo y la ética que propone serán tenidas en cuenta por los planificadores políticos. No nos toca aquí analizar las vías y los medios de esta influencia. La aceptamos *de facto* en la realidad española de hoy y suponemos que es razón de ella que este capítulo tiene aquí cabida. En términos estrictamente sociológicos la Iglesia en España es una de las instancias más fuertes de *control social*. Este control lo ejerce no sólo por tomas de posición explícitas en relación con los problemas sociales y por su acción a través de sus instituciones educativas, sanitarias y otras, sino incluso por el valor simbólico que reviste su presencia en ciertos sectores defavorecidos o reacios a su influencia.

### La salud y la sanidad a los ojos de la Iglesia

La Iglesia ha insistido suficientemente que el ser humano y sus problemas constituyen su preocupación primordial. La enfermedad y la salud es uno de

---

<sup>1</sup> Adman Schaff, «La définition fonctionnelle de l'idéologie et le problème de la fin du siècle de l'idéologie». *L'Homme et la Société*, 4 (1967): 50.

los temas bíblicos por excelencia. Hoy ya no los denominamos de manera tan restrictiva y hablamos de asistencia sanitaria en general. La Iglesia no tiene por qué repetir o glosar las declaraciones internacionales que hablan del derecho a la salud que posee todo ser humano. Tampoco es ninguna instancia planificadora que ponga en práctica realizaciones concretas que hagan de este derecho a la salud una gozosa realidad. La Iglesia estimula en el dominio público toda planificación que propenda a ello; en el dominio institucional y privado igualmente estimula toda ética hospitalaria y médica que tienda a la plenitud de facultades en el individuo. Eventualmente señala aquellos defectos del sistema sanitario que retardan u obstaculizan el ejercicio de ese derecho a la salud. En este sentido denuncia las barreras económicas y administrativas que dificultan una asistencia sanitaria adecuada en España hoy. Para nadie es un secreto que los servicios sanitarios españoles revelan una sociedad no integrada, con centros para ricos por un lado y para pobres por otro. Para nadie es un secreto que hay demasiados intereses y estratos profesionales en el ejercicio de la sanidad institucionalizada que dificultan el doble diagnóstico, clínico y asistencial-social, de que debe gozar el enfermo. Son también demasiado generales y autorizadas las críticas contra «la dispersión en la propiedad, dependencia y gestión de los distintos hospitales públicos» como para que la Iglesia no se haga también eco de este problema<sup>2</sup>. Es consciente que el desequilibrio en la distribución de servicios que separa el campo de la ciudad se manifiesta de modo alarmante en el sector sanitario. Asimismo llama la atención sobre el abandono inveterado que afecta a todo el sector de minusválidos, subnormales y ancianos, grupos marginados por una sociedad dominada por la eficacia y el consumo.

Frente a todo este haz de ideas-fuerza que piden ser trasladadas al plano de los hechos, no basta apelar a una ética individualista, la que impregnaría —pongamos por caso— al «médico católico» que cumpliera fielmente con su código deontológico. Hoy es preciso estimular las realizaciones colectivas que lleven a una medicina socializada y, al mismo tiempo, a medida de cada persona<sup>3</sup>. Este es dominio de competencia del Estado. La Iglesia puede ofrecer su colaboración, como cualquier otro segmento de la vida social empeñado en búsqueda del bien común, pero no tiene fórmulas especiales u óptimas que proponer. Ella se preocupa más bien de interrogarse sobre la medicina (que es técnica y es relación terapéutica) a la luz del Evangelio. Quisiera llegar a una síntesis armoniosa entre estos dominios y plantearse en términos exactos los pro-

---

<sup>2</sup> Manuel Fraga Iribarne, «La sanidad española a consulta», declaraciones para la revista *Jano* (12 marzo, 1976).

<sup>3</sup> Una medicina socializada para la Iglesia no es aquella que deja en manos del Estado la organización, gestión y control de la asistencia sanitaria a todos los niveles, desde la planificación nacional hasta la gestión del último dispensario de barriada. Una medicina socializada es la que realiza operativamente el acceso de los medios de asistencia sanitaria de todos los ciudadanos sin distinción de clases sociales y que asocia en este empeño iniciativas a niveles intermedios respetando el principio de subsidiariedad. Véase a propósito de todo este tema el esclarecedor artículo de Karl Jente: «La sociedad sin clases, el hospital sin clases», *Das Krankenhaus*, 12 (1969).



blemas delicados que pueden surgir en las zonas comunes a ambos. Esto es algo mucho más desconcertante y problemático que la asistencia religiosa al enfermo, actividad a la que no puede ser relegada. Es más, ésta sólo puede concebirse dentro del marco global de una teología y una antropología en la cual la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, y el sentido de los esfuerzos titánicos del ser humano por dominarla sean contemplados armónicamente.

## La presencia de la Iglesia en el campo sanitario

Tradicionalmente la Iglesia ha jugado un papel importante en el campo asistencial. En la noche de los tiempos (*the dark age*) fueron iniciativas particulares de personajes carismáticos que erigieron hospitales para enfermos y peregrinos. Luego vino la era de las instituciones religiosas especializadas, San Camilo, San Juan de Dios, las Hermanas de la Caridad, etc. Hoy, en la «ciudad secular» es una discreta y eficaz colaboración en mil facetas del dominio asistencial que van desde la dirección y gestión de hospitales y asilos a la prestación de servicios de toda índole. Vamos a hacer una breve exposición de lo que se refiere a España. Al lado de las formas de actividad y efectivos de presencia de la Iglesia en el mundo sanitario español nos aplicaremos a captar al sentido que los religiosos que la ostentan dan a su actividad.

En primer lugar, la Iglesia ejerce una presencia institucionalizada, es decir, que se integra dentro del sector sanitario organizado, ya sea oficial ya sea privado. La materializan: los hospitales y centros asistenciales propios de los religiosos de diversas congregaciones dedicadas específicamente a ello; los hospitales y centros asistenciales que, sin ser propiedad jurídica de una congregación religiosa les ha sido confiada por Ayuntamientos, Diputaciones, incluso por compañías privadas, como responsables de gestión; y los dispensarios parroquiales.

Ultimamente, empieza a ponerse en práctica otra modalidad de presencia que es la de pequeños grupos de religiosos o religiosas contratados por un centro en vista de ciertos servicios específicos. Podemos situar aquí el puesto tradicional de capellán de centro sanitario<sup>4</sup>.

Todas estas modalidades tienen de común que el teatro de la actividad de la Iglesia es una unidad del organigrama de la red asistencial nacional dotada de una infraestructura mínima (edificio, fondos, personal, organización). Pero sobre todo, lo que las distingue de las otras formas de presencia asistencial es que la Iglesia hace delegación oficial en sus religiosos o sacerdotes. Primero, porque el contrato de prestación de servicios se pasa a nivel de instituciones (un Ayuntamiento, por ejemplo, con una Congregación religiosa); segundo, porque esta última conserva un control total sobre la actuación de sus miem-

---

<sup>4</sup> Los efectivos en personal de la Iglesia en el campo sanitario se evalúan en torno a los 13.000 religiosos y religiosas y 1.000 sacerdotes. Desgraciadamente no disponemos de estadísticas desglosadas ni por sectores, ni por actividades, ni por categorías de empleo ni localización.

bros, fuera del campo estrictamente técnico en que están sometidos al organigrama del centro.

Al lado de estas formas de asistencia integradas dentro de un «aparato» se están produciendo brotes de actividades espontáneas, pioneros que, de una u otra manera, pretenden escapar a los condicionamientos insituacionales. Unos son aquellos religiosos o religiosas que prestan servicios en los hospitales a *título personal*, como un empleado más sometido a contrato y obligaciones comunes, sin la «patente de corso» que supone ser miembro del grupo propietario o gestor del centro. Otra es la de religiosos o laicos que actuando explícitamente por convicción religiosa se lanzan a remediar situaciones de abandono y subdesarrollo sanitario en suburbios, en el campo. A veces estos religiosos actúan aisladamente, a veces junto con seglares; por lo general suelen vivir en una comunidad más o menos desinstitucionalizada.

Que por último, una forma de presencia atenuada en la Iglesia en el campo sanitario que es la que realiza el profesional católico (médicos, ATS, etc.), cuya actuación se inspira y se rige por los principios de la Iglesia en el ejercicio de la profesión. Nótese, sin embargo, que esta forma de presencia no es ostensible más que en los momentos de conflictos de normas, cuando las del hospital o centros sanitarios chocan con las personales de profesional y en que la toma de posición de éste se funda en sus convicciones religiosas. Sería el caso del médico que se niega a practicar un aborto o un acto de eutanasia. La automarginación del individuo y los riesgos sociales que comporta da realce a actitudes de esta índole que redundan en prestigio del grupo cuyos valores son así proclamados. Es el «testimonio» (palabra también hoy día muy usada en los medios religiosos), cuya forma extrema fue en su tiempo el martirio.

Como es bien sabido el paso de la forma integrada en el aparato sanitario a la forma *savage* es el resultado de una crisis profunda en que está implicada toda la acción social de la Iglesia. Explicarla en detalle excede los límites de este trabajo pero tampoco podemos soslayar el tema y, aún a riesgo de simplificaciones abusivas, vamos a abordarlo esquemáticamente.

En la base de toda actividad humana, y más aún en la altruista, hay una serie de valores orientativos y legitimantes. Según los momentos históricos las formas de acción legitimadas varían. Lo que en una época dada era indiscutible pasa a ser cuestionable y quizá termina siendo rechazado y sustituido. Algo de esto está hoy día sucediendo con la acción religiosa encorsetada en organizaciones de tipo burocrático (hospitales, colegios). En la base de todo este movimiento de revisión y autocrítica que cierto sector de la Iglesia está llevando a cabo hay hechos que han actuado de detonadores. Uno de ellos es la penuria de vocaciones, problema eminentemente práctico pero, a la vez, un interrogante teórico que no se puede liquidar echando la culpa al «mundo, demonio y carne». Otro es la abertura de los religiosos a la formación e información que les ha reintegrado a la sociedad. Muchos sienten mala conciencia de segregados y privilegiados. De ahí a contemplarse prisioneros de un sistema institucional que cubre sus necesidades a cambio de una disponibilidad total a decisiones

que se les escapan en cuanto a lugar y modo de actividad, va un paso. Ha surgido también un malestar por la distancia que el aparato material (edificios, instalaciones) establece entre el religioso y «los pobres a evangelizar». Hay una crisis larvada de sentido. No todos los religiosos la perciben con misma intensidad; podemos decir que es particularmente aguda en los jóvenes. Entre ellos ha surgido ese término tan contundente del «anti-testimonio».

Las soluciones que provienen del cuerpo institucional son más bien doctrinales y orientativas. Es difícil cambiar de rumbo sistemas que están concebidos para una actividad determinada y funcionan de acuerdo con pautas burocráticas; es más fácil hacer declaraciones rotundas pero sin programas que las apliquen. Las congregaciones religiosas, con todo, intentan reformas que se cifran en reorganizar sectores, impulsar la formación de sus miembros, autorizar ciertas experiencias, etc. Por su parte, algunos religiosos, a título personal o en grupos reducidos, encuentran de corto alcance estas medidas. Pasan directamente a la acción y, sin romper abiertamente con la congregación, se dedican a actividades fuera de los marcos institucionales de la misma. A veces obtienen una autorización de sus superiores en debida forma, otras la arrancan por sorpresa o planteando hechos consumados.

Todo esto es muy descriptivo; estamos exponiendo la situación en lo que Kuhn llamaría «el contexto de descubrimiento». Podemos avanzar un poco si ahora nos centramos en el «contexto de justificación». La Iglesia, inseparable del desarrollo de la cultura occidental, es uno de los grandes «culpables» de ese impulso de racionalización que ha sido la línea directriz de nuestra evolución cultural. Racionalización o maestría técnica y «desencantamiento del mundo» son el haz y el envés del mismo problema pero que abocan al domino de la naturaleza y al progreso. La Iglesia era casi la instancia única que aseguraba los servicios (sector terciario) en un mundo agrícola medieval (sector primario). A partir de la Edad Moderna otras instancias van surgiendo a su lado que constituyen el «sector terciario»<sup>5</sup>. La lógica propia del mismo es la mejora de los servicios y por tanto, una mayor racionalidad. Desde el punto de vista organización humana la burocratización responde a este impulso. He aquí por qué la Iglesia, en su forma de presencia social, *no puede escapar a la burocratización*, objeto de tantos denuos por los profetas de hogaño. Además la concienzuda dedicación de los religiosos y la experiencia que acumularon produjo unos servicios de excelente calidad para su tiempo, lo cual, en un sistema de libre mercado y de escasez de servicios debía fatalmente llevar a que los ricos se aprovecharan de ellos. Si no los acapararon del todo fue porque la Iglesia siempre ha tenido quien le recordase que los pobres era la parte que le está reservada. Por otra parte, el trabajo no remunerado de los religiosos sumado a su austeridad

---

<sup>5</sup> Estas denominaciones modernas son inaplicables a épocas pasadas, entre otras cosas, porque el «sector secundario» no nace hasta el siglo XIX. Si planteamos la cuestión en estos términos es por claridad.

de vida produjo la acumulación de riquezas<sup>6</sup>. En definitiva, la Iglesia ha creado a través de sus congregaciones religiosas un sistema de «organización racional del trabajo», dedicado a actividades terciarias y productor de riqueza.

Y así lo habíamos heredado en nuestros días. De pronto, y en la década de los sesenta, ha sobrevenido la crisis del mismo. Paradójicamente hoy está revisándose a la luz de mismos principios que lo engendraron: el servicio a los pobres. Nótese que la lógica propia de todo servicio (incluso el de los pobres) es la eficacia, la calidad y para ello se precisa un *minimum* de organización. El resto es cuestión de grado: si se quiere dar de comer a cien mil personas pase que una vez se haga distribuyendo los panes en cestillos pero a la larga se montará un auto-servicio con computadora electrónica en la puerta. Si se quiere crear un servicio de urgencias en un barrio marginal bastará un sótano o una sacristía parroquial; pero si se trata de erradicar infecciones y prevenir epidemias habrá que erigir un dispensario o un hospital. La espiral de la racionalidad de los servicios se desarrolla implacablemente a partir de la primera realización y lo que comenzó como una aventura descabellada en una chabola puede acabar en un rascacielos de acero y cristal. Ello incluso cuando se instauran estos servicios en medio del campo o en las selvas del Tercer Mundo. Por qué y cómo el doctor Schweitzer y Charles de Foucauld, cada uno a su manera, pudieron evitarlo debería ser estudiado con detenimiento.

La única escapatoria viable es la de, en un momento dado, *salir fuera del sistema* para echar la semilla de otra realización nueva. Este es justamente el proceso que por intuición están desarrollando dentro de la Iglesia los que hemos llamados pioneros. Ellos realizan la utopía, es decir, crean «el otro lugar» soñado a la vez que posible. No se puede reformar nada permaneciendo en el mismo sitio, circunscrito por los mismos muros y dentro del mismo pequeño mundo. Para dar cuerpo a una idea nueva hay que buscar un lugar nuevo y horizontes geográficos distintos. Por eso hacen las nuevas comunidades en pisos de vecindad o en casas en medio del campo; por eso los grandes hospitales y los colegios de religiosos corren el riesgo de ser abandonados.

Es obvio que todo este razonamiento no tiene nada que ver con las legitimaciones que los religiosos se dan a sí mismos ya sea para «dejar las estructuras» ya sea para continuar actuando dentro de una organización tradicional. Ambas posturas son teóricamente respetables. Sin embargo, una reflexión teológica por un lado, y, una presión social por otro, exigen cada vez con más fuerza que las realizaciones de religiosos se orienten en la línea de pobreza evangélica y de ayuda a los desheredados. Algunos llegan hasta preguntarse si corresponde a las congregaciones religiosas guardar la propiedad jurídica de las obras que animan. La Iglesia atraviesa un período de revisión y autocrítica sin paliativos que es un poco desconcertante pero que era necesario para alejar de ella el *fatum* de la «instalación».

---

<sup>6</sup> Es la conocida tesis de Max Weber en su *Ética protestante y espíritu del capitalismo*.

## Consecuencias para la Iglesia de una reforma sanitaria

La Iglesia realiza su acción social, como hemos dicho, a través de instituciones y organizaciones humanas. Estas están sometidas a los imperativos de las planificaciones estatales. Cualquier remodelación de las mismas afecta, junto con otras, a sus organizaciones. Intentemos ver en líneas generales cómo una reforma sanitaria en España puede incidir en sus distintos campos de acción antes mencionados. Queremos delimitar un haz de consecuencias las más probables, dentro del universo de las previsibles.

Los hospitales propios de la Iglesia pueden verse afectados de varias maneras por la reforma sanitaria. Suponemos de entrada que ésta no va a proceder al estilo de las desamortizaciones decimonónicas que aunque contabilizadas a la larga dentro del «no hay bien que por mal no venga» fueron traumáticas para nuestros abuelos. Sin ir tan lejos, un conjunto de medidas planificadoras que afectasen a su equilibrio presupuestario o al estatuto del personal religioso podrían acabar con ellos.

Los hospitales de la Iglesia deben satisfacer el *minimum* de calidad de servicios requerida. Esto implica un volumen de gastos, que, si gravitan exclusivamente sobre la clientela, lleva ineluctablemente a hospitales privados, es decir, para ricos. La Iglesia no acepta esta alternativa y cerraría estos hospitales; por tanto, plantea al Estado una forma de colaboración concertada. Desea que sus servicios sanitarios tengan un carácter de servicio público en la medida que son subvencionados por el Estado. Ahora bien, reclama al mismo tiempo una cierta independencia de gestión. Tanto el alcance de ésta como el nivel de control a que debe someterse tienen que ser objeto de negociación. La existencia de hospitales de la Iglesia o confesionales no es una concesión graciosa basada en cálculo político o en una benevolente simpatía hacia las viejas «instituciones de caridad»; es una consecuencia del principio de subsidiariedad que la Iglesia defiende con ardor. Este principio afirma que «no se debe sustraer a la competencia de los individuos para confiar a la comunidad lo que aquellos pueden realizar, y reservar a una sociedad mayor los que comunidades intermedias pueden llevar a cabo»<sup>7</sup>. El hospital de la Iglesia no hace medicina «católica» ni asistencia sanitaria «cristiana». Los valores religiosos y humanos que lo informan se manifestarán, tanto en el dominio de las relaciones empresariales como en el estilo de asistencia que lleva a cabo. El enfermo es un individuo marginal a la sociedad y psicológicamente en estado de inseguridad y desamparo. La imagen social del hospital de religiosos inspira entre nosotros confianza y da seguridad. Es quizá uno de los últimos reductos en que aún no se ha disipado «la confianza en la eficacia humanizadora de lo religioso»<sup>8</sup>. Visto desde este ángulo, la Iglesia no debería deshacerse en sus hospitales. Los enfermos y sus fami-

<sup>7</sup> Juan XXIII. *Mater et Magistra*, punto 53.

<sup>8</sup> Ricardo Alberdi, et al., «Afirmaciones para un tiempo de búsqueda», *Vida Nueva*, 1.038 (10 julio, 1976): 14. Este documento está firmado por un grupo de teólogos españoles: Alberdi, Belda, González de Cardenal, Martín Velasco, Palenzuela, Sebastián y Setién.

liares esperan ser allí atendidos con la atención que merece su caso. Aunque a lo largo de su estancia no puedan tratar frecuentemente con el religioso o religiosa hospitalarios saben que pueden recurrir a ellos<sup>9</sup>. Todos estos son elementos decisivos del contexto ambiental que influyen favorablemente en el proceso terapéutico. La sociedad española perdería bastante el día que desaparezcán los hospitales de la Iglesia.

Pero el hospital de la Iglesia es una concreción de un sistema de valores que comporta ciertas normas éticas específicas. La Iglesia (y en general, toda instancia confesional) reclama para sí el derecho de actuar allí dentro de acuerdo con ellas. No por privilegio sino porque en una época de libertad y pluralidad «la Iglesia puede subrayar su diferenciación dentro de la sociedad»<sup>10</sup>. Si la sociedad civil da luz verde a prácticas que entran en conflicto con su normativa, la Iglesia en sus instituciones sociales debe conservar la libertad de aplicar su propio código. Concretamente el hospital católico no tiene por qué satisfacer una demanda de aborto o de eutanasia aunque la ley civil la autorice<sup>11</sup>. Esta postura está refrendada por la OIT que en su 61.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo subrayó que «el personal enfermo debería tener derecho a rechazar el desempeño de trabajos específicos en aquellos casos en que dichos trabajos estén en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas. En todos estos casos el personal interesado debería informar

---

<sup>9</sup> De hecho los enfermos prefieren, en igualdad de condiciones, recurrir a ellos antes que al personal no religioso. En una encuesta pasada en una serie de hospitales regidos por religiosos, los médicos y personal sanitario estaban de acuerdo en mayoría que «los enfermos prefieren acudir a los religiosos caso de poder dirigirse a cualquier persona de la sección». Véase *Análisis socio-religioso de una institución hospitalaria* (Barcelona: ISPA, 1974) Estudio 103 (multicopiado), págs. 9-14. Esto no puede decirse de todos los hospitales de la Iglesia ni de todos los religiosos o religiosas. A veces se oyen críticas y corren anécdotas que van en sentido contrario. Esperamos que sendas encuestas e investigaciones que se están llevando a cabo en estos momentos maten estas apreciaciones.

<sup>10</sup> «Afirmaciones para un tiempo de búsqueda», Doc. cit., apartado 21.

<sup>11</sup> La Iglesia puede exigir con más fuerza poner en práctica una normativa particular dentro de sus instituciones propias si adopta una postura desvinculada de partidos políticos concretos en las luchas que estos llevan a cabo por sus opciones determinadas. Esto no quiere decir que no pueda y deba recordar principios y exponer sus orientaciones. Pero caminamos hacia una sociedad pluralista en que los estados promulgarán leyes cada vez más «laxas». Una estrategia que tienda a obstaculizar o impedir inmediatamente estas legislaciones no conduce a nada. Recuérdense las batallas decimonónicas acerca de la separación Iglesia-Estado o de la libertad religiosa. En el mundo occidental el divorcio y el aborto son batallas perdidas. Tiene más garantía de éxito luchar porque las minorías (confesionales o étnicas) puedan hacer respetar sus peculiaridades normativas dentro de sus respectivos ámbitos de acción. «Es urgente sentar las bases para que los problemas políticos o jurídicos que se pueden plantear dentro de poco entre nosotros no se quieran resolver en el campo de los ordenamientos civiles por procedimientos y mucho menos por imposiciones religiosas. Que los problemas que hayan de ser dilucidados políticamente en el campo de las instituciones y los ordenamientos civiles y jurídicos no se conviertan en nuevas divisiones dentro de la Iglesia ni en fuente de nuevos rechazos desde la sociedad frente a una Iglesia civilmente prepotente» («Afirmaciones para un tiempo de búsqueda», Doc. cit., apartado 21).

al Inspector a fin de que se garantice la asistencia al paciente. No deberían permitirse sanciones contra el personal que haga uso de este derecho»<sup>12</sup>.

Finalmente, hay ciertos aspectos de una reforma sanitaria concerniente a la cualificación de los expertos que pueden tener consecuencias sobre el trabajo de los religiosos en el hospital. Es cierto que la formación permanente ha cobrado un vigor inusitado en muchos hospitales de la Iglesia y que sus miembros están cada vez más preparados y armados de títulos. Pero sería desproporcionado exigir el mismo esfuerzo a todos sin distinción de edad; sería poco humano separar de sus puestos de trabajo a religiosos que lo desempeñan con experiencia y eficacia porque no tienen el pergamino acreditativo de su saber. En nuestras investigaciones sobre grupos religiosos hemos invariablemente constatado la situación de anomia en que se encuentran los miembros de edad formados para un estilo de vida diferente del actual. El que hoy se encuentren en un medio abierto trabajando rodeados de personal seglar de ambos sexos, el que aquella división entre el espacio conventual (clausura) y el espacio de trabajo (hospital, colegio) haya desaparecido y hoy todo sea profano y casi público, les desconcierta. Sufren un trastorno ecológico, su adaptación es muy difícil y su retiro debe ser estudiado con miramiento.

Una reforma sanitaria afectará mucho menos a aquellos religiosos que, más o menos desinstitucionalizados, trabajan en remediar situaciones de emergencia y falta de asistencia crónica no tan raras en España a pesar de su caracterado y galopante desarrollo industrial. Aunque es difícil que se consiga, habría que pedir a una planificación que huya de querer racionalizar y burocratizar todo el ámbito que abarca. Muchos aspectos del campo y del suburbio, ciertas zonas superpobladas u otras semidesérticas quizá no encajen en los módulos de planificación general y necesiten planificaciones particulares. Mientras éstas llegan puede que las avanzadillas de la Iglesia y de otras asociaciones estén allí haciendo una labor supletoria muy válida<sup>13</sup>. La reforma sanitaria ha de valorar y potenciar esos esfuerzos espontáneos. Debe, ante todo, evitar el ahogarlos en su universo burocratizado (autorizaciones, inspecciones, titulaciones). Debe dar alas a estas iniciativas, sostenerlas económicamente, dotarlas de material sanitario imprescindible. si en las altas esferas de la OMS se insiste cada vez más en asociar a la tarea asistencial en las zonas subdesarrolladas a

---

<sup>12</sup> «Empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería». OIT, Ginebra. 1976. *Conferencia Internacional del Trabajo*, Informe VII (2), 61.<sup>a</sup> Reunión, pág. 22.

<sup>13</sup> «Vivimos en la época de la tecnocracia, de la planificación. Hoy, antes de arremeter con grandes empresas, se estudia, se analiza, se hacen proyectos, se miden posibilidades, con objetivos de eficiencia. Nada hay de equivocado en semejante tendencia. Pero habría una equivocación fundamental si se la aplicara a todo y una falacia definitiva si se creyera que la planificación y la tecnocracia pueden ser la panacea de todos los males. La experiencia que se deduce de la obra de la madre Teresa de Calcuta enseña que no se puede esperar que los planes estén listos para moverse. Hay necesidades urgentes y primarias que no permiten aguardar a que los planes de auxilio estén a punto.» José L. González-Balado, *Cristo en los arrabales: Madre Teresa de Calcuta* (Madrid: Eds. Paulinas, 1974), pág. 37.

siten planificaciones particulares. Mientras éstas llegan puede que las avandillas de la Iglesia y de otras asociaciones estén allí haciendo una labor supletoria muy válida<sup>13</sup>. La reforma sanitaria ha de valorar y potenciar esos esfuerzos espontáneos. Debe, ante todo, evitar el ahogarlos en su universo burocratizado agentes sanitarios locales<sup>14</sup>. ¿Cómo desperdiciar esta colaboración de los pioneros de la Iglesia? Ellos están allí presentes en nombre de Ella y para recordarle y recordar a la sociedad que el nuevo camino para el evangelio pasa por el desarrollo y por un mínimo de condiciones dignas de vida, entre las cuales está la salud. Podría asociarseles a campañas relámpago de luchas anti-epidémicas, a programas de educación sanitaria o a la organización de redes de auxilios urgentes. No es necesario que los planificadores se rompan la cabeza previendo demasiadas cosas en este campo. Bastaría que creasen algo así como un «Departamento de Iniciativas Sanitarias para Zonas Subdesarrolladas» y que invitasen a los que trabajan en ellas a exponer allí sus ideas y mini-programas. Serían una colaboración preciosa y barata la que así se conseguiría.

## Conclusión

Una planificación sanitaria nueva es una labor colosal que exige una colaboración a todos los niveles del campo de la salud. Si la democracia es participación, el Estado español no podrá por menos de asociar a los estamentos profesionales, confesionales, regionales a su tarea de reforma sanitaria. La Iglesia está también dispuesta y deseosa de sentarse en la mesa de discusión. Sin embargo, para que sus puntos de vista tengan peso debe asumir una doble tarea previa. Ante todo, debe crear una instancia delegada que sea «interlocutor válido» ante los poderes públicos. En ella tienen que estar representadas todas las modalidades de su actividad en el campo de la asistencia sanitaria. Malo sería que la Iglesia recuerde al Estado la necesidad de que en la elaboración de proyectos que afectan al bien común debe haber participación a todos los niveles y que luego, puertas adentro, no llevase ella a la práctica esta exigencia. Urge, pues, poner en pie este organismo representativo y autorizado pues si no la entidad «Iglesia», a la hora de discutir programas concretos, puede ser algo muy inconcreto y, en definitiva, se sienten a la mesa personas señaladas a dedo y con conocimientos parcelarios de la situación sometida a debate.

En segundo lugar, la Iglesia, esto es su órgano representativo en el campo de la asistencia sanitaria, debe participar en la mesa de discusión con opciones y alternativas elaboradas. No le basta ir allí a recordar los principios generales del derecho a la salud y de la atención a los desheredados y subdesarrollados.

---

<sup>14</sup> Incluso el doctor Mahler, Director General de la OMS hablaba de «la posibilidad de recurrir directamente, sobre todo en África, a los hechiceros y a las personas que practican tradiciones curativas ancestrales», *Tribuna Médica* (2 mayo, 1975), pág. 11.



Es preciso que, recogiendo la experiencia de sus delegados y activistas en estos campos, haga de portavoz de los que siempre quedan al margen del reparto y de las previsiones. Aquí no es el lugar ni el momento de las reivindicaciones alborotadas; la manera de luchar por los desfavorecidos y por los enfermos ante un plan nacional de salud es ofrecer realizaciones segmentarias bien estudiadas y seriamente razonadas. La Iglesia tiene un potencial humano lleno de experiencia como para participar, no sólo como hasta aquí, en la *praxis* de una sanidad nacional, sino también, en las previsiones y planificaciones que tarde o temprano habrá que afrontar.



## Capítulo 15

# LA REFORMA DEL SECTOR FARMACEUTICO

Leopoldo Arranz\*  
(*Instituto Nacional de Previsión*)

El presente capítulo aporta una información importante sobre la estructura del sector farmacéutico en España, en su triple dimensión productora, comercializadora, y dispensadora, sobre la que construir una reforma. Para ello previamente se analiza el mercado español, la Seguridad Social en él, y lo que representa la asistencia farmacéutica en la asistencia sanitaria, encuadrándola en los datos mundiales. Después de formular las conclusiones a que llega sobre la estructura, describe la situación actual y las tendencias a corto plazo, para concluir con la enunciación de los objetivos de una reforma del sector dados los condicionantes existentes.

---

(\*) LEOPOLDO ARRANZ, es Licenciado en Derecho por la Universidad Central, y Jefe del Servicio de Ordenación Farmacéutica del Instituto Nacional de Previsión. Ha sido becario de la OMS, premio de la Fundación Marvá, profesor del Centro Internacional de Formación de Técnicos de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, representante español en las Asambleas Generales de la Asociación Internacional de Seguridad Social de Colonia (1970) y Abidjan (1973); en la I Conferencia Iberoamericana de Planificación de la Seguridad Social (Buenos Aires); y del IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social (Asunción). Perteneció al Consejo de Dirección de la Conferencia Internacional Permanente de Entidades sin Finalidad Lucrativa. Es además: gerente de la Fundación FOESSA; ex-Secretario General del Fomento de Entidades Benéficas; colaborador «Bilan du Monde»; del Plan de Promoción Social, Asistencia y de Beneficencia de la Iglesia en España; y de las Comisiones de Seguridad Social, Sanidad y Asistencia del II, III y IV Plan de Desarrollo. Entre sus últimos trabajos publicados están: «Presente y futuro de la situación y función del farmacéutico hospitalario»; «El farmacéutico en la ordenación futura de la asistencia sanitaria»; «El presupuesto social en una sociedad en desarrollo»; «La prestación farmacéutica en Europa»; «Una política farmacéutica para la Seguridad Social española»; «La planificación farmacéutica»; «El poder farmacéutico: Los laboratorios multinacionales»; y «Reformas legislativas, evolución y tendencias de la Seguridad Social en las Américas 1971-73». Su dirección profesional es: L. Arranz, Instituto Nacional de Previsión, Valenzuela, 5. Madrid.

## Punto de partida

Si para un político las cosas no son como son sino como las gentes creen que son, para un administrador las cosas no son tanto como son, sino como deben ser. Este es el *desde dónde* y el *a dónde* del autor.

El *desde dónde*, está descrito con los datos más fiables de que se dispone, si bien el lector debe estar prevenido de su modestia. Los datos disponibles constituyen un hito de la marcha, en orden de aproximación, al conocimiento de la realidad. La ausencia de explicación de las cifras, obliga con frecuencia a considerarlas solamente como indicativas, ya que no se tiene la seguridad de su homogeneidad. Por otra parte, evaluaciones tan arriesgadas como las de la producción mundial, o de lo que supone la prestación farmacéutica en relación con el coste total de la asistencia sanitaria, obliga a considerarlas como estimaciones.

El *a dónde*, está diseñado partiendo de esa realidad anteriormente descrita, teniendo en cuenta el nivel de aspiraciones contrapuestas de las fuerzas en presencia<sup>1</sup>, que por moverse en un mundo en acelerado proceso de cambio, están sometidas a la transitoriedad y a la contradicción. Quede pues, bien claro, que el autor quiere realizar una aportación desde una realidad bosquejada con rasgos indicativos y estimativos para buscar caminos de reforma a fin de dar satisfacción a unas aspiraciones, con frecuencia no sólo transitorias, sino también contradictorias, porque así es la situación en que se encuentra el área a que pertenece nuestro país.

## El mercado farmacéutico

¿Qué significan los gastos de Farmacia en el mundo? Lo primero que hay que afirmar es su desigual distribución (Véase la *Tabla 1*). Como la especialidad farmacéutica es una mercancía, como en otros productos su consumo guarda relación con el nivel de vida, y por ello, los países industrializados —los más ricos— se estima representan el 75 por 100 del consumo, mientras que los países en vías de desarrollo —los más pobres— no pasan del 25 por 100.

Este mercado mundial, que en 1973 se estimaba en 20.000 millones de dólares estaba abastecido por las empresas farmacéuticas calificadas de multinacionales (*Tabla 2*). La primera observación es que esas 22 empresas (*Tabla 3*) representan el 61 por 100 sobre el mercado mundial y sólo el 22,1 por 100 del español. La segunda observación, teniendo en cuenta los países de origen, es que la mitad son norteamericanos, con una cifra de negocio que supera el 30 por 100 del mercado mundial de 1973 (6.134 millones sobre 20.000) y la mitad de las ventas de las 22 (6.134 millones sobre 12.167). Prácticamente la otra mitad son europeas de origen, con una cifra de negocio del 28 por 100 correspon-

---

<sup>1</sup> Piénsese en las aspiraciones de la industria que vende y en las de la Seguridad Social que paga.

diendo el 12,43 por 100 al grupo suizo, el 8,90 por 100 al alemán occidental, el 3,87 por 100 al británico, el 1,96 por 100 al francés, y el 0,99 por 100 al holandés.

La tercera, que las apreciaciones prospectivas auguran que el poder farmacéutico productor en los años ochenta estará en una veintena de grandes laboratorios que pueden llegar a controlar el 70 por 100 del mercado mundial.

¿Cuál es la parte de ese consumo adquirido por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social? No conocemos la existencia de estudios globales, pero las evaluaciones hechas, dado el grado de socialización de la sociedad industrial, permiten aventurar la hipótesis de que tan pronto como en los Estados Unidos se aplique la asistencia sanitaria anunciada en su día por los republicanos y actualmente por los demócratas, la parte del consumo de la Seguridad Social será semejante al de la producción de las empresas multinacionales, es decir, del orden de los tres cuartos del mercado.

TABLA 1

**DISTRIBUCION DE LOS GASTOS DE FARMACIA EN EL MUNDO**

(En porcentajes)

	Población	P.M.B.	Médicos	Consumo
	(c)	(d)	(e)	
EE.UU. y Canadá .....	8%	36%	17%	29%
Europa Occidental .....	12	24	21	26
Europa Oriental (a) .....	13	20	37	14
América Latina .....	10	4	7	9
Africa .....	12	2	2	2
Asia (b) .....	45	14	16	20

FUENTE: *International Pharmaceutical Marketing*.

NOTAS: (a) Se estima el consumo de la URSS igual que el de Alemania Federal.

(b) Se estima el consumo de China igual que el de Italia.

(c) Población mundial.

(d) Producto Mundial Bruto.

(e) Número de médicos en el mundo.

TABLA 2

EL MERCADO DE EMPRESAS MULTINACIONALES

Mercado	Cifra total de negocios (mill. de \$)	EMPRESAS MULTINACIONALES		
		Núm. de grupos	Cifra de neg. (mill. de \$)	% sobre mer- cado total
Mundial .....	20.000	22	12.167	61
Español .....	860	21 (a)	189,9	22,1
% mercado español sobre el mundial ...	4,3	95	1,56	—

NOTA: (a) 43 empresas filiales.

TABLA 3

LOS 22 GRUPOS MULTINACIONALES POR SUS PAISES DE ORIGEN

N.º de orden	Empresa (grupo)	Filiales en España	Cifras de negocios mundial (en millones de \$)			Cifras de negocios en España (en millones de \$)		
			Total (1)	Farma- cia (2)	% merc. farm. (3)	N.º de or- den (4)	Farma- cia (5)	% de (5) s/(2)
U.S.A.:								
3	American Home Prod. ....	Orfi-Farma	1.898	906	4,53	53	2,3	0,25
4	Warner Lambert .....	Substancia Parke Davis	1.670	877	4,39	29	9,5	1,08
5	Merck & Co. ....	Drovyssa, S. A. Merck Sharp y Dhome Farmiberia, S.A.E. S.A. de Representaciones y Comercio	1.115	821	4,11	58	1,7	0,21
8	Pfizer .....	Pfizer	1.280	640	3,20	11	11,7	1,83
10	Eli-Lilly .....	Lilly Indiana de E.S.A. Dista de España, S.A.E. Elanco Veterinaria S.A. Española Elz. Arden	972	581	2,91	4	18,4	3,17
11	Sterling Drug .....	Sterwin Ibérica Winthrop	800	460	2,30	55	2,2	0,48
12	Bristol-Myers .....	Bristol Ibérica Profiden-Bristol Pelletier	1.363	427	2,14	39	3,5	0,82

TABLA 3  
LOS 22 GRUPOS MULTINACIONALES POR SUS PAISES DE ORIGEN  
(Continuación)

N.º de orden	Empresa (grupo)	Filiales en España	Cifras de negocios mundial (en millones de \$)			Cifras de negocios en España (en millones de \$)		
			Total (1)	Farma- cia (2)	% merc. farm. (3)	N.º de or- den (4)	Farma- cia (5)	% de (5) s/(2)
13	Squibb-Beechnut .....	Iquinosa	881	415	2,08	64	4,9	1,18
17	Schering-Plough (Essex Int.)	Essex España, S.A.E. Conda, S.A.	1.457	360	1,80	12	11,4	3,17
18	Upjohn .....	Upjohn (S. de Alter) Alter (Licencias)	647	353	1,77	52	2,4	0,68
19	Cyanamid .....	Cyanamid Ibérica, S.A. (Ledette)	1.472	294	1,47	24	5,2	1,77
			6.134	30,70			73,2	14,64
SUIZA:								
2	Hoffman-La Roche .....	Productos Roche, S.A.	1.570	1.020	5,10	5	13,4	1,31
6	Ciba Geigy .....	Ciba Geigy, S.A. Padró, S.A.	2.771	817 <sup>a</sup>	4,09	1	19,9	2,44
7	Sandoz .....	Zyma Ibérica Sandoz, S.A.E. Wander, S.A.E.	1.230	648	3,24	71	23,2	3,58
			2.485	12,43			56,5	7,33



TABLA 3  
LOS 22 GRUPOS MULTINACIONALES POR SUS PAISES DE ORIGEN  
(Continuación)

N.º de orden	Empresa (grupo)	Filiales en España	Cifras de negocios mundial (en millones de \$)			Cifras de negocios en España (en millones de \$)		
			Total (1)	Farma- cia (2)	% merc. farm. (3)	N.º de or- den (4)	Farma- cia (5)	% de (5) s/(2)
<b>ALEMANIA:</b>								
1	Hoechst (Roussel-Uclaf) ...	Hoechst Roussel-Amor Gil Albert Farma Inst. Boehring	6.494	1.156 <sup>b</sup>	5,78	9 26 68	18,6	1,61
9	Bayer .....	Bayer (Inst. Terap. Bayer, Sociedad Anónima)	5.688	623	3,12	13	9,6	1,54
			1.779	8,90		28,2		3,15
<b>GRAN BRETAÑA:</b>								
16	Glaxo .....	Safesa Inibsa	475 <sup>c</sup>	374	1,87	84 40	3,3	0,88
20	Beecham .....	Federico Bonet	613	224	1,12	3	16,2	7,23
22	Wellcome Labs. ....	Gayoso Wellcome Cooper Zeltia, S.A.	330 <sup>c</sup>	176	0,88	23	5,2	2,95
			774	3,87			24,7	11,06

TABLA 3

LOS 22 GRUPOS MULTINACIONALES POR SUS PAISES DE ORIGEN  
(Continuación)

N.º de orden	Empresa (grupo)	Filiales en España	Cifras de negocios mundial (en millones de \$)		Cifras de negocios en España (en millones de \$)		
			Total (1)	Farma- cia (2)	% merc. farm. (3)	N.º de or- den (4)	Farma- cia (5)
<b>JAPON:</b>							
14	Takeda Chemical .....		711	406	2,03		
<b>FRANCIA:</b>							
15	Rhône-Poulenc .....	Rhodia Infarma	3.078	391	1,96	37	3,5 0,90
<b>HOLANDA:</b>							
21	Akzo .....	Organon Española Organon Technika Esp.	3.590	198	0,99	34	3,8 1,92

FUENTE: Servicio de Ordenación Farmacéutica.

NOTAS: Cifra estimada del mercado farmacéutico mundial: 20.000 millones de \$.

Cifra estimada del mercado farmacéutico español: 860 millones de \$.

% que representan estos multinacionales en el mercado mundial: 61.

% que representan estos multinacionales en el mercado español: 22,1.

% que representa el mercado español sobre el mundial: 4,3.

<sup>a</sup> Cifra de 1972.

<sup>b</sup> Suma de Roussel y Hoechst.

<sup>c</sup> Cifras estimadas.

¿Cuánto representa el coste de la asistencia farmacéutica en el total de gastos de la asistencia sanitaria? En los países industriales, con alto grado de asistencia hospitalaria, del orden del 19 por 100 al 23 por 100. En los que se encuentran en vías de expansión, con asistencia básica ambulatoria, del 40 por 100 al 50 por 100. En los subdesarrollados carecemos de información fiable.

De este marco de referencia, cuyo análisis el autor ha realizado en otros trabajos, se llegan a unas primeras conclusiones que se siguen utilizando como hipótesis de partida<sup>2</sup>. 1) En el complejo de fuerzas que se dan en el mercado farmacéutico hay dos que sobresalen sobre las demás: La *productora*, que es la que decide sobre la composición, estructura, precios de la oferta que genera la demanda, y que está denominada por las empresas multinacionales; y la *compradora*, que es la que condiciona fundamentalmente la composición y estructura del consumo y que está dominada por los organismos administradores de la Seguridad Social, de ámbito nacional. Los restantes: distribuidores, dispensadores, prescriptores y consumidores, no pasan de ser fuerzas interpuestas que se comparten dentro de los condicionantes —estimuladores o represivos— generados por aquéllos. 2) La importancia del consumo farmacéutico en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, es tan grande que condiciona el desarrollo de la estructura de los protagonistas del sector farmacéutico. 3) Razones de fondo: que la asistencia farmacéutica es clave para resolver los problemas que plantea la demanda de asistencia sanitaria ya que siendo ésta inelástica e ilimitada, la oferta y el consumo pueden estar controladas por las fuerzas productora y administradora.

Señalado a escala mundial el volumen del mercado, lo que en él representa la producción de las empresas multinacionales y el consumo de la Seguridad Social, y avanzando una hipótesis, veamos ahora la situación española (*Tabla 4*). Nos atenemos a los datos de 1973 porque es la información más depurada y homogénea de que dispone. Pues bien, relacionando las *Tablas 2 y 4*, el mercado español se evalúa en 860 millones de dólares —hoy ya superado los 1.000 millones— representando el 4,3 por 100 del mercado mundial lo que le permite situarse en las posiciones décima a sexta según se considere el mercado mundial o sólo el occidental (Véase la *Tabla 5*).

Pues bien, dentro de este mercado español, los laboratorios se sitúan tal y como aparece en la *Tabla 6*. Para el año 1973, la presencia extranjera contabilizada anteriormente se distribuye en la forma de la *Tabla 7*. De estas dos tablas se deduce que el centenar de empresas de actuación internacional con una cifra de negocio en 1973 de 393,5 millones de dólares representa el 46 por 100 del mercado español con tendencia creciente y que en ese centenar se encuentran 21 de los 22 laboratorios multinacionales inventariados en la *Tabla 3*. Se

---

<sup>2</sup> Véase: Leopoldo Arranz. «Una política farmacéutica para la Seguridad Social». *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* 4 (1974): 727-770; y Leopoldo Arranz «El poder farmacéutico: Los laboratorios multinacionales» *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* 6 (1974): 1.385-1.417.

debe llamar la atención sobre el hecho de que esas 21 empresas todavía no tienen en el mercado español la misma proporción que en el mercado mundial (22 por 100 en el español contra el 61 por 100 en el mundial), pero dado lo reciente de su implantación y teniendo en cuenta su capacidad expansiva, no es difícil prever que traten de alcanzar esa proporción con sus potentes medios de promoción. Por ello el sector farmacéutico español todavía está en condiciones de defender sus parcelas en el mercado nacional.

De las *Tablas 6 y 3* se puede deducir que las empresas multinacionales alemanas y suizas tienen una presencia en el mercado español relativamente superior a la que tienen en el mundo y que, por el contrario, las norteamericanas es bastante inferior, incluso a la de las europeas. Ante esta constatación ¿sería muy arriesgado prever una fuerte agresividad por parte de estos laboratorios multinacionales? Creemos que no: porque los europeos tratarán por todos los medios de defender los niveles de precios que les permiten mantener sus posiciones, mientras que los norteamericanos reforzarán sus técnicas comerciales para ganarlos.

TABLA 4

MERCADO FARMACEUTICO ESPAÑOL (1973)

	Cifra de negocio (millones de \$ % del mercado)	
Mercado total .....	860	100
Laboratorios españoles .....	466,5	54
Multinacionales .....	189,9	22
Otros extranjeros .....	203,6	24
Total laboratorios extranjeros .....	393,5	46

TABLA 5

ESTIMACION DEL MERCADO FARMACEUTICO MUNDIAL EN 1974

Países	Ventas: (millones de \$)	Porcentajes
U.S.A. ....	5.500	20,2
Japón ....	4.100	15,1
Alemania Federal ....	2.000	7,4
U.R.S.S. ....	2.000	7,4
Francia ....	1.800	6,6
Italia ....	1.800	6,6
China ....	1.500	5,5
España ....	725 (a)	2,6
Gran Bretaña ....	700	2,7
Otros países ....	7.295	56,8
TOTAL .....	27.180	100

FUENTE: I.M.S. Internacional.

NOTA: (a) Según nuestros cálculos, esta cifra es inferior a la realidad, ya que solamente la Seguridad Social se acerca ya a los 675 millones de \$ a PVL.

TABLA 6  
DISTRIBUCION DE LOS LABORATORIOS SUMINISTRADORES, POR TRAMOS

Años	Número de laboratorios que suministran el					
	90 % del consumo		8 % del consumo		2 % del consumo	
	Nacional	Extranjero	Nacional	Extranjero	Nacional	Extranjero
Número en 1968 .....	61	42	59	13	296	14
% del total de suministros .....	49,21	40,79	6,76	1,24	1,79	0,21
Número en 1973 .....	68	55	51	13	282	18
% del total de suministros .....	46,40	43,60	6,18	1,84	1,83	0,17
Número en 1974 .....	67	60	55	10	329	22
% del total de suministros .....	46,30	43,70	6,70	1,30	1,80	0,20

FUENTE: Procesos mecanizados P.E. 11 y 29, y otra información obtenida en el Servicio de Ordenación Farmacéutica.

TABLA 7

LABORATORIOS CON CAPITAL EXTRANJERO O FUERTE DEPENDENCIA DE EMPRESAS EXTRANJERAS CON EXPRESION DE SU CIFRA DE NEGOCIOS EN ESPAÑA EN 1973, Y PORCENTAJE DE MERCADO QUE OCUPAN. POR PAISES DE ORIGEN

N.º de Orden	Nombre	Ventas en España en \$	% del mer. total esp.
<b>ALEMANIA:</b>			
7	Merk (Igoda) .....	13.238.123	1,5393
8	Fher .....	12.998.684	1,5115
9	Hoechst Ibérica .....	12.424.333	1,4447
10	Boehringer In. ....	11.959.684	1,3907
13	Bayer .....	9.589.526	1,1151
15	Lacer .....	8.824.228	1,0261
16	Milupa .....	8.107.772	0,9428
18	Schering .....	8.063.246	0,9376
22	Elmu .....	5.978.702	0,6952
26	Roussel-Amor Gil .....	4.976.175	0,5786
28	Boehringer M. ....	4.892.193	0,5689
33	Wassermann .....	3.928.930	0,4569
57	Med. y Prod. Quim. (Homburg) .....	1.957.114	0,2276
61	Alfarma .....	1.815.961	0,2112
62	Novofarma (Merck) .....	1.809.057	0,2104
67	Infar Natermann .....	1.311.032	0,1524
68	Albert Farma .....	1.224.114	0,1423
73	Byk Gulden S.A.E. (Lagar) .....	655.652	0,0762
75	Incasa Wolf .....	541.483	0,0630
77	Medinsa (Knoll) .....	390.282	0,0454
86	Klosterfran Española .....	10.899	0,0013
	<i>Suma</i> .....	114.697.180	13,3372
<b>U.S.A.:</b>			
4	Lilly Indiana .....	114.697.180	13,3372
11	Pfizer .....	11.679.825	1,3581
12	Essex España .....	11.412.018	1,3270
20	Lepetit .....	7.314.895	0,8506
24	Cianamid Ibérica .....	5.156.263	0,5996
25	Parke Davis .....	5.071.719	0,5897

TABLA 7

(Continuación)

N.º de Orden	Nombre	Ventas en España en \$	% del merc. total esp.
27	Squibb .....	4.921.491	0,5723
29	Substancia .....	4.447.930	0,5172
31	Dista de España .....	4.423.702	0,5144
38	I.C.N. Pharm (Improfarm) .....	3.471.211	0,4036
39	Bristol Myers .....	3.453.175	0,4015
42	Abbott .....	3.159.000	0,3673
43	Continental Farm (Searle) .....	2.919.789	0,3395
41	Larma .....	3.173.934	0,3691
52	Upjohu .....	2.435.281	0,2832
53	Orfi-Farma .....	2.318.544	0,2696
54	Richardson Merrel .....	2.182.456	0,2538
55	Sterwin Española .....	2.161.298	0,2513
58	Merck Sharp y Dohme .....	1.918.841	0,2231
64	Iquinosa .....	1.720.797	0,2001
74	Smith Kline y French .....	647.339	0,0753
76	Iberhis .....	537.039	0,0624
81	Grifols .....	84.863	0,0099
87	Miles Marti, S.A.E. ....	7.314	0,0009
94	Pan Quimica Farmacéutica .....	—	—
	<i>Suma</i> .....	98.582.452	11,4632
SUIZA:			
1	Ciba Geigy (Padró) .....	19.097.596	2,2207
2	Sandoz .....	18.974.316	2,2063
5	Roche .....	13.379.211	1,5557
17	Nestlé .....	8.091.982	0,9409
32	Wander .....	4.171.158	0,4850
46	Robapharm (Inst. Berna) .....	2.716.421	0,3159
71	Zyma Ibérica .....	755.449	0,0878
78	Hispano Medial .....	248.679	0,0289
	<i>Suma</i> .....	67.434.812	7,8412



TABLA 7  
(Continuación)

N.º de Orden	Nombre	Ventas en España en \$	% del merc. total esp.
<b>GRAN BRETAÑA:</b>			
3	Federico Bonet (1) .....	16.196.123	1,8833
23	Gayoso Welcome .....	5.158.895	0,5999
40	Inibsa (1) .....	3.308.018	0,3847
44	Ici-Farma .....	2.794.877	0,3250
84	Safesa Ibérica .....	35.612	0,0041
91	Foret .....	—	—
92	Nicholas Ibérica .....	—	—
93	Smith y Nephew .....	—	—
	<i>Suma</i> .....	27.493.525	3,1970
<b>ITALIA:</b>			
19	Carlo Erba .....	7.600.246	0,8837
21	Menarini .....	7.113.000	0,8271
35	Farma Lepori .....	3.686.175	0,4286
47	Zambeletti .....	2.658.947	0,3092
59	Zambón .....	1.915.172	0,1915
66	Farmitalia Española .....	1.369.623	0,1593
65	Aldon .....	1.415.674	0,1646
72	Farmasines .....	659.760	0,0767
	<i>Suma</i> .....	26.418.597	3,0407
<b>FRANCIA:</b>			
14	Delagrangé .....	9.089.912	1,0570
37	Rhodia Ibérica .....	3.496.877	0,4066
49	Labaz .....	2.482.105	0,2886
50	E. Boizot .....	2.513.491	0,2923
51	Sideta .....	2.468.579	0,2870
60	Servier, S.A. (Loyos) .....	1.893.617	0,2202
69	Midy .....	1.207.068	0,1404
70	Seid, S.A. (Bruneau) .....	1.036.279	0,1205
79	S.A. Farmacologia General .....	179.432	0,0209

TABLA 7

(Continuación)

N.º de Orden	Nombre	Ventas en España en \$	% del merc. total esp.
80	Astiers .....	91.157	0,0106
89	Lab. Farm., Derm. e Hign. ....	—	—
90	Dr. Gustin .....	—	—
	<i>Suma</i> .....	24.532.566	2,8528
PANAMA (U.S.A.):			
6	Inst. Farm. Latino .....	13.255.632	1,5414
BELGICA, LUX.:			
30	Europharma (Castejón) .....	4.428.912	0,5150
45	Kalifarma (Solvay) .....	2.758.088	0,3207
48	P.E.V.Y.A. ....	2.631.579	0,3060
	<i>Suma</i> .....	9.818.579	1,1417
HOLANDA:			
34	Organon .....	3.776.053	0,4391
56	Duphar .....	2.153.526	0,2504
83	Organon Técnica Española .....	39.637	0,0046
	<i>Suma</i> .....	5.969.216	0,6941
DINAMARCA:			
36	Leo .....	3.589.614	0,4174
PORTUGAL-POLONIA:			
63	Asla .....	1.729.038	0,2011
85	Lusofármaco .....	17.365	0,0020
	<i>Suma</i> .....	1.746.403	0,2031

El equilibrio, probablemente a costa de los industriales del país, habrá que buscarlo en una proporción y distribución de la cifra del negocio en España como la que estos protagonistas tienen en el mundo: el laboratorio multinacional tenderá, de una parte, a tener en el mercado español el mismo porcentaje que tiene en el mercado mundial, y de otra, a que la cifra de negocio en España represente dentro de sus ventas el mismo porcentaje que el mercado español tiene en el mundial. El análisis más pormenorizado de la estructura de los laboratorios se hará más adelante. Ahora basta con señalar la concentración del volumen de suministros a la Seguridad Social (*Tabla 8*).

Y si después de examinar el mercado español y sus productores se señala lo que la Seguridad Social representa en el consumo farmacéutico y lo que éste supone dentro del coste de la asistencia sanitaria, tendremos un diseño del marco en que nos movemos. Este aparece en la *Tabla 9*. La primera tendencia que se debe registrar es la magnitud de la parte que representa el consumo de la Seguridad Social en el mercado general, que llevará a una situación práctica de monopolio del pagador. La segunda es, no obstante, la inducción de uno sobre otro, la desigual velocidad de crecimiento, pues el de la Seguridad Social ha sido prácticamente el doble de la del mercado general hasta 1973, pues desde 1974 van ambas de la mano. La evolución en España es semejante a la producida en los países industrializados. La Seguridad Social es el primer cliente, el primer pagador del mercado, y de ahí su responsabilidad sobre su situación.

El análisis en cifras absolutas y relativas del consumo, descubre una magnitud que implica la importancia de su incidencia en el coste de la asistencia sanitaria (*Tabla 10*). Importancia que para matizar su significación hay que ponerla en relación con el equipamiento y calidad de los servicios sanitarios facili-

TABLA 8

SUMINISTROS A LA SEGURIDAD SOCIAL

Años	Total laboratorios con oferta a la Seguridad Social	Laboratorios que suministran el:		
		50%	70%	90%
1968	643	24	46	103
1969	595	26	51	106
1970	525	28	54	107
1971	529	30	55	115
1972	528	31	58	118
1973	494	34	63	123
1974	494	34	65	127

FUENTE: Procesos mecanizados P.E. 11 y 29 y datos obtenidos en el Servicio de Ordenación Farmacéutica del I.N.P.

TABLA 9

**PARTICIPACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL CONSUMO TOTAL DE MEDICAMENTOS**

Años	Consumo total a PVP (en millones de pesetas)	Consumo Seg. Social a PVP (en millones de pesetas)	% Seguridad Social sobre consumo total (a)
1967	30.186	12.094	40
1968	35.806	15.338	43
1969	41.674	20.895	50
1970	45.894	26.161	57
1971	54.635	34.176	63
1972	60.136	41.210	69
1973	73.047	53.460	73
1974	86.550	62.671	72

FUENTE: Servicio de Ordenación Farmacéutica del I.N.P.

NOTAS: Se excluyen las especialidades no dispensables por la Seguridad Social.  
 (a) Estos porcentajes se reducirían entre 7 y 10 enteros si el consumo de la Seguridad Social se cifrase en lugar de PVP en lo que ella ha pagado (PVP menos las contribuciones de Laboratorios, Oficinas de Farmacia y población protegida).

TABLA 10

**PORCENTAJE DE LA PRESTACION FARMACEUTICA SOBRE EL COSTE TOTAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

Años	Prestación farmacéutica				Porcentajes
	Asistencia sanitaria (en millones)	Recetas	Adquisiciones Residencias	Total	
1967	20.780	9.648	324	9.972	47,99
1968	25.550	12.363	366	12.729	49,82
1969	32.634	16.702	541	17.243	52,84
1970	44.474	20.817	719	21.536	48,42
1971	56.738	26.996	1.000	28.076	49,48
1972	76.333	33.788	1.358	35.146	46,04
1973	97.097	45.023	1.652	46.675	48,07
1974	122.399	51.785	2.002	53.787	43,94

FUENTE: Balances generales del I.N.P. y datos obtenidos en el Servicio de Ordenación Farmacéutica.

NOTA: Esta tabla está valorada a coste y por lo tanto no es homologable con la Tabla 10, cifrada a PVP.

tados a la población asegurada española, antes de confrontarla con el porcentaje del coste de la asistencia sanitaria en los países desarrollados, en los que la asistencia farmacéutica se mueve entre un 19 por 100 y un 23 por 100. En cualquier caso merece la pena subrayar que en 1974 se alcanzó el porcentaje más bajo desde 1967, al reducirse en más de 4 puntos el de 1973, lo que denota la sensibilidad de la situación de la asistencia farmacéutica a la actuación ordenadora, por modesta que haya sido.

Se podrían formular algunas primeras conclusiones: a) el mercado farmacéutico español es importante; y porque es importante, explica la presencia de los laboratorios multinacionales con sus plantas, ya que ha pasado del punto crítico hasta para la fabricación de materias primas. Las multinacionales, condicionan el mercado nacional. La Seguridad Social es otro gran condicionante al ser el 72 por 100 del consumo. Por ello cualquiera que sea el juicio que merezca la situación se puede decir que la Seguridad Social es responsable de ella en proporción a lo que paga. b) La prestación farmacéutica, representa entre el 40 por 100 al 50 por 100 de los gastos de la asistencia sanitaria. c) La correcta ordenación del sector es objetivamente capital, para la reforma sanitaria; y esa ordenación ha de hacerse en acuerdo con el poder que domina la oferta, los precios y estimula el consumo. d) La Seguridad Social en cuanto suministrada,

necesita de unos suministradores viables económica y éticamente, y la industria farmacéutica un cliente serio.

Nos vamos a referir a una prestación fundamental que constituye junto con la asistencia médica y la asistencia hospitalaria, uno de los tres subsectores del sistema sanitario y que representa, según el grado de desarrollo de los países, del 19 por 100 al 50 por 100 del gasto de la asistencia sanitaria. Este subsector está gobernado en un 75 por 100 por las empresas multinacionales en la producción —que escapa al control de las administraciones nacionales— y en una proporción semejante por las administraciones de los Servicios Sanitarios en el consumo. A parte sufre los efectos de una gran sensibilización, manifestada frecuentemente en expresiones crispadas y desculpadoras.

### **Estructura del sector farmacéutico en España**

El sector farmacéutico constituye el tercer subsistema dentro del sistema sanitario español, y por lo tanto, su situación está condicionada por éste<sup>3</sup>. El primer subsistema, es la asistencia médica caracterizado por ser de comportamientos técnicos. El segundo, es la asistencia hospitalaria, dominado por las notas de organización y equipamiento al servicio de aquel comportamiento técnico que es la asistencia médica. El tercero, la asistencia farmacéutica, tiene una naturaleza específica y distinta, pues, ni es comportamiento, ni organización, ni equipamiento: sino que consiste en facilitar una mercancía peculiar depositaria de un poder brujo, de interés social, sujeta en su producción y comercialización al móvil del ánimo de lucro en una presunta economía del mercado perteneciente a una sociedad de consumo.

Diseñar la estructura del sector, en sus tres segmentos: productivo, comercializador y dispensador, sin ser prolijo, supone ganar la confianza del lector para no atiborrarle de cuadros que respalden sus afirmaciones. La curva de cada uno de ellos es la particular de un país en proceso de industrialización en el que irrumpe la demanda del Seguro de Enfermedad. Irrupción que provoca inicialmente una multiplicidad de empresas, hasta que con la entrada de la tecnología se inicia el proceso de concentración y la reacción crispada de los que se sienten marginados.

Este fenómeno en la producción, por ser industrial tiene unos caracteres distintos a los de la comercialización de mayor —en la que los profesionales farmacéuticos al encarnar la tecnología, marginan a los almacenes artesanos—, y sobre todo, a los de las farmacias, de cuya crisis se ha tomado conciencia en los años setenta.

---

<sup>3</sup> Cuando no se indique la fuente, la procedencia de las tablas es: Investigación sobre la Asistencia Farmacéutica en España 1976; financiado por el Fondo del Descuento Complementario INP. La encuesta para esta investigación se hizo en 1974.

## La producción: La industria farmacéutica

Si se tiene en cuenta su número, su dimensión, el volumen de sus ventas, lo que más adelante se dirá sobre la investigación y la promoción, y si se considera que, para asegurar una viabilidad económica y ética mínima, se necesita una cifra de negocio de orden de los 100 millones anuales, se comprenderán las afirmaciones un tanto rotundas que se hacen en beneficio de la claridad, a sabiendas de incurrir en la rudeza que lleva consigo toda concisión.

La evolución del número de industrias aparece en la *Tabla 11*. La distribución de los laboratorios de especialidades farmacéuticas según su antigüedad es la siguiente:

Antes de 1900	8,3 por 100
De 1900 a 1939	30,2 por 100
De 1940 a 1949	22,9 por 100
De 1950 a 1954	10,4 por 100
De 1955 a 1959	8,3 por 100
De 1960 a 1964	6,3 por 100
De 1965 a 1969	7,3 por 100
De 1970 a 1975	6,3 por 100

En cuanto a su número, la tendencia decreciente acredita que la industria farmacéutica española está viviendo el mismo proceso de concentración que corresponde al cambio de España en una sociedad industrial. Pero se debe dejar constancia de que el proceso industrial caracterizado inicialmente por su expansión en número y por su concentración más tarde, es paralelo al de la expansión del consumo generado por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Hasta 1936 la industria farmacéutica era prácticamente artesana. Los laboratorios de creación posterior al año 1959 —fecha clave del proceso de cambio español— en su tercera parte tienen plantilla superior al centenar de trabajadores y poseen una tecnología avanzada. El 63 por 100 de los anteriores a 1950 son nacionales. El proceso de concentración se vería con más claridad si se pudiese hacer el sociograma de los centros de decisión. Nuestra estimación personal es que en su conjunto el número de centros de decisión de la industria española no supera al de los de la industria extranjera en España<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Consultar la *Tabla 7*.

TABLA 11

EVOLUCION DEL NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE  
LA INDUSTRIA FARMACEUTICA SEGUN SUS CLASES

AÑOS	De primeras ma- terias farmacéuticas	De especialidades farmacéuticas	TOTAL
1961	56	700	756
1962	54	672	726
1963	49	683	732
1964	50	658	708
1965	46	628	674
1966	45	585	630
1967	52	587	639
1968	54	549	603
1969	56	555	611
1970	64	559	623
1971	65	550	615
1972	62	559	621
1973	64	535	599
1974	67	531	598

FUENTE: Sindicato Nacional de Industrias Químicas.

La dimensión medida por la plantilla, es de una extraordinaria elocuencia, pues no sólo pone de manifiesto el fuerte proceso de concentración, sino que descubre la magnitud, en número de laboratorios, de la industria marginada por el desarrollo. *Prima facie*, sólo de una cuarta parte se puede presumir que está dotada para cumplir con las exigencias de viabilidad de una industria tan compleja como la farmacéutica (Tabla 12).

En cuanto al personal, las Tablas 13 y 14 confirman las afirmaciones anteriores: el 76,3 por 100 de los empleados está en el 18,2 por 100 de las empresas de más de 100 trabajadores. Se da la circunstancia de personal no remunerada, que se sitúa en el sector industrial marginado por el desarrollo. Existe un alto índice de tecnificación, pues más de la mitad del personal, y con tendencia creciente, pertenece a los grupos directivos, técnico y y administrativo. Es clara la correlación de la concentración, centrada de la industria multinacional y la conversión del régimen de Seguro Obligatorio de Enfermedad en el de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en 1967.



TABLA 12

DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA  
SEGUN CLASES Y TAMAÑOS

TAMAÑO	Clases de establecimientos					
	Año 1970			Año 1974		
	De primeras materias far- macéuticas	De especiali- dades farma- céuticas	TOTAL	De primeras materias far- macéuticas	De especiali- dades farma- céuticas	TOTAL
De 1 a 5 empleados .....	14	220	234	18	189	207
De 6 a 10 .....	13	76	89	9	67	76
De 11 a 25 .....	19	89	108	16	74	90
De 26 a 50 .....	9	49	58	14	56	70
De 51 a 100 .....	4	48	52	5	41	46
De 101 a 250 .....	2	49	51	2	65	67
De 251 a 500 .....	2	23	25	2	31	33
Más de 500 .....	1	5	6	1	8	9
<b>TOTAL .....</b>	<b>64</b>	<b>559</b>	<b>623</b>	<b>67</b>	<b>531</b>	<b>598</b>

FUENTE: Sindicato Nacional de Industrias Químicas.

TABLA 13

**NUMERO DE EMPLEADOS EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA SEGUN TAMAÑO  
DE LOS ESTABLECIMIENTOS**

TAMAÑO	Clases de establecimientos					
	Año 1970			Año 1974		
	De primeras materias far- macéuticas	De especiali- dad farma- céuticas	TOTAL	De primeras materias far- macéuticas	De especiali- dad farma- céuticas	TOTAL
De 1 a 5 empleados .....	43	656	699	59	490	549
De 6 a 10 .....	104	598	693	70	525	595
De 11 a 25 .....	283	1.554	1.837	268	1.269	1.537
De 26 a 50 .....	294	1.870	2.164	470	2.022	2.492
De 51 a 100 .....	275	3.568	3.843	351	3.026	3.377
De 101 a 250 .....	310	8.115	8.425	346	10.462	10.808
De 251 a 500 .....	551	8.595	9.146	645	10.286	10.931
Más de 500 .....	539	2.875	3.414	588	5.180	5.768
<b>TOTAL .....</b>	<b>2.399</b>	<b>27.822</b>	<b>30.221</b>	<b>2.797</b>	<b>33.260</b>	<b>36.057</b>

FUENTE: Sindicato Nacional de Industrias Químicas.

TABLA 14

EMPLEADOS NO REMUNERADOS, DE LA PRODUCCION Y DIRECTORES, GERENTES, TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

Clase de empleados	Clases de establecimientos											
	Año 1970						Año 1974					
	De primeras materias farmacéuticas		De especialidades farmacéuticas		TOTAL		De primeras materias farmacéuticas		De especialidades farmacéuticas		TOTAL	
N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Personal no remunerado .	33	1,4	313	1,1	346	1,1	31	1,1	307	0,9	338	0,9
Directores, gerentes, técnicos y administrativos ..	681	28,4	12.959	46,6	13.640	45,2	730	26,1	16.982	51,1	17.312	49,1
Obreros de producción ..	1.685	70,2	14.550	52,3	16.235	53,7	2.036	72,8	15.971	48,0	18.007	50,0
TOTAL .....	2.399	100,0	27.822	100,0	30.221	100,0	2.797	100,0	33.260	100,0	36.057	100,0

FUENTE: Sindicato Nacional de Industrias Químicas.

La distribución geográfica de la industria farmacéutica aparece en la *Tabla 15*. La concentración está muy acentuada en dos puntos: Barcelona y Madrid, siendo la de esta última la más grande, la más moderna y fundamentalmente extranjera (*Tabla 16*).

Respecto del volumen de producción, la distribución del valor de la producción de especialidades farmacéuticas por tamaño de los laboratorios puede observarse en la *Tabla 17*. Se comprueban las notas de expansión-concentración. El 18 por 100 de industria tienen el 84 por 100 de la producción. El 72,1 por 100 de los laboratorios con el 9 por 100 del personal, sólo producen el 8,9 por 100. Esto significa algo importante: que 386 laboratorios con 4.306 empleados producen 7.062 millones de pesetas en 3.471 especialidades con 6.274 presentaciones.

El volumen de ventas de especialidades farmacéuticas en millones de pesetas (a PVP) fue de 82.712 en 1975. El volumen medio de ventas de los laboratorios (también en millones de pesetas a PVP) según el tamaño de estos laboratorios es:

Empleados	Ventas (millones de pesetas)
Menos de 10 .....	7.000
De 10 a 50 .....	37.187
De 51 a 100 .....	119.583
Más de 100 .....	714.583

TABLA 15

DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN ESPAÑA EN 1972

Provincias	Primeras materias farmacéuticas			Especialidades farmacéuticas			Total de la industria farmacéutica			
	Núm. de establ.	%	Núm. de empl.	Núm. de establ.	%	Núm. de empl.	Núm. de establ.	%	Núm. de empl.	
Madrid .....	14	22,58	906	124	22,18	13.595	138	22,22	14.501	44,84
Barcelona .....	19	30,64	287	278	49,73	13.314	297	47,83	13.601	42,06
Vizcaya .....	—	—	—	6	1,08	534	6	0,97	534	1,65
Valencia .....	—	—	—	24	4,29	425	24	3,87	425	1,31
Zaragoza .....	—	—	—	7	1,25	307	7	1,13	307	0,95
Pontevedra .....	—	—	—	5	0,89	332	5	0,80	332	1,05
Málaga .....	—	—	—	12	2,15	126	12	1,95	126	0,39
Leon .....	4	6,46	654	3	0,54	141	7	1,13	795	2,46
Navarra .....	3	4,84	291	—	—	—	3	0,48	291	0,90
Tarragona .....	3	4,84	23	—	—	—	3	0,48	23	0,07
Resto de España...	19	30,64	511	100	17,89	892	119	19,16	1.403	4,34
TOTAL .....	62	100,00	2.672	559	100,00	29.666	621	100,00	32.338	100,00

TABLA 16

DIMENSION MEDIA DE LOS LABORATORIOS POR PROVINCIAS  
EN 1972

PROVINCIAS	Tipo de laboratorio		
	Laboratorio de primeras materias farmacéuticas	Laboratorio de especialidades farmacéuticas	Total de la industria farmacéutica
Madrid .....	65	109	105
Barcelona .....	15	48	46
Vizcaya .....	—	89	89
Valencia .....	—	18	18
Zaragoza .....	—	44	44
Pontevedra .....	—	66	66
Málaga .....	—	10	10
León .....	163	47	113
Navarra .....	97	—	97
Tarragona .....	8	—	8
Resto de España ..	27	9	12
<b>TOTAL .....</b>	<b>43</b>	<b>53</b>	<b>52</b>

TABLA 17

DISTRIBUCION DEL VALOR DE LA PRODUCCION DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS  
POR TAMAÑO DE LOS LABORATORIOS. AÑOS 1970 Y 1974

TAMAÑO	Año 1970			Año 1974		
	Núm. de laboratorios	Valor en miles de pesetas	%	Núm. de laboratorios	Valor en miles de pesetas	%
De 1 a 5 empleados .....	220	342.493	1,2	189	417.710	0,6
De 6 a 10 .....	76	319.170	1,2	67	380.929	0,6
De 11 a 25 .....	89	1.402.713	4,9	74	1.897.183	2,9
De 26 a 50 .....	49	1.267.045	4,4	56	3.075.307	4,8
De 51 a 100 .....	48	3.047.151	10,6	41	4.487.101	7,0
De más de 100 .....	77	22.274.439	77,7	104	54.162.985	84,1
<b>TOTAL .....</b>	<b>559</b>	<b>28.653.011</b>	<b>100,0</b>	<b>531</b>	<b>64.421.215</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Sindicato Nacional de Industrias Químicas.

NOTA: En 1974, del total del valor, son de medicina humana 59.880.555 pesetas.

Aparte de que la expansión es paralela a la de la presencia de la Seguridad Social en el mercado farmacéutico, lo que interesa resaltar es que si se confrontan estos datos con los standar de cifras de negocio que permiten asegurar el cumplimiento de las normas mínimas de Seguridad Sanitaria y de rentabilidad industrial, resulta que están bajo mínimos la información correspondiente a los laboratorios de menos de 50 empleados; luego, en este grupo, se encuentran aquellas industrias que hay que ayudar a reconvertirse para hacerlas viables.

La producción de primeras materias farmacéuticas aparece en la *Tabla 18*. La producción de materias primas es lo suficientemente importante en España para considerar una grave deficiencia para negarla, máxime cuando la mitad de ella —antibióticos— exige una tecnología que no se improvisa. Otra cosa es que se importen productos que se fabrican en España. Se estima en 5.247 millones la reducción del déficit de Comercio exterior que por este renglón se habría podido alcanzar en 1974 si no se hubieran importado los que ya se obtienen en España<sup>5</sup>.

Se considera que sólo el 20 por 100 de los laboratorios —y todos grandes— fabrican algún producto básico. Estos datos, unidos a la convicción de que el mercado español ha pasado el «mínimo de dimensión» justifican las prevenciones del decreto de 10 de mayo de 1973 del Ministerio de Industria.

---

<sup>5</sup> Federico Mayor Domingo, Conferencia en la Facultad de Farmacia de Barcelona (3 de mayo de 1976).



TABLA 18

PRODUCCION DE PRIMERAS MATERIAS FARMACEUTICAS EN EL AÑO 1974

PRODUCTOS	Unidad	Cantidad	VALOR Miles de pesetas
<b>PRODUCTOS FARMACEUTICOS FUNDAMENTALES</b>			
Alcaloides:			
Cafeína y sus sales .....	Kilos	125.971	44.013
Codeína y sus sales .....	Kilos	6.308	96.800
Teobromina .....	Kilos	34.389	19.831
Etil-morfina y sus sales .....	Kilos	19	364
Los demás no especificados .....	Kilos	—	118.225
<b>TOTAL .....</b>	—	—	<b>279.234</b>
Antibióticos:			
Cloranfenicol .....	Kilos	97.377	263.995
Streptomicina .....	Kilos	83.688	317.469
Neomicina .....	Kilos	1.094	2.478
Penicilina .....	M.U.I.	212.526	885.959
Tetraciclina .....	Kilos	257.109	1.247.892
Terramicina .....	Kilos	42.756	405.754
Dicloxacilina .....	Kilos	3.260	61.002
Ampicilina .....	Kilos	36.393	582.288
Otros antibióticos .....	Kilos	—	419.713
<b>TOTAL .....</b>	—	—	<b>4.186.550</b>

TABLA 18  
 PRODUCCION DE PRIMERAS MATERIAS FARMACEUTICAS EN EL AÑO 1974  
 (Continuación)

PRODUCTOS	Unidad	Cantidad	VALOR Miles de pesetas
Glándulas y demás órganos opoterápicos:			
Bilis desecadas .....	Kilos	2.116	6.399
Glándulas y otros órganos de origen animal .....	Kilos	—	3.760
Otros extractos y sus secreciones .....	Kilos	25.316	48.924
Otras substancias animales .....	Kilos	—	16.918
<b>TOTAL .....</b>	—	—	<b>76.001</b>
Extractos vegetales medicinales:			
Extracto de regaliz .....	Kilos	208.062	26.893
Otros extractos vegetales medicinales .....	Kilos	—	262.319
<b>TOTAL .....</b>	—	—	<b>289.212</b>
Sueros y vacunas:			
Sueros uso humano .....	Kilos	997.658	156.449
Sueros uso veterinario .....	Kilos	1.076.452	132.310
Vacunas uso humano .....	Miles ejem.	2.897	135.180
Vacunas uso veterinario .....	Miles ejem.	4.017	123.452
<b>TOTAL .....</b>	—	—	<b>547.391</b>

TABLA 18  
**PRODUCCION DE PRIMERAS MATERIAS FARMACEUTICAS EN EL AÑO 1974**  
*(Continuación)*

PRODUCTOS	Unidad	Cantidad	VALOR Miles de pesetas
<b>Vitaminas:</b>			
Vitamina K al 100 % .....	Kilos	16.327	6.076
Otras vitaminas .....	Kilos	—	7.328
<b>TOTAL .....</b>	—	—	13.404
<b>PRODUCTOS QUIMICO-FARMACEUTICOS:</b>			
<b>Inorgánicos:</b>			
Agua oxigenada para usos medicinales .....	Kilos	292.067	11.250
Oxido de mercurio medicinal .....	Kilos	78.025	51.418
Cloruro mercurioso (calemelanos) .....	Kilos	55.711	34.209
Yoduro mercuríco (sublimado) .....	Kilos	70.720	38.698
Yoduro sódico .....	Kilos	14.521	6.469
Yoduro potásico .....	Kilos	24.677	9.377
Subnitrate de bismuto .....	Kilos	56.891	51.201
Carbonato de bismuto .....	Kilos	8.120	9.417
Perborato sódico .....	Kilos	337.006	11.000
Otros productos quimicos inorgánicos no indicados .....	Kilos	—	27.347
<b>TOTAL .....</b>	—	—	250.386

TABLA 18  
 PRODUCCION DE PRIMERAS MATERIAS FARMACEUTICAS EN EL AÑO 1974  
 (Continuación)

PRODUCTOS	Unidad	Cantidad	VALOR Miles de pesetas
Orgánicos:			
Cloroformo al 100% narcosis .....	Kilos	26.163	1.476
Yodoformo .....	Kilos	172	93
Colesterina .....	Kilos	397	494
Eter al 100% narcosis .....	Kilos	124.812	6.111
Canfocarbonato de bismuto .....	Kilos	1.052	1.355
Citrato sódico .....	Kilos	151.236	10.111
Gluconatos .....	Kilos	57.380	8.083
Caseinatos .....	Kilos	297	89
Salicilatos .....	Kilos	304.750	41.113
Subgalato de bismuto .....	Kilos	17.625	13.663
Acido para-amino-salicílico .....	Kilos	9.746	4.151
Acido acetil-salicílico .....	Kilos	549.259	75.828
Cloruro de colina .....	Kilos	1.868.870	136.185
Sulfamidas .....	Kilos	54.061	79.949
Otros productos químico-farmacéuticos .....	Kilos	—	359.995
TOTAL .....	—	—	738.696

TABLA 18  
**PRODUCCION DE PRIMERAS MATERIAS FARMACEUTICAS EN EL AÑO 1974**  
*(Continuación)*

PRODUCTOS	Unidad	Cantidad	VALOR Miles de pesetas
Apósitos sanitarios:			
Gasa hidrófila (en piezas o bobinas) .....	Kilos	—	22.738
Algodón hidrófilo .....	Kilos	—	9.643
Vendas de gasa .....	Kilos	—	9.690
Vendas enyesadas .....	Kilos	—	343
Botes de compresas de gasa estéril .....	Kilos	—	23.235
Taponamientos esterilizados .....	Kilos	—	240
Compresas higienicas .....	Kilos	—	37.799
Pañales para bebés de tejidos de gasa .....	Kilos	—	2.653
Pañales para bebés de celulosa .....	Kilos	—	1.200
Guata de celulosa .....	Kilos	—	840
Ajuares para partos .....	Kilos	—	2.621
Suturas estériles .....	Kilos	—	123.800
Suturas normales .....	Kilos	—	2.035
<b>TOTAL .....</b>	—	—	<b>236.837</b>
Otros productos no especificados .....			
<b>TOTAL VALORACION .....</b>	Kilos	—	<b>303.028</b>
<b>TOTAL VALORACION .....</b>	—	—	<b>6.920.739</b>

La producción de especialidades, a parte del excesivo número de presentaciones distintas en relación con el número de las que se consumen, el 4 por 100 (1.132 presentaciones son el 70 por 100 del consumo), la mayor cantidad se da en antibióticos, pues no en vano en el mercado español es de antibióticos más del 30 por 100 cuando una sociedad industrial se mueve en torno al 10 por 100 (*Tabla 19*). Por supuesto, son los laboratorios más antiguos, más grandes y extranjeros, que son los que tienen mayor capacidad y velocidad de renovación, los que poseen más especialidades y más presentaciones por especialidad.

El número medio de patentes en los laboratorios según su procedencia es como sigue:

Patentes no españolas	3,6
Patentes españolas	12,3
Patentes propias del laboratorio	15,4
No se sabe	2,5

La dependencia es grande en el campo de las patentes. El aprovisionamiento en el extranjero alcanzó en 1974, el 33,8 por 100 con 8.123 millones. Proporcionalmente es más lo que los españoles importan del extranjero que lo que los extranjeros utilizan de España, lo que es otro indicador expresivo de la política a seguir dada la rentabilidad del mercado español (*Tabla 20*).

Una veintena de laboratorios españoles han dedicado a investigar el 5 por 100 de su cifra de negocio —580 millones en 1975. —<sup>6</sup>, lo que sumadas las ayudas oficiales —51 millones— y los destinados a investigación clínica<sup>7</sup> permite afirmar que España ha pasado el «punto crítico» que hace posible la investigación. Una inversión del orden de los 750 millones no se puede ignorar responsablemente.

---

<sup>6</sup> Véase: José Esteve. «Estado actual de la investigación farmacéutica en España». Discurso de ingreso en la Real Academia de Farmacia de Barcelona (junio 1976).

<sup>7</sup> Por el Fondo del Descuento Complementario de la prestación farmacéutica.

TABLA 19

COMPARACION ENTRE LOS DATOS DE PRODUCCION DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS DEL SINDICATO NACIONAL DE INDUSTRIAS QUIMICAS Y LOS OBTENIDOS POR ENCUESTA A LOS LABORATORIOS (AÑO 1974)

DATOS	Del SNIQ		De las encuestas a laboratorios	
	Producción media por laboratorio (en miles de pesetas)	% sobre la producción total	Producción media por laboratorio (en miles de pesetas)	% sobre la producción total
TAMAÑO DE LOS LABORATORIOS				
Menos de 10 empleados ...	3.100	1,2	8.800	3,3
De 10 a 50 .....	38.200	7,7	37.000	7,0
De 51 a 100 .....	109.400	7,0	66.200	4,0
De más de 100 .....	520.700	84,1	662.000	85,7
TOTAL:	121.400	100,0	128.400	100,0

TABLA 20

PROPORCION DE MATERIAS PRIMAS ADQUIRIDAS EN ESPAÑA O EN EL EXTRANJERO SEGUN EL ORIGEN DE LOS LABORATORIOS

PROCEDENCIA DE LAS MATERIAS PRIMAS	Origen de los laboratorios	
	Nacionales	Extranjeros
De España .....	46,3 %	28,7 %
Directamente del extranjero .....	32,9 %	42,2 %
Adquiridas en España sin conocer con certeza su procedencia .....	20,8 %	29,1 %

El coste medio por laboratorio en la promoción de especialidades farmacéuticas, según las formas de promoción es: 4,7 millones de pesetas en «hojas volantes», 6,6 millones en «publicaciones», y 8,9 millones en muestras gratuitas. Las diferencias según el tamaño de los laboratorios aparecen en la *Tabla 21*.

Si el coste medio de 46,6 millones por laboratorio fuese correcto, representaría sobre la estimación del valor del mercado de 1975, el 22,57 por 100.

El gasto guarda relación con la magnitud del laboratorio: quiere decirse que es en los grandes donde se encuentra el problema. Se observa que los laboratorios nacionales gastan más en publicaciones y los extranjeros en los otros medios, quizá por su experiencia internacional sobre la capacidad de lectura de los destinatarios de su promoción (*Tabla 22*).

### La comercialización: Los mayoristas

El fenómeno en este segmento del sector es semejante al de la producción, con dos notas un tanto sorprendentes: una, que la realidad no se ha impuesto a la legislación: ésta no reconoce su existencia preceptiva. Otra, que es sobre este sector comercial sobre el que se asienta el colectivo farmacéutico, después de su desplazamiento de la producción artesanal de la oficina, con capacidad comercial tecnológica y patrimonial, manifestada en los centros farmacéuticos y las cooperativas, marginando al profesional comerciante de los almacenes. Son los almacenes los que representan más de la mitad de las empresas y los centros farmacéuticos los que aparecen con menos, pero con mayor número proporcional de sucursales (*Tabla 23*).

TABLA 21

### COSTE MEDIO EN LA PROMOCION DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS POR LABORATORIO, SEGUN SU TAMAÑO

(En millones de pesetas)

TAMAÑO DE LOS LABORATORIOS	Formas de promoción			
	Hojas volantes	Publicaciones	Visitadores médicos	Muestras gratuitas
Menos de 10 empleados ...	0,1	—	0,4	0,2
De 10 a 50 .....	0,4	0,5	5,9	0,7
De 51 a 100 .....	4,4	2,3	6,7	4,4
Más de 100 .....	11,0	10,3	54,3	20,7



TABLA 22

EVOLUCION DE LOS GASTOS DE PROMOCION DEL CONSUMO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

MEDIOS PUBLICITARIOS

(Importe expresado en millones de pesetas)

Años	Folletos	Muestras	Visitas	Pág. revistas	Total	% de la cifra de negocio total (A) PVP	% de la cifra de PVL	% de la cifra de coste para la S.S. (B)
1971 .....	186	1.558	2.286	1.157	5.187	9,01	14,66	18,47
1972 .....	265	1.271	2.701	1.059	5.296	8,36	13,60	15,11
1973 .....	187	1.618	2.748	1.441	5.994	7,24	11,76	12,84
1974 .....	232	1.852	3.858	1.775	7.717	8,27	13,43	14,34
Totales ....	870	6.299	11.593	5.432	24.194	8,15	13,24	14,78
Porcentajes.	3,60%	26,03%	47,91%	22,46%	100%			

TABLA 22

## EVOLUCION DE LOS GASTOS DE PROMOCION DEL CONSUMO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

(A) Se toma como cifra total las de precio de venta al público y de salida del laboratorio. (B) Cifras de coste para el I.N.P. a precio de venta al público, deducidos descuentos de farmacias y laboratorios.

Años	Cifra de negocio, en millones de pesetas		Años	Coste para el I.N.P., en millones de pesetas
	P.V.P.	P.V.L.		
1971 .....	57.511	35.358	1971 .....	28.076
1972 .....	63.301	38.916	1972 .....	35.046
1973 .....	82.715	50.595	1973 .....	46.675
1974 .....	93.254	57.440	1974 .....	53.787
Total .....	296.781	182.663	Total .....	163.584

FUENTE: Servicio de Ordenación Farmacéutica.

TABLA 23

NUMERO DE CENTROS DE DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS  
POR CLASES

CLASES DE CENTROS	Núm. de empresas	Núm. de sucursales	Total de almacenes
Cooperativas Farmacéuticas .....	31	38	69
Centros Farmacéuticos .....	16	50	66
Almacenes libres .....	89	79	168
<b>TOTAL .....</b>	<b>135</b>	<b>167</b>	<b>303</b>

FUENTE: Ponencia de Ordenación Farmacéutica de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria.

Los centros de distribución de medicamentos clasificados por tamaño y clases aparecen en la *Tabla 24*. Es un colectivo atomizado, en el que los más grandes son las cooperativas, si bien la calificación de su personal es la mínima indispensable para cubrir las necesidades económicas, jurídicas y farmacéuticas.

Las diferencias regionales de centros de distribución puede verse en la *Tabla 25*. El número medio de farmacias por centro de distribución, por regiones es el siguiente:

Andalucía Oriental	47 farmacias
Andalucía Occidental	40 farmacias
Levante	31 farmacias
Cataluña	43 farmacias
Aragón	38 farmacias
Vascongadas-Navarra	60 farmacias
Castilla-León	48 farmacias
Asturias-Galicia	50 farmacias
Centro	65 farmacias
Extremadura	42 farmacias
Islas	45 farmacias
Total	46 farmacias

El grupo de almacenes que cubría todo el país, se centra en la costa mediterránea. La irrupción de los centros y cooperativas es posterior a la creación del SOE y el número de farmacias por establecimiento es muy bajo: la información disponible sobre equipamientos (750.000 m. de estanterías, 1.506 vehículos, 248.353 m<sup>2</sup> de edificios nuevos o reformados), explican las dificultades

por las que atraviesan, dada la dureza de una competitividad en un mercado aberrante por el número de suministradores y suministrados. Las investigaciones realizadas sobre los indicadores «valor medio de pedido», «margen por pedido», «margen medio por establecimiento», «venta por metro de estantería» y «venta por empleado», confirma la motivación de las tensiones en el proceso de cambio que se vive.

TABLA 24

DISTRIBUCION DE LOS CENTROS DE DISTRIBUCION  
DE MEDICAMENTOS, POR TAMAÑO Y CLASES

TAMAÑO	Almacenes libres	Cooperati- vas farma- céuticas	Centros farmacéu- ticos	TOTAL
Menos de 10 empleados.	20,9 %	—	13,6 %	16,9 %
De 10 a 19 .....	25,6 %	12,5 %	31,8 %	24,1 %
De 20 a 49 .....	41,9 %	37,5 %	22,7 %	35,0 %
De 50 a 99 .....	7,0 %	31,3 %	9,1 %	12,0 %
De 100 y más .....	4,6 %	18,7 %	22,8 %	12,0 %
TOTAL .....	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

TABLA 25

DISTRIBUCION REGIONAL DE LOS CENTROS DE DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS POR CLASES

REGIONES	Cooperati- vas farma- céuticas	Centros farmacéu- ticos	Alma- cenes	TOTAL
Andalucía Oriental .....	5	2	18	25
Andalucía Occidental ....	6	7	22	35
Levante .....	10	13	32	55
Cataluña .....	10	8	33	51
Aragón .....	2	3	6	11
Vascongadas-Navarra ...	3	7	3	13
Castilla-León .....	5	11	8	24
Asturias-Galicia .....	9	2	14	25
Centro .....	13	6	21	40
Extremadura .....	2	4	5	11
Insular .....	4	3	6	13
<b>TOTAL .....</b>	<b>69</b>	<b>66</b>	<b>168</b>	<b>303</b>

FUENTE: Elaboración de los datos facilitados por ACRESA.

El valor medio del stock de especialidades que tienen habitualmente los centros de distribución, según clases es de: 93,7 millones de pesetas en las cooperativas farmacéuticas, de 42,9 millones en los centros farmacéuticos, y de 22,1 millones en los almacenes libres. Si la evaluación se hace por los 303 depósitos de un valor total de 13,300 millones de pesetas, que equivalen a las necesidades del mercado de poco más de un mes, y es justamente el período de financiación: pagos entre 30 y 60 días. Las cooperativas, siendo poco más del 40 por 100 del mercado, tienen más de la mitad del stock.

El número medio de envíos es tan alto, que está registrando la grave deficiencia de la estructura: la atomización de los productores y dispensadores, que con la rigidez de los costes de distribución provoca el colapso de los más débiles: los almacenes que son, además los que sirven más pedidos día y más lejos (*Tabla 26*).

El volumen de ventas anuales de los centros, según sus clases está registrado en la *Tabla 27*. Esta información, los más —almacenes— son los que tienen menos parte en el mercado, unida a los anteriores explica la dialéctica que se registra en el punto siguiente.

Las actitudes sobre las cooperativas y los almacenes libres aparecen recogidas en las *Tablas 28 y 29*. Los juicios denotan la existencia de una situación

de enfrentamiento: frente a las cooperativas, los almacenes se sienten en condiciones de inferioridad, pues algunos entienden que deben ser rechazados porque no favorecen más que a las personas que las administran. Frente a los almacenes, algunas cooperativas los consideran competidores desleales, anticuados y que deben desaparecer. Frente a los centros, sólo algunas cooperativas suscitan alguna agresividad.

TABLA 26

**NUMERO MEDIO DE REPARTOS O ENVIOS DE LOS CENTROS DE DISTRIBUCION, SEGUN CLASES, A LOS DISTINTOS LUGARES**

CLASE DE CENTRO	Lugares de reparto		
	La propia localidad	La misma provincia	Otras provincias
Almacenes libres .....	4,1	3,4	1,6
Cooperativas farmacéuticas .....	3,3	1,7	1,0
Centros farmacéuticos .....	3,7	1,9	1,3

TABLA 27

**VOLUMEN DE VENTAS ANUALES DE LOS CENTROS DE DISTRIBUCION SEGUN SUS CLASES**

CLASES DE CENTROS	Volumen total de ventas (en millones de pts. a P.V.P.)	Volumen medio de ventas por almacén (en millones de pts.)
Almacenes libres .....	17.718	105
Cooperativas farmacéuticas .....	41.638	603
Centros farmacéuticos .....	29.236	443
<b>TOTAL .....</b>	<b>88.592</b>	<b>292</b>

TABLA 28

JUICIO QUE LOS ALMACENES LIBRES Y LOS CENTROS FARMACEUTICOS TIENEN DE LAS COOPERATIVAS

ENJUICIAMIENTO	Opinión de los almacenes libres %	Opinión de los centros farmacéuticos %
– Constituyen una modernización de los centros de distribución de medicamentos que es necesario aceptar .....	9,1	–
– Equivalen a un centro de distribución más .....	47,7	43,5
– Son organismos que compiten lealmente con los otros centros de distribución .....	6,8	8,7
– Son competidores desleales .....	18,2	4,3
– Otros juicios .....	18,2	43,5

TABLA 29

JUICIO QUE LAS COOPERATIVAS FARMACEUTICAS Y LOS CENTROS FARMACEUTICOS TIENEN DE LOS ALMACENES LIBRES

(En porcentajes)

ENJUICIAMIENTO	Opinión de las cooperativas farmacéuticas %	Opinión de los centros farmacéuticos %
— Son entidades que al igual que las cooperativas o los centros farmacéuticos colaboran en el proceso de distribución de medicamentos .....	13,0	20,0
— Son centros similares a las cooperativas y centros farmacéuticos, ni mejores ni peores .....	21,8	40,0
— Son organismos que compiten lealmente con los otros centros de distribución .....	43,5	33,3
— Son competidores desleales .....	8,7	—
— Otros juicios .....	13,0	6,7

El valor en pesetas de lo que suministra a las oficinas de farmacia mensualmente cada clase de centro de distribución es el siguiente:

	Número de farmacias a las que suministran habitualmente	Valor del suministro en pesetas PVP
Almacenes libres .....	5.656	752.813.600
Cooperativas farmacéuticas ...	10.938	1.227.243.600
Centros farmacéuticos .....	6.776	932.328.000



Las cooperativas tienen entre un 42 por 100 y 47 por 100 del mercado, los centros entre un 32 por 100 y 33 por 100 y los almacenes entre un 26 por 100 y 30 por 100, y el volumen del mercado que pasa a través de ellos se estima del orden del 95 por 100 del total.

### La dispensación: Las farmacias

El fenómeno, en este tercer segmento del sector, coincide con el de los anteriores en la expansión, pero no en el de la concentración, por sus peculiares condiciones: se trata de una profesión que es propietaria de sus medios de producción y que precisamente a esa propiedad está vinculado el monopolio de la función pública de la dispensación. Se trata de una profesión que se considera a sí misma como liberal, pese haber sido desposeída de responsabilidad —al quitarle la producción artesana del medicamento— como consecuencia de no tener libertad (La excepción para sustituir la medicación prescrita de la que es responsable un tercero, el laboratorio, no altera el juicio.) La identificación de una profesión que demuestra cómo la cantidad altera la naturaleza de los problemas.

Por ello, para analizar su estructura básica es necesario examinar el establecimiento y los farmacéuticos. La evolución del número de farmacias en estos últimos años, según el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, es el siguiente:

Años:	Número:
1965	10.555
1960	12.218
1972	12.662
1973	13.377
1974	13.829

Si se tiene en cuenta su antigüedad, de las farmacias existentes en 1974, resulta que anteriores a la creación del Seguro de Enfermedad son el 23 por 100 y que en su mitad se han establecido durante el proceso de cambio del país después de 1959. La urbanización ha desencadenado las autorizaciones en función de la distancia, olvidando el parámetro de la población; y resulta que la expansión del consumo puntualmente pagado por la Seguridad Social, ha suscitado la implantación de las tres cuartas partes de las farmacias existentes.

La distribución de las oficinas de farmacia según el tamaño de la población aparece en la *Tabla 30*. En resumen el número de habitantes por oficina de farmacia en las poblaciones de menos de 5.000 habitantes de 3.031 en las poblaciones de 5.000 a 20.000, y de 2.165 habitantes por farmacia en las poblaciones de más de 20.000 habitantes.

<sup>8</sup> Debe tenerse en cuenta que las oficinas de farmacia en su respuesta *no* incluye en contribución a la Seguridad Social en el R-64 y en los suministros a los hospitales.

TABLA 30

DISTRIBUCION DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EXISTENTES  
ENTRE LAS POBLACIONES CON DISTINTO NUMERO  
DE HABITANTES

POBLACIONES	Número	Porcentaje
— De menos de 5.000 habitantes .....	2.337	16,9
— De 5.000 a 20.000 habitantes .....	2.516	18,2
— De más de 20.000 habitantes .....	8.976	64,9
TOTAL .....	13.829	100,0

FUENTE: Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

En general el número de personas por oficina de farmacia ha disminuido: 3.023 en 1965, 2.753 en 1970, 2.713 en 1972, 2.596 en 1973 y 2.538 en 1974. En otros países europeos el número de habitantes por oficina de farmacia es mayor: 5.735 en Alemania occidental, 4.500 en Portugal, 4.300 en Italia, y 3.000 en Francia (según el Informe sobre Asistencia Farmacéutica del IV Plan de Desarrollo).

La distribución provincial del número de habitantes por oficina de farmacia aparece en la *Tabla 31*. El olvido del parámetro de los habitantes por farmacia, ha colocado al farmacéutico de oficina español bajo el mínimo de subsistencia (5.000 habitantes por farmacia). La distorsión es desigual en el país, agudizándose el problema en las localidades más pequeñas y en las áreas metropolitanas. Esta situación interpela a los responsables de las autorizaciones, para corregirla, pues la Seguridad Social, administradora del fondo de salarios y gran interesada en corregir esta situación, ha de contribuir a su arreglo.

La distribución provincial de los farmacéuticos en 1974 según su situación laboral puede estudiarse en la *Tabla 32*. El incremento del número de farmacéuticos explica la presión por crear farmacias. Esta presión se manifiesta en el período 1970-1974, con un índice de creación de farmacias superior al de los licenciados.

TABLA 31

NUMERO DE HABITANTES POR  
OFICINA DE FARMACIA EN LAS  
DISTINTAS PROVINCIAS

PROVINCIAS	Número de habitantes por farmacia
Alava .....	4.001
Albacete .....	2.789
Alicante .....	2.442
Almería .....	2.328
Asturias .....	2.836
Avila .....	2.815
Badajoz .....	2.245
Baleares .....	2.327
Barcelona .....	2.481
Burgos .....	3.024
Cáceres .....	2.349
Cádiz .....	2.980
Castellón .....	2.724
Ciudad Real .....	2.565
Córdoba .....	2.060
Coruña (La).....	2.780
Cuenca .....	2.963
Gerona .....	2.447
Granada .....	1.863
Guadalajara .....	2.773
Guipúzcoa .....	3.520
Huelva .....	3.492
Huesca .....	3.802
Jaén .....	2.578
León .....	3.043
Lérida .....	2.983
Logroño .....	2.458
Lugo .....	2.817
Madrid .....	2.140
Málaga .....	2.374
Murcia .....	2.378
Navarra .....	2.541
Orense .....	3.135
Palencia .....	2.874
Palmas (Las) .....	4.178

TABLA 31

NUMERO DE HABITANTES POR  
OFICINA DE FARMACIA EN LAS  
DISTINTAS PROVINCIAS

PROVINCIAS	Número de habitantes por farmacia
Pontevedra .....	2.899
Salamanca .....	2.400
S. Cruz de Tenerife ..	3.512
Santander .....	2.852
Segovia .....	2.611
Sevilla .....	2.225
Soria .....	2.378
Tarragona .....	2.546
Teruel .....	3.892
Toledo .....	2.717
Valencia .....	2.361
Valladolid .....	2.676
Vizcaya .....	3.483
Zamora .....	3.308
Zaragoza .....	2.450

FUENTE: Elaboración de los datos del Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

Por sexos, la profesión farmacéutica al no exigirse de hecho la permanencia para su ejercicio, ha polarizado a la mujer. En las demás profesiones, el índice de ocupación de la mujer es europeo hasta la edad del matrimonio; por su localización, la mujer es más «urbana» (Tabla 33). Por edad, por su carácter patrimonial, la profesión farmacéutica tiene una estructura más dura que la profesión médica, lo que unido al dato anterior, puede explicar la actitud sociológica de la profesión (Tabla 34).

La frecuencia de los pedidos día y la reducida cuantía de estos, denuncia la magnitud de las «faltas» —por el aberrante número de presentaciones y la falta de libertad del farmacéutico para hacer sustituciones—, y la baja capacidad económica de las farmacias. Esa frecuencia es mayor en las cooperativas, que funcionan como un segundo y gran almacén. Lo cual supone una transferencia de stock, que coloca a las cooperativas en una situación límite ante la inelasticidad de los costes de transporte cuyo crecimiento no ha podido ser absorbido por el incremento de la productividad de sus instalaciones ni por la capacidad de gestión frente a sus suministradores con niveles de precios correctos. Otra consecuencia, de esa falta de libertad del farmacéutico y de su debilidad económica, es el riesgo de la conversión de la farmacia en una especie de terminal de almacén (Tabla 35).

El valor de sus aprovisionamientos varía según su suministrador y en las estimaciones que hacen sobre lo que cada suministrador pesa en el mercado. Los farmacéuticos tienen una opinión mayoritaria de que son las cooperativas las que les dan las mejores condiciones económicas; lo que confirma la dialéctica recogida al estudiar a los mayoristas (Tabla 36).

TABLA 33

DISTRIBUCION DE LOS FARMACEUTICOS CON OFICINA DE FARMACIA, SEGUN SEXO, EN LAS CAPITALES DE PROVINCIA Y EN EL RESTO

SEXO	Capitales de provincia		Resto de la provincia	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Varones .....	3.402	51,9	4.439	61,0
Mujeres .....	3.150	48,1	2.838	39,0
TOTAL .....	6.551	100,0	7.278	100,0

TABLA 32

DISTRIBUCION PROVINCIAL DE LOS FARMACEUTICOS SEGUN SITUACION LABORAL, 1974

Provincias	Fcos. Colegiodos	Fcos. en Industria	Fcos. Distribución	Fcos. con farmacia	Fcos. Regentes	Fcos. Titulares	Fcos. en Hospitales	Fcos. Social	Análisis Clínicos	Otras Actividades	Sin ejercicio
Alava .....	75	—	2	57	1	18	1	1	3	4	6
Albacete .....	135	—	2	109	5	47	1	2	—	3	16
Alicante .....	480	5	10	395	12	75	2	4	2	1	49
Almería .....	185	1	3	154	6	96	1	1	1	1	17
Avila .....	84	—	1	64	44	66	1	1	1	1	11
Badajoz .....	321	—	7	271	13	123	1	1	—	—	28
Baleares .....	315	3	4	244	13	55	1	2	10	1	37
Barcelona .....	2.878	297	53	1.702	67	127	16	6	14	—	461
Burgos .....	154	4	4	108	7	67	1	1	—	—	30
Cáceres .....	215	—	3	175	11	110	2	1	1	2	19
Cádiz .....	348	1	8	297	14	39	1	3	2	7	15
Castellón .....	180	1	5	142	5	50	1	1	—	3	22
Ceuta .....	27	4	—	16	1	1	—	—	—	—	6
Ciudad Real .....	219	—	2	179	8	76	1	2	3	—	25
Córdoba .....	385	1	12	318	22	76	—	1	2	2	26
Coruña (La) .....	487	5	6	349	15	84	3	5	3	—	101
Cuenca .....	94	—	1	72	4	64	—	1	—	—	16
Gerona .....	215	2	5	169	8	66	2	1	2	1	23
Granada .....	456	1	2	385	8	101	2	3	7	8	42
Guadalajara .....	58	1	1	46	3	57	1	1	—	1	4
Guipúzcoa .....	254	4	3	201	10	39	4	1	3	2	25
Huelva .....	178	—	1	154	6	55	1	1	1	2	12
Huesca .....	69	—	1	54	4	46	—	1	—	—	9
León .....	202	—	5	222	10	82	2	1	—	—	22

Leon.....	217	1	3	167	11	73	2	2	2	4	2	25
Lérida.....	144	4	6	116	2	61	1	2	2	2	1	10
Logroño.....	122	2	2	90	6	54	1	1	1	1	1	18
Lugo.....	160	—	4	157	2	66	2	3	3	—	—	12
Madrid.....	3.205	307	30	2.025	57	75	12	7	7	42	113	612
Málaga.....	434	8	7	364	15	60	2	2	2	6	—	30
Melilla.....	36	1	5	22	2	—	1	—	—	2	—	3
Murcia.....	421	2	10	335	16	48	1	3	3	3	7	44
Navarra.....	261	4	5	182	11	—	4	2	3	3	2	48
Orense.....	150	—	3	122	5	71	1	2	2	—	3	14
Oviedo.....	442	1	4	354	20	71	3	2	2	5	13	40
Palencia.....	86	—	2	64	3	39	2	1	1	—	—	14
Palmas (Las) .	186	1	2	150	7	26	1	1	1	1	1	22
Pontevedra....	336	6	6	266	7	60	2	3	3	5	2	39
Salamanca....	180	—	2	144	5	81	2	1	1	—	4	22
S. C. Tenerife .	216	—	5	174	5	33	2	2	2	—	2	26
Santander.....	205	3	2	156	8	59	—	—	—	—	3	33
Segovia.....	76	—	1	54	3	56	—	1	1	—	1	16
Sevilla.....	686	5	9	601	18	99	3	1	1	2	11	36
Soria.....	50	—	1	42	2	60	1	—	—	2	—	2
Tarragona....	213	1	6	172	6	59	1	—	—	6	4	17
Teruel.....	52	—	1	40	—	52	1	1	1	1	—	8
Toledo.....	214	4	6	162	8	117	1	—	—	6	—	27
Valencia.....	949	17	8	777	23	130	4	3	3	—	—	117
Valladolid....	219	3	4	160	10	80	2	2	2	—	2	36
Vizcaya.....	410	4	2	321	12	47	1	1	1	—	—	69
Zamora.....	83	1	3	68	2	56	1	1	1	1	—	6
Zaragoza....	397	5	6	314	10	91	2	1	1	1	17	41
<b>TOTAL....</b>	<b>17.989</b>	<b>710</b>	<b>286</b>	<b>13.476</b>	<b>533</b>	<b>3.306</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>147</b>	<b>228</b>	<b>2.425</b>

FUENTE: Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

TABLA 34

PROPORCION DE FARMACEUTICOS POR EDAD Y SEXO

EDAD	Proporción de hombres	Proporción de mujeres
Menos de 35 años .....	14,5	28,3
De 35 a 44 años .....	21,5	31,0
De 45 a 59 años .....	30,3	29,7
De 60 y más años .....	33,7	11,0
<b>TOTAL .....</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

TABLA 35

DISTRIBUCION DE LAS OFICINAS DE FARMACIA SEGUN LA FRECUENCIA CON QUE SE SUMINISTRAN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y LA CLASE DE CENTRO DE DISTRIBUCION DE LOS QUE SE SUMINISTRAN

FRECUENCIA DEL SUMINISTRO	Centros de distribución		
	Almacenes libres	Cooperativas farmacéuticas	Centros farmacéuticos
Tres o más veces al día .....	28,7	32,5	29,3
Dos veces al día .....	24,5	33,8	24,7
Una vez al día .....	20,1	18,4	22,0
Más de una vez al día .....	26,7	15,3	24,0



TABLA 36

PROPORCION DE FARMACIAS QUE RECIBEN EN MEJORES CON-  
DICIONES ECONOMICAS EL SUMINISTRO DE LOS DISTINTOS  
CENTROS DE DISPENSACION

CENTROS DE DISTRIBUCION QUE OFRECEN MEJORES CONDICIONES ECONOMICAS	% de farmacias
Cooperativas farmacéuticas .....	58,1
Centros farmacéuticos .....	12,0
Almacenes libres .....	6,2
Todos igual .....	23,7

La distribución porcentual de las oficinas de farmacia según el número de especialidades que tienen habitualmente en stock es el siguiente:

Número de especialidades:

Menos de 3.000	10,0 por 100
De 3.000 a 3.999	17,6 por 100
De 4.000 a 4.999	14,2 por 100
De 5.000 a 5.999	15,5 por 100
De 6.000 a 6.999	11,4 por 100
De 7.000 a 7.999	8,5 por 100
De 8.000 a 9.999	7,6 por 100
De 10.000 a 11.999	6,4 por 100
12.000 o más	9,0 por 100

En el número de presentaciones —seis millares— que integran el stock por farmacia, a su precio medio, denuncia la situación aberrante del mercado. El 57,3 por 100 de las farmacias tienen un stock inferior a esta cifra que es 1/3 de las presentaciones que se dice existen en el mercado con «vida» (Tabla 37).

El valor del stock no corresponde con el precio medio de todas las presentaciones sino que está más bien en función con el precio medio que tienen según su rotación, y en donde se encuentran las de más precio (estos representan más de la mitad del stock). Ello supone situar el valor del stock sobre el 10 por 100 del valor del mercado, cubriendo las ventas de poco más de un mes, que a su vez es el período normal de financiación (letras a 30 días) (Tabla 38 y Tabla 39).

Solamente en el 27 por 100 de los casos, según la encuesta, se encuentra siempre la especialidad deseada, lo que explica la excesiva frecuencia de pedidos día. El 55 por 100 la encuentran casi siempre; el 14 por 100 algunas veces, y el 4 por 100 muy raras veces.

TABLA 37

NUMERO MEDIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS QUE TIENE CADA OFICINA DE FARMACIA SEGUN EL TAMAÑO DE LAS POBLACIONES EN QUE ESTAN SITUADAS

TAMAÑO DE LA POBLACION	Núm. medio de especialidades
Menos de 1.000 habitantes .....	3.535
De 1.000 a 2.999 habitantes .....	4.690
De 3.000 a 9.999 habitantes .....	5.740
De 10.000 a 24.999 habitantes .....	6.780
De 25.000 a 49.999 habitantes .....	6.670
De 50.000 a 99.999 habitantes .....	6.600
De 100.000 a 299.999 habitantes .....	6.290
De 300.000 o más habitantes .....	7.020

TABLA 38

VALOR MEDIO DEL STOCK DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA, SEGUN RITMO DE ROTACION DE LAS ESPECIALIDADES

Ritmo de rotación de las especialidades	Valor medio del stock en pesetas a P.V.P.	Porcentaje
De gran rotación .....	684.200	52,0
De rotación media .....	398.300	30,3
De rotación pequeña .....	233.500	17,7
TOTAL .....	1.316.000	100,0

TABLA 39

VALOR ECONOMICO DEL STOCK DE LAS OFICINAS DE FARMACIA POR TAMAÑO DE LAS POBLACIONES EN QUE ESTAN UBICADAS, EN PESETAS A P.V.P.

TAMAÑO DE LAS POBLACIONES	De gran rotación de las especialidades	De rotación media	De rotación pequeña	TOTAL
Menos de 1.000 habitantes	141.000	75.000	50.000	266.000
De 1.000 a 2.999 .....	432.000	217.000	164.000	813.000
De 3.000 a 9.999 .....	728.000	382.000	230.000	1.340.000
De 10.000 a 24.999 .....	770.000	410.000	297.000	1.477.000
De 25.000 a 49.999 .....	850.000	433.000	236.000	1.519.000
De 50.000 a 99.999 .....	674.000	406.000	181.000	1.261.000
De 100.000 a 299.999 ...	668.000	361.000	239.000	1.268.000
De 300.000 o más .....	716.000	465.000	253.000	1.434.000

No existe coincidencia en la visión sobre la originalidad del acto farmacéutico. Lo que piensa el farmacéutico es distinto de lo que opinan los otros profesionales sanitarios y está en contradicción con lo que dice la población (*Tabla 40*). Según la encuesta la frecuencia con que la gente acude a los farmacéuticos para informarse sobre algún medicamento adecuado para sus dolencias es: 2 por 100 muchas veces, 11 por 100 bastantes veces, 34 por 100 raras veces y 53 por 100 nunca.

El presunto «negocio jurídico de compraventa» está sociológicamente fagocitando el acto farmacéutico. El énfasis puesto por los farmacéuticos en la información y en la orientación sobre el uso de los fármacos, como acompañantes de la dispensación, no coincide con las respuestas de la población: los farmacéuticos afirman que informan en un 66 por 100 de las dispensaciones (9 por 100 muy frecuentemente, 25 frecuentemente 54 por 100 a veces, y 13 por 100 nunca). En resumen el tipo de relaciones que los farmacéuticos con oficina de farmacia mantienen con los clientes es: sólo de compraventa el 13 por 100, de orientación en el uso de los medicamentos el 58 por 100, de información sobre los medicamentos el 26 por 100, y otras relaciones el 2 por 100.

El valor medio de la dispensación diaria de especialidades farmacéuticas en cada oficina de farmacia según su tamaño (es decir, el número de especialidades en stock) es:

Tamaño	Valor medio P.V.P.
Menos de 3.000 .....	9.600
De 3.000 a 4.000 .....	12.400
De 4.000 a 5.000 .....	13.500
De 5.000 a 6.000 .....	16.400
De 6.000 a 7.000 .....	16.400
De 7.000 a 8.000 .....	16.600
De 8.000 a 10.000 .....	15.700
De 10.000 a 12.000 .....	17.200
Más de 12.000 .....	21.200

TABLA 40

PROPORCIÓN DE PERSONAS RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA QUE DEFINEN DE UNA U OTRA FORMA EN QUE CONSISTE EL ACTO FARMACEUTICO

(Porcentajes)

EL ACTO FARMACEUTICO CONSISTE EN	Farmacéuticos con oficina de farmacia	Responsables de centros de distribución de medicamentos	Responsables de laboratorios farmacéuticos	Médicos	Responsables de hospitales
La sola dispensación de medicamentos .....	3,8	11,6	20,4	39,3	46,7
Dispensación y orientación sobre el uso de medicamentos ....	17,7	23,3	16,3	15,0	12,3
Dispensación e información sobre el uso de medicamentos ....	10,6	3,5	7,1	6,5	10,1
Dispensación, orientación e información .....	67,1	61,6	55,2	36,6	29,1
Otra respuesta .....	0,8	—	1,0	2,6	1,8

Los datos de la encuesta (realizada en 1974) dan una venta diaria por oficina de farmacia de 14.960 pesetas, lo que supone en 300 días laborables para las 13.829 farmacias (existentes en 1974) un valor a PVP de 62.046 millones, es decir, el 30 por 100 menos de la realidad del mercado —93.240 millones según el IMS—, aunque existe una coincidencia en porcentaje con los suministros a la Seguridad Social. Las especialidades de gran rotación suponen la mitad de la dispensación, lo que confirma la situación aberrante del mercado y sus efectos distorsionantes y perjudiciales del exceso de presentaciones para todo el sector (*Tabla 41*).

La información facilitada por la encuesta es correcta en el porcentaje medio —un 68,6 por 100— que representa la disposición de cada oficina a la Seguridad Social, pero sobre una base incorrecta: los 62 mil millones en lugar de los 93.240. Según los interesados, para un 80 por 100 de los farmacéuticos los suministros a la Seguridad Social representan más del 50 por 100 de sus ventas. Consecuencia: para el 80 por 100 de las farmacéuticos la Seguridad Social es la que debe hacer frente a las consecuencias de una situación que, por aberrante, no les permite una rentabilidad decorosa (*Tabla 42*).

### Problemas del sector farmacéutico

La primera constatación es la expansión del mercado desde la aparición del «Seguro Obligatorio de Enfermedad» y particularmente desde la conversión del «Seguro» en «Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social» con la ley de 1963.

TABLA 41

#### VALOR MEDIO DE LA DISPOSICION DIARIA POR CADA OFICINA DE FARMACIA SEGUN EL RITMO DE ROTACION DE LAS ESPECIALIDADES

RITMO DE ROTACION DE LAS ESPECIALIDADES	Valor medio de la dispensación en pesetas a P.V.P.	Porcentajes
Gran rotación .....	8.121	53,6
Rotación media .....	4.547	30,0
Pequeña rotación .....	2.495	16,4
TOTAL .....	15.163 (a)	100,0

(a) Dado que se trata de suma de medios parciales no nos da exactamente la misma cantidad que la media general, pero, como puede observarse, la diferencia es mínima: media general, 14.960 pesetas; suma de los medios parciales según ritmo de rotación de las especialidades, 15.163 pesetas; diferencia, 203 pesetas.

TABLA 42

PROPORCION DE FARMACIAS QUE HAN DISPENSADO A LA SEGURIDAD SOCIAL DISTINTOS PORCENTAJES SOBRE EL VALOR TOTAL DE LA DISPENSACION A P.V.P.

Porcentajes del valor de la dispensación a la Seguridad Social	Proporción de oficinas de farmacia
Menos del 30% .....	6,2
Del 30 al 39% .....	6,6
Del 40 al 49% .....	7,3
Del 50 al 59% .....	12,1
Del 60 al 69% .....	14,3
Del 70 al 79% .....	17,0
Del 80 al 89% .....	20,2
Del 90 al 99% .....	14,6
El 100% .....	1,7

La *segunda* es que esa expansión del mercado coincide con la expansión de los protagonistas del sector. En la industria, la expansión se caracteriza por la entrada de los laboratorios multinacionales y extranjeros, con procesos de alta tecnología, que margina a los laboratorios nacionales artesanos, que no son capaces de transformarse. En los mayoristas, la expansión se produce con la irrupción de la tecnología comercial de la mano de los profesionales farmacéuticos desplazados de la producción artesana en las oficinas de farmacia. Esta irrupción la hacen con dos tipos de asociaciones: la patrimonial —centros farmacéuticos— y la personal —cooperativas—, irrupción que margina al comerciante mayorista artesano: el almacén. Este sector trata de canalizar los excesos de la producción y de la dispensación caracterizadas por la multiplicidad de laboratorios, de presentaciones y de farmacias. En las farmacias, la expansión se manifiesta en la multiplicación de establecimientos, reduciendo, su equipamiento, sustituyendo el ejercicio personal de la profesión al perder la responsabilidad sobre la producción del medicamento, que pasa a la industria, con lo que termina, en no pocos casos, por ser considerada sociológicamente como una especie de terminal de almacén.

La *tercera*, que al iniciarse la ordenación del consumo por la Seguridad Social en colaboración con los representantes del sector, y reducirse la velocidad de expansión del mercado, éste ya no absorbe los mayores costes de una estructura inadecuada, y se generan las tensiones que se manifiestan en inculpaciones, donde ningún protagonista quiere asumir con humildad sus propias insuficiencias.

La *cuarta*, la necesidad de reestructurar, con la colaboración de la Seguridad Social, todo el sector para asegurar la viabilidad ética y económica de todos sus protagonistas, incluida la Seguridad Social, a fin de que puedan asegurar el servicio que legitima su existencia.

La *quinta*, que correlativamente el «fondo de salarios» administrado por la Seguridad Social, está legitimado para participar en los beneficios que ella genera.

La *sexta*, que en la reestructuración del sector no sólo hay que tener en cuenta a los principales protagonistas, sino también a los que prescriben —médicos— y a los que consumen —la población— y al que administra —la institución administradora de los salarios— con que se financia el coste de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La *séptima*, que la Seguridad Social, que es la que, en definitiva, administra las facturas de las decisiones que se toman, ha de participar con carácter vinculante en la elaboración de tales decisiones. Los que nutren el «fondo de salarios» —trabajadores y empresarios— tienen algo que decir sobre la administración de estos fondos.

### La situación actual y sus líneas de tendencias a corto plazo

La profundización en el conocimiento de la situación en los dos últimos años, no altera la descripción que el autor hizo en su día<sup>9</sup>. En general, podría afirmarse que la situación es de una peligrosidad tolerada. Hay que tener el valor de enfrentarse con la realidad a la que pertenece: a) que el consumo es en buena medida, engendrado por el productor y por la Seguridad Social; b) que el consumo, con frecuencia, no tiene que ver ni con la calidad ni con el precio del producto; no se consume más, lo mejor y más barato; c) que en el abuso del consumo tiene también responsabilidad la automedicación de los sanos-orgánicos y el fomento de la prescripción interesada; y d) que es falsa la suposición de que el tratamiento farmacéutico es igual que el tratamiento hospitalario y que, por lo tanto, no cabe quejarse del coste farmacéutico cuando es más barato que el coste hospitalario.

Estamos ante una situación explosiva por expansiva, dominada por la violencia nacida de la carencia de sentido común y de la abundancia de ignorancia y de codicias situación que demanda un doloroso, por humilde, proceso de conversión a la realidad de todos los que intervienen en ella.

En particular puede afirmarse que la oferta, en su conjunto, no es razonable por su número, por sus dosis, por sus tamaños y por sus precios. El consumo —cuyo coste es casi la mitad del de la asistencia sanitaria—<sup>10</sup> tanto en cifras absolutas y relativas, como en velocidad de expansión, ha sido excesivo y

---

<sup>9</sup> Leopoldo Arranz, «Una política farmacéutica...» *op. cit.*

<sup>10</sup> Este porcentaje, pese a su reducción en 1976, continúa siendo superior a las medias europeas.



su aumento irreversible si no se modifican sus condicionantes, pues entre sus aceleradores podrían encontrarse no sólo la expansión de los servicios, sino también algunas decisiones de la administración de la Seguridad Social, aparte de las frustraciones socio-culturales y de la corrupción. Pero es que además presenta: una movilidad, que si es expresiva de la dinámica del país, es también fiel reflejo es su naturaleza de mercado consumista; una concentración en grupos terapéuticos, principios activos, especialidades y laboratorios, en los que se produce una alta inversión en las técnicas de promoción de ventas; y unos precios que no guardan relación, tanto por exceso como por defecto, con sus costes.

La fuerza productora, en proceso de concentración, es multinacional con tendencia expansiva, y nacional con tendencia regresiva, y ambas se encuentran en una situación de perplejidad por los mediocres resultados de la investigación y, en su caso, por las posibles actuaciones de la administración.

El sector distribuidor, con las tensiones generadas por el proceso de cambio, se encuentra, por otra parte, confortablemente marginado por la Seguridad Social. El sector farmacéutico de oficina, en expansión, atomizada, está atravesando una crisis de identidad.

El personal médico, del que se desconocen sus pautas de comportamiento ante la prescripción, se encuentra igualmente en crisis de identidad. La persona protegida, no enferma, utiliza el fármaco influenciada por las imágenes del consumo, como compensador de frustraciones socio-culturales. El Instituto Nacional de Previsión, administrador monopolista, que está saliendo, con ánimo pacífico y con la colaboración del sector<sup>11</sup>, de sus insuficiencias, consciente de la posesión de un pensamiento y de la fuerza que le da la realidad, el ser el primer cliente del mercado que ocupa el lugar séptimo del mundo occidental.

En general, podría afirmarse, que por tener la Administración mayor capacidad operativa sobre la oferta, ésta es la que más progresará en su camino hacia la racionalidad, mientras que el consumo experimentará un proceso expansivo irreversible. Por su parte, los personajes que intervienen en la prestación acentuarán las notas señaladas en la descripción de su situación actual. En relación con el médico y la persona protegida, se iniciará el conocimiento de sus pautas de comportamiento ante el medicamento.

En particular, y más en concreto, se puede señalar en la oferta la reducción del número de presentaciones, la aplicación de las especificaciones técnicas en el ineludible proceso de objetivación de precios y la iniciación de las prevenciones de Sanidad en materia de asociaciones.

En el consumo comenzará a sentirse los efectos de la informática —si a ésta se la dota del equipamiento de inteligencia y poder que necesita—, y, por lo tanto, empezarán a alterarse los condicionantes del desconocimiento sobre la función de cuantos intervienen en la prestación; persistirán las distorsiones derivadas de la situación descrita más arriba, acentuándose los procesos señalados

---

<sup>11</sup> A través de las Comisiones de Vigilancia y Mixta de los Conciertos.

de concentración, tanto en especialidades como en las de mayores precios; y se incrementará la participación de la Seguridad Social en el mercado y es posible que se acentúe el iniciado freno en la velocidad de su crecimiento.

En la fuerza productiva, y en el ámbito de las empresas multinacionales se observarán la presencia de la producción del único grupo ausente (el japonés) y la extensión de sus implantaciones a los campos de las materias primas y del equipamiento de control. En las nacionales se prevé la reducción de su número, la conversión de su estructura y la expansión de su acción al campo de las materias primas e investigaciones, si bien continuará la pérdida de posiciones en el mercado nacional.

En la distribución la tendencia a corto plazo lleva a la aceleración de su proceso asociativo a niveles de cooperativas (Acofar) y de centros Farmacéuticos (Acfesa) y la progresión del declive de los almacenes. En las oficinas de farmacia continuará aumentado, con la expansión de su minifundio y la insistencia en la defensa de sus posiciones hasta que no superen las crisis de identidad que padecen. Los médicos iniciarán una reacción, motivada por el conocimiento de la realidad, y su difusión.

Previsiones que en gran medida se han cumplido, en particular en relación con las pautas de comportamiento en la población protegida, pues, un 53,3 por 100 de la población sólo toma medicamentos cuando se los recetan; un 42,7 por 100 está dispuesto a tomar medicamentos sin prescripción cuando se sienten enfermos (31 por 100) o al registrar el menor sintoma (11,7 por 100) y un 2 por 100 tiene aversión a tomar cualquier tipo de fármacos, con lo que se llega a la conclusión de que tienen una predisposición favorable para el medicamento en un 98 por 100 dependiendo en su mitad de la opinión del médico y en su casi otra mitad de la automedicación. El resultado de esa favorable actitud son los botiquines familiares que confiesan tener el 92 por 100 de las familias con un número medio de 13,3 presentaciones. Ello supone para los ocho millones de hogares, 106 millones de envases que las amas de casa valoran a un precio medio de 144 pesetas, lo que significa el mayor stock del país: 15.000 millones de pesetas, superior al que dicen tener los almacenistas (13.000) y las oficinas de farmacia (9.500) diría que fuera de los laboratorios hay fármacos que representan un valor de 37.800 millones de pesetas, el consumo de más de un cuatrimestre<sup>12</sup>.

## Los objetivos de la reforma del sector

La asistencia farmacéutica forma parte del derecho a la salud y al patrimonio, que son los que permiten el ejercicio de las libertades que las leyes

---

<sup>12</sup> Estas cifras a PVP suponen que los envases están completos y con plena vigencia, cuando un análisis ponderado reduciría considerablemente esta cifra, habida cuenta de que son envases empleados y en no pocos casos al borde de la caducidad.

fundamentales del país reconocen a sus ciudadanos. El derecho a la asistencia no nace, pues, del status laboral, sino del hecho de ser ciudadano español.

La planificación de la asistencia farmacéutica ha de ser coherente con la filosofía política a que responde la de la Seguridad Social, y ha de ser realista, y por lo tanto, debe tener en cuenta los condicionantes estructurales del país, tanto sanitarias como económicas.

En España, el medicamento, por la situación en que lo ha colocado el poder que decide sobre él, es una mercancía de interés social, dentro de un presunto sistema denominado de economía de mercado, en un contexto social calificado de consumo.

Si se quieren cambiar los comportamientos de cuantos mandan o intervienen en la prestación, es necesario modificar los condicionantes tanto económicos como administrativos, en que aquéllos se producen.

El objetivo general que se deduce del análisis se puede formular en los siguientes términos: lograr una prestación farmacéutica sanitariamente correcta para las personas protegidas, con respecto a los intereses legítimos de cuantos participan en ella, y a un coste soportable para el sistema protector que debe definir sus propios límites. El objetivo concreto es lograr la inserción del interés de la Seguridad Social y de la función social del medicamento en los centros de decisión para reducir el número de presentaciones existentes en el mercado.

Y si el análisis simplificado, que supone la hipótesis de partida es correcto, quiere decirse que la clave de su ordenación se encuentra en el pacto entre las dos fuerzas principales, que en el nivel internacional y para los laboratorios que tienen esa condición, debe revestir el carácter de un convenio sujeto al Tribunal de la Haya, como árbitro. Ese pacto exige la negociación en el mismo plano entre sus genuinos representantes, y de poder a poder, el negociar en el mismo plano, significa una doble actuación, a nivel internacional: con la Federación Mundial de la Industria del Medicamento (FIIM) y con la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS); el actuar de poder a poder, demanda por parte de la Seguridad Social promover la actuación conjunta de la administración pública. Y por supuesto, la fuerza administradora, en este caso, y por ahora, el Instituto Nacional de Previsión, requiere información y estructura administrativa adecuada.

Definido los objetivos, hay que afirmar que los temas fundamentales en la asistencia farmacéutica son las especificaciones técnicas, tanto las científicas: calidad, seguridad y eficacia de los fármacos, como las económicas: los precios, y que por lo tanto, hay que dialogar, para llegar a un acuerdo, con el poder que decide sobre ellas. El interés del suministrado es tener unos suministradores económica y éticamente solventes, asegurando que durante todo el proceso, el fármaco, que es una droga, un veneno, no salga nunca del control del farmacéutico, que es su experto.

Llegar a un acuerdo con la industria farmacéutica solvente que decide sobre estos temas y con el espíritu a que responde el interés del suministrado, —la Seguridad Social— la posibilidad de ordenar el consumo está abierta: pues

quienes lo generan son el productor que lo promueve y el administrador del fondo de salarios que lo paga.

La demanda del fármaco, generador de salud, es inelástica, como los bienes primarios (la alimentación), e ilimitada como los bienes terciarios (la estética) pues su objetivo último es exterior a la economía: la plenitud del ser humano<sup>13</sup>. Con ello se quiere introducir otro punto: que el problema de la asistencia farmacéutica, por afectar tan directamente a todas las personas es un problema político.

Como administrador, el deber del autor está en situar objetivamente las demandas y las posibilidades de respuesta, llegando a un diagnóstico de la situación y hasta proponer un repertorio de medidas<sup>13</sup>. Pero la articulación de esas medidas, por lo mismo que pertenecen a la política, su dosificación depende de las distintas ideologías con que se aborden. Diría que mientras no se altere el marco social político de referencia, las medidas con que se han de tratar los temas son siempre las mismas, —porque idénticos son en todo el mundo conocido—, pero su dosificación es y debe ser distinta, porque diferentes son los pueblos a los que se aplican. De ahí la responsabilidad del político por lograr la dosificación óptima con el menor coste social.

No existe ningún sistema que haya demostrado objetivamente su superioridad para ser propuesto como modelo; ni el liberal norteamericano, ni el socialista Servicio Nacional de Salud inglés, ni el comunista aplicado en la URSS. Y ese vacío de demostración está siendo llenado por los mitos o las utopías de las ideologías, cuando no por formulaciones irracionales. Es el político español el que, teniendo en cuenta las demandas de los españoles y la posibilidad de dar satisfacción con los recursos existentes, ha de ventear la articulación española, como los políticos suecos, franceses, ingleses, o italianos buscan la suya.

Por nuestra parte pensamos que si ideológicamente se dice que el capitalismo descansa sobre la concurrencia y el socialismo sobre el monopolio de Estado, en la realidad no ocurre así. En cambio lo que sí pertenece a la realidad es la responsabilidad que tienen los poderes públicos y los que gobiernan el fondo de salarios, pues tienen la autoridad y el poder que da el conocimiento de la situación, una visión coherente para realizar una política y un comienzo de equipamiento capaz de llevarla a la práctica.

Diría que se trata de *gobernar* a los que saben hacer y de *gestionar* el «modelo» que se necesita, en el que tiene que tener asiento la descentralización, el pluralismo y la participación, para lograr el mayor rendimiento a los escasos recursos humanos y materiales que dispone España. Y esto hecho con arreglo al mejor plan, que es siempre el más viable de los formulados aunque sea el más modesto de los deseables, porque el clamor por la ordenación de la asistencia farmacéutica hace inaplazable la reforma aquí y ahora, ya que no sólo

---

<sup>13</sup> Etienne Borral, *Economie Politique de la Santé*.

es factible, sino que, a diferencia de los otros dos subsectores, no exige previamente la reforma fiscal. No se debe de olvidar que la economía en la asistencia sanitaria, es una buena administración *política*, y que la reducción de sus costes no depende tanto de la calidad y cantidad como de la estandarización o no de los tratamientos; y el gran medio estandarizado es el sector farmacéutico.



PARTE IV

**PROYECTOS  
DE REFORMA SANITARIA**





## Capítulo 16

# POLITICA, PROGRAMACION E IMPLEMENTACION: HACIA UNA SOCIOLOGIA POLITICA DE LA SALUD

Antonio Ugalde\*  
(*Texas University*)

Sara McLanahan\*\*  
(*Texas University*)

---

(\*) ANTONIO UGALDE, nacido en Bilbao, es profesor agregado en el Departamento de Sociología de la Universidad de Texas. Obtuvo su doctorado en la Universidad de Stanford, y ha participado en varios proyectos de las Naciones Unidas en América Latina, Oriente Medio y en Asia. Es autor de dos libros y de varios artículos publicados en revistas profesionales. Sus campos de interés son la sociología política y las burocracias públicas. Su dirección profesional es: Dr. A. Ugalde, Department of Sociology, The University of Texas, Austin, Texas, 78712, USA.

(\*\*) SARA MCLANAHAN, es profesora ayudante en la Universidad de Texas. Sus áreas de interés son la política social y planificación y la sociología del desarrollo. Actualmente está investigando la estructura de la familia en las sociedades industriales y los efectos del divorcio y de la paternidad o maternidad única en la socialización de los niños.

El propósito del presente trabajo es contribuir al entendimiento de las dimensiones políticas de la programación e implementación en salud<sup>1</sup>. Queremos también ilustrar cómo la actividad política en los procesos de programación e implementación varía de acuerdo a las modalidades de los sistemas políticos. Para llevar a cabo nuestro propósito hemos escogido dos países de características económicas y políticas diferentes, los Estados Unidos y la República de Honduras<sup>2</sup>. En el primero, hemos analizado la implementación de dos leyes federales en el estado de Texas (el cuarto en población, aproximadamente 11 millones de habitantes) y en el segundo hemos analizado la programación del plan cuatrienal de salud 1974-1978. En los dos estudios se han consultado documentos y se han entrevistado a personas que estuvieron vinculadas a la programación y a la implementación de las leyes y planes.

### Marco conceptual

Los estudios de toma de decisiones políticas han analizado generalmente sólo en génesis de las mismas y raramente los aspectos decisorios que tienen lugar en el proceso de programación e implementación de las leyes o planes<sup>3</sup>. En parte, ello se debe a que una gran mayoría de las investigaciones sobre conducta política se han llevado a cabo en sistemas políticos de tipo parlamentario en donde se suponía que la lucha decisoria tenía lugar en los salones y corredores de los congresos o parlamentos, y terminaba cuando un proyecto se convertía en ley después de amplios debates con participación de todas las partes interesadas. Se ha estudiado casi exclusivamente la interacción entre los grupos de presión y los parlamentarios, el *lobbying* norteamericano, y naturalmente la relación entre las ideologías de los parlamentarios (y la de sus partidos políticos) y sus decisiones<sup>4</sup>.

En teoría, dentro de un sistema con división de poderes como es el de las democracias modernas occidentales, una vez que una ley ha sido aprobada su

---

<sup>1</sup> La distinción entre implementación y programación es ambigua. Implementación, o el proceso de ejecución de una ley o plan, puede y generalmente incluye la programación de algunos aspectos de la ley o plan. De otra parte, la misma ley o plan puede también incluir alguna programación de las políticas que se anuncian en la ley o plan. Existen las siguientes posibilidades: a) que la programación de la ley esté de acuerdo con las políticas enunciadas y que: a.1) se ejecute o; a.2) no se ejecute la programación; b) que la programación no esté de acuerdo con la política enunciada en la ley y que: b.1) la programación se ejecute de todas formas o; b.2) o no se ejecute.

<sup>2</sup> La República de Honduras es un país casi totalmente dominado política y económicamente por los Estados Unidos de América. Desde este punto de vista se puede pensar que la diferencia entre los sistemas políticos no sea importante. Al contrastar estos dos países hemos querido comparar un país industrializado con uno en vías de desarrollo.

<sup>3</sup> Siguiendo la tradición de Barnard (1938) y Simon (1945) pensamos que el enfoque más adecuado para estudiar el proceso administrativo es el de la toma de decisiones.

<sup>4</sup> Nuestro marco conceptual no incluye los sistemas políticos de los países socialistas por la carencia de estudios de caso sobre la administración pública en esos países.

programación e implementación no es más que un proceso rutinario y burocrático. Las faltas o fallas en su implementación han sido consideradas como anomalías administrativas (causadas, por ejemplo, por fallos de coordinación, por falta de motivación del personal) que pueden ser subsanadas también por acciones administrativas. Por definición las anomalías son infrecuentes, y por lo tanto, los estudios de administración pública han dado poca importancia al proceso de implementación. Pressman y Wildavsky (1973) después de un estudio exhaustivo de la bibliografía concluyen que, «con excepción de las pocas referencias mencionadas en este libro, no hemos podido encontrar ninguna obra sobre implementación que pueda considerarse importante desde un punto de vista analítico» (pág. 166). Las ciencias políticas tampoco han estudiado la programación e implementación como parte del proceso decisorio porque en sistemas políticos con división de poderes la burocracia es apolítica y así lo es también el proceso administrativo que ella genera (Vile, 1967). Dada esta orientación, no es de extrañar, por ejemplo, que en su estudio de un proyecto de desarrollo económico de Oakland (California) Pressman y Wildavsky (1973) llegaron a la conclusión que la falta de implementación del programa respondiera a la naturaleza misma de la burocracia (*red tape*) sin pensar que la ineficiencia de la misma hubiera podido ser motivada implícita o explícitamente por los intereses de ciertos políticos y empresarios.

Sin embargo, se ha reconocido que las decisiones administrativas de los burócratas pueden afectar la esencia misma de la política aprobada (Mosher, 1967; Redford, 1969; Rourke, 1969). El poder decisorio de los burócratas en los sistemas políticos con división de poderes ha sido explicado o justificado como consecuencia de los problemas técnicos de una sociedad moderna. La decisión política (ya sea ley o plan) no puede elaborar los complejos detalles técnicos de los programas que ella genera; ésta es la labor de los expertos o tecnócratas quienes deben decidir racionalmente en base a sus conocimientos científicos. Una interpretación más reciente y diferente es la de Steward (1975) quien sugiere que el poder de los burócratas proviene de la vaguedad con que las leyes definen los programas. Es una vaguedad creada conscientemente por los legisladores no tanto por dificultades técnicas sino para evitar tomar decisiones sobre temas conflictivos, bien sea porque no hay acuerdo entre los ciudadanos o porque cualquier alternativa está en oposición a algunos de los valores básicos de la sociedad. Por ejemplo, en el caso de la atención médica en los Estados Unidos, está de un lado el derecho de todos los ciudadanos a la vida que lo consagra la constitución y que implica una distribución equitativa de recursos en una sociedad capitalista requiere la intervención del gobierno en los programas de atención médica lo que pudiera ir en contra de los derechos de los médicos de seleccionar su clientela y el de los pacientes de escoger sus médicos. En otras palabras, el derecho a la salud parece demandar la socialización de la atención médica lo que pudiera ir en contra de otro derecho básico de los individuos. En semejante disyuntiva los legisladores prefieren aprobar leyes que sean lo más indefinidas posibles de forma que satisfagan al mayor

número de personas. En definitiva, la aprobación de una ley no pone fin al debate político, sólo lo pospone; la diferencia entre el proceso legislativo y el proceso administrativo es más sutil de lo que la división de poderes implica. Se empieza a vislumbrar, como lo ha hecho Anderson (1975), que la burocracia tiene un papel político en el proceso de programación e implementación. Queremos ir un paso más adelante y afirmar que el proceso de programación e implementación de leyes y planes sociales es un proceso esencialmente político aunque todavía son muy pocos los estudios que han ilustrado con detalle el comportamiento político de la burocracia.

Se ha indicado anteriormente que la falta de implementación de una ley ha sido considerada como una anomalía. Sin embargo, en el caso de leyes sociales, la experiencia de las últimas décadas en los Estados Unidos hace pensar que esa es una interpretación equivocada, y que la falta de implementación es más la norma que la excepción hasta el punto que Clazer (1971) ha concluido que hay algo inherente o universal que hace imposible la implementación de programas sociales. Desgraciadamente no nos explica la naturaleza de ese universal. La realidad es que a pesar de las numerosas leyes que se han aprobado en los Estados Unidos para la reorganización del sistema de atención médica las condiciones han cambiado poco, y los médicos continúan manteniendo un monopolio sobre las modalidades de atención médica. Los consumidores de los servicios de salud se encuentran con problemas semejantes a los que tenían hace años. La pregunta es ¿por qué han fracasado tantas leyes?

Esta pregunta es mucho menos novedosa para los estudios de los programas de salud en los países en vías de desarrollo. La literatura está repleta de referencias a planes que se programan más o menos cuidadosamente pero que raramente se implementan y acaban acumulando polvo en las estanterías de los ministerios encima de planes anteriores (Gabalón, 1965; Kilty, 1967; Hoy, 1970). En la mayoría de estas naciones no se piensa que la aprobación de la ley o plan de salud termina el debate político porque generalmente no ha habido debate público debido a la carencia de parlamentos o congresos, o a la naturaleza decorativa de muchos de ellos. Las leyes y sus programas se originan en el ejecutivo y su burocracia que pueden tener más o menos en cuenta los intereses de ciertos grupos. Se podría pensar que una ley o plan preparado por la burocracia no debería tener dificultades en ser implementada por sus mismos diseñadores. Sin embargo, como se ha indicado, la falta de implementación es la norma. Las explicaciones más corrientes que encontramos giran alrededor de las limitaciones administrativas de los países en vías de desarrollo, como pudiera ser la falta de personal técnico y capacitado, la falta de información y estadística, la escasez de recursos, la falta de conocimientos administrativos modernos, etc. Estos fallos son reales y no se debe subestimar su impacto en los fallos de implementación. Para subsanar estas deficiencias la Organización Mundial de la Salud organizó en su sede de Ginebra en 1972 una nueva división de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios de Salud con el objeto de prestar asesoría a los países en vías de desarrollo. Sin embargo, nuestra investi-

gación en varios países en vías de desarrollo sugiere que con frecuencia hay más información de la que se usa y que las técnicas más avanzadas de programación, como PERT, no aseguran por sí solas una mayor implementación (Ugalde, 1973). Como bien lo indicara Waterston (1965) hace unos años en su importante obra lo que queda sin resolver en planificación son los aspectos políticos; desgraciadamente su advertencia no ha tenido mucho eco. Se reconoce que la planificación no es una actividad solamente técnica y que los planeadores han desplazado en muchas ocasiones y en muchos países a los políticos en el proceso decisorio dando lugar a la llamada pugna entre «tecnócratas» y «políticos». En nuestro estudio queremos ir algo más allá ilustrando cómo la programación e implementación son procesos políticos que paralizan o desvirtúan las políticas enunciadas en los planes.

Si se tiene en cuenta las diferencias entre las modalidades legislativas y de planificación de los países industrializados occidentales y las de los países en vías de desarrollo se justifica la necesidad de estudiar ambas modalidades por separado.

### Implementación de dos leyes federales en los Estados Unidos

Hemos escogido para nuestro análisis la ley sobre Planificación Integral de Salud (*Comprehensive Health Planning*)<sup>5</sup> y la ley sobre el Sistema de Atención Médica (*Health Maintenance Organization*)<sup>6</sup>. El primero fue aprobado por el congreso federal en 1966. Su objetivo era el establecimiento de oficinas de planificación a nivel estatal y local que facilitarían la coordinación y racionalización de las instituciones de atención médica tanto públicas como privadas. En cada Estado, la nueva oficina estatal de planificación sanitaria se encargaría de dividir el Estado en áreas o distritos bajo la jurisdicción de una oficina distrital de salud, cuya misión sería recoger información sobre la situación sanitaria y preparar un diagnóstico. La oficina estatal de planificación recogería los diagnósticos y la información de los distritos y prepararía un plan sanitario integral para todo el Estado. De acuerdo a este plan los estados podrían solicitar fondos al gobierno federal para el desarrollo de servicios sanitarios adicionales de acuerdo a un sistema de prioridades y al mismo tiempo se indicarían aquellos otros servicios y áreas geográficas en donde la saturación de los mismos los haría inelegibles para seguir recibiendo ayuda federal. La ley establecía para las oficinas estatales y distritales de planificación juntas asesoras nombradas por el gobernador de cada Estado. En estas juntas los usuarios deberían tener un 51 por ciento de representación.

El Sistema de Atención Médica tenía por objetivo formentar alternativas al sistema tradicional de compra directa de servicios a los médicos. La ley esti-

---

<sup>5</sup> Para una información más detallada sobre la legislación de *Comprehensive Health Planning* véase Denty (1973) y O'Connor (1974).

<sup>6</sup> Para más información sobre esta ley véase *U S Department of HEW* (1971) y Havinghurst (1970).

mulaba el concepto de seguros privados a través de organizaciones o grupos de práctica médica (*group practice*). En 1971 se terminaron los estudios de factibilidad y en 1973 el congreso federal aprobó el proyecto de ley.

*Ambigüedad legislativa.* Los dos proyectos de ley fueron extensa y acaloradamente debatidos en el congreso federal. Grupos reformistas apoyaban la aprobación de los proyectos y la asociación médica americana se oponía a ellos. La burocracia federal también se oponía a la participación de los usuarios en las juntas. Los debates públicos en el congreso son un arma de dos filos. De una parte, la discusión de los proyectos permite identificar los obstáculos que pudieran aparecer más adelante durante la implementación y buscarles una solución previa. De otra parte, los legisladores en sus esfuerzos en quedar bien con la mayoría de los electores tienden a buscar soluciones de compromiso que sean aceptables por todos los grupos y terminan aprobando una ley indefinida y/o moderada. Así sucedió con el proyecto de ley sobre el Sistema de Atención Médica, el congreso aprobó versiones más moderadas y más ambiguas de como fueron originalmente formuladas.

*Política débil.* En los Estados Unidos muchas de las leyes federales sobre reformas sociales no contienen medidas coercitivas legales y se prefiere utilizar el sistema de incentivos económicos para que en cada Estado la maquinaria de implementación —generalmente en forma de agencias u oficinas estatales y locales— prepare su propio programa. Este sistema requiere frecuentemente la aprobación de leyes estatales complementarias a las federales. Si un Estado no tiene interés en promover ciertas reformas lo único que sucede es la pérdida, a veces cuantiosa, de fondos federales, y las posibles críticas a los políticos y ejecutivos estatales por parte de los que apoyan las reformas. Este sistema de descentralización tiene sus ventajas administrativas pero debilita el mandato legal. Facilita la aprobación de leyes federales en Washington porque los congresistas anticipan que si sus electores no están de acuerdo paralizarán las reformas a nivel estatal. Se puede comprender que en estas circunstancias el mandato federal es débil, y la terminación del debate parlamentario en Washington no es más que el anuncio del segundo *round* a nivel estatal. A este nivel, los grupos de interés tienen marcada ventaja sobre los usuarios porque su organización y recursos son más efectivos y les es relativamente más fácil influir en el proceso legislativo estatal.

## Planificación integral de salud

En Texas bajo las presiones de la poderosa asociación médica del estado (filial de la asociación médica americana) el gobernador pospuso la creación de la oficina de planificación sanitaria hasta 1969, o sea tres años más tarde de la aprobación de la ley federal<sup>7</sup>. Durante los seis años siguientes, la oficina de planificación se manejó como un balón político: tuvo cinco directores y en una

---

<sup>7</sup> Acta de la primera junta del *State Health Advisory Council*, 11 de julio de 1969.

ocasión perdió su autonomía al ser transferida al departamento de sanidad del Estado que por razones que se expondrán más adelante había sido su mayor enemigo dentro de la administración estatal<sup>8</sup>.

*Limitaciones económicas.* Los recursos económicos son particularmente importantes para la implementación de programas en los sistemas de gobierno federal. Como se ha indicado, casi toda la legislación social ha de ser implementada por los gobiernos estatales. Cuando no hay sanciones legales los incentivos económicos son a menudo la única arma para obtener la cooperación del Estado. Si el presupuesto es pequeño y el incentivo poco atractivo, el Estado tenderá a ignorar los nuevos programas, particularmente cuando hay oposición por parte de los grupos estatales. Esta situación se reproduce a nivel local cuando las agencias del Estado se ven obligadas a depender para su funcionamiento de las oficinas locales. Por ejemplo, la oficina estatal de planificación tuvo que esperar a que las oficinas distritales compilaran las estadísticas y prepararan los diagnósticos de las necesidades<sup>9</sup>. La oficina estatal no podía contribuir más que con 10.000 dólares al año a cada oficina distrital, una cantidad insuficiente para la investigación que hacía falta. Por lo tanto, el desarrollo de las oficinas distritales de planificación dependía de la cooperación y participación económicas de las organizaciones privadas o de los gobiernos locales. En la mayoría de los distritos esta cooperación no existió.

Con frecuencia la financiación de las nuevas agencias además de ser insuficiente y también insegura y errática. Esta condición hace a toda oficina muy vulnerable a intereses externos. Toda organización debe enfrentarse con el problema de adaptación o sobrevivencia (Simon, 1950; Selznick, 1949). Sin una financiación adecuada es difícil conseguir los objetivos, y las agencias que no cumplen sus objetivos tienden a ser abolidas. Las agencias de gobierno no tienen como la empresa privada capital o control sobre su propia financiación. Por lo tanto, sus directores deben buscar la ayuda por fuera o ver a sus agencias y programas languidecer y al final desaparecer. En otras palabras, tienen que buscarse amigos poderosos y no hacerse enemigos poderosos.

En el caso de la oficina de planificación sanitaria de Texas, desde el primer momento se buscó la cooperación del *establishment* médico. En su primer año de funcionamiento, el nuevo director se presentó ante numerosas audiencias dejando siempre claro que su interés era cooperar con la estructura de poder existente. En una conferencia especial que tuvo con la asociación médica del Estado, el director específicamente declaró que su oficina estaba en contra de

---

<sup>8</sup> Esta información y la que sigue se obtuvo por medio de entrevistas con el personal técnico de la oficina. También se han consultado los boletines informativos de la oficina desde 1969 a 1975.

<sup>9</sup> La carencia de estadísticas sanitarias en los Estados Unidos es alarmante. La falta de información en Texas sobre costo/cama día, productividad de los recursos, accesibilidad de los usuarios y demás información básica para planificación puede apreciarse en *L. B. J. School of Public Affairs* (1975).

la socialización de la medicina y que cooperaría en todo con la asociación médica.

*Competencia interburocrática.* La inseguridad económica lleva a la competencia interburocrática. Hoy día, múltiples agencias cuyas jurisdicciones coinciden compiten por los escasos recursos disponibles. No ha sido raro en el pasado que la creación de nuevas agencias ha llevado eventualmente a la abolición de las más antiguas, y se puede comprender que estas no tengan mayor interés en cooperar con aquellas. Según Alford (1972) esta situación es muy corriente en el sector sanitario; todos los años se establecen nuevos programas de salud y las agencias se ven obligadas a competir entre ellas para conseguir financiación.

Además, las agencias más antiguas son bastante celosas de su poder jurisdiccional y resienten cuando las nuevas empiezan a interferir en lo que consideran ser su campo. Por consiguiente, rehusan cooperar y prefieren ignorar los nuevos programas. Y lo que es más importante, los jefes de las agencias ya establecidas tienen buenos contactos con los grupos de presión y suelen estar más de acuerdo con sus intereses que con las nuevas reformas. Se debe tener en cuenta, que las agencias antiguas tuvieron que adaptarse en su tiempo a la estructura del poder entonces existente, y el simple hecho de haber sobrevivido hace pensar que serán de muy poca ayuda para las nuevas agencias. Por ejemplo, en su segundo año de funcionamiento la oficina de planificación sanitaria en Texas tuvo una disputa con el departamento sanitario del Estado sobre un asunto de inmunizaciones y ganó el caso. Sin embargo, a raíz de este enfrentamiento la oficina de plan perdió el apoyo del *establishment* médico, y desde entonces se abandonó todo intento serio de implementar la ley. Poco a poco la oficina se fue paralizando hasta hacerse completamente inoperativa, y aunque de hecho ha sobrevivido, la moral de su reducido grupo de técnicos fue a través de los años muy baja.

*Objetivos indefinidos.* Como se ha indicado anteriormente los legisladores tienden a aprobar proyectos de ley sobre reformas sociales con cierta ambigüedad para evitar tomar posiciones en situaciones conflictivas. La ambigüedad legislativa da a la burocracia el poder de interpretación de la ley. El poder interpretativo puede aprovecharse para negociar con los grupos del poder; en intercambio por su apoyo político y económico los burócratas formulan una interpretación «técnica» que tiende a favorecer a los grupos de presión. Sin duda, la falta de especificidad de una ley es una fuente de poder para los administradores públicos y la capacidad de decisoria que engendra es muy útil para asegurar la sobrevivencia de la agencia. Naturalmente, ello puede llevar al entierro de las reformas sanitarias. Esto fue lo que ocurrió con el programa de Planificación Integral en Texas. En nuestras entrevistas con miembros de la oficina pudimos observar que en su opinión las funciones de la oficina eran recoger y diseminar información sanitaria y no se pretendía preparar un plan integral de salud para el estado.



## El Sistema de Atención Médica

El sistema de gobierno norteamericano tiende a fomentar la concentración del poder en las manos de grupos de interés (Gilb, 1966). Como ya se ha sugerido estos grupos tienden a ser los amigos o enemigos más poderosos de las nuevas agencias; en otras palabras, tienen la máxima influencia sobre la financiación de la nueva ley y el apoyo que le darán los gobiernos estatales y locales. Es realmente irónico que las agencias que se crean para controlar y reformar las políticas sanitarias acaban siendo controladas por las organizaciones responsables en gran parte de esas políticas. El resultado es la paralización de las reformas. Naturalmente, la presencia de grupos de interés en favor de las reformas contribuiría al aceleramiento de su implementación, pero pocas veces se encuentran estos grupos bien organizados. En la mayoría de los estados del país las asociaciones médicas mantienen un control casi monopolístico en materia de atención médica y se han opuesto sistemáticamente a innovaciones.

*Los controles legales formales.* El poder de las asociaciones médicas regionales se ha traducido en leyes estatales que dificultan las reformas y las innovaciones federales. La oficina jurídica de la asociación médica americana está suscrita a una agencia de información que le envía los detalles de todos los proyectos de leyes sanitarias de todos los estados. La asociación médica envía a las asociaciones estatales los análisis de cada uno de estos proyectos (Gilb, 1966). Uno de los legisladores del Estado de Texas, autor de varios proyectos de leyes sanitarias hizo la siguiente declaración: «Cada uno de estos proyectos de ley ha sido vetado a través del esfuerzo organizado del *lobby* de la asociación médica texana. Estoy convencido por mi propia experiencia legislativa que en el área de atención médica un grupo muy pequeño de gente muy poderosa tiene de hecho el control sobre los costos y sobre la disponibilidad de los servicios médicos de Texas» (*Dallas-Times-Herald*, 9 de junio, 1974). La justificación de la actividad política de la asociación médica texana es igualmente interesante. En una de las editoriales de la publicación oficial de la asociación se lee: «No actuamos en política por invitación o porque nos divierta. Nos metemos en la política porque los políticos se meten en la atención médica. No nos queda más remedio que practicar la política mientras los políticos sigan practicando la medicina. A no ser que nosotros como grupo profesional participemos de cuerpo y alma en la política no va a quedar profesión médica en la cual podamos participar» (*Transaction*, 117, 1974)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> En 1975 la asociación médica texana contaba con 12.500 miembros. La asociación médica americana creó en 1961 un brazo político la *American Medical Political Action Committee* (AMPAC) a través de la cual se canalizan las contribuciones políticas. AMPAC también recoge y distribuye información sobre candidatos políticos y sobre la conducta legislativa de congresistas. Cada Estado tiene su propia organización política, en Texas se llama *Texas Political Action Committee* (TEXPAC) que está afiliada a la AMPAC. Fue necesario la creación de las asociaciones políticas porque iba en contra de la ley antimonopolio que una organización sin ánimo de lucro como era la asociación médica hiciera contribuciones políticas.

Si se tiene en cuenta esta actitud es fácil comprender cómo la asociación médica ha presionado para que la legislatura estatal apruebe leyes que dificulten la implementación de las reformas introducidas por las leyes federales o para que no se aprueben las leyes estatales complementarias a las federales. Por ejemplo, en Texas el Estatuto de Práctica Médica (*Medical Practice Act*) prohíbe a los médicos trabajar por un salario, es decir, no pueden ser empleados por otras personas o instituciones, sólo pueden trabajar para otros por contrato.

La asociación médica texana ha promovido otras medidas legales para paralizar el posible desarrollo del sistema de Atención Médica. En 1971, cuando ya en Washington se debatía el proyecto sobre el Sistema de Atención Médica, la asociación médica de Texas consiguió la aprobación de una ley estatal por la cual toda organización que tuviera actividades sanitarias debería recibir la aprobación de la Junta de Examinadores Médicos antes de poder obtener una institucionalización jurídica en el Estado. La Junta de Examinadores está totalmente controlada por la asociación médica. Esta ley ponía el futuro desarrollo de la ley del Sistema de Atención Médica a beneplácito de la asociación estatal. Hasta 1976 sólo se había formado un grupo de práctica médica en el Estado.

Las leyes restrictivas no son muy corrientes en otros estados con excepción de aquellos en los que las asociaciones médicas son particularmente tradicionales y poderosas. Pero hay otras formas de oponerse a la implementación de reformas.

*Controles informales.* A través del *lobbying* los grupos de interés presionan (y generalmente consiguen) para que las nuevas agencias creadas para implementar las reformas queden bajo su control. Esto se obtiene a nivel estatal a través de las relaciones informales y personales que los *lobbyistas* han cimentado a lo largo de los años con los legisladores y administradores. Miembros de los grupos de presión acaban con cierta frecuencia siendo nombrados directores de las agencias y presidentes de sus juntas asesoras y directivas. El estudio de la correspondencia del gobernador de Texas indica que la asociación médica consiguió el privilegio de aprobar todos los nombramientos de los miembros de la junta asesora del Sistema de Atención Médica estatal incluyendo los representantes de los usuarios. Todos los presidentes de la junta asesora de la oficina estatal de planificación fueron médicos que mantenían un estrecho contacto con la asociación médica. Hay constancia que en dos ocasiones la asociación médica trató de abusar de su privilegio de aprobación. En una de ellas presentó a aprobación del gobernador para representante de los usuarios al secretario ejecutivo de la misma asociación. En otra ocasión la propia madre del *lobbyista* principal de la asociación médica fue aprobada representante de los usuarios en la junta asesora.

*Conclusiones.* Quizá no sea necesario repetir que cuando los objetivos de las nuevas agencias están poco definidos y sus recursos son escasos, y además sus directores y presidentes de juntas directivas representan los intereses de grupos poderosos las posibilidades de introducir reformas que no sean aproba-

das por esos grupos son remotas. Si a ello añadimos las luchas burocráticas que se organizan en contra de las nuevas agencias comprendemos por qué la implementación de programas sociales en los Estados Unidos ha sido casi siempre un fracaso. En el *Gráfico 1* presentamos en forma esquemática nuestra teoría.

## Programación del plan cuadrienal de salud 1974-1978 en Honduras

En el sistema político de Honduras (población 2.800.000 habitantes), los planes de desarrollo y los planes sectoriales que les acompañan son formulados por el Consejo Superior de Planificación Económica (CONSUPLANE) una oficina técnica dependiente de la presidencia de la república. Los planes de desarrollo, tanto los generales como los sectoriales no se debaten en público y se preparan de acuerdo a diagnósticos. En el caso concreto del sector sanitario el plan cuadrienal se prepara con la asistencia de las dependencias del Ministerio de Salud y Bienestar Social y sus institutos descentralizados.

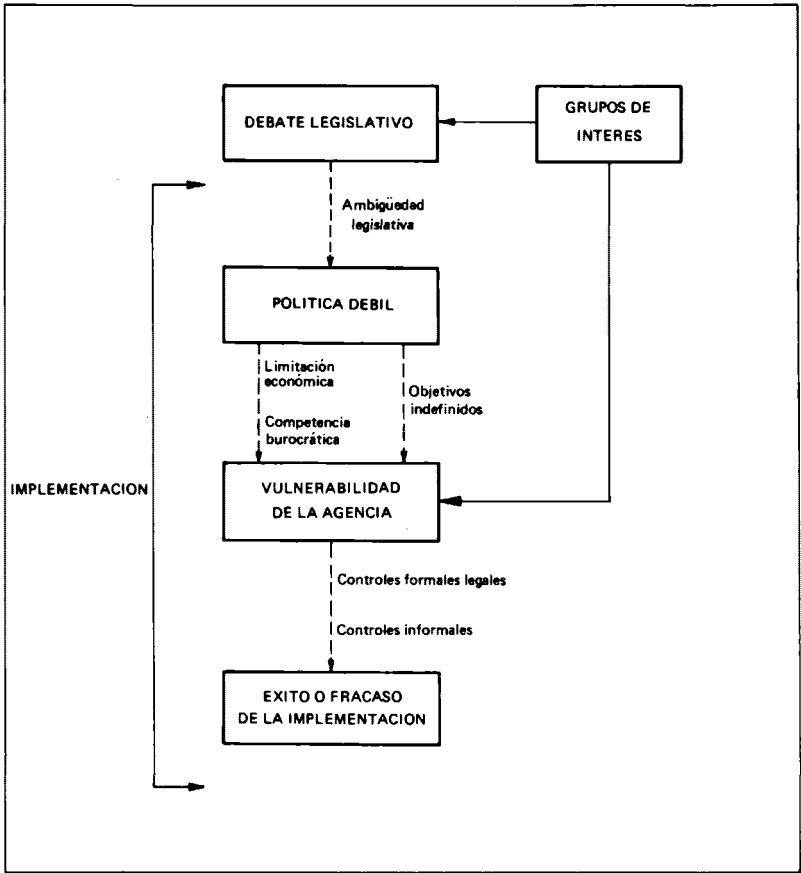
El diagnóstico del plan nacional de desarrollo discute sin ambigüedades los problemas de tipo estructural, entre otros, la dependencia económica externa, la inadecuada distribución de la riqueza, la falta de una reforma agraria integral. En base a este diagnóstico se establecen dos prioridades máximas en el plan: conseguir una mejor distribución de la riqueza y llevar el desarrollo a las zonas rurales en donde se encuentra el 75 por 100 de la población. El diagnóstico del sector sanitario identifica con la misma precisión la problemática sanitaria, concentración del recurso humano y hospitalario en las zonas urbanas<sup>11</sup>. Un 72 por 100 de las camas hospitalarias del sector oficial están localizadas en las dos primeras ciudades del país. Tegucigalpa y San Pedro de Sula, y solamente tres de los 145 médicos especialistas que trabajan para el sector oficial residen fuera de esas dos ciudades. El gasto público en sanidad está igualmente concentrado en las zonas urbanas y la distribución de los servicios de saneamiento sigue la misma pauta: el 65 por 100 de la población urbana tiene agua dentro de sus casas y en las zonas rurales solamente un 5 por 100. El análisis de la problemática administrativa es igualmente acertado y crítico, se señala la existencia de un sistema administrativo inadecuado, falta de coherencia entre el presupuesto y los programas, falta de coordinación entre las agencias de gobierno, etc. El plan de salud refleja las prioridades del plan general de desarrollo, concretamente dice: «proporcionar acciones básicas de salud que satisfa-

---

<sup>11</sup> La política de desarrollo rural y la distribución de la riqueza aparece con gran insistencia a lo largo del documento de la Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica, *Resumen del Plan Nacional de Desarrollo, 1974-1978* (Tegucigalpa: sin fecha). Impresiona ver un diagnóstico tan crítico y en nuestra opinión formulado de acuerdo a una teoría actualizada del desarrollo. Se puede señalar que los planes de desarrollo de otros países en vías de desarrollo siguen planteamientos teóricos parecidos e insisten también en la prioridad de la distribución de la riqueza y el desarrollo rural. El plan de salud se encuentra formula por la Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica (1973).

Grafico 1

REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LOS FACTORES POLITICOS QUE INCIDEN EN LA IMPLEMENTACION DE LAS LEYES



gan necesidades esenciales, orientadas preferentemente a la zona rural, con énfasis a grupos etarios y en áreas programáticas prioritarias, con técnicas que produzcan efectos multiplicadores» (pág. 44). Es decir, la política sanitaria debe dirigirse prioritariamente a actividades de tipo preventivo como son el saneamiento del ambiente y el control de las enfermedades transmisibles reducibles y en segundo lugar a las actividades de atención médica. Por zonas la prioridad queda claramente establecida en la política del plan: debe darse preferencia a las zonas rurales.

## Programación del plan

Se pensaría que un plan preparado por técnicos del gobierno, aprobado por la máxima autoridad de la nación, no debería tener dificultades en ser programado de acuerdo a las políticas enunciadas en el plan. Sin embargo, éste no es el caso.

*Programación de las inversiones en salud.* Como puede observarse en la *Tabla 1* la destinación del gasto público para inversión en salud es casi diametralmente opuesta a las políticas enunciadas. El 91 por 100 de las inversiones para el periodo 1974-1978 está destinado a las zonas urbanas. Se podría pensar que los proyectos en ejecución en 1974 corresponden a obras iniciadas bajo la política del plan de salud cuadrienal 1970-1974 y por lo tanto, no se deben tener en cuenta al estudiar el nuevo plan. Las inversiones de los proyectos que no se han empezado y que pueden considerarse del nuevo plan (suma de columnas B; C y D) nos indican que no hay cambio en la orientación de las inversiones, hay una disminución de las inversiones en las zonas rurales de un 9 por 100 a un 8 por 100. Un análisis detallado de las inversiones señala que el 73 por 100 de las inversiones en zonas urbanas se concentran en las dos ciudades mayores y el 27 por 100 en las ciudades intermedias.

En la *Tabla 2* se puede observar una mayor congruencia entre la política enunciada de dar prioridad al saneamiento ambiental y el gasto de inversión. El 66 por 100 de las inversiones en el cuadrienio están dirigidas a obras de saneamiento (principalmente acueductos). Si se tiene en cuenta las obras que se van a iniciar durante el cuadrienio la tendencia hacia las inversiones en saneamiento es bastante clara. Sin embargo, hay dos inversiones grandes que están proyectadas para su construcción durante el cuadrienio que no aparecen en el plan de inversiones<sup>12</sup>. Se trata de la construcción de dos hospitales de 300 camas cada uno en San Pedro Sula, uno para el Instituto del Seguro Social, y el otro para el Ministerio de Salud Pública. La construcción del hospital del Seguro estaba programada para 1973 pero se había pospuesto en espera de una definición sobre la posible integración con el hospital a construir para el ministe-

---

<sup>12</sup> El estudio del gasto público en muchos países no se puede hacer sólo con las leyes presupuestales porque hay variaciones substanciales entre lo que aparece en los presupuestos oficiales y lo que se ejecuta. Para los programas de inversión del seguro y su extensión de cobertura véase *Planeación Física: IHSS* (sin fecha).

TABLA I  
**INVERSIONES EN SALUD DEL PLAN CUADRIENAL 1974-1978 DE LA REPUBLICA DE HONDURAS**  
 (En millones de lempiras: ML)

Inversión	A		B		C		D		TOTAL	
	Proyectos en ejecución	Proyectos con financiamiento	Proyectos con financiamiento en negociación	Proyectos sin financiamiento	ML	%	ML	%	ML	%
Zonas urbanas .....	19,6	87,5	13,5	79	18,9	100	8,8	100	60,8	91
Zonas rurales .....	2,8	12,5	3,6	21	0	--	0	--	6,4	9

FUENTE: Elaborado por la Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica (1973): 85. En algunas inversiones en las que no aparece discriminada el arca de inversión se ha hecho un cálculo aproximado. Por ejemplo, una partida para dotación hospitalaria se ha repartido proporcionalmente a los gastos de construcción de hospitales en zonas rurales y zonas urbanas. Lo mismo se ha hecho para los gastos de estudio de preinversión de acueductos. Estas partidas son relativamente pequeñas y el error que se haya cometido en su distribución no altera las tendencias que aparecen en el cuadro.  
 1 lempira = 0,5 dólar U.S.A.

TABLA 2

INVERSION EN SALUD DEL PLAN CUADRIENAL 1974-1978 DE LA REPUBLICA DE HONDURAS POR TIPO DE INVERSION

(En millones de lempiras: ML)

Tipo de inversión	Proyectos en ejecución		Proyectos con financiamiento		Proyectos con financiamiento en negociación		Proyectos sin financiamiento		TOTAL	
	ML	%	ML	%	ML	%	ML	%	ML	%
Saneamiento .....	7,3	34,6	7,6	49,4	18,9	100	8,9	100	42,7	66,4
(preventiva)										
Atención médica .....	13,8	65,4	7,8	50,6	0	—	0	—	21,6	33,6
(curativa)										

FUENTE: Elaborado por la Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica (1973): 85. La discrepancia entre el total de inversiones de las Tablas 1 y 2 se debe a que en ésta no se han incluido las inversiones destinadas a bienestar social, como jardines infantiles y hogares de infancia.

1 lempira = 0,5 dólar U.S.A.

rio. Nuestras conversaciones con el personal técnico del seguro y del ministerio sugieren que los dos hospitales se construirán durante el cuatrienio en cuyo caso las inversiones en atención médica serán todavía de un 55 por 100 del total. La pregunta que se debe contestar es ¿por qué hay tanta discrepancia entre la política enunciada y los programas diseñados?

*Programación en el Instituto de Seguridad Social.* El estudio de los programas del Seguro Social ilustra también la divergencia entre las políticas enunciadas en el plan y su implementación. El seguro social es obligatorio en Honduras para todos los trabajadores asalariados habiendo quedado excluidos provisionalmente por la ley y los decretos que regulan el Instituto los trabajadores domésticos, los trabajadores de temporada y los trabajadores agropecuarios salvo aquellos que trabajan para patrones que emplean un número mayor de diez trabajadores<sup>13</sup>. La ley excluye también a los miembros de las fuerzas armadas. Hasta 1972 la seguridad social sólo cubría a los trabajadores de la capital de la república. En dicho año se extendieron a los trabajadores de la segunda ciudad, San Pedro Sula y posteriormente a cuatro ciudades intermedias incluyendo a los trabajadores de las agroindustrias de las plantaciones vecinas a estas ciudades<sup>14</sup>. La proyección de afiliados para 1978 era de unos 100.000 trabajadores de los cuales la mitad correspondían a Tegucigalpa, y 37.000 a San Pedro Sula. No se contemplaba para el cuatrienio 1974-1978 la extensión de la seguridad social a los campesinos que estaban incluidos dentro de la legislación del seguro y mucho menos se pensaba modificar las cláusulas legales discriminatorias contra los campesinos que trabajan en los pequeños fundos. Se podría pensar que un instituto del gobierno adecuaría sus programas a las políticas señaladas en el plan nacional de desarrollo y en el de salud, sin embargo, no es así.

*Racionalización de la programación.* El contraste entre la política y la programación es tan obvio que se puede esperar una explicación que lo aclare. Para el personal de CONSUPLANE y del ministerio la inversión en hospitales urbanos no está contrapuesta a una política de llevar la atención médica al campesino. Los hospitales especializados de Tegucigalpa son hospitales nacionales y sirven a toda la población al ser centros de referencia y lo mismo puede decirse de los hospitales regionales de las ciudades intermedias. Esta es la teoría pero la práctica es diferente<sup>15</sup>. La oficina de planificación del ministerio

---

<sup>13</sup> Instituto Hondureño de Seguridad Social (1972).

<sup>14</sup> El término «agroindustrial» hace referencia a las plantaciones que utilizan un sistema de producción de capital intensivo y cuyos trabajadores están generalmente organizados en sindicatos laborales. Desde el punto de vista socio-económico y cultural hay poca diferencia entre estos trabajadores y los trabajadores industriales.

<sup>15</sup> El sistema de regionalización de servicios de atención médica a través de un sistema de niveles de atención están ampliamente difundido en América Latina. Sin embargo, nuestra experiencia es que en la práctica no funciona. Hay múltiples factores incluyendo los políticos y los intereses de la profesión médica que lo hace inoperante. Sin embargo, los planificadores siguen programando la regionalización de los servicios como si se pudiera implantar desde los escritorios de los ministerios.



tenía la información de los ingresos por lugar de residencia de los hospitales «nacionales» de Tegucigalpa. Las cifras demuestran que entre un 70 y un 80 por 100 (la variación corresponde a los diferentes tipos de hospitales: psiquiátrico, tuberculosos, materno-infantil, universitario) provienen de la capital y su departamento. No había información sobre los hospitales regionales pero visitas de campo y conversaciones con administradores de uno de los hospitales sugiere que el área de influencia de los hospitales de las ciudades intermedias queda restringido al casco urbano y a su área de influencia periférica. La realidad es que por múltiples razones todavía no muy bien conocidas el campesino no tiene acceso a los hospitales urbanos.

La razón más frecuente que se encuentra en los seguros sociales para justificar la falta de cobertura del campesinado es su bajo ingreso económico. La encuesta de ingresos y gastos por familia campesina indicaba que en 1968 el promedio gastado en salud por familia campesina era de 32 lempiras anuales. Multiplicando esta cantidad por el total de familias campesinas da un gasto aproximado de 9 millones de lempiras<sup>16</sup>. Si se tiene en cuenta el crecimiento de la población, el desarrollo socio-económico del país, y la inflación se podría pensar que esa cantidad era substancialmente mayor en 1974 y suficiente para financiar un seguro médico simplificado con una pequeña contribución del gobierno. Conviene añadir que algunas cooperativas agrarias habían empezado a organizar sistemas de seguros médicos privados que naturalmente resultaban más costosos y que la Federación Nacional de Asociaciones de Cooperativas de Ahorro y Crédito habían empezado a otorgar préstamos para atención médica a grupos campesinos. Esto nos lleva a concluir que a pesar de su pobreza el campesino hondureño tiene los recursos para comprar un servicio de seguridad médica adecuado.

Es nuestro parecer que tanto la regionalización de servicios como la supuesta falta de recursos por parte de la población campesina son racionalizaciones de los decisores para justificar la obvia disparidad entre políticas y programas.

*Los factores políticos de la programación.* Desde la década de los sesenta el gobierno de Honduras ha sido militar y los grupos de presión están organizados alrededor de los intereses de los terratenientes, de la agroindustria (una gran parte de ella norteamericana), de los profesionales, comerciantes y de los relativamente pequeños sindicatos obreros. Los trabajadores del campo se han empezado a organizar en cooperativas pero sus esfuerzos han sido violentamente destruidos por grupos de terratenientes con la cooperación más o menos activa de algunos militares<sup>17</sup>.

Nuestras observaciones en la división de salud de CONSUPLANE sugieren que la asociación médica no actúa directamente ahí para dirigir el gasto público hacia las construcciones hospitalarias en las ciudades mayores. Es más

<sup>16</sup> Secretaría de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística y Censos (1970).

<sup>17</sup> Véase la crónica del *New York Times*, 10 de noviembre de 1975. (?)

la profesión médica que controla el Ministerio de Salud, y a través de él la división de salud de CONSUPLANE, la que influye en un sistema de prestación de la atención médica que favorezca a sus intereses económicos y sociales. Es de interés de la profesión médica la presencia de hospitales de alta tecnología en donde pueden aprender y practicar las especialidades que son altamente remuneradas por un pequeño porcentaje de la clase pudiente que constituye su clientela particular. Es también de su interés social que estos hospitales se construyan en las ciudades principales del país en donde la vida cultural es más agradable, la educación de sus hijos más de acuerdo a su nivel social, y en donde existe una mayor concentración de riqueza y por tanto mayor clientela potencial. El poder decisorio del ministerio está bajo el control de médicos que están en contacto estrecho por sus vínculos profesionales con sus colegas. Por ejemplo, el director de la oficina de recursos humanos era al mismo tiempo profesor de la facultad de medicina y la mayor parte de su tiempo administrativo en el ministerio lo dedicaba a la organización del hospital universitario cuya construcción física estaba terminándose en 1975. En otras palabras los intereses de la profesión médica se satisfacen por los programas que preparan sus colegas en el ministerio. La teoría de niveles de atención médica y sistema de referencia de pacientes es una magnífica excusa que usan los médicos burócratas para justificar programas que satisfacen los intereses de sus colegas y por lo tanto, los suyos.

Se entiende por lo anteriormente expuesto las razones que llevan a dirigir la mayoría del gasto hospitalario a las ciudades. Al intentar explicar las razones por las cuales la gran mayoría de las inversiones en programas de saneamiento ambiental tienen lugar en las ciudades queda bien patente los factores políticos que impiden la implementación de los planes. Una programación congruente con la política enunciada en el plan cuadrienal hubiera llevado a una inversión totalmente opuesta a la realizada, es decir un 80 por 100 de las inversiones se deberían haber realizado en las zonas rurales. Esto hubiera supuesto restricciones en la distribución y consumo de agua en las ciudades en donde se encuentran los grupos organizados y en donde la movilización política de la población en protesta por la carencia de servicios es mucho más fácil y visible, es una amenaza que todo gobierno desea evitar y aún más un gobierno militar como el hondureño que ha perdido prestigio y credibilidad. Se satisface primero las necesidades de los que tienen más capacidad de amenaza. Es una realidad política tan obvia que ni siquiera los técnicos de CONSUPLANE intentan programar de acuerdo al plan de anticipo al rechazo de los mandos superiores. Al fin y al cabo no extraña que un campesino tenga que caminar media hora en busca de agua, pero ¿quién piensa que eso es aceptable en las ciudades? La programación se hace en base a una visión realista del poder que tienen los diferentes grupos de la población.

La junta directiva del Seguro Social es el organismo decisor más alto del Instituto. Una de las funciones de la junta es reglamentar la ley del seguro social y decidir a qué grupos de la población se va extendiendo la seguridad so-

cial. La junta está conformada por representantes de las empresas, del gobierno, de los sindicatos obreros y de los médicos, todos representantes de intereses urbanos. Así se comprende que la extensión de la cobertura del seguro social durante el cuatrienio 1974-1978 sea solamente para la población urbana. El campesinado no tiene representación en la junta y sin acceso a posiciones de poder decisorio dentro del seguro social le será difícil presionar para que se cumplan las políticas de salud y se extienda la cobertura al campo. Es un círculo vicioso, no tiene poder decisorio porque no está en el seguro y no está en el seguro porque no tiene poder decisorio. El seguro tiene una capacidad administrativa limitada y bajo las presiones del poder político de los sindicatos y los médicos esa capacidad seguirá sirviendo a los intereses urbanos cualquiera que sea la política enunciada por los técnicos de CONSUPLANE y aprobada por el gobierno.

Se pudiera preguntar la razón por la que los técnicos de CONSUPLANE no llevan su realismo político a la formulación de las políticas del plan. De una parte resulta difícil para un técnico la formulación de un plan que esté en clara contradicción con el diagnóstico de salud y que vaya al mismo tiempo en contra de teorías de desarrollo ampliamente aceptadas. Hay también presiones de las organizaciones internacionales de asesoría y financiación para que los planes se ajusten al diagnóstico. Finalmente los técnicos nunca pierden la esperanza de que los planes escritos faciliten en algún grado su implementación. De otra parte, poco afecta al técnico de planificación la falta de implementación de una política, si ha sobrevivido en la administración pública es porque a lo largo de los años ha aprendido a adaptarse a la frustración.

## Conclusiones

Tanto en los Estados Unidos de América como en Honduras existe una divergencia entre las políticas enunciadas en leyes y planes y la implementación de las mismas. Se ha ilustrado a lo largo de este trabajo que la falta de implementación responde a factores políticos, especialmente a los intereses de grupos del sector privado y del sector público. En los Estados Unidos, la asociación médica a través de controles legales y otros controles informales impide el cambio. Unos grupos burocráticos facilitan los intereses de la asociación médica al oponerse a las reformas por temor a perder su propio poder basado en la antigüedad frente a las nuevas agencias. Estas acaban siendo cooptadas por los grupos de interés para asegurar su sobrevivencia. Los propios legisladores en un acto político por excelencia —la aprobación de leyes— prefieren por intereses políticos crear una vaguedad en la ley que es el principio de su propia debilidad.

En Honduras se encuentran factores políticos similares con características adecuadas al sistema político del país. La profesión médica influye más directamente sobre el ministerio sin necesitar los controles legales. No existe ambigüedad legislativa porque no hay congresistas pero los decisores políticos mili-

tares ceden igualmente ante las presiones actuales y potenciales de los grupos organizados que representan una minoría de la población. Las grandes masas campesinas como las grandes masas de la población norteamericana no tiene canales adecuados de acceso a los centros decisorios y no puede exigir el cumplimiento de los planes, ni la extensión de la seguridad social a las zonas rurales.

Si el proceso de implementación es un proceso esencialmente político y los fallos en la implementación responden a factores de distribución de poder será inútil pretender aumentar la posibilidad de implementación de leyes y planes únicamente a través de mejoras administrativas. *No es posible el cambio sin enfrentarse con la realidad política de cada sociedad.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALFORD, Robert: «The Policital Economy of Health Care: Dynamics without Change» *Politics and Society* (1972): 153.
- ANDERSON, James E.: *Public Policy-Making* (Nueva York: Praeger, 1975).
- BARNARD, Chester I.: *The Functions of the Executive* (Cambridge, Mass.: The Harvard University Press, 1938).
- DENTY, Michael, «Comprehensive Health Planning: The New York Experience», en Herbert Hyman (editor), *The Politics of Health Care* (Nueva York: Praeger, 1973).
- GABALON, Arnaldo: *Una política sanitaria* (Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1965).
- GLAZER, Nathan: «The Limits of Social Policy», *Commentary* (septiembre, 1971).
- HAVINGHUST: «Health Maintenance Organization and the Market for Health Services», *Law and Contemporary Problems* (1970).
- HOY, Don R.: «Review of Development Planning in Guatemala», *Journal of Inter-American Studies and World Affairs*, vol. 12 (1970): 217.
- INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL: *Ley de seguro social y reglamentación de aplicación de la ley del seguro social* (Tegucigalpa: 1972).
- KILTY, Daniel: *Planning for Development in Peru* (Nueva York: Praeger, 1967).
- L. B. J. School of Public Affairs: *A Study of the Feassability of Health Maintenance Organization for Texas* (Austin: The University of Texas Press, 1975).
- MOSHER, Frederick C.: *Democracy and the Public Service* (Nueva York: Oxford University Press, 1968).
- O'CONNOR: «Comprehensive Health Planning: Dreams and Realities», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 52 (1974): 319.
- PRESSMAN, Jeffrey L. y WILDAVSKY, Aaron: *Implementation* (Berkeley: University of California Press, 1973).
- REDFORD, Emmette: *Democracy in the Administrative State* (Nueva York: Oxford Univesity Press, 1968).
- ROURKE, Francis E.: *Bureaucracy, Politics, and Public Policy* (Boston: Little, Brown and Co., 1969).

- SECRETARIA DE ECONOMIA Y HACIENDA. Dirección General de Estadística y Censos: *Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares 1967-1968* (Tegucigalpa, 1970).
- SECRETARIA TECNICA DEL CONSEJO SUPERIOR DE PLANIFICACION ECONOMICA: *Resumen del Plan Nacional de Desarrollo, 1974-1978* (Tegucigalpa: sin fecha).
- *Plan Nacional de Desarrollo 1974-1978. Tomo VII, Plan de salud y nutrición* (Tegucigalpa: 1973).
- SELZNICK, Phillip: *TVA and the Grass Roots* (1949).
- SIMON, Herbert A.: *Administrative Behavior: A Study of Decision Making Process in Administrative Organization* (Nueva York: The Free Press of Glencoe, 1945).
- SIMON, Herbert A. *et al.*: *Public administration* (Nueva York: Knopth, 1950).
- Sin autor: *Planeación Física: IHSS* (sin fecha).
- STEWART, Richard: «The Reformation of Administrative Law», *Harvard Law Review*, vol. 88 (junio, 1975): 1683.
- UGALDE, Antonio: «A Decision Model for the Study of Public Bureaucracies», *Policy Sciences*, vol. 4 (1973): 75.
- U. S. Department of Health, Education and Welfare: *Comprehensive Health Planning and Public Services Amendment of 1966 (P. L. 89-794, Title III 'Partnership for Health Planning' sec. 314)* (Washington, D. C.: Public Health Services, 1967).
- *Towards a Comprehensive Health Policy for the 1970's*, White Paper (Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1971).
- VILE, M. J. C.: *Constitutionalism and the Separation of Power* (Oxford: Clarendon Press, 1967).
- WATERSTON, Albert: *Development Planning: Lessons of Experience* (Baltimore: The John Hopkins Press, 1965).

## Capítulo 17

# LA REFORMA ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Eliot Freidson\*  
(*New York University*).

Nos ocupamos en este capítulo de los datos que existen para desarrollar una política social hábil. Muchos están preocupados por la falta, simplemente, de datos sistemáticos y exactos, de modo que los problemas fundamentales que abordar están cubiertos de tal ignorancia y misterio que es difícil, si no imposible, formular de modo sensato la política social. Otros se interesan por la publicación de datos actualmente reservados, de modo que puedan utilizarlos analistas independientes como nosotros, aparte del Gobierno. Convendría subrayar algo diferente, a saber, la clase de datos que sean más útiles para estimar un servicio al ser humano como la asistencia sanitaria. La existencia de datos y su utilidad para los analistas independientes son condiciones necesarias, pero no suficientes; han de ser, además adecuados al problema. En el caso de los servicios sanitarios, en los Estados Unidos, estamos en vísperas de acontecimientos políticos que facilitarán por primera vez en nuestra historia el disponer de grandes cantidades de datos sistemáticos en el plano nacional. Pero no creemos que estos datos puedan ser tan útiles como lo exigen los fines manifiestos de la política social. En este artículo se explica primero los tipos de pro-

---

(\*) ELIOT FREIDSON, es catedrático y jefe del Departamento de Sociología de la Universidad de Nueva York (NYU), y especialista en Sociología de la Medicina y Sociología del Trabajo. Es autor de libros como *The Hospital in Modern Society* (1963), *Professional Dominance* (1970), *Profession of Medicine* (1972), y *Doctoring Together* (1975). Su dirección profesional es: Prof. E. Freidson, Department of Sociology, New York University, 19 University Place, New York, N.Y. 10003, USA. Una primera versión de este trabajo fue publicada en la revista *American Behavioral Scientist* (febrero 1976) bajo el título de «The Development of Administrative Accountability in Health Services».

gramas instituidos ya por la legislación y los tipos de datos que es probable originen para el uso interior administrativo, si no necesariamente para uso de analistas independientes, pasando luego a analizar la adecuación de estos datos para la tarea de establecer si se sirve o no a los fines declarados de la ley. En lo esencial los criterios sobre los datos pertinentes a la estimación de los servicios humanos tienen que ser muy distintos a los pertinentes a la estimación de la producción de bienes, pero los criterios sobre estos últimos es probable que puedan emplearse para explicar los servicios sanitarios, lo cual es probable que transforme en maneras no pretendidas el carácter de los servicios suministrados.

## El desarrollo de la contabilidad en los servicios sanitarios

Hasta hace diez años, los principales proveedores de servicios sanitarios —los médicos y los hospitales donde trabajan— no tenían sino una responsabilidad muy laxa ante el público por su trabajo. Siempre ha existido la posibilidad de un pleito civil (diagnóstico erróneo) para reparar los perjuicios a un paciente, pero aparte de esto sólo había la pretensión de la profesión y de los hospitales, no verificada, de que existía un proceso interior de revisión profesional que protegía al público. La mayor parte de las organizaciones de seguros sanitarios, incluso *Blue Cros* y *Blue Shield*, no se molestaban en estimar la calidad de la asistencia a la que se referían las reclamaciones de compensación por servicios prestados.

Como su preocupación era, esencialmente, costear la asistencia y nada más, y como eran organizaciones particulares, les era mucho más fácil elevar las primas o los beneficios bajos ante las peticiones de reembolso de los «proveedores» que crearse enemigos discutiendo los derechos. Como los asegurados no estaban organizados en su mayor parte (con la excepción de una gran minoría de obreros sindicados), podían ejercer poca presión para que los aseguradores particulares intentasen inspeccionar seriamente el coste de los servicios que pagaban ni para estimar sus beneficios para el consumidor.

Pero la situación cambió en 1965, cuando el Congreso aprobó las leyes de *medicare* y *medicaid*. Se emplearon fondos públicos para compensar a los médicos y a los hospitales por los servicios prestados a pacientes ancianos e indigentes hospitalizables. El ser fondos públicos volvió sobre ellos la atención pública y contribuyó a la necesaria creación de mecanismos de contabilidad pública, en vez de privada, que ajustaban las reclamaciones a la admisibilidad del paciente y al pago desembolsado. Al principio no se hizo nada por estimar las reclamaciones sobre otra base que las admisiones, pues la resistencia de la profesión médica organizada a las leyes, llena de referencias a la dirección estatal de la medicina, hicieron de su revisión un tema político muy sensible (véase Harris, 1966).

Lo que sucedió es de dominio público. El coste de los programas de *medicare* y *medicaid* aumentó muy por encima de las estimaciones basadas en la



experiencia, a medida que los médicos y los hospitales elevaban sus cargas precipitadamente, prestando muchos más servicios de los previstos. Para edificación de los contribuyentes y de sus abanderados políticos, se publicaron como escándalos los casos de fraudes y de «chanchullos» con «beneficios» muy altos. Al comprobarse que no había mecanismos efectivos de regulación profesional que limitasen la prestación de servicios caros y grandes cargas contra fondos públicos, el legislador hizo un primer intento de regular el mayor coste unitario singular de todos a saber, —las cargas hospitalarias—, requiriendo la revisión de utilización «por comisiones asesoras de médicos en los hospitales y el aumento de los medios de asistencia y la revisión de las reclamaciones por los directivos y los agentes de *medicare*». Cada institución tenía que desarrollar un método para revisar los ingresos en el hospital, la duración de la permanencia y los servicios profesionales prestados (comprendida la cirugía). Cada una debía estimar la necesidad médica de los servicios y la eficacia de su empleo, así como la de los medios. Los casos de larga permanencia tenían que ser revisados por esas comisiones y, al decidirse que ya no había necesidad médica de hospitalización o de prolongación de la asistencia, debía ser notificado al médico respectivo y a los demás interesados.

Pueden decirse muchas cosas sobre cómo fracasó esta primera tentativa de justificar las cargas de los servicios contra los fondos de *medicare* y *medicaid*. Pero todo lo que debemos decir ahora es que la Comisión Senatorial de Hacienda concluyó (1972) que «las actividades de revisión de la utilización que se han hecho han sido, en general, para cubrir el expediente y han sido ineficaces para moderar el empleo innecesario de la asistencia y de los servicios institucionales. La revisión de la utilización en *medicare* pueden calificarse como mera forma». El advertir que las comisiones revisoras de la utilización institucional habían sido ineficaces en la regulación de los costes para el régimen de *medicare* y *medicaid* han conducido a la legislación proyectada para regular los costes y mejorar la calidad de la asistencia. En 1972 se enmendó el título XI de la ley de Seguridad Social, creándose las Organizaciones Revisoras de las Normas Profesionales *Professional Standards Review Organizations*, (PSRO), cuya misión es revisar los servicios sanitarios por los que puedan hacerse reclamaciones de pago contra los fondos de *medicare* y *medicaid*.

## Las reformas del PSRO

La enmienda PSRO (Organizaciones Revisoras de las Normas Profesionales) establece la autoridad del ministro de Sanidad, Educación y Bienestar para señalar, hasta enero de 1974, los límites de las zonas de todo el país en que se crean Organizaciones Revisoras de las Normas Profesionales. Su misión es desarrollar y hacer cumplir las normas sobre la atención a los pacientes de *medicare* y *medicaid*. A fin de asegurar un fundamento estadístico adecuado para estimar las consultas diversas y establecer normas de empleo para estas zonas, deben comprender por lo menos 300 médicos y osteópatas en ejerci-

cio. En las regiones poco pobladas, una zona puede comprender todo un Estado. En las zonas metropolitanas, puede comprender unos cuantos barrios acomodados. En cuanto a las PSRO, tienen que estar compuestas únicamente por médicos y osteópatas, en vista de la expresa presunción de que son los únicos competentes para establecer normas y revisar la labor de los profesionales. Se toman disposiciones para su selección y rotación y se establecen organizaciones regionales y un Colegio Nacional.

Se señala cierto número de funciones a la unidad local, la PSRO, que aprobará o desaprobará *de antemano* las decisiones del médico relativas al ingreso en hospital y los servicios que impliquen «tratamientos prolongados o costosos». Establecerá normas o reglas para determinar el momento en que el médico de un paciente hospitalizado deba «firmar un certificado según el cual continúa la necesidad médica del internamiento», habitualmente, no mayor que el periodo en que permanecen el 50 por 100 de los enfermos de edad y diagnósticos semejantes, «fundado en las normas profesionales de asistencia y tratamiento, y en conformidad con éstas, y con los datos obtenidos respecto de la permanencia en instituciones sanitarias de los pacientes en diversos (...) estados de salud y que requieren diversos tipos de servicios o procedimientos de asistencia».

En lo esencial, cada PSRO desarrollará sus propias «normas de asistencia, diagnóstico y tratamiento basadas en los tipos corrientes de práctica» en su zona. En principio se considera que esto se hará sólo para los diagnósticos que impliquen ingreso en hospital u otros medios caros de asistencia prolongada, pero se pretende que al final la PSRO desarrolle también normas para la asistencia ambulatoria. Aunque se asegura la idea de la independencia local de juicio profesional, se desanima la gran variedad de normas locales al observar que cuando las de una PSRO local difieran de las «normas regionales de asistencia, diagnóstico y tratamiento de estados comparables», habrá que notificarlo al Consejo Nacional Revisor de Normas Profesionales y tendrá que negociar con éste tales diferencias y justificarlas. Por tanto, es probable que la presión se dirija hacia normas nacionales, a pesar de las protestas. En efecto, para que el Consejo Nacional y la Secretaría ejerzan sus funciones, habrá que disponer de datos nacionales.

Aparentemente, las dificultades de sanción relacionadas con el nuevo régimen son sólo económicas. La PSRO está autorizada a recomendar la denegación de pago de reclamaciones por servicios que no se ajusten a sus normas e incluso para recomendar la exclusión de un profesional o institución que no satisfaga sus normas de selección para la prestación de servicios remunerables. No puede impedir que un médico o institución ofrezcan sus servicios sanitarios en el mercado libre, pero pueden apartarlos de la selección para compensación con fondos de *medicare* y *medicaid* pudiendo ello tener consecuencias indirectas de cierta gravedad. Por ejemplo, es probable que se discuta la selección para el seguro de práctica irresponsable (*malpractice*) de esos profesionales e instituciones excluidos y aumente su vulnerabilidad ante un pleito. Por otra

parte, el profesional o institución «aprobado» está exento, al parecer, de la «responsabilidad civil que se origine de la adhesión a las recomendaciones de la organización revisora (...) supuesto que pongan el cuidado debido en la ejecución de sus funciones» (Comisión Senatorial de Hacienda, 1972). Con esto, es fácil comprender el *potencial* de responsabilidad sin precedentes de los médicos y de las instituciones sanitarias una vez comienza a actuar la PSRO. La cuestión es, naturalmente, cuál pueda ser la materia de esta responsabilidad.

## La organización para la preservación de la salud

En teoría, se ha proyectado la PSRO únicamente para establecer y hacer observar las normas de tratamiento de los pacientes de *medicare* y *medicaid* siendo su misión la de regular los pagos con los fondos de estos programas a los médicos e instituciones sanitarias que hagan reclamaciones por atención a pacientes hospitalizables. Sin embargo, su efecto puede ser mayor, por cuanto es probable que dos conjuntos de normas —uno, para los pacientes de *medicare* y *medicaid* y, otro, para los demás— es probable que sean discutibles política y jurídicamente. De hecho, hace varios años que se discuten en serio planes de seguros sanitarios nacionales que abarcan muchas más clases de pacientes, pero la experiencia con los costes anteriores ha arrojado dudas sobre la posibilidad de extenderlos a todo el ámbito nacional. Si pudiesen reducirse los costes, o al menos si pudiese retardarse el vertiginoso aumento de las cargas contra el sistema, sería muy posible que futuras leyes abarcasen un sector mayor de la población del que protegen en la actualidad *medicare* y *medicaid*. La PSRO puede considerarse un experimento legislativo de regulación de costes orientado al desarrollo de mecanismos de contabilidad dentro de la estructura administrativa de los actuales sectores de *medicare* y *medicaid* de la ley de Seguridad Social.

El Congreso aprobó otras leyes para aumentar la eficacia de la organización de los servicios y para mejorar de otra manera la calidad de la asistencia, estimulando la creación de planes sobre contratos de servicios prepagados, que reunirían a médicos en la tarea de procurar asistencia general a todo el conjunto de una comunidad. La ley presta especial atención a que estos planes incluyan a los pobres, pero manifiestamente pretende comprender al empleado obrero, que no está incluido en *medicare* o *medicaid*. La preocupación por estimular la eficacia para reducir los costes y por extender a toda la población los servicios preventivos, así como curativos, ha conducido a que el Congreso aprobase una ley que establece la viabilidad jurídica y económica de las Organizaciones de Preservación de la Salud. La ley de Organizaciones de Preservación de la Salud de 1972 pretende eliminar las restricciones estatales que ofrezcan al suscriptor un contrato de servicios prepagados, de tal manera que, a cambio de una prima neta, se procura la certeza de que un conjunto determinado de personal sanitario prestará una amplia serie de servicios. La ley exige que se admitan a «personas que sean representativas, en general, de los diversos

grupos sociales de edad y de ingresos dentro de la zona que atiendan», a fin de evitar que se «escojan» pacientes de poco riesgo dentro de un conjunto mayor. Dispone también la representación del consumidor en los cuerpos decisores. Exige revisión de los perjuicios a los pacientes y procedimientos de recurso, previsión de la calidad de asistencia, educación permanente para el personal, etcétera.

Aún considerándose a menudo que esta ley se propone establecer a escala nacional tales planes de grupos de médicos con pago previo, como el *Kaiser-Permanente* y el Plan de Seguros Sanitarios del Gran Nueva York (*Health Insurance Plan of Greater New York*), lo que en realidad hace es dar simplemente la posibilidad jurídica de que se establezcan en los Estados cuyas leyes actuales los impiden. Esta ley acepta también los profesionales que trabajan en su consulta «particular» y acuerdan reunirse en una «asociación (contratante) de consulta individual». Las Organizaciones de Preservación de la Salud (HMO), en vez de identificarse estrictamente con los grupos médicos que contratan servicios prepagados, tienen el rasgo común de ser organizaciones aseguradoras que, por contratar servicios con suscriptores que pagan una prima fija, se cree verán motivos para reducir los costes mediante recursos diversos, como procurar servicios preventivos, emplear personal paramédico, reducir gastos generales y disuadir de la oferta de servicios que no sean «médicamente necesarios».

Durante su normal funcionamiento, o como compañía contable de seguros a la que estén asociados cierto número de médicos (como en el caso de las Fundaciones médicas), o como genuino grupo médico, la Organización de Preservación de la Salud centralizará la recogida sistemática de ciertos datos. Algunos tendrán que ponerse a disposición del Gobierno, como las cuentas administrativas nominales del plan de seguros contratados, comprendidos el tipo y el conjunto de los servicios atendidos y por prestar, las primas cobradas, las características étnicas y socio-económicas de sus suscriptores, la composición de su cuerpo decisor, y semejantes. Se exigen también los costes, los tipos de utilización, la disposición, el acceso y la aceptación del servicio y la evolución del estado de salud «de sus pacientes». Por alguna razón especial, sin duda, se autoriza explícitamente a la HMO a llevar un «perfil de utilización de medicamentos» de los prescritos a sus pacientes y a realizar una campaña educativa sobre su empleo. La ley se refiere a la necesidad de proteger la reserva en la relación entre el médico y el enfermo, pero no especifica qué significa ello ni cómo ha de hacerse. En este respecto, como en otras leyes, el carácter concreto de los datos por recoger, es probable que sea función de las «directrices» establecidas por el equipo del organismo de supervisión encomendado por la ley, temperadas por la interacción con los potentados políticos.

## La producción de datos

Así pues, esta fue la serie de pasos por los que se ha desarrollado durante los últimos diez años la contabilidad pública de los servicios sanitarios. Prime-

ramente, se exigió que comisiones asesoras de médicos revisasen la utilización de las admisiones, la duración media de la estancia, y los servicios prestados en cada hospital. También había que regular las reclamaciones pero no había coordinación entre ambas cosas, y la primera revisión era materia aparte de institución a institución, sin normas comunes conocidas. Únicamente el proceso de revisión de las *reclamaciones* era probable, que produjese datos sistemáticos centralizados. Después, para limitar los costes y, secundariamente, para mejorar la calidad de la asistencia (en gran medida restringiendo los «servicios innecesarios»), la ley estableció y exigió que se constituyesen misiones de revisión *entre* instituciones y comunidades y que se estableciesen normas y se revisasen las prácticas. Se entiende que estas normas proceden del cotejo estadístico de las prácticas profesionales de la comunidad, así como del consenso de los médicos que componen la comisión de revisión (y se alternan en ella). Para su desarrollo y cumplimiento requieren una recogida continua de información sobre casos individuales. Finalmente, se estimularon planes de seguros de servicios contratados para asistencia ambulatoria tanto para los empleados como para los indigentes y se exigió que se llevase un registro sistemático de los servicios prestados, la condición sanitaria, los medicamentos prescritos y semejantes, pero sin la revisión obligatoria de una organización profesional.

Está bastante claro el *tipo* general de datos que se producen. Se recogerá una información sistemática en la que sirvan de variables independientes el diagnóstico responsable del médico y la edad, el sexo y otras características del paciente, mientras que serán variables dependientes los servicios prestados, comprendido el número de consultas, el número de días en el hospital, los medicamentos prescritos, las pruebas de diagnóstico ordenadas y los procedimientos quirúrgicos y otros seguidos. Estas serán las «medidas» esenciales de los servicios sanitarios. Todas ellas se distinguen por su proyección administrativa, por cuanto en su mayor parte son unidades contables de cargas financieras, de las reclamaciones sobre cuya base podrán seleccionarse para compensación los médicos, los hospitales y otros. Sin embargo, todas podrán ser examinadas por las unidades de revisión, pero es probable que no todas puedan utilizarse para la creación de normas.

Durante los pocos años pasados, ha habido gran cantidad de experimentos con la fijación de normas prácticas formales, cuyo resultado ha sido en gran parte el conflicto y la confusión. Como no se espera que las PSRO se establezcan en el plano nacional antes de enero de 1976 (en cuya fecha estará autorizado el Ministro de Sanidad para establecerlas donde no se hayan creado todavía), no hay una experiencia firme y en particular no bien conocida sobre la cual basarnos para conjeturar las consecuencias. ¿Qué proporción de la totalidad de diagnósticos médicos tendrán perfiles trazados y normas especificadas y cómo serán estas normas de estrictas o permisivas? Podemos tener la razonable certeza de que se atenderá primero a los diagnósticos, relativamente corrientes, que impliquen un ingreso caro en hospital y largas permanencias y podemos estar seguros también de que se fijarán directrices pronto para desalen-

tar muchos procedimientos quirúrgicos y tratamientos en hospital optativos. Es virtualmente segura una fiscalización de los costes-unidad mayores y más vistosos. Pero es probable que sea muy lenta y muy selectiva, si es que se produce en absoluto, la extensión a los servicios ambulatorios, aunque está proyectada y autorizada. Queda algo confuso qué normas se podrían establecer para los diagnósticos más corrientes, por ejemplo, «infección respiratoria superior». Y como todo el sistema de contabilidad parece depender de aceptarse el valor a la par del diagnóstico comunicado, podemos dudar de la utilidad de estas normas para nada que no sea la revisión de las reclamaciones financieras.

Finalmente, es inseguro qué efectos tendrán estas normas tanto sobre la elección del diagnóstico como sobre la elección del tratamiento. Las primeras experiencias con la comisión revisora de la utilización han dado ciertas pruebas de que los profesionales no han sido pasivos, sino que han tomado sus opciones a la luz del propósito regulador. Por ejemplo, cuando se han establecido límites a la permanencia de pacientes con cierto diagnóstico en el hospital, semejantes a las sugeridas por la ley de las PSRO, el remedio de elección ha parecido ser, con frecuencia, el dar de alta al paciente, mejor que discutir con la comisión revisora de la utilización, para readmitir después al paciente durante otro periodo limitado. Esta especie de manipulación activa de las normas del sistema no tiene que significar forzosamente motivos venales de parte de los médicos, como tampoco había motivos venales para la práctica corriente de hospitalizar a enfermos de los seguros *Blue Shield-Blue Cross* para sacarles beneficios que no habrían obtenido de haberlos tratado fuera del hospital. Sin duda, algunas decisiones se tomaban teniendo en cuenta los beneficios, pero otras muchas probablemente no.

Cualesquiera sean sus motivos, los profesionales no son criaturas pasivas de un conjunto de normas o de prescripciones administrativas, ni su conducta en un nuevo sistema PSRO es fácilmente previsible, partiendo de su conducta en un sistema anterior. Lo que hace la mayoría en un mercado ordenado por las normas contractuales y los tipos de organización, puede ser muy diferente a lo que harían en un mercado de organización laxa, de honorarios por servicio. Así ocurre especialmente cuando el carácter formal y administrativo, es decir, indirecto y externo, en oposición a directo e incorporado a la misma actividad. La unidad es la hoja de reclamaciones, que se origina en el encuentro terapéutico. El peligro futuro está en que el basarse en modos formales de medida administrativa cree una fachada de contabilidad sin proporcionar ninguna idea en absoluto sobre la calidad de la asistencia sanitaria. La presión aparente se dirige a la tipificación e industrialización de la asistencia sanitaria, limitando lo destacado a lo que pueda reducirse a simple contabilidad.

### **Industrialización y servicios para seres humanos**

Mi supuesto fundamental es que la asistencia médica tiene una relación verdadera, pero muy limitada, con la prevención o cura de la enfermedad física

y con el desarrollo del bienestar físico y mental. Es cierto que *algunas* intervenciones médicas no por casualidad, las más difundidas salvan vidas y dan casi milagroso alivio al sufrimiento, pero la gran mayoría de las reuniones con el médico parecen tener mucho menos afecto sobre la enfermedad y la salud que el medio físico y social de la persona y sus hábitos dietéticos y recreativos. El grueso de las visitas al médico constituye más una forma de consuelo que de tratamiento físico eficaz. De ello se sigue que las cualidades sociales y psicológicas de la interacción durante esa reunión son, al menos, tan decisivas como los recursos técnicos de diagnóstico y de tratamiento empleados. Estos, con la mayor frecuencia, son proyectados para eliminar la posibilidad de que exista un estado físico tratable técnicamente; aquellas proporcionan consuelo a la mayoría de los enfermos que no pueden ser tratados técnicamente y, cuando sí pueden serlo, los mueve a la cooperación en el tratamiento. Es la cualidad de consuelo la que justifica el objeto de la mayoría de las visitas. Y es la cualidad de consuelo la que no es probable midan la clase de datos recogidos sobre los servicios sanitarios mediante los planes que he explicado.

Los datos que se están recogiendo ahora de manera sistemática se refieren casi por completo al mecanismo administrativo de la asistencia sanitaria, establecido fundamentalmente para el fin de justificar los desembolsos de pago a los «proveedores». En cuanto datos, son índices extremadamente selectivos, elaborados y abstraídos de las reuniones entre los pacientes y el personal sanitario. No nos dicen mucho de los encuentros de los que son abstraídos, y no nos dicen nada del consuelo que se ha ganado o deseado. En términos políticos prácticos, constituyen una definición reductiva de los servicios sanitarios que excluye de la consideración las cualidades no fiscales, técnicas, ni mecánicas.

En lo esencial, diría que las medidas que se establecen ahora para la política social y que podrán utilizarse para el futuro plan político, quizá puedan limitar algo el coste de los servicios sanitarios, en gran parte reduciendo algunos de los servicios hospitalarios y quirúrgicos más caros y vistosos. Producirán también gran cantidad de datos que analizar por los investigadores si pueden tener acceso a ellos. Pero en cuanto modo esencialmente externo y formal de contabilidad, estos datos serán vulnerables a su manipulación por los profesionales, las instituciones y, en este caso, por los pacientes. Por tanto, estos datos pueden comprender falseamientos imitados. Pero, sobre todo, la clase de datos que es probable se produzcan errará la esencia de lo que es casi siempre la asistencia sanitaria: al considerar el servicio como un proceso técnico y fiscal, la cualidad del encuentro seguirá siendo tan inexplicable y oculta como en el pasado. En efecto, si sólo se explican los aspectos técnicos, el peligro será que sólo se considerarán los aspectos técnicos y se perderá de vista la cualidad humana de la asistencia como elemento esencial de la relación terapéutica. Si así ocurre, el paciente llegará a parecerse a un objeto industrial manipulado por unidades-servicio establecidas y la asistencia sanitaria llegará a ser más de lo conveniente un proceso industrial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

HARRIS, R.: *A Sacred Trust* (Nueva York; New American Library, 1966).  
Senate Committee on Finance, *Report of the Committee of Finance* (Washington D. C.: United States Senate, 26 septiembre 1976), Informe 92-1230, págs. 254-269.



## Capítulo 18

# EL NIVEL DE SALUD COMO PUNTO DE REFERENCIA DE LA REFORMA SANITARIA

Luis Cañada\*

*(Jefe Provincial de Sanidad, Logroño)*

Francisco Javier Yuste\*\*

*(Jefe Provincial de Sanidad, Pontevedra)*

Emilio Zapatero\*\*\*

*(Jefe Provincial de Sanidad, Valladolid)*

Este capítulo analiza las bases epidemiológicas y las técnicas sanitarias básicas para fundamentar las decisiones en materia de salud pública. El esfuerzo de los autores se dirige a señalar que debe ser la salud —y no la enfermedad— el centro del sistema sanitario estatal. Al final se proponen las líneas generales de una política sanitaria basada en estas consideraciones. Los autores son cons-

---

(\*) LUIS CAÑADA, es médico de sanidad nacional, experto en planificación sanitaria, y jefe provincial de sanidad de Logroño. Actualmente es jefe del servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Sanidad.

(\*\*) FRANCISCO JAVIER YUSTE, además de diputado, es psiquiatra, médico de sanidad nacional, experto en planificación sanitaria, y jefe provincial de sanidad de Pontevedra. Entre sus publicaciones más importantes destacan sus libros: *Psiquiatría y sociedad* (1971), y *Hacia una sociología de la medicina* (1973). Su dirección profesional es: Dr. F. J. Yuste, Jefatura Provincial de Sanidad, Peregrina, 80, Pontevedra.

(\*\*\*) EMILIO ZAPATERO, es médico de sanidad nacional, experto en planificación sanitaria, y jefe provincial de sanidad de Valladolid. Su dirección profesional es: Dr. E. Zapatero, Jefatura Provincial de Sanidad, Avenida de Ramón y Cajal, 6, Valladolid.

cientes de que la insatisfacción que sienten al unisono las masas populares y los profesionales de la medicina ha contribuido a comenzar el largo proceso de la reforma sanitaria. En estos términos se proyectan diferentes deseos en los distintos grupos sociales y políticos. Para unos, se trata de buscar una mejor ordenación del ejercicio profesional, para otros, una racionalización en los ingentes gastos que el sector sanitario exige, para otros, la esperanza de acceso a posiciones de poder que faciliten la puesta en marcha de otras alternativas sanitarias. En este conjunto de deseos e ideas nosotros, como especialistas, enjuicamos la reforma sanitaria como un proceso social definido por cuatro elementos: 1) el punto de partida, constituido por la actual situación sanitaria o nivel de salud de la comunidad nacional que juzgamos insatisfactoria; 2) las líneas de tendencia en las que debe situarse el proceso para conseguir los resultados esperados; 3) la estrategia que condiciona las acciones tácticas a ejecutar para modificar la actual situación; y 4) los resultados que esperamos conseguir si se realizan las acciones tácticas.

### **El nivel de salud de la comunidad nacional**

La primera tarea del médico ante el enfermo que llega a su consulta es proceder a su diagnóstico. Es preciso saber qué tiene el paciente para poder aplicar la terapéutica apropiada, y en este proceso la recogida fehaciente de los síntomas y los signos del enfermar es lo que fundamenta la síntesis diagnóstica y lo que acredita al médico como buen clínico; el proceso diagnóstico, todavía hoy, comienza en las tres preguntas hipocráticas: ¿Qué pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? Pues bien para el responsable de la salud en la comunidad también es de importancia capital saber qué pasa en la población, qué enfermedades existen en ella, y desde cuándo sucede, como primer paso para establecer la oportuna terapéutica. En definitiva el primer paso a dar es la medida del nivel de salud y enfermedad de la población.

Ahora bien, el concepto de salud no admite una medición precisa por su relatividad y por hacer referencia tanto a los individuos como a la colectividad, por lo que habremos de llegar a aquélla a través de indicadores que midan lo positivo del estado de salud, sus desviaciones negativas, las condiciones ambientales que lo generen y los instrumentos aplicados a su consecución, mantenimiento o restablecimiento. Así mediremos la salud por medio de los siguientes indicadores: de salud, de mortalidad, de morbilidad, de recursos sanitarios, de salubridad del medio ambiente. Los indicadores positivos de salud más utilizados son la expectativa de vida, las características antropométricas de los reemplazos y el estado nutricional de la población.

La *esperanza de la vida al nacer* se define como la edad que alcanzará un 50 por 100 de los que nacen un determinado año aplicando las probabilidades de muerte vigentes en ese momento. La evolución de este indicador en nuestro país aparece en la *Tabla 1*. En este cuadro general de mejoría, no se puede dejar de señalar un defecto que se repite una y otra vez en todos los análisis: las

diferencias regionales. Así la expectativa de vida al nacer se separa de la media en tres puntos negativos en Lugo, Palencia, Ciudad Real y León, y en tres puntos positivos en Barcelona, Guipúzcoa y Madrid (datos de la Ponencia de Desarrollo Regional del III Plan de Desarrollo).

TABLA 1

EVOLUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN ESPAÑA DE 1900 A 1970, EN VARONES, MUJERES Y POBLACION TOTAL

(Esperanza de vida al nacer)

AÑOS	Varones	Mujeres	Población total
1900	33,85	35,70	34,76
1910	40,92	42,56	41,73
1920	40,26	42,05	41,15
1930	48,38	51,60	49,97
1940	47,12	53,24	50,10
1950	59,81	64,32	62,10
1960	67,32	71,90	69,65
1970	69,69	74,96	72,32

El hecho innegable es que cada año los españoles somos más altos, más gruesos y más anchos. El adelanto ha sido espectacular: en 1958 menos de un 10 por 100 de los varones de ese reemplazo superaban el 1,70 m de estatura; en 1973 eran más del 45 por 100. En poco más de una década, desde 1955 a 1973, los españoles que pesan más de 65 kilogramos han pasado a ser del 32 por 100 al 54 por 100; en cuanto al perímetro torácico llegan a superar 90 centímetros el 40 por 100 de todos los mozos en 1973. En este adelanto tampoco ha habido una distribución homogénea. En efecto si atendemos a los datos de 1973 que se ofrecen en la *Tabla 2*, están por debajo de la media los reemplazos de Galicia, y Castilla (sin Madrid) y Andalucía en consonancia, como tantas otras veces, con su nivel de desarrollo.

Aunque algo anticuados, los datos obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Nutrición realizada por Varela y colaboradores y publicada en 1971, permiten afirmar que existe un consumo calórico suficiente —3.105 calorías por persona y día—, e incluso excesivo pues tal cifra supera en 25 por 100 el estándar óptimo, aun cuando se observan déficits en las familias urbanas, de clase baja, muy numerosas. Este patrón, suficiente en general (insuficiente en familias urbanas de clase baja) se repite en el consumo de proteínas, calcio, hierro y tiamina. En la población general se observan carencias marcadas de Vitamina A y Riboflarina. Regionalmente existen graves déficits de Vitamina A en Galicia, Región Cantábrica y Meseta Norte.

TABLA 2

CLASIFICACION ANTROPOMETRICA DE LOS VARONES ESPAÑOLES POR REGIONES

(Reemplazo de 1973, media aritmética)

REGIONES	Talla en cms.	Peso en kgs.	Perímetro torácico en cms.
Cataluña .....	171,1	67,1	89,6
Vascongadas .....	171,4	69,9	89,9
Castilla (sin Madrid) ....	168,8	65,6	88,2
Andalucía .....	167,7	64,4	87,8
Madrid .....	171,2	65,9	89,2
Galicia .....	168,2	66,7	88,4
Total nacional .....	169,3	65,8	88,4

FUENTE: I.N.E., *Anuario Estadístico*, Edición Manual, 1975.

Dejando a un lado la mortalidad general por estar demasiado influenciada por la estructura etaria de la población, los indicadores de mortalidad más expresivos, y a los que vamos a limitarnos son: *Mortalidad infantil*, que mide el número de fallecidos menores de un año relacionándoles con el total de nacidos por 1.000 habitantes incluye los muertos al nacer y los muertos en el primer día de vida; *mortalidad proporcional* que relaciona los fallecidos después de los 50 años con el total de fallecidos; y *mortalidad por causas*, que expresa sintéticamente los grupos de enfermedades de los que se muere la gente.

La evolución de la mortalidad infantil, hasta 1972, es la siguiente:

Años	Tasa de mortalidad infantil
1920	171
1930	124
1940	114
1950	70
1960	44
1968	32,4
1969	30,2
1970	28,1
1971	25,4
1972	22,8

Estos datos traducen una evolución muy favorable, si bien las diferencias regionales, que se ofrecen a continuación ensombrecen el cuadro general (*Tabla 3*).

TABLA 3

EVOLUCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL,  
POR REGIONES

REGIONES	AÑOS		
	1968	1970	1972
Cataluña .....	23,9	20,3	17,4
Vascongadas .....	33,7	25,6	21,9
Castilla (sin Madrid) .....	35,3	34,1	27,3
Madrid .....	28,9	25,3	21,4
Galicia .....	41,8	35,9	31,6

La evolución de este índice de *mortalidad proporcional* también es muy favorable, como se ve en la *Tabla 4*, en la cual se expone cómo el 84 por 100 del total de fallecimientos en España acaece después de los 50 años.

TABLA 4

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD,  
PROPORCIONAL

Años	Fallecidos mayores de 50 años	Total de fallecidos	Indice de Swaroop
1962	213.909	271.373	78,8 %
1963	219.118	275.499	79,5 %
1964	211.963	267.045	79,3 %
1965	214.110	267.407	80,0 %
1966	217.922	269.738	80,7 %
1967	223.150	274.021	81,4 %
1968	228.661	277.357	82,4 %
1969	247.514	297.169	83,2 %
1970	233.021	280.070	83,1 %
1971	256.182	302.869	84,5 %
1972	237.077	280.163	84,6 %

Las diez principales *causas de muerte* para todas las edades en España, clasificadas de mayor a menor porcentaje del total han sido en 1975 las siguientes:

Enfermedades cardiovasculares .....	43,3 por 100
Tumores malignos .....	16,8 por 100
Gripe, y neumonía .....	5,9 por 100
Accidentes .....	5,2 por 100
Bronquitis, enfisema y asma .....	4,3 por 100
Cirrosis hepática .....	2,6 por 100
Todas las transmisibles .....	2,2 por 100
Diabetes mellitus .....	2,1 por 100
Nefritis y Nefrosis .....	1,2 por 100
Tuberculosis .....	0,9 por 100
(Todas las demás) .....	(15,5) por 100

Lo cual traduce el cambio de signo desde el subdesarrollo al desarrollo sanitario, que se sitúa en el momento en que las enfermedades transmisibles dejan de ocupar los primeros lugares en la lista dejando paso a las cardiovasculares.

Ahora bien, no podemos perder de vista que si atendemos a las tasas específicas de mortalidad (por 100.000 habitantes) el cuadro presenta lagunas en modo alguno deseables. En la *Tabla 5* observamos una tasa de mortalidad de 8,3 por tuberculosis (2.877 fallecidos en total), que representa la mitad de todos los fallecimientos por enfermedades infecciosas (6.596 fallecimientos y 19,3). En este capítulo también son manifiestas las diferencias regionales como aparecen claras en la *Tabla 6*.

La distinta fiabilidad de la información estadística referente a la *morbilidad* requiere hacer, previamente a su análisis, algunas advertencias. Los datos que se ofrecen han sido obtenidos de fuentes estadísticas distintas y de desigual fiabilidad —sistema de declaración obligatoria y registros de enfermedades— y de estimaciones más o menos subjetivas. Los datos obtenidos a través del sistema de declaración obligatoria de enfermedades tiene muchas deficiencias, por lo que las cifras deben entenderse como casos declarados o notificados y no de casos producidos. Los indicadores de morbilidad en realidad nos dan solamente una idea de por-dónde-van-las cosas. Los datos conocidos se han comparado a la visible del iceberg, aunque tal ejemplo no es válido si se aplica a cada una de las entidades nosológicas.

**TABLA 5**  
**EVOLUCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS DE MUERTE**  
 (Por 100.000 habitantes)

Causas de muerte	AÑOS						
	1978	1969	1970	1971	1972	1973	
Infecciosas (B1-B18) .....	25,4	24,5	21,6	22,2	20,2	19,3	
Tuberculosis (B5) .....	12,2	11,5	9,5	9,3	7,8	8,3	
Tumores malignos (B19) .....	133,3	132,4	135,6	137,9	139,6	141,2	
Cardiovasculares (B25-30) .....	309,8	310,5	298,9	320,2	309,3	312,3	
Accidentes motor (BE-47) .....	10,3	13,1	13,6	13,7	14,2	14,8	

TABLA 6

CAUSAS DE MUERTE POR REGIONES

(Tasas por 100.000 habitantes)

REGIONES	Causas de muerte			
	Infecciosas (B1-B18)	Tuberculosis (B5)	Accidentes motor (BE-47)	Suicidios y autolesiones (BE-49)
Cataluña .....	14,9	5,9	14,1	3,4
Vascongadas .....	17,8	3,4	16,3	1,2
Castilla (sin Madrid)	21,0	7,6	20,5	4,5
Madrid .....	13,3	5,2	8,3	1,8
Galicia .....	23,7	12,3	12,7	5,8

Según el Servicio de Epidemiología y Estadística de la Dirección General de Sanidad, en 1975 se declararon los siguientes casos de *enfermedades de declaración obligatoria*<sup>1</sup>:

Enfermedades de declaración obligatoria	Numero de casos	Tasa por 100.000 habitantes
Fiebre tifoidea y paratifoidea .....	2.162	6,0
Disentería .....	1.167	3,2
Tuberculosis pulmonar .....	3.142	8,7
Carbunco .....	251	0,7
Brucelosis .....	6.360	17,7
Lepra .....	70	0,2
Difteria .....	19	0,05
Escarlatina .....	3.869	10,8
Meningitis .....	1.937	5,4
Poliomielitis .....	216	0,6
Varicela .....	57.065	158,6

<sup>1</sup> En España son de declaración obligatoria las siguientes enfermedades: brucelosis, carbunco, cólera, difteria, escarlatina, disentería, fiebre recurrente, fiebre tifoidea y paratifoidea, gripe, lepra, meningitis cerebroespinal, paludismo, peste, poliomiélitis, rabia, reumatismo cardiorreticular, sarampión, septicemia puerperal, tifus exantemático, tracoma, oftalmia purulenta del recién nacido, triquinosis, tuberculosis, varicela, y viruela.



Enfermedades de declaración obligatoria	Numero de casos	Tasa por 100.000 habitantes
Sarampión .....	126.989	352,8
Rabia .....	1	0,03
Tracoma .....	80	0,2
Paludismo (casos importados) .....	23	0,06
Fiebre recurrente por garrapatas .....	13	0,04
Oftalmia purulenta del recién nacido .....	15	0,04
Triquinosis .....	297	0,8
Reumatismo cardiovascular .....	1.391	3,9
Gripe .....	1.009.289	2.805,7
Septicemia puerperal .....	47	0,1
Cólera .....	11	0,03

Los accidentes, a efectos de información y fiabilidad estadísticas, pueden clasificarse en tres apartados: de tráfico, domésticos y laborales. Los *accidentes de tráfico* han seguido la evolución que aparece en la *Tabla 7*. El total de heridos que provocaron los accidentes con víctimas fue en 1973 de 105.321 de los cuales el 55,7 por 100 fue en carretera.

TABLA 7

EVOLUCION DEL NUMERO DE ACCIDENTES DE TRAFICO

Casos	AÑOS					
	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Con víctimas .....	54.897	57.968	58.176	62.582	66.387	62.882
Muertos .....	3.951	4.197	4.247	4.453	4.764	4.319

FUENTE: I.N.E., *Anuarios Estadísticos*.

Los *accidentes domésticos* no se registran como tales, por lo cual las cifras que se ofrecen son estimaciones basadas en las rúbricas de envenenamientos, caídas, quemaduras, ascuas de fuego, y ahogamientos recogidas por el Instituto Nacional de Estadística. La cifra total el último año disponible (1971) fue de 59.261, por lo que se puede estimar en no menos de 600.000 el total de casos anuales en función de la experiencia habida de un caso registrado por cada 10

reales. La mayoría de los casos afectan a la edad uno-cinco años y a la edad sesenta y cinco y más.

En la década de los sesenta la cifra total de los *accidentes de trabajo* se han estabilizado entre 900.000 y 1.000.000 de accidentes anuales, pero en los últimos cinco años se ha superado la cifra del millón alcanzando en 1974 la cifra de 1.321.848 si nos atenemos a los datos del Plan Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo, de gran rigor estadístico. La gravedad de los accidentes de trabajo se recoge en la *Tabla 8* elaborada con la información del INE.

Para algunas enfermedades crónicas contamos en España con registros más o menos completos. El registro de *enfermos de lepra* que radica en la Sección de Luchas y Camapañas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad y que se mantiene actualizado con los datos que aportan los Equipos Móviles de la lucha, las Jefaturas Provinciales, y los Leprocomios, puede considerarse como bastante perfecto. Los enfermos que figuraban en dicho Registro (excluidas bajas por curación) en 31 de diciembre de cada año eran:

1960	3.953 casos
1970	3.878 casos
1971	3.717 casos
1972	3.700 casos
1973	3.718 casos
1974	3.712 casos

El de *enfermos tuberculosos* que lleva al Patronato de Enfermedades del Tórax, que como es natural no puede ser exhaustivo, cada año va mejorando en su contenido. En él figuraba el siguiente número de enfermos tuberculosos:

Años	Prevalencia	Incidencia
1969	104.300	22.000
1970	117.900	21.500
1971	76.900	19.100
1972	69.900	14.100
1973	60.000	13.000
1974	55.000	10.500

## Los recursos del sector sanitario

En lo que se refiere a la *profesión médica* y lejos de aceptar apriorísticamente la existencia de una hipotética plétora de la que tanto se habla, habremos de analizar: el número total de médicos y sus índices en relación con la

TABLA 8

EVOLUCION DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO SEGUN SU GRAVEDAD

Años	Graves			Mortales				
	Leves	In.	Itinere labo.	Total	In.	Itinere labo.	Total	TOTAL
1970	1.026.729	1.579	8.824	10.403	507	1.388	1.895	1.039.027
1971	1.099.575	2.372	11.274	13.646	631	1.396	2.027	1.115.248
1972	994.201	2.963	15.073	18.036	434	1.174	1.608	1.013.845
1973	1.160.762	3.351	14.646	17.997	698	1.761	2.459	1.181.213
1974	1.085.074	3.307	15.773	19.080	563	1.595	2.158	1.106.312
Incremento (1970-1974)	5,68 %	109 %	78,75 %	83,41 %	11,05 %	14,91 %	13,88 %	6,47 %

FUENTE: I.N.E., años que se citan.

población, su distribución geográfica, el nivel de especialización, y la dedicación a los puestos de trabajo<sup>2</sup>.

El número total de colegiados es de 51.594, de los que 11.437 lo están sin ejercicio profesional, por lo que los médicos ejercientes son un total de 39.957. Todo ello referido a 1973, últimas cifras disponibles. Por lo tanto, el número de habitantes que corresponden a cada médico, considerando sólo los facultativos ejercientes de 872, y, teniendo en cuenta la totalidad de los colegiados es de 675. Cuando este índice se estudia con intención de analizar el reparto geográfico de los profesionales médicos resulta que, para 1972, el número de habitantes por cada médico es de 386 en las capitales de provincia y de 1.279 en las provincias sin capital. El abanico de realidades ente las diferentes provincias va de un máximo de 453 habitantes por médico en Madrid a 1.315 en Lugo.

En lo que se refiere al número de especialistas y su distribución en la geografía española un ejemplo de la situación es la siguiente: endocrinología 113.126 habitantes por cada especialista, geriatría 578.229, neurología 340.487, reumatología 173.648, y hematología 169.413. El número de habitantes por cada odontólogo es de 23.153. En este mismo orden de cosas hay especialidades que no existen en absoluto en algunas provincias, tal sucede con los alergólogos (no existen en 32 provincias), anestesistas (no hay ninguno colegiado como tal en Cuenca, Guadalajara y Soria), aparato digestivo (no hay en Guadalajara), enfermedades infecciosas (no hay en 18 provincias), geriatría (no existen en 31 provincias), hematólogos (faltan en 14 provincias), medicina interna (Soria), otorrinolaringología (Soria), radiología (Guadalajara, Soria y Tuel), reumatología (21 provincias), y Urología (Guadalajara).

El número de puestos de trabajo existentes para médicos es de 105.000, como quiera que el número de médicos colegiados es de 51.594, resulta que a cada médico le corresponden dos puestos de trabajo, y si restringimos el análisis a los médicos colegiados con ejercicio (39.957), a cada uno de estos le corresponden 2,5 puestos de trabajo.

Existen numerosos tipos de jornadas de trabajo; donde están reguladas no hay prácticamente ningún sistema objetivo de control de su cumplimiento para los titulados de grado superior. Sus situaciones límites van desde las actividad discontinua, motivada en la solicitud de servicio, hasta la permanencia en expectativa durante veinticuatro horas. La conjugación de las distintas variables de como resultantes múltiples combinaciones y posibilidades, acompañadas en muchos casos del ejercicio privado de la profesión.

Los últimos datos sobre *farmacéuticos* que poseemos al respecto son referidos a 31 de diciembre de 1974, en cuya fecha el número de farmacéuticos colegiados era de 17.989 para todo el país, lo que supone un índice de 1.958 habi-

---

<sup>2</sup> Un estudio más extenso y detallado del capital humano en el sector sanitario puede verse en Jesús M. de Miguel, *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976). Algunas de las ideas vertidas en ese libro se deben a sugerencias y teorías de los tres autores del presente capítulo.

tantes por cada farmacéutico. Todo lo cual supone un número considerable elevado de profesionales, por otra parte, en fase de exposición con un crecimiento acelerado y progresivo.

El número de oficinas de farmacia es de 13.829 en todo el país, lo que significa un promedio nacional de 2.547 habitantes por cada farmacia, siendo su incremento proporcionalmente mayor que el de la población. Por otro lado, es de notar el escaso número de farmacéuticos que trabajan fuera de las oficinas de farmacia. En las entidades de distribución no hay más que 284 profesionales, en la industria farmacéutica privada 710, y lo que es más grave, en los servicios hospitalarios no hay más que 343 farmacéuticos, siendo únicamente el 9,3 por 100 de los hospitales españoles los que cuentan con servicios farmacéuticos.

Se observa, pues, en la farmacia española un exceso de profesionales dedicados a la dispensación de medicamentos en oficinas de farmacia privadas y un escasísimo número de ellos encuadrados en actividades de investigación, producción, o dispensación en centros hospitalarios. El número de puestos de trabajo para farmacéuticos es de 20.286, es decir, que a cada farmacéutico corresponden 1,12 puestos de trabajo. Finalmente, en esta panorámica profesional debe advertirse que la especialización ordenada de los farmacéuticos es muy escasa y poco fomentada.

El número de *veterinarios* era en 1974 de 7.499, por lo que la tasa número de habitantes por cada veterinario era de 4.680. Esta profesión ofrece una dinámica de crecimiento muy moderado con un incremento aproximado del 5 por 100 en los últimos 15 años. Por otra parte, existe una tendencia a la emigración de estos profesionales del medio rural al medio urbano, claramente favorecida y alentada por el desarrollo notable de la industria de la alimentación en este último de hecho, y como corroboración de lo dicho, debe notarse que su adscripción a los sectores público y privado tiene lugar prácticamente a partes iguales. Aunque en esta profesión la especialización está más normalizada que en el caso de la farmacia, en la práctica el número de veterinarios especializados es muy escaso, notándose, sobre todo, una notable falta de especialistas en laboratorios de bromatología. El número de puestos de trabajo para los profesionales veterinarios es de 7.404 por lo que, prácticamente a cada profesional le corresponde un puesto de trabajo.

El número de personal titulado de enfermería, o *ayudante técnico sanitarios*, verá, según datos de 1974, de 65.890, lo que arroja un índice de un ATS por cada 569 habitantes. Este grupo profesional ha crecido con lentitud hasta 1971, iniciándose una vigorosa expansión en los últimos cinco años. Por otro lado, no existe una distribución geográfica armónica. Los ATS tienden a concentrarse en los grandes núcleos urbanos por la importante atracción de los núcleos hospitalarios y principalmente de las ciudades sanitarias. Igualmente resultan insuficientes las especialidades reconocidas en el momento actual, en relación con las necesidades y aún el número de ATS encuadrado en algunas especialidades existentes también resulta escaso, por ejemplo, el de enfermería

de Salud Pública o el de psiquiatría, en el que únicamente estén encuadrados 1.336 ATS (o sea 43.309 camas 1.336 ATS).

Existe una marcada desproporción entre el número de titulados *Asistentes Sociales* y los que realmente ejercen la profesión en organismos e instituciones con actividad sanitaria. Consideraciones obvias hacen verdaderamente urgente el aumento de tales profesionales; su necesidad ya sentida en el campo psiquiátrico ilustra suficientemente los que queremos decir.

Algunas *otras profesiones*, realmente imprescindibles en el campo sanitario faltan en absoluto, como es el caso de los Agentes de Saneamientos. Otras veces sucede que algunas profesiones carecen de especialización en el terreno de la Salud Pública, la falta de Arquitectos Hospitalarios, e Ingenieros Sanitarios titulados, son los ejemplos que ilustran nuestra aserción.

El análisis de la situación actual en lo que se refiere a *centros hospitalarios* debe hacerse en dos planos, el cuantitativo y el cualitativo. Los datos cuantitativos nos permiten conocer que el número de camas disponibles en 1972 para la hospitalización de enfermos agudos fue de 116.564, lo que para una población de 34.496.682 habitantes representa una tasa de 3,38 por 1.000 habitantes. En ellas se atendieron 67,84 enfermos por cada 1.000 habitantes, con un índice de ocupación del 60-90 por 100 y una estancia media de 11,25 días por enfermo. En el año 1974 y los dos primeros meses del año 1975, la red hospitalaria de la Seguridad Social ha puesto en servicio 3.610 camas para agudos.

Cualitativamente es preciso señalar que la distribución geográfica de las camas no obedece a criterios racionales; al contrario, se observa una concentración de camas en las zonas de más elevado nivel de vida que suelen ser las de frecuentación hospitalaria más elevada, aunque no hay razón para considerar que las necesidades asistenciales tengan estas diferencias de distribución geográfica. La diferencias regionales, además, son notables y van desde un mínimo de 3,17 camas por mil habitantes en la región gallega a un máximo de 6,25 en el país vasco. Por otra parte es notorio que aunque la Ley de Hospitales de 1962, establece la apertura de los hospitales, la realidad es que la diversidad de dependencias patrimoniales dificulta mucho esta apertura.

Respecto al tamaño de los centros hospitalarios aún existe un 20 por 100 del total de nuestras camas hospitalarias en centros menores de 99 camas y que, refiriéndonos sólo a camas para enfermos agudos, esta cifra es del 37 por 100. En cuanto a la hospitalización de enfermos crónicos ocurre que de las camas existentes para hospitalización de larga estancia, 45.215 están dedicadas a la asistencia de enfermos psiquiátricos. A excepción de unas 9.000 camas, todas las demás se consideran aptas sólo para atención de enfermos de larga permanencia.

La evaluación de los recursos hospitalarios desde el punto de vista cualitativo también puede hacerse más a través del baremo establecido por la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria para clasificar a los hospitales por su nivel asistencial en *A, B, y C*. En el año 1971, 37.053 camas de las 157.150 existentes son de nivel *C*, es decir, de una bajísima calidad asistencial, incluso

hay 612 camas en hospitales de ámbito nacional y 6.045 en hospitales regionales dentro de este grupo. Este baremo valora casi exclusivamente el inmueble y el equipamiento, influyendo muy poco en él la dotación de personal, y nada la estructura funcional ni el movimiento asistencial.

Otro criterio utilizado para juzgar la calidad a partir de los datos con que se cuenta hasta ahora, son los índices de personal/camas, y personal de enfermería/cama. En cuanto al primero, resulta que sólo en los hospitales de ocho provincias se rebasa el índice de una persona/cama. En 28 provincias el índice es menor de 0,70, y en siete menor de 0,50. Solamente en dos provincias se alcanzan un índice de enfermeras/cama superior al 0,5 (Madrid y Valencia), y en 24 no se llega a alcanzar un índice de 0,3.

La asistencia psiquiátrica del país está basada en los elementos materiales de un posible catálogo de hospitales psiquiátricos (véase la *Tabla 9*). A estas hay que sumarles las camas de los hospitales generales destinados a psiquiatría, que totalizan 1.523 camas. El nivel asistencial de estas camas, de acuerdo con la calificación del Catálogo de Hospitales es la siguiente:

*Nivel A:* 17 hospitales, 2 del sector público y 15 del sector privado.

*Nivel B:* 69 hospitales, 19 del sector público y 50 del sector privado.

*Nivel C:* 35 hospitales, 26 del sector público y 9 del sector privado. El funcionamiento de estos servicios hospitalarios puede analizarse a tenor de la *Tabla 10* obtenida de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria (1974).

Por otro lado, entre las notas típicas de las camas psiquiátricas debe destacarse: a) La consideración peyorativa que tienen desde el punto de vista de estimación social. b) El carácter de institución total desconectada de la dinámica social y de la estructura sanitaria. De alguna forma son las instituciones que todavía mantienen el carácter de «beneficiencia». En algunos casos el hospital psiquiátrico sirve para descargar y proteger a la sociedad de los enfermos mentales. c) Dada la poca eficacia de la organización psiquiátrica extrahospitalaria, los hospitales psiquiátricos que son lugares donde están ubicados los principales recursos de personal sanitario psiquiátrico son todavía los centros condicionadores de toda la asistencia. d) El sentido asistencial de los instrumentos actuales no es producto de un plan sanitario nacional coherente sino que es el resultado de iniciativas de diversos sectores tomadas a lo largo del tiempo y generalmente dirigidas a la construcción de edificios. Rara vez se concretaron los objetivos y jamás han sido descritos operativamente para poder ser sometidos a un proceso de evaluación.

La rápida urbanización e industrialización de nuestro país, junto a una no tan rápida preocupación por las alteraciones mesológicas que los anteriores fenómenos llevan consigo, explican suficientemente el hecho de que actualmente suframos una patología propia del subdesarrollo simultáneamente a otra que se ha venido en llamar desarrollada, coexistiendo las zoonosis y otras enfermedades transmisibles con enfermedades cardiovasculares, porque aún no se había conseguido adaptar el medio natural a las exigencias mínimas de una supervivencia confortable, cuando ya se están acusando los efectos nocivos de un

TABLA 9

CARACTERISTICAS DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS SEGUN SU DEPENDENCIA, EN 1973

Dependencia	Características				
	Hospitales	Camas	Estancia media	Ingreso	Indice de ocupación
Dirección General de Sanidad .....	8	2.674	1.485,93	415	77,71
Ministerio de Justicia .....	1	234	85,71	315	31,61
Diputación .....	37	24.314	297,54	27.262	91,40
Municipios .....	2	161	16,56	161	105,40
Iglesia .....	21	10.969	562,79	6.650	93,47
Particulares .....	53	5.434	162,37	9.390	76,49
<b>TOTAL .....</b>	<b>122</b>	<b>43.786</b>		<b>44.193</b>	



TABLA 10

FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN 1974

HOSPITALES	Indice de ocupación	Promedio de estancias	Indice personal camas	Frecuencias
Estatales .....	77,7	1.485,9	0,33	0,087
Corporaciones locales ...	91,4	297,5	0,20	0,088
Iglesia .....	93,4	562,7	0,20	0,103
Privados .....	76,4	162,3	0,25	0,129

FUENTE: Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

medio excesivamente degradado. Los indicadores fundamentales en este campo nos hablan de: el alto grado de impotabilidad encontrado en las aguas de abastecimiento público; la situación pésima respecto a las aguas residuales; la paulatina y creciente contaminación del aire, más de 9.000.000 de toneladas de contaminantes recibe nuestra atmósfera anualmente lo que supone 266 kilogramos por habitante; la falta de solución a la recogida de basuras urbanas y rurales; el incremento de ruidos, radiaciones y riesgos dependientes de la energía incontrolada; el hacinamiento urbano, consecuencia de la excesiva densidad de edificación que permite la legislación vigente; el raquitismo de los espacios libres, fruto de la especulación y del incumplimiento doloroso de los planes de ordenación urbana; la mala calidad de la vivienda, principalmente la denominada sarcásticamente «social», fuente de tensiones, frustraciones y delincuencia; la carencia de centros cívicos de reunión, de descanso, esparcimiento, etc; la falta de cauces legales para que el vecindario pueda contribuir al logro del barrio que el mismo desea; y la contaminación biológica de los alimentos que coexiste con la contaminación bioquímica.

Todo lo anterior podríamos resumirlo en cinco grandes afirmaciones interrelacionadas. 1) Existen en nuestra geografía enfermedades transmisibles que no deben existir, y excesiva incidencia de otras que deberían estar situadas en márgenes más estrechos. 2) Las enfermedades calificadas genéricamente como crónicas representan una carga no asumible, pues en ellas caben acciones preventivas no puestas en marcha. Particularmente grave es el problema de las enfermedades mentales. 3) Los accidentes que suponen el 5,2 por 100 de todos los fallecimientos y más de 2.000.000 de heridos al año debe recibir una atención totalizadora y urgente. 4) La gran mayoría de las enfermedades y accidentes que padecemos son consecuencia directa o indirecta del deficiente saneamiento ambiental; en consecuencia cualquier ordenación que se pretenda ejercer en el ámbito de la salud ha de pasar por el control del medio físico. 5) Los

recursos asistenciales son más que insuficientes, anticuados, y están injustamente distribuidos.

Esta situación sanitaria ha de ser a nuestro juicio el fundamento de cualquier reforma, se trata, en último término, de modificar esta situación básica arbitrando las medidas que sean más apropiadas para conseguirlo. Ahora bien, este segundo paso no responde exclusivamente a cuestiones de hecho sino que admite márgenes de subjetividad, y opciones diferentes por ello lo que a continuación se expone responde a una postura intelectual de los autores a confrontar con otros estudiosos del tema.

## La salud como fundamento de la reforma

La salud es el cimiento del progreso social. El ser humano como medida de todas las cosas no vivirá plenamente satisfecho más que en la medida en que goce de buena salud; por ello, sentimos la necesidad de ir más allá de los logros actuales al observar un techo en la salud de los españoles que es preciso sobrepasar. Entendemos, en consecuencia, que la reforma sanitaria debe situarse ante el futuro partiendo de la actual situación sanitaria (juzgamos que insatisfactoria), escribirse unas líneas de solución que proponemos en honesta colaboración y competencia intelectual con otros estudiosos del tema. Nuestra perspectiva tiene como atalaya las consideraciones generales que se hacen a continuación.

La salud, entendida como un «estado de completo bienestar físico, mental y social» no ha sido preocupación de la colectividad hasta las últimas décadas; en otros tiempos era la enfermedad la que presidía las decisiones personales y gubernamentales y sobre todo la que preocupaba: la enfermedad era el centro del sistema solar sanitario. Sin embargo, en la nueva perspectiva que propugnamos, consideramos la salud como causa eficiente y final de nuestras reflexiones, dando un giro copernicano en el sistema sanitario y buscando con el máximo empeño situar en el centro la salud y en la periferia la enfermedad. Si de salud tratamos, hemos de tener muy en cuenta que el Estado es el resultado final de las múltiples y variedades influencias que subyacen en la estructura social de las comunidades y, por tanto, que a la hora de conseguir salud cuenta tanto la medicina, como la vivienda, la educación, la alimentación, el urbanismo, el trabajo, o el ocio.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que si un Estado busca responder *realmente* al derecho básico de la persona que es la salud, deberá inscribir esta respuesta en un marco más amplio: la política del desarrollo social.

La más común aceptación del término «medicina» se refiere al proceso diagnóstico y terapéutico para corregir las consecuencias individualizadas, somato o psíquicamente, de un conjunto de agentes patógenos; en definitiva la «medicina» sería la respuesta a la enfermedad. Ahora bien, en la perspectiva saludable en la que estamos instalados, observamos cómo la asistencia médica no es ni el primero, ni siquiera el más importante de los elementos que sustenta

la salud. La salud está edificada sobre la potencialidad de la herencia y la biología, actualizadas por un ambiente y forma de vida saludables. La asistencia médica contribuye a dar salud sólo cuando ésta se ha perdido.

Pues bien, en la lucha de fuerzas adversas a la salud, contaminación, concentración humana en grandes urbes, falta de ejercicio abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, y hábitos alimentarios, la asistencia médica apenas si sirve para otra cosa que para recibir y cuidar a las víctimas de estos abusos. El sistema asistencial es un inmenso y agobiado taller para poner remiendos en las enfermedades causadas por el medio ambiente y los excesos individuales, muchas veces consecuencia de una propaganda intolerable. En consecuencia, si un Estado busca responder *realmente* al derecho básico de la persona que es la salud, deberá conceder a la salubridad del medio ambiente y a la modificación de los hábitos y formas de vida mayor importancia que al establecimiento del sistema asistencial.

La efectiva realización del derecho a la salud, requiere que la comunidad nacional asuma un papel activo en la suma de responsabilidades que dan lugar a aquella. Comunmente tal papel activo suele asumirse cuando la enfermedad llega y el enfermo exige asistencia rápida y urgente, pero hasta entonces su comportamiento expresa la convicción de que las probabilidades estadísticas cuando adversas sólo se aplican a los demás.

Los ciudadanos han de asumir la responsabilidad que les incumbe en el fomento y cuidado de su propia salud, en un triple grado de participación: en la vertiente individual, relativo a sus propios modos de vida y cumplimiento de preceptos obligatorios; en la vertiente social, con expresa relación a los valores preconizados por la sociedad y su modificación; y en la vertiente institucional a través de su intervención en la planificación, financiación y control de los planes sanitarios en los distintos niveles.

En consecuencia si un Estado busca responder *realmente* el derecho básico de la persona que es la salud, deberá favorecer a la participación del ciudadano en todos los niveles en los que se tomen decisiones que afecten o puedan afectar a la salud.

Se hace referencia en este momento a la acepción más usual del adjetivo social: la que se refiere a la justicia social. La nueva perspectiva en la que nos situamos pretende introducir medidas de compensación en la distribución de los recursos dedicando la mayor parte a los grupos sociales, servicios sanitarios y zonas geográficas actualmente más necesitadas.

En este sentido nos aparecen dos importantes apoyaturas conceptuales: la seguridad social como función del Estado y la socialización de la medicina. La seguridad social ha de considerarse como una función del Estado para el ejercicio de la solidaridad nacional a través de la redistribución de la renta y el pago de las prestaciones, debiendo extender su protección a todos los ciudadanos y a todas las contingencias, en nuestro caso médicas. La socialización de la medicina, obviando lógicamente su innecesaria burocratización, buscará paulatinamente impedir la producción de plus-valías en el sector salud, elimina-

do uno de los elementos que están en la base estructural de la injusticia: la competencia. Si un Estado busca responder *realmente* al derecho básico de la persona que es la salud, deberá extender el ámbito de la protección social e impedir progresivamente la formación de plus-valía desde la enfermedad.

La unidad biopsicosocial del ser humano y la íntima correlación con su entorno debería ser razón suficiente para propugnar que todos los ciudadanos recibieran los cuidados —promocionales, preventivos, curativos y rehabilitadores— de su salud a través de un único sistema. La indivisibilidad del ser humano debería ser suficiente razón para la unidad, pero no está demás recordar que la dispersación encarece los costos, estimula el consumo innecesario y reduce la eficacia. Si *nuestro* Estado quiere responder *realmente* al derecho básico de la persona que es la salud, deberá unificar el sistema de salud en un solo organismo administrativo del máximo nivel: Ministerio.

### Alternativa y estrategias del sector sanitario

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores proponemos que la estrategia de la reforma sanitaria esté asentada en cinco categorías o conjunto de acciones que actúan en una dirección y con una fuerza determinadas; las siguientes: 1) Una estrategia global de *política* sanitaria, que está representada por un nuevo sistema de salud. 2) Una estrategia de *intervención* en el mercado farmacéutico, para imponer la razón terapéutica en la existencia de los medicamentos y su integración en la red asistencial. 3) Una estrategia de *organización* y reglamentación buscando la unidad total en la organización administrativa, y la utilización de los recursos del poder normativo para modificar el bloque sanitario. 4) Una estrategia de *personal* que determine el número y la clase de profesionales sanitarios y su *management*. 5) Una estrategia de *financiación* que genere la base económica en la que ha de sustentarse todo el edificio.

De estas cinco ideas estrategias sólo desarrollamos la primera, pues, las otras cuatro, suponen introducir soluciones a problemas que no hemos analizado en este texto. Su importancia, sin embargo, nos obliga a señalarlas como algo que no puede olvidarse en una reforma sanitaria.

Teniendo a la vista la situación sanitaria de la que existen lagunas estructurales y funcionales, y a la vista de los recursos actualmente existentes, y de los complementarios fáciles de obtener, se propugna situar la salud de los españoles con el deseo hoy, y con la realidad en los plazos que se señalen, en la fase sanitaria *promoción* de la salud que asume las anteriores fases, de *protección* (política-sanitaria) y *restauración* (asistencia médica), las completa y perfecciona.

### Acciones sobre el medio ambiente

Los componentes del medio físico natural —aire, agua y terreno sobre el que el ser humano se asienta— han sido modificados por éste en el proceso de

agregación y socialización comunitaria. El medio físico recreado no solamente es la resultante de las actividades humanas, sino que como precipitado microclimático condiciona de modo profundo el grado de salud y las posibilidades de atención sanitaria al individuo actual.

La importancia sanitaria del ambiente alcanza una graduación proporcional al número de personas sobre las que influye, características vulnerables de las mismas, duración e intensidad del factor nocivo y repercusión somática y psicosocial sobre las personas y las comunidades. De ahí que las previsiones deben de atender, no sólo al ambiente físico externo, sino también, a los internos, tener en cuenta la diferente capacidad de las personas y clases sociales para alcanzar y disponer de ambientes biofísicos adecuados y, en resumen, considerar que el disfrute de un ambiente sanitario adecuado es un indicador de la calidad humana de la vida.

Frente al microclima inhóspito y en el nuevo giro copernicano de salud positiva, se ha de alzar y crear cotidianamente un medio ambiente favorable para una medicina constructiva. La estrategia sanitaria a este respecto debe de recoger las ideas fuerza siguientes: a) supresión de los factores insalubres del medio físico artificialmente remodelado; b) creación de un ambiente biofísico que facilite la lucha contra las enfermedades biológicas; c) ordenación del ambiente para que posibilite al máximo las actitudes y comportamientos individuales y grupales favorables para la salud; y d) creación de las formas del entorno físico que constituyan potente ejemplo de la más adecuada salud social, única posibilidad de lograr la máxima salud física y mental.

*Acciones sobre la biología.* Recoge este grupo de acciones aquellas que van dirigidas a promocionar, guardar y restaurar la salud del ser humano apoyándose solamente en el ser biológico o natural de éste. Es decir, entre lo dos términos del binomio herencia-medio ambiente, ponemos aquí el acento más en el primero y sus consecuencias.

Las actividades así recapituladas pueden encerrarse, a su vez, en dos categorías, investigación de relaciones casuales con vistas a la prevención y al tratamiento de enfermedades y, control epidemiológico de una serie de estados de salud que tienen que ver con los grandes capítulos de la historia natural del ser humano. Como quiera que esta se desarrolla en cuatro principales etapas —nacimiento, desarrollo, precreación y muerte—, es así como se ordenarán las actividades a realizar: a) ya desde el nacimiento pueden señalarse los sujetos sometidos a alto riesgo de padecer determinadas afecciones, bien sea porque así puede deducirse de la carga hereditaria de sus progenitores, bien por una serie de indicadores biológicos que se deducen de un primer reconocimiento. No obstante, tal circunstancia puede aparecer en otros momentos de la vida del individuo posteriores al de su nacimiento, por lo cual deben establecerse indicadores que permitan identificar y proteger a esta población sometida a alto riesgo en cualquiera de sus etapas biológicas. b) Investigación de la patología nutricional, desde las simples malabsorciones a las matabolopatías, y control epidemiológico de las más frecuentes, tales como diabetes precoz o bocio endémi-

co. c) Estudio y control epidemiológico de las alteraciones del desarrollo y crecimiento del niño y del adolescente. d) Investigación de los factores hereditarios y genéticos en el determinismo de una serie de enfermedades, todo lo cual puede llevar a una actuación eugenésica posible. e) Fomento de la investigación en las áreas microbiológica y virológica, especialmente en lo que se refiere a los mecanismos inmunitarios naturales y artificiales. f) Fomento de la investigación de las causas y tratamientos de las enfermedades crónicas, —cáncer, cardiopatías y mentales—, así como de los factores involutivos y de degeneración, con el fin de prevenir aquéllas y retrasar en lo posible el proceso de envejecimiento.

*Acciones sobre el modo de vida.* Biología y medio ambiente son los condicionantes que van a determinar el estado de salud, la aptitud individual, enmarcada en el contexto ambiental en que se desenvuelve, es indiscutiblemente influenciada, en sentido positivo o negativo, por los factores de éste. Ahora bien, el comportamiento, o modo de vida de las personas, influye, sobre el medio en que se desenvuelve; y éste, a su vez actuando sobre una base genética, determina la biología. El modo de vida no es sino el resultado de la influencia mesológica sobre las aptitudes y actitudes individuales. Para alcanzar el bienestar se requiere, por tanto, un ambiente saludable, o al menos, no demasiado nocivo, y unas actitudes de la población que sean favorables a la salud. El modelo sanitario que se adopta pondera en todo su valor los aspectos relacionados con el modo de vida, orientando sus actuaciones a modificar las actitudes de la población en el sentido de incrementar sus aptitudes y responsabilizar a los individuos de su propia salud.

Crear un nuevo modo de vida más saludable exige: a) la participación comunitaria en la vida social y política; b) la intervención comunitaria en los planes sanitarios; c) el control comunitario sobre toda actividad que entrañe riesgos para la salud de la población; d) la colaboración directa en los programas para la promoción de la salud; e) intervención en la publicidad, pujante modalidad de ambiente social indiscreto; y f) planificación comunitaria de la distribución de recursos sanitarios de forma que resulten accesibles a la totalidad de los individuos.

La *educación sanitaria* orientada a incrementar las aptitudes y modificar el comportamiento individual en sentido favorable a la salud, debe tender a fomentar: a) el conocimiento por la población de la definición positiva de salud, como un bien que puede ser incrementado; b) la responsabilización de los individuos en los problemas de salud y su participación activa en los programas sanitarios; y c) la información a la colectividad sobre los posibles comportamientos en las diferentes situaciones sanitarias.

Referentes al sistema asistencial debe conseguirse el ejercicio de la medicina que demanda nuestra sociedad, definida por cuatro rasgos esenciales: una medicina ampliada en su campo de acción y, no sólo esto, sino eminentemente preventiva y positiva; una medicina igualatoria y sin discriminaciones sociales

ni económicas; una medicina eficaz por encima de todo; y una medicina que no genere plusvalía en ninguna de sus vertientes.

Las acciones a realizar para conseguir unos cuidados médicos de tales características deben ajustarse a los siguientes principios:

1. El Estado asumirá la responsabilidad fundamental de la organización del sistema de cuidados médicos, a través de sus órganos centrales y periféricos. La actividad sanitaria provada puede asociarse a las tareas sanitarias del Estado, aceptando de manera explícita las líneas de organización de éste, así como sus facultades de planificación, evaluación, vigilancia e inspección en todo el sector.

2. Creación de un Servicio Nacional de Salud, con gestión descentralizado, cuyas características generales serán las siguientes. Serán beneficiarios del Servicio Nacional de Salud todos los ciudadanos españoles así como los emigrantes procedentes de países extranjeros. Los turistas extranjeros podrán beneficiarse del Servicio Nacional de Salud a través de la firma y cobertura de una póliza individual de Seguro de Enfermedad y accidentes. El Servicio Nacional de Salud proporcionará a sus beneficiarios cuidados médicos *completos* (promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación), *continuos* (domiciliarios, dispensariales, hospitalarios, de integración) e *integrados*. El coste del Servicio Nacional de Salud será financiado a través de los impuestos, cotizaciones de la Seguridad Social, y de la aportación económica de los usuarios en determinadas condiciones y circunstancias. El personal que pertenezca al Servicio Nacional de Salud, propiamente dicho, tendrá la consideración de funcionario público. El acceso a los servicios será regulado desde la asistencia primaria. Se propugna la libertad de elección de médico, entendiéndose por tal la posibilidad de cambiar de médico en condiciones definidas.

3. Los profesionales y centros privados que no deseen integrarse y asociarse respectivamente en el Servicio, se someterán a un estatuto de ejercicio libre y prestación provada de la medicina.

Estas ideas serían vehiculadas tácticamente en los distintos niveles administrativos por *Unidades Sanitarias* cuyas funciones y contenidos se exponen a continuación.

*Nivel local* (máxima prioridad, corto plazo). A implantar en todas las zonas rurales y barrios urbanos para atender a 1.500-3.000 personas. Sería la unidad sanitaria básica de todo el sistema, en ella se garantizarían los siguientes funciones y cuidados:

1. Asistencia médica personal de tipo general, bajo la dirección y ejecución en su caso del médico de familia. Sus funciones serían; en este campo: a) diagnóstico de las enfermedades transmisibles y no transmisibles apoyado en los servicios diagnósticos de la comarca, distrito o provincia cuando el caso lo requiera; b) tratamiento domiciliario de las enfermedades que no requieran hospitalización; c) inmunizaciones contra las infecciones características de la infancia y grupos expuestos a otras infecciones; d) diagnóstico y tratamiento bajo supervisión de especialista de las afecciones psiquiátricas; e) vigilancia de

la salud de niños, embarazadas y ancianos; f) control y vigilancia de la salud de las familias de la zona; y g) prestar asistencias y consejo en orden a la planificación familiar.

2. Información y educación sanitaria informal y sistematizada, bajo la dirección y supervisión del médico de familia.

3. Enfermería de salud pública, bajo la dirección y supervisión del médico de familia ejecutada por las enfermeras de salud pública de la zona.

Las funciones serían: a) ejecutar las acciones preventivas, curativas, educativas y rehabilitadoras ordenadas por el médico de familia; b) colaborar con el médico en la identificación y localización de procesos patológicos; c) colaborar en la identificación de otros problemas sanitarios; e) prestar servicios de educación sanitaria; y f) realizar acciones de fomento de la salud (dietética, puericultura, etc.).

4. Información estadística y epidemiológica a realizar con la periodicidad exigida sobre movimiento de la población y la morbilidad —transmisible o no— de la zona a la unidad sanitaria comarcal.

5. Comisión sanitaria local (rural o de barrio), formada por los representantes de todas las fuerzas sociales y políticas de la comunidad. Sus funciones serían: a) determinación de prioridades sanitarias, b) control de la ejecución de los programas, y c) supervisión de los recursos y su aplicación.

*Nivel comarcal* (prioridad media, medio plazo). A establecer en las cabeceras de comarca y distritos urbanos para atender a 50.000-100.000 habitantes; centro de salud pública integral. Sería la unidad sanitaria de segunda línea bien que funcionalmente la de mayor importancia por ser el eslabón intermedio entre la asistencia primaria a la que potencia y sostiene diagnósticamente y el nivel provincial del cual es filtro, en ella se garantizarían las siguientes funciones y cuidados:

i. Los del nivel primario para su zona local de influencia.

2. Asistencia médica personal general y especializada. En las unidades sanitarias de este nivel radicarían las consultas especializadas exigidas por la epidemiología de la comarca e inexcusablemente las siguientes: a) medicina interna, b) pediatría-puericultura, c) obstetricia y ginecología, e) cirugía general en régimen diagnóstico, cirugía menor que no exija hospitalización y curas, f) O.R.L. oftalmología y odontología, g) psiquiatría, h) rehabilitación, e i) farmacia comarcal.

3. Transporte sanitario para enfermos de la comarca.

4. Sanidad laboral, control de la patología profesional de los trabajadores de la zona.

5. Sanidad escolar, control y vigilancia de los escolares y profesorado de la comarca.

6. Laboratorio de salud pública que en este nivel tendría los siguientes contenidos: a) análisis clínicos rutinarios de hematología, bioquímica y microbiología; b) análisis químicos y microbiológicos de alimentos; c) análisis de



aguas de bebida, residuales, etc; y d) análisis de contaminantes atmosféricos urbanos y fabriles.

7. Control y vigilancia del medio ambiente establecimiento y actividades apoyado en los laboratorios de salud pública, comarcal, provincial o regional por medio de inspecciones sistematizadas o urgentes realizadas por agentes de saneamiento y dirigidas por técnicos superiores.

8. Asistencia social —información y gestión— para la comarca.

9. Formación de personal auxiliar y educación sanitaria.

10. Información estadística y epidemiológica recogida de los niveles locales dependientes de la comarca.

11. Comisión sanitaria comarcal o de distrito con las funciones descritas en el nivel anterior.

12. Planificación, y control de las actividades comarcales y locales de su influencia.

13. En este nivel opcionalmente podrían establecerse algunas camas hospitalarias para: a) obstetricia en partes sin riesgo, b) hospital psiquiátrico de día, y c) hospitalización infantil en patología menor.

*Nivel provincial* (Prioridad normal, largo plazo). A establecer en capitales de provincia y, en su caso, poblaciones mayores de 100.000 habitantes. En este nivel se garantizarían los siguientes cuidados y funciones:

1. Los de nivel secundario para su zona local de influencia.

2. Asistencia hospitalaria general y especializada incluyendo hospitalización psiquiátrica.

3. Asistencia médico-quirúrgica de urgencia.

4. Rehabilitación, diagnóstico y pautas terapéuticas.

5. Laboratorio de salud pública provincial que en este nivel tendría los siguientes cometidos: a) funciones de referencia adiestramiento, inspección, suministros y conservación de material de los centros comarcales; b) análisis clínicos complejos de hematología, bioquímica y microbiología; c) análisis toxicológicos; d) análisis bromatológicos; y e) análisis histopatológicos.

6. Formación de personal de grado medio.

7. Exámenes de salud obligatoria o voluntarios.

8. Control y vigilancia del medio ambiente, establecimiento y actividades.

9. Asistencia social residenciada (huérfanos, ancianos, deficientes).

10. Formación de personal.

11. Dirección planificación y evaluación de las actividades sanitarias provinciales y comarcales.

12. Epidemiología y estadística recogida de las unidades comarcales.

13. Comisión Sanitaria provincial.

14. En este nivel estarían separadas las unidades sanitarias médico-asistenciales de los médico-preventivas.

*Nivel regional*. A establecer en las cabeceras de región; en este nivel estarían radicadas los órganos siguientes: a) dirección, planificación y evaluación

regional; b) enseñanza de graduados y post-graduados; c) hospitalización regional: super especialización y hospitales clínicos; d) laboratorio de salud pública regional que atiende a problemas regionales específicos (pesca, minería, contaminación atmosférica); e) eslabón regional de epidemiología y estadística; y f) comisión sanitaria regional.

## Hacia una nueva política sanitaria

El análisis de la situación sanitaria del país, lleva a la doble conclusión de que ésta no es satisfactoria y de que la actual organización sanitaria, no es la más adecuada para mejorarla. Se impone, por tanto, una *Reforma Sanitaria*, cuya política debe orientarse sobre las siguientes directrices generales:

1. Unidad administrativa, mediante la creación de un organismo que, integrando las diversas organizaciones sanitarias, evite la dispersión actual de competencias y recursos y, como consecuencia, las interferencias, duplicidades y lagunas que ello lleva consigo.

2. Dicho organismo debe tener rango ministerial, para que los asuntos sanitarios gocen de la debida atención, en las decisiones del Gobierno y se ponderen, en su justo valor, al establecer los planes de desarrollo socio-económico del país.

3. Acción planificadora permanente que, basándose en la situación epidemiológica, jerarquice los problemas, señale los objetivos prioritarios y, determine la racional distribución de recursos.

4. Descentralización de la gestión sanitaria para que, respetando las peculiaridades de cada región, se permita y fomente una participación más activa y responsable de los ciudadanos en la administración de sus recursos.

5. Integración de la acción sanitaria, que evite el divorcio actualmente existente entre las atenciones de promoción de la Salud y medicina preventiva y las asistenciales y rehabilitadoras. Esa integración facilitaría un desarrollo más equilibrado de ambas facetas inseparables y su potenciación mutua.

6. Igualdad de los ciudadanos ante los problemas de salud y adjudicación de recursos, según las necesidades concretas, como único medio de evitar discriminaciones, de contribuir a una política redistributiva y a respetar el derecho a la salud.

7. Garantías de una calidad mínima en los servicios sanitarios mediante el establecimiento de normas técnicas y controles adecuados.

8. Aminorar al máximo las considerables desviaciones que se observan respecto a las medias nacionales, entre las distintas regiones, medio rural y urbano, y clases sociales.

9. El desarrollo armónico de las distintas regiones españolas en el terreno de salud exige, para que las medidas sanitarias alcancen razonables probabilidades de éxito, que la planificación del desarrollo económico, restablezca un aceptable equilibrio entre las mismas.

10. Las atenciones sanitarias básicas deben cubrirse para la totalidad de

la población en el plazo más breve posible, concentrando para ello los recursos del país en los puntos más necesitados.

11. La elevación de los niveles de atención sanitaria a la comunidad debe superar secuencialmente las etapas de una ordenación sistemática de prioridades.

12. Las atenciones curativas, no deben predominar sobre las profilácticas, y menos aún, excluirlas o minimizarlas, ya que, la enfermedad no es sino el fracaso de la Medicina Preventiva.

13. Los servicios encargados de velar por la salud pública, deben considerarse, a todos los efectos, como de interés público, y no como medios generadores de plusvalías.

Hay pues, que jerarquizar las metas. Esto supone: minimizar la patología transmisible residual, que para algunas rúbricas todavía persiste a cuotas excesivamente elevadas; prestar una adecuada asistencia terapéutica en caso de enfermedad; mejorar las condiciones del medio, hasta aminorar al máximo los factores de insalubridad; elevar los conocimientos sanitarios de la población a niveles suficientes para que cada individuo pueda asumir, libre y conscientemente, la responsabilidad de su propia salud; promocionar la salud física y mental de las personas, como fundamento básico del bienestar social; prevenir las enfermedades evitables y evitar al máximo sus consecuencias indeseables; disminuir al máximo posible las tasas de mortalidad; y mejorar la calidad de vida, estimulando el desarrollo de la personalidad individual y de la convivencia social.

En concreto, los objetivos de más urgente cobertura serían los siguientes: a) Garantía para todos los ciudadanos de acceso fácil a una asistencia sanitaria completa e integrada. b) Saneamiento básico garantizado para la totalidad de la población agrupada. c) Erradicación de la poliomeilitis, difteria, carbunco, tétanos y tracoma. d) Disminución a niveles aceptables de muestras grandes zoonosis endémicas (brucelosis e hidatidosis). e) Planificar la utilización de los recursos actualmente disponibles para prevenir la subnormalidad. f) Reducción de la prevalencia de tuberculosis, hepatitis, fiebre reumática y nefropatías. g) Acabar con el chabolismo en las ciudades y mejorar las condiciones sanitarias de la vivienda. h) Reducción de los accidentes, laborales, viarios y domésticos, y sus consecuencias, hasta las tasas alcanzables, con una racional aplicación de los recursos preventivos, actualmente existentes. i) Organizar servicios de información y asesoramiento sobre cuestiones de planificación familiar. j) Que las actuales tasas nacionales medias de mortalidad general y de mortalidad infantil, sean alcanzadas por todas las provincias españolas. k) Conseguir una adecuada asistencia sanitaria-social al anciano. l) Control de la contaminación atmosférica, con la adopción de las medidas pertinentes, en las zonas industrializadas, para que los efectos nocivos de aquella no superen el rango que les confiere su nivel de industrialización. m) Creación de un ambiente social favorable, e intervención urgente en la publicidad, para que la prevalencia del alcoholismo descienda, al menos, a la media europea. n) Aminorar al máximo los

hábitos nocivos más generalizados mediante las oportunas acciones sociales y educativas.

Un plan de *reforma sanitaria* es algo más (debe ser mucho más) que un plan de actividades sanitarias. Aquél debiera terminar en la filosofía que inspire la nueva política sanitaria de la nación, ya que, su puesta en marcha depende de una decisión de gobierno. Las alternativas que pueden presentarse a esta decisión son tantas y tan fuertemente condicionantes de las posibilidades futuras que, aconsejan no entrar, de momento, en la programación de actividades.

## Capítulo 19

# LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS ESPAÑOLAS EN CRISIS: APUNTES PARA UNA REFORMA

José L. Montoya\*  
(*Sanatorio Psiquiátrico de Conjo*)

---

(\*) JOSE L. MONTOYA, es Licenciado en Medicina (Madrid 1956). Después de dos años en la Fundación Jiménez Díaz recibió su formación psiquiátrica durante cuatro años en diversos servicios del área de Baltimore (USA) afiliado a la Universidad de Maryland y a la de John Hopkins. A su regreso a España (1963) organizó y desarrolló los servicios psiquiátricos del *Hospital General de Asturias*, del *Hospital Psiquiátrico de Oviedo* (del que era Jefe de Servicio y Director Médico), poniendo en marcha una red de servicios ambulatorios en esa provincia. Desde 1971 ha sido Gerente, Director Médico y en la actualidad Jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Fundación Pública *Sanatorio Psiquiátrico de Conjo*, reformando los servicios asistenciales de este Centro y desarrollando un programa de actuación extra-hospitalaria y comunitaria en la provincia de La Coruña. Autor de diversas comunicaciones en congresos y seminarios, y de trabajos publicados, preferentemente sobre asistencia psiquiátrica; en la actualidad colabora con la Organización Mundial de la Salud en dos estudios, y a través de la misma ha visitado y conocido la asistencia psiquiátrica en diversos países europeos (Holanda, Inglaterra, Escocia, País de Gales y Noruega). Su dirección profesional es: Doctor J. L. Montoya, Sanatorio Psiquiátrico de Conjo, Santiago de Compostela, La Coruña.

Partiendo de una crítica de las institución manicomial se revisa el estado de la asistencia psiquiátrica en España, en sus aspectos intra y extra-hospitalarios, en las últimas décadas en relación con la realidad socioeconómica y política del país, resaltando el estado caótico de dicha asistencia, poniendo en duda sus fines terapéuticos o rehabilitadores, como puede demostrarse por el hecho de la creación de nuevas instituciones manicomiales con carácter custodial y segregador. Se describe como fenómeno significativo el áuge de los graves conflictos sanitarios en los últimos años, comentando las características y dinámica de los mismos. Entre otros problemas se señalan también los derivados de la falta de personal asistencial, la deficiente formación del mismo y la escasa dedicación de los *médicos psiquiatras* a los servicios públicos, así como la persistencia de una legislación anacrónica e inadecuada y la falta de planificación, concreción de objetivos e integración de servicios, demostrándose así el desinterés de los estamentos políticos hacia la asistencia psiquiátrica. Por ello en el capítulo de vías para una posible reforma, se considera esencial un cambio en las estructuras políticas y sanitarias del país con el fin de conseguir una asistencia psiquiátrica que responda a los principios defendidos por la OMS y que ha sido posible desarrollar en otros países. Para ello se considera imprescindible obtener una integración de la Psiquiatría con el resto de la Sanidad Nacional, una integración de los distintos servicios psiquiátricos entre sí, y la integración de estos dentro de la comunidad con plena participación de ésta en su desarrollo, el tiempo que es necesario resolver otros aspectos referentes a la financiación de los servicios y problemas laborales del personal asistencial.

### Dimensión histórico-social de las instituciones psiquiátricas

Es indudable que los conceptos, actitudes y comportamientos de la sociedad hacia la enfermedad mental han variado y evolucionado a lo largo de los siglos y también dentro de distintos conceptos culturales y políticos<sup>1</sup>. Es interesante lo que en este sentido nos señala Espinosa<sup>2</sup> sobre cómo la institución manicomial ha tenido un claro origen de tipo social, y sólo posteriormente ha sido investida de un ropaje médico.

Por este motivo entre las pautas de comportamiento de la sociedad, incluiríamos aquí las instituciones psiquiátricas que hasta muy recientemente han consistido en la institución cerrada manicomial. Aún dentro de la época en que prevalecía el concepto mágico-religioso de la enfermedad mental nacen estas instituciones, y en principio la revolución científica y la industrial no hacen más que reforzar la existencia de las mismas, multiplicando la creación de manicomios o asilos para dementes durante el pasado siglo y la primera mitad del

---

<sup>1</sup> George Rosen, *Locura y Sociedad: Sociología histórica de la enfermedad mental* (Madrid: Alianza, 1974).

<sup>2</sup> Julián Espinosa, «El nacimiento de los manicomios», págs. 33-51, en Basaglia y otros, *Psiquiatría, antipsiquiatría, y orden manicomial* (Barcelona: Barral, 1975).

presente, junto con unos intentos (a nuestro juicio, poco conseguidos hasta la fecha) de separar aquellos casos que se catalogan como psiquiátricos de los marginados sociales y de los delincuentes. Aunque en un principio estas instituciones dicen o pretenden defender y tratar al enfermo mental, en su realidad práctica se convierten en centros de custodia y marginación social, sin que la llamada «era de tratamiento moral» introduzca modificaciones en este sentido. Se trataba entonces, y se sigue haciendo en nuestros días bajo otras denominaciones, de seguir marginando al internado e intentar disimular esta situación con actitudes paternalistas o caritativas, creado «paraísos artificiales» (al menos en las zonas más vivibles a los visitantes, tal como pueden ser los terrenos y jardines del manicomio), mientras que en el interior de los pabellones permanecieran los reclusos en situaciones infrahumanas de hábitat y de desocialización, en muchos caos peores a las de las prisiones.

Diversos factores han influido en un intento de ruptura con esta situación basada no sólo en la modificación o reforma de la institución manicomial sino fundamentalmente en la creación como alternativa a la misma de servicios de tipo extramanicomial (unidades psiquiátricas en los hospitales generales, ambulatorios, hospitales de día y de noche, talleres y hogares protegidos, etc.), dentro de la comunidad, a través de la llamada psiquiatría de la comunidad (de los países anglosajones) o de sector (en los de habla francesa), recurriéndose cada vez menos al hospital psiquiátrico tradicional y formulándose las bases teóricas y prácticas para la desaparición del mismo. De un modo esquemático, señalaríamos la introducción del tratamiento con psicofármacos, los conceptos terapéuticos que se basan en la relación interpersonal, la importancia progresiva que se proporciona al contexto socio-familiar en la enfermedad mental y en su evolución, y, sobre todo, la progresiva socialización de la Medicina, como los factores más relevantes que han influido en esta evolución de la asistencia psiquiátrica en otros países, fundamentalmente en los países socialistas o comunistas, en los de habla anglosajona (siendo muy representativo el del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido), en los escandinavos, Francia, Suiza y Holanda. Ha sido el impulso dado a una red de servicios extrahospitalarios de orientación psicosocial<sup>3</sup> lo que ha hecho posible la despoblación progresiva de las instituciones manicomiales en los mencionados países<sup>4</sup>.

## La asistencia psiquiátrica en España

No se trata ahora de hacer una relación histórica de cómo ha evolucionado (?) la asistencia psiquiátrica en nuestro país en las últimas décadas, ni tampoco de proceder a una descripción de los servicios existentes y de las condiciones de los mismos, toda vez que recientemente han aparecido diversas publicacio-

---

<sup>3</sup> Anthony R. May, *Mental Health Services in Europe* (Ginebra: World Health Organization, 1976).

<sup>4</sup> Department of Health and Social Security, *Better Services for the Mentally Ill* (Londres: Her Majesty's Stationary-Office, 1975).

nes de alcance general<sup>5</sup> que informan sobre el calamitoso estado de nuestra asistencia psiquiátrica, coincidente en líneas generales con la que ha prevalecido en otros países durante el pasado siglo y primeras décadas del presente. Nuestra intención es relacionar esta situación con el contexto político y social que ha prevalecido en nuestro país durante esta época. Si bien es asunto de controversia la relación entre la aparición de trastornos psíquicos y el contexto socio-político, creemos que hay suficientes argumentos que evidencian cómo esta influencia es innegable en lo que se refiere a la evolución del enfermo, o mejor diríamos, a las oportunidades que este tiene de sobrevivir como persona integrada en su medio una vez que ha surgido el trastorno. Uno de los factores de esta supervivencia, desde luego no el único, es la estructura sanitaria del país, y la relación de esta con la ideología política dominante u oficial que se puede comprobar al comparar el diferente desarrollo de servicios sanitarios y organización de los mismos en países con distintos sistemas políticos<sup>6</sup>. En este caso es también interesante, por lo que se refiere a nuestro presente y futuro, el trabajo de Jesús M. de Miguel sobre los posibles modelos sanitarios que desarrollarían en España diversos partidos políticos<sup>7</sup> trabajo que ha desarrollado y ampliado posteriormente en otro lugar de este libro.

En este sentido vamos a intentar describir dentro de tres épocas, a partir de 1939, cuál ha sido la relación entre la estructura oficial dominante y las instituciones psiquiátricas. No creemos preciso insistir demasiado en que la división de estas tres épocas es un tanto arbitraria, y que los fenómenos descritos en la primera han persistido en las posteriores.

*1939-1960.* Para nosotros, entre las características del sistema político imperante, ha sido quizá el autoritarismo, la negación de los problemas reales del país, el aislamiento de éste, sobre todo de aquellas partes del mundo que más destacaban en su evolución política, social y sanitaria, los factores que más han influido en la situación de nuestras instituciones psiquiátricas que han sido ignoradas, cortando toda información sobre las mismas a la población general e incluso impidiendo reuniones entre profesionales de la Psiquiatría cuando el tema se alejaba de los aspectos clínicos y se enfocaban bien sea las situaciones presentes o la busca de mejores alternativas asistenciales. Conocemos la suspensión de más de una Asamblea de la Asociación de Neuropsiquiatría, órgano profesional oficialmente constituido, el absoluto silencio que mantuvo Radio

---

<sup>5</sup> G. L. Díaz Plaja, «La asistencia Psiquiátrica en España», *Triunfo* 454 (1971): 11-16 y 455. (1971): 34-37; Angel M. de Lera, *Mi viaje alrededor de la locura* (Barcelona: Planeta, 1972); Enrique González Duro, *Informe sobre la asistencia psiquiátrica en España* (Madrid: Cuadernos para el Diálogo; suplemento núm. 55, 1974); E. González Duro, «La asistencia psiquiátrica», págs. 47-50 en *La asistencia Sanitaria en España: Caos y alternativas* (Madrid: Cuadernos para el Diálogo, Extra 46, 1975); Juan Casco, «La asistencia psiquiátrica», págs. 169-180 en Alvarez, et al., *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975).

<sup>6</sup> J. M. de Miguel y B. Oltra, «Para una sociología de la salud mental en España», *Revista de la Opinión Pública*, 24 (1971): 3-22.

<sup>7</sup> Jesús M. de Miguel, «Un modelo democrático de reforma sanitaria», *Doctor*, 115 (1976): 9-23.



Nacional de España y Televisión Española sobre los primeros conflictos sanitarios (en contraste con otros medios de difusión) y muchas otras situaciones análogas que hacen pensar en una política sistemática dirigida en este sentido.

Ante esta situación no es de extrañar el caos sanitario y psiquiátrico que ha sufrido nuestro país, donde diversas organizaciones estatales, paraestatales, religiosas y privadas (que en algún modo tienen relación con la asistencia psiquiátrica) han funcionado como reinos de Taifas, «haciendo la guerra por su cuenta». El Seguro Obligatorio de Enfermedad (con la denominación posterior de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social) ha pretendido tener un fin social, aunque en la práctica ha demostrado preocuparse por la rentabilidad en un sentido mercantil o capitalista, por lo que puede comprenderse así su discriminación contra la enfermedad mental que no incluye en sus prestaciones a nivel de hospitalización psiquiátrica ni lo hace de modo efectivo a nivel ambulatorio.

No más afortunado ha sido, a nuestro juicio, el papel desempeñado durante estos años por la Dirección General de Sanidad, organismo dependiente del Ministerio de la Gobernación, y que a pesar de contar (al menos teóricamente) con un fundamental papel en la planificación y control de un buen número de estructuras sanitarias del país (incluso las que no dependen administrativamente de ella) ha pasado desapercibida en su labor, al menos en lo que se refiere a los servicios asistenciales. Bastaría poner como ejemplo, su consentimiento a la construcción de nuevos y grandes manicomios, en contra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y el fracaso de una de sus secciones especialmente dedicada a la Psiquiatría, y que ha desaparecido recientemente, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) que no sólo ha fallado en asesorar a otras instituciones de la Sanidad Mental en el país sino que ha desarrollado una serie de servicios psiquiátricos propios, tanto ambulatorios como hospitalarios, con un nivel ínfimo, en todo caso no superior al resto de otras instituciones de este tipo, cuando cabría esperar que hubiera tenido la ocasión de desarrollar modelos asistenciales que hubieran servido al menos como estímulo para el resto de la sanidad psiquiátrica. Creemos que no deja de ser significativo el hecho de que desde el año 1939 hasta nuestros días (1976) sólo han existido tres Directores Generales de Sanidad que han sobrevivido la mayoría de las crisis y cambios de Gabinetes Ministeriales que han existido, muy en particular en los últimos años. Entre las explicaciones que se pueden sugerir, para nosotros la obvia es el desinterés de los diversos grupos gubernamentales que han estado en el poder por los problemas de Sanidad.

Las Diputaciones Provinciales tienen por ley, y de hecho, a su cargo la gran mayoría de las camas psiquiátricas del país en instituciones manicomiales que teóricamente deberían ser destinadas a enfermos benéficos (no en pro de una buena asistencia, sino según sus obligaciones por ley). En la práctica tienen que acoger a beneficiarios de la Seguridad Social por las razones apuntadas anteriormente. Al igual que el resto, se trata de instituciones de tipo asilar o custodial, desconectadas de servicios extrahospitalarios y en unas deplorables

condiciones en lo que se refiere a sus instalaciones y dotación de personal. Los principios autoritarios y burocráticos dominan sobre los asistenciales, y se basan sobre todo en criterios personales de Presidentes y Secretarios de Diputación, Administradores, Diputados Visitadores, etc., por lo que no es frecuente contemplar cómo los escasos proyectos o realizaciones de mejoras que se han llevado a cabo han sido interrumpidos al cambiar la persona que ostentaba el cargo de Presidente de la Diputación, así como las enormes variaciones que pueden existir de una provincia a otra en la dotación de personal, retribución del mismo, horas de dedicación, etc., en los hospitales psiquiátricos dependientes de estas Corporaciones.

A estas siguen en importancia ateniéndose al número de camas, las instituciones psiquiátricas dependientes de órdenes religiosas, con unas características muy similares, salvo por la diferencia que suelen estar dedicadas a enfermos de un sólo sexo (es decir, existen instituciones totalmente separadas para hombres y para mujeres), en contra de los criterios universalmente aceptados en éste sentido. La orden religiosa en cuestión no solo controla y gobierna el centro en su organización y aspectos económicos, sino que suele destinar los puestos de mayor responsabilidad a nivel de personal de enfermería a religiosos de la misma orden, con lo que se garantiza el funcionamiento autoritario o disciplinario de la institución. Las reformas introducidas en los últimos años han sido casi exclusivamente de tipo arquitectónico, no en promover servicios extrahospitalarios o en reinsertar enfermos en la sociedad, puesto que su sistema presupuestario se fundamenta en el número de camas ocupadas.

Para no ser una excepción, la Universidad española y sus Facultades de Medicina, a parte de los males generales que les aquejan, no se han preocupado hasta muy recientemente de dotar y cubrir todas las Cátedras de Psiquiatría, pudiendo así entenderse el desconocimiento en esta especialidad e incluso los prejuicios hacia la misma, que abundan en la clase médica española. El reciente desarrollo de Escuelas de Especialización en Psiquiatría por parte de estas cátedras ha contribuido poco a mejorar la situación del país, tanto por la formación teórica que se imparte a los llamados alumnos (a pesar de que estos son ya licenciados en Medicina) como por la enseñanza de una Psiquiatría tradicional y desconectada de una realidad asistencial práctica en relación con las necesidades del país.

El hecho de que el número de especialistas en Psiquiatría en España sea igual, y en ocasiones superior, a la mayoría de los países europeos sólo puede explicarse por el auge progresivo que tiene la Psiquiatría privada, ya que en su mayoría los psiquiatras hacen simultáneamente la *praxis* liberal con el escaso tiempo que dedican a los servicios públicos. La discriminación no es sólo económica, sino que al estar desconcetados de una red asistencial se desinteresan de los problemas psiquiátricos más graves, tal como pueden ser los psicóticos, y muy especialmente los psicóticos crónicos, orientando su *praxis* a los casos más sencillos y rentables.

1961-1971. Es la etapa que coincide con el desarrollo económico del país,

con los Planes de Desarrollo, con la industrialización, con el éxodo rural hacia las grandes ciudades, así como con la emigración masiva a países europeos de los miembros de la familia (cabeza de familia, hijos mayores) que tienen un papel esencial en el desarrollo-homeostasis social y psicológico de esta. Tal como históricamente ocurrió en otras épocas y en otros países, el minusválido físico, intelectual o psíquico queda en desventaja en esta situación. Su problema se pone más en evidencia y representa un obstáculo para esa comunidad, para esa familia, que vive en un medio urbano menos tolerante, menos solidario y donde la presencia del enfermo o el minusválido es un obstáculo para su rendimiento económico. Tal es el caso del subnormal, del anciano y de la mayoría de los enfermos mentales. Tal como ocurrió en otros lugares, con este desarrollo aparecen, o se agravan, otros problemas y muy específicamente en nuestro país el del alcoholismo, por lo que hay una necesidad de etiquetarlo como problema psiquiátrico:

Por todo ello es preciso crear instituciones de control y marginación, ocultar y eliminar estos casos que aparentemente suponen una lacra y un obstáculo al desarrollo económico e industrial, recurriéndose entonces a un error que en su tiempo fue cometido en otros países pero que históricamente estaba superado: la ampliación y reforma de los manicomios españoles y la creación de otros nuevos, ajustándose a las características tradicionales y oponiéndose a normas de la OMS y sobre las que hay acuerdo universal. Así, se han empleado desde entonces miles de millones de pesetas, no sólo en obras de ampliación sino en la construcción de instituciones de nueva planta, por lo general en lugares aislados alejados de la comunidad, de tamaño gigantesco (por encima de las 1.000 camas) con énfasis especial en las medidas de seguridad, sin preocupación por conectarlos con una red asistencial extramanicomial o por dotarlos de personal cualificado o en número suficiente.

Se puede descartar totalmente la idea de errores cometidos por ignorancia, puesto que esta época que estamos relatando coincide con un programa de asesoramiento de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en materia de Salud Mental, tanto en el sentido de que diversos expertos de esta Organización visitaron nuestros servicios e informaron debidamente a las autoridades sanitarias del país, como en el inverso: es decir, se becó a diversos profesionales españoles, principalmente psiquiatras, para que pudieran conocer la organización asistencial psiquiátrica en diversos países europeos considerados como avanzados en este sentido.

1971-1976. Además de seguir perpetuando los errores anteriores, incluyendo la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos en las mismas condiciones que hemos descrito (Córdoba, Almería, Huelva, Mérida, Oña, Albacete, Valencia, Valladolid, Vigo, Santander, Madrid, ampliación de los de Sevilla y Santa Coloma de Gramanet, y existiendo proyectos similares pero no realizados hasta la fecha en Santiago de Compostela, Pamplona, Vizcaya y Málaga), durante esta época se denuncian y salen a la luz pública los graves problemas de nuestra asistencia psiquiátrica, aunque, a nuestro juicio, de un modo parcial

y aislado (se sigue ocultando muchas situaciones, las campañas se centran sobre centros hospitalarios sin mencionar las gravísimas deficiencias en el sistema extrahospitalario). Se habla y se fundamenta la existencia de una auténtica crisis sanitaria a través de publicaciones<sup>8</sup>, a través de reuniones y congresos, siendo en este sentido significativos los Congresos Nacionales de Neuropsiquiatría celebrado en Málaga (1971) y en Valladolid (1973 en donde se produce un enfrentamiento con ruptura entre las posturas tradicionales y conservadoras por una parte y por otra las más renovadoras y radicales), queriendo señalar también a este respecto la celebración en Santiago de Compostela (1976) de un Seminario Nacional de Enfermería Psiquiátrica<sup>9</sup>, donde, a nivel de personal de enfermería se evidenciaron los mismos conflictos sacados a la luz anteriormente por los médicos psiquiatras en las mencionadas reuniones.

Creemos que el fenómeno más característico, demostrativo y representativo de la crisis sanitaria de esta época particular a la que estamos haciendo referencia es el que se refiere a la aparición y crecimiento incesante de los conflictos sanitarios, principalmente en los hospitales generales y en los hospitales psiquiátricos; conflictos que comenzaron precisamente en el primer año de esta época (abril de 1971, conflicto del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, extendido posteriormente al ámbito nacional). También han aparecido en varias publicaciones<sup>10</sup>, y la sociedad española tiene conocimiento de ellos a través de la amplia difusión que tuvieron por medio de la prensa diaria y semanal, por lo que en vez de describirlos ahora, consideramos más oportuno dedicarles algunos comentarios en el siguiente apartado. Con riesgo de omisión por nuestra parte, nos limitamos a recordar ahora que en este periodo y sólo en las instituciones psiquiátricas han aparecido conflictos graves (en algún centro en más de una ocasión), con difusión a nivel nacional, en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, Clínicas Psiquiátricas de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco (Madrid), Hospital Psiquiátrico de Oña (Burgos), Hospital Psiquiátrico de Huelva, Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia), Hospital Psiquiátrico de Albacete, Instituto Mental de la Santa Cruz (Barcelona), Sanatorio Psiquiátrico de Alcohet (Guadalajara), Hospital Psiquiátrico de Leganés (Madrid), Hospital Psiquiátrico de Salt (Gerona), Sanatorio Psiquiátrico de Bermeo (Vizcaya) y Sanatorio Psiquiátrico de Conjo (Santiago de Compostela). El autor conoce la existencia de crisis graves internas en otras instituciones psiquiátricas que han tenido menos eco en los medios informativos nacionales.

---

<sup>8</sup> Alberto Infante, «Cambio social y crisis sanitaria», págs. 13-37 en Alvarez, et al., *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975).

<sup>9</sup> Seminario Nacional de Enfermería Psiquiátrica; conclusiones mimeografiadas por el Comité Organizador (Santiago de Compostela: 1976).

<sup>10</sup> Alberto Infante, «Luchas y conflictos sanitarios», págs. 28-30, en *La asistencia sanitaria en España y alternativas* (Madrid: Cuadernos para el Diálogo, extra 46, 1975); M. Sánchez Clemente y A. Infante, «Los movimientos de masas del sector: Cronología seleccionada de los conflictos», págs. 247-278, en Alvarez, et al., *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975).

## Características de los conflictos sanitarios

En primer lugar, y casi por regla general, suelen aparecer en centros donde se están introduciendo, o se han llevado a cabo reformas asistenciales importantes que suponen no sólo un mejor nivel y rendimiento, en beneficios para los asistidos, sino también la introducción de líneas de organización y funcionamiento distintas de las habituales en el país (por ello es frecuente oír a la administración o a los órganos de gobierno de tales centros una relación de todos los esfuerzos humanos y económicos que se han vertido sobre los mismos en un intento de acallar a la opinión pública cuando surge el conflicto). Suelen ser siempre centros de carácter público que al elevar su nivel asistencial compiten con los privados a nivel hospitalario y ambulatorio. No tenemos, en cambio, noticias de que estos conflictos ocurran en hospitales dependientes de órdenes religiosas, en los que las reformas, tal como hemos dicho anteriormente, suelen ser principalmente de carácter arquitectónico.

En tales centros, suelen predominar un personal médico de reciente incorporación, con una mayor dedicación a estos servicios (6, 7 y hasta 8 horas diarias, y en raras ocasiones, dedicación exclusiva), con escaso interés en la Medicina privada, resaltando el protagonismo en estos conflictos de aquellos médicos jóvenes que tienen además otras características: el de estar en periodo de formación, nos referimos ahora a los Médicos Internos y Residentes (MIR). Es habitual para este personal médico no aceptar pasivamente la situación tradicional anterior (al menos en lo que se refiere a los hospitales psiquiátricos), y como asalariados<sup>11</sup> establecen un compromiso mucho mayor que lo que ha sido hasta ahora habitual en la clase médica española con: a) una asistencia más digna y eficaz a los enfermos hospitalizados; b) una asistencia dirigida a satisfacer las necesidades completas de la población; y c) una mayor identificación con los problemas profesionales y laborales del resto del personal sanitario del centro.

Al surgir las reivindicaciones y durante el conflicto se establece una pugna o lucha entre el personal y la administración que suelen responder con medidas autoritarias («el principio de la autoridad»), y escapando del contacto o diálogo directo con los profesionales en conflicto. En ocasiones estas medidas autoritarias, tales como sanciones y despidos, se aplican a posturas de acción (huelgas, encierros), pero en otras también a personas que se limitan a denunciar hechos ciertos y demostrables, o a pedir una asistencia más digna y eficiente.

A través de los conflictos se ponen en evidencia la falta de cauces, fuera de la administración del centro, para la resolución de estas situaciones o problemas laborales, por lo que no puede extrañar el apoyo y solidaridad que tienen a veces las reivindicaciones sanitarias por parte de otros estamentos o grupos de población, trasladando a la situación hospitalaria otros de los problemas políti-

---

<sup>11</sup> Justo de la Cueva y Margarita Ayertarán, «La medicina como coartada y el papel del médico», en *La Asistencia sanitaria en España: Caos y alternativas* (Madrid: Cuadernos para el Diálogo, extra 46, 1975).

cos, sociales y económicos por los que atraviesa nuestro país. También en este sentido cabe destacar la participación progresiva en estos conflictos de personal sanitario no médico (ATS, auxiliares psiquiátricos), y el progresivo énfasis en las últimas crisis por luchar por una reforma que supere los aspectos puramente técnico-asistenciales en favor de reivindicaciones de participación democrática en el funcionamiento del centro, de tipo político, de solidaridad con otros trabajadores en crisis, etc.

El autor de este informe ha compartido la primera crisis conflictiva del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, que se extendió rápidamente a un buen número de hospitales generales y psiquiátricos del país, en la primavera de 1971 (meses más tarde, el mismo centro atravesó otro conflicto con peores consecuencias: la mayor parte del cuerpo de Médicos Psiquiatras y Médicos Residentes, y varias decenas de Auxiliares Psiquiátricos tuvieron que abandonar el hospital), así como la mayoría de las crisis de diversa significación y origen que ha venido atravesando el Sanatorio Psiquiátrico de Conjo (Santiago de Compostela), desde que se inició la reforma asistencial del mismo y el programa de psiquiatría comunitaria a partir de comienzos de 1972. Aunque nuestra opinión sobre estas crisis no puede estar exenta de parcialidad y subjetivismos (al igual que la de cualquier otra parte envuelta), desearía señalar de un modo especial como, al igual que en todo fenómeno social, pueden apuntarse en estas crisis una multiplicidad y simultaneidad de causas y circunstancias que las ponen en marcha y que influyen en su evolución y terminación.

En el Hospital Psiquiátrico de Oviedo influyeron causas políticas de tipo local y central, que se pusieron en marcha al ser destituido el presidente de la Diputación Provincial que había patrocinado la reforma sanitaria en esa provincia (principalmente a través del Hospital General de Asturias y del Hospital Psiquiátrico de Oviedo) y que fue sustituido por otras personas que obviamente representaba a fuerzas políticas de distinto signo. Surgieron entonces luchas intestinas dentro del órgano rector del Centro que olvidó durante meses cualquier problema del mismo, tal como eran las reivindicaciones laborales y docentes de la plantilla de Médicos Residentes del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, iniciándose un paro de estos que actuó como causa desencadenante del conflicto. La actuación de la Diputación Asturiana y del Consejo de Gobierno del Centro, que rehusó durante largo tiempo todo contacto con los profesionales en conflicto, la desgraciada mediación del entonces presidente del Consejo General de Colegios Médicos, la falta de una auténtica preocupación de las autoridades sanitarias del país por defender una experiencia asistencial reconocida como válida en España y más allá de nuestras fronteras, contribuyeron de modo indudable a la agravación del conflicto que arrastró a muchos otros hospitales del país, en parte por solidaridad y también en buena parte por coincidir con otra situación conflictiva de los Médicos Residentes de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

¡Cabría entonces la esperanza, una vez resuelto este grave conflicto, que las autoridades políticas y sanitarias de nuestro país aprenderían la lección, y que

sabrían que había llegado el momento de plantearse una reforma profunda no sólo de la asistencia psiquiátrica sino de las estructuras sanitarias del país. Las disposiciones oficiales aparecidas por entonces por parte del Ministerio de la Gobernación sobre regulación de derechos y deberes de los Médicos Residentes<sup>12</sup> parecían ser un primer paso. Desgraciadamente no ha sido así, y tal como pronosticamos entonces, a partir de esas fechas los conflictos sanitarios han sido la pauta constante en la nación.

Es nuestra opinión que en los distintos conflictos por los que ha atravesado el Sanatorio de Conjo la problemática ha sido más compleja, e incluye la mayoría de los problemas políticos, laborales y sanitarios que atraviesa nuestro país, en contraste con las versiones demasiado simplistas y deformadas de estas crisis. La primera de ellas (primavera de 1974) fue un intento de hundir una experiencia de reforma asistencial, técnicamente aceptada y apoyada por la Organización Mundial de la Salud (evolucionar desde una estructura de tipo manicomial custodial hacia un programa de asistencia psiquiátrica de orientación comunitaria) por parte de fuerzas políticas y profesionales que habían mantenido de forma directa o indirecta la situación anterior. Tomó forma en una campaña de prensa a través de un periódico local de la ciudad, que fue utilizado por dichas fuerzas.

El resto de las situaciones conflictivas del centro alcanzaron su momento más grave (junio de 1975) con un paro laboral que afectó a una gran mayoría de los servicios sanitarios y administrativos y que concluyó con el despido por parte de la empresa de psiquiatras jefes de servicio, un psiquiatra jefe clínico, cinco médicos residentes, el administrador y un asistente social. Estas situaciones surgieron dentro de un ambiente repleto de tensiones laborales, políticas y profesionales entre grupos que representaban posturas conservadoras o inmovilistas, otros que defendían reformas esencialmente a nivel técnico-asistencial, otros más preocupados por lograr una estructura más democrática y de mayor participación del personal en el funcionamiento del sanatorio. Es indudable también que han existido otros grupos cuyo interés en la reforma asistencial era secundaria, y utilizaron el centro como plataforma de expresión y de acción para una ideología socio-política, muy respetable como puede ser cualquier sistema de valores, pero que en otras partes del mundo transcurre por otros canales. Es cierta la frustrante inexistencia de estos canales en nuestro país, aunque cabe preguntarse si todo un programa asistencial, considerado como válido, merece ser hundido por este motivo.

También nos entristece el resultado de estas crisis que no han servido en general para mejorar el nivel de la asistencia psiquiátrica, bien en los centros afectados o a nivel nacional, así como el hecho de que en ninguna de las mismas, creemos recordar, se ha planteado una lucha o reivindicación por una re-

---

<sup>12</sup> Ministerio de la Gobernación, «Orden Ministerial del 24 de junio de 1971, sobre regulación de derechos y deberes de los Médicos Internos y Residentes», *B. O. del E.*, (5 de julio de 1971).

forma asistencial psiquiátrica en el país, en la región o en la provincia. Gran parte de estos movimientos contestatarios, al menos en lo que se refiere a las instituciones psiquiátricas, suelen pecar del mismo error del que se ha mantenido por la administración: concretamente, limitar la situación planteada a la institución manicomial cuya solución a nosotros nos parece imposible por ser una institución marginadora y segregadora del enfermo mental, por más ropajes de «comunidad terapéutica», «psicoterapia institucional» o «estructura democrática» que quiera dársele. Así, se centra la dinámica de estos conflictos intrahospitalarios en luchas de poder para satisfacer una ideología personal, religiosa o política, e incluso para la busca y realización de una estructura social intramanicomial artificiosa y utópica que satisfaga estas ideas y a la que los enfermos tienen que adaptarse por fuerza. Nos preocupa en cambio, reconocer lo poco que se ha luchado por una psiquiatría planteada hacia las necesidades de la comunidad, realizada dentro de esta, con un carácter preferentemente extrahospitalario y ambulatorio. Por ello, deseábamos concluir este análisis de la situación actual de la asistencia psiquiátrica española con una referencia a la asistencia extramanicomial.

### Situación de la asistencia extra-hospitalaria

Un buen número de los problemas que encontramos en los manicomios españoles, o vestigios de estos problemas, es indudable que puedan hallarse también en instituciones similares más allá de nuestras fronteras (quizá con la excepción de la construcción de nuevas y recientes instituciones con los mismos objetivos y características), representando el residuo en el presente de unos errores explicables en su día en virtud de una determinada ideología asistencial y socio-política. Sin embargo, en el resto de Europa existe la convicción de que estas instituciones manicomiales están llamadas a desaparecer, al menos con el carácter que han tenido hasta la fecha, y para ello están en pleno desarrollo otras alternativas asistenciales que no consisten sólo en la reforma «de puertas a dentro» del hospital psiquiátrico sino fundamentalmente en el desarrollo de unos servicios de carácter extrahospitalario o extramanicomial, tal como dispensarios o ambulatorios, hospitales de día, sistemas de trabajo y de hogares protegidos, visitas domiciliarias y colaboración estrecha con agentes o instituciones comunitarias, en especial con los médicos de cabecera. Por lo tanto, no debe entenderse la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, tal como hacen algunos, como un complemento de los servicios de hospitalización sino como el área fundamental, y a la que se le debe dar mayor prioridad, de un programa comunitario de asistencia psiquiátrica y de higiene mental.

En contraste con lo dicho anteriormente, en nuestro país estos servicios son casi inexistentes, funcionan de modo aislado, sin conexión alguna con el resto de la sanidad o con otros servicios psiquiátricos. Si nos referimos al volumen de los mismos, el mayor número estaría representado por las consultas ambulatorias de neuropsiquiatría de la Seguridad Social, que básicamente con-



sisten en un psiquiatra que, sin otros medios, tiene que atender a un gran volumen de problemas neurológicos y psiquiátricos (cuando el resto del mundo se defiende y se practica la separación de ambas especialidades), dedicando a cada uno de los enfermos un tiempo que rara vez supera los cinco o seis minutos por caso, y recurriendo exclusivamente al tratamiento medicamentoso de todas sus formas. Puede así comprenderse como en una reunión celebrada recientemente en Valladolid sobre este tema<sup>13</sup> en las conclusiones finales se pidió la desaparición de estas consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social por su probada ineficacia, y cómo en algunos casos podían incluso complicar o agravar el problema del enfermo (produciendo dependencias en los fármacos administrados, así como otros fenómenos yatrogénicos, tal como una separación injustificada y prolongada de su actividad habitual de tipo socio-laboral).

Esta situación caótica insuficiente e ineficaz de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria en nuestro país fue descrito hace unos quince años por un psiquiatra español, el doctor Santo-Domingo<sup>14</sup>. En la mencionada reunión sobre servicios extrahospitalarios celebrada recientemente en Valladolid, quedaba claro que el estado actual de las cosas no se ha modificado en nuestros días en relación con lo descrito por el mencionado autor. En la comunicación sobre este tema se resumían así las características generales de la asistencia ambulatoria psiquiátrica en el país:

«1. De un modo absoluto (en relación con la población que atienden) y proporcional, en comparación con los recursos que se dedican a la asistencia intrahospitalaria y manicomial, estos servicios son escasos y mal distribuidos. Escasos no sólo en cuanto a su número sino por lo que se refiere a la cifra de sesiones u horas semanales en que se desarrollan sus actividades. Su distribución no guarda ninguna relación con la población a atender, sino que responde más bien a criterios administrativos y suelen concentrarse en los grandes núcleos urbanos, y más concretamente en las capitales de provincia, estando por lo tanto, poco accesibles a la población.

2. Atienden en principio a un grupo socio-económico de esta población (afiliados a la Seguridad Social, enfermos benéficos), no teniendo un carácter abierto, y no a un sector determinado en el sentido de la psiquiatría de comunidad.

3. Estos servicios ambulatorios funcionan de modo aislado, desconectados entre sí y de otros servicios sanitarios (hospitales generales y psiquiátricos), por lo que no sólo no hay continuidad de tratamiento, sino que es fácil evidenciar casos de pacientes que son rebotados de un servicio a otro, o incluso que atienden simultánea o alternativamente diversos servicios de este tipo.

---

<sup>13</sup> J. L. Montoya, «Estructuras extrahospitalarias actuales: Necesidad de una evolución hacia el sector y hacia una Psiquiatría de la Comunidad». *Primeras Jornadas Nacionales de Asistencia Psiquiátrica* (Valladolid, mayo de 1976).

<sup>14</sup> J. Santo-Domingo, «La higiene mental y la asistencia psiquiátrica ambulatoria en España». *Archivos de Neurobiología*, 26 (1963), págs. 22-50.

4. Destacan por la falta de un auténtico equipo asistencial, que en el caso de la Seguridad Social suele referirse exclusivamente a la existencia de un «neuropsiquiatra». Esta insuficiencia se refiere no sólo al número de profesionales que trabajan en el equipo sino a que faltan miembros esenciales del mismo, tal como pueden ser asistentes sociales, psicólogos, enfermeras visitadoras, etc. También debemos señalar las escasas horas que estos profesionales dedican a la semana a tales servicios que simultanéan con el ejercicio libre de la profesión, con todas las implicaciones que ello trae consigo.

5. Creemos que de lo dicho anteriormente, debe deducirse el escaso compromiso del personal de estos servicios ambulatorios con la comunidad donde su influencia es prácticamente nula (por ejemplo, con los médicos de cabecera), por lo que no pueden realizarse labores de higiene mental, de despistaje precoz de casos, etc.

6. A través de estos dispositivos asistenciales no suelen hacerse visitas domiciliarias ni se pueden desarrollar servicios de urgencia, siendo estos últimos una necesidad ineludible de una asistencia extrahospitalaria correcta. Del mismo modo, se carece de otros servicios extrahospitalarios que son fundamentales en los programas de rehabilitación y como alternativas a la institución manicomial, tal como el hospital de día, talleres y hogares protegidos.

7. Dadas las características que hemos descrito es fácil comprender que los contactos profesionales suelen ser más bien breves y superficiales, recurriéndose como arma terapéutica fundamental a la psicofarmacología, y siendo muy difícil, por no decir imposible, recurrir a otro arsenal terapéutico, tal como psicoterapia individual y de grupo, tratamientos reflexológicos, formación de clubs de enfermos, etc.»

Seguramente los argumentos más contundentes para demostrar la ineficacia de estos servicios y la falta de confianza que los posibles usuarios tienen en los mismos, se demostraría por la frecuencia con que recurren a la consulta privada del psiquiatra, hecho harto frecuente con la población que teóricamente debía de estar protegida y asistida por los servicios correspondientes de la Seguridad Social.

## Los diez problemas de la asistencia psiquiátrica

*Como resumen de la situación actual de la asistencia psiquiátrica en España*, creemos que están suficientemente fundamentadas las siguientes afirmaciones.

1. La asistencia psiquiátrica española, tal como lo ha reconocido la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria<sup>15</sup>, representa el papel de Cenicienta dentro de una asistencia sanitaria disgregada, caótica y anacrónica, es-

---

<sup>15</sup> Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, *Informe al Gobierno* (Madrid: Imprenta Nacional del B. O. del E., 1975).

tando los escasos recursos dispersos, dependientes de entidades estatales, paraestatales, religiosas y privadas. La dispersión de estos insuficientes recursos los hacen todavía más ineficaces.

2. Tales servicios se basan fundamentalmente en las instituciones de tipo manicomial o custodial que carecen de eficacia terapéutica o rehabilitadora, y que son más bien depósitos para almacenar (por lo general en condiciones inhumanas) a una serie de individuos cuyo problema principal sólo excepcionalmente es de tipo médico-psiquiátrico, y la mayoría de las veces es de carácter familiar, laboral y social. Este error básico se refuerza y se perpetúa cara al futuro mediante la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos con objetivos y características (salvo en el arquitectónico) prácticamente idénticos a los ya existentes.

3. No se cuenta con auténticos programas de rehabilitación, a nivel intra y extra-hospitalario, para aquellos casos cuya problemática socio-laboral rebasa la que se deriva de la propia enfermedad.

4. En contraste con la tendencia universal de desarrollar servicios preferentemente extramanicomiales. Estos tienen escasa relevancia en nuestro país, tanto en lo que se refiere a su número y efectivos con que cuentan como en cuanto a calidad y eficacia, funcionando de modo totalmente autónomo e inconnexo.

5. Brilla por su ausencia las actividades de tipo preventivo, incluso en el sentido de prevención secundaria, (detección, diagnóstico y tratamiento precoz, en la fase más temprana de la enfermedad), tanto por la ausencia de servicios como por la falta de participación que tienen en nuestro país los médicos de cabecera en las tareas de asistencia psiquiátrica y de salud mental, (problema agravado por la escasa formación que recibe el médico en estos aspectos dentro de nuestras Facultades de Medicina).

6. Si bien el número de médicos psiquiatras existentes en nuestro país está en consonancia con el existente en cualquier nación europea, destaca la escasa formación de los mismos en los conceptos y tareas de la Psiquiatría y Medicina Social, no contándose con programas de especialización a nivel de postgraduado en número suficiente y orientados hacia las necesidades de la comunidad. Igualmente, llama la atención la escasa dedicación de los médicos psiquiatras a los servicios públicos, sumultaneando la gran mayoría de ellos las pocas horas que dedican a estos servicios con la práctica privada o ejercicio liberal de la profesión, siendo verdaderamente excepcionales los casos de dedicación exclusiva a un servicio asistencial público (lo cual explica el escaso compromiso y deseos de reforma que, salvo excepciones, suelen demostrar hacia la asistencia no privada).

7. Si en otras latitudes se reconoce la necesidad fundamental para cualquier programa asistencial psiquiátrico de contar con un personal colaborador, no-médico (personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, monitores de laborterapia y terapia ocupacional, etc.), en número suficiente y debidamente formado, este problema no solamente no está resuelto en nuestro país sino que

creemos que los intentos de enfrentarse con el mismo para resolver son muy raros y casi inexistentes (en todo caso a nivel aislado, del centro, pero nunca con una visión más amplia). Resaltamos de un modo especial el problema del personal de enfermería psiquiátrica, por el hecho de ser el estamento sanitario que tiene mayor contacto con el paciente, y por ello mayor posibilidad de influir positiva o negativamente sobre él, así como por ser también el más numeroso. Su problemática se ha tratado recientemente en dos reuniones celebradas en nuestro país<sup>16</sup> sobre este tema, no apuntándose hasta la fecha por parte de las autoridades competentes ninguna solución a las graves deficiencias que presentan. La dotación de este personal en los diversos centros es muy escasa, su status profesional y laboral es muy bajo (con retribuciones idénticas o similares a las correspondientes a una labor de peonaje) y su titulación y formación son casi inexistentes. Las disposiciones oficiales encaminadas a especializar ayudantes técnicos sanitarios (practicantes y enfermeras generales) a través de cursos, más teóricos que prácticos, de una duración de dos años y que se celebran en tres o cuatro puntos del país (de tal modo que la formación completa, general y especializada, dura cinco años) presenta muchas objeciones desde el punto de vista teórico, y desde el punto de vista práctico no ha resuelto absolutamente nada.

8. La falta de una planificación asistencial, coherente y con unos objetivos concretos, tanto en un plano nacional como a nivel local o comunitario, evidencia una vez más el demostrado desinterés que las autoridades políticas y sanitarias españolas tienen y han tenido para enfrentarse con los problemas de la asistencia psiquiátrica. Así lo denunciaba recientemente, bajo el título de «¿A quién le importa la asistencia psiquiátrica?»<sup>17</sup> el grupo de médicos psiquiatras que tuvo que abandonar el Sanatorio Psiquiátrico de Bermeo, después de elevar su nivel asistencial hasta unas cotas excepcionales en nuestro país.

9. Esto último, así como las deficiencias que hemos apuntado anteriormente, presentan su confirmación y refuerzo en la existencia de una legislación anacrónica (1931) en materia de asistencia psiquiátrica, legislación que no contempla los modernos aspectos asistenciales y que priva al enfermo mental de sus mínimos derechos de libertad y dignidad humana.

10. Ante todos los aspectos negativos y deficitarios descritos anteriormente, y el contexto socio-político en que se han desarrollado, cabe comprender la frecuencia creciente con que vienen presentándose crisis conflictivas dentro de las instituciones psiquiátricas españolas que hasta la fecha sólo han servido, al menos parcialmente, para concienciar a la población sobre estos graves problemas, pero que en la práctica no han resuelto de modo fundamental ninguno de ellos, tanto a nivel nacional como en el ámbito del centro afectado por el conflicto.

---

<sup>16</sup> Grupo de Trabajo sobre Enfermería Psiquiátrica; Fundación «Fondo Navarro para el Desarrollo de la Salud Mental» (febrero, 1976), documentación pendiente de publicación.

<sup>17</sup> J. Mezquita, J. Cubillo, A. Rey y J. Fernández Guisasaola. «¿A quién le importa la asistencia psiquiátrica?» carta dirigida a *Tribuna Médica* (4 de octubre, 1974).

## Apuntes para una reforma

Para nosotros es evidente que una reforma sanitaria en nuestro país sólo será posible a partir de unas premisas sanitarias y políticas distintas de las actuales, por lo que también en este caso se ha hablado de la necesidad de una «ruptura sanitaria». Entre tantas razones para defender, como condición previa, la reforma sanitaria apuntaríamos la necesidad de integrar la asistencia psiquiátrica en el resto de la sanidad española, la unidad administrativa y asistencial que defenderemos más adelante *versus* la actual independencia e incoherencia de los servicios existentes (prácticamente imposible de conseguir mientras no exista un Ministerio de Sanidad, sin perjuicio, de la descentralización a nivel local de la mayoría de la gestión sanitaria) y la integración de las funciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.

Que la cuestión sanitaria es en el fondo una cuestión política lo demuestra en la práctica la relación íntima existente entre el tipo y nivel de sanidad pública existente en diversos países y su forma de gobierno, siendo de interés en este sentido las ideas aportadas por Jesús M. de Miguel en este mismo libro sobre los posibles y distintos programas sanitarios que defenderían los diferentes grupos políticos en nuestro país en relación con su ideología. Una persona, nada sospechosa de vinculación a ningún grupo político, Jefe Regional de la Oficina de Salud Mental para Europa de la Organización Mundial de la Salud (doctor May; comunicación personal) me ha comentado en una ocasión cómo dicho organismo había informado con suficiente detalle a nuestras autoridades sanitarias de la situación de la asistencia psiquiátrica en España y de las soluciones necesarias, y que si no se llevaban a cabo era por «decisión política» (el desinterés por solucionar los problemas es, al fin y al cabo, una decisión como otra cualquiera). Entre otras pruebas de que nuestro gobierno conoce el desastroso estado de la asistencia psiquiátrica, mencionaríamos el informe derivado de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria y la pregunta-ruego elevada a las Cortes Españolas por un grupo de procuradores<sup>18</sup> sobre «la asistencia psiquiátrica a cargo de las Diputaciones Provinciales» que incluye un informe muy completo y documentado sobre las situaciones que hemos expuesto en este trabajo, e incluso el tipo de soluciones que defenderemos posteriormente:

«No basta renovar el manicomio hay que prepararse para marginarlo y posiblemente suprimirlo. La asistencia psiquiátrica en la medida que se moderniza va dejando de ser manicomial o asilar y se convierte en extramanicomial. El enfermo es tratado sin segregarlo de su ambiente; sólo en casos extremos debe ser hospitalizado. Si quisiéramos formular sistemáticamente la esencia de la asistencia psiquiátrica actual, diríamos que es la sustitución del principio de segregación manicomial por el que los norteamericanos llaman “psiquiatría en comunidad” y en la vecina república “psiquiatría de

---

<sup>18</sup> J. M. de Muller, F. Ibarra y R. Mir, «La psiquiatría a cargo de las Diputaciones Provinciales». Ruegos y preguntas de los procuradores en Cortes: reproducido en *Noticias Médicas* 149 (20 mayo, 1968): págs. 1-7.

sector". Esta nueva concepción psiquiátrica no sólo borra la distancia entre el enfermo mental y el enfermo somático, sino entre la asistencia pública y la privada. El enfermo es tratado siempre por el mismo médico o equipo médico, cuales quiera que sean las instituciones que recorra o el tiempo que dure su enfermedad.»

Más recientemente, el anterior vicepresidente del Gobierno y ministro de la Gobernación, reconocía<sup>19</sup> que «la asistencia psiquiátrica es, sin duda, el sector más rezagado, deprimido y marginado de la Sanidad española. La baja calidad asistencial y la insuficiencia de la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, que determinan y agravan la escasez de camas, están en la base de ese fenómeno. Se ha previsto un plan especial, urgente y prioritario, cuyas dificultades no deben subestimarse, pero que es imprescindible poner cuanto antes en marcha».

No se puede, por lo tanto, alegar el desconocimiento por parte de nuestras autoridades políticas de la situación en que se encuentra nuestra asistencia psiquiátrica, y de los caminos que hay que recorrer para solucionarla. La reforma política conlleva otros aspectos, tal como el mencionado Ministerio de Sanidad, inclusión de la asistencia psiquiátrica completa en el régimen de la Seguridad Social, rehabilitación protección al enfermo mental con problemas socio-laborales, organización administrativa y económica (con la máxima descentralización posible), política salarial para los trabajadores sanitarios, financiación de los servicios, y regulación del ejercicio privado de la Medicina. Finalmente, en otro orden de cosas, estaría la actuación sobre los factores sociales y ambientales que inciden en la aparición y evolución de las enfermedades mentales a la luz de los conocimientos actuales, tal como la regulación del consumo del alcohol y su publicidad, los problemas de la emigración exterior e interior, los derivados de la industrialización y urbanismo, así como todos aquellos que se refieren al nivel de vida y distribución de la riqueza nacional. Tampoco puede olvidarse que en otros países ha sido necesario proceder a una profunda reforma tributaria para hacer posible la financiación de la reforma sanitaria.

Pocas son ahora las soluciones apuntadas hacia una reforma de nuestra Sanidad, y aún menos de la asistencia psiquiátrica. El estudio y propuestas elaboradas por la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria hace énfasis, a nuestro juicio, en aspectos muy generales y vagos, poco concretos, eludiendo enfrentarse con los aspectos que son básicos en esa reforma que deja para ulteriores estudios. Tenemos noticia de que las fechas que se propusieron en este informe para concluir los estudios de organización asistencial, financiación, y para la puesta en marcha de la reforma (junio de 1976 y diciembre del mismo año) no se van a llevar a cabo, y como no se tiene información pública sobre este asunto, hay que suponer que está actualmente «congelado» u «olvidado».

---

<sup>19</sup> M. Fraga Iribarne, «La Sanidad Española, a consulta», declaraciones para *Jano* 217 (1976): 13-16.

Durante los últimos meses han existido diversas declaraciones públicas en la prensa profesional, sobre todo por parte de los candidatos que se han presentado a las recientes elecciones a presidentes de los Colegios de Médicos Provinciales y a la Presidencia del Consejo General de Colegios Médicos de España, sobre programas de reforma sanitaria, programas que en la mayoría de los casos, a nuestro juicio, defendían una continuidad de las bases en que se apoya nuestra sanidad (eso sí, con reivindicaciones profesionales y laborales), y aunque algunos de los programas hablaban de la creación en todo el país de un Servicio Nacional de Salud, en este caso se defendía que dicho servicio cubriera esencialmente los gastos u honorarios por acto médico, con libre elección del facultativo y centro, sistema que consideramos muy discutible e insuficiente y que se mantiene actualmente en algunos países europeos, con fuertes críticas y deseos de algunos gobiernos de modificarlo, gracias a una defensa del sistema por parte de la «clase» médica.

La única propuesta reciente para una reforma de la asistencia psiquiátrica que conocemos ha sido elaborada por la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, órgano colegiado español de carácter profesional y en el que se incluyen psiquiatras, neurólogos y electroencefalografistas. Tal propuesta<sup>20</sup> supone una clara línea de continuismo al solicitar un refuerzo (medios materiales y de personal) de las actuales estructuras asistenciales psiquiátricas, defendiendo la persistencia de «servicios de neuropsiquiatría» de la Seguridad Social, la existencia de tres tipos de servicios independientes para enfermos ambulatorios, para pacientes agudos, y para «casos especiales» que acogerían los actuales hospitales psiquiátricos, al tiempo que solicitan una mayor dedicación de los médicos psiquiatras (cuatro horas para aquellos que trabajan en servicios ambulatorios, seis para los que ejercen en unidades psiquiátricas en hospitales generales o residencias de la Seguridad Social, y siete para el personal médico de los hospitales psiquiátricos), descartando de entrada la dedicación exclusiva y manteniendo la simultaneidad de ejercicio en servicios públicos y en la práctica privada.

Aunque el tema es complejo, tampoco podemos ocultar aquí nuestras objeciones y preocupación por lo que se viene hablando en el país en cuanto a la promoción y desarrollo de unidades psiquiátricas en hospitales generales (o residencias sanitarias) que seleccionarían y tratarían sólo ciertos casos, remitiendo el resto de ellos, los más crónicos, de difícil manejo o con mayores problemas socio-económicos a los hospitales psiquiátricos, manteniendo de este modo las instituciones manicomiales. No presentaríamos objeción alguna al sistema empleado en otros países a través del cual el equipo asistencial que trabaja en esa unidad psiquiátrica se hace cargo de todas las necesidades de la asistencia psiquiátrica en un sector geográfico o de población, contando con los servicios necesarios tipo ambulatorio, de talleres y hogares protegidos, de

---

<sup>20</sup> Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Circular*, documentos mimeografiados (Mérida, abril, 1976).

hospital de día, etc., para no tener que «expulsar» ningún caso fuera de su ámbito asistencial. Este sistema sería el idóneo en nuestro país en zonas que son insuficientes en el número de camas psiquiátricas o en que, por la distancia de la institución manicomial, estas son poco accesibles a un sector determinado de población.

Antes de exponer nuestras propias ideas sobre los puntos fundamentales que consideramos ineludibles en cualquier programa de reforma o ruptura de la asistencia psiquiátrica, nos creemos en la obligación de enumerar aquellos objetivos básicos que debe cumplir dicha asistencia y que responden a los propugnados por la Organización Mundial de la Salud<sup>21</sup> y que han sido defendidos, en ocasiones aisladas<sup>22</sup> en nuestro país.

El principal objetivo de la asistencia psiquiátrica debe ser la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de un modo precoz, preferentemente en régimen ambulatorio, recurriendo a la hospitalización sólo cuando ésta es estrictamente necesaria, del modo más breve, transitorio e incompleto (hospitales de día) posible.

Dicha existencia debe tener un carácter continuo y flexible, para acomodarla en cualquier momento a las necesidades de los enfermos en sus diversas fases y circunstancias, así como a las necesidades en salud mental de la comunidad.

Por ello, es esencial que sea la misma organización y el mismo equipo asistencial el que, con un carácter multidisciplinario que abarque los diversos aspectos médico-psicológicos, socio-familiares, laborales, que presentan los enfermos psíquicos en distintos momentos de su evolución, se encargue del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos enfermos a través de una red de servicios de tipo intra y extra-hospitalario.

La asistencia psiquiátrica debe tener una orientación comunitaria como objetivo esencial; es decir, debe dedicarse a acoger y satisfacer en lo posible las necesidades de salud mental en un determinado sector de la población y desarrollar sus actividades dentro de dicho sector, utilizando al máximo los recursos existentes en la comunidad (médicos de cabecera, asistentes sociales, párrocos, maestros, instituciones benéfico-sociales).

Para llevar a cabo en la práctica un programa que cumpla estos objetivos es imprescindible, desde un punto de vista administrativo, económico y asistencial, realizarlo a lo que nosotros hemos llamado «la integración a tres niveles», concepto no muy distinto de lo que Weinstein llama «psiquiatría integral»<sup>23</sup>.

El primer nivel se refiere a la necesidad de integrar la asistencia psiquiátrica

---

<sup>21</sup> Anthony May, «Principles of Organization», en World Health Organization, Regional Office for Europe, *The planning of Mental Health Services* (Copenhague: OMS, 1968), págs. 26-28.

<sup>22</sup> J. L. Montoya, C. Ruiz Orgara y M. Ruiz, «Psiquiatría y comunidad». II Ponencia al XIII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, mimeografiado (Mérida, 1975); F. Leal, «Principios de la Psiquiatría Comunitaria», *Tribuna Médica* (14 abril, 1972): 14.

<sup>23</sup> Luis Weinstein, *Salud mental y proceso de cambio* (Buenos Aires: Ecro, 1975), págs. 16-45.



con el resto de la sanidad, tanto en sus aspectos preventivos como en los asistenciales. A nivel extra-hospitalario nos parece esencial el papel que en este sentido deben desempeñar los médicos de cabecera como «primeras líneas asistenciales» y que no debe consistir en su actual de limitarse a pasar el caso al especialista correspondiente. Estos médicos pueden estar preparados para diagnosticar y tratar una gran parte de la problemática psiquiátrica, e incluso los llamados «trastornos mayores» si para ello cuentan con la colaboración y supervisión de un servicio especializado de psiquiatría. A nivel hospitalario defenderíamos que esta integración con el resto de la medicina y de la sanidad se realice en el desarrollo de servicios psiquiátricos dentro de los hospitales generales, con las salvedades y precauciones que hemos señalado anteriormente.

En segundo lugar, es preciso una integración (los propósitos de colaboración y coordinación sirven de poco en la práctica) de los servicios psiquiátricos entre sí, tanto en sus aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores (la prevención aislada tiene escaso sentido en psiquiatría), como de los servicios especializados que se desarrollan (de alcoholismo, de psiquiatría infantil, de psicogeriatría), sin perjuicio de la natural subdivisión del trabajo y especialización que pueda existir dentro de un departamento o servicio.

Quizá el aspecto más fundamental, y de mayor complejidad y repercusión, se refiere a la integración de todos estos servicios con la comunidad que atienden («programa de descentralización», «psiquiatría de sector», «psiquiatría de la comunidad» o como quiera llamársele). Para ello es preciso, en primer lugar, que el equipo asistencial trabaje dentro de la comunidad y en estrecho contacto con la misma a través de servicios que deben ser totalmente accesibles a la población. No entraremos aquí en especificaciones sobre el tamaño del sector geográfico de población, los criterios rígidos o flexibles para determinar el mismo y los diferentes niveles de región, sector distrito y barrio en que puede transcurrir un programa de este tipo (es obvio, por ejemplo, que un ambulatorio de psiquiatría general llegue a atender un sector relativamente reducido de población, de unos 40.000-60.000 habitantes, y que en cambio, un servicio muy especificado, como puede ser uno de hospitalización en psiquiatría infantil, tendría que cubrir un área mucho más amplia). En cambio, si debemos señalar tanto la necesidad de utilizar los medios sanitarios y de apoyo social existente en la comunidad como, contar con la participación de esta en la planificación y desarrollo de los servicios. Si nuestro país evolucionara hacia una auténtica representatividad democrática esta participación dejaría de ser utópica o irreal, y se llevaría a cabo en una forma oficial, a nivel de órganos de gobierno de estos servicios, como en la *praxis* del trabajo diario, implicando en el mismo a organizaciones de tipo social, religioso, recreativo, a personal voluntario, así como a las asociaciones de vecinos y de amas de casa<sup>24</sup>.

Terminamos este artículo señalando algunos aspectos necesarios en la re-

---

<sup>24</sup> Alberto Villalanda, «Papel de los movimientos sociales urbanos en la alternativa sanitaria», págs. 151-168, en Alvarez, et al., *Cambio social y crisis sanitaria* (Madrid: Ayuso, 1975).

forma de la asistencia psiquiátrica y que deben formar parte de la misma. Aunque mencionado anteriormente (cuando hablamos del Ministerio de Sanidad) queremos dejar claro nuestro criterio que un estudio de la planificación nacional, en sus aspectos organizativos, económicos, de financiación y legislativos, no debe impedir la suficiente descentralización en los aspectos de gestión, y de estudio y solución a los problemas específicos que cada comunidad presenta en un área concreta.

En este sentido queremos señalar la importancia de los estudios epidemiológicos y de evaluación que, si bien a nivel nacional pueden tener interés desde el punto de vista comparativo y de acumulación de datos, a nivel local son mucho más útiles para estimar las necesidades asistenciales de la población, la eficacia de los servicios que están en funcionamiento y las predicciones sobre futuras necesidades y desarrollo de tales servicios.

Por lo que se refiere a los equipos asistenciales, ya hemos señalado la necesidad de que sean multidisciplinarios y de contar en ellos, en cantidad y calidad suficiente (lo que trae consigo el problema de la formación) con médicos psiquiatras, asistentes sociales, personal enfermero, psicólogos, monitores de laborterapia y terapia ocupacional. Queremos ahora colocar un énfasis especial en la necesidad de la dedicación exclusiva de este personal, y en particular de los médicos psiquiatras. La fórmula ofrecida por el Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido nos parece a nosotros la más idónea, ya que, exigiendo una dedicación mínima (que en general permitía a algunos dedicar una o dos tardes a la semana a la consulta privada) se han buscado incentivos de tipo profesional, científico y salarial (unido a un sistema de presión fiscal o tributaria más justo que el nuestro) por el que de modo progresivo la mayor parte de los médicos psiquiatras han aceptado la dedicación exclusiva, reduciéndose a un mínimo la práctica privada.

Aunque a lo largo de este informe nos hemos preocupado fundamentalmente de los aspectos generales de la Psiquiatría, el programa de reforma debe incluir también los aspectos especiales de la misma, tal como los que se refieren a la subnormalidad infantil y adulta, la psiquiatría infantil, el alcoholismo, la psicogeriatría y servicios para delincuentes con problemas psiquiátricos.

Es imprescindible una reforma a fondo de la actual legislación en materia de asistencia psiquiátrica de acuerdo con unos nuevos objetivos y líneas asistenciales.

Cualquier otro programa no podrá llevarse a cabo si no se resuelven problemas fundamentales de tipo laboral y salarial que tienen actualmente planteados los diversos estamentos sanitarios.

## Capítulo 20

# LOS PARTIDOS POLITICOS ESPAÑÓLES ANTE LA REFORMA SANITARIA

Jesús M. de Miguel\*  
(*Universitat Autònoma de Barcelona*)

---

(\*) JESUS M. DE MIGUEL, es un sociólogo especializado en Sociología de la Medicina; Doctor en Ciencias Políticas (Universidad Complutense, Madrid) y Ph. D. en Sociología (Yale University, USA). Es autor o editor de libros como: *Sociology in Spain* (1978), *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (1977), *La sanitat als Països Catalans* (1977), *La reforma sanitaria en España* (1976); *Sociología y Medicina* (1976), *Health in the Mediterranean Region* (1975), *El ritmo de la vida social* (1973), y más de cincuenta artículos monográficos. Es miembro del *Research Committee on Medical Sociology* de la Asociación Internacional de Sociología desde 1973; y del comité ejecutivo de *Papers: Revista de Sociología*. Es profesor de la Universitat Autònoma de Barcelona, y colaborador de la revista *Doctor: Política Profesional*. En la actualidad es profesor visitante en *The Catholic University of America* y realiza una investigación sobre grupos de presión en el sector sanitario en la *University of Maryland Medical School* con una beca de investigación del *American Council of Learned Societies*. Su dirección profesional habitual es: Prof. J. M. de Miguel, Departamento de Sociología, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona. (Tel. 292 02 00, ext. 1182).

En la fecha en que se escribe, este artículo es todavía un futurible sociológico<sup>1</sup>. Trata de predecir lo que van a decir los partidos políticos españoles sobre la reforma sanitaria. Por motivos de claridad de modelos sólo tenemos en cuenta cuatro grandes partidos: *Comunista, Socialista, Democracia Cristiana, y Frente Nacional*. Este último agruparía las huestes heredadas del franquismo (salvo la extrema derecha más extrema, valga la redundancia), desde el reformismo fraguista hasta el tecnocratismo, las «alianzas» de la derecha franquista, las varias versiones del falangismo y los grupos católicos autoritarios. En cierta forma falta un partido Social-Demócrata, pero en lo relativo al sector sanitario tal partido se limitaría a copiar las políticas de los socialistas o los demócratas-cristianos sin añadir nada original<sup>2</sup>. Lo mismo sucedería con los partidos regionalistas, cuyas diferencias sólo serían importantes de tener en cuenta en relación a los procesos de regionalización sanitaria. El presente artículo define los problemas fundamentales del sistema sanitario español en la actualidad, y presenta las posibles contestaciones que cada partido va a dar a cada uno de estos problemas. La carencia prácticamente absoluta de programas políticos sobre el sector sanitario en nuestro país le da a este estudio un carácter de ensayo futurista del que el autor es muy consciente<sup>3</sup>. Como todo

---

<sup>1</sup> Las primeras ideas para este artículo nacieron de una conferencia del autor en el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, y unas charlas en el Instituto de Cultura Italiana de Barcelona. Una primera versión fue realizada en marzo de 1976, y apareció con algunos cambios en la revista *Dr.: Información Profesional* bajo el título de «Hacia un modelo (democrático) de la reforma sanitaria». La presente versión terminó de realizarse en octubre de 1976 y revisa sustancialmente la anterior a la vez que ofrece unas referencias bibliográficas adecuadas al presente volumen. Ha transcurrido pues ya más de un año desde su última versión, y a pesar de los cambios sociales por lo que ha pasado la sociedad española sus líneas generales son todavía perfectamente aplicables. Es más, aunque el texto puede enriquecerse con los avances de los programas de los diversos partidos políticos sobre el sector sanitario, el esquema general será, sin duda, aplicable al sistema sanitario por unos cuantos años más. La ansiada reforma sanitaria integral está todavía lejana, a pesar de la buena voluntad de algunos y gracias a la ignorancia de otros muchos. Tengo que agradecer las críticas de Joan Campos, Joan Clos, Mercedes González-Page, Amando de Miguel, Melissa G. Moyer y Benjamin Oltra.

<sup>2</sup> Así, por ejemplo, el Partido Demócrata Popular, considerado como un partido social-demócrata o liberal, en sus *Bases ideológicas y programa político* considera: «La Sanidad, en cuanto servicio público de carácter prioritario, se articulará mediante un sistema de asistencia médica hospitalaria plenamente socializado, que atenderá a la totalidad de la población quedando el ejercicio privado de la medicina, no obstante, sujeto al control de la Administración Pública». (Punto 31). Este modelo es parecido al de un partido socialista.

<sup>3</sup> El olvido de los factores políticos en el sector sanitario, así como el olvido de este por los partidos políticos, han sido los dos factores que han producido una aparente «despolitización» del tema sanitario. Este acontecimiento sólo ha favorecido a los grupos ya en el poder (político o sanitario) que han evitado así el intrusismo del público en general. «Despolitizar» el sector sanitario, o «des-sanitarizar» a los partidos políticos son así tendencias abiertamente antidemocráticas. En este sentido Herber Kaufman ha escrito «The Political Ingredient of Public Health Services: A Neglected Area of Research», pp. 23-44, en John B. McKinlay (comp.), *Politics and Law in Health Care Policy* (Nueva York: Prodist, 1973). En cualquier caso hay que reconocer que nuestro conocimiento sobre política sanitaria, y los problemas políticos del sector sanitario, es muy pequeño. En el caso español llama la atención la poca rotación de la élites sanitarias. Por ejemplo, en cuarenta

estudio del futuro es fácil llegar a confundir lo que es *probable* con lo que es *des-seable*. Dentro de lo posible nosotros nos hemos movido en el primer término con objeto de analizar el segundo<sup>4</sup>.

## La ideología de los partidos políticos

El lector observará que en este artículo realizamos una presunción algo arriesgada, la de creer que los partidos políticos del futuro en España se van a comportar en forma relativamente similar a los del pasado, y a los partidos de otros países. Sin embargo, posteriormente introducimos una variable de mayor realismo sociológico, al tener en cuenta los procesos de adaptación de los modernos sistemas sanitarios ante las nuevas condiciones que han aparecido en nuestro país en estas últimas décadas. Otra condición hace incluso más limitado (pero quizás más útil) este análisis; nos referimos a que aquí los modelos sanitarios se entienden dentro de un esquema de sociedad *democrática-capitalista-dependiente*. Ante una sociedad o régimen político distintos los modelos serían lógicamente diferentes. En cualquier caso todo análisis sociológico es limitado; de lo que se trata es de ser conscientes de esas limitaciones.

Si los conflictos de intereses son centrales en una sociedad como la española, los conflictos de ideas son todavía mucho más duros<sup>5</sup>. La reforma sanitaria<sup>6</sup> abarca ambos aspectos por cuanto la salud es el supremo valor al que

---

años de franquismo sólo han habido unos cuatro directores generales de sanidad. Es típica pues —como señala Kaufman— la tendencia a no dejar las decisiones en manos de los partidos políticos: «La estructura de los servicios de sanidad pública es el resultado de situaciones y entendimientos, tácitos y explícitos, entre todos los grupos e intereses sobre el tema. La estructura organizativa, división de tareas, diferencias de procedimiento y decisión sobre qué hacer, qué no hacer, y cómo distribuir los bienes públicos sanitarios se fijan a partir de las rivalidades, coaliciones, objetivos comunes y metas diferentes, que caracterizan este campo. No importa que los partidos políticos jueguen un papel pequeño en este juego. En cualquier caso el juego es profundamente político» (p. 35).

<sup>4</sup> Un análisis del futuro del sector sanitario llegaba a definir los siguientes grandes cambios: (1) énfasis en medicina comunitaria y preventiva con higiene ambiental; (2) expansión de los servicios sanitarios mentales, especialmente a nivel de comunidad; (3) servicios sanitarios basados en trabajo profesional en equipo, y desarrollo del personal paramédico; (4) desarrollo espectacular de la planificación sanitaria; (5) socialización de la asistencia sanitaria; (6) establecimiento de una política de prioridades; Philip Selby, *Health in 1980-1990* (Basilea: S. Karger, 1974). Quizás el último punto —el establecimiento de las prioridades— es el que más se ha desarrollado últimamente ante el reconocimiento de que la demanda a cubrir es infinita, y los recursos cada vez más limitados (relativamente hablando). Un documento importante a tener en cuenta es: Department of Health and Social Security, *Priorities for Health and Personal Social Services in England* (Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1976), 83 pp.

<sup>5</sup> Un ejemplo de este análisis para el caso del Canadá es el libro de Bernard R. Blisthen, *Doctors and Doctrines: The Ideology of Medical Care in Canada* (Toronto: University of Toronto Press, 1969), especialmente las pp. 22-23, 140-149, y 174-177.

<sup>6</sup> No utilizamos aquí el término «reforma» en contraposición al de «ruptura». Para mayor abundamiento véase mi artículo en el *Diario de Barcelona* (31 de enero de 1976). Un esquema más claro de mi posición personal ante el problema aparece en: «La reforma sanitaria» pp. 571-576 en Javier Figuera, Ana Baselga y Catalina G. Madaria, *Las reformas vigentes* (Madrid: Taller Ediciones JB, 1976).

todo el mundo parece tener derecho en condiciones de la máxima igualdad, y a ello estorba un amasijo de situaciones establecidas, e intereses creados, difícil de romper. Es en este sentido en el que el tema de la «reforma sanitaria» debe considerarse como un objetivo político en sí mismo. Desde esta perspectiva es posible augurar que la reforma sanitaria va a ser una de las tareas más importantes de los partidos políticos en nuestro país, y tendrá que formar parte de sus programas electorales y de acción<sup>7</sup>. Cada Partido deberá presentar al electorado un modelo de reforma sanitaria de acuerdo con su ideología. Las páginas que siguen presentan un resumen básico de los modelos que seguramente se propondrán, con el objetivo de compararlos y analizarlos.

Es obvio que la ideología global del partido influye poderosamente en el modelo de reforma sanitaria que se propone. Estos modelos pueden quedar explicitados en los programas de los partidos políticos con mayor o menor claridad, pero al menos todo partido debe señalar su visión global sobre los problemas básicos del sector sanitario. Los modelos de la *Democracia Cristiana*, así como los del *Partido Comunista* tienen algo en común. Tanto el cristianismo como el marxismo-leninismo son concepciones totales de la sociedad y la humanidad, es decir, son *Weltanschauungen* en el sentido de cosmovisiones. Así pues, no es extraño que esta visión incluya una interpretación característica de la sanidad (y de la «salud») y de las instituciones médicas<sup>8</sup>. En estos dos casos el análisis de la teoría que fundamenta el partido es obligado para entender apropiadamente el modelo de sector sanitario que proponen.

En el presente estudio la tarea consiste en relacionar los esquemas ideológicos de cada partido con los modelos de reforma sanitaria, y la forma concreta en que cada partido resuelve los problemas básicos de una nueva estructura sanitaria dentro del sistema social español actual. Sin embargo, no sólo la ideología de un partido condiciona parcialmente su modelo de reforma sanitaria, sino incluso la estructura general de partidos. En la «oposición» o «semioposición»<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> En países capitalistas post-industriales se acepta la llamada «planificación sanitaria» como una forma justa de resolver ciertos problemas sociales, y evitar otros mayores. Un caso ejemplar de esta postura es el libro de Henrik L. Blum. *Planning for Health* (Nueva York: Human Sciences Press, 1974). Véanse especialmente las pp. 10-14. Es importante observar el tono conservador del libro, y la tendencia sistemática a evitar el análisis de los problemas más importantes.

<sup>8</sup> En el caso del comunista puede verse la —no siempre acertada— interpretación de Mark G. Field, *Soviet Socialized Medicine* (Nueva York: The Free Press, 1967). Así por ejemplo (como este autor en la pág. 33), la ideología del Ministerio de Sanidad en la Unión Soviética es que «para ser un adecuado representante de la noble profesión de médico, no es sólo necesario tener una educación profesional excelente, sino también el estar muy familiarizado con los principios del marxismo-leninismo». Los programas de estudios de médicos incluyen un total aproximado de 250 clases dedicadas al estudio del marxismo-leninismo en la universidad. Un clásico importante a consultar es Henry E. Sigerist, *Medicine and Health in the Soviet Union* (Nueva York: The Citadel Press, 1947). El libro en cuestión es una edición especial firmada por el autor, para los miembros de la *The American Soviet Medical Society*.

<sup>9</sup> Para un estudio sobre la oposición y semioposición véase: Juan J. Linz «Opposition In and Under an Authoritarian Regime: The Case of Spain» pp. 171-259, en Robert A. Dahl (comp.), *Regimes and Oppositions* (New Haven; Yale University Press, 1973).

un partido puede presentar un modelo distinto que en un sistema libre de partidos. El carácter de oposición clandestina de muchos de los partidos españoles en vida del general Franco llevó a un olvido relativo de la sanidad, y a la formulación de muy pocas alternativas de este sector. Era sólo la política (y el poder concretamente) el asunto capital. Con la (relativa) distensión a partir del verano de 1976, los partidos políticos, que por primera vez tras largos años salen a luz pública, se empiezan a preocupar por estos temas.

Hay otros grupos de presión en el país que mantienen modelos alternativos de reforma sanitaria; entre otros, los sindicatos, los colegios médicos profesionales, las sociedades médicas privadas, la Iglesia Católica, la industria farmacéutica. Estos modelos tienen una escasa posibilidad de ser realizados en un país con un sistema político democrático y con un sistema de partidos múltiples. Una hipótesis que debemos tener aquí en cuenta es que una organización social que incluye partidos políticos desplaza la reforma sanitaria de manos de los médicos o las instituciones del seguro a los programas de los partidos políticos.

Cada partido tiende a señalar además el tipo y cantidad de participación democrática de la población en el sector sanitario y el control de las instituciones médicas. Si hubiese que resumirlos diríamos que el modelo del *Frente Nacional* hace una llamada a los principios de «autoridad», la *Democracia Cristiana* a los de «solidaridad», el *Partido Socialista* a los de «igualdad», y el *Partido Comunista* a los de «revolución». En este esquema el único modelo con existencia real (aunque actualmente difusa) es el del *Frente Nacional* que coincide todavía en sus líneas generales con la situación actual del sector sanitario, y las previsiones futuras de su desarrollo dentro de un gobierno como el actual.

Llama la atención la tendencia de muchas personas y estudios para intentar definir un modelo «ideal» de reforma sanitaria. Si nos dejamos caer en esta trampa, la comparación entre estos sistemas se hace particularmente difícil ya que no existe un modelo «ideal». En el mejor de los casos existe un sistema de organización básico por cada ideología política dominante, o mejor aún, por cada partido político. Es importante tener en cuenta que casi todos los grupos de presión y todos los partidos políticos tienen en cuenta los mismos problemas dentro del sector sanitario. Sin embargo, cada partido ofrece soluciones (y modelos) diferentes.

En el caso de nuestro país, los temas básicos de cualquier programa político en lo referente al sector sanitario son: (1) regionalización de los servicios sanitarios y cobertura de la población; (2) unificación del cuidado y la medicina preventiva, curativa, rehabilitadora y de servicios (planificación e investigación); (3) articulación de la medicina y del médico del sector privado con el sector público; (4) control de la producción y distribución de las medicinas y el papel de la industria farmacéutica; (5) financiación del coste de la sanidad a través de impuestos sociales progresivos y otros métodos; (6) control de los di-

ferentes niveles sanitarios y democratización de la organización sanitaria; (7) plazos de la planificación, realización y evaluación de la reforma sanitaria<sup>10</sup>.

A grandes rasgos, el *Frente Nacional* y la *Democracia Cristiana* consideran que la reforma sanitaria es una cuestión técnica; el *Partido Socialista* y el *Partido Comunista* que es una cuestión política. El tema de la regionalización, y particularmente la articulación y organización del nivel más bajo —el local o sub-regional— es el básico para diferenciar los distintos programas políticos, y la verdadera clave de la reforma sanitaria. Aparte de esto, todos los Partidos señalan la importancia de la medicina preventiva, aunque el *Partido Socialista* y el *Partido Comunista* consideran que este sector necesita la movilización de todos los médicos en el país; esta tesis no es defendida por la *Democracia Cristiana* o el *Frente Nacional*. En resumen la función del médico es diferente según los partidos políticos: el *Frente Nacional* lo ve como una forma de controlar la población y mantenerla activa y productiva en sus puestos de trabajo; la *Democracia Cristiana* como un médico individual que se relaciona libremente con el paciente; el *Partido Socialista* como un médico general o de familia que educa sanitariamente a la población; y el *Partido Comunista* como un miembro de la colectividad que se relaciona democráticamente con otros ciudadanos para realizar un cambio social determinado<sup>11</sup>.

En el *Cuadro 1* presentamos —muy resumida y esquemáticamente— las posiciones de estos cuatro partidos políticos («ideales») ante lo que antes hemos definido como los siete problemas fundamentales de una reforma sanitaria en España durante la presente década 1970-1980. El análisis de estas soluciones, así como la opinión actual de algunos portavoces de los partidos políticos nos ocupan las páginas que siguen.

Como todo análisis del futuro —concretamente, lo que dirán los partidos políticos españoles de la reforma sanitaria— este estudio cae dentro del proceloso mar ideológico. Es científico en el sentido de que no son invenciones fantásticas de lo que va a suceder, sino la reflexión *comparativa* con países que han sufrido evoluciones similares. Dentro de unos meses (o años) podremos oportunamente contrastar nuestros pronósticos con la realidad, y comprobar la exactitud del modelo analítico que aquí se ofrece.

---

<sup>10</sup> Para un análisis más detallado de los procesos de cambio en un sistema sanitario en su relación a la sociedad global, véase: Benjamin Oltra, y Jesús M. de Miguel, «Sistema sanitario y cambio social: Un modelo de *path analysis* para el caso de España» *Papers: Revista de Sociología* 5 (1975): 55-99.

<sup>11</sup> Sobre el poder de los médicos es importante Yvo Nuyens, *Grenzen aan de medische macht* (Lovaina: Davidsfonds, 1976). Véase también del mismo autor: *Sociologie en gezondheidszorg* (Amberes: Uitgeverij de Nederlansche Boenhandel, 1969), así como el *Capítulo 4* en el presente libro.



## El modelo del «Frente Nacional»

La reforma sanitaria del partido denominado aquí como «Frente Nacional» se basa fundamentalmente en la unificación y reorganización del sistema hospitalario, con poca o ninguna atención al capital humano del sector sanitario<sup>12</sup>. El problema más fundamental con el que se enfrenta este partido es la unificación y reforma (administrativa) de algunas instituciones privadas en relación con las públicas, y la coordinación de nuevo sistema conservando durante años el sistema de seguro obligatorio mutualista. El nivel regional o local sólo es importante en relación con la sanidad pública. La planificación de la regionalización no se realiza —paradójicamente— desde cada una de las regiones, sino desde el propio poder central, ajustándose así a una de las características del modelo político global, que es su centralismo.

El modelo del *Frente Nacional* tiende a excluir (o a cubrir sólo parcialmente) a la población más necesitada: emigrantes, enfermos crónicos, parados, retirados, ancianos, ilegítimos, etc. El modelo, sin embargo, se basa en una hipotética igualdad de acceso al cuidado curativo (especialmente el quirúrgico) con cargo a un fondo de prestaciones de los empleadores y trabajadores. Se pone mucha atención sobre una centralización y coordinación hospitalaria, y muy poca sobre la medicina preventiva y rehabilitadora. El modelo de regionalización incluye el sector local al nivel de medicina preventiva, y el resto de los sectores al nivel de medicina curativa. La coordinación y el control están altamente centralizados, la planificación es de arriba a abajo, y no se planean instancias de reformas populares.

El *Frente Nacional* a pesar de ser un partido de derechas, y gracias a su tinte falangista, suele tender a abogar por una cierta socialización de la profesión médica, aunque no muy resueltamente. Se considera al médico como un funcionario, sobre el que recae la responsabilidad de educación sanitaria —pero también política— de la población, el control de la productividad y absentismo de la masa trabajadora, y de la difusión de ideologías conservadoras y católicas (en cuanto a aborto, control de natalidad, sexo, matrimonio, religión). En este modelo el médico privado tenderá a desaparecer o reducirse mucho si no

---

<sup>12</sup> La expresión «revolución» aparece algunas veces en el planteamiento franquista de la sanidad, sobre todo en sus comienzos. En el discurso del ministro de Trabajo, Licinio de la Fuente, y en el acto presidido por el general Franco con motivo de la inauguración de un hospital de la Seguridad Social, llega a decir: «A veces no tenemos plena conciencia de la importancia del cambio, porque lo vamos viviendo día a día, pero contemplando la situación actual en este aspecto y comparándola con la de hace treinta años, yo creo que bien se puede hablar de milagro o de revolución [sic], y creo que, en definitiva, vale cualquiera de estas dos palabras, ya que en último término el milagro es un hecho revolucionario nacido del amor y con justicia, como es, Señor, la revolución que Vos estais haciendo al servicio de vuestro pueblo». (Discurso de 2 de octubre de 1973).

<sup>13</sup> Un *Frente Nacional* de tinte falangista es sin duda «socializante» aunque con un claro matiz autoritario. Por ejemplo, la unificación de los seguros sociales con la ley de 1966 hace decir a Kenneth N. Medhurst que «significó un éxito falangista y demostró que las presiones falangistas por conseguir más políticas sociales radicales no se habían reflejado completamente»: *Government in Spain: The Executive at Work* (Nueva York: Pergamon Press, 1973).

## CUADRO 1

## POSICION DE LOS PARTIDOS ANTE LOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES DE LA REFORMA SANITARIA

## PARTIDOS POLITICOS

PROBLEMAS BASICOS EN LA REFORMA SANITARIA	FRENTE NACIONAL	DEMOCRACIA CRISTIANA	PARTIDO SOCIALISTA	PARTIDO COMUNISTA
1. Cobertura y regionalización de los servicios sanitarios:	Seguro mutualista, con regionalización limitada del sector público y centralización.	Seguro nacional para la mayoría de a población, con descentralización de la estructura hospitalaria privada y pública.	Servicio sanitario nacional para toda la población dentro de un régimen democrático-capitalista.	Servicio sanitario nacional regionalizado, con cobertura total, y usado como un instrumento de acción pública y política.
2. Coordinación de la asistencia sanitaria:	Interés casi exclusivo por la medicina curativa.	Unificación en un Ministerio de Sanidad fuerte, con poco énfasis en medicina preventiva.	Unión de cuidados preventivo-curativo-rehabilitativo, y autogestión a nivel local.	Importancia primordial de la medicina preventiva (excepto mental) y educación sanitaria de la población.
3. Articulación de los sectores prioritarios:	Sistema mixto con las mismas personas e instituciones.	Control del sector público y libertad del sector privado.	Protección de la población contra intereses privados.	Gradual eliminación del sector privado.

vado y público:	tuciones (pseudosocialización).	privado, con libre elección del médico-paciente.	vados y potenciación de la figura del médico general (público).
4. Control de la industria farmacéutica.	Industria farmacéutica privada, con un control público mínimo ineficiente.	Control público de la producción, publicidad y distribución.	Creación de una Empresa Nacional Farmacéutica y reducción progresiva del monopolio de las empresas privadas.
5. Financiación de la sanidad:	Cuotas no progresivas, sin control de los fondos por los mutualistas y subvención mínima estatal.	Presupuestos generales del Estado, distribuidos a las regiones (o países).	Presupuestos generales del Estado muy progresivos, regionalizados, con fondo de redistribución regional.
6. Control de la organización sanitaria:	Seguro nacional obligatorio, sin participación democrática y sin cuentas claras.	Participación democrática limitada y confusa, pero cuentas públicas.	Control popular, como forma de lucha contra las causas sociales de la enfermedad.
7. Realización de la reforma sanitaria:	Reforma limitada y gradual, nunca completa, sin evaluación posterior.	Reforma gradual hacia un servicio sanitario nacional, siempre que existan recursos públicos (sin reforma fiscal fuerte).	Reforma sanitaria como parte de los procesos de lucha revolucionaria y de clases sociales.

cuenta con una clientela privada considerable<sup>14</sup>. La característica esencial, pues, es la de la *pseudo-socialización* del sector sanitario, si se puede llamar así a un sistema que mantiene instituciones que son privadas y públicas al mismo tiempo, así como médicos de la seguridad social con consultas privadas a la vez<sup>15</sup>.

Muchos estudios han resaltado el *monopolio* de la industria farmacéutica o de la profesión médica, ya que son instituciones únicas en la venta de determinados servicios. El único control sobre este monopolio (a parte de huelgas o de organizaciones profesionales) es la intervención gubernamental. En cierta forma en estos sistemas el *monopolio* de un —sólo— vendedor se controla por el *monopolio* de un —sólo— comprador<sup>16</sup>. La industria farmacéutica se controla en sus precios y calidades (teóricamente), pero no se llega a nacionalizar el sector ni seguramente tampoco a la creación de una empresa nacional farmacéutica<sup>17</sup>. El control sobre la publicidad es también limitado y, como los otros controles, ineficiente<sup>18</sup>.

La financiación del sector sanitario público se realiza parcialmente a través de los presupuestos generales del Estado, pero fundamentalmente con las cuotas de la seguridad social. La financiación *no* es redistributiva en el sentido de

---

<sup>14</sup> Y el miedo de que así suceda —y la defensa contra ese espectro— por parte de algunos médicos queda reflejado antológicamente en: Jesús Quesada Sanz, *Unidad de la medicina y unión de los médicos* (Murcia: Nogués, 1969). Su planteamiento parte del siguiente *dictum*: «Siendo una la Medicina, resulta incomprensible que la gobiernen múltiples jerarquías desde distintos puestos de mando.»

<sup>15</sup> Como ejemplo puede verse el programa de Reforma Democrática: «El Estado habrá de proporcionar los medios necesarios sin excluir, y aun potenciando el concurso de cuantas agencias públicas o privadas y esfuerzos comunitarios se susciten y tengan una responsabilidad en este campo y contando con la cooperación del propio individuo en la medida de sus posibilidades. A dicho fin se coordinará, simplificándolos, los servicios de sanidad nacional, provincial y local, y los establecimientos de la Seguridad Social». GODSA, *Llamamiento para una reforma sanitaria* (Madrid: S. Martín Villagroy, 1976), pp. 51-53. El sistema así se convierte en uno de carácter plural. Una crítica importante a un sistema plural —y desorganizado como es el de los USA— de servicios sanitarios aparece en David D. Rutstein, *Blueprint for Medical Care* (Cambridge: Mass.: The MIT Press, 1974). El programa propuesto por Rutstein tiene de original que incorpora un sistema de control de calidad.

<sup>16</sup> Como señala Alan Maynard, esta es una situación común en los países desarrollados, especialmente en Europa: *Health Care in the European Community* (Londres: Croom Helm, 1975), pp. 268-270. En estos casos el mercado se soluciona conforme al poder relativo de ambas instituciones: comprador y vendedor. Si el poder de la Seguridad Social es excesivo producirá —a la larga— la emigración de médicos a otros países, o su «proletarización». Un indicador de esta situación el ataque de la profesión médica a la organización sanitaria, algo que ya está sucediendo en el caso español, pero encubierto como como reivindicación política. No negamos, sin embargo, problemas políticos graves en la situación española.

<sup>17</sup> Un modelo plenamente «falangista» si que nacionalizaría el sector farmacéutico: pero dentro del *Frente Nacional* esta ideología está en minoría.

<sup>18</sup> Quizás el mejor ejemplo es otra vez el de GODSA, *Llamamiento para una reforma sanitaria*: «Se estudiará la incorporación a un sector público de ciertos laboratorios farmacéuticos que elaboren los específicos de mayor interés social y, en la medida de lo posible, se impulsará la unificación de los fármacos similares». (Madrid: S. Martín Villagroy, 1976), pp. 53-54.

que no se basa en cuotas progresivas según la posición social. Por otro lado, el control de la financiación tampoco recae en los que abonan las cuotas<sup>19</sup>, el seguro es obligatorio, y las cuentas de la Seguridad Social no son públicas ni detalladas.

La ideología fascista, de la que se nutre este modelo, basa su organización sanitaria en un modelo de seguro «obligatorio». No se acepta una regionalización democrática ni un control y crítica del modelo de abajo a arriba<sup>20</sup>. En general no se plantea una efectiva participación democrática dentro del sistema sanitario, ni a nivel de organización, planificación, control, o evaluación. Las regiones sólo mantienen un control administrativo parcial, y no un poder efectivo en la toma de decisiones correspondientes a la región. El problema básico con que se enfrenta este modelo es la imposibilidad de realizar una regionalización adecuada sin una estructura democrática a nivel local. El sistema sanitario sigue siendo una organización burocrática y centralista.

El llamamiento a reformas continuas nunca llevadas a cabo es la típica política de contención utilizada por el *Frente Nacional*. Esto se debe en parte a la política de «dique» heredada del Estado franquista, y por otro lado a las reformas propugnadas por grupos poderosos dentro de la sociedad (capitalismo industrial, órdenes religiosas, industria farmacéutica, profesión médica). Se hace hincapié en la idea de una reforma «gradual» (es decir, lenta y nunca completa) para poder llegar a un sistema sanitario sin grandes desequilibrios. No se favorece el cambio, sino la permanencia de las estructuras establecidas. Incluso —siempre que se puede— se evita la planificación sanitaria<sup>21</sup>. La característica más significativa es la carencia de una evaluación de la política sanitaria, y la casi ausencia de planificación real del cambio del sistema<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Las razones que se han aducido para el mantenimiento de una financiación mutualista son de lo más variado. Un catedrático de universidad afirma: «Una razón importante de la eficacia recaudatoria en la financiación actual de la Seguridad Social puede radicar en el hecho de que cada trabajador se constituye, en buena medida, en auténtico inspector de la recaudación que le afecta en la financiación de la Seguridad Social y exonera por esta simple razón de la carga que supondría, en otro caso, el establecer un cuerpo de inspección con la misma eficacia». Bernardo M. Cremades, *La encrucijada de la Seguridad Social española* (Madrid: Editorial Magisterio Español, 1975), p. 149. La justificación es tan poco exacta como variopinta.

<sup>20</sup> El resumen de las conclusiones generales de un estudio sobre médicos y estructura sanitaria realizado por Salustiano del Campo afirma en esta misma línea: «Estrictamente hablando, el problema del Seguro Obligatorio de Enfermedad —como tantos otros problemas españoles— es fundamentalmente uno de organización». *Problemas de la profesión médica española. (Informe preliminar)* (Madrid: Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias, 1964), p. 59.

<sup>21</sup> La falta de planificación del Frente Nacional sobre el sector sanitario no es nuevo en países capitalistas. El informe sobre el desarrollo económico de España del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (hay una versión española en *Documentación Económica* número 35, publicada en 1962) incluye sectores como transporte, turismo, educación, investigación, científica y vivienda, pero no sanidad.

<sup>22</sup> Una de las críticas más importantes al sistema sanitario actual, así como al informe al gobierno de la CIRS, aparece en *Cuadernos para el Diálogo: El derecho a la salud* (Extra XLVI, mayo 1975).

## El modelo de la «Democracia Cristiana»

Es el partido que más tarde planteará una reforma sanitaria global, si es que llega a proponerla seriamente alguna vez en sus programas políticos. La posición de la *Democracia Cristiana* está relacionada más con la creación de un sector sanitario «moderno» acorde con el desarrollo socio-económico del país<sup>23</sup>. Sin embargo, la propaganda del sector sanitario en este modelo se basa al menos en los tres conceptos siguientes: «democrático», «pluralista» y «relativamente descentralizado». Se propone un sistema autogobernado (y autocontrolado) de las regiones; estas tienen un poder limitado sobre la utilización de recursos físicos y humanos, e incluso sobre la evaluación de los resultados y los efectos no deseados. El objetivo fundamental de la regionalización es la unión de los centros de sanidad locales con los hospitales regionales<sup>24</sup>. En un futuro más lejano la *Democracia Cristiana* rompe con el esquema mutualista anterior y de incentivos al sector privado, para aceptar un sistema sanitario nacional *sui generis* con la salvaguarda de los intereses de la medicina privada<sup>25</sup>. La reforma sanitaria se queda pues en una simple reorganización de la estructura hospitalaria, con sistemas democráticos de participación real muy reducidos. El nivel local es el peor definido, al ser el más polémico y el menos «sanitario» —en su concepción tradicional.

Una ideología cristiana ve en el sector sanitario una configuración del amor fraternal entre los seres humanos, y una forma de cumplir con la responsabilidad de «caridad» de la comunidad. El objetivo básico es el de reformas parciales, con unificación de un control sobre el sector público, dejando en libertad el funcionamiento del sector privado<sup>26</sup>. La preocupación máxima es la unifi-

---

<sup>23</sup> Consúltese el llamado «Manifiesto de Palamós» (1967) publicado en *Cuadernos para el Diálogo* n.º 47-48 (1968) pp. 3-11, que se titula «Fin de vacación: Meditación sobre España». En este documento se aboga por la «fundamental empresa de reestructurar la convivencia civil sobre pilares de libertad, de justicia, de solidaridad, de amor». (p. 4). La llamada a la *solidaridad*, e incluso al *amor* es típica de un planteamiento democrata-cristiano, y fíjese el lector que no se está refiriendo a un sector tan humano como el de la sanidad, sino a la transformación total del país. Curiosamente en el Manifiesto se pasa revista a algunos de los sectores sociales pero sin incluir el sanitario.

<sup>24</sup> Esta idea de regionalización aparece, por ejemplo, en Adolfo Serigó: «La idea fundamental es que el Departamento ministerial encargado de la política sanitaria sea, fundamentalmente, ordenador, y la gestión sea responsabilidad local. De este modo la estructura de los servicios será horizontal pudiéndose adaptar a las necesidades tan variadas de los enfermos, en lugar de la estructura vertical, por especialidades asistenciales, que supone el desarrollo de un Departamento Ministerial gestor de los Servicios sanitarios». Fundación FOESSA, *Estudios sociológicos sobre la situación social de España 1975* (Madrid: Euramérica, 1976), p. 502.

<sup>25</sup> Un modelo conservador de reforma sanitaria se basa casi siempre en un sistema que sea «más productivo», idealista pero no ingenuo, que sea relativamente equitativo pero razonable en su distribución. Estas matizaciones de dudosa cuantificación aparecen continuamente, por ejemplo, en la obra de un sociólogo de la medicina —conspicuo conservador— como David Mechanic, *The Growth of Bureaucratic Medicine* (Nueva York: Wiley, 1976), especialmente en las pp. 309-325.

<sup>26</sup> «La iniciativa privada, si quiere participar, debe limitarse a una colaboración eficaz en un desarrollo planificado»; Angel Oso Cantero «La medicina privada como conflicto ideológico», *Cuadernos para el Diálogo* n.º extra 46 (1975), pág. 46.

cación, es decir la creación de un Ministerio de Sanidad fuerte, y muy secundariamente la descentralización de los servicios. El Ministerio de Sanidad unificaría los recursos y los servicios, creando una instancia adicional de poder en el bloque del Estado. A grandes rasgos el modelo es dicotómico: La medicina preventiva en la manos públicas, y la medicina curativa en las de la seguridad social (los hospitales) y menos privados (los médicos). En este modelo, así como en el del *Partido Socialista* y *Partido Comunista* se incluyen las reformas de las enseñanzas médicas y de la investigación bio-médica, de acuerdo con los principios generales de organización. En resumen, el modelo de la *Democracia Cristiana* pone muy poco énfasis en la medicina preventiva, por ser esta más de carácter público, socializada y poco rentable económicamente para los médicos privados<sup>27</sup>.

El programa sanitario debe garantizar a cada ciudadano los medios financieros para que accedan al tipo de cuidado médico que prefieran y al médico de su elección. La estructura sanitaria se basa pues en dos tipos de medicina: la pública al nivel local, y la privada *no* controlada por el Estado<sup>28</sup>. Los hospitales pueden integrarse en ambos tipos. El papel del sector privado es amplio, con salvaguarda de la «libertad» individual del paciente<sup>29</sup>. Sin embargo, se alienta la creación de hospitales y consultas privadas como resultado de la unión y el esfuerzo de diversos médicos que trabajan (o no) en equipo. Bajo estas premisas la profesión médica se opone normalmente a todo intento de reforma sanitaria que directamente repercuta en una disminución de sus derechos y/o ingresos independientemente de sus efectos sobre los pacientes. La *Democracia Cristiana* más que ningún otro partido simpatiza con los intereses

---

<sup>27</sup> En una entrevista reciente a Pedro Lain Entralgo se le pregunta: «¿Cuál cree usted que sería la forma ideal para organizar la asistencia médica en una comunidad?», a lo que el catedrático contestó: «Aquella en que se cumplan satisfactoria y armoniosamente estas tres exigencias: 1) calidad técnica —no sólo hospitalaria e instrumental, sino también psicoterapéutica— de la medicina que se practique; 2) evitación de la intolerable lacra de que la enfermedad sea tantas veces una calamidad económica, además de una calamidad afectiva; 3) nivelación máxima de los modos de la asistencia, o sea, que el trabajador enfermo reciba *efectivamente* un trato diagnóstico y terapéutico equiparables, al menos de modo básico, al que reciben el empresario y el jerarca de la política». Citado en José M. López Piñero et al., *Salud y enfermedad* (Barcelona: Salvat, 1975), p. 13. La modernidad (o progresismo) de esta definición viene difuminada por la expresión enigmática: «al menos de modo básico».

<sup>28</sup> No es fácil delimitar lo que los partidos democráticos de la derecha (democracia Cristiana, Partido Liberal, Unión de Centro Democrático) en España entienden por «Socialización de la medicina». Un ejemplo de esta dificultad puede verse en Pedro Lain Entralgo, *La medicina actual* (Madrid: Seminarios y Ediciones, 1973), pp. 85-126. Para Lain la «colectivización de la asistencia médica» es «un hecho histórico universal, ineludible, e irreversible».

<sup>29</sup> La asistencia en la libre-elección-del-médico es patente en una derecha de influencia cristiana. Pedro Lain afirma: «Las necesidades sanitarias de la humanidad serán atendidas del modo más correcto cuando en esa asistencia se combinen con la perfección máxima, sin caer por tanto, en la utopía de soñar soluciones no perfectibles, la justicia social (que el bien de la medicina llegue a todos de manera suficiente) y la libertad efectiva del individuo (que cierta elección del terapeuta por parte del paciente no sea excluida de la práctica médica).» El subrayado es nuestro. José M. López Piñero et al., *Salud y enfermedad* (Barcelona: Salvat, 1975), p. 105.

de la profesión médica, afirmando que la medicina privada y la relación libre doctor-paciente debe ser mantenida no sólo por razones ideológicas sino también por razones técnicas y de supuesta calidad médica. La libertad de elección del médico puede ser uno de los principios básicos de su programa político. El caballo de batalla del programa de la *Democracia Cristiana* no es otro que el de la libertad humana individual; libertad de todo paciente dentro del sector sanitario a elegir médico y terapia. Las libertades a las que se refiere el programa del partido son en concreto al menos tres: (1) de cada paciente a elegir al médico de su preferencia; (2) del médico a elegir una carrera en el sector público o en el sector privado; y (3) del sector privado a aceptar o no la intervención estatal dentro del sector sanitario. En resumen, se protege abiertamente el modelo capitalista y el de la iniciativa privada. Lo que se persigue no es crear un sistema de seguro nacional de enfermedad, sino un servicio sanitario público con la ayuda —basada en incentivos y préstamos— del sector privado. Para ello se planean una serie de incentivos a los sectores más subdesarrollados (como sanidad mental), más desagradables (como lepra o retrasados mentales), o económicamente menos rentables (como medicina rural), con el objeto de paliar las deficiencias de cuidado sanitario de la población sin alterar los intereses de la medicina privada. Todo este esquema se basa en el «principio de subsidiariedad», de clara influencia vaticana<sup>30</sup> que es básicamente el sistema por el que el sector público sólo se hace cargo de aquellos problemas que el sector privado no resuelve, sin controlar el sector privado en otros aspectos. De esta forma se protege de paso el papel de la Iglesia Católica dentro del sector sanitario, y el papel de las órdenes religiosas en el cuidado médico, o en la enseñanza de las ocupaciones sanitarias.

La *Democracia Cristiana* sólo prevé un control mínimo de la industria farmacéutica, con normas burocráticas y quizás una reducción en el coste de algunas medicinas básicas. El control se propone en un campo triple: producción, distribución y publicidad. Sin embargo, un sector más progresista de la democracia cristiana puede pedir incluso la nacionalización de la industria farmacéutica<sup>31</sup>. Pero creemos difícil que un gobierno de mayoría demócrata-cristiano, o simplemente de Centro, llevase a cabo tal medida.

Uno de los problemas fundamentales en los programas de los partidos políticos es la financiación de la reforma sanitaria; para la *Democracia Cristiana* la reforma debe ser financiada como otros servicios públicos, es decir a través

---

<sup>30</sup> Desarrollado por Pío XII como principio que protege el sistema económico liberal, y los intereses privados.

<sup>31</sup> El tono de algún grupo demócrata-cristiano ha sido anticapitalista. Por ejemplo, las *Terceras Jornadas Demócrata-Cristianas*, que reunían a cinco partidos, eran partidarios de la evolución dinámica de la estructura social, orientada —entre otros— por el siguiente principio: «La repulsa del capitalismo, como sistema generador de profundos desequilibrios sociales, y la orientación de las estructuras socio-económicas en que sean compatibles las empresas socializadas, las autogestionadas y de las de propiedad privada.» (Declaración final del 31 de enero de 1976; hoja 3, punto 7).



de los presupuestos generales del Estado. Este sistema incluye una imposición progresiva en relación a la riqueza personal y no una cuota estandar como si fuera un sistema mutualista. El Estado además no administra el presupuesto sanitario sino que lo distribuye entre las regiones, en relación a su tamaño, composición de la población, y características epidemiológicas. En cualquier caso la *Democracia Cristiana* no considera el sector sanitario como un sistema de redistribución social de recursos<sup>32</sup>.

Este modelo se basa sobre todo en una hipotética igualdad de acceso de la población a unos cuidados médicos (curativos) básicos, y no a una utilización igual de los recursos sanitarios, ni por supuesto a un nivel de salud igual. Obviamente, el programa define que los centros locales de salud (o como quiera que se llamen) son «autónomos» y «democráticos» aunque ambas características no lo sean en su sentido que la población participe «democráticamente» en la creación y control de un sistema nuevo, pero no se especifican nunca los canales de decisión ni control<sup>33</sup>.

Se propone, primero, la unificación y regionalización de las instituciones asegurables privadas y públicas (seguro de enfermedad, mutualidades, seguros libres). Segundo, la creación de centros locales de sanidad con objetivos primordiales de medicina preventiva y servicios de sanidad pública. Tercero, la reforma de los sistemas de financiación e impositivo. Cuarto, la extensión del nivel rehabilitativo y curativo a los centros locales. Quinto, la creación de una estructura regional a todos los niveles. Se hace explícito así el deseo de un servicio nacional, pero también la gradualidad de su consecución<sup>34</sup>. Los fallos en una obtención más rápida de la reforma sanitaria se achacan a fuerzas externas

---

<sup>32</sup> Algunas opiniones opuestas son manifiestas en órganos de expresión como *Cuadernos para el Diálogo*: «La socialización de la medicina o, más correctamente, la colectivización de la asistencia sanitaria puede, de hecho, iniciarse en un régimen político de dominación burguesa ante el ímpetu reivindicativo de los sindicatos y otras organizaciones de masas [...] más sólo alcanza sus últimas consecuencias formando parte de una estrategia del gasto público tendente a redistribuir la renta nacional a favor de las clases populares, en el marco de una política económica antimonopolista». Alberto Infante, «Cambio social y crisis sanitaria», *Cuadernos para el Diálogo*, núm. 136-137 (1975).

<sup>33</sup> El programa de Izquierda Democrática afirma, por ejemplo, que: «La Seguridad Social será administrada democráticamente por sus beneficiarios» sin luego especificar el cómo de esta participación. Igualmente afirma que «se socializará la asistencia sanitaria para todos quienes residen en territorio español» (6.4.b. y 6.4.c.) sin explicar su definición de «socialización».

<sup>34</sup> La ideología de la derecha es que «a pesar de orientaciones políticas e ideológicas, se observa una convergencia creciente en la organización del cuidado médico en las naciones modernas.» David Mechanic, «Ideology, Medical Technology and Health Care Organization in Modern Nations», *American Journal of Public Health* (enero 1974), y publicado posteriormente en *Politics, Medicine, and Social Science* (Nueva York:Wiley,1974), p. 37. Esta tendencia a asegurar que «los sistemas sanitarios se parecen cada vez más», se complementa con la teoría implícita de la Organización Mundial de la Salud de que «todo sistema sanitario es bueno», y de que «ninguno es mejor».

(mala situación económica, escasez de materiales primas, incumplimientos de objetivos por otros responsables)<sup>35</sup>.

## El modelo del «Partido Socialista»

Puede parecer que los modelos de la *Democracia Cristiana* y del *Partido Socialista* son muy similares, pues ambos pretenden la descentralización de los recursos sanitarios y alcanzar a la población total. Sin embargo, si analizamos ambos programas con detalle se observan diferencias sustanciales. El *Partido Socialista* es el más decididamente partidario de la creación de un servicio sanitario nacional que alcance a toda la población. El derecho a la salud sólo es posible, según este modelo, dentro de una estructura democrática y descentralizada<sup>36</sup>. Por lo tanto, el modelo sanitario como parte del sistema de seguridad social, no es más que una forma de redistribuir la riqueza<sup>37</sup>. El nivel más importantes en el proceso de regionalización no es el regional o el sub-regional, sino el nivel más pequeño: municipio o barrio. Lo que se pretende es un sistema articulado de estas unidades, que conservan el principio democrático<sup>38</sup>. La verdadera célula del servicio sanitario nacional es el municipio, donde el proceso democrático puede ser incorporado con relativa facilidad. Estas unidades deben ser parcialmente autónomas, cubriendo las necesidades básicas (preventivas, curativas, rehabilitativas y de servicios), aunque sin limitarse a proble-

---

<sup>35</sup> El problema de una reorganización de la Seguridad Social (seguro de enfermedad) en la actualidad en España, es que debe de enfrentarse con una situación de relativa carencia de recursos y no de expansión. Por lo tanto el objetivo fundamental sería el de conseguir una mayor eficacia y eficiencia del sistema sanitario, y utilizar el excedente de este ahorro en los sectores más prioritarios. Este es el típico enfoque británico al problema, como queda ejemplificado en: George Godber, *Change in Medicine* (Londres: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1975), pp. 112-122.

<sup>36</sup> Las opiniones sobre Servicio Nacional de Salud de Ramón Espasa *et alii*, aparecen recogidas en *La Vanguardia Española* (12 de septiembre 1976): «Un SNS único, público y gratuito para todos los ciudadanos, que practiquen la medicina curativa, tanto como la preventiva, que aumente y remodele todos los servicios actuales, y que al mismo tiempo controle y coordine los servicios privados» (p. 23).

<sup>37</sup> Un sistema sanitario nacionalizado no implica —necesariamente— que sea gratuito para toda la población. Estos dos aspectos no suelen separarse, pero son importantes a la hora de controlar una demanda ilimitada de consumo sanitario. Para una discusión de este tema véase la polémica del profesor Henry Miller y Enoch Powell, en *British Medical Association, Is There an Alternative?* (Londres: BMA, 1967) pp. 5-16, bajo el título de «Medicine and Politics».

<sup>38</sup> En un libro reciente: *La sanidad hoy: Apuntes críticos y una alternativa* (Barcelona: Avance, 1975) los autores, Ramón Espasa *et alii*, ponen el acento en la regionalización: «Los autores creen que el pleno derecho a la salud es un derecho a conquistar por todas las capas populares. Este derecho a la salud requiere como condición técnica imprescindible la mayor eficacia posible en los servicios sanitarios. Eficacia que va estrechamente ligada a la integración de los servicios y a su planificación en el marco de una regionalización sanitaria, bajo una única autoridad —Servicio Nacional de Salud/Ministerio de Salud Pública— y con la participación y control de todos los interesados, personal sanitario y población en general» (p.10). Estas opiniones son similares a las que harían los comunistas.

mas estrictamente médicos, sino sociales en un sentido más abierto, y de educación de la población. El objetivo final es el de la autogestión de las unidades sanitarias locales dentro de cada región<sup>39</sup>.

El Ministerio de Sanidad dentro de un modelo socialista reduce sus funciones a la planificación de recursos (con arreglo a la información suministrada por las regiones), relaciones internacionales, y otras tareas generales. Pero incluso en esos campos la toma de decisiones es bastante limitada, incluyendo la participación del nivel regional e inclusive el sub-regional. El modelo plantea la total integración de cuidado preventivo, curativo y rehabilitador dentro de un sistema de autogestión a nivel local. Se plantea crear instituciones regionales para la enseñanza de las disciplinas médicas (o sanitarias), y para la educación sanitaria de la población. Ambos tipos deben contribuir a la creación de un ambiente social más saludable<sup>40</sup>.

El Estado no es sólo responsable de la salud de los ciudadanos sino también de la protección de los ciudadanos contra los intereses privados dentro del sector sanitario<sup>41</sup>. Estos intereses son los de la industria farmacéutica, el sector privado, propiamente dicho, incluso las mutualidades que se oponen (a veces

---

<sup>39</sup> En nuestro caso se añade un problema adicional al de regionalización y es el del «reconocimiento del derecho a la autodeterminación del pueblo catalán» (como señala el propio X.º Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana) o de los demás pueblos españoles. En este sentido se entiende el Servicio Sanitario Nacional Catalán (o Vasco) como autónomo. El modelo así propuesto se fracciona a un nivel adicional, sin variar las diferencias básicas. El citado congreso habla concretamente de «Un Servicio Nacional de Salud para una Cataluña autónomamente estructurada; para una Cataluña políticamente institucionalizada» (Resumen y conclusiones de la 4.ª parte, mimeo, pág.4).

<sup>40</sup> La re-definición de salud como un asunto colectivo aparece discutida en detalle en: X.º Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, *Funció Social de la Medicina* (Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1976), pp. 139-194. Muchas de las formulaciones fueron basadas originalmente en las teorías de Maxwell Jones sobre la «comunidad terapéutica». Una revisión de estas teorías aparece en Robert N. Rapport, *Community as Doctor* (Londres: Tavistock, 1960), con referencia especial a los desórdenes mentales de la población.

<sup>41</sup> Es interesante traer aquí un texto —francamente novedoso para la época— de 1930, en defensa de la «socialización de la Medicina»: «Socializar la Medicina equivale a dar libertad a los esclavos [los médicos] seculares, pacientes y heroicos, que a pesar de todas las ironías de la sociedad, han llenado de consuelo y de fe en la vida a tantos corazones marchitos por el dolor y la enfermedad; levantar el estímulo hacia el estudio y especulación de la más noble ciencia que esos esclavos [los médicos] tienen olvidada en cierto modo, aunque ello los hundía en el vilipendio: tender un manto de amor para todos los que sufren en sus cuerpos lacerados, manto de madre que a todos sus hijos cubre con especial cuidado, sin inquirir cuál de ellos más o menos necesita; hacer fuerte al pueblo, que se siente abandonado hasta que el Fisco se detiene en su puerta [...] que fuerza da, y no leve, notar que el Estado se acuerda de sus males sin pedirle el pago de la cuenta del médico y de la botica ayudándolo a morir cuando llegue el momento, recordándole que su sitio está dispuesto [...] sin desembolsos ni gravámenes. Socializar la Medicina es dar un paso de gigantes por la vía del progreso y la democracia, poner los jalones para la futura sociedad solidaria y fraternal que ha de poblar el mundo maravillada de su cultura y fuerzas.» F. Polo y Fiayo, *El médico gobernante: Por los fueros del pueblo* (Madrid: Javier Morata, 1930), pp. 120-121. A pesar del tono (personal y) de la época, las ideas socializadoras quedan patentes a lo largo de todo el libro.

inconscientemente) a un sistema racional de dirección y planificación del sector sanitario global<sup>42</sup>.

Según el *Partido Socialista* es la población la que debe controlar directamente el sistema sanitario<sup>43</sup>. El médico debe ser más abierto, colaborador estrechamente con otros colegas, dedicarse más a prevención que a curación, y ser mucho más activo en la tarea de protección de la salud<sup>44</sup>. Para contrarrestar la propaganda que la *Democracia Cristiana* realiza de la libertad médico-paciente, el *Partido Socialista* llama la atención sobre la necesidad del médico de familia (o médico general) y la posibilidad de elección de médico aún dentro de un servicio sanitario nacional. En conclusión, no se anula la existencia de médicos dedicados *full time* a su consulta privada, pero se supone que el propio modelo de reforma sanitaria los reducirá progresivamente en número e importancia.

El *Partido Socialista* propone la creación de una empresa farmacéutica nacional (estatal) para la fabricación y distribución de los medicamentos más comunes y/o esenciales, pero que coexistiría con una industria privada. La protección de patentes farmacéuticas privadas promueve la investigación dentro de este sector, aunque se pretende la progresiva eliminación del monopolio farmacéutico a través de una empresa pública lo suficientemente grande como para controlar el mercado. Además de esto, la producción y distribución de algunas medicinas está reservada al Estado.

En la financiación del sistema sanitario se persigue el subordinar el desarrollo económico al desarrollo social y político de toda la colectividad. El modelo socialista defiende la idea de que el coste de la reforma sanitaria —el servicio sanitario nacional— es menor que el de la no-reforma. La financiación debe ser con cargo a los presupuestos generales del Estado, que deben ser progresi-

---

<sup>42</sup> Un olvido —freudiano— de los proyectos de reforma sanitaria es el no tener en cuenta el poder de algunos grupos de interés dentro del sector. Uno de los más potentes es la profesión médica. Se han escrito numerosos estudios sobre profesiones médicas, algunos de ellos mencionados en mi trabajo: «Poder y democracia de las asociaciones profesionales médicas: El caso del AMA y la BMA», *Revista de Estudios Políticos* 200-201 (1975): 137-175. Aquí sólo mencionaré dos de relevancia extraordinaria: Harry Eckstein, *Pressure Group Politics: The Case of the British Medical Association* (Stanford: Stanford University Press, 1960), y William E. Steslicke, *Doctor in Politics: The Political Life of the Japan Medical Association* (Nueva York: Praeger Publishers, 1973). En el caso español destacan la falta de poder político de la profesión médica, así como el alto nivel de corrupción de su práctica médica.

<sup>43</sup> Para Soler Sabaris, por ejemplo, «La eficacia real de la Medicina Social está vinculada a la democratización y socialización del sistema». Y concluye con que «la socialización es un fenómeno irreversible». *Problemas de la seguridad social* (Barcelona: Pulso Editorial, 1971), pág. 16. Véase también el *Capítulo II* del presente libro, escrito por este autor.

<sup>44</sup> La crítica más audaz a la profesión médica, y a sus efectos yatrogénicos, aparece en Ivan Illich, *Medical Nemesis* (Nueva York: Pantheon Books, 1976). (Hay una edición castellana en Barral). En un apartado sobre «Controles públicos de la mafia profesional» Illich llama la atención sobre la posibilidad de que la profesión médica pueda cambiar de estilo (adquirir un tono radical) sin cambiar un ápice la estructura monopolista que ostenta. Esta podría ser la estrategia ante las cambiantes condiciones de la sociedad.

vos<sup>45</sup>, regionalizados, y con fondo de redistribución regional. El *Partido Socialista* reconoce que una reforma sanitaria produce un exceso de recursos que no se utilizan debido a una demanda baja, acostumbrada a los esquemas anteriores. Sin embargo, el problema con que se enfrenta un servicio sanitario es la creación de una nueva demanda que es difícil de cubrir con la financiación programada<sup>46</sup>.

El modelo del sistema sanitario se basa en la idea de un sector que moviliza recursos para distribuirlos en la sociedad con arreglo a un sistema de redistribución social. La organización sanitaria debe ser dirigida y controlada por todos los pacientes (potenciales) es decir, por toda la población<sup>47</sup> incluso a niveles antes considerados como únicamente «técnicos». Es pues muy posible que el programa incluya un modelo de unidad local dirigido no sólo por miembros del servicio sanitario nacional sino también por otras personas elegidas directamente por la población<sup>48</sup>.

El *Partido Socialista* no plantea en resumen una «reforma» gradual del sector sanitario, sino más bien una «ruptura» del mismo para emplear la terminología que se ha popularizado últimamente<sup>49</sup>. Así en vez de consumir etapas tratando de unificar instituciones que van a desaparecer en la reforma adminis-

---

<sup>45</sup> Otro problema adicional es el de la financiación de regiones autónomas. El *X.º Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana* (Perpiñán: septiembre 1976) en sus conclusiones pide: «Traspaso de las instalaciones cuotas y estructuras del INP del Ministerio de la Gobernación y de otros organismos paraoficiales, a ésta *Conselleria [Conselleria de Sanitat i Assistència Social]*. Será reclamada la parte alicuota de los fondos invertidos o en cuentas corrientes del patrimonio del INP que han estado sufragados por los trabajadores catalanes. La contribución de Cataluña al Estado español será negociada por el Gobierno Provisional» (mimeo, pág. 22).

<sup>46</sup> Este ha sido el caso, por ejemplo, del *National Health Service* británico. Los problemas actuales de este servicio lo son fundamentalmente financiación, dentro de un contexto general de recesión económica.

<sup>47</sup> La democratización del sistema sanitario británico (el NHS) por ejemplo, se basa en un doble proceso. Por un lado la política sanitaria y su planificación está en las manos de los políticos que ocupan sus puestos gracias a elecciones con amplia participación popular. Por el otro lado del espectro, los pacientes —es decir toda la población— tienen derecho a elegir el médico y el servicio sanitario. Además la población mantiene un control (relativo) del gasto sanitario a través de los presupuestos y gastos detallados que se hacen públicos. Obviamente este sistema tiene algunas fallas, sobre todo a nivel regional y local. Esto es admitido incluso por el NHS: Secretary of State for Social Services, *National Health Service Reorganization: England* (Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1972). En una versión más meliorativa véase: Department of Health and Social Security, *Prevention and Health Everybody's Business* (Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976).

<sup>48</sup> El control de la organización sanitaria «socializada» es asunto que ha preocupado a los británicos particularmente. Véase: D. Stark Murray, *Blueprint for Health* (Londres: George Allen & Unwind, 1973), especialmente pp: 96-106 y 196-209.

<sup>49</sup> En un artículo titulado «Para una alternativa democrática a la reforma sanitaria» aparecido en *Triunfo* (10 enero, 1976), el Dr. José Aumente señala: «A las cosas hay que llamarlas por su nombre, y cuando se habla de *ruptura democrática*, repetimos, ello implica un cambio sustancial y no sólo de forma; significa que las cosas marchan de abajo a arriba, y no a la inversa como hasta ahora» (p. 29).

trativa posterior, se pasa directamente a una reforma política, previa al cambio total del sector sanitario<sup>50</sup>.

## El modelo del «Partido Comunista»

La población garantizada por el modelo sanitario del *Partido Comunista* debe ser total, es decir todos los habitantes de una región, así como los emigrantes españoles en otros países, e incluso los turistas extranjeros en nuestro país<sup>51</sup>. La protección sanitaria debe ser también total, es decir durante la vida completa referente a todo tipo de enfermedades o problemas médicos (somáticos y psíquicos). Por otra parte, el servicio sanitario nacional no es solamente un «servicio» a disposición del paciente, sino un instrumento de acción (pública y política) dentro de la población total, y un aparato para el análisis de las causas sociales y ambientales que repercuten en la salud de la población<sup>52</sup>. En resumen, el programa sanitario del *Partido Comunista* no es otra cosa que un programa revolucionario, que tiende a generar efectivamente otras reformas y

---

<sup>50</sup> Un colectivo de médicos y pacientes en Bélgica, el GERM (*Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine*) ha escrito un programa de reforma sanitaria: *Pour une politique de la santé* (Bruselas: La Revue Nouvelle, 1971) en el que definen que «la ética médica tradicional era el reflejo de una sociedad estática y coercitiva basada en el individualismo y el liberalismo que aseguraban la defensa absoluta e incondicional del individuo.» La nueva propuesta es partir de una concepción de sociedad «dinámica y liberadora». Los cinco puntos de este programa son —en forma resumida: (1) participación de la comunidad a todos los niveles; los técnicos no deben tener el monopolio de la decisión. (2) Garantizar el máximo de salud posible, teniendo en cuenta el contexto socio-económico y cultural. (3) La organización del servicio nacional de salud debe realizarse conforme a las necesidades específicas de cada clase, grupo, y edad; garantizando la accesibilidad de todos. (4) La sanidad debe montarse sobre un estudio científico serio de la realidad; incluyendo una evaluación continua y objetiva. (5) La acción sanitaria debe tender a la liberación del individuo de toda servidumbre, más que a su dependencia de una organización médico-sanitaria.

<sup>51</sup> Curiosamente, el plano de reformas de una nueva seguridad social no es tan avanzado como podría esperarse en el caso del Partido Comunista Español. En el libro *Un futuro para España: La democracia económica y política* (prólogo de Santiago Carrillo, 1968) se propone un sistema que cubra a los trabajadores («tanto manuales como intelectuales») y a sus familias. La tendencia es quizá algo más ambiciosa: «La aspiración de una seguridad social democrática deberá ser extender la seguridad social a todos los ciudadanos, y hacia ese objetivo habrá de caminar en el futuro, en la medida en que el desarrollo económico proporcione los recursos necesarios para lograrlo.» (p. 233). Sin embargo esto no incluye a todos los habitantes, ni a los emigrantes. Estas (relativas) incongruencias con un modelo de Partido Comunista *avant la lettre* no son de extrañar, dado que el PCE no ha intensificado esfuerzos en pergeñar programas socio-económicos. Como señalaba Santiago Carrillo en el Octavo Congreso del Partido Comunista de España: «La cuestión más urgente, más inmediata es acabar con ese Poder (la dictadura del general Franco). Derribar la dictadura, abrir las puertas de las cárceles, poner fin a la represión política, conquistar la voz y el voto para los españoles, dar a cada clase social, a cada partido la posibilidad de actuar libremente. La cuestión más urgente es la conquista de la libertad política.» Santiago Carrillo, y Dolores Ibaruri, *Octavo Congreso del Partido Comunista de España* (París: Editions Sociales, 1972), p. 26.

<sup>52</sup> Las diferencias entre la organización sanitaria comunista soviética y la china aparece en: Michael Oksenberg, «The Politics of Public Health in China». pp. 375-408 *Studies in Comparative Communism* Vol.7, nº 4 (1974): 375-408. Véanse también los comentarios de Mark G. Field, en las pp. 420-425 del mismo volumen.

cambios sociales, e incluso puede llegar a transformar el sistema político global de un país<sup>53</sup>, o al menos ser una parte importante de tal transformación.

El concepto de salud es también más amplio en este modelo que en el del *Frente Nacional* o *Democracia Cristiana* incluyendo además problemas psicológicos, culturales, sociales y políticos. Se pone una atención primordial en la medicina preventiva, primero por ser relativamente menos costosa, y por su extensión a la población total; un sistema sanitario adecuado debe estar basado en medicina preventiva y educación sanitaria de la población. Se tiende a olvidar, sin embargo, el sector de sanidad mental por efecto de la ideología que supone la enfermedad mental como un problema de las sociedades capitalistas, y su modelo económico y social. Se propone la participación directa de la población en la gerencia y el control del servicio sanitario nacional, primero como forma efectiva de democratizar el sector, y segundo como forma de integrar la reforma sanitaria dentro de un marco de reformas sociales y políticas de una nueva «sociedad sana»<sup>54</sup>. En cualquier caso el sector sanitario debe de estar en continuo cambio. Este proceso ayuda a realizar un cambio más ambicioso (más político) en la sociedad total<sup>55</sup>.

Se señala repetidamente el papel conservador del médico como una institución de control dentro de la sociedad, y su carácter de monopolio sobre lo que él mismo define como «salud», tanto a nivel somático como mental y social. El

---

<sup>53</sup> El *X.º Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* en sus conclusiones (el 25 de septiembre de 1976) la profesión médica —por vez primera en la historia de nuestro país— pide la socialización de la asistencia sanitaria. El modelo planteado en este congreso corresponde aproximadamente con el del «modelo ideal» de reforma sanitaria del partido comunista. Las características de la organización sanitaria han sido enumeradas en otra parte de la siguiente forma: (1) Cuidado médico y salud pública son una responsabilidad del Estado y una función del gobierno. (2) sólo existe un plan sanitario para todos los niveles y medicinas. (3) El sistema sanitario es altamente centralizado, con una suprema autoridad sanitaria. (4) Los servicios sanitarios son gratis para la población. (5) La medicina preventiva es básica, y más importante que la clínica. (6) Debe existir una unidad teórica y práctica, y todo médico debe participar en investigación. (7) Participación y ayuda popular a varios niveles. (8) Se acepta un sistema de prioridades, con grupos sociales que deben ser atendidos sanitariamente antes que otros. Mark G. Friedl, *Soviet Socialized Medicine* (Nueva York: Free Press, 1967), pp. 42-48.

<sup>54</sup> Una descripción del sistema sanitario de los países europeos socialistas aparece en E. Richard Weinerman, *Social Medicine in Eastern Europe* (Cambridge: Harvard University Press, 1969), pp. 18 y ss.

<sup>55</sup> El modelo sanitario comunista soviético es diferente del chino. No sabemos demasiado sobre la estructura del sector sanitario en China, pero parece que varía grandemente de los modelos occidentales. En un libro reciente Victor W. Sidel, y Ruth Sidel especifican algunas de estas características. La medicina preventiva es una prioridad como en el modelo soviético, sin embargo se pone un mayor énfasis en proporcionar un cuidado médico más extenso a los grupos sociales que históricamente tuvieron más dificultades de acceder a los servicios sanitarios. La organización es descentralizada (especialmente tras la Revolución Cultural) hasta el nivel más pequeño posible. El cuidado de las áreas rurales es una prioridad absoluta hasta el punto de enviar al campo médicos de la ciudad, pagados por la propia ciudad (para evitar un proceso de dependencia). No se abandona la medicina tradicional, sino que se la combina con la moderna-occidental. Una prueba de eso es la utilización masiva de los «médicos descalzos» y personal voluntario para realizar todo tipo de tareas médicas y sanitarias: el énfasis se pone en destreza y capacidad de comunicar con la pobla-

*Partido Comunista* en último extremo rechaza la idea de un médico privado, dedicado a sus pacientes particulares, considerando que su existencia no es compatible con un sistema médico socialista, ni con las ideas de educación permanente de los médicos, ni con su participación necesaria en la investigación biomédica. Sin embargo se protege la libre elección (relativa) del médico por parte del paciente<sup>56</sup>. La dinámica del nuevo sistema sanitario que se propone producirá una gradual —pero total— eliminación del sector privado.

La nacionalización de (toda) la industria farmacéutica se realiza gradualmente y conforme con un plan previo de todos los sectores. Se propone la nacionalización de diversas empresas farmacéuticas, y la creación de una empresa estatal fuerte y monopolizadora para la producción y la distribución de todo tipo de medicinas. No se protege pues a las patentes privadas, o estas son negociadas directamente con la empresa pública. La idea general es que un servicio sanitario nacional eficaz elimina prácticamente la demanda privada de medicinas.

De acuerdo básicamente con las soluciones de la *Democracia Cristiana* y el *Partido Socialista*, la financiación del sector sanitario según el *Partido Comunista* debe realizarse con cargo a los presupuestos generales del Estado, que sirven de sistema de redistribución de la riqueza<sup>57</sup>. Se añade a esto la necesidad de reorganizar todo el sistema impositivo nacional conforme a principios de una mayor y mejor redistribución<sup>58</sup>. En resumen, el modelo de organización sanitaria debe de estar financiado a través de un sistema redistributivo de ri-

---

ción y no en experiencia o títulos académicos. De hecho la carrera de medicina se reduce a sólo tres años, y los futuros estudiantes de medicina son elegidos en las fábricas y comunas por sus compañeros con arreglo a sus cualidades ideológicas. La investigación es fundamentalmente aplicada, y en especial con el objeto de extender el cuidado médico entre la población. Véase su libro: *Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China* (Boston: Beacon Press, 1973).

<sup>56</sup> El informe comunista *Un futuro para España: La democracia económica y política* (1968) es explícito respecto a este punto: «se introduciría el principio de la libre elección del médico de cabecera», y continúa, «y lo más rápidamente posible se extendería este mismo principio a las ramas de especialistas» (p. 235).

<sup>57</sup> Para Alberto Infante «la socialización de la medicina o, más correctamente, la colectivización de la asistencia sanitaria puede, de hecho, iniciarse en un régimen político de dominación burguesa ante el ímpetu reivindicativo de los sindicatos y otras organizaciones de masas —tal ha sido el caso del NHS o de los sistemas de previsión de ciertos países nórdicos, por ejemplo— más sólo alcanza sus últimas consecuencias formando parte de una estrategia del gasto público tendente a redistribuir la renta nacional a favor de las clases populares, en el marco de una política económica antimonopolista.» En T. Alvarez et al., *Cambio social y crisis sanitaria (Bases para una alternativa)* (Madrid: Editorial Ayuso, 1975), p. 25.

<sup>58</sup> Sin embargo, el informe del partido comunista sobre *Un futuro para España: La democracia económica y política*, planea la financiación del servicio sanitario en cuotas de empleadores y no con cargo a los presupuestos generales del Estado, como en el caso yugoslavo. Así justifica: «la seguridad social cubre los costes extrasalariales de la producción y, por lo tanto, debe ser financiado por los empresarios en primer término y sólo de manera secundaria por los trabajadores y por el Estado» (p. 236). Creemos, sin embargo, que en la actualidad el planteamiento del partido comunista se ajustaría al modelo descrito arriba, y no a esta fórmula.



queza como son los impuestos directos, con cargo a los presupuestos generales del Estado, controlados por la población (esta última condición suele ser olvidada en modelos socialistas o demo-cristianos), e incluyendo una reforma fiscal a fondo. Las medicinas, como toda la sanidad, son un bien público cuyo coste debe ser financiado por toda la colectividad.

La reforma en si misma debe ser democrática y no dictada desde arriba; supone pues la creación de grupos locales (municipales, barrio, vecinos) de discusión, incluso antes de planear la reforma. La regionalización, por poner otro ejemplo importante, debe de ser decidida por las regiones y no por el poder central<sup>59</sup>. Para la clase proletaria la lucha por la salud es inseparable de la lucha por la transformación total de la sociedad<sup>60</sup>. Se supone que si la colectividad obtiene un poder (democrático) sobre las instituciones sanitarias se abrirá también una vía de influencia para variar el resto de los problemas sociales. El control del sector sanitario por la clase trabajadora se supone pues como un paso más en la lucha contra la enfermedad y sus causas sociales<sup>61</sup>.

El *Partido Comunista* es consciente de las contradicciones de crear un sistema sanitario parcialmente socializado dentro de una estructura capitalista<sup>62</sup>. La crítica a la periodización y el control de la reforma sanitaria proviene pri-

---

<sup>59</sup> Los problemas regionales de descentralización y autogobierno han sido especificados por Ramón Tamames, *Un proyecto de democracia para el futuro de España* (Madrid: Edicusa, 1975), 3ª edición, páginas 132-150. Tamames llama la atención sobre la necesidad de unidades menores a la región: «Si en muchas áreas del país se aprecia la exigencia de autogobierno a nivel municipal o comarcal, no cabe atribuirle exclusivamente a razones técnicas de planteamiento. Ese sentimiento también entraña una reacción anticipada frente al posible y recelado *centralismo a nivel regional*, que de no contrabalancearse con la *comarcalización* trasladaría a escala de la región los penosos problemas actuales del centralismo nacional, incluso agravados en cuanto a la polarización industrial en unos pocos núcleos, con efectos de desertización tal vez más graves aún que los experimentados hasta ahora» (p. 136).

<sup>60</sup> Es curioso observar el poco énfasis que se pone en la Unión Soviética sobre la participación (y menos aún sobre el control) popular de la organización sanitaria. Véase el informe de G.A. Popov, ministro de Sanidad en la URSS: *Principles of Health Planning in the URSS* (Ginebra: OMS, 1971).

<sup>61</sup> El informe del partido comunista *Un futuro para España: La democracia económica y política* (1968) especifica: «La Seguridad Social debería organizarse conforme al principio de la participación directa en su gestión y control de los trabajadores y beneficiarios y de los cuerpos sanitarios» (p. 234). Esto significa un control democrático de la gestión de un sistema de seguro sanitario —no se especifica un servicio sanitario nacional— incluyendo una «descentralización de orden especial».

<sup>62</sup> En el caso español, José Aumente llama ya la atención en 1963 de los problemas de socializar el sector sanitario, y en concreto de querer mantener un «islotaje socializado en un contexto supercapitalista.» Como dice el autor este sistema: «no puede socializar completamente el ejercicio profesional, ni siquiera puede permitirse el lujo de realizar una Seguridad Social, en cuanto a calidad médica se refiere, que sea superior a la asistencia privada. Tampoco, por supuesto, puede decidirse a terminar con las compañías de Seguros libres, porque en ellas hay implicados muy cuantiosos intereses capitalistas. Y es que la verdadera medicina socializada, una medicina de calidad a la altura que los tiempos exigen, insisto en que sólo puede realizarse en el seno de una sociedad socialista.» Véase «Razones en favor de una medicina socializada», Cuadernos para el Diálogo: *La crisis de la medicina en España* (extraordinario XX), pp. 85-86.

meramente de las propias organizaciones, y en segundo lugar de la población. Si el sector sanitario se socializa dentro de un sistema capitalista avanzado puede argumentarse que el programa del partido está consiguiendo logros que el propio sistema capitalista estaba poco resuelto a llevar a cabo, pero que estos no producen cambios importantes en la estructura política global. La pregunta dialéctica básica es definir si la reforma sanitaria (es decir la creación de un modelo de organización sanitaria de carácter comunista) debe ser o no anterior a la reforma política del sistema. Existen dos posturas: La primera —ejemplificada por el caso italiano<sup>63</sup>— parte de la idea de que la reforma sanitaria es una forma de lucha revolucionaria que puede producir y/o coadyuvar a la reforma total de la sociedad. Cuando las personas puedan discutir a nivel de base, y reunirse para solucionar problemas de salud (en sus tres conocidas vertientes: física, psíquica y social) también tenderán a solucionar problemas «políticos». De aquí se desprende la oportunidad de realizar la reforma sanitaria antes de (o junto con) una reforma política total, y su inclusión congruente en el programa político del *Partido Comunista*. La reforma sanitaria se convierte pues en una bola de nieve que desencadena un alud. La segunda postura —quizás más ortodoxa— presupone el cambio político antes de llevar a cabo la reforma sanitaria para evitar crear un aparato sanitario eficiente al servicio de un capitalismo desarrollado. Esta postura es la que a veces suscriben también los partidos conservadores, pero por muy distintas razones. Esta polémica todavía no ha empezado en nuestro país, pero su existencia puede ya adivinarse en algunas posturas personales.

---

<sup>63</sup> Los escritos que habría que consultar aquí, son, sobre todo, los de Giovanni Berlinguer: *La sanità pubblica nella programmazione economica* (1964-1978) (Roma: Leonardo Edizione Scientifiche, 1964); *Sicurezza e insicurezza sociale* (Roma: Leonardo, 1968); *La salute nelle fabbriche* (Bari: De Donato, 1969); *Medicina e politica* (Bari: De Donato, 1973); *La medicina è malata* (Bari: Editori Laterza, 1959) este último en colaboración con Severino Delogu.

PARTE V

**HACIA UN ANALISIS  
DEL SECTOR SANITARIO**



## Capítulo 21

# UNA BIBLIOGRAFIA COMENTADA SOBRE PLANIFICACION Y REFORMA SANITARIA

Mercedes González-Page  
(*Universitat Autònoma de Barcelona*)

Esta bibliografía constituye un intento serio de aunar y clasificar los textos más importantes sobre el tema de planificación y reforma del sector sanitario escritos *sobre* España en estos últimos años. Entiendo aquí «planificación» y «reforma» en un sentido amplio —en consonancia con el contenido del presente libro— recogiendo materiales que directamente se refieren a los temas fundamentales, así como los que directamente son básicos para su estudio.

Los criterios de selección de las obras han sido múltiples, ateniéndome, por lo general, a: (1) su calidad científica, (2) el impacto en el desarrollo del tema, (3) el interés específico del texto, y (4) el tema concreto que desarrollan. Mi tendencia ha sido elegir libros antes que artículos ya que representan, por lo general, una obra más completa y definitiva. He creído conveniente comentar brevemente algunas de las obras que se incluyen en la bibliografía, en base a diversas razones como son: el interés específico del tema, la valía de los datos contenidos, y el carácter de documento o informe único.

La bibliografía presente se refiere directamente al sector sanitario *en España*, aunque obviamente no todas las obras que tratan dicho tema hayan sido escritas en castellano. Se incluyen, por tanto, algunas obras en otros idiomas (catalán, inglés, francés) por juzgarlas básicas para el tema de que se trata. Los textos escogidos para confeccionar esta bibliografía incluyen: libros, artículos científicos, informes multicopiados, tesis doctorales, estadísticas básicas, así como los informes de la Organización Mundial de la Salud que se refieren más concretamente al caso español.

Esta bibliografía no está recopilada de otras, sino que ha sido confeccionada *ad hoc* para este libro, sobre el tema concreto de la planificación y reforma sanitarias. Todas las obras seleccionadas y comentadas han sido consultadas

una por una, intentando introducir los menores errores y la máxima información bibliográfica. Sin embargo, existen otras bibliografías que el lector puede consultar y que se refieren al tema general de la Sociología de la Medicina. Algunas de las más útiles son: «Bibliografía básica comentada de Sociología de la Medicina», *Papers: Revista de Sociologia* 5 (1976): 241-273; «Guide bibliographique en Sociologie Médicale: Publications en langue française». *Revue Française de Sociologie* 14 (1973): 137-193; David Mechanic, *Medical Sociology: A Selective View* (Nueva York: Free Press, 1968), pp. 455-484; y Ozzie G. Simmons, «Social Research in Health and Medicine: A Bibliography», pp. 493-581 en Howard E. Freeman, Sol Levine, y Leo G. Reeder, *Handbook of Medical Sociology* (Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1963), la de Jordi Gol, et al., *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona: Edicions 62, 1978); y Jesús M. de Miguel, *Sociology in Spain* (Londres: Sage, 1978).

Las obras se citan por orden alfabético teniendo en cuenta el primer apellido del autor (o del primer autor). Los apellidos que van precedidos de las partículas: *de*, *del*, y *de la*, no tienen en cuenta estas partículas por lo que aparecen por la primera inicial del apellido. Las obras colectivas aparecen con el nombre del primer autor que figura en ellas, y si son más de tres autores el segundo y siguientes se subsumen bajo la expresión *et alii* (et al.). Las obras anónimas están citadas por orden alfabético del título. En el caso de autores que aparecen en la bibliografía con varias obras hemos creído conveniente, a fin de evitar la sucesiva repetición del nombre completo, sustituir éste por una raya (—) al lado de cada obra después de la primera que se cita de cada autor. Cuando aparece la expresión «comp.» (compilador, o «comps.» compiladores) esta hace referencia a la persona encargada de confeccionar un volumen o un libro colectivo (como el presente). Es decir, el «compilador» es lo que en el mundo anglosajón se suele entender por Editor (ed., eds.) y que en castellano es confuso ya que se atribuye también a los *publishers*. El «compilador» de una obra no es —necesariamente— el primer autor de ella, aunque si la publicación no ofrece más información se supone que lo es.

En general, las obras de un autor que están publicadas en un mismo año aparecen ordenadas por orden alfabético del título. En caso de un autor prolífico, sus obras de autor-único vienen citadas cronológicamente al principio; a continuación aparecen las de dicho autor como «compilador»; seguidamente, las realizadas en colaboración con uno, dos, o tres otros autores; finalmente se citan las del autor *et alii* (et al.).

Por supuesto —y como tantas veces ocurre— en esta bibliografía «ni están todos los que son ni son todos los que están». Algunas obras importantes pueden faltar aquí por olvido o errores involuntarios en su elaboración (de los que me hago responsable); otras obras no aparecen por obvias razones de espacio tipográfico. Dos obras básicas recientes a tener en cuenta son: Ministerio de Trabajo, *Libro blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), 743 pp.; e Instituto Nacional de Previsión, *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: Estudio socioeconómico sobre el*

*conjunto de la asistencia sanitaria española* (Madrid: INP, 1977), 926 pp. Una más crítica es la de Jordi Gol, et al., *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona: Edicions 62, 1978). Espero que este esfuerzo primerizo y pionero inaugure otras Bibliografías Comentadas y que todas ellas ayuden a sistematizar nuestros conocimientos para realizar la reforma que el propio sector sanitario está ya esperando; esta fue precisamente mi intención al elaborarla.





## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUADO, Saudio: *Conferencia de seguro de enfermedad e invalidez: La beneficencia pública en España*, (Madrid: INP, 1922).
2. AGUIRRE, Juan: *La significación política de la seguridad social*, (Madrid: INP, 1953).
3. ALDEANUEVA, Manuel: *Seguridad Social: Principios elementales y legislación*, (Madrid: INP, 1972).
4. ALVAREZ SIERRA, José: *La despoblacion del agro y la medicina social (Folletos para médicos)*, (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1958).
5. ANALES DE MORAL SOCIAL Y ECONOMICA: *La ciencia, la investigación y la técnica ante el desarrollo económico y el progreso social* (Madrid: Centro de Estudios Sociales de la Santa Cruz del Valle de los Caídos, 1964).
6. ANDERSON, Charles W.: *The Political Economy of Modern Spain: Policy-Making in an Authoritarian System*, (Madison: The University of Wisconsin Press, 1970).
7. ARAGO, Ignacio: «Aspectos económicos del hospital de hoy», *Cuadernos para el Diálogo*, extra 20 (1970): 46-48.
8. ARENAL, Concepción: *La Beneficencia, la Filantropía, y la Caridad*, (Madrid: Imprenta del Colegio de Sordomudos y Ciegos, 1861).
9. —*Artículos sobre beneficencia y prisiones*, 5 vols. (Madrid: Librería de Victoriano Suarez, 1900).
10. ARBELO, Antonio: «La mortalidad neonatal en España», *Revista Internacional de Sociología*, 31 (1950): 73-120.
11. —*La mortalidad neonatal en España: Octoenio 1941-1948* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1951).
12. —«Mortalidad postneonatal urbana y rural», *Revista Internacional de Sociología* 43 (1953): 105.
13. —«Mortalidad infantil española y crisis demográfica», *Revista Internacional de Sociología* 49 (1955): 89-104.
14. —«La mortalidad en el segundo año de vida en España: 1901-1953», *Revista Internacional de Sociología* 53 (1956): 57-83.
15. —*Demografía sanitaria infantil* (Barcelona: Editorial Científico Médica, 1960).

16. —*La mortalidad de la infancia en España 1901-1950*, (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1962).  
Una obra básica para el análisis demográfico en España. Recoge los mejores artículos del autor sobre mortalidad infantil; y representa la sistematización más completa de datos hasta 1950. El análisis se refiere más bien al periodo de 1940 a 1945, del que hay muy poco publicado.
17. —*Pediatría preventiva antiinfecciosa en España* (Madrid: INP, 1966).
18. ARBELO, A. y DE LA ROSA, J.L.: *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Paz: Nacimientos y mortalidad perinatal en el quinquenio 1966-1970* (Madrid: INP, 1972).
19. ARNALDOS, Pedro: *Los seguros sociales en los Estados totalitarios* (Madrid: INP, 1941).
20. —*Estudio comparado del seguro de invalidez y muerte y de su posible implementación en España*, (Madrid: INP, 1952).
21. ARRANZ, Leopoldo: «Presente y futuro de la situación y función del farmacéutico hospitalario» *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* 6 (1970).
22. —«El presupuesto social en una sociedad en desarrollo» *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* 5 (1972).
23. ARRANZ, L. y PLASENCIA, J.: «La prestación farmacéutica en Europa», *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* (1973).
24. AYUNTAMIENTO DE BARCELONA: *Servicio de estudios de saneamiento de las zonas afectadas por los desagües de la ciudad. Informe n.º 5 correspondiente a los años 1962-1963* (Barcelona: 1963).
25. AZNAR, Agustín: «La sanidad como misión», *Ser* 6 (1942): 9-10.
26. AZNAR, Severino: *El riesgo-enfermedad y las sociedades de socorros mutuos* (Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos del S.C. de Jesús, 1914).
27. —*La previsión y los médicos* (Madrid: INP, 1918).
28. —*El seguro de maternidad* (Madrid: INP, 1932), 2ª ed.
29. —*El seguro de enfermedad y los médicos* (Madrid: Minuesa de los Rios, 1934).
30. —*Inquietudes de la clase médica sobre el seguro de enfermedad* (Madrid: INP, 1936).  
Una de las primeras críticas a la profesión médica española, y a sus recelos por participar en un sistema de seguro nacional sanitario. Algunos problemas posteriores se anuncian aquí por primera vez. Un documento único en su estilo y fecha.
31. —*Las fronteras de los seguros sociales* (Madrid: INP, 1942).
32. —*Instituto Nacional de Previsión: Recuerdos del tiempo viejo* (Madrid: INP, 1946).

33. —«La medicina social y la sociología», *Revista Internacional de Sociología* 15-16 (1946): 107-115.  
Un artículo básico en el que se define la «Sociología de la Medicina» en nuestro país por primera vez; aunque su definición no coincide con la actual.
34. —«Los peligros del seguro de enfermedad y su inspección sanitaria», *Revista Española de Seguridad Social* (diciembre, 1948).
35. —*Los peligros del seguro de enfermedad y su inspección sanitaria* (Madrid: INP, 1949).
36. BANCO MUNDIAL: *Informe del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento sobre el desarrollo económico de España* (Madrid: Documentación Económica, 1962).  
Aunque no incluye un capítulo de sanidad, el planteamiento general es clave, así como la defensa del liberalismo económico y de la planificación indicativa que luego se seguirá en nuestro país. Ilustra la planificación sanitaria de los planes de desarrollo desde 1964 a 1975.
37. BAÑUELOS, Misael: *Antropología actual de los españoles* (Barcelona: Editorial Científico Médica, 1941).
38. BAS, Luis A.: «Realidad y perspectivas de la acción de la Seguridad Social» *Minusval* 74 Ponencia n.º 4 (Madrid: 1974).
39. BASTIDAS, Antonio J.: «La ilegitimidad, factor de letalidad infantil», *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza* (1933), 879: 217-220; 880: 201-220; 881: 285-288; 882: 318-320.
40. BAYES, Ramón: «Control de natalidad y mongolismo», *Papers: Revista de Sociología* 2 (1974): 117-125.
41. BAYES, Ramón y GARRIGA, Enriqueta: «Las cifras de mortalidad infantil como indicador del riesgo psicopatológico de un grupo humano: El caso de España», *Perspectiva Social* 1, 2 (1973): 39-59.
42. BELDA, Vicente: *Comportamiento del médico* (Valencia: Tipografía artística, 1957).
43. BERCOVITZ, Rodrigo: *La marginación de los locos y el derecho* (Madrid: Taurus, 1976).
44. BERJON, Belarmino: *Instituciones o regímenes complementarios de pensiones: Aseguramiento voluntario de colectivos abiertos heterogéneos* (Madrid: INP, 1971).
45. BOGANI, Emilio: *El alcoholismo, enfermedad social* (Barcelona: Pulso, 1971).
46. BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO, *Código alimentario español* (Madrid: BOE, 1968).
47. BORRAJO, Efrén: *Los principios de la seguridad social y sus realizaciones en el sistema español vigente* (Madrid: INP, 1970).  
Un documento básico para entender la ideología del INP, y del gobierno, dentro del sector sanitario, a partir de la ley de Bases de 1962.

48. BOSCH-MARIN, Juan: *Política familiar y sanitaria* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1940).
49. —*Mortalidad infantil en España en el último decenio* (Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1951).
50. —«La mortalidad de la edad preescolar en España 1901-1950», *Revista Internacional de Sociología* 61, 62 (1958).
51. BOSCH-MARIN, Juan et al., *270.000 partos, sus enseñanzas sanitarias* (Madrid: INP, 1950).
52. BOTELLA LLUSIA, José: «Problemas demográficos de la maternología española», *Ser* 33 (1944): 47-52.
53. —*Esquema de la vida de la mujer* (Madrid: Espasa Calpe, 1975).  
Libro ideológico de un ex-rector de la Universidad de Madrid, con afirmaciones anacrónicas. Es una buena muestra de la actitud de los gene-  
cológicos (conservadores) en nuestro país.
54. BOTELLA LLUSIA, José comp.: *Reproducción y demografía* (Madrid: Revista de la Universidad de Madrid, 1971).  
Una colección de artículos sobre población y control de natalidad, rea-  
lizados en su mayoría por catedráticos de universidad de ideología más  
o menos conservadora (Salustiano del Campo, José R. Lasuen, Angel  
Sopeña, Jesús González Merlo).
55. BRAVO, Enrique: *Organización y legislación de los servicios de sanidad infantil en España* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1954).
56. BRAVO, Julio: *Algunas consideraciones sobre propaganda en general y propaganda sanitaria en particular* (Madrid: Dirección General de Sa-  
nidad, 1951).
57. CABALLERO, Oscar: *Autopsia: Chequeo a la medicina española* (Bar-  
celona: Ediciones Nauta, 1975).
58. —*Las medicinas marginadas* (Madrid: Guadarrama, 1975).
59. —*La medicina del dólar* (Barcelona: Avence, 1975).
60. —*España, un medicamento a su alcance* (Barcelona: Ediciones Martinez  
Roca, 1976).
61. DEL CAMPO, Salustiano: *Problemas de la profesión médica española: Informe preliminar* (Madrid: Comisión Nacional Española del Institu-  
to Internacional de Estudios de Clases Medias, 1964).  
El primer estudio sociológico parcial sobre la profesión médica. Des-  
criptivo, con datos de una encuesta realizada en Cataluña, pero diseña-  
da para toda España.
62. —«Los médicos ante el problema de la limitación de la natalidad», *Revista Española de la Opinión Pública* 1 (1945). También en pp. 230-244 en  
*Cambios sociales y formas de vida* (Barcelona: Ariel, 1967).
63. —*Análisis de la población de España* (Barcelona: Ariel, 1972). Un ma-  
nual breve de la estructura demográfica española, con datos ya publi-  
cados.

64. —«Política demográfica de la familia y de la natalidad en España», *Sistema* 4 (1974): 47-73.
65. DEL CAMPO Salustiano y NAVARRO, Manuel: *Crítica de la planificación social española 1964-1975* (Madrid: Castellote, 1976).
66. CAMPOS, Juan: «Medicine: Socialization for What?» *Social Science and Medicine*, vol. 7, n.º 12 (1973): 959-966.  
Un artículo básico sobre educación médica, y la crisis de las Facultades de Medicina en la década de los sesenta en España, lleno de ideas e hipótesis.
67. CAPARROS, Nicolás: «Introducción a la antipsiquiatría», pp. 9-27 en H. Heyward, y M. Varigas, *Anti-psiquiatría: Una controversia sobre la locura* (Madrid: Fundamentos, 1972).
68. CARITAS DIOCESANA: *Las instituciones benéfico-sanitarias de Madrid-capital* (Madrid: Sección de Estudios de Caritas Diocesana, 1962).
69. *Instituciones sanitario-asistenciales de Madrid-capital* (Madrid: Sección de Estudios y Planificación de Caritas Diocesana, 1963).
70. —*Plan CCB. Plan de promoción social, asistencia social y beneficencia de la Iglesia en España* (Madrid: Euramérica, 1968), 3 vols.  
Uno de los estudios más completos de su época sobre la situación social de España, que prologa los informes FOESSA posteriores. A pesar del trabajo detalladísimo su utilidad es limitada.
71. CASADO, Demetrio: *Perfiles del hambre* (Madrid: Edicusa, 1967).
72. CASTILLA DEL PINO, Carlos: *Psicoanálisis y marxismo*, 2ª ed. (Madrid: Alianza Editorial, 1971).
73. CASTILLO, Antonio: *Refranillo de la alimentación: Divulgación de higiene de la misma a través de los refranes y dichos populares* (Madrid: Gráficas Reunidas, 1940).
74. CASTILLO DE LUCAS, A.: *Folklore médico-religioso: Hagiografías paramédicas* (Madrid: Avis Aurea, 1943).
75. CERVERA, Salvador: *Aspectos etiológicos y sociales de la deficiencia mental* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1979).
76. CERVIA, Tomás: *Medicina humanística* (Santa Cruz de Tenerife: Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife, 1959).
77. WILLIAM, Christian A.: *Person and God in a Spanish Valley* (Nueva York: Seminar Press, 1972).  
Un estudio sobre santuarios en el norte de la península, interesante por sus relaciones entre los temas de salud y milagro.
78. CLAUS, L.M. e NUYENS, Yvo: «La enseñanza de la sociología de la medicina en Europa y USA», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 11-29.  
Un documento básico para comparar el desarrollo de la Sociología de la Medicina en Europa y los USA, con la situación española.

79. CLAVERO DEL CAMPO, Gerardo: *Cólera, (Cólera morbo asiático)* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1948).
80. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y su Provincia: *Los honorarios médicos en el seguro obligatorio de enfermedad* (Barcelona: Colegio Oficial de Médicos, 1959).
81. Comisaría General de Abastecimiento y Transportes: *Encuesta estudio de la alimentación de la población urbana española en relación con sus ingresos* (Madrid: Gabinete Técnico de Alimentación, 1968).
82. Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social: *Anexo al Plan de Desarrollo Económico y Social. Años 1964 a 1967. Obras y servicios de las corporaciones locales. Sanidad y asistencia social* (Madrid: Presidencia del Gobierno, 1964).  
El primer y más completo plan de desarrollo sanitario. Es también el más crítico, pero el más limitado en sus proyecciones. No tiene en cuenta al sector privado. Sus objetivos *no* aparecen basados en los datos. El sector de sanidad mental se define como uno de los más prioritarios.
83. —*II Plan de Desarrollo Económico y Social. Seguridad social. Sanidad y asistencia social.* (Madrid: Presidencia del Gobierno, 1967).  
El segundo plan de desarrollo sanitario (1968-1971) que no empezó hasta febrero de 1969 debido a los problemas económicos del país. Propone por primera vez un desarrollo regional. Tono poco crítico, con graves problemas en las proyecciones que están realizadas a ojo, y no relativas a la población.
84. —*III Plan de Desarrollo Económico y Social. Seguridad social, sanidad y asistencia social* (Madrid: Presidencia del Gobierno, 1972).  
Es el tercer plan de desarrollo sanitario (1972-1975). Se preocupa especialmente del sector rural y de la regionalización de servicios sanitarios, pero sin una suficiente financiación. Propone el desarrollo de la medicina preventiva sin especificar cómo. Es el menos concreto de los planes sanitarios, con faltas graves de coordinación entre los objetivos y proyecciones. Los datos son incompletos e inapropiados.
85. Comisión de Estudios de los Hospitales de Madrid: *Informe general sobre hospitales* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1961).
86. Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria: *Informe al gobierno sobre la reforma sanitaria* (Madrid: mimeo, 1975), 12 ponencias.  
Representa el mayor esfuerzo realizado por un gobierno franquista para llevar a cabo una reforma sanitaria. Las doce ponencias tienen problemas básico de realización, fundamentalmente de falta de coordinación. La ponencia 10 («Coste y financiación de la reforma sanitaria») de José R. Lasuén no ofrece soluciones concretas para toda la reforma. El citado informe al gobierno no llegó a aplicarse, a pesar de una fuerte propaganda de sus conclusiones en el segundo ministerio de Fraga Iribarne.

87. Confederación Española de Cajas de Ahorros: *Situación actual y perspectivas de desarrollo de Canarias*, Vol. 3. (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1971).
88. — *Situación actual y perspectivas de desarrollo de Santander*, Vol. 3. (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1972).
89. — *Situación actual y perspectivas de desarrollo de Asturias*, Vol. 3. (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1973).  
Esta y las anteriores obras corresponden a una serie de volúmenes provinciales, cuya realización viene auspiciada por el Fondo para la Investigación Económica y Social, y que incluye el sector sanitario de cada provincia, de relativa utilidad para su consulta.
90. Consejo General de Colegios Médicos de España, *Reglamento de la Organización médica colegial* (Madrid: CGCME, 1970).  
Incluye los artículos de la organización y funcionamiento de los Colegios de Médicos provinciales, y su relación con el Consejo General. Regula la actividad de la profesión médica. Es un documento importante para notar el grado de no-democracia y de anacronismo de esta profesión en nuestro país.
91. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, *Mercado farmacéutico español: Primer semestre 1972* (Madrid: CGCOF, 1972).
92. — *Panóramica de los medicamentos en España: Año 1972* (Madrid: CGCOF, 1973).
93. DEL CORRAL, José M.: *El problema de las causas de la vida y las concepciones del mundo* (Madrid: Espasa Calpe, 1956).
94. CREMADES, Bernardo M.: *La encrucijada de la seguridad social española* (Madrid: Magisterio Español, 1975).
95. CRIADO DEL REY, Sebastián: *Problemas sanitarios del seguro de enfermedad* 2ª ed. (Madrid: INP, 1947).
96. Cuadernos para el Diálogo: *La crisis de la medicina en España: Médicos, medicina, sociedad* Extra 20 (1970): 1-102.  
Una de las primeras críticas al sistema sanitario mutualista en el marco de una sociedad capitalista —dependiente. Incluye artículos de Soler Sabaris, Moragas, Serigó, Aragón, García Miranda, Aumente y García Caballero entre otros.
97. — *El Derecho a la salud*. Extra 46 (mayo 1975).  
Una revisión de la crítica realizada cinco años antes, y con un tono más radical. En este volumen participan entre otros autores: Pardell, Arranz, Infante, Costas, de la Cueva, González Duro, Yuste y Aumente. Se plantea una reforma sanitaria para todo el país.
98. DATA: *Estructura social básica de la población de España y sus provincias* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1973).
99. DELGADO, José M. R.: *Physical Control of the Mind: Toward a Psychocivilized Society* (Nueva York: Harper & Row, 1969).

100. DIAZ, Julio A.: *Prestaciones sanitarias de la seguridad social* (Madrid: INP, 1951).
101. DIEZ NICOLAS, Juan: «Status socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana», *Revista Española de la Opinión Pública* 2 (1965): 83-108.
102. —«La transición demográfica en España», *Revista de Estudios Sociales* 1 (1971).
103. —«Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar», *Revista Española de la Opinión Pública* 31 (1973): 27-58. Uno de los primeros artículos sociológicos en nuestro país sobre actitudes ante el control de natalidad, con datos originales de una encuesta nacional, realizada con financiación estadounidense.
104. —«La mujer española y la planificación familiar», *Tauta Medicina y Sociedad* 8 (1973): 87-97.
105. —«La mujer casada ¿La pata quebrada?», *Gentleman* 3 (1973); 44-50 y 100-101.
106. —*Indicadores de la situación sanitaria en España 1960-1970* (Madrid: Mimeografiado, 1973).  
Un estudio causal y regional con datos básicos de estructura sanitaria utilizando datos censales de 1960 y 1970. El análisis estadístico es novedoso en nuestro país y sugiere muchas hipótesis.
107. Diputación Provincial de Barcelona: *Cataluña al Doctor Marañón: In Memoriam* (Barcelona: Publicaciones de la Sección de Prensa, 1964).
108. Dirección General de Beneficencia y Sanidad: *Cólera morbo asiático en España durante el año 1885* (Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1887).  
Un estudio estadístico completísimo sobre una de las mayores epidemias sufridas por nuestro país, y que merece un reanálisis en la actualidad. El libro se puede encontrar en la biblioteca de la OMS en Ginebra.
109. Dirección General de Planificación Social: *Notas sobre el equipamiento sanitario en España* (Madrid: Servicio de Estratificación y Movilidad Social, 1974).
110. Dirección General de Sanidad: *Inspección sobre las asociaciones benéficas médico farmacéuticas* (Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1902).
111. —*Memoria de la campaña contra el paludismo (1930-1931)* (Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1932).
112. —*Departamento de estadísticas sanitarias: Resumen de natalidad y mortalidad en España en el año 1936, 1937, 1938, 1939*, 4 vols. (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1940).
113. —*Censo-fichero de centros y personal de los servicios de sanidad materno-infantil en España* (Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1963).



114. —*Catálogo de hospitales* (Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1966).  
Un listado de todos los hospitales en ese año, y sus características básicas. Se publica regularmente y es la base de las estadísticas hospitalarias.
115. —*Hoja informativa núm. 43. Sección de asistencia médico-farmacéutica* (Madrid: Ministerio de la Gobernación, memografiado, 1973).
116. —*Jornadas de la Dirección General de Sanidad y los laboratorios farmacéuticos* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1973).
117. —*Memoria de la Dirección General de Sanidad correspondiente al año 1975* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1975).  
De escaso uso, aunque recopila algunos datos desorganizados. Se publica anualmente, y algunas veces aparece en la *Revista de Higiene y Sanidad Pública*.
118. Dirección General de la Seguridad Social: *El plan nacional de higiene y seguridad del trabajo* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1972).
119. DOUGLAS, William A.: *Death in Murelaga: Funerary Ritual in a Spanish Basque Village* (Seattle: University of Washington Press, 1969).
120. Excelsior (Editorial), *Anuario sanitario español* (Madrid: Excelsior, 1946).
121. ESPASA, Ramón et al.: *La sanidad hoy: Apuntes críticos y una alternativa* (Barcelona: Avance, 1975).  
Una de las críticas más agudas al sector sanitario español. De inspiración comunista y socialista.
122. ESTEVA FABREGAT, Claudio: «Cultura, sociedad y salud mental», *Revista de la Universidad de Madrid* vol. 10, 37 (1961): 287-332.
123. FERNANDEZ, Amador: *Salud y paz* (Valencia: Sucesor de Vives Mora, 1963).
124. FLOREZ, Francisco J.: *Noticias del hombre: Carne, creencias y esperanzas* (Madrid: Prensa Española, 1973).
125. FUNDACION FOESSA, comp.: *Informe sociológico sobre la situación social de España 1966* (Madrid: Euramérica, 1966).
126. —*Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid: Euramérica, 1970).  
Obra de consulta básica para el estudio de la sociedad española. El capítulo de sanidad es la descripción más completa —hasta la fecha— del sector sanitario y su estructura. La recolección de datos es única. Incluye una encuesta nacional a las amas de casa sobre temas de salud. El análisis es sociológico, pero no cubre algunos aspectos esenciales del sector, abundando en comparaciones internacionales.
127. FRANCO, Benitez: *La asistencia médica en los seguros de enfermedad* (Madrid: Gráficas Valera, 1953).
128. Frente Revolucionario Antifacista y Patriótico: *Financiación de la seguridad social* (Madrid: mimeografiado, 1974).

129. DE LA FUENTE CHAOS, Alfonso: «Rutas de la unidad sanitaria», *Ser* 3: (1942): 3-4.
130. —«La sanidad en el medio rural», *Ser* 4 (1942): 3-4.
131. —*Comentarios a la ley del seguro de enfermedad* (Madrid: Delegación Nacional de Sanidad de FET y de las JONS, 1943).
132. —*Los grandes problemas de la medicina actual* (Barcelona: Editorial Científico Médica, 1958).  
Una obra única por su contenido ideológico conservador (fascista).
133. —«La Universidad y la plétora profesional de los médicos», *Arbor* 163-164 (1959): 345-360.
134. DE LA FUENTE, Licinio: *La enseñanza de la medicina y el seguro de enfermedad* (Madrid: INP, 1961).
135. —*La Seguridad Social al servicio de la salud de los trabajadores y de sus familias* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1973).  
Un discurso cuyo contenido ideológico franquista es paradigmático. Presenta claramente los objetivos actuales del modelo de sanidad del INP y del Ministerio de Trabajo.
136. —*Promoción profesional y social de los trabajadores y de sus hijos* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1973).
137. GALLEGO, Antonio: «Spain», pp. 77-86 en Elizabeth Purcell, comp., *World Trends in Medical Education* (Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1971).  
Un buen resumen —en inglés— del sistema médico educativo español. Su comparación con otros países es valiosa.
138. GARCIA, C.E.Q.: «De la autarquía económica al Plan de Desarrollo: Veinticinco años de economía española», pp. 13-46 en Ramón Aboy et al., comps., *Horizonte español 1966*, vol. 1 (Paris: Ruedo Ibérico, 1966).
139. GARCIA MIRANDA, R.: «Necesidad de un libro blanco sobre la sanidad en nuestro país», *Noticias Médicas*, noviembre 3 (1970): 17-32.  
Un buen ejemplo de la ideología de la clase médica sobre la socialización de la sanidad, y la defensa de los intereses de la profesión médica.
140. GASCA, Alejandro y FUERTES, Antonio: *Estudio sociológico de una zona de la Seguridad Social* (Zaragoza: Institución Fernando el Cático, CSIC, 1968).
141. GAUR: *La situación del anciano en España* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1975).
142. GILI MALUQUER, Samuel: «Las prestaciones farmacéuticas en el seguro de enfermedad», *Revista de Trabajo* 14 (1966): 304-355.
143. GINTIS, Herbert y NAVARRO, Vicente: *Crítica de Ivan Illich* (Madrid: Anagrama, 1975).
144. GIRON DE VELASCO, José Antonio: «El seguro de enfermedad en España», *Revista de Trabajo*, (enero 1944).

145. —*Orientaciones sociales del Gobierno* (Madrid: INP, 1945).  
Un documento básico para entender la primera etapa del SOE, y los motivos de la reforma sanitaria del mismo Girón.
146. GOMEZ ARBOLEYA, Enrique y DEL CAMPO, Salustiano: *Para una sociología de la familia española* (Madrid: Ediciones del Congreso de la Familia Española, 1959).
147. GOMEZ JIMENEZ, A.: *Gotas de Esculapio: Comentarios médico-sociales* (Madrid: Publicaciones de la Delegación Nacional de Sanidad, 1944).
148. GONZALEZ, J.: *Existencialismo, dinero y ética. (Con otros ensayos sobre vivencias y observaciones de un médico)* (Madrid: Ediciones Morata, 1952).
149. GONZALEZ DURO, Enrique: *Alcoholismo, una enfermedad para el desarrollo* (Madrid: Cuadernos para el Diálogo, Edicusa, 1974).
150. —*Informe sobre la asistencia psiquiátrica española* (Madrid: Edicusa. «Los Suplementos» n.º 55, 1974).
151. —*La asistencia psiquiátrica en España* (Madrid: Castellote, 1975).  
Uno de los estudios más completos sobre el sector de sanidad mental en nuestro país.
152. GONZALEZ POSADA, Carlos: *Seguros sociales (enfermedad, invalidez, vejez, y muerte)* (Madrid: INP, 1926), 4ª ed.
153. GRANJEL, Luis S.: *Historia de la Medicina española* (Barcelona: Sayma, 1962).
154. GUERRA, Raul: *Medicamentos españoles* (Barcelona: Dopesa, 1972).
155. GUTIERREZ, Manuel: *Normas y orientaciones de carácter religioso para las enfermeras al servicio de la seguridad social* (Madrid: INP, 1966).
156. INFANTE, A. comp.: *Cambio social y crisis sanitaria: Bases para una alternativa* (Madrid: Ayuso, 1975).  
Un análisis crítico del sector sanitario, aunque sin presentar una alternativa clara. Se estudian algunos sectores (Seguridad Social, industria farmacéutica, hospitales, asistencia psiquiátrica, ATS, investigación) sin presentar una crítica global del sistema sanitario (salvo un capítulo teórico sobre cambio social y crisis sanitaria).
157. Inspección General de Enseñanza, Investigación, y Producción, *Estudio epidemiológico y estadístico de España en el quinquenio 1955-1959* (Madrid: IGEIP, 1962).
158. Instituto «Balmes» de Sociología, *Estudios demográficos*, 4 vols. (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1959).  
Una colección única de estudios de sociología de la población y demografía, que es un clásico en su especie. Básico para un análisis histórico de la morbilidad y mortalidad en nuestro país.
159. Instituto Nacional de Estadística, *Tablas de mortalidad de la población española, años 1900 a 1940* (Madrid: INE, 1952).

160. —*Censo de establecimientos sanitarios y benéficos. Referido al día 1.º de noviembre de 1949* (Madrid: INE, 1952).  
Es el primer censo de establecimientos sanitarios del país. Los datos son algo simples e incompletos pero únicos en su especie. Presenta tablas de fecha de construcción de los hospitales.
161. —*El suicidio en España durante medio siglo: 1906-1955* (Madrid: INE, 1959).
162. —*Evolución de las tasas específicas de mortalidad de la población española. Período 1940 a 1950* (Madrid: INE, 1959).
163. —*Esquemas de supervivencia de la población española. Período 1929 a 1957* (Madrid: INE, 1960).
164. —*Tablas de mortalidad de la población española: Año 1950* (Madrid: INE, 1960).
165. —*Censo de establecimientos sanitarios y benéficos: Año 1963* (Madrid: INE, 1964).
166. —*Esquemas de supervivencia de la población española: Período 1957 a 1960* (Madrid: INE, 1964).
167. —*Censo de establecimientos benéfico no sanitarios: Año 1966* (Madrid: INE, 1966).
168. —*Censo de establecimientos sanitarios. Año 1966* (Madrid: INE, 1966).  
Es el segundo censo de establecimientos sanitarios, cuyos datos corresponden a 1963 (a veces confundido como el censo de 1966 que no existe). La cifra de 1966 es un error de imprenta.
169. —*Estadística del movimiento del seguro privado* (Madrid: INE, 1966).
170. —*Tasas de reproducción* (Madrid: INE, 1966).
171. —*Encuesta de equipamiento y nivel cultural de la familia, 2 vols.* (Madrid: INE, 1968).
172. —*Migración y estructura regional* (Madrid: INE, 1968).
173. —*Encuesta sobre bienes de consumo duradero en las familias. Marzo de 1969* (Madrid: INE, 1970).
174. —*Anuario Estadístico de España: Año 1972* (Madrid: INE, 1972).  
Es el anuario (no edición manual) normal estadístico de España. Aparece anualmente, e incluye datos sobre el sector sanitario, y sobre población y morbilidad-mortalidad.
175. —*Estadística del suicidio en España: Años 1966 a 1970* (Madrid: INE, 1972).
176. —*Movimiento natural de la población de España: Año 1969* (Madrid: INE, 1972).  
Incluye estadísticas sobre natalidad, mortalidad y nupcialidad por tipos y provincias. Se publica anualmente. Incluye estadísticas de causas de muerte, pero de fiabilidad dudosa.
177. —*Resumen de la estadística sanitaria de las fuerzas armadas. Hospitales. Años 1960 a 1966* (Madrid: INE, 1972).

178. —*Resumen de la estadística sanitaria de las fuerzas armadas. Hospitales. Años 1967 a 1971* (Madrid: INE, 1973).  
Una de las pocas estadísticas sobre los hospitales militares, de consulta reservada, y con datos de poca utilidad.
179. Instituto Nacional de Previsión: *Régimen obligatorio de subsidios familiares: Premios a la natalidad* (Madrid: INP, 1947).
180. —*Compendio del seguro de enfermedad* (Madrid: INP, 1949).
181. —*Plan nacional de instalaciones sanitarias* (Madrid: INP, 1951).
182. —*Consignas y consideraciones políticas sobre previsión social* (Madrid: INP, 1953).
183. —*Diversos problemas actuales del seguro de enfermedad y de su plan de instalaciones* (Madrid: INP, 1953).
184. —*Informe sobre la prestación farmacéutica en el Seguro de enfermedad* (Madrid: INP, 1958).
185. —*Convenio hispano-italiano de seguridad social. (21 de julio de 1956)* (Madrid: INP, 1961).
186. —*Ley de bases de la seguridad social* (Madrid: INP, 1963).
187. —*Memoria estadística de los seguros sociales administrados por el Instituto Nacional de Previsión. Año 1966* (Madrid: INP, 1967).
188. —*Memoria estadística de las contingencias de la seguridad social administradas por el INP: Año 1967* (Madrid: INP, 1963).
189. —*Memoria estadística de las contingencias de la seguridad social administradas por el INP: Año 1968* (Madrid: INP, 1969).
190. —*Memoria estadística de las contingencias de la seguridad social administradas por el INP: Año 1969* (Madrid: INP, 1970).
191. —*Memoria estadística de las contingencias de la seguridad social administradas por el INP: Año 1967* (Madrid: INP, 1971).
192. —*Reglamento general para el régimen, gobierno y servicios de las instituciones sanitarias de la seguridad social* (Madrid: INP, 1972).
193. —*Memoria estadística de las contingencias de la seguridad social administradas por el INP: Año 1971* (Madrid: INP, 1972).
194. —*Memoria estadística de las contingencias de la seguridad social administradas por el INP: Año 1972* (Madrid: INP, 1973).  
Este resumen estadístico es el documento básico para el análisis de la Seguridad Social. Aparece anualmente, y es bastante completo. No existe un análisis crítico de estas «memorias», ni de lo referente a sanidad, salvo el libro de Joaquín Verges, *La seguridad social española y sus cuentas* (Barcelona: Ariel, 1976), que se refiere al año 1972, fundamentalmente.
195. —*Texto refundido del régimen especial agrario de la seguridad social* (Madrid: INP, 1973).
196. Instituto de Reformas Sociales: *Estadísticas de los accidentes de trabajo* (Madrid: Minuesa de los Ríos, 1904).  
Estadísticas muy detalladas de los accidentes laborales, que aparecien-

- ron anualmente desde 1904 hasta 1921. No existe un análisis sociológico de tales fuentes.
197. Instituto de Sociología Aplicada de Madrid: *Estudio sociológico sobre los subnormales en España* (Madrid: Euramérica, 1969).
  198. JIMENEZ DIAZ, C.: *La historia de mi instituto* (Madrid: Paz Motalvo, 1965).
  199. JORDANA, J.: *La reforma de la seguridad social agraria de diciembre de 1970* (Madrid: INP, 1972).
  200. JORDANA DE POZAS, Luis: *Características del seguro español de enfermedad* (Madrid: INP, 1944).
  201. KAGAN, Richard L.: *Students and Society in Early Modern Spain* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1974).
  202. LAIN ENTRALGO, Pedro: «Naturaleza e historia en la medicina», *Es-corial* 1 (1940): 103-140.
  203. —*Enfermedad y pecado* (Barcelona: Ed. Toray, 1961).
  204. —«La estructura de la relación entre el médico y el enfermo», pp. 111-123 en Thure Von Vexküll et al., comp., *Medicina y Sociedad: Revista de La Universidad de Madrid*, vol. 10. núm. 37 (1961).
  205. —*Historia de la medicina moderna y contemporánea* (Barcelona: Ed. Científico Médica, 1963), 2.<sup>a</sup> ed.
  206. —*La relación médico-enfermo* (Madrid: Revista de Occidente, 1964).  
Un análisis clásico de la relación entre médico y paciente, en la tradición conservadora y humanista.
  207. —*El estado de enfermedad: Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica* (Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1968).
  208. —*La medicina actual* (Madrid: Seminarios y Ediciones, 1973).  
Un documento básico para analizar la propia evolución de Lain. Sobresale la necesidad de un desarrollo de la Sociología de la Medicina. Los temas más básicos (socialización, regionalización, democratización) no se analizan en profundidad.
  209. —*Descargo de conciencia (1930-1960)* (Barcelona: Barral, 1976). La biografía política e intelectual, apasionante, en forma de *mea culpa*. Indispensable para entender las relaciones entre sanidad, política, y universidad en esos años en España.
  210. LARA, Juan M.: *De la vida médica rural* (Madrid: Impreta Diez Dos Hermanas, 1945).
  211. LEGUINA, Joaquín: «La mortalidad infantil. Aplicación del método biométrico de Bourgeois-Pichat a las provincias españolas 1960-1965», *Estadística Española* 47 (1970).
  212. —«Análisis demográfico del envejecimiento de la población española (1900-1960)», *Revista de Estudios Sociales* 5 (1972): 175-227.
  213. LINZ, Juan J.: *Estructura y dinámica de los grupos sociales en España* (Madrid: Comisaría para el Plan de Desarrollo, 1967, mimeografiado).

Incluye un estudio inédito sobre la profesión de practicante, con una encuesta de actitudes.

214. LLOMBART, Antonio y GASTAMINZA, Ubaldo: *Cincuenta años de mortalidad y morbilidad cancerosa española* (San Sebastián: Instituto Radio-Quirúrgico de Guipúzcoa, 1954).
215. LOMAS, F.: «Los médicos y la medicina en el seguro español de enfermedad», *Revista Española de Seguridad Social* (enero 1949).
216. LOPEZ-CEPERO, J.M., DE MIGUEL, A., GONZALEZ SEARA, L. y CASTILLO, J.: *Encuesta sobre la profesionalidad médica en España* (Madrid: Instituto Internacional de Clases Médicas, 1960).  
El proyecto de una de las encuestas sociológicas en nuestro país. Desafortunadamente, nunca llegó a realizarse (excepto el cuestionario y el planteamiento teórico) salvo la parte relativa a Cataluña (por Salustiano del Campo). Es una herramienta básica para realizar el próximo análisis de la profesión médica española.
217. LOPEZ IBOR, Juan J.: *Lecciones de Psicología médica* (Madrid: Paz Montalvo, 1965).
218. — *Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo* (Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica, 1968).
219. — *Alineación y nenúfares amarillos* (Barcelona: Dopesa, 1976).
220. LOPEZ PIÑERO, José M., GARCIA, Luis y FAUS, Pilar: *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX* (Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964).
221. LOPEZ PIÑERO, José M. y GARCIA BALLESTER, Luis: *Introducción a la medicina* (Barcelona: Ariel, 1971).
222. MARAÑÓN, Gregorio: *Obras completas*, 11 vols. (Madrid: Espasa Calpe, 1968).
223. MARTI IBAÑEZ, Félix: *Centaur: Essays on the History of Medical Ideas* (Nueva York: MD Publications, 1958).  
Una —entre muchas— de las obras de este médico catalán exilado, con un énfasis en problemas sociales y en Historia de la Medicina. El análisis de la obra intelectual de este autor todavía no ha sido realizado en nuestro país.
224. MARTINEZ ESTRADA, José: «La introducción de la salud y su problemática en el mundo del trabajo», *Revista de Trabajo* 17 (1966): 27-53.
225. MATILLA, Valentín comp.: *Tratado de epidemiología* (Madrid: Estades, 1947).
226. DE MIGUEL, Amando: «Psiquiatría y sociedad. El lugar del psiquiatra y de la enfermedad mental en la estructura social», *Papers: Revista de Sociología* 1 (1973): 11-36.
227. — *Diagnóstico de la Universidad* (Madrid: Guadarrama, 1973).

228. —«Sobre lo masculino y lo femenino en la relación sexual y social», *Sistema* 4 (1974): 75-88.
229. —«La profesión médica en España», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 147-182.  
Un análisis básico sobre la ideologías de la profesión médica utilizando textos, y las contestaciones a una encuesta realizada por el ICE.
230. —*Reformar la Universidad* (Barcelona: Euros, 1976).
231. DE MIGUEL, Amando et al., *Estructura del mercado de graduados en España* (Madrid: mimeografiado, 1973).
232. —*Estadísticas de España 1900-1970* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1974).
233. DE MIGUEL, Jesús: «El suicidio en España», *Revista Española de la Opinión Pública* 18 (1969): 195-233.
234. —«El suicidio en España», *Revista Internacional de Sociología* 109 (1970): 21-44.
235. —*El ritmo de la vida social* (Madrid: Tecnos, 1973).  
Un análisis detallado de la dinámica de la población española, y un estudio de las tendencias suicidas, desde 1900. El libro incluye una metodología propia no utilizada hasta la fecha en los estudios de sociología de la población realizados en nuestro país.
236. —NMRS y el tabaco: Un análisis sociológico y epidemiológico», *Revista Española de la Opinión Pública* 33 (1973): 189-230.
237. —«Health in the Mediterranean Region: The Case of Spain», *Revista Internacional de Sociología* 5-6 (1973): 83-137.
238. —«Los índices de mortalidad como indicadores de la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales», *Revista Internacional de Sociología* 3-4 (1973): 31-50.
239. —«España: El rabo por desollar de Europa. Especulaciones sobre nuestro atraso demográfico», *Gentleman* 10 (1974): 44-50 y 108-109.
240. —«La relación sociedad-médico-enfermo», *Tauta: Medicina y Sociedad* 23 (1974): 7-17; y *Annali di Sociologia* 11 (1974): 38-46.
241. —«A Framework For the Study of National Health Systems», *Inquiry*, vol. 12, n.º 2 (1975): 10-24.
242. —«Sociología de la medicina "versus" sociología en la medicina», *Revista Española de la Opinión Pública* 38 (1975): 45-54.
243. —«Unanticipated Consequences of Economic Development: Health Underdevelopment in Europe», *Sixth Conference on the Atlantic Community* (Washington D.C.: febrero, 1975), 49 pp., mimeografiado.
244. —«The Spanish Health Planning Experience 1964-1975», *Social Science and Medicine* 9 (1975): 451-459.  
La crítica más completa, hasta la fecha, a los planes de desarrollo sanitarios oficiales, con un análisis detallado de las proyecciones.
245. —«Poder y democracia de las asociaciones profesionales médicas: El



caso del AMA y la BMA», *Revista de Estudios Políticos* 200-201 (1975): 137-175.

246. —*Health in the Mediterranean Region: A Comparative Analysis of the Health Systems of Portugal, Spain, Italy, and Yugoslavia*. Tesis de Ph. D. Yale University, USA; 1976 (ann Arbor, Mich, University Microfilms, 1976).  
Un estudio denso (de más de setecientas páginas) sobre las diferencias de clase social, regiones, y estratos rurales urbanos de los sistemas sanitarios de cuatro países de la Europa meridional.
247. —«Fundamentos de sociología de la medicina», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 209-269.  
Define el concepto, método y fuentes de la Sociología de la Medicina, a la vez que proporciona una bibliografía básica nacional (y otra extranjera) para su estudio.
248. —«La educación médica en los países mediterráneos», *Doctor: Información Profesional* (enero 1976): 8-18.
249. —*La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976).  
El estudio más sistemático y completo que existe sobre el capital humano dentro del sector sanitario. El libro incluye un detallado estudio de las profesiones sanitarias, la población estudiantil, y el resto de la población activa en sanidad. Se sientan las bases para una planificación adecuada de todo el sector. El tono es crítico y programático.
250. —«Planificación y reforma sanitarias en la sociedad española». *Doctor: Información Profesional* (febrero 1976): 64-79.  
Una crítica del sistema de planificación sanitaria española, y de los intentos de reforma sanitaria realizados, especialmente el de la CIRS.
251. —«Problems for a Regionalization of Health Services in Southern Europe» *Fogarty International Center* (Bethesda, NIH: 24-26 mayo 1976).
252. —«Un modelo crítico sobre (supuestos) enfermos mentales» *Revista Española de la Opinión Pública* 43 (1976): 73-97.
253. —«La reforma sanitaria», pp. 571-576 en Javier Figuero, Ana Baselga y Catalina G. Madaria, *Las reformas urgentes* (Madrid: Taller Ediciones JB, 1976).
254. —«Sector sanitario: Factores en el desarrollo cualitativo», *Doctor: Información Profesional* (mayo 1976), pp. 57-64.
255. —«Policies and Politics of the Health Reforms in Southern European Countries: A Sociological Critique», *Social Science and Medicine* II (1977): 379-393.  
Véase también: «The Role of the Medical Profession in Non-Democratic Countries: The Case of Spain», pp. 41-59 en: Margaret Stacey, et al., *Health and the Division of Labour* (Londres: Croom Helm, 1977).

256. —*Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Madrid: Vicens Vives, 1978).  
El único libro de texto sobre Sociología de la Medicina. Incluye los paradigmas teóricos, la micro- y la macro- Sociología de la Medicina, aspectos metodológicos, y un apartado en tres capítulos sobre cambio social y sector sanitario. Véase también la parte de Sociología de la Medicina de su libro: *Sociology in Spain* (Londres: Sage, 1978).
257. DE MIGUEL, Jesús M. comp.: *Sociología y Medicina, Papers: Revista de Sociología* 5 (1976).  
Un volumen entero de la revista del Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona, dedicado a Sociología de la Medicina; con artículos de Nuyens, Moragas, Oltra, Perinat, Amando de Miguel y Yuste.
258. DE MIGUEL, Jesús M. y OLTRA, Benjamin: «Para una sociología de la salud mental en España», *Revista Española de la Opinión Pública* 24 (1971).
259. Ministerio de Educación y Ciencia: *La educación en España: Bases para una política educativa* (Madrid: MEC, 1969).  
Conocido también como el *Libro Blanco de la Educación*, es un documento básico para el análisis de la educación médica y de otras ciencias médicas (farmacia, veterinaria, ATS, investigación).
260. Ministerio de la Gobernación, *Problemas fundamentales de beneficencia y asistencia social* (Madrid: Ministerio de Gobernación, 1967).
261. —«Catálogo de Hospitales 1970», pp. 5631-5662 en *Boletín Oficial del Estado* (22 marzo de 1973).
262. Ministerio de Trabajo: *Textos articulados de la ley 193/1963, de 28 de diciembre, de bases de la Seguridad Social* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1966).
263. —*Balances de las entidades colaboradoras del SOE correspondientes al año 1964* (Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Trabajo, 1966).
264. —*Régimen general de la Seguridad Social: Estatuto jurídico del personal médico* (Madrid: IMNASA, 1976).
265. —*Régimen general de la Seguridad Social: Asistencia sanitaria. Disposiciones reglamentarias* (Madrid: IMNASA, 1968).
266. —*Régimen general de la Seguridad Social: Asistencia sanitaria. Disposiciones reglamentarias.* (Madrid: IMNASA, 1969).
267. —*Régimen general de la Seguridad Social: Estatuto jurídico y retribuciones de enfermeras* (Madrid: IMNASA, 1969).
268. —*Régimen general de la Seguridad Social. Estatuto jurídico y retribuciones de las matronas* (Madrid: IMNASA, 1969).
269. —*Régimen general de la Seguridad Social. Estatuto jurídico y retribuciones de practicantes ayudantes técnicos sanitarios.* (Madrid: IMNASA, 1969).

270. —*Memoria 1969. Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión*, 2.º vol. (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1972).
271. MONTERO, A.: *Legislación del SOE*, 2.ª ed. (Málaga: Tipografía Hispánica, 1968).
272. MORAGAS, Ricardo: «Fundamentos sociales de la rehabilitación», *Anales de Medicina* 52 (junio 1966).
273. —«Modelos sociales de rehabilitación», *Revista de Trabajo* 22 (1968): 57-68.
274. —«Aspectos sociológicos de la disminución», *ECOM*, Barcelona, (1971).
275. —«La integración social: Concepto y aplicaciones», *Revista de Estudios Sociales* 6 (1972).
276. —*Rehabilitación: Un enfoque integral* (Barcelona: Vicens Vives, 1972). Un texto básico sobre rehabilitación con un enfoque teórico. No proporciona datos originales, pero sí teorías sobre la rehabilitación y prevención terciaria.
277. —«Aceptación social e integración», *MINUSVAL* 74, Ponencia n.º 5 (1974).
278. —«Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 31-54.
279. MOYA, Gonzalo et al.: «Las enfermedades neurológicas enfermedades sociales», *Revista de Sanidad Pública e Higiene* (1964).
280. MUÑOZ, Pedro E.: *Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1970).
281. NADAL, Jorge: «Historia de la población española», en M. Reinhard, y A. Armengaud, *Historia de la población mundial* (Barcelona: Ariel, 1966).
282. NAVARRO, Luis: *Mortalidad en la ciudad de Zaragoza durante un siglo: (1861-1960)* (Zaragoza: Institución Fernando el Cático, del CSIC, 1968).
283. NAVARRO Y GARCIA, E.: «Avance sobre el estudio de la morbilidad de los subnormales amparados por la seguridad social», pp. 143-173 en Adolfo Serigó, comp., *Algunos trabajos de epidemiología psiquiátrica realizados en España* (Madrid: PANAP, 1971).
284. OBIOLS, Juan et al.: *Psiquiatría y antipsiquiatría* (Barcelona: Salvat, 1975).
285. OCDE: *The Mediterranean Regional Project: An Experiment in Planning by Six Countries* (París: OECD, 1965).
286. —*Science and Development. National Reports of Pilot Teams: Spain* (París: OECD, 1968).
287. —*Reviews of National Science Policy* (París: OECD, 1971).
288. —*Spain* (París: OECD, 1972).
289. OLTRA, Benjamín y DE MIGUEL, Jesús M.: «Sistema sanitario y cambio social: Un estudio de "path analysis" para el caso de España», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 55-99.

La primera vez que se realiza en España un *path analysis* en un trabajo de Sociología y relativo al sector sanitario. El trabajo incluye —además de esta novedad metodológica— la aplicación de un modelo sistémico a un caso de morbilidad y de estructura sanitaria.

290. OSUNA, José M.: *Los curanderos* (Barcelona: Aula de Ediciones, 1971).
291. PALANCA, J.A., CLAVERO, G., ZAPATERO, E. y NAJERA, L.: *Orientaciones actuales en sanidad pública: Un esquema de medicina preventiva* (Madrid: Gráficas González, 1947).  
Uno de los textos clásicos de Medicina Social y Preventiva, en la tradición de los libros de higiene, pero escrito con cierta calidad. Incluye capítulos de mortalidad infantil, demografía sanitaria; y uno sobre los seguros sociales sanitarios, que conviene tener en cuenta.
292. PARDELL, Helios: «Hospitales españoles en 1972», *Doctor: Información Profesional* (septiembre 1976): 8-25.
293. PASCUA, Marcelino: *Mortalidad en España por rúbricas de la lista internacional abreviada de causas de defunción y algunos otros índices de movimiento de población* (Madrid: Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, 1934).  
Un estudio clásico (y único para su fecha) de tono francamente progresivo, sobre el análisis de la mortalidad y sus causas en nuestro país.
294. —*Morbilidades globales* (Madrid: INP, 1935).
295. —*Mortalidad específica en España* (Madrid: Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, 1935), 2 vols.
296. —*Mortalidad específica en España* (Baltimores: Publications Press, 1942).
297. —*Metodología bioestadística: Para médicos y oficiales sanitarios* (Madrid: Paz Montalvo, 1965).
298. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, *Algunos trabajos de epidemiología psiquiátrica realizados en España* (Madrid: PANAP, 1971).  
Una colección de algunos de los primeros estudios epidemiológicos psiquiátricos en nuestro país. El alcance es limitado, pero la metodología novedosa.
299. PEIRO, Francisco: *Deontología médica*, 4.<sup>a</sup> ed. (Madrid: Imprenta Sáez, 1951).
300. PERENZA DE AYALA, Trino: *La psiquiatría española en el siglo XIX* (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1947).
301. PEREZ DE GUZMAN, Torcuato et al.: «Una tipología de los médicos españoles por estratos de residencia: Rural, urbano, y metropolitano», *Boletín del Centro de Estudios Sociales*, vol. 9. (1960): 5-13.
302. PERINAT, A.: «Cambio social y modernización en una institución hospitalaria religiosa», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 125-145.

303. PERPIÑA, Antonio: *Filosofía de la Seguridad Social: Ontología de la previsión actual* (Madrid: INP, 1952).
304. — *Sociología de la Seguridad Social* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1972).
305. PERPIÑA, Román: «Estructura y dinámica de los movimientos de población en España 1900-1960», *Anales de Moral Social y Económica* 8 (1965).
306. — *De economía hispana, infraestructura, historia* (Barcelona: Ariel, 1972).
307. DEL PESO, Carlos: *La protección legal del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional 1900-1967* (Madrid: INP, 1971).
308. PIEDROLA, Gonzalo: *Envejecimiento de las poblaciones. Problemas que crea y organización para salucionarlos. (Para médicos y sociólogos)* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1955).
309. — «Higiene individual», pp. 599-614 en J. Belén et al., comps., *Medicina preventiva y social. Higiene* (Madrid: Amaro, 1971).
310. PIEDROLA, Gonzalo comp.: *Medicina preventiva y social: Higiene* (Madrid: Amaro, 1971).  
Un texto universitario de Medicina Social con un enfoque tradicional y una ideología conservadora. La calidad es baja; representa un ejemplo de lo que se produce en nuestro país en este campo por la profesión institucionalizada.
311. PITT-RIVERS, J.A.: *The People of the Sierra* (Londres: Weidenfeld and Nicolson, 1954).
312. POZUELO ESCUDERO, Vicente: *Marañón y su obra en la medicina: Reflexiones de un discípulo* (Madrid: CULTURA Clásica y Moderna, 1965).
313. FERNANDEZ PULIDO, Angel: *Sanidad pública en España y Ministerio social de las clases médicas* (Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1902).
314. SANZ QUESADA, Jesús: *El Seguro de Enfermedad y los médicos en el momento actual* (S.L. Impreta El Tiempo, 1962).
315. — *Unidad de la medicina y unión de los médicos* (Murcia: Sucesores de Nogués, 1969).  
Uno de los informes que demuestran el monopolio y autonomía de la profesión médica. Los contenidos ideológicos son ilustrativos y paradigmáticos.
316. QUIJANO, Francisco G.: «Sobre las posibilidades de supervivir según el número de hijos de cada familia», *Revista Internacional de Sociología* 28 (1949): 99-118.
317. DE LA QUINTANA, Primitivo: «Problemas de población y política sanitaria», *Revista de Estudios Políticos* 6 (1942).

318. —«Valor demográfico del medio natural y del medio social», *Revista Internacional de Sociología* 33 (1951): 95-127.
319. —*Sociedad, cambio social y problemas de salud* (Madrid: Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, 1966).  
El planteamiento del sector sanitario y la salud pública, dentro de unas coordenadas sociológicas clásicas. Un enfoque ambicioso y que avanza teóricamente en forma limitada.
320. R-CANDELA, J. L.: «Biomedical Research in Spain», pp. 195-203 en Ciba Foundation, comps., *Medical Research Systems in Europe* (Amsterdam: Elsevier, 1973).
321. Real Consejo de Sanidad: *Cuestiones fundamentales de higiene pública en España* (Madrid: Ministerio de Gobernación, 1901).
322. Revista de la Universidad de Madrid: *Medicina y Sociedad* (Madrid: Universidad de Madrid, 1961).  
Una colección de once artículos sobre «Medicina Social» (según una definición tradicional) con autores como Lain, Rof, Gonzalo Piédrola, Royo-Villanova. Destaca un estudio de antropología sanitaria de Claudio Esteva Fabregat.
323. RIBERA, Manuel J.: «Diez años de Medicina», *Cuadernos para el Diálogo*, extraordinario n.º 38 (1974): 122-124.
324. RICO-AVELLO, Carlos: *Historia de la sanidad española (1900-1925)* (Madrid: Ernesto Giménez, 1969).
325. ROCHE, Marcel: «Science in Spanish and Spanish American civilization», pp. 143-160 en Ciba Foundation Symposium, comps., *Civilization and Science: In Conflict or Collaboration?* (Amsterdam, Elsevier, 1972).
326. ROF CARBALLO, Juan: *Medicina y actividad creadora* (Madrid: Revista de Occidente, 1964).
327. ROF CARBALLO, Juan et al.: *El cansancio de la vida* (Madrid: Karpós, 1975).
328. ROLDAN, Santiago: «Algunos aspectos de la industria farmacéutica en España», *Revista de Trabajo* 14 (1966): 323-345.
329. ROMERO, José L. y DE MIGUEL, Amando: *El capital humano: Ideas para una planificación social de la enseñanza en España* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1969).  
Uno de los primeros análisis del sector educativo en nuestro país, y una crítica implícita al Libro Blanco de Educación.
330. ROS JIMENO, José: «La natalidad en España después de la guerra, y la población», *Revista Internacional de Sociología* 15-16 (1946).
331. —«Mortalidad y esperanza de vida», *Revista Internacional de Sociología* 43 (1953): 79-104.
332. ROS JIMENO, José et al.: *Estudios demográficos* (Madrid: CSIC, 1945).

- Un libro clásico en el análisis demográfico del país, con capítulos relativos a morbilidad y mortalidad.
333. ROYO VILLANOVA, Ricardo: *Crisis de la salud y defensa de la enfermedad* (Madrid: Aguilar, 1963).
  334. RUBIO, Rodrigo: *Minusválidos* (Barcelona: Plaza y Janés, 1971).
  335. RULL SABATER, Alberto: *Instituciones y economía de la seguridad social española* (Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1974).
  336. SALILLAS, Rafael: *La fascinación en España (Brujas-brujería-amuletos)* (Madrid: Imprenta Eduardo Arias, s.f.).
  337. SANCHEZ, Adrián: *La medicina en el seguro nacional de enfermedad* (Madrid: INP, 1946).
  338. SANCHEZ-CUENCA, B.: *El médico y la medicina de ayer y de hoy* (Madrid: Aguilar, 1955).
  339. SANCHEZ MARISCAL, T. et al.: «Estudio del indicador de Swaroop en España y su afectación por los movimientos migratorios agrosurbe», *Revista de Trabajo* 14 (1966).
  340. SANCHEZ VERDUGO, José: *Influencia de la guerra en algunos fenómenos demográficos* (Madrid: INE, 1947).  
Un estudio poco conocido, pero imprescindible para el análisis sanitario de la postguerra civil en España.
  341. —«La población española: Cómo se distribuyen cómo nace, y como muere», *Revista Internacional de Sociología* (1952): 38-365; 39: 93-116; y 40: 347-360.
  342. SANTO DOMINGO, Joaquín et al.: *Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España* (Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1966).
  343. Secretariado de Educación Especial, *Deficiencia mental, cuestión urgente* (Madrid: Euramérica, 1966).
  344. SEGOVIA DE ARANA, José M.: *Medicina hospitalaria y seguridad social* (Madrid: INP, 1967).
  345. SERIGO, Adolfo: *La evolución de la mortalidad infantil en España. Bases actuales para la lucha* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1964).
  346. —*Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales* (Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1968).
  347. —*Metodología de la investigación sanitaria y social* (Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1972).
  348. —*Medicina preventiva y social*, 3 vols. (León: Everest. Institución Fray Bernardino de Sahagún, 1972).  
Un manual voluminoso sobre Medicina Social. A pesar del esfuerzo es de relativa importancia por falta de una base teórica sólida, y de referencias claras.

349. SERIGO, Adolfo y PORRAS, Pedro: *La planificación de la asistencia hospitalaria en España* (Madrid: PANAP, 1966).
350. SERIGO, Adolfo et al.: *El papel del médico general en los servicios de salud mental* (Madrid: PANAP, 1970).
351. —«Sociología de la sanidad y la administración», pp. 407-528 en Fundación FOESSA, *Informe sociológico sobre la situación social de España 1975* (Madrid: Euramérica, 1976).  
Un análisis sistemático del sector sanitario, sin aportar datos nuevos pero recolectando muchos de otros autores. El modelo propuesto es de una re-organización sanitaria y no el de un Servicio Sanitario Nacional.
352. SERRANO, Enrique: *El seguro de enfermedad y sus problemas* (Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1950).  
Un manual básico sobre el SOE y su funcionamiento en su primera etapa. El punto de vista es casi exclusivamente el legal, pero resulta de interés sociológico por su cobertura.
353. Servicio Nacional de Asociaciones Familiares: *El problema de los niños subnormales* (Madrid: Familia Española, 1964).
354. SOLER SABARIS, Felipe: *Problemas de la Seguridad Social española* (Barcelona: Pulso, 1971).  
Una (breve) crítica del SOE y la Seguridad Social, realizada con agudeza, aunque sin demasiados datos. Un libro esencial para el tema del sector sanitario dentro de la Seguridad Social.
355. SUAREZ, Armando: *La administración en la gestión del centro sanitario* (Madrid: INP, 1972).
356. TAMAMES, Ramón: *Qué es la planificación democrática* (Barcelona: La Gaya Ciencia, 1976).  
Aunque no se refiere estrictamente al sector sanitario es un ejemplo del sistema de *planificación* que abogaría el PCE para nuestro país. El libro está escrito para un público extenso, y por eso denota incorrecciones y generalizaciones excesivas.
357. TAUTA: *Demografía y control de natalidad* 8 (1973).  
Uno de los primeros estudios sobre control de natalidad con una perspectiva moderna. La revista *Tauta* subtitulada: *Medicina y Sociedad* (una de las poquísimas en su género) tuvo —desgraciadamente— una vida corta. Salvo *Dr.: Política Profesional* no hay otra que cubra aspectos de Sociología de la Medicina.
358. TORREGROSA, José R.: «Identidad personal y alineación en el hombre de la gran ciudad», *Anales de Moral Social y Económica* (1970).
359. UGALDE, Antonio: Consideraciones teóricas sobre el proceso de toma de decisiones en el sector salud (Medellín, Colombia: Escuela Nacional de Salud Pública, 1972).
360. —«A Decision Model For the Study of Public Bureaucracies», *Policy Sciences* 4 (1973): 75-84.



361. —«Los procesos de toma de decisiones en el sector sanitario y sus implicaciones políticas», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 101-124. Un sugestivo análisis sobre el tema de procesos-de-toma-de-decisiones (del que se ha publicado muy poco) en el sector sanitario, y una aportación importante al tema de la política sanitaria.
362. *Un futuro para España: La democracia económica y política* (París: 1968. Prólogo de Santiago Carrillo).
363. Unión Médica Farmacéutica Española: *Relación numérica de médicos, odontólogos y veterinarios de España* (Madrid: UMFE, 1975). Distribución numérica de profesionales sanitarios, distinguiendo por capital de provincia y resto. Los datos más exactos que se conocen. Se publica anualmente.
364. VALLEJO NAJARA, A.: *Higiene de la raza: La asexualización de los psicópatas* (Madrid: Ediciones Medicina, 1934).
365. —*Psicopatología de la conducta antisocial* (San Sebastián: Editorial Española, 1937).
366. —«Fecundidad de los enfermos psíquicos», *Revista Internacional de Sociología* 26 (1949): 115-124.
367. VARELA, Gregorio: *La nutrición de los españoles: Diagnóstico y recomendaciones* (Madrid: Estudios del Instituto de Desarrollo Económico, 1971).
368. VERDEJO, C.: *La marihuana en la salud* (Madrid: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, 1973).
369. VILLAR SALINAS, Jesús: *Repercusiones demográficas de la última guerra civil española* (Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 1942).
370. —«El balance de la vida y la muerte. Influencia de la mortalidad en el crecimiento de la población española», *Revista Internacional de Sociología* 6 (1944): 79-101.
371. —«Pasado, presente, y futuro de la profesión médica», *Revista Internacional de Sociología* (febrero 1949).
372. —«Mortalidad específica española comparada con la de otros países», *Revista Internacional de Sociología* 30 (1950): 381-422.
373. —«La mortalidad infantil contemporánea de las provincias españolas disociada en sus dos grandes causas: mortalidad perinatal y mortalidad influenciada», *Revista Internacional de Sociología* (1951) 34: 364-388; y 35: 81-106.
374. —*Tendencia contemporánea de la mortalidad infantil española* (Madrid: Dirección General de Sanidad, 1951).
375. WAR DEPARTMENT, USA: *Medical and Society Data on Spain. (Exclusive of the Balearic and Canary Island)* (Washington: USA War Department, 1945).  
Un informe curioso preparado para la eventual invasión de España por

- el ejército norteamericano. Presenta datos inéditos, y cálculos de profesionales sanitarios y hospitales que no se obtienen en otras fuentes.
376. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *World Directory of Medical Schools* (Ginebra: OMS, 1963).
  377. —*World Directory of Schools of Pharmacy 1963* (Ginebra: OMS, 1966).
  378. —*National Health Planning in Developing Countries* (Ginebra: OMS, 1967).
  379. —*World Directory of Dental Schools 1963* (Ginebra: OMS, 1967).
  380. —*World Directory of Veterinary Schools 1964* (Ginebra: OMS, 1968).
  381. —*Statistical Indicators for the Planning and Evaluation of Public Health Programmes* (Ginebra: OMS, 1971).
  382. —*World Directory of Schools of Public Health 1971* (Ginebra: OMS, 1971).
  383. WHO, Regional Office for Europe: *The Preventions of Accidents in Childhood* (Copenhague: OMS, 1962).
  384. —*Mortality Statistics* (Copenhague: OMS, 1962).
  385. —*Morbidity Statistics* (Copenhague: OMS, 1962).
  386. —*Health Services in Europe* (Copenhague: OMS, 1965).
  387. —*Schools of Public Health in Europe* (Copenhague: OMS, 1965).
  388. —*Public Health Administration in Europe* (Copenhague, 1965).
  389. —*Conference of Public Health Problems in Mediterranean Countries* (Copenhague: OMS, 1966).
  390. —*The Prevention and Control of Cardiovascular Diseases* (Copenhague: OMS, 1966).
  391. —*The Health Aspects of Planning for Regional Socio-Economic Development* (Copenhague: OMS, 1968).
  392. —*Methods of Estimating Health Manpower* (Copenhague: OMS, 1969).
  393. —*The Future of Medical Education in Europe* (Copenhague: OMS, 1969).
  394. —*Demography of Medical Education* (Copenhague: OMS, 1970).
  395. —*Classification and Evaluation of Mental Health Service Activities* (Copenhague: OMS, 1971).
  396. —*Information on Health and Medical Services* (Copenhague: OMS, 1971).
  397. —*The Demographic Aspects of Health Manpower* (Copenhague: OMS, 1971).
  398. —*Data Collection and Classification in Services for the Mentally Retarded* (Copenhague: OMS, 1972).
  399. —*Induced abortion as a Public Health Problem* (Copenhague: OMS, 1972).
  400. —*Planning and Evaluating Dental Health Services* (Copenhague: OMS, 1972).
  401. —*The Inter-Country Spread of Venereal Diseases* (Copenhague: OMS, 1972).

402. —*Medical Certification of Causes of Death* (Copenhague: OMS, 1973).
403. —*The Development of Comprehensive Mental Health Services in the Community* (Copenhague: OMS, 1973).
404. —*The Evaluation of Public Health Programmes* (Copenhague: OMS, 1973).
405. —*Health Planning in National Development* (Copenhague: OMS, 1973).
406. —*The Application of Epidemiology to the Planning and Evaluation of Health Services* (Copenhague: OMS, 1974).
407. —*European Conference on National Health Planning. Bucharest, 12-16 march 1974* (Copenhague: OMS, 1974).
408. Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, *Funció social de la Medicina* (Barcelona: Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1976).  
Una colecció de ponències sobre societat i sanitat. Se proposa clarament la creació d'un Servei Sanitari Nacional (Cataluña) i un model socialista-comunista de reforma sanitària. És la primera vegada que la professió mèdica en el nostre país presenta una postura tan avançada. Aquest volum inclou únicament la segona taula sobre la funció social de la Medicina.
409. LAMARTINES YATES, P.: «Health», pp. 344-374 en J. K. Dewhurst, et al., comps. *Europe's Needs and Resources* (Nova York: Twentieth Century Fund, 1961).
410. YUSTE GRIJALBA, Francisco J.: «Aplicacions de los mètodes epidemiològics al estudi de les malalties mentals» *Trabajos de investigación. Becas Facultad de Medicina de Madrid* (Madrid: Universidad de Madrid, 1965).
411. —*Psiquiatria y sociedad* (Barcelona: Pulso, 1971).
412. —*La educación sanitaria* (Madrid: Marsiega, 1971).
413. —*Hacia una sociología de la medicina* (Barcelona: Aula de Ediciones, 1971).  
Uno de los primeros manuales introductorios de la Sociología de la Medicina, escrito por un médico-sanitario. El libro incluye un extenso capítulo sobre los aspectos organizativos de la sanidad española; e incluso uno sobre «planificación familiar».
414. —«Un punto de vista médico social sobre la dependencia de la droga», *Papers: Revista de Sociología* 5 (1976): 183-207.
415. ZAPATERO, E. y YUSTE, F. J.: *Introducción a la medicina preventiva y social* (Barcelona: Pulso, 1971).  
Seguramente el primer manual de Medicina Preventiva y Social con un enfoque moderno. A pesar de su brevedad expone con claridad algunos temas relacionados con Sociología de la Medicina, e incluso dedica un apartado al análisis de la profesión médica.









