

POLITICA SANITARIA EN ESPAÑA

EXISTE una política sanitaria en España? ¿Con qué objetivos? ¿Con qué prioridades? ¿Con qué medios? ¿Con qué controles?

Durante los últimos meses, varios escritos publicados en las revistas españolas pusieron nuevamente de relieve una amplia relación de defectos cuantitativos y cualitativos de la sanidad que contribuían al conocimiento de su estructura y funcionamiento. En este conjunto complejo, después de una primera aproximación que nos facilitan los datos, nos parece importante intentar desentrañar los obstáculos más resistentes, los intereses más comprometidos, las contradicciones más agudas que dificultan una política orientada a la satisfacción de las necesidades sociales de hoy.

Examinaremos tres puntos, ahora tratados con brevedad, con el propósito de contribuir a esclarecer y difundir estas cuestiones decisivas.

- 1) La incapacidad de un sistema económico para realizar las tareas que implica el cuidado de la salud.

El cuidado de la salud hace necesarias unas condiciones sociales de vida progresivamente mejores y más adecuadas al nivel de desarrollo alcanzado. Pensar, por tanto, en el cuidado de la salud supone pensar también en las condiciones que la hacen posible, como son la alimentación, régimen de trabajo, vivienda, educación y el modo de vida. Es bien patente la repercusión en la salud de una alimentación defectuosa, escasa y poco equilibrada de una vivienda reducida, con malas condiciones de habitabilidad; de un régimen de trabajo sobrecargado en esfuerzo físico y número de horas, y, finalmente, ¿cómo no van a influir también las condiciones culturales en la detección precoz de las enfermedades, en los cuidados sanitarios necesarios y en el cumplimiento de las normas médicas señaladas?

En este sistema económico, en el que beneficios y salarios son antagónicos, su objetivo de mayores beneficios repercute inmediata y negativamente en unos salarios con real capacidad adquisitiva y, como consecuencia, en la calidad de vida de la población. Y si en los últimos años estas condiciones sociales han experimentado una evidente mejoría, son, sin duda, muy insatisfactorias para el nivel económico y de producción social alcanzado. Pues es claro que la me-

joría de las condiciones sociales, el bienestar y la salud sólo se han alcanzado después de haberse logrado determinados objetivos: los objetivos de los intereses económicos.

Así y todo, el progreso y mejoría de estas condiciones no se han producido directamente, de modo inmediato. Han intervenido de modo decisivo, por un lado, las reivindicaciones y lucha de los trabajadores, una lucha compleja, difícil, sobredeterminada política e ideológicamente y muchas veces llena de

amarguras y fracasos; por otro, el interés del capital, que al alcanzar un tope, no puede extraer más beneficios, a menos que contribuya a mejorar estas condiciones de vida.

Se comprende así que no exista un interés dirigido a satisfacer las necesidades que implica el cuidado de la salud, y que sólo puede llegar a estar comprometido en la prevención de la enfermedad y en la elevación del nivel de salud en aquellos casos en los que el desarrollo económico sea muy alto. Porque, entonces, una población

Un creciente número de médicos se hace consciente de las necesidades sociales actuales y rechaza como superada la práctica de una Medicina privada.



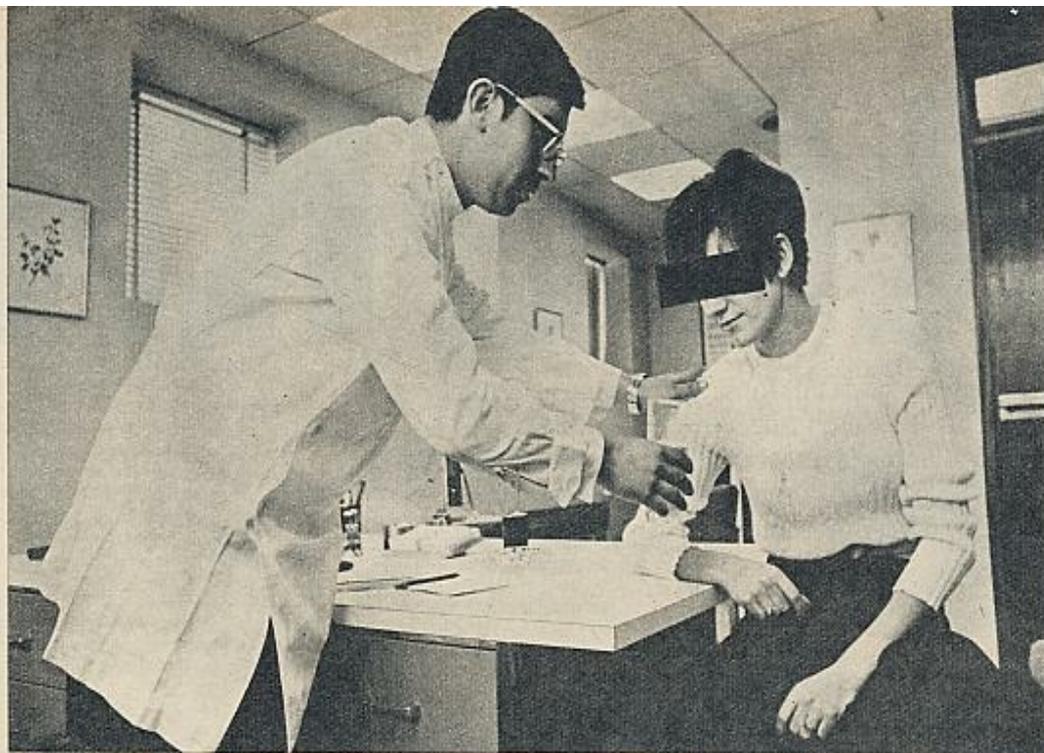
sana se hace más rentable, y por ello, las tareas de prevención le son más útiles que una asistencia médica con gastos crecientes.

Otro punto a considerar es cómo el sistema económico capitalista influye negativamente sobre la salud, al determinar de modo específico las condiciones para la aplicación de los conocimientos y medios disponibles para mejorarla. En primer lugar, determina quién adquiere los conocimientos a través de la procedencia de clase y de la selección que se establece en el proceso de educación. Determina asimismo el carácter de los conocimientos adquiridos a través de las investigaciones que favorece y el modo de transmitirlos. Determina también la práctica profesional y la utilización de los conocimientos al situar el relieve social, el poder, la ganancia y el prestigio particular como objetivos primordiales de las prácticas científico-sanitarias. Y determina, finalmente, el uso de los bienes de trabajo (aparatos de técnicas hospitalarias, material de laboratorio, riñones artificiales, etcétera) y de bienes de consumo (medicamentos, material fungible diverso, etcétera), convertidos en verdaderas mercancías de elevado coste, de las que empresas capitalistas (farmacéuticas, electrónicas, etcétera) extraen sus ganancias.

Como resultado de todo esto podemos constatar que a pesar de la gran capacidad social desarrollada, los enormes conocimientos y medios disponibles como producto del trabajo social, existe una desigual atención sanitaria en cantidad y calidad entre las distintas clases sociales y entre unos países y otros.

- 2) La hegemonía de la sanidad del Instituto Nacional de Previsión.

Es ya conocido de casi todo el mundo que los asuntos sanitarios en España dependen de varios organismos y de varios Ministerios. Este hecho, por sí mismo, explica una gran parte del desorden, la falta de cohesión, la burocracia, las deficiencias asistenciales y los gastos inútiles de la asistencia sanitaria. Entre todos estos organismos destaca el Instituto Nacional de Previsión, dependiente del Ministerio de Trabajo, por administrar la asistencia médica más importante (ambulancia y hospitalaria) de la población española. En los últimos años, el progresivo crecimiento de la Seguridad Social y la magnitud de sus ingresos e inversiones han



En España, la Seguridad Social ha tenido un desarrollo reciente vinculado al modo de producción capitalista y estrechamente ligada, por tanto, al trabajo industrial.

convertido al Instituto Nacional de Previsión en el organismo más importante de los que se ocupan de la sanidad. Son índices reveladores de su potencia el volumen de sus operaciones económicas, el número de personal médico y sanitario que ocupa, los centros modernos de que dispone y la gran población atendida por la Seguridad Social (ver cuadro A). Su comparación con los de los otros organismos, como la Dirección General de Sanidad, Diputaciones Provinciales, Universidad, etc., resaltan este hecho. Su hegemonía es bien notoria y ni siquiera su gran insuficiencia asistencial y falta de prestigio, ni su índice de camas, inferior al de la hospitalización privada, pueden disputarla. Los hechos parecen demostrar que la Seguridad Social sigue un curso progresivo de asimilación y control, por los convenios establecidos, de los hospitales clínicos, de los Hospitales Provinciales y de un gran número de sanatorios privados.

Esta preponderancia del Instituto Nacional de Previsión en el conjunto de la sanidad guarda estrecha relación con el hecho de que los asuntos de asistencia médica por enfermedad predominan sobre los de una Medicina preventiva y el cuidado de la salud. En efecto, la Seguridad Social, tal como la conocemos, ha tenido un desarrollo reciente, vinculado al modo de producción capitalista, y, por tanto, estrechamente ligada al trabajo industrial. Los trabajadores de la industria han sido quienes primero han cotizado y recibido asistencia de ella. Además del interés del capital antes mencionado, fue el temor a caer enfermos y no percibir los salarios necesarios para cuidar de sus hijos, lo que condujo a los trabajadores agrupados a man-

tener una presión para asegurarse de estas contingencias. Al satisfacer esta reivindicación se lograba contener su lucha y a la vez estabilizar la fuerza de trabajo que la industria necesitaba. Su atención se limitó a la asistencia médica de la enfermedad, a la recuperación de la fuerza de trabajo enferma. Sólo podía ser exclusivamente asistencial, reparadora. No podía cuidar de su buen vivir, de su salud: bastaba que los trabajadores conservasen su capacidad productiva (1).

La existencia de una sanidad dominada por el Instituto Nacional de Previsión, instrumento de una política económica y laboral determinada, explica la sobrevaloración actual de la Medicina curativa en el ámbito sanitario y el abandono de la Medicina preventiva. Explica también el actual crecimiento desigual de la red ambulatoria y hospitalaria española, cuyas mejores dotaciones de personal y medios se destinan a las áreas en las que la expansión económica industrial es mayor, y cuyas diferencias en la Península son de sobra conocidas (2).

El sistema financiero de la Seguridad Social, soportado esencialmente por las cuotas empresariales y de los trabajadores, y estrecha-

(1) Los hospitales de la Seguridad Social española han atendido casi exclusivamente a los enfermos agudos, mientras los enfermos crónicos habían de ser atendidos en hospitales dependientes de Patronatos. Sus hospitales han sido y todavía son predominantemente quirúrgicos, con escasez o inexistencia de Medicina interna y especialidades médicas. Puede consultarse «Estructura y función de la red hospitalaria española», A. Serigó Segarra, *Tribuna Médica*, junio 1973.

(2) Existen numerosos trabajos sobre este fenómeno. Puede consultarse dos artículos de E. Barrenechea, en *Informaciones Económicas*, del 7 de julio y 29 de septiembre de 1973.

mente ligada a la producción capitalista, explica también el hecho de que un sector tan deprimido como el campesinado se haya encontrado desprovisto de una asistencia médica de la que ya disfrutaban los trabajadores industriales y los de servicios. Era un sector poco desarrollado, todavía no sometido a la producción capitalista, incapacitado para cotizar y, por lo tanto, relegado del sistema de la asistencia médica para la producción.

Si la atención se centra especialmente en la asistencia en caso de enfermedad, podemos preguntarnos si al menos su nivel de suficiencia y calidad son satisfactorios. La realidad nos muestra lo contrario. Excepto por la existencia de algunos hospitales que permiten dar una engañosa impresión, la mayor parte de los hospitales españoles y la red de los ambulatorios es suficientemente expresiva de su mala calidad. Parece como si todos los datos disponibles permitiesen deducir que al Instituto Nacional de Previsión no le ha interesado realmente mejorar la calidad de la asistencia que dispensaba. Y es que el Instituto Nacional de Previsión, más que un organismo para el servicio público, es un instrumento del Estado y de una política económica para realizar los fines de la Seguridad Social en un sistema capitalista: asegurar y estabilizar la fuerza de trabajo y contener las demandas sociales potencialmente explosivas.

3) Los intereses de los grupos profesionales médicos.

La realización de un programa sanitario dirigido a elevar de manera eficaz el nivel de salud de la población no ha sido un interés directo de los médicos. Para el médico, tradicionalmente burgués, la enfermedad (el enfermo) ha sido

siempre la fuente de ganancia, de ciencia y de buena conciencia. Salvo excepciones, su perspectiva nunca alcanzó, merced a su ideología individualista humanitario-burguesa, a preocuparse eficazmente por elevar el nivel de salud de las masas. Las condiciones sociales de vida que desencadenaban o contribuían a la enfermedad, quedaban fuera de sus preocupaciones. Sus asociaciones nunca han conducido directamente a una lucha sanitaria favorable a la población, sino que, por el contrario, se ha limitado a una lucha corporativa defensora de sus intereses o de una deontología marcada por los valores de la burguesía. Los intereses de los médicos no han sido, de ordinario, convergentes con los intereses de la población trabajadora.

Además de esto, los médicos no han aceptado, en su mayoría, de buen grado una progresiva asistencia médica socializada. Los Colegios Médicos, todavía con influencia sobre la mayor parte de los médicos, continúan sosteniendo una doctrina sin base real cuyo soporte principal son los principios liberales (libre elección del facultativo y pago por acto médico) que esconden la realidad de una discriminación socio-económica, y cuya ineficacia ha sido sobradamente probada y sancionada tanto en la práctica como en la opinión cada vez más mayoritaria de los médicos jóvenes (3).

La preponderancia del sistema ambulatorio-hospitalario de la Seguridad Social y la gestión cada vez mayor por parte del Instituto Nacional de Previsión de los asuntos de asistencia médica, han alterado la situación tradicional de los médicos, que han pasado de ser propietarios de sus medios de trabajo, a ser asalariados del Instituto Nacional de Previsión, hoy convertido en verdadera empresa monopolista de la asistencia médica, poseedora de los medios de trabajo y nuevo patrón de los médicos. El Instituto Nacional de Previsión, aunque, por un lado, encargado de satisfacer algunas «necesidades» impuestas por el desarrollo económico, dispone por otro de un aparato administrativo-empresarial que ha aniquilado los modos de trabajo primitivos, menos racionales y eficaces, y está destruyendo, como consecuencia, a los organismos gremiales correspondientes a tales prácticas. Ello va, indudablemente, en beneficio de una

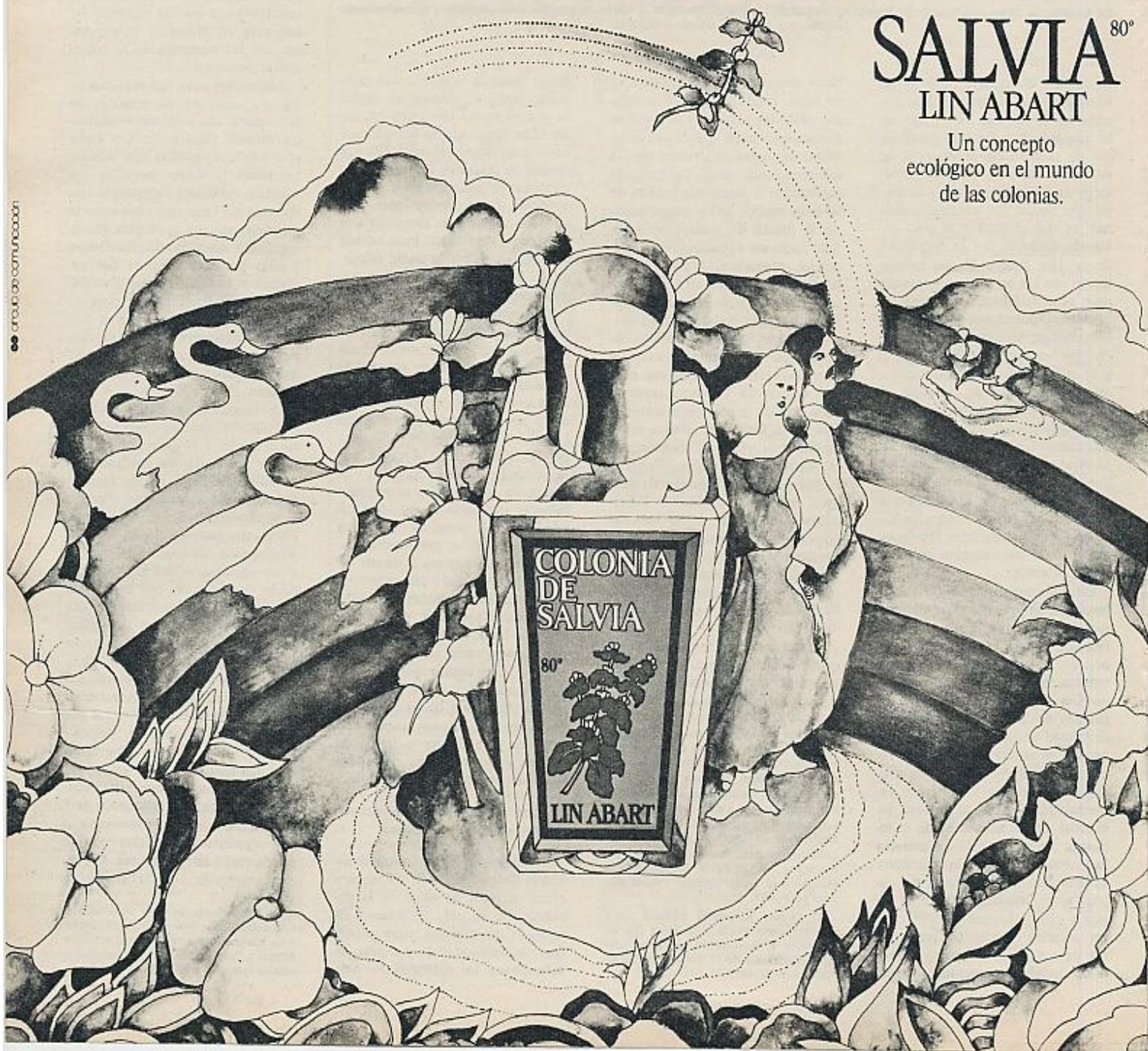
(3) En el Congreso de la Juventud Médica, celebrado en Valencia en junio de 1972, hubo una manifiesta crítica de la Medicina privada y Seguros Libres y una abrumadora opinión favorable a la Medicina socializada.

ECOLOGICA

Porque nace de una forma absolutamente natural
y escoge el aroma de la fresca y sencilla salvia.
Porque le gustan los espacios abiertos, porque tanto la usa
ella como él. Porque ama a los que siempre
están dispuestos a introducir cambios en su vida.

SALVIA^{80°}
LIN ABART

Un concepto
ecológico en el mundo
de las colonias.



POLITICA SANTARIA EN ESPAÑA

asistencia médica progresivamente mejor y en igualdad de condiciones para toda la población, pese a las características ya mencionadas de la Seguridad Social.

La incapacidad de los médicos, dados sus intereses particulares y su corporativismo, para desarrollar formas de asistencia social más satisfactorias, permitió el surgimiento en unos países (USA) de grandes consorcios sanitarios y compañías de seguros, y en otros, la presencia del Estado como patrocinador de esta asistencia social.

En España, para defender sus intereses ante el desarrollo de una asistencia pública creciente, algunos grupos de médicos han comen-

zado a propugnar alternativas a la Seguridad Social. Una de ellas, surgida de los Colegios Médicos, trata de crear igualatorios médico-colegiales, a modo de empresas cooperativas, para conservar colectivamente el carácter de propietarios de sus medios de trabajo y asegurarse la ganancia que se deriva de esta pertenencia. El presidente del Colegio de Médicos de Santander exponía recientemente las razones del igualatorio corporativo: «... conservar los valores esenciales del ejercicio libre de la profesión: libre elección del facultativo por el enfermo y regulación de los honorarios por "acto médico" para los especialistas y mediante el tradi-

cional sistema de "igualación" para los médicos de cabecera».

Otro intento reciente (1972), dado a conocer en un folleto dirigido a los médicos, de gran valor para ilustrar esta tendencia: Se trataba de crear una red de sanatorios privados bajo el siguiente reclamo:

Objetivo. Unir a todos los profesionales de la Medicina en una sola operación: **sanatorios privados».**

Este proyecto señalaba que basaría su actuación en la obtención de tres rentabilidades: la hospitalaria-formativa, en beneficio del profesional de la Medicina; la hospitalaria, en beneficio del enfermo, y la rentabilidad económica según acciones. La Junta Promotora estaría formada en parte por la totalidad o parte de catorce personalidades de renombre nacional (4).

(4) Alvaro Polanco, excelentísimo señor don José María, Abogado, embajador de España, Madrid. Betella Llusá, excelentísimo señor don José, Doctor en Medicina, rector magnífico de la Universidad de Madrid. Carreras Guiterras, excelentísimo señor don Narciso de, Abogado, presidente de la Caja de Jubilación y vicepresidente de la Caja de Pensiones para la Vejez de Cataluña y Baleares. Barcelona. Diego Jiménez, ilustrísimo señor don Gregorio, Abogado, presidente del Grupo Tecnibank y vicepresidente del Banco Occidental, Madrid. Fernández-Villaverde y Roca de Togores, excelentísimo señor don José, Marqués de Santa Cruz, embajador de España, consejero de Estado, consejero del Banco Ibérico, Madrid. F. Zúmel, excelentísimo señor don Mariano, Doctor en Medicina, de la Asociación de la Prensa de Madrid. Gallego Balmaseda, excelentísimo señor don Francisco, Economista, jefe de la Asesoría Económica de la Presidencia de Gobierno, Madrid. Hergueta y García de Guadiana, ilustrísimo señor don Luis, Abogado, Madrid. Marañón Moya, excelentísimo señor don Gregorio, Abogado, director general del Instituto de Cultura Hispánica, Madrid. Ortega Núñez, ilustrísimo señor don Angel, Doctor en Medicina, profesor-jefe de Medicina Interna de la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco, Madrid. Ortiz de Landáuzuri, excelentísimo señor don Eduardo, Doctor en Medicina, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Pamplona. Pérez Llorca, excelentísimo señor don José, Doctor en Medicina, catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid y ex director general de Sanidad de la Armada, Madrid. Romero Marín, don Modesto, Economista, consejero de Sagades, consejero de Nueva California, Madrid. Sarrástegui y Aznar, ilustrísimo señor don Ignacio de, Procurador en Cortes, consejero-delegado de Altos Hornos de Vizcaya, director de la representación del Banco Urquijo en Bilbao, director del Instituto Vascongado de Cultura Hispánica, Bilbao.

A pesar de estos intentos con apoyos tan significativos, la extensión de la Seguridad Social parece irreversible.

Un creciente número de médicos se hacen conscientes de las necesidades sociales actuales, adoptan posiciones críticas, estiman que la única práctica aceptable es la de una Medicina pública de calidad, y rechazan como alternativa superada la práctica de una Medicina privada. Este hecho también contribuye al desplazamiento progresivo de los Colegios Médicos, que son ya anacrónicos por sus objetivos, débiles por los diversos intereses que tratan de conjugar, inútiles por su rigidez e inservibles como organizaciones adecuadas a las nuevas condiciones de asalariamiento de los médicos.

En la evolución de los últimos años parece existir un movimiento médico que podría conducir a la convergencia con los intereses de la población trabajadora, y, por lo tanto, hacia la colaboración para una Sanidad atenta a las necesidades actuales.

Tal vez muy brevemente hemos intentado, en estos tres puntos, someter a discusión y crítica la situación sanitaria actual. Nosotros pensamos que el primer paso importante para establecer una estrategia y una política orientadas a la satisfacción de las necesidades de la población es esclarecer los conflictos de intereses que se manifiestan en la sanidad. Los problemas sanitarios son problemas que afectan a todo el mundo y en cuya resolución estamos implicados todos. No se puede aceptar, en consecuencia, la pretensión de reducir la sanidad a un problema a resolver por los médicos, pues incluso bajo el punto de vista estrictamente técnico, la participación de la población de manera activa es imprescindible. Tampoco la creación de un Ministerio de Sanidad, tal como propugnan algunos, puede ser la solución de los problemas sanitarios. Su existencia reportaría una mejor racionalización de los procedimientos de asistencia sanitaria, pero no resolvería los problemas esenciales que hemos señalado, pues la sanidad no es fundamentalmente un problema técnico, sino y ante todo un problema político. ■ GRUPO QUEVEDO.

CUADRO A

DATOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL ESPAÑOLA

1) Prestaciones sanitarias directas (en millones de pesetas)

	1972	1971
Personal facultativo y auxiliar sanitario	11.085,04	9.519,4
Asistencia en instituciones propias	16.504	11.789,9
Asistencia en instituciones concertadas	8.301,4	3.604,3
Prestaciones farmacéuticas	34.536,5	27.504
Otras prestaciones	758,9	571,1
Asistencia Social	533,8	387,3
TOTAL	71.720	53.012

2) Personal sanitario al servicio de la Seguridad Social (diciembre 1972)

Médicos generales	14.161
Servicios de urgencia	927
Especialistas médicos y quirúrgicos	14.585
Médicos ayudantes	2.488
Catedráticos consultores	86
Farmacéuticos	81
Médicos internos y residentes (hospitales docentes)	2.027
Médicos internos y residentes (otros hospitales)	334
Practicantes y ATS	9.515
Practicantes y ATS de urgencia	680
Practicantes instrumentistas	836
Fisioterapeutas	313
Terapeutas ocupacionales	22
Matronas	1.657
Enfermeras y ATS femeninos	15.532
Auxiliares de clínica	13.479

3) Personas protegidas por la Seguridad Social

Por su Régimen General	20.417.200
Por sus Regímenes Especiales	8.332.798
TOTAL	28.749.998

(Datos recogidos del «Boletín del Consejo General de Colegios Médicos», Septiembre 1973.)