
SIETE TESIS ERRONEAS SOBRE LA POLITICA SANITARIA ESPAÑOLA Y UNA ALTERNATIVA SOCIOLOGICA CRITICA

Jesús M. de Miguel

No existe un estudio global sobre la política del sector sanitario, a pesar de su importancia dentro de la sociedad española actual. En las páginas que siguen se analizan siete de las tesis más defendidas en torno a la sanidad, y que, sin embargo, son erróneas. De cada una se define la tesis, se estudian los razonamientos que las apoyan, se presentan a los protagonistas que defienden esas ideologías, se analizan los efectos sociales —así como en el sector sanitario— que ha supuesto la aceptación de estas tesis, y, finalmente, se presenta la refutación de cada una de ellas. Las siete aquí estudiadas son: 1) la sanidad es un problema técnico-medio y no político; 2) el Seguro Obligatorio de Enfermedad se creó gracias a las presiones y reivindicaciones de la clase obrera; 3) la sanidad nunca ha estado socializada en el país ni podrá nunca llegar a socializarse del todo en una economía capitalista; 4) es necesaria la unificación de los procesos sanitarios bajo la forma de una institución nueva y autónoma; 5) el presupuesto sanitario público es bajo y debería aumentarse; 6) la regionalización sanitaria hará desaparecer los desequilibrios sanitarios actuales, y 7) faltan médicos en el país. Al final, se presenta una alternativa sociológica basada en unos criterios metodológicos críticos.

Introducción

La década presente nos depara una sorpresa: la de que la dictadura de Franco (1939-1975) tendió a socializar el sector sanitario, y la democracia actual lo privatiza. Esta paradoja se sustenta en el hecho de que no ha existido nunca ni una política sanitaria oficial ni un modelo alternativo serio en la oposición. La única pauta estable del sector sanitario ha sido la protección de (por riguroso orden): 1) el *status* de poder de la *clique* falangista que ha permanecido siempre al mando de la sanidad desde 1939; 2) el Gobierno y la clase dominante, y, por lo tanto, las burguesías financieras, algunas con intereses en el sector sanitario, y 3) el sector de negocio privado (industria farmacéutica, profesión médica, hospitales privados, farmacias, etc.).

Desde el sector sanitario se ha mantenido una doble visión sesgada de la sanidad, ignorando el resto de la sociedad y centrando el interés en la biomedicina. Este *pacato biologismo* se observa como subyacente en todas las ideologías del sector sanitario en España y concuerda con el pensamiento médico dominante. Este se basa en la creencia firme en la existencia de una teoría global que da sentido a todo el conocimiento médico y que es enseñable desde las aulas; en la tendencia a afirmar la existencia de un equilibrio humano y una homeostasis del cuerpo —y mente— humano (teoría que a su vez viene de Hipócrates); y en la afirmación de que todo proceso patológico proviene de un desarreglo de tipo bio-médico, incluso a nivel colectivo y social.

El presente estudio parte de la suposición de que existe en la sociedad española actual una serie de *tesis* sobre el sector sanitario y su política, aceptadas mayoritariamente (o por grupos extensos de población), y que pueden considerarse como *erróneas*. Se define «tesis» como una «proposición que se mantiene con razonamientos», y es errónea en el sentido de ser un «juicio equivocado o falso». El título rememora, a propósito, las once tesis sobre Feuerbach, de las que aquí se incorpora la última como punto de partida de una alternativa sociológica crítica: «Los filósofos sólo han *interpretado* el mundo, en varias formas; el problema es *cambiarlo*». Las tesis, erróneas o no, se suelen utilizar como armas políticas y artefactos de combate de los grupos de presión. Por eso conviene, además, señalar quién y cómo se utilizan. En total se han aislado *siete* posibles tesis, entre otras muchas.

En el sector sanitario el problema que subyace detrás de todas las tesis es el de la desigualdad de los niveles de salud de la población, lo que se podría denominar «desigualdad sanitaria» *vis à vis* la «desigualdad social». Ambos procesos están íntimamente relacionados, y es la Sociología de la Medicina la que se encarga de analizar sus interrelaciones. Las tesis (erróneas) no son fáciles de aislar, pues todas ellas suelen aparecer combinadas en proporciones diversas, aunque alguna (como la del biologismo o la tecnocra-

tización del sector) aparezca subyacente en casi todas las demás. Por otro lado, varias de ellas son contradictorias entre sí.

Tesis erróneas parecidas son, a veces, compartidas por la izquierda y la derecha, pero por motivos (y con deseos) diferentes e incluso opuestos. Existen más tesis en el *establishment*, en parte por la mayor cantidad de estudios que se producen en torno al sector sanitario existente, y, en parte, porque las ideologías lo son de la clase dominante y los grupos en el poder. Las tesis sustentadas por la izquierda, o la oposición, aparecen sobre todo en la periferia, precisamente allí donde los partidos de izquierda han alcanzado algún poder dentro del sector sanitario (caso, por ejemplo, de los comunistas en Cataluña). Esta relación proviene, también, de la pauta de contestación de la periferia a la política centralista española. Tanto las tesis erróneas de la derecha como las de la izquierda son analizadas aquí, en un intento intelectual de realizar una crítica sociológica del poder dentro del sector sanitario.

Varios y peliagudos han sido los problemas en la redacción de las siguientes páginas. Primero, el método de trabajo ha sido —contrario a una metodología de investigación usual— ir de lo más general a lo más particular, de la teoría a los datos. Sólo así hemos comprobado la falta de datos para refutar la tesis, así como la falta de datos originales que existen en este momento para haberlas formulado. El lector observará el poco énfasis que se pone aquí en refutar las tesis, pues no nos arropamos excesivas pretensiones «científicas» (no ideológicas). Tampoco se sigue un esquema tradicional de tesis-antítesis-síntesis, sino de tesis-razonamientos-efectos-refutación. Hay que llamar la atención sobre el hecho de que no todas las tesis están al mismo nivel de generalidad. Algunos son comunes a otros países, sobre todo a algunos países de la Europa meridional, pero ese análisis cae fuera del propósito del presente estudio.

Se presentan a continuación *siete tesis erróneas* y una alternativa metodológica para el análisis del sector sanitario español. Dentro de cada tesis se analizan los siguientes puntos: 1) su *definición* más común; 2) los *razonamientos* que la soportan y que, en cierta forma, pueden considerarse, además, como tesis complementarias; 3) los *protagonistas* o grupos políticos y sociales que detentan generalmente la tesis, citando a pie de páginas las obras fundamentales donde puede encontrarse la tesis en cuestión; 4) los *efectos* sociales y, en el sector sanitario, de haberla mantenido como verdadera, y 5) la *refutación* de la tesis utilizando el máximo de bibliografía de referencia, pero sin intentar en ningún modelo una demostración lógica de su «erroneidad». Una hipótesis de partida del estudio presente es que existe una falta de datos (estratégica) que impide no sólo demostrar la tesis, sino también refutarlas. Las presentes páginas tampoco se escapan a esta dinámica, por lo que puede considerarse —si así lo desea el lector— a su vez

como ideológicas y no-científicas. Aunque esta proposición sería igualmente difícil de demostrar.

La sanidad es un problema técnico-médico y no político

Esta primera tesis errónea consiste en aceptar que los temas del sector sanitario son siempre de carácter técnico —y, en definitiva, médicos— y no políticos. Los *razonamientos* que sustentan tal tesis son diversos. De entrada se acepta como axioma el que el hecho de que la población muera cada vez menos se debe a la actividad de los médicos y al desarrollo tecnológico de la medicina, y en concreto a la medicina-curativa. Los asuntos sanitarios se consideran como un «problema» no como un sector, que debe ser resuelto con una racionalidad de tipo técnico, y nunca mediante un proceso de negociación o compromiso entre los diversos grupos en el poder (bien se incluya aquí, o no, a la población general, o a los usuarios coyunturales del propio sector sanitario). Más adelante se considera que son los médicos (varones) los que deben tomar esas decisiones, ya que son los que ocupan los puestos técnicos —y viceversa— y los llamados a definir la planificación del sector sanitario, y las políticas concretas en todo lo referente a la salud de la población. De aquí se suele llegar a razonar que incluso el ministro de Sanidad debe ser médico. La organización sanitaria se basa, a la postre, en la profesión médica —organizada en colegios profesionales, los llamados Colegios Oficiales de Médicos provinciales— quienes acaparan la asistencia sanitaria privada y pública, y, por lo tanto, deben definir los modelos futuros de asistencia sanitaria. Esta profesión se expresa a través de sus colegios, gabinetes de asesoramiento, comités de expertos, congresos, academias, facultades de medicina, etc. Es, pues, esa élite médica la que debe ocupar los puestos técnicos a todos los niveles (Ministerio, hospitales, ambulatorios, dispensarios). Se considera, además, que la sanidad es un sector que nunca podrá llegar a democratizarse del todo, ya que siempre incluirá, *per natura*, una decisión técnica, y, por lo tanto, una jerarquía de decisiones en forma cualitativa: los que saben (los médicos) frente a los que nunca pueden llegar a saber lo suficiente sobre el tema como para decidir (la población). Más concretamente, que la sanidad de una población concreta no debe ser decidida por esa misma población. Precisamente, al ser la sanidad un tema eminentemente técnico, todos los programas sanitarios de los diversos partidos políticos se parecen en lo sustancial y sólo difieren en detalles de implementación.

Los *protagonistas* de esta tesis son no sólo los grupos de la derecha, sino incluso algunos de izquierda. En la derecha ha sido defendida por los

grupos en el poder, especialmente a partir de 1964¹, llegando a su clímax en 1977². También se presenta esta tesis entre algunos grupos de la izquierda, sobre todo cuando la voz cantante es llevada por la propia profesión médica³, y más especialmente en los documentos de los colegios médicos⁴. Sin embargo, la ideología no aparece tan clara en la izquierda, que alternativamente se mueve entre la defensa de, y el ataque a, esta tesis⁵.

¹ Esta postura puede verse sobre todo en los tres primeros planes de desarrollo sanitarios: 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); *II Plan de Desarrollo Económico y Social: Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social* (Madrid: Presidencia del Gobierno, 1967), y *III Plan de Desarrollo Económico y Social: Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social* (Madrid: Presidencia del Gobierno, 1972). Una crítica a estos planes aparece en Jesús M. DE MIGUEL, "The Spanish health planning experience, 1964-1975", *Social Science and Medicine*, 9 (1975), pp. 451-459. La misma posición tecnocrática aparece en la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, *Informe al Gobierno sobre la reforma sanitaria* (Madrid: mimeografiado, 1975), 12 volúmenes; y en el nunca aplicado: Presidencia del Gobierno, *Documentación básica del IV Plan Nacional de Desarrollo: Trabajo y promoción social. Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social* (Madrid: Subsecretaría de Planificación, 1976). Con un punto de vista más metafísico está el libro de Juan J. LÓPEZ IBOR, *La medicina como poder* (Madrid: Prensa Española, 1975).

² Es decir, en los informes oficiales de la Seguridad Social, conocidos como el "Libro Blanco" y el "Libro Rosa": Subsecretaría de la Seguridad Social, *Libro blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977); Instituto Nacional de Previsión, *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: Estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977). Una crítica socialista a las posiciones tecnocráticas de la Seguridad Social puede verse en Felipe SOLER SABARÍS, *Problemas de la Seguridad Social española* (Barcelona: Pulso, 1971), y del mismo autor, "Alternativas de la Seguridad Social en un plan de reforma sanitaria", pp. 195-220, en Jesús M. DE MIGUEL (comp.), *Planificación y reforma sanitaria* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978).

³ Se puede ver esta tesis, por ejemplo, en varias de las ponencias del Xº Congreso de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, *Funció social de la Medicina* (Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1976); y en menor medida en Congreso de Cultura Catalana, *Ambit d'Estructura Sanitària* (Barcelona: Monografies Mèdiques, 1977). Una crítica a esta posición —desde las propias trincheras médicas— aparece en Jordi GOL, et al., *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona: Edicions 62, 1978), y en Francisco J. YUSTE, *Ensayos sobre medicina preventiva y social* (Madrid: Akal, 1976).

⁴ Suelen ser posiciones más típicas de la "periferia"; la posición de la derecha aparece ejemplificada en Jesús QUESADA SANZ, *Unidad de la Medicina y unión de los médicos* (Murcia: Sucesores de Nogués, 1969); y la de la izquierda puede verse, por ejemplo, en "Seminari d'introducció als estudis de Salut Pública", en *Annals de Medicina*, vol. 63, núm. 7 (julio 1979). Todas las posiciones pueden verse, además, en el órgano oficial del Consejo General de Colegios Médicos de España, *Boletín Cultural e Informativo* (posteriormente denominado *Boletín formativo e informativo*, y, después, *Boletín informativo*), publicado desde 1946; y en su órgano oficioso, *Tribuna Médica*, semanario de Antibióticos, S. A.

⁵ Es interesante, por ejemplo, analizar —y comparar— las Primeras Jornadas Sanitarias del PCE, *Ponencias y comunicaciones: Madrid 10 y 11 de junio, 1978* (Madrid: Gráficas Ajenjo, 1978); Primeres Jornades de Sanitat del PSUC, *Ponències i comunicats: 11-12 de febrer 1978* (Barcelona: Comissió de Sanitat del

Los efectos que sobre el sector sanitario y la sociedad española ha tenido el mantenimiento de esta tesis han sido múltiples. Lo más visible ha sido el desarrollo de un argot médico, técnico-sanitario, imposible de comprender por los iniciados. Este nuevo vocabulario no se justifica por la débil tecnificación real del sector, y tampoco supone un avance del conocimiento o de conceptos abstractos. Este nuevo lenguaje ha supuesto a menudo un disfraz de la realidad, utilizando precisamente términos opuestos: «concierto» (donde nada está orquestado), «residencia» (donde sólo se auxilian enfermos agudos), «jerarquizados» (servicios nunca organizados ni integrados), «urgencias» (las no urgencias), «pirámide» (servicios no coordinados), «beneficiarios» (los que menos se benefician), «ciudades sanitarias» (caos sanitario), «igual» (lo que no iguala nada), «médico de cabecera» (el que casi nunca ve al paciente en su casa), etc.⁶. Este intrincado lenguaje ha supuesto que los asuntos sanitarios quedasen en manos de un grupo reducido de conocedores del tema, que normalmente se dedican exclusivamente al mismo. Se produce, además, una confianza generalizada en la medicina curativa frente a la sanidad pública, la medicina preventiva y otras medidas de asistencia que suponen una redistribución de recursos. Esta tendencia se refleja en un mayor presupuesto para la medicina curativa y farmacia que a ningún otro aspecto. Es muy escaso el número de estudios epidemiológicos y de sociología de la salud, es decir, que midan el impacto de las variables no-médicas (agua potable, vivienda, alimentación, clase social, redistribución de la propiedad agraria, medios de comunicación, integración social, hábitos, etc.) en el nivel de salud de la población.

Se ha considerado así a la sanidad como un problema peculiar, autónomo y separable del resto de los sectores y servicios de la sociedad. Así se llega a realizar la mayor parte de los estudios sin tener en cuenta la estructura social, la económica, ni la situación política. Incluso la izquierda lleva a cabo, a veces, estudios en los que se pretende ignorar el hecho de que, *ceteris paribus*, España es un país capitalista-dependiente. Las políticas, control de gestión y presupuestos, y evaluación de los resultados no mantienen un control político, sino que son decididos autónomamente por los grupos de poder de la sanidad en la administración pública. El INP (antes, y ahora el Insalud) es un organismo público sin apenas control gubernamental (y ningún control de la población), y sigue siendo un sector de poder autónomo manejado por una *clique* falangista, conocida a veces como la «aristocracia azul». No sólo no se discute el nivel de jerarquización de este sector público, sino que incluso se pide a veces un nivel mayor de burocratización.

Sólo los llamados «técnicos» —a ser posible médicos— deciden sobre

Comité Central, PSUC, 1978), y Jordi Gol, et al., *Salut, sanitat i societat* (Barcelona 7x7 Edicions, 1977).

⁶ Un análisis de este vocabulario aparece en Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid: Akal, 1979).

las reformas del sector tanto en el *establishment* como en la oposición. Incluso a nivel de alternativas de modelos sanitarios globales (socialistas y comunistas), el papel de los médicos es preponderante no sólo en los Colegios Oficiales de Médicos (amén de sus gabinetes y asesores), sino a nivel de los partidos políticos, asociaciones de vecinos, e incluso burocracia sanitaria autónoma. La mayoría de los puestos de poder (directores de hospitales y ambulatorios, inspectores, directores generales, comisiones de reforma, etc.) están ocupados por médicos (en una aplastante mayoría varones). Tanto la derecha como la izquierda solicitan que la reforma de la sanidad sea realizada por médicos. La experiencia enseña que cuando se van a plantear cambios en el sector (como regionalización, centros sanitarios a nivel de la comunidad, malpráctica, reforma de los ambulatorios públicos, etc.), la profesión médica es la primera en definir un modelo, a veces aparentemente progresivo, pero que en su interior siempre protege los intereses de la profesión (concretamente: monopolio, autonomía e ingresos elevados). El máximo de poder reside en la planificación detallada del sector sanitario. Dado que durante el franquismo el poder político de la profesión médica era reducido no se produjo un proceso real de planificación sanitaria, a pesar de los Planes de Desarrollo Económico y Social (de 1964-1979).

Tampoco se han definido modelos reales de democratización del sector sanitario a todos los niveles, y menos aún a nivel de la base de la población. Incluso los partidos de izquierda no han definido estos modelos, y no señalan tampoco la posible solución del paradigma de democratización del sector sanitario. Se ha producido un fenómeno de «mimetismo homeostático» de los modelos sanitarios de los partidos políticos: los de derechas copian las fórmulas de la izquierda («regionalización», «centros de salud»), y los de la izquierda se empeñan en salvaguardar algunos de los principios defendidos por la derecha (libre elección de médico, no socialización del sector privado médico o farmacéutico). En general, se observa que las definiciones médicas de los problemas sanitarios no son técnicas sino altamente ideológicas, y que buscan como objetivo la protección de los intereses de los grupos con poder y de la profesión médica. Esta contradicción es aún más llamativa en los grupos de izquierda.

La refutación de esta tesis puede ser, también, múltiple. Es conocida la relación de que las disciplinas no médicas han salvado más vidas durante los últimos siglos que la Medicina⁷. La sanidad es un tema (no un «proble-

⁷ Para mayor abundamiento de esta teoría pueden verse los libros clásicos: Louis I. DUBLIN y Alfred LOTKA, *Length of Life: A Study of the Life Table* (Nueva York: The Ronald Press Co., 1936); Paul HUGH, *The Control of Communicable Diseases* (Londres: Hervey and Blythe, 1952), y Edgar SYDENSTRICKER, *Health and Environment* (Nueva York: McGraw-Hill Book Co., 1933). Véase, además, E. GARTLY JACO (comp.), *Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health*, 2.^a ed. (Nueva York: The Free Press, 1972), y el imaginativo libro de Irving I. KESSLER y Morton L. LEVIN (comps.), *The Community as an Epidemiological Laboratory: A Casebook of Community Studies*

ma») de recursos escasos y, por tanto, no técnico sino político. Se acepta que un conocimiento más técnico —en general, más médico-biológico— de la sanidad no ayuda demasiado para conseguir una planificación mejor. Es la población —que no entiende necesariamente de los detalles técnicos o médico-complejos— quien podría muy bien decidir sobre la distribución de los recursos escasos. Tampoco conviene expropiar a la población de su derecho a decidir sobre su salud y sanidad personal o comunitaria. Otros países —tanto socialistas como capitalistas— señalan que *sí* es posible una relativa democratización del sector sanitario; articulándose, por ejemplo, a través de mecanismos de participación en decisiones sanitarias locales, o a través de elecciones políticas generales. En estos casos el ministro de Sanidad conviene que sea un (o una) político, no un médico ⁸.

Hay, sin embargo, que reconocer que en una primera etapa franquista, precisamente la más dura (los años cuarenta), se aceptó plenamente que la sanidad era un tema político y no técnico. El grupo falangista de José Antonio Girón, Luis Jordana de Pozas *et alii*, desarrollaron todo el sector del Seguro Obligatorio de Enfermedad; mientras que el sector de sanidad pública continuó en manos del Ministerio de la Gobernación y el Cuerpo de Sanidad Nacional. El poder de la profesión médica organizada quedó eliminado por la ley de organización colegial de 1945 que permaneció prácticamente inalterable hasta 1967. Todavía en la actualidad algunos problemas (tales como control de natalidad, interrupción voluntaria del embarazo, edu-

(Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1972). Para una interpretación metodológica de este planteamiento, véase: Kenneth F. MAXCY (comp.), *Rosenau: Preventive Medicine and Hygiene*, 7.ª ed. (Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1951), en especial el capítulo 43 (pp. 1289-1308). El ejemplo siempre citado es el de John SNOW y el cólera en Inglaterra y su obra *El modo de comunicación del cólera* (1853-54). Para una bibliografía más completa, puede consultarse mi artículo "Fundamentos de Sociología de la Medicina", *Papers: Revista de Sociología*, 5 (1976), pp. 209-269; especialmente la "Bibliografía básica comentada de sociología de la medicina".

⁸ Una obra para apoyar la refutación de esta tesis es Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma*, op. cit. Algunos aspectos aparecen, además, en *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Barcelona: Vicens Vives, 1978). Referente al tema concreto de España y los países de la Europa meridional, puede verse, del mismo autor: "Policies and politics of the health reforms in southern European countries: A sociological critique", *Social Science and Medicine*, 11 (1977), pp. 379-393, y, especialmente, "The role of the medical profession in non-democratic countries: The case of Spain", pp. 41-59, en Margaret STACEY, et al. (comps.), *Health and the Division of Labour* (Londres: Croom Helm, 1977). También "Hacia un modelo democrático de reforma sanitaria", *Doctor: Información Profesional* (marzo 1976), pp. 8-23, y "The Spanish health planning experience", op. cit. Un modelo de análisis global del sector sanitario aparece en "A framework for the study of national health systems", *Inquiry*, vol. 12, núm. 2 (1975), pp. 10-24. La posición oficial de los primeros años del franquismo puede verse en José A. GIRÓN, *Orientaciones sociales del Gobierno* (Madrid: INP, 1945), y los problemas posteriores en mis páginas "La reforma sanitaria", pp. 571-576, en Javier FIGUERO, Ana BASELGA y Catalina G. MADARIA, *Las reformas urgentes* (Madrid: Taller de Ediciones JB, 1976).

cación sexual, suicidio, etc.) se siguen considerando como «problemas» metafísicos y políticos y nunca como temas técnicos.

*El Seguro Obligatorio de Enfermedad se creó gracias a las presiones
y reivindicaciones de la clase obrera*

Esta segunda tesis errónea afirma que la creación del sector sanitario de la Seguridad Social fue arrancado al poder franquista por los obreros. En los *razonamientos* se suele explicar que fue una verdadera conquista social, en contra de los deseos de Franco y de los falangistas en el poder que no tuvieron otra posibilidad que claudicar. De aquí se suele seguir con que cualquier conquista dentro del sector sanitario sólo provendrá en el futuro de las presiones de los obreros, y no tanto de los deseos de otros grupos dominantes. La democracia creada a finales de los años setenta va, pues, a permitir una mayor libertad de expresión de las opiniones populares, y éstas van a producir una reforma gradual del sector sanitario

Los protagonistas de esta tesis son grupos concretos de la izquierda, sobre todo en la periferia. La tesis aparece latente en diversas reuniones y congresos en los últimos años del franquismo, normalmente defendida por personas que por su juventud *no* vivieron la creación del SOE en 1942-1944⁹. Posteriormente llega a concretarse con la siguiente claridad: «La clase obrera, en su lucha por mejorar sus propias condiciones de vida, ha dado origen a la medicina de la Seguridad Social y sigue siendo esta misma clase la que propugna un servicio sanitario nacional como máxima expresión del derecho a la salud para todos»¹⁰.

Los *efectos* sociales de esta tesis se resumen en una confianza en que la democracia va a proseguir con el proceso de socialización del sector y, por tanto, a producir modelos en esa dirección y no se evita la privatización del mismo. Al considerar que el SOE fue ganado por los obreros se deduce, a veces, que éste es sólo para los obreros y no tiene por qué hacerse coextensivo a las clases medias o altas. Se considera que cualquier otro cambio del

⁹ Se puede ver fundamentalmente en algunas de las comunicaciones y ponencias del X^o Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (celebrado en Perpinyà, en 1976), *Funció social de la medicina*, op. cit., y en el *Ambit d'Estructura Sanitària del Congrés de Cultura Catalana* (celebrado en Tarrasa, en 1977), *Què passa amb la sanitat?* (Barcelona: Edición 62, 1978). En otros sectores de izquierda esta tesis no es defendida, por ejemplo, Alberto INFANTE et al., *Cambio social y crisis sanitaria: Bases para una alternativa* (Madrid: Ayuso, 1975); Jesús M. DE MIGUEL (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*, op. cit., y en Jordi GOL, et al., *Salut, sanitat i societat* (Barcelona: 7x7 Edicions, 1977).

¹⁰ Ramón ESPASA, et al., *La sanidad hoy* (Barcelona: Avance, 1975), p. 29. Curiosamente, en la misma publicación y en la página 35, Felipe Soler Sabarís afirma lo contrario. Para un análisis de esta tesis por partidos políticos, según un modelo teórico, véase el capítulo 6 de Jesús M. DE MIGUEL, *Sociología de la Medicina*, op. cit. (pp. 115-138).

sector sanitario sólo podrá realizarse con el apoyo —y el protagonismo— de la clase obrera. El efecto típico en la izquierda ha sido la confianza en las presiones populares como forma para crear reformas sanitarias.

Es la propia izquierda quien se ha encargado de presentar una *refutación* a esta tesis, considerando repetidamente al SOE como el «banquero barato del Estado» y «un sistema de ahorro forzoso»¹¹. El modelo del SOE pervivió gracias a dos factores: al control dictatorial del sistema por parte de los falangistas desde el Ministerio de Trabajo, y el Ministerio de Sindicatos, y a la falta de un modelo alternativo elaborado por la oposición¹². Las primeras resistencias provinieron significativamente de la periferia¹³, y cristalizaron en proyectos poco elaborados y contradictorios, y generalmente realizados por médicos (con poco poder dentro del sistema sanitario a nivel nacional)¹⁴. En concreto, las primeras reacciones de la izquierda no se produjeron hasta 1971, y las primeras alternativas no se publicaron hasta 1976, y desde luego no por los obreros industriales, sino de nuevo por médicos, o colaboradores de equipos de médicos. Es un hecho que fue una «aristocracia azul»¹⁵, compuesta por José A. Girón *et alii*, quien diseñó el SOE en 1942, quien controló su desarrollo y decidió sobre las inversiones¹⁶. Para ello

¹¹ Puede verse, entre otros, en Joaquim VERGÉS, *La Seguridad Social española y sus cuentas* (Barcelona: Ariel, 1976).

¹² Incluso el programa del Partido Comunista en 1968 era indefinido y no demasiado avanzado: Santiago Carrillo *et al.*, *Un futuro para España: La democracia económica y política* (París: PCE, 1968).

¹³ Concretamente los primeros sucesos de importancia comenzaron en 1971 con las huelgas de MIR, de médicos del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, las divisiones internas en el Congreso Nacional de Neuropsiquiatría en Málaga y con las primeras críticas serias a la Seguridad Social desde Barcelona, encabezadas por Felipe Soler Sabarís. Al año siguiente se celebró el famoso Congreso de la Juventud Médica, en Valencia. En 1974 se empieza a popularizar la alternativa "Servicio Nacional de Salud", en Cataluña. En 1976 se reúne el décimo *Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*, en Perpiñán; se celebra en 1977 el oficial —pero opuesto a la política oficial— Seminario sobre Planificación Familiar en Mahón. Aparecen ese año las primeras alternativas socialistas y comunistas, algo más elaboradas (aunque siempre parciales y simplistas) al sector sanitario público.

¹⁴ Ejemplos recientes son: Ferran MARTÍNEZ NAVARRO, *Estructura i malaltia sanitària per al País Valencià* (Valencia: Tres i Quatre, 1978), 79 pp.; Ferran PLANES, *Esquema dels serveis socials aplicats a una Catalunya autònoma: Una visió socialista* (Barcelona: Laia, 1978), 146 pp., y Carlos BORASTEROS, *Salud, enfermedad y sociedad* (Madrid: Forma, 1978), 141 pp.

¹⁵ El término fue acuñado por Jacint Reventós.

¹⁶ Para entender la ideología oficial conviene consultar las publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, y más concretamente: José A. GIRÓN, "El seguro de enfermedad en España", *Revista de Trabajo* (enero 1944), y *Orientaciones sociales del Gobierno*, op. cit. Véanse, además, Luis JORDANA DE POZAS, *Características del seguro español de enfermedad* (Madrid: INP, 1944), y Licinio DE LA FUENTE, *La Seguridad Social al servicio de la salud de los trabajadores y de sus familias* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1973). Estudios más generales son los de Enrique SERRANO, *El Seguro de Enfermedad y sus problemas* (Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1950), y Manuel ALDEANUEVA, *Seguridad Social: Principios elementales y legislación* (Madrid: INP, 1972). Una visión sociológica conservado-

contó con la colaboración del grupo de católicos-tradicionales (el grupo de Severino Aznar) alrededor del INP, que había sido creado en 1908. Los obreros se limitaron a pagar sus cuotas y utilizar poco el SOE; e incluso la profesión médica no pudo oponerse más que muy indirectamente y sin éxito. Los jornaleros del campo no accedieron al sistema sanitario de la Seguridad Social hasta 1966, y en condiciones peores que el resto de la población. Es, pues, una realidad que el SOE fue creado sin contar con la población (menos aún con los obreros o jornaleros) y de espaldas a la profesión médica¹⁷. La paradoja es que cuando empieza la crítica de la izquierda (generalmente médicos) en 1971, es precisamente cuando comienza el proceso de privatización del sector sanitario público en España.

La sanidad nunca ha estado socializada en el país, ni podrá nunca llegar a socializarse del todo en una economía capitalista

Esta tercera hipótesis es general y, por tanto, más difícil de analizar. Se refiere a la conocida polémica de la socialización-privatización del sector sanitario y se concreta afirmando que en España los falangistas no socializaron el sector sanitario, y que nadie podrá socializarlo mientras continúe un sistema de economía de mercado.

Los *razonamientos* para emitir esta tesis han sido múltiples. El modelo falangista/franquista no pretendió nunca la socialización del sector sanitario, ni siquiera el extender todo el sector público (se entiende que sanitario) a toda la población. Una dictadura de derechas no puede pretender nunca socializar verdaderamente el sector sanitario. La Seguridad Social debe reducirse a un papel subsidiario, es decir, a preocuparse de los problemas no cubiertos por el sector privado. En la actualidad en España sólo una minoría de la profesión médica y del resto del personal sanitario está socializado, es decir, que trabajan para el sector público. Se acepta como axioma que la ley de la oferta y la demanda en un mercado transparente es el modelo mejor también para la sanidad, aun cuando genere a veces algunos pequeños problemas de consumo iatrogénico. Un sistema capitalista no puede nunca llegar a socializar del todo un sector determinado de la sociedad —y menos aún tan importante como el sanitario—, pues surgirían problemas insolubles. Un sistema de medicina socializada sólo puede existir en un país socia-

ra aparece en Severino AZNAR, *Los peligros del Seguro de Enfermedad y su inspección sanitaria* (Madrid, INP, 1949).

¹⁷ El estudio más concreto sobre la ideología falangista sobre el sector sanitario puede verse en Jesús M. DE MIGUEL, "Ser o no ser: El modelo sanitario falangista de los años cuarenta", *Doctor: Política Profesional* (marzo 1977), pp. 64-73, y en *La sociedad enferma*, op. cit. Un marco teórico aparece en Antonio UGALDE, "Los procesos de toma de decisiones en el sector sanitario y sus implicaciones políticas", *Papers: Revista de Sociología*, 5 (1976), pp. 101-124.

lista. El sector privado no desaparecerá nunca. Y lo que es más importante, la socialización del sector sanitario es perjudicial para el nivel de salud de la población.

El *protagonista* mayoritario de esta tesis es la derecha quien se ha opuesto así a los procesos de socialización del sector sanitario en España¹⁸. Pero incluso algunos sectores de izquierda más o menos moderada y generalmente médicos también han defendido esta postura¹⁹.

Los *efectos* de esta tesis han cristalizado en la paradoja fundamental de que a pesar de los problemas sociales creados por la dictadura franquista, ésta había avanzado en el proceso de socialización del sector sanitario, mientras que la democracia parlamentaria del rey Juan Carlos retrocede, produciéndose un proceso gradual de privatización del sector. La izquierda que había (lógicamente) atacado el franquismo, no entiende que la dictadura hubiese realizado un sector sanitario público tan progresivo (a pesar de sus muchísimos defectos). Por eso se produce una oposición de todos (derecha e izquierda) al término «socialización» del sector sanitario, considerándose como rechazable ideológicamente por unos y poco claro por otros.

Es un hecho que el proceso socializador del modelo falangista/franquista se interrumpe —desde el propio Gobierno— al interpretarse que no es un proceso lineal hacia una meta socializadora. Nunca llega a definirse claramente un modelo globalizador (es decir, no-subsidiario) de la Seguridad Social, ni desde el *establishment* ni desde la oposición, para que se incluya a toda la población, sino que se reduce a los grupos (supuestamente) más necesitados, generalmente «económicamente débiles» (por utilizar la fraseología oficial al uso). Pero en realidad parte de la población más necesitada no está cubierta por el propio sector público, a pesar del principio de subsidiaridad, ya que ciertos sectores de la población no se consideran como portadores de derechos legítimos completos: parados no registrados oficialmente, parte de la población rural, ilegítimos-no-naturalizados con madres no aseguradas, algunas personas de edad, enfermos mentales, algunos de los casos más problemáticos de enfermos crónicos, trabajadores ilegales sin contrato (extranjeros y minorías étnicas), gitanos, etc.

¹⁸ De nuevo nos remitimos aquí a las fuentes de la política oficial, sobre todo a partir de los años sesenta, y en concreto a los cuatro Planes de Desarrollo Sanitario (véase la *nota 1*), y al "Libro Blanco" (véase la *nota 2*). También pueden consultarse documentos de la derecha, como GODSA, *Llamamiento para una reforma sanitaria* (Madrid: S. Martín Villagroy, 1976). Una posición ambigua es la del médico —y presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España durante muchos años— Alfonso DE LA FUENTE CHAOS, *Comentarios a la Ley del Seguro de Enfermedad* (Madrid: Delegación Nacional de Sanidad de FET y de las JONS, 1943); *Los problemas de la medicina actual* (Barcelona: Editorial Científico Médica, 1958), y Jesús QUESADA SANZ, *El Seguro de Enfermedad y los médicos en el momento actual* (Murcia: Imprenta el Tiempo, 1962).

¹⁹ Un ejemplo claro es NOLASC ACARÍN, et al., *La salud, exigencia popular* (Barcelona: Laia, 1976). Véanse las pp. 130 y ss., y *passim*. También en Jordi Got. et al., *Salut, sanitat i societat*, op. cit.

El efecto más importante es la gradual privatización del sector público desde 1971 en dos formas: reducción de los recursos públicos respecto del total, y aprovechamiento privado de los recursos públicos a través de canales instituidos por la propia Seguridad Social y a través de la corrupción²⁰. Curiosamente, el comienzo de este proceso de privatización coincide con el inicio de la crítica del sistema desde la izquierda, en 1971. No se controla a los médicos dentro del sector público, ni se les pide exclusividad en su trabajo, ni se les considera como «funcionarios públicos» (al servicio de la población y bajo la autoridad gubernamental). No se llega nunca a plantear en serio la separación del sector privado y el público como exclusivos. Tampoco se controla (públicamente) el sector privado, ni siquiera con el objetivo de no solapar, o duplicar, las actividades de los sectores privado y público.

Todo ello ha llevado a que en la actualidad el sector público aparezca al servicio del sector privado; y ninguno de ellos al servicio real de la población, sino de los intereses políticos (Seguridad Social) o intereses comerciales (medicina privada). Los partidos de izquierda *no* han planteado modelos radicales de socialización del sector sanitario, pues los consideran imposibles dentro de un sistema capitalista, con lo que simplemente colaboran con los modelos de la derecha, introduciendo en el mejor de los casos cambios semánticos y no estructurales.

La *refutación* de esta tesis debe partir de la consideración de que en la realidad no existen modelos puros, sino más o menos privatizados/socializados. Se entiende, pues, que el sistema sanitario no es una entidad pura, sino un proceso. Parte de la confusión proviene a su vez de la peculiar ideología falangista (la que crea el sistema sanitario durante la dictadura de Franco) que combinaba la protección de la propiedad privada con un espíritu anti-capitalista, la protección de un sistema de derechas con un servicio para el pueblo. La verdadera «revolución» siempre quedó «pendiente», con lo que el modelo mixto fue aún más obvio. Sin embargo, el efecto de este experimento falangista es que en la actualidad la mayoría de la población considera que el Estado es responsable de la salud de la población (es decir, un sistema público, gratuito, y accesible a toda la población)²¹.

²⁰ La corrupción (entendida como el aprovechamiento privado de recursos públicos) de la Seguridad Social es la tesis defendida en Jesús M. DE MIGUEL, "El Teorema de Watson del sector sanitario: Hacia una teoría sociológica de la Seguridad Social española", *Papers: Revista de Sociología*, 10 (1979), pp. 115-145; en "Análisis sociológico del sector farmacéutico en España", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 5 (1979), pp. 55-79, y en "Cuentos y cuentas de la Seguridad Social", *Doctor: Política Profesional*, 143 (1978), pp. 48-52. Puede verse también en algunos de los capítulos de la coetánea, A. INFANTE et al., *Cambio social y crisis sanitaria*, op. cit.

²¹ Estos datos son oficiales, del propio Instituto Nacional de Previsión, en el denominado "Libro Rosa" (*Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España*, op. cit.). Véase, además, Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma*, op. cit., especialmente el capítulo 5: "La revolución pendiente del sector público".

El sector sanitario en España ha llegado a estar bastante «socializado» (o mejor pseudo-socializado, ya que combinaba actividades privadas y públicas en las mismas personas, tanto personal sanitario como población), cubriendo el 75% del consumo farmacéutico, dando trabajo al 85% de la profesión médica y cubriendo, al menos nominalmente, al 90% de la población del país²². Mientras no se demuestre lo contrario, y no es una demostración fácil, no hay nada que impida la socialización casi completa de un sector social (como vivienda, educación, sanidad) en un país con una economía general de mercado. Todo depende de si este modelo se propone, y de si los grupos opositores (profesión médica, industria farmacéutica, hospitales de la Iglesia, etc.) no mantienen un poder excesivo²³. Rizando el rizo, y utilizando el razonamiento eurocomunista, la socialización de un sector importante de la sociedad puede incluso llegar a (contribuir a) la socialización de la sociedad²⁴.

²² Para un estudio detallado y comparativo, debe consultarse: Jesús M. DE MIGUEL, *Health in the Mediterranean Region: A Comparative Analysis of the Health Systems of Portugal, Spain, Italy and Yugoslavia* (Ann Arbor, Michigan: University Microfilms, 1976). Del mismo autor puede verse "Sector sanitario: Factores en el desarrollo cualitativo", *Doctor: Información Profesional* (mayo 1976), pp. 57-64; "Social class and health structure in southern European countries: A sociological critique", pp. 399-419, en Jean-Claude Guyon, et al. (comps.), *Santé, Médecine et Sociologie* (Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, 1978), y "Los pobres mueren antes: Para un análisis sociológico de las desigualdades sociales en el sector sanitario", *Doctor: Política Profesional* (mayo 1977), pp. 54-60.

²³ A este respecto es ilustrativo el estudio del médico Vicente NAVARRO, *Medicine Under Capitalism* (Nueva York: Produst, 1976). Véase también Jesús M. DE MIGUEL, *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.; Antonio UGALDE y Jesús M. DE MIGUEL, "Latin American and Latin European health systems: Are there experiences to be shared?", *Ninth World Congress of Sociology* (Uppsala, Suecia: agosto 1978), mimeografiado, 92 pp., y Jesús M. DE MIGUEL, "Los países mediterráneos ante la reforma sanitaria", *Doctor: Información Profesional* (abril 1976), pp. 8-23. El caso más importante de "socialización" es quizá el *National Health Service* británico. A este respecto puede verse: Margaret STACEY (comp.), *The Sociology of the National Health Services* (Keele: University of Keele, 1976); Paul F. GEMMILL, *Britain's Search for Health: The First Twelve Years of the National Health Service* (Filadelfia: University of Pennsylvania Press, 1960); Harry ECKSTEIN, *The English Health Service: Its Origins, Structure, and Achievements* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1958); Odin W. ANDERSON, *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden, and England* (Nueva York: Wiley, 1972); Almont LINDSEY, *Socialized Medicine in England and Wales: The National Health Service, 1948-1961* (Chapel Hill: The University of North Carolina, 1962), y Rosemary STEVENS, *Medical Practice in Modern England: The Impact of Specialization and State Medicine* (New Haven: Yale University Press, 1966). Para el caso belga puede verse: *Groupe d'Etude por une Réforme de la Médecine, "Pour une politique de la santé"* (Bruselas: *La Revue Nouvelle*, 1971).

²⁴ Esta ha sido la posición de algunos líderes del PCI. Véase: Giovanni BERLINGUER, *La sanità pubblica nella programmazione economica* (Roma: Leonardo Edizione Scientifiche, 1964); *Sicurezza e insicurezza sociale* (Roma: Leonardo Edizioni Scientifiche, 1968); *Medicina e politica* (Bari: De Donato, 1973); Giovanni BERLINGUER y Severino DELOGU, *La medicina è malata* (Bari: Editori Laterza,

Es necesaria la unificación de los procesos sanitarios bajo la forma de una institución nueva y autónoma

Esta cuarta tesis afirma que el desarrollo socioeconómico demanda la unificación del sector público sanitario, y que esto sólo puede realizarse con la creación de una nueva institución (ya sea Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, Centro de Salud, etc.), que debe ser autónoma respecto de otros sectores sociales y políticos.

Entre los *razonamientos* que llevan a esta afirmación está el axioma de que sólo se resuelven problemas sociales creando instituciones nuevas, no tratando de reorganizar las ya existentes. Por otro lado, el desarrollo socioeconómico de la sociedad moderna conlleva inexorablemente una complejidad burocrática del sector público, que requiere una toma de decisiones centralizada y más eficiente. Para evitar confusiones y conflictos la unificación debe (a ser posible) ser autónoma, con independencia de otros sectores públicos. La unificación produce automáticamente una disminución de los desequilibrios sanitarios dentro de la población, y una reducción efectiva del coste de estos servicios, permitiendo una planificación más real. Lo importante es que todos los temas sanitarios sean manejados por una sola institución, y no por varias, y que la autoridad sea sobre todo el sector. No importa que esta institución *no* incluya el sector privado, pues al ser tan potente puede minimizar los efectos desequilibrantes del mismo. En resumen, el tema no son las relaciones de los sectores privado/público, sino la creación de un sector público unificado.

Los *protagonistas* de esta ideología han sido indistintamente la izquierda y la derecha. Hace unos años ambos grupos coincidían en que un «Ministerio de Salud» era el *deus ex machina* que necesitaba el sector sanitario para resolver todos sus problemas²⁵. A partir de 1974, la derecha continuó con esta tesis, y finalmente logró la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1978²⁶; la izquierda acuñó el término nuevo de «Servicio Nacional de Salud», siendo en estos momentos su tesis más defendida²⁷.

1959); Collettivo dell'Instituto Superiore di Sanità, *La salute e il potere in Italia* (Bari: De Donato, 1971); Severino DELOGU, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica* (Turín: Giulio Einaudi, 1967); A. SEPPILLI et al., *Significato di una riforma: Motivazioni e finalità del progetto di riforma sanitaria* (Roma: Il Pensiero Scientifico, 1972). Compárense estas posiciones con el Programma DC, *La riforma sanitaria* (Roma: Edizioni Cinque Lune, 1971).

²⁵ Compárense, por ejemplo, dos números extraordinarios de la revista *Cuadernos para el Diálogo*: "La crisis de la medicina en España: Médicos, medicina, sociedad", extra 20 (1970), y "El derecho a la salud", extra 46 (1975).

²⁶ La defensa apareció en los tres primeros Planes de Desarrollo (1964-1975), así como en el informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria en 1975 (véase la nota 1). El "Libro Blanco" propugna también la creación de un ministerio autónomo. Tradicionalmente la sanidad había estado en manos falangistas, y el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social recoge todavía en 1978-79 esta tradición.

²⁷ Los tres documentos primeros son: Ramón ESPASA et al., *La sanidad hoy*:

Los *efectos* de esta tesis son numerosos, pues desvía la atención de los temas importantes hacia discusiones semánticas. Los problemas sociales se reducen a pretender crear una institución pública nueva (que cada grupo sueña con dominar y controlar) de carácter únicamente sanitario y autónoma. En general, las discusiones son sobre el nombre y no sobre el contenido. Los nombres van a su vez rotando, según se va perdiendo la esperanza; así, por ejemplo, la izquierda pasó de defender el término «Ministerio de Salud», al de «reforma sanitaria», y de éste al de «ruptura sanitaria», y luego al mítico «Servicio Nacional de Salud», y posteriormente al «Centro de Salud». El esfuerzo no se dirige a reformar instituciones actuales o la distribución presente de recursos, sino a crear una institución utópica (en su sentido más literal), por lo general mal copiada de otros modelos foráneos, con poca imaginación, y sin amoldarse a las realidades de la estructura del país y de los recursos existentes. Los términos «Ministerio de Salud», «Servicio Nacional de Salud» o «Centro de Salud» son utilizados como armas arrojadizas, con sentidos y significados mágicos. Pocas veces se discuten seriamente sus contenidos, y cuando así se intenta suele reducirse a unas ideas muy generales, normalmente olvidando los temas importantes, detallando aspectos irrelevantes, y copiando modelos extranjeros traduciéndolos mal. En general, son modelos para atraer votos o simpatías políticas, y no modelos reales de cambio social.

La unidad y centralización de decisiones puede de hecho —y así ha sucedido— aumentar los desequilibrios sociales y geográficos. Por otro lado, la autonomía centralista supone la falta de control (no sólo social, sino del propio Gobierno) y la excesiva tecnificación y medicalización de los temas sanitarios. Esta situación puede degenerar en autoritarismo, centralismo, e irresponsabilidad. El coste no disminuye necesariamente, sino que una institución nueva, con cuerpos nuevos de funcionarios, supone un gasto adicional, dado que muchas de las instituciones y personal anterior continúan. Estos cambios favorecen incluso ciertos aspectos de corrupción. Con todo esto, cada vez el sector privado y público son más independientes en su planificación y política, sin que el sector público pueda controlar ni utilizar el privado.

La *refutación* de esta tesis se ha mostrado como real en los últimos años; durante bastante tiempo tanto la derecha como la izquierda había pedido insistentemente la creación de un Ministerio de Sanidad (cuyo primer antecedente estaba en el *Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad*, de 1935). Cuando el Gobierno pos-franquista accedió por fin a la creación, en 1978,

Apuntes críticos y una alternativa (Barcelona: Avance, 1975), 147 pp.; Nolasac ACARÍN et al., *La salud, exigencia popular* (Barcelona: Laia, 1976), 152 pp., y Nolasac ACARÍN et al., *El servei nacional de salut: Una alternativa democràtica* (Barcelona: Laia, 1977), 123 pp. Los tres representan la posición comunista catalana. La posición de los socialistas puede verse en Jordi GOL et al., *Salut, sanitat i societat* (Barcelona: 7x7 Edicions, 1977), 253 pp.

de un *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*, éste no sólo no resolvió los problemas anteriores sino que creó más problemas, privatizó sectores de la sanidad, creó conflictos adicionales con el personal hospitalario y ambulatorio, se enfrentó con el sector privado y no adelantó nada, elevó el coste de la asistencia, obligó a la población a pagar más por una asistencia igual o incluso peor, y fue aún más centralista y autoritario. El desencanto de la izquierda fue fulminante, pues había supuesto que un Ministerio así produciría una mejora cualitativa de la asistencia. De aquí se puede deducir que invenciones semánticas, y no estructurales, tampoco producirán, necesariamente, efectos beneficiosos en el futuro²⁸. La mayor parte de los modelos sanitarios en la actualidad son absolutamente idealistas, y nunca definen cómo se va a llegar de la realidad presente a la futura, ni qué va a suceder con el capital (humano y de equipamiento) actual en el modelo futuro²⁹. Lo que sí defienden los autores es que serán ellos mismos los que manden en, y controlen, el nuevo sistema. No queda claro por qué los diseñadores actuales tienen que ser los políticos del futuro. Puede incluso suceder que la izquierda termine realizando dentro de unas décadas —y dentro de un sistema capitalista— lo que la derecha no se atreve a llevar a cabo, que es crear un servicio público sanitario para la mayoría de la población³⁰.

El presupuesto sanitario público es bajo y debería aumentarse

Esta quinta tesis, como algunas anteriores, consta en el fondo de dos afirmaciones conexas: que el presupuesto de gastos del sector sanitario de la administración pública es bajo, y que debería aumentarse para el bien de la salud de la población.

Los *razonamientos* de tipo sociológico y económico mantienen una racionalidad progresiva. Se parte de considerar al sector sanitario como independiente del resto de la sociedad; afirmándose que puede ser analizado separadamente, e incluso planificado y organizado autónomamente. A la vez se

²⁸ Una crítica similar aparece en Jordi GOL et al., *La sanitat als Països Catalans*, op. cit.; en Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma*, op. cit.; "Planificación y reforma sanitaria de la sociedad española", *Doctor: Información Profesional* (febrero 1976), pp. 64-79; "Unanticipated consequences of economic development: Health underdevelopment in Europe", *Sixth Conference on the Atlantic Community* (Washington DC, febrero 1975), mimeografiado, 49 pp., y en Benjamín 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 (1976), pp. 55-99. Véase, además, la parte cuarta, "Proyectos de reforma sanitaria", pp. 345-452, en Jesús M. DE MIGUEL (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*, op. cit.

²⁹ Una excepción a esta regla es la coetánea Jordi GOL et al., *Salut, sanitat i societat*, op. cit.

³⁰ Esta misma asociación es defendida para el caso de Italia por Giovanni JERVIS, "Practica medica e controllo sociale", pp. 41-56, en Collettivo dell'Istituto Superiore di Sanità (comps.), *La salute e il potere in Italia* (Bari: De Donato, 1971). Un análisis sociológico aparece en Jesús M. DE MIGUEL, "Policies and politics of the health reforms in southern European countries", op. cit.

acepta la idea de que cuanto más se gaste (es decir, cuanto más se consuma) en sanidad (productos farmacéuticos, operaciones, análisis clínicos, hospitalizaciones, etc.) mejor para el nivel de salud de la población, y, por tanto, mejor para la sociedad. Es importante, por tanto, tratar de aumentar el gasto público, con independencia de la posible organización interna de este sector público, sus fuentes de financiación y la distribución de recursos obtenidos. El Estado debe colaborar —en el caso de España— en un porcentaje mayor en el presupuesto sanitario (aunque no necesariamente total) dentro del sector público, e incluso en el privado. El sector sanitario privado debe estar subsidiado en gran parte por el Estado, ya que cumple una función social necesaria. Las necesidades más imperiosas son las de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (por el sector más caro y especializado) y no tanto en la sanidad local (provincial o municipal) o sanidad pública. En resumen, se considera al sector sanitario como absolutamente prioritario, muy por encima de otros sectores de gasto público.

Los *protagonistas* de esta tesis aparecen normalmente en las visiones económicas (o economicistas) del sector sanitario, tanto de la derecha como de la izquierda, y no tanto en las aportaciones sociológicas o políticas. En el caso de la derecha el aumento del presupuesto —con una elevación sensible de la aportación estatal— fue la política del *establishment* desde 1966 hasta 1979, aproximadamente³¹. En la izquierda es la posición de algunos economistas con visiones limitadas del sistema social³².

Los *efectos* sociales de esta estrecha visión economicista han sido varios. En general, los problemas que van apareciendo en el sector se intentan solucionar con un mayor gasto adicional, y no con una redistribución de recursos de unos sectores a otros, o con una mejor planificación que define sectores prioritarios. Dado que en realidad no existe en España una tradición presupuestaria del sector sanitario público, este sistema ha supuesto gastos siempre superiores a los planeados. Cada vez crece más el presupuesto de la Seguridad Social en relación con el de otros sectores públicos (dentro y fuera de sanidad), y muy por encima de la sanidad pública, la medicina pre-

³¹ La reorganización más importante fue la transformación del *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, creado en 1942 y empezado a aplicar en 1944, en un sistema de asistencia sanitaria dentro de la Seguridad Social a partir de 1967. La *Ley de Bases de la Seguridad Social* (promulgada en 1963 y no aprobada hasta cuatro años después) supuso así un considerable superávit (del 18 por 100 en 1967) a añadirse al tradicional superávit del sector. Es decir, que mientras el SOE (y luego la Seguridad Social) acumulaba superávits, las necesidades más imperiosas no se cubrían. El "Libro Blanco" pretendía en 1977 adoptar la misma táctica, definiendo artificialmente una "crisis" del sector sanitario, con objeto de aumentar los presupuestos con un menor control. Conviene señalar que la definición de "crisis" es normalmente otro recurso político habitual para obtener más poder o presupuesto. En este sentido el sector sanitario público español ha permanecido endémicamente en crisis a lo largo de todo el siglo.

³² Véanse, por ejemplo, Carmen SANS, p. 86 y *passim*, en Ramón ESPASA et al., *La sanidad hoy* (Barcelona: Avance, 1975), y Joaquim VERGÉS, *La Seguridad Social española y sus cuentas* (Barcelona: Ariel, 1976).

ventiva y la asistencia mental. Incluso algunas veces la Seguridad Social ha pretendido acaparar también esos tres sectores, solicitando para ello *más* presupuesto y admitiendo *menos* control. Se exige una mayor participación de los presupuestos generales del Estado en los gastos de la Seguridad Social, aparte de las cuotas de los trabajadores, que se conservan constantes e incluso se aumentan, dedicándose luego un mayor gasto a sanidad frente a pensiones o paro (en donde los beneficiarios directos son los trabajadores y no el complejo industrial bio-médico-hospitalario-farmacéutico). No existe una política de disminuir la aportación de la población, sino que sucede todo lo contrario, es decir, que aumentan las cuotas y la aportación directa en el consumo farmacéutico (además de las cuotas). Se habla ya incluso de pago-por-acto-médico dentro de la Seguridad Social.

En general, no se introducen cambios para obtener una mejor organización interna, sino que se intentan solucionar los problemas que van apareciendo con una mayor dotación de recursos, que posteriormente a veces no se utilizan, o no se utilizan eficazmente. Por ejemplo, a nivel de la relación médico-paciente, no se trata de diagnosticar mejor (o simplemente «diagnosticar»), sino de recetar más, intervenir quirúrgicamente en más casos, y hospitalizar a más pacientes. No se definen sectores prioritarios ni alternativas, pues se considera que la solución no consiste en administrar más racionalmente (lo que por otro lado disminuiría la corrupción) o redistribuir mejor los recursos, sino aumentar los presupuestos totales. Los pacientes generalmente se ven, e incluso se tratan, pero no se diagnostican ni se curan.

El gasto añadido como consecuencia del aumento del presupuesto se canaliza cada vez más hacia los intereses del sector privado (hospitales, profesionales, farmacia, industria farmacéutica, equipamiento, etc.) y no necesariamente hacia la población. A la larga el exceso de consumo sanitario produce más enfermedad y una disminución del nivel de salud de la población, pero un mayor lucro de los grupos privados. Desde esta perspectiva económica estrecha no se cuestiona ni la participación de la población ni el control democrático del sector público, sino que se considera que antes deben solucionarse los problemas financieros.

La *refutación* de esta tesis se basa en la experiencia española de las últimas décadas, y en la comparación de sistemas sanitarios en países capitalistas (como los USA *versus* Reino Unido). Hay que reconocer que el sector sanitario no es más que uno entre varios gastos sociales, y debe repartir su presupuesto entre ellos. El presupuesto relativo actual, en relación, por ejemplo, con el gasto en subsidio de paro o pensiones, es excesivamente alto. No se suele indicar tampoco qué presupuestos sociales deben disminuir (relativamente) para que pueda aumentar el sanitario. En el caso de la sanidad no se trata de gastar más, sobre todo si ese gasto adicional es iatrogénico o si sólo redundará en un mayor lucro del sector privado o de la corrup-

ción pública, sino de reorganizar mejor los recursos actuales. Es paradójico que coincida el proceso de democratización con la necesidad de recortar el gasto sanitario, pues esta democratización va a suponer seguramente unas mayores demandas de los grupos que trabajan en, o para, el sector sanitario público (y las demandas serán mayores cuanto más poder relativo mantengan dentro del sector, lo contrario de lo que convendría esperar) y unas mayores demandas de la población. Es posible, pues, que la redistribución de recursos, y su aumento si se produce, beneficie a los grupos que ya estaban más beneficiados, y perjudique a los más desasistidos. Con todo ello se pone en duda que un mayor gasto/consumo redunde en un mayor nivel de salud de la población ³³.

La regionalización sanitaria hará desaparecer los desequilibrios sanitarios actuales

Según la *sexta* tesis, las enormes desigualdades del nivel de salud de la población se resolverían con la introducción del modelo de regionalización (a veces se dice «territorialización») sanitaria, es decir, la planificación de servicios sanitarios públicos conforme a una red territorial articulada.

Los *razonamientos* que llevan a esta tesis parten de considerar que sólo existe un modelo válido de regionalización sanitaria (se habla siempre de «la regionalización») y de lo que se trata es de definir ese modelo ideal único. Por otra parte, se entiende que los desequilibrios del nivel de salud en la población se deben a faltas en la estructura de la asistencia sanitaria (especialmente del sector público) y no a la estructura social global del país. Es decir, que el sector público puede solucionar por sí solo los problemas de desigualdad sanitaria, independientemente de lo que haga el sector privado o el resto de la estructura social del país. La regionalización de los servicios sanitarios (del sector público únicamente, se entiende) es la medida sanitaria más eficiente para resolver los problemas actuales del sector. La regionalización sanitaria producirá automáticamente una reducción de las desigualda-

³³ Esta es la base de la crítica al sistema de los Estados Unidos (un mayor gasto) desde la perspectiva británica (una mejor administración del gasto). Véanse Jesús M. DE MIGUEL, "La sanidad, crisis número uno en USA", *Doctor: Política Profesional*, 134 (1978), pp. 28-37, y el número extraordinario sobre "Comparative health systems", *Inquiry*, vol. 12, núm. 2 (1975). Es ilustrativo para el caso español los artículos míos sobre "Cuentos y cuentas de la Seguridad Social", op. cit.; "Análisis sociológico del sector farmacéutico en España", op. cit.; "Tendencias mundiales en los servicios sanitarios para enfermos mentales", *Revista Internacional de Sociología*, 17 (1976), pp. 95-131; y Jesús M. DE MIGUEL y Benjamín OLTRA, "Para una sociología de la salud mental en España", *Revista Española de la Opinión Pública*, 23 (1971). Un caso concreto de consumo iatrogénico aparece en Jesús M. DE MIGUEL, "NMSR y el tabaco: Un análisis sociológico y epidemiológico", *Revista Española de la Opinión Pública*, 33 (1973), pp. 189-230. El análisis comparativo más elaborado aparece en *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.

des sanitarias por clases sociales, regiones y provincias, y estratos rurales-urbanos. A nivel local, la única solución posible sería la creación de «Centros de Salud», cuyo modelo se aplicaría a todas las regiones y estratos de urbanización. Lo más urgente es que los técnicos definan lo antes posible el «Mapa Sanitario» ideal, por provincias, sin tener demasiado en cuenta el equipamiento actual del sector público, ni su funcionamiento, ni el del sector privado (este último se suele desconocer casi íntegramente).

Tanto la derecha como la izquierda son de nuevo *protagonistas* de esta tesis errónea. El tema de «La» regionalización fue patentado antes por el propio Gobierno, a finales de los años sesenta, y se concretó sobre todo en el tercero y cuarto Plan de Desarrollo Sanitario, y otros documentos oficiales posteriores³⁴. La izquierda prosiguió luego con el tema definiendo modelos curiosamente similares a los del Gobierno. Existe, además, una experiencia prolongada de realización de «mapas sanitarios», durante más de medio siglo, sin que la calidad haya aumentado —más bien lo contrario—³⁵. Tanto los modelos de la derecha como los de la izquierda han tenido pocas dosis de realismo, consistiendo en copias poco imaginativas de modelos foráneos de difícil aplicación práctica a la estructura social española. Algunos modelos, además, se han desentendido del resto de la Península, cayendo repetidamente en la pauta de *misplaced concreteness*³⁶.

Entre los *efectos* sociales de esta tesis, se observa el énfasis de los programas de reforma sanitaria (los de la izquierda con más insistencia) en un modelo de regionalización como la solución de todos los males, con el convencimiento de que puede llegar incluso a disminuir la desigualdad del nivel

³⁴ Donde aparece más claro es en el IV Plan de Desarrollo Sanitario (citado anteriormente en la *nota 1*) anterior a las formulaciones de la izquierda. Véase una crítica en Jesús M. DE MIGUEL, "Crítica del cuarto plan de desarrollo sanitario", *Doctor: Política Profesional*, 128 (1977), pp. 46-52, y *Sociología de la Medicina*, op. cit. Es particularmente indicativo también el "Libro Blanco" y el informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria.

³⁵ Compárese, por ejemplo, el mapa de la página 106 con las de las páginas 69 y 73 en Nolasac ACARÍN et al., *El servei nacional de salut*, op. cit. Existió un modelo en la Mancomunidad catalana en 1917; el de la Generalidad fue elaborado hacia 1933 por la *Conselleria de Salut Pública i d'Assistència Social*. El de Ignasi ARAGÓ et al., puede verse en *Plan de regionalización hospitalaria en Catalunya y Balears* (Barcelona: Diputación de Barcelona, 1970). Véase el último, Departament de Sanitat i Assistència Social, *La sanitat a Catalunya: Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social* (Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1980), 330 pp. Este último es —curiosamente— distinto al *Mapa Sanitari de Catalunya* aprobado en enero de 1980, que puede verse en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (7 marzo 1980), pp. 808-879. Véanse, además, Joan CLOS, Elisa SECULI y Andreu SEGURA, *L'assistència sanitària a les comarques de Catalunya* (Barcelona: Laia, 1980).

³⁶ Por ejemplo, Nolasac ACARÍN et al., *El servei nacional de salut*, op. cit.; Jordi GOL et al., *Salut, sanitat i societat*, op. cit.; Ferran MARTÍNEZ NAVARRO, *Estructura i malaltia*, op. cit., y Primeras Jornadas de Sanitat del PSUC, *Ponències i comunicats*, op. cit., entre otros. La crítica más completa aparece en el capítulo 6, "Modelos alternativos de la oposición", en Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma*, op. cit.

de salud según grupos de población, sin llegar a cambiar la estructura social del país. Los modelos suelen definirse con independencia absoluta del equipamiento actual, sin tener en cuenta los recursos que existen ya en el país, y sin definir tampoco cómo se puede pasar de la estructura sanitaria actual al modelo ideal propuesto. No existe un planteamiento realista de los costes de la regionalización propuesta, ni en el *establishment* ni en la oposición. El modelo se suele presentar en forma de un «mapa», realizado por técnicos (generalmente médicos) sin contar con la estructura administrativa actual, ni la decisión de la población. Se plantea generalmente en forma centralista, sin razonar los criterios técnicos. Las decisiones y cálculos son generalmente realizados «a ojo», y se contradicen unos con otros. La mayoría de los términos (e instituciones ideales que se crean *ex novo*) son confusos e indefinidos. El sector privado no se tiene nunca en cuenta, ni para contar con sus instalaciones y recursos, ni para predecir su conducta frente al modelo regionalizado, aun cuando ambos factores pueden hacer variar sensiblemente una regionalización sanitaria racional.

En general, las desigualdades por clase social y por regiones persisten, y en el caso de aplicarse el modelo regionalizado podrían incluso llegar a aumentar; caso que nunca se analiza en los proyectos de regionalización. La terminología de «Centros de Salud» coincide en casi todos los modelos —lo mismo en la izquierda que en la derecha— pero varía considerablemente en su estructura interna. En realidad nunca se razona su composición interna, ni se explica cómo y quién decide sobre la misma (ni en nombre de quién). Tampoco se define su relación con los actuales ambulatorios, médicos-titulares y de APD, consultorios públicos y privados, etc. En resumen, los modelos de regionalización sanitaria contribuyen a la tecnificación de la reforma sanitaria, concentrando la decisión en manos médicas y exhibiendo un alto grado de autoritarismo —tanto en la derecha como en algunos modelos de la izquierda.

Como *refutación* de la tesis hay que tener en cuenta que la experiencia enseña (sobre todo para los casos de Latinoamérica) que la mera regionalización no hace desaparecer los desequilibrios del nivel de salud de la población (ni clases sociales, ni estratos rurales/urbanos) sobre todo si no se articulan mecanismos adicionales, y correctores, del modelo de regionalización³⁷. Estos modelos realizados centralistamente, sin participación real de

³⁷ Véase el libro de John BRYANT, *Health and the Developing World* (Ithaca, Nueva York: Cornell University Press, 1969); H. E. HILLEBOE et al., *Approaches to national health planning* (Ginebra: OMS, 1972), y Ray H. ELLING, *National Health Care: Issues and Problems in Socialized Medicine* (Chicago: Aldine, 1971). El caso yugoslavo es especialmente interesante por el cambio en sus sistema de planificación regional a partir de los años sesenta; Albert WATERSTON, *Planning in Yugoslavia* (Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1962); Centar za Demografska Istrazivanja, *sema stalnih rejona za demografska istrazivanja* (Belgrado: Institut Drustvenih Nauka, 1963), y F. E. IAN HAMILTON, *Yugoslavia: Patterns of Economic Activity* (Nueva York: Frederick A. Praeger, 1968). Un análisis del caso español

las regiones y la población, sin tener en cuenta el sector privado, y sin calcular su (enorme) coste con un cierto detalle, están llamados a ser una fuente más de desigualdad y no lo contrario. Estos modelos sirven generalmente como un elemento de poder para un grupo determinado, y no tratan seriamente de resolver la problemática sanitaria real. Contribuyen, además, a no entrar a tratar los verdaderos temas, y a desviarse con la discusión *sine die* de detalles técnicos siempre debatibles y opináticos. Existen planes de regionalización desde 1917 (el primero fue el de la Mancomunidad en Cataluña), sin que ninguno de ellos haya supuesto ningún adelanto especial, y sin que se haya aplicado ninguno de ellos.

En los modelos de regionalización sanitaria no se suele plantear la necesidad de crear un fondo de redistribución regional de recursos sanitarios, básico para llegar a un equilibrio³⁸. Tampoco se tiene en cuenta la administración territorial actual, ni de los servicios de asistencia social y sanitaria presentes en el «mapa» actual. El problema más agudo es la falta de conexión entre el sistema regionalizado futuro (que se refiere siempre al sector público) y el no-regionalizado ni fácilmente regionalizable (el sector privado). Finalmente, tampoco se definen los canales de participación (y, por lo tanto, menos aún los de control) de la población respecto del modelo regionalizado. A la postre los modelos de regionalización en discusión actualmente *no* pueden considerarse siquiera como verdaderos planes de regionalización, con lo que la tesis no sólo puede considerarse errónea sino inválida³⁹.

Faltan médicos en el país

La séptima y última tesis no es la menos importante de las siete. Afirma que en España, en la actualidad, existe una carencia de médicos, y que conviene producir más médicos. Se suele hablar de médicos refiriéndose a los dos sexos, aunque sin mencionar la carencia, o no, de *médicas*.

En los *razonamientos* de esta tesis se parte de que el modelo de profe-

y del yugoslavo se puede ver en Jesús M. DE MIGUEL, *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.

³⁸ Una excepción puede verse en Jordi GOL et al., *La sanitat als Països Catalans*, op. cit., p. 91, cuando se señala como objetivo ideal: "la creación de un fondo de redistribución regional que actúe como un mecanismo de corrección de los desequilibrios territoriales" no sólo a nivel catalán sino de toda España.

³⁹ Un resumen del tema puede verse en Jesús M. DE MIGUEL, "Problems for a regionalization of health services in southern Europe", pp. 333-352, en Christ ALTENSTETTER (comp.), *Changing National-Subnational Relations in Health Opportunities and Constraints* (Bethesda, Maryland: US Department of Health, Education and Welfare, 1978); "Social class and health structure in southern European countries", op. cit. Para el análisis del personal sanitario a nivel regional, véase Jesús M. DE MIGUEL, *La reforma sanitaria en España: El capital humano en el sector sanitario* (Madrid: Cambio 16, 1976); la distribución de la población y su mortalidad/morbilidad en Jesús M. DE MIGUEL, *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid: Tecnos, 1973).

siones es todavía el más adecuado para el caso del sector sanitario, y más aún para conseguir la relación íntima de médico-paciente, que es lo que da origen a la asistencia médica ideal. En la actualidad no existe una plétora médica (es decir, un exceso del número de médicos) en España, y en realidad hay zonas con gran carencia de médicos, y, por lo tanto, el país necesita más médicos y más Facultades de Medicina. Por otro lado, sobran camas hospitalarias, por lo que no es necesario continúe el ritmo de construcción de nuevos hospitales (sobre todo de hospitales públicos y de la Seguridad Social), sobre todo cuando algunos hospitales privados tienen problemas económicos, o no están llenos. Todo médico, por el hecho de serlo, tiene derecho a un trabajo (bien) remunerado, pues está realizando un bien al país y un servicio a la población. La profesión médica es una profesión especial (debido a su dedicación alta, y a su «sacerdocio») y requiere un apoyo especial por parte de la sociedad y del Estado. Su mayor —y más importante— dedicación debe verse reflejada en unos ingresos «dignos» y bastante más elevados que otros trabajadores y profesionales. Faltan pues médicos, con gran dedicación, y no médicas que trabajan menos horas y abandonan a menudo la carrera. También faltan médicos-especialistas, que puedan desarrollar la medicina a nivel internacional, y trabajen y se especialicen en hospitales.

Los *protagonistas* de esta ideología son de lo más variado: los Colegios de Médicos que se oponen al *numerus clausus* en las Facultades de Medicina, algunos modelos de izquierda sobre necesidades sanitarias, estudios que enfocan el tema de la sanidad rural, y, en general, todo tipo de análisis (y analistas) que observan el tema de las necesidades de médicos con indiferencia de otros sectores sociales, del nivel de desarrollo del país, y la estructura del sector sanitario ⁴⁰.

Los *efectos* de creer en la tesis de que «faltan médicos en el país» han producido un exceso de médicos, además de un progresivo desequilibrio en su distribución, ya que un número creciente de médicos se concentran cada vez más. En general, no se realiza una planificación pública de las necesidades de médicos en el país, pues se considera que la profesión médica se auto-regula y auto-distribuye. Tampoco se ha realizado (hasta muy recientemente) un sistema de selección de estudiantes en las Facultades de Medicina. Todavía no se ha planteado ningún procedimiento de distribución de médicos a nivel regional, rural y sector público en exclusiva, ni se cree que sea un problema a plantearse algún día en una economía de mercado, a

⁴⁰ Por ejemplo, Nolasco ACARÍN et al., *La salud, exigencia popular*, op. cit., en la izquierda, y Alfonso DE LA FUENTE CHAOS, "La Universidad y la plétora profesional de los médicos", *Arbor*, 163-164 (1959), pp. 345-360, en la derecha. Para un análisis más desapasionado, véanse: Antonio GALLEGRO, "Spain", pp. 77-86, en Elizabeth PURCELL (comp.), *World Trends in Medical Education* (Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1971), y Jesús VILLAR SALINAS, "Pasado, presente y futuro de la profesión médica", *Revista Internacional de Sociología* (febrero 1949).

pesar de que el 84 por 100 de los médicos trabajan ya para el sector público. La creación de nuevas Facultades de Medicina no se ha realizado con un criterio de zonas con carencia de médicos, sino a veces al revés. Todo esto ha producido que la distribución de médicos empeore en vez de mejorar. Tampoco se han cambiado los objetivos del sistema —ni siquiera de las Facultades de Medicina— con lo que existe una carencia considerable de médicos-generales (*versus* médicos-especialistas) y sobre todo de médicas. A ningún nivel se toman medidas de justicia compensatoria para obtener más médicas, a pesar de ser España uno de los países del mundo con una proporción relativa más pequeña de médicas-mujeres.

No se construyen muchas más camas públicas, y se para el ritmo de construcción de centros sanitarios de la Seguridad Social (en números relativos). A pesar de la falta llamativa de camas en el país cada vez hay menos en números relativos (58 por 10.000 habitantes en 1963 y 51 en 1973), mientras que el porcentaje de camas privadas se mantiene constante. Como todo médico tiene derecho a un trabajo (bien) remunerado el sector público se encarga de dar trabajo a todos los nuevos médicos, aunque sea necesario el aumentar el número de especialistas, o disminuir la dedicación real, concentrándolos cada vez más en las áreas más desarrolladas y en las zonas más urbanas (precisamente donde existe ya una mayor proporción de médicos). En general, se sigue apoyando un modelo de profesión monopolística, autónoma, y sin un control de la malpráctica.

En la *refutación* de esta tesis hay que partir de la idea de que lo importante *no* es el número de médicos en un país, sino su distribución y dedicación real. A nivel global, y teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del país, en España sobran médicos y faltan camas; sobre todo camas en el sector de la Seguridad Social suficientes para atender al 90 por 100 de la población, que es el porcentaje de afiliados. El tema ha sido demostrado ya en diversos estudios como para enfatizarlo aquí aún más⁴¹. El sistema de relación de médicos es clasista, faltan además médicas en números relativos, y la ideología es ampliamente machista⁴². La sociedad mantiene unos recursos limitados y no puede garantizar trabajo a una profesión que no se autolimita; tampoco puede garantizar un sueldo bastante más alto que otros profesionales basado en cuestionables criterios de dedicación y servicio al público. Una profesión en que trabajan más del 80 por 100 de

⁴¹ El estudio más detallado sobre el personal sanitario, incluyendo médicos y estudiantes de medicina, en 262 páginas, es el libro de Jesús M. DE MIGUEL, *La reforma sanitaria en España*, op. cit., que fue un informe realizado para la Dirección General de Sanidad en 1976. Véanse, además, Fundación FOESSA (comp.), *Informe sociológico sobre la situación social de España, 1970* (Madrid: Euroamérica, 1970), especialmente las pp. 751-831, relativas al capítulo 13 de "Sanidad", y el libro de Jesús M. DE MIGUEL, *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.

⁴² Amando DE MIGUEL, "La profesión médica en España", *Papers: Revista de Sociología*, 5 (1976), pp. 147-182; y Jesús M. DE MIGUEL, *El mito de la inmaculada concepción* (Barcelona: Anagrama, 1979).

sus miembros para la administración pública, y que en el sector rural se basa mayoritariamente en *partidos cerrados*, debe pensar en aceptar una funcionarización de sus miembros, con un control mayor del público. Mientras tanto hay que reconocer que la distribución de los médicos es muy poco racional, que no existe una planificación y que la situación se deteriora. Se pone en cuestión la verdadera esencia de los médicos como «profesión», según el concepto tradicional⁴³. Su transformación haría variar no sólo la definición de la presente tesis, sino la estructura de todo el sector sanitario, y al final la formulación de las otras seis tesis erróneas.

Una alternativa sociológica crítica, o crítica de una alternativa sociológica.

Falta una formulación sociológica de la política sanitaria española, por lo que nuestro desconocimiento sobre la dinámica del sector sanitario es considerable⁴⁴. La falta de información es mayor aún respecto del sector privado, del que no sabemos ni el número de pacientes totales que se ven, ni tratamiento, ni evolución de sus procesos patológicos. En tanto en cuanto no se realice un estudio exhaustivo sobre este sector será difícil planificar una reforma efectiva de la sanidad en España. No hay soluciones fáciles, e incluso algunos problemas no tienen solución. Plantear, pues, una alternativa al sector sanitario actual no consiste, pues, en definir otro modelo, más o menos ingenuo, sino en plantear una metodología para llegar a cambiar la estructura actual de desigualdad sanitaria que existe. Uno de los objetivos de la Sociología de la Medicina es precisamente el definir los problemas metodológicos de las alternativas sanitarias, y estudiar los conflic-

⁴³ Pueden verse mis estudios: "El futuro de los médicos en España", *Doctor: Política Profesional* (noviembre, 1976), pp. 61-71; "Estructura de la profesión médica española", *Doctor: Política Profesional* (octubre 1976), pp. 29-40; "Capital humano de los hospitales españoles", *Doctor: Información Profesional* (septiembre 1976), pp. 42-57; "The role of the medical profession in non-democratic countries: The case of Spain", op. cit.; "La educación médica en los países mediterráneos", *Doctor: Información Profesional* (enero 1976), pp. 8-18, y "Poder y democracia en las asociaciones profesionales médicas: El caso de AMA y la BMA", *Revista de Estudios Políticos* 200-201 (1975), pp. 137-175. Desde un punto más teórico puede verse, además, "La relación sociedad-médico-enfermo", *Tauta: Medicina y Sociedad*, 23 (1974), pp. 7-17, y el prólogo al libro de Eliot FREIDSON, *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado* (Barcelona: Península, 1978), pp. 5-7.

⁴⁴ El estudio más completo podría ser el libro de Jesús M. DE MIGUEL, *La sociedad enferma*, op. cit., y para el tema del personal sanitario, *La reforma sanitaria en España*, op. cit.; para la distribución de los recursos sanitarios, *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.; los aspectos más teóricos aparecen en *Sociología de la Medicina*, op. cit., y los de planificación, en Jesús M. DE MIGUEL (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*, op. cit. Para el caso concreto de Cataluña, la pieza clave es el breve estudio de Jordi GOL et al., *La sanitat als Països Catalans*, op. cit.

tos en los procesos de cambio social en relación con el sector sanitario, su planificación, sus políticas.

Para empezar conviene analizar el sector sanitario como dependiente de la estructura social y política del país, y no como una institución aislada del resto de la sociedad. En este sentido hay que reconocer que el modelo típico de un sistema de mercado libre («cuanto más consumo mejor») no es aplicable al sector sanitario, en donde un consumo indiscriminado puede ser iatrogénico, o difícilmente financiable. Además, conviene considerar al sector sanitario como un resultado de un proceso histórico, y no como un resultado de la acción voluntarística de determinados individuos. Por ejemplo, es frívolo (científicamente hablando) afirmar que la estructura del sector sanitario se debe casi enteramente a la personalidad de Girón o de Rovira Tarazona. Por ejemplo, la privatización del sector sanitario no se produjo de pronto por una decisión ministerial en 1979, sino que es un proceso que puede ser medido con precisión, y que empezó en 1971⁴⁵.

No conviene considerar las reformas sanitarias como dependientes de la racionalidad o bondad de un modelo utópico, sino de la eficacia del grupo en el poder. Tampoco es racional considerar una reforma como imposible *per natura*, cuando luego la experiencia puede desmentirlo. El que no existan modelos reales en el mundo, tampoco significa que no puedan aplicarse al caso de España, sobre todo cuando cuenta ya con un modelo mixto tan peculiar. El que existan los modelos en otros países no significa que puedan ser aplicados fácilmente a España. Claro está que ningún modelo alternativo puede llegar a aplicarse si no se ha definido como tal modelo, o si sólo se ha definido parcialmente, o con poca seriedad. Por otro lado, los modelos con meros cambios semánticos *no* son modelos alternativos, a menos que incluyan cambios estructurales. La democracia de un modelo alternativo no depende de su justificación ideal, sino de la democracia con que haya sido formulado. En definitiva, el modelo que siempre se aplica no es el mejor (si es que es posible definir esta categoría), ni el más ideal, ni el más racional, sino aquel que es apoyado por los grupos con más poder. Precisamente por ello cualquier alternativa que lesione los intereses de grupos con mucho poder dentro del sistema no pueden ser aplicados sin entrar en conflicto con dichos grupos. Ninguna alternativa puede ser exitosa si

⁴⁵ La política sanitaria más reciente en esta dirección puede verse en Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *El sistema español de Seguridad Social ante una nueva etapa* (Madrid: MSSS, 1977); Gerardo CLAVERO, *Análisis de la situación sanitaria española* (Madrid: MSSS, 1977); Enrique SÁNCHEZ DE LEÓN, *Sanidad y democracia* (Madrid: MSSS, 1978); Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Política de sanidad y seguridad social: Criterios para una reforma* (Madrid: MSSS, 1978); Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Política de sanidad y seguridad social: La normativa del proceso de reforma* (Madrid: MSSS, 1978); Enrique SÁNCHEZ DE LEÓN, *Modelo político y reforma sanitaria* (Madrid: MSSS, 1978), y Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Política farmacéutica de la Seguridad Social: Problemática, resultados, objetivos* (Madrid: MSSS, 1978).

ignora los recursos actuales existentes, los procesos por los que se va a realizar la transformación del modelo actual alternativo, y sin planificar las relaciones del sector público con el privado.

Teniendo en cuenta todas, o algunas, de estas proposiciones metodológicas se puede afirmar que el proceso de reforma democrática del sector sanitario es todavía muy débil. Empezó en 1971 con los conflictos en Oviedo, Málaga, Valencia y Barcelona (curiosamente, como ya se ha señalado en otra parte, siguiendo una *pauta-de-periferia*); las primeras reacciones de un cambio se empiezan a plantear en 1974; los primeros modelos alternativos se publican a partir de 1977. Cuando se escriben estas líneas no existe todavía un modelo serio y claro elaborado por la oposición. Estamos, pues, todavía en una primera etapa de cambio sanitario, que no sabemos cómo va a evolucionar. Existe un sentido de inutilidad de la política sanitaria, pues todavía *el acceso a la asistencia sanitaria es inversamente proporcional a la necesidad de esa asistencia por parte de la población.*