



INFORME

LA SANIDAD EN ESPAÑA

La Medicina —la salud— es un problema que nos afecta a todos: 35 millones de personas estamos interesados, directamente interesados, en la forma como la sociedad española se enfrenta con este problema común y generalizado. El «cuerpo de activos profesionales de la salud ajena» a todos los niveles: no sólo los médicos, no sólo los practicantes, no sólo las enfermeras, no sólo los administrativos y subalternos del enorme «aparato» en que está organizada la salud pública, no sólo los farmacéuticos, no sólo los veterinarios, ni tampoco los funcionarios de los organismos públicos y de los catorce Ministerios que se ocupan de coordinar las funciones sanitarias; ni, desde luego, sólo los laboratorios farmacéuticos, ni sólo los propietarios y directores de las clínicas y hospitales, ni todos ellos juntos, aunque se le añadan los barrenderos (encargados de la limpieza) y los inspectores encargados de vigilar las buenas condiciones de los alimentos y de los locales, y los sabios que investigan sobre los gérmenes y los microbios, agotan la preocupación por

el problema de la salud, sino que esta preocupación se extiende, salta a cada casa, a cada familia, nace en cada persona —enfermo real o potencial— de los 35 millones que componemos la sociedad española.

Esto, que es evidente y que nadie pone en duda, viene a cuento porque leyendo las informaciones sobre la cuestión —en estos últimos tiempos, por cierto, muy abundantes— uno saca la impresión de

salud y de su vida frente a la enfermedad que le acecha o le ataca. El cuerpo de «activos» profesionales de la salud, en esta problemática pierden su papel de protagonistas para pasar al más modesto de «técnicos», retribuidos por los protagonistas reales de la salud, la enfermedad y la muerte.

Vaya, pues, por delante nuestro punto de vista: cuando se discute sobre la organización hospitalaria

tamente en serio: ya que somos «pacientes» de «padecer» las decisiones ajenas, y «pacientes», ya que nuestra «pacencia» no se agota, aunque siempre nos dejen a un lado en los asuntos que «vitalmente» nos interesan.

Los 35 millones de enfermos potenciales —al menos, todos padeceremos la última enfermedad— tenemos interés directo y personal en cuestiones tales como las que han provocado los conflictos en los hospitales psiquiátricos, encierros de médicos internos, congresos y «mesas redondas», reuniones a «alto nivel», polémicas entre una «Medicina libre» y una «Medicina socializada», y estimamos que este interés es con mucho superior al que por estas mismas cuestiones tienen las «partes» que sobre ellas discuten, deliberan, se reúnen y, en definitiva, deciden.

En este trabajo pretendemos «sacar» el tema de la organización sanitaria del país del marco a que nos tienen acostumbrados —cuestión interna que debe ser resuelta en la familia de los «profesionales de la salud»— para situarlo en el plano general, donde el protagonista de la lucha enfermedad-salud es

EQUIPO DE ESTUDIOS

que se trata de una cuestión que sólo afecta a los médicos y a algunos de los «activos» mencionados. La lucha parece plantearse entre los que combaten la enfermedad y la enfermedad misma (esto en el mejor de los casos, ya que en el peor la lucha se plantea en torno a la distribución de las pesetas «precio de la enfermedad»), lucha que se desarrolla en un campo de batalla «vivo», o al menos de momento vivo, y no como en realidad se plantea: entre cada persona en defensa angustiosa de su

del país, sobre la asistencia a los «locos», sobre la organización del Seguro de Enfermedad y sobre tantas y tantas cuestiones que afectan directamente a nuestra salud, y vemos y comprobamos que las discusiones se realizan entre técnicos, funcionarios, capitalistas y negociantes interesados, y vemos que el Colegio de Médicos, o tal o cual organización profesional se queja de que no ha sido «consultada» ni tenidos en cuenta sus intereses, nos asalta la impresión de que lo de «pacientes» va comple-

LA SANIDAD EN ESPAÑA

la persona, el paciente, y la organización sanitaria la respuesta social de estos intereses individuales y personalizados.

Necesidades e insuficiencias de la asistencia sanitaria en nuestro país, desde un punto de vista global

La población española, atendiendo a su número, condiciones, desarrollo, etc., plantea unos problemas, unas necesidades, desde el punto de vista de la salud, a los que el aparato sanitario existente en nuestro país debería poder atender. La cuestión está en hacer un estudio de esas necesidades, de ver hasta qué punto las condiciones actuales de la Medicina española responden a ella, y si no lo hiciera, esbozar la posibilidad de, a corto o largo plazo, dar solución a la multitud de problemas que plantea en España la sanidad.

A la vista del cuadro número 1, nos encontramos con una serie de deficiencias que se comentan por sí mismas. Las necesidades de médicos, camas y enfermeras que plantea la población española en cuanto que «paciente», no son, ni mucho menos, las necesidades a las que puede hacer frente nuestro aparato sanitario. Si tomamos como índices indicativos los anteriormente citados, nos encontramos con que padecemos un déficit de 19.840 médicos, un déficit de 129.169 camas y un déficit de 73.389 enfermeras.

Ahora bien, estas deficiencias globales no son padecidas igualmente por todos los ciudadanos o por todos los grupos sociales. La población trabajadora y sus familias acogidas a la Seguridad Social (S.S.), en la que el déficit alcanza las cifras de: 27.736 médicos, 188.000 camas y 67.670 enfermeras, nos indica que la población no acogida a la S.S. se encuentra en mejor situación, en lo que a necesidades médicas cubiertas se refiere. Claro está que nos referimos a la población protegida o no protegida por la S.S. que tiene recursos suficientes para no depender de ella, no a los que se acogen a la Beneficencia ni a los «pobres de solemnidad», que, indudablemente, no están mejor atendidos que los protegidos por la S.S. Precisamente la exclusión de estos sectores hace aún más acuciantes las diferencias entre la Medicina del Seguro y sus «pacientes» y la Medicina libre y los que tienen posibilidades económicas de acogerse a ella.

La Medicina en sus comienzos fue una Medicina libre, en la que el enfermo elegía su médico y le pagaba por acto médico. Ante la imposibilidad de una gran parte de la población de hacer frente económicamente a sus necesidades sanitarias, apareció la Beneficencia. Por el desarrollo mismo de la sociedad, esa población acogida a la Benefi-

cia (sobre todo de la Iglesia) llega, en su mayor parte, a poder económicamente pagar una cuota —mensual o como fuere— que le permite, llegado el caso, ser atendida; así aparecen los seguros libres, las igualas y las sociedades.

En un momento determinado, el Estado se hace cargo de esos salarios diferidos y los administra, aparece la S.S. (en 1944, la población acogida a la S.S. representaba un 26 por 100, que en 1971 pasó al 85 por 100).

Indudablemente, este escalonamiento en el proceso histórico de la Medicina supone un progreso muy considerable. También es claro que ese proceso no se da en etapas sucesivas, que se anulan unas a las otras, sino que la Medicina privada —pongamos por caso— no ha dejado paso totalmente a los seguros libres ni éstos a la Seguridad Social, sino que los tres tipos de concepciones de la Medicina se dan simultáneamente. Esto en un primer momento de acoplamiento, de paso a una nueva situación, parece comprensible, pero en nuestro país la convivencia de la Medicina libre, de los seguros libres y de la S.S. parece no tener solución, ante los intereses creados que buscan que la situación no cambie.

Esos intereses creados afectan a tres sectores: los acogidos a la Medicina privada, los mismos médicos y la forma en la que está concebida la S.S. y toda la sanidad.

a) Los «pacientes» que siguen acogidos a la Medicina privada.— En general, están mejor atendidos que los acogidos a la S.S., no ya porque el médico se siente más obligado hacia ellos y la relación entre ambos sea más humana y personal, sino y sobre todo porque se benefician en cierta medida de unos medios, unos hospitales, unas técnicas, unos aparatos que no les pertenecen, que pertenecen a la S.S. y en consecuencia han sido conseguidos gracias a los sueldos y a las cotizaciones de los trabajadores. En la S.S., por cada 1.000 habitantes hay 4,64 camas; en la Medicina privada se calcula que por cada 1.000 habitantes hay de 10 a 11 camas. Los hospitales mejor dotados tienen un número de camas reservado para enfermos privados, que en algunos casos llegan al 40 por 100 del total —está permitido hasta un 30 por 100—.

b) Los médicos.— Los problemas que se plantean dentro de la misma clase médica hacen que el cuadro sea bastante más complejo. El dato mismo de que en España hay 35.000 médicos en activo que copan 72.000 plazas de asistencia libre y hospitalaria nos habla de la magnitud de la cuestión.

Los médicos que se gradúan tienen las siguientes perspectivas de trabajo: el 20 por 100 pasan al MIR; el 80 por 100 restante se reparten en: tutelaje privado, sanatorios y clínicas privadas, seguros libres, igualas y sociedades, médicos de empresa, el ejercicio libre de la Medicina, interinidades o ayudan-

tias, médicos del Seguro, Medicina rural o emigración.

Este cuadro de posibilidades y el que los puestos de trabajo estén copados por muy pocos nos hablan del pluriempleo de generaciones anteriores de médicos, que al no poderlas cubrir personalmente, ofrecen a los médicos recién salidos puestos con salarios inferiores al mínimo —forma de encubrir el paro de la clase médica—. Esta situación es mantenida por los intereses económicos de los médicos y de la misma S.S., que mantiene unos niveles de retribución muy bajos y decrecientes: en 1944, los honorarios mensuales capitativos por asegurado del médico de Medicina General eran de 4 pesetas, y en 1970, de 2,92 pesetas, que en pesetas constantes de 1944 equivalen a 3,88 pesetas. En tanto que las cuotas de los asegurados han aumentado en proporciones tan considerables que han hecho descender la relación porcentual de los honorarios capitativos por asegurado del médico de Medicina General, respecto a la cuota media del asegurado de 46,56 por 100 en 1944 a 3,62 por 100 en 1970.

Pero, además, esta situación no parece que vaya a cambiar, porque las necesidades económicas de los médicos, al no ser atendidas suficientemente en un único puesto de trabajo, les obliga al pluriempleo —pluriempleo al que se habitan—.

Es evidente que si el médico está mal pagado y precisa de varios puestos de trabajo para solucionar sus problemas económicos, el paciente está mal atendido. Si, además, ese paciente no puede elegir a su médico o el hospital o protestar de las condiciones en que se le presta asistencia de una forma efectiva, porque le viene impuesta y él no participa en absoluto en la forma en la que es atendido, aún se encuentra peor atendido —siendo este caso el de los acogidos a la Seguridad Social y no, evidentemente, el de los que se benefician de la Medicina privada.

A esto podemos añadir la contradicción en la que se encuentra el mismo médico, que, obligado por el pluriempleo —unas veces querido y otras no—, tiene que atender a pacientes de Medicina privada, de sociedades libres y del Seguro. Parece que los médicos, en la actual situación, están abocados a pasar de Incomprendidos a no comprender, forzados por la dicotomía entre el ejercicio de la profesión al servicio de todos y sus propias necesidades (1).

c) La concepción de la Medicina.— En la S.S., la administración de sus recursos está concebida (en la Medicina privada esto es evidente) atendiendo exclusivamente a su rentabilidad y no a las necesidades de la población que debe cubrir. Esto explica que la hospitalización psiquiátrica no esté acogida al Seguro (defecto extensible a la Medicina General), cuando las enfermedades mentales representan

más del 20 por 100 de las causas de invalidez y faltas laborales (2), la inexistencia de centros para ancianos, el que no exista Medicina preventiva ni se atienda a la prótesis dental ni a la cirugía estética y muy poco a la rehabilitación.

La Seguridad Social

Dejemos de lado la problemática planteada por la dicotomía entre Medicina privada y Medicina de la S.S. y atendamos únicamente a los problemas que afectan a esta última.

Según el cuadro número 1, las deficiencias de la S.S. en cuanto a número de camas en instituciones hospitalarias es de 188.831. Además existe una evidente centralización de hospitales —Madrid, Barcelona, etc.—, así como la creación de macrocentros que van en detrimento de la eficacia de su función. A esto podemos añadir la construcción de grandes y lujosas residencias sanitarias, como pueden ser La Paz, Puerta de Hierro y el Hospital del Generalísimo, en Barcelona, y el de Especialidades Quirúrgicas —actualmente en construcción—, cuando no se aprovechan los ya existentes y no se les dota a todos por igual en cuanto a técnica, aparatos, laboratorios, número de enfermos por habitación, médico y enfermera, etc., lo que promueve una discriminación entre los trabajadores a la hora de ser atendidos...

En cuanto a instituciones ambulatorias, la situación es aún peor, ya que se han convertido en «depósitos de recetas». Existen unos 500 ambulatorios, lo que produce una masificación de las consultas, al no haber límite en el número de enfermos que el médico atiende ni en las dos horas de visita en el consultorio ni en las dos horas de visita domiciliaria, llegando en algunos casos a cifras asombrosas; por ejemplo, en Ciudad Real la relación puericultor-niño es de 1/2.352; en Palencia, 1/4.688, etcétera (3). No debemos olvidar que en Medicina General, en 1944, la media era de veinte visitas y consultas, pasando en 1970 a cincuenta y tres. Además, la escasez de camas concertadas por los ambulatorios obliga a los enfermos a esperar durante meses el ingreso (esto ocurre por la falta de información que tiene el obrero de sus derechos).

A esto podemos añadir la escasez de medios diagnósticos adecuados en los ambulatorios, lo cual se suplía con un descontrol en la receta de medicamentos. El médico, al no poder atender al enfermo porque no dispone de tiempo ni de medios adecuados, receta a veces los preparados más caros, que satisfacen más al obrero por el hecho mismo de su elevado costo. En este concepto —Farmacia—, en 1970 los gastos fueron de 20.474 millones de pesetas, casi el

(2) «Problemas de la S. S. española». Felipe Soler Sabarís.

(3) Congreso de Valencia 1972.

(1) «Gaceta Médica».



Ante la imposibilidad de una gran parte de la población de hacer frente a sus necesidades sanitarias, apareció la Beneficencia. Por el desarrollo de la sociedad, esa población acogida a la Beneficencia (sobre todo por la Iglesia) llega en su mayor parte a poder sufragar con una cuota parte de los gastos por ser atendido...

50 por 100 de las prestaciones sanitarias, lo que supone una baja calidad de la asistencia y ganancias desmesuradas de la industria farmacéutica. La venta de productos farmacéuticos en nuestro país aumenta muy por encima del progreso de la asistencia sanitaria; esto supone un sobreconsumo innecesario y perjudicial para la salud del enfermo, además de un gasto para la economía de ese enfermo y del país. La rentabilidad de la industria farmacéutica es de las más altas de las registradas en España, pero, además, está controlada de forma mayoritaria por capitales extranjeros (cuadro núm. 3).

Además de las deficiencias en cuanto a hospitales y ambulatorios que hemos citado, hay otros aspectos deficientes en la forma de prestar asistencia la S. S. a sus acogidos, según sea el tipo de enfermedad que padezcan, el lugar en que residan o el médico que les trate.

a) Según el tipo de enfermedad.—No es igualmente tratada una enfermedad crónica que de urgencia, una enfermedad médica o quirúrgica, una enfermedad de superespecialidad, que prestigia al médico que la trata, o una enfermedad psiquiátrica o no detectada, etcétera, que el S. S. no cubre.

b) Según el lugar de residencia.—Como cada barrio tiene asignado un centro médico determinado y al no tener todos, ni mucho menos, las mismas condiciones técnicas, asistenciales, etcétera, el que un paciente viva en un determinado lugar influye esencialmente en la forma de ser atendido. El cuadro número 2 es suficientemente expresivo sobre la desadecuación urbano-rural de las prestaciones a favor en una medida asombrosa de la primera.

La Medicina rural en nuestro país se desenvuelve en un sector marginado y analfabeto, y en consecuencia la Medicina rural es pobre y marginada. La implantación del Seguro de Enfermedad hizo que el médico rural ganara menos como médico particular y que además fuera desprestigiado, ya que la Medicina es cada vez más compleja y el médico rural no puede acceder a ella. Los problemas principales con los que se encuentra el médico rural son: que vive aislado, con inseguridad económica y profesional, su servicio es permanente, carece de información científica, padece un constante deterioro de su prestigio y no puede mejorar su «status» (4).

c) Según el médico.—Respecto a los médicos de la S. S., si su preparación fuera mejor y más controlada por cauces accesibles al trabajador. Si éste pudiera pedir responsabilidades médicas, información sobre su enfermedad y asistencia más humana, se posibilitaría la confianza entre médico y enfermo y no obligaría a muchos trabajadores a pagar una iguala o un seguro libre además de su cuota obligatoria a la S. S. El 50 por 100 de los «pacientes» de la S. S. llaman al médico del Seguro, el 46,3 por 100 al médico del seguro libre o al médico particular y el 3,7 por ciento al médico de empresa.

Por todo lo expuesto, parece evidente que la S. S. no atiende a las necesidades de la población en la medida de lo deseable. Pero si nos fijamos en las cifras recaudadas por la S. S., parece que esa atención podría mejorarse. Según las cuentas y balances publicadas por el Ministerio de Trabajo sobre la Seguridad Social tenemos:

(4) TRIUNFO, número 508.

Las inversiones más importantes del período 1967/71 que han sido financiadas con cargo a fondos constituidos anteriormente al mismo y a los resultados de gestión del quinquenio, son las siguientes en millones de pesetas:

Instalaciones sanitarias . . .	16.829
Aportaciones a Universidades Laborales y otras inversiones sociales	1.957
Créditos laborales y préstamos sociales	5.109
Inmuebles uso propio . . .	1.511
Inversiones financieras en valores mobiliarios . . .	12.157

Este es uno de los motivos que han llevado a decir a los economistas, que la S. S. cumple una función de ahorro público, financiando determinados «crecimientos» en los que casi siempre no han tenido ocasión de participar los trabajadores (Sobre todo en el Instituto Nacional de Industria). Según el semanario «Cambio 16», «El papel básico de la S. S. en España ha sido el de financiación de inversiones ingratas —poco rentables— y de difícil convertibilidad».

Causas de la actual situación

Las causas que motivan esta desigualdad en la forma de estar atendidos los distintos grupos españoles, no sólo divididos entre pacientes de Medicina privada y de Medicina del Seguro, sino dentro del mismo Seguro, son numerosas, porque los intereses de todo tipo, pero sobre todo económicos y de prestigio tanto por parte de los médicos como por parte de los órganos gestores y administradores de la sanidad del país, hacen que lo prioritario en el mundo de la

sanidad nacional no sea tanto la salud de los enfermos actuales o potenciales, sino esos intereses.

Los mismos médicos son conscientes de la situación, como lo han demostrado en los últimos años con los diversos conflictos que han suscitado. Vamos a detenernos en los dos grupos que consideramos más significativos: las reivindicaciones y paros suscitados por el MIR y la situación conflictiva en la que se encuentra la psiquiatría.

a) Los MIR.—Son médicos internos y residentes. Nació el MIR en 1963 en el Hospital General de Asturias. Son posgraduados que están realizando una especialización progresiva en un hospital. Esto los define en su doble función asistencial y docente, sus inquietudes son una formación profesional adecuada y un rendimiento adecuado a las necesidades de la sociedad.

La asistencia sanitaria en nuestro país se organizó sin asesoramiento de los Colegios de Médicos e imponiéndosela a los trabajadores, aun cuando la S. S. descansa en tres pilares fundamentalmente: los que la sostienen financieramente: empresas, trabajadores y el Estado en una mínima parte (un 81 la empresa, un 16 el trabajador y un 3 por 100 el Estado), los que prestan asistencia sanitaria: los médicos y demás personal sanitario, y los que administran las finanzas: INP, etcétera. Ante esta falta de asesoramiento en un problema que les tocaba tan de cerca tanto a los trabajadores (en su doble faceta de financiadores casi absolutos, puesto que las cifras de un 81 del empresario y de un 16 por 100 del trabajador son calculadas «a priori» y suelen revertir en el precio del producto, lo cual hace que lo pague el consumidor, es decir, el trabajador; y en su faceta de «pacientes», como a los médicos, el INP en 1970 solicitó del Colegio de Médicos su colaboración en la elaboración de un anteproyecto de estructuración de la asistencia sanitaria de la S. S., anteproyecto que intentaba regular el sistema de contratación de los médicos de hospitales. Ante la importancia de este proyecto y su aceptación por los médicos «fijos» o del «staff», el MIR solicita una aclaración sobre los tribunales seleccionadores, la duración de los contratos y la dedicación del personal sanitario. Su solicitud no fue atendida, y los MIR, ante el temor de que este proyecto fuera un freno para el desarrollo de una Medicina hospitalaria democrática y de alto nivel científico —según el proyecto los puestos serían vitalicios, era posible que los tribunales fueran ajenos a la Medicina y además la docencia seguiría llegando únicamente a los grandes hospitales—. Ante esta situación, los MIR plantearon una serie de reivindicaciones, entre las que destacamos las siguientes:

1. Medicina igual para ricos y para pobres.
2. Planificación a todos los niveles.

estamos escribiendo la nueva historia del arte



GAZETA DEL ARTE

Es la revista de arte
que, quincenalmente, aborda
los problemas estéticos
y comerciales del mundo
de las exposiciones,
las subastas y las antigüedades.
Es el gran archivo de la
pintura y la escultura de nuestro
tiempo. Es una revista para
leer y para guardar.
Vale la pena ser suscriptor

SI DESEA SUSCRIBIRSE
REMITA ESTE CUPON A

**PUBLICACIONES
CONTROLADAS, s.a.**

Báñez Pacheco, 81 - Madrid-2

EL precio de la suscripción por 24 números consecutivos es de 1.400 pesetas en envío por superficie y de 1.600 pesetas en envío aéreo. Con la suscripción usted se garantiza la recepción periódica y puntual de

GAZETA DEL ARTE

T. 0
DOMICILIO
POBLACIÓN
DESE. A
GAZETA DEL ARTE
SUPERFICIE 1.400 PESETAS 1.000
FORMA DE PAGO
 TALÓN ADJUNTO
 REMBOLSO

CORTE Y ENVIE ESTE CUPON

22 triunfo

3. Aprovechamiento de los recursos.

4. Número suficiente de camas y de hospitales con capacidad asistencial suficiente.

5. Dotación económica adecuada y progresiva.

Paralelamente a la repulsa del MIR a ese anteproyecto y su aceptación por parte de los médicos «fijos», 20 médicos residentes del Hospital Psiquiátrico de Oviedo son despedidos a causa de las reivindicaciones salariales y profesionales que plantean: mayor cuantía en las becas, contratos de trabajo, su condición de becarios que les impide tener cauces de reivindicación, y frente a esto, su gran responsabilidad en el trabajo médico que han de realizar. Por cuestión de autoridad y de orden, la Diputación —de las que dependen los servicios psiquiátricos en España—, no atiende a sus demandas, los despide y ante esto comienza el paro de la clase médica, que llega a nivel nacional. Huelga que pierda su matiz reivindicativo para convertirse en antirrepresiva ante la actitud tomada por las autoridades.

Esta doble problemática de una repulsa al proyecto y el despido de unos médicos por cuestiones puramente laborales y profesionales se entremezcla de tal modo que llega a confundirse. Pero es posible, que la solidaridad que en los años 71 y 72 se dio en el estamento médico, incluidos los Colegios, fuera una solidaridad por espíritu de cuerpo frente a los despidos que se habían producido y no con la repulsa del proyecto y las reivindicaciones planteadas por el MIR. Esto explicaría la solidaridad del Colegio de Médicos con los despidos, puesto que no podía solidarizarse con la repulsa a una ley que él mismo había aprobado.

Como vemos en el calendario de hechos, las reivindicaciones en la clase médica han partido siempre del MIR, de los médicos jóvenes encuadrados en los hospitales con más alto nivel científico y asistencial. La relación entre el nivel científico-técnico y el grado de concienciación con los problemas que puede presentar la sociedad, aparece como evidente. Pero el MIR no representa más que el 20 por ciento de los médicos que se gradúan, y además, ese MIR no suele querer saber nada de la problemática planteada por la Medicina extrahospitalaria, lo que hace que los MIR, sean cuales fueren sus

salarios, debido a su formación médica forman una élite dentro del cuerpo médico. Por otra parte, el enfrentamiento entre el MIR y los médicos pertenecientes al «staff», incluso dentro del mismo hospital, demuestra la profunda contradicción entre la aparente convicción renovadora y los intereses de las clases reales, que buscan puestos vitalicios, mejoras salariales, etcétera. El MIR parece ser el único grupo capaz, junto a los médicos encuadrados en la psiquiatría, de presentar una señal de protesta; lo que ya no parece como tan evidente es que esos mismos médicos que hoy pertenecen al MIR, cuando pasen al «staff», sigan planteando sus reivindicaciones en los mismos términos. La defensa de una Medicina abocada a corto o largo plazo a la socialización, como la plantean claramente los médicos jóvenes reunidos en los Congresos de Valencia, está muy determinada por motivaciones personales, como también intervienen las motivaciones personales en los médicos del «staff» o en la mayor parte de ellos cuando defienden una Medicina libre.

b) La psiquiatría.—Su problemática, como ya hemos apuntado, es bastante diferente. Surge porque los servicios de hospitalización psiquiátrica en nuestro país no entran en la consideración del Seguro, dependen de las Diputaciones y éstas carecen de los medios necesarios.

Las reivindicaciones que plantean los servicios psiquiátricos son médicas, asistenciales y técnicas: no hay suficiente número de camas, faltan organización y coordinación, hay escasez de personal y las condiciones de trabajo son precarias. La dirección de los hospitales en que prestan sus servicios considera que todo esto no es de competencia de los médicos y que además disponen de cauces reglamentarios para presentar sus reclamaciones.

Origen de esta situación

El origen es plural:

a) La total desorganización que actualmente padece la Medicina —depende de 13 Ministerios y de 92 altos organismos—. Esta falta de racionalización del sistema actualmente vigente hace que se desaproveche lo que hoy tenemos, por muy defectuoso que pueda ser;

CUADRO N.º 2

	Núm. de habitantes	Mortalidad	
		Cifras absolutas	Cifras relativas
Población total	33.952.000	644.684	1,9
Capitales	12.091.000	100.625	0,8
Municipios mayores de 20.000 habitantes, sin capitales	6.702.000	97.354	1,4
Municipios menores de 20.000 habitantes	15.159.000	446.714	2,9

LA SANIDAD EN ESPAÑA

CUADRO N.º 1

	Población total o protegida	Núm. de profesionales o camas	N.º óptimo (5), según la O. M. S.	Déficit en España
Médicos en España	33.629.529	47.419 (1)	67.259	19.840
Médicos en S. S.	27.529.406	27.272 (2)	55.058	27.736
Enfermeras en España	33.629.529	27.600 (3)	100.989	73.389
Enfermeras en S. S.	27.529.406	15.000	82.670	67.670
Camas en España	33.629.529	155.000	284.169	129.169
Camas en S. S.	27.529.406	39.169 (4)	228.000	188.831

(1) En ejercicio, 36.000.

(2) Según el balance de la S. S. tiene 32.104 médicos. Esta deficiencia tiende a aumentar, ya que en el año 1970-71 el incremento de la población protegida fue de 9,3 por 100, mientras que los médicos de la S. S. han aumentado en un 6,3 por 100.

(3) En ejercicio, 19.000.

(4) Las instituciones pertenecientes a la S. S., 26.669; concertadas, 12.500.

(5) Número óptimo según la O. M. S.

Médicos 1/500.

Enfermeras 3/1.000.

Camas 8,45/1.000.

desde el doctor Lafuente Chaos, a los últimos Congresos de Médicos Jóvenes, reclaman la existencia de un Ministerio de Sanidad. Piden una «unificación de criterios básicos y coordinación. Es cada vez más necesaria la creación de un organismo central del que dimanen directrices comunes y pueda realizar controles útiles y eficaces para superar el caos actual; a tal efecto, se propone un órgano administrativo a nivel de Ministerio» (5).

b) En consecuencia, hay una carencia de **planificación**, de hacer un estudio serio, profundo y exhaustivo de las necesidades de la población española, parece evidente que hace falta un «Libro blanco de la Medicina». No puede hablarse de una efectiva organización de

d) En último lugar, aunque indudablemente el punto más importante como causa que explica globalmente la actual situación, tenemos la falta de **participación**, tanto por parte del médico como del «paciente», en la gestión médica. La exclusión de una base democrática de médicos y trabajadores a todos los niveles, y un control por parte de los beneficiarios de la S. S. y del personal sanitario mediante sistemas representativos reales.

Posibles soluciones

Ante esta situación tan profundamente conflictiva que presenta la Medicina en nuestro país y ante

igual para todos. Lo que no podría hacerse sin una democratización progresiva y un control por parte de los «pacientes» y de los profesionales de la salud, de la asistencia sanitaria, para que ésta pueda responder a sus necesidades actuales y reales.

Esto, invariablemente, conduce a la socialización total del ejercicio profesional y de todos los medios —material técnico-diagnóstico y productos farmacológicos de sustancias terapéuticas— utilizados para este ejercicio. Esto es lo que pide el último Congreso de Médicos Jóvenes. Considera que no hay otro camino que la socialización total de la Medicina. El médico debe dejar de sentirse una clase liberal y sin repercusiones sociales y tomar conciencia de que debe integrarse en el mundo laboral obrero, como el resto de las profesiones liberales, porque ésa es la forma ideal de realización profesional. Los médicos jóvenes abogan por una Medicina socializada aunque son conscientes de que esto no es posible si la totalidad del país no se socializa a su vez.

Parece que en última instancia, la Medicina está pasando por una etapa de transición, en la que poco a poco las reivindicaciones puramente salariales, laborales e incluso profesionales van dejando paso a la problemática planteada por las necesidades del mismo enfermo y de la sociedad, en el convencimiento de que la praxis médica es un acto eminentemente social. Pero no podemos olvidar que hoy por hoy, los médicos que piden una Medicina socializada son muy pocos, que en su mayoría los que querían hacerlo se encuentran ante una situación personal determinada, tanto económica como social y profesional, que les impide el hacerlo. Pero el hecho de que las situaciones conflictivas continúen nos indica que por lo menos parte del estamento médico de nuestro país busca, desea y quiere que sus servicios sirvan y atiendan, en la medida de lo posible, únicamente a las necesidades de los «pacientes» y en consecuencia a los intereses de todos. ■ E. D. E.

CUADRO N.º 3

	Aumentos 1957-71 (%)
Prestaciones farmacéuticas	249,85
Personal facultativo y sanitario	79,95

la asistencia médica en tanto que ésta no esté planificada a nivel nacional y tomando como único condicionamiento las necesidades reales de la población. Hay que superar los intereses privados de algunos grupos profesionales, romper con los intereses económicos de las compañías de seguros libres y con los «importantes» de las empresas químico-farmacéuticas nacionales e internacionales e incluso con los propios del INP, etcétera. Ello supone una racionalización entre necesidades y soluciones, saltando por encima de cualquier otro tipo de consideraciones y, sobre todo, de intereses (6).

c) A esto se añade que el Estado no le ha concedido **prioridad** en sus Planes de Desarrollo.

(5) y (6) Congreso de Médicos Jóvenes, 1972.

la importancia del tema de la salud de cada ciudadano, parece evidente que la actual situación debe evolucionar en un intento primariamente de solucionar los problemas que actualmente tiene planteados, y por otra parte de enfrentarse en un futuro inmediato a la responsabilidad de velar por la salud pública y buscar los caminos mejores para conseguir su finalidad de servir a los ciudadanos, de servir a los «pacientes».

En un primer momento parece que la existencia de un Ministerio de Sanidad bien organizado y planificado podría solucionar bastantes de los problemas planteados.

En un segundo momento, tendría que llegarse a la desaparición total y completa de la Medicina privada y libre, convirtiendo la sanidad en un servicio público y el derecho a la salud en un derecho humano e

ALIANZA EDITORIAL

El libro de bolsillo

Literatura infantil

276

Lewis Carroll
Alicia en el país
de las maravillas

*

*455

Lewis Carroll
Alicia a través del espejo

*

*383

Carlo Collodi
Las aventuras de Pinocho
Prólogo de
Rafael Sánchez Ferlosio

*

348

Antoine de Saint-Exupéry
El principito

*

Ciencia-ficción

366

Isaac Asimov
Estoy en Puertomarte
sin Hilda

*

**194

H. P. Lovecraft y otros
Los mitos de Cthulhu

*

20

Josef y Karel Capek
R. U. R.
El juego de los insectos

*