

---

# ANALISIS SOCIOLOGICO DEL SECTOR FARMACEUTICO EN ESPAÑA

Jesús M. de Miguel

---

Es llamativa en España la carencia de análisis sociológicos sobre el sector sanitario en general y sobre el farmacéutico en particular. Una causa importante es la falta alarmante de datos en ese área, que no puede interpretarse como casual. Así, por ejemplo, el amplio sector de la Seguridad Social ha permanecido prácticamente invisible al análisis socioeconómico hasta 1977. A partir de ese año la propia Administración pública edita diversos estudios —los más importantes el *Libro Blanco* y el *Libro Rosa*— con objeto de obtener más recursos del Estado para nivelar su situación deficitaria y a su vez reforzar el poder a pesar de la falta de control político democrático. Incluso el sector privado no se explica sin analizar la Seguridad Social a fondo, dado que es el consumidor masivo, con cerca del 80 por 100 del mercado farmacéutico, y empleando al casi 90 por 100 de la profesión médica en el país. Algunos estudios del sector farmacéutico han incurrido en el error común de no analizar las relaciones con la Seguridad Social<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dos son los informes básicos para entender el análisis del sector sanitario público en España en los últimos años. El primero es conocido como el *Libro Blanco*, publicado por: Subsecretaría de la Seguridad Social, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977), 743 págs. El segundo, el *Libro Rosa*, es del 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), 926 págs. Una crítica socio-

La investigación del sector sanitario —típica de la Sociología de la Medicina— mantiene una importancia considerable dentro de las disciplinas sociológicas, incluso de la sociología del conocimiento, como demuestra el recientemente traducido libro de Eliot Freidson<sup>2</sup>. Los estudios del sector sanitario avanzan la teoría en áreas de profesiones y su monopolio, consumo, organizaciones, educación, pautas culturales, conflictos sociales, etc. La sanidad española ofrece además un ejemplo magnífico del papel de un sector público en un país capitalista en sus peculiares relaciones con el sector privado. La hipótesis esbozada aquí es que el sector privado explota los recursos del sector público (con su consentimiento e incluso ayuda), comenzando por el monopolio profesional y terminando por las empresas privadas hospitalarias y sobre todo la industria farmacéutica. En este sentido la crisis de la profesión farmacéutica (y la médica) puede entenderse como la crisis de las profesiones y de su monopolio, frente a un complejo industrial más «agresivo». El resultado es la expansión artificial de un mercado (a través de la publicidad y contando con la docilidad de la profesión médica), que termina demostrando que el sector sanitario no se amolda a un modelo de mercado libre, ya que *más consumo* no significa necesariamente *más salud*, incluso al contrario, y que la *demanda* en sanidad no es casi nunca equivalente a la *necesidad*. Todos estos paradigmas transforman la imagen tradicional del sector sanitario que mantienen todavía muchos investigadores sociales y deman-

---

lógica a ambos informes aparece en sendos artículos míos en *Doctor: política profesional* (1978), titulados: "Cuentos y cuentas de la Seguridad Social española" y "El teorema de Watson del sector sanitario". El análisis del sector sanitario para el caso de Cataluña puede verse en Jordi GOL et al., *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona: Edicions 62, 1978), que incluye una bibliografía detallada sobre el tema. Una visión del sector farmacéutico en relación a otros sectores sanitarios puede verse en Jesús M. DE MIGUEL (comp.), *Planificación y reforma sanitaria* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978), especialmente las páginas 195-220 y 277-343. Para un modelo teórico conviene consultar Jesús M. DE MIGUEL, *Sociología de la Medicina: Una introducción teórica* (Barcelona: Vicens Vives, 1978), y el número 5 de *Papers: Revista de Sociología*, especial sobre "Sociología y Medicina" (1976), especialmente las páginas 209 a 239 y el apéndice bibliográfico (páginas 241-269). Una visión general de la Seguridad Social aparece además en Felipe SOLER SABARÍS, *Problemas de la Seguridad Social española* (Barcelona: Pulso, 1971) y un punto de vista económico en Joaquín VERGÉS, *La Seguridad Social española y sus cuentas* (Barcelona: Ariel, 1976). Dos estudios recientes —con una visión sociológica— que contribuyen en algunos aspectos al análisis del sector público son el excelente estudio de Isidoro ALONSO HINOJAL, *Sociología de la Medicina: aspectos teóricos y empíricos* (Madrid: Tecnos, 1977), y el sugerente análisis de E. PINILLA DE LAS HERAS y R. VIDAL TEIXIDOR, *Enfermos, médicos y hospitales: una investigación sociológica sobre medicina hospitalaria* (Barcelona: Ciba-Geigy, 1977). Finalmente, para un estudio del capital humano en el sector sanitario (incluyendo la profesión farmacéutica) se puede ver en Jesús M. DE MIGUEL, *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976).

<sup>2</sup> Eliot FREIDSON, *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado* (Barcelona: Península, 1978). El prefacio especial para esta edición española es especialmente importante (págs. 9-13).

da una nueva formación sociológica<sup>3</sup>. Las páginas que siguen son una primera aproximación a tan vasto problema desde la perspectiva de una sociología crítica.

### *La estructura del sector farmacéutico*

El impacto de la Seguridad Social española en el sector sanitario ha sido considerable. Un ejemplo paradigmático de la dependencia del sector privado respecto del sector público —en este caso de la Seguridad Social— es la industria farmacéutica. En 1976 el consumo farmacéutico del país ascendió a cerca de 117 mil millones de pesetas. Este consumo se organizaba a través de una red de 598 empresas farmacéuticas (tradicionalmente denominadas «laboratorios»), 303 empresas de distribución de medicamentos, y 13.829 farmacias. No se trata pues de un sector simple, sino de una organización compleja que tiene como objetivo manifiesto el proporcionar cualquier medicamento (uno de los 20.000 principales medicamentos) en cualquier lugar del territorio nacional a cualquier persona.

El *Libro Rosa* calcula que en 1974 cada español consumió unas 2.500 pesetas en medicamentos, de las cuales unas 2.000 fueron canalizadas a través de la Seguridad Social, y a su vez a través de las recetas de los médicos<sup>4</sup>. El valor total de este consumo fue de 87.745 millones de pesetas a precio de venta al público y de 64.421 millones de pesetas en valor de la producción. Según estas cifras los beneficios representaban un 36 por 100 (ó 23.324 millones de pesetas) a repartir entre productores de materias primas, productores de medicamentos, distribuidores, médicos y farmacias. Aparte existe un pago indirecto a través de regalías (*royalties*) a algunas patentes extranjeras.

El sector farmacéutico no representa más que el 8 por 100 de la industria química. Esta cifra no señala, sin embargo, la creciente importancia del sector farmacéutico dentro de la industria química, y los procesos de concen-

<sup>3</sup> Sobre el sector farmacéutico en España es importante consultar: Santiago ROLDÁN, "Algunos aspectos de la industria farmacéutica en España", *Revista de Trabajo*, 14 (1963), págs. 323-345; Joaquín BONAL, "Farmàcia i indústria farmacèutica", en págs. 384-398, en: X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, *Funció social de la medicina* (Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1976), y Joaquim BONAL et al., "L'estructura farmacèutica", págs. 225-241, en *Salut, sanitat i societat* (Barcelona: 7x7 Edicions, 1977). Los análisis generales en otros países están generalmente en inglés; en Gran Bretaña, Vernon COLEMAN, *The Medicine Men* (Londres: Temple Smith, 1975), y en Estados Unidos, Milton SILVERMAN y Philip R. LEE, *Pills, Profits and Politics* (Berkeley: University of California Press, 1974). Existen además tres estudios generales con contenido crítico que son imprescindibles de tener en cuenta: Elliot A. KRAUSE, *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care* (Nueva York: Elsevier, 1977); Robert R. ALFORD, *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform* (Chicago: The University of Chicago Press, 1975), y Victor W. SIDEL y RUTH SIDEL, *A Healthy State* (Nueva York: Pantheon Books, 1977).

<sup>4</sup> *Libro Rosa*, págs. 446 y sigs.

tración que se están produciendo. El número de empleados tiende a aumentar relativamente, representando en 1974 el 16 por 100 del sector químico (es decir, el doble que la proporción de empresas). La proporción de la producción del sector farmacéutico respecto de la industria química fue en 1972 del 19 por 100. Estamos hablando pues de un sector industrial importante, muy productivo, y bastante concentrado. Es curioso notar que las empresas farmacéuticas contratan a muchas mujeres (un 46 por 100 de los trabajadores y empleados, en 1974) siguiendo una pauta ya típica en el sector sanitario global.

Varios autores han resaltado el proceso reciente de concentración de la industria farmacéutica en el mundo, y lo mismo en España, pues a pesar de un gran incremento en el consumo, el número de empresas ha descendido gradualmente en el país:

Años	Número de empresas farmacéuticas	1961=100
1961	756	100
1966	630	83
1971	615	81
1974	598	79

La máxima reducción se produjo en los años sesenta, precisamente cuando el consumo farmacéutico empezó a aumentar considerablemente, y las empresas multinacionales empezaban a invertir en España. Era pues de esperar un crecimiento del número de empresas farmacéuticas y no una reducción. Existe pues una dinámica interna dentro de la industria farmacéutica que conviene analizar. Las empresas grandes (más de 100 empleados) que representan el 20 por 100 de todas las empresas controlan, en 1974, el 84 por 100 de la producción y el 82 por 100 de las ventas. Las empresas se han hecho cada vez más grandes, y las que no han podido resistir la competencia han tenido que claudicar. El número medio de trabajadores por cada empresa pasó de 48 en 1970 a 60 en 1974. La expansión no se debió tanto al aumento en el número de obreros, sino al número de directivos, gerentes, personal técnico y administrativo. Se trató pues de una expansión de servicios y organización, mientras que la producción aumentó a gran velocidad sin apenas mayor número de obreros. Lo más importante es que en la actualidad cerca de la quinta parte del personal en las empresas farmacéuticas (el 19 por 100 en 1974) tienen carrera universitaria. Es seguramente uno de los sectores industriales con mayor concentración de capital humano técnico.

Cada vez hay más empresas grandes (de más de 100 empleados); eran el 13 por 100 de todas las empresas en 1970, y el 8 por 100 en 1974. El proceso de concentración es lento, pero continuo, habiendo perjudicado a las

empresas pequeñas, que en su mayor parte son nacionales. En 1975 la quinta parte de las empresas tenían menos de quince años de antigüedad. Cada vez más las empresas que controlan el mercado son empresas extranjeras, o filiales españolas de empresas extranjeras.

La industria farmacéutica aparece concentrada en Madrid y Barcelona, que suman el 70 por 100 de las empresas y el 86 por 100 de los empleados:

Provincias	% de empresas farmacéuticas	% de los empleados
Barcelona ... ..	47	42
Madrid ... ..	23	44
Resto de España ... ..	30	14

En el caso de Barcelona hay más empresas, pero éstas son más pequeñas y de mayor antigüedad. El resto de España apenas tiene una séptima parte del personal de las industrias farmacéuticas. La atracción de Madrid sugiere que esta provincia ha ido concentrando las empresas más grandes, más nuevas y las multinacionales. Son pues mercados bastante diferentes.

Hay base para afirmar que el sector farmacéutico de producción es cada vez más un sector de empresas extranjeras (con capital total o parcialmente extranjero), en su mayoría multinacionales, que han ido desplazando a las pequeñas empresas nacionales, siguiendo una pauta de concentración no sólo de la producción sino de concentración geográfica, fundamentalmente en Madrid y Barcelona. El Instituto Nacional de Previsión (INP) calculaba que en 1974, legalmente, del 15 al 17 por 100 de las empresas farmacéuticas eran totalmente extranjeras (el 35 por 100 de ellas de los Estados Unidos). Estas eran las empresas mayores, ya que más de la mitad de ellas (el 56 por 100 exactamente) se encontraban entre las 100 primeras empresas farmacéuticas. El grado de «penetración extranjera» (un término algo vago) en el sector farmacéutico, según el *Libro Rosa*, es del 42 por 100. Según esta fuente oficial el nivel de influencia extranjera: «no es excepcional. Es incluso inferior al obtenido en la mayor parte de las industrias químicas». Según el consumo, el mismo *Libro Rosa*, afirma que en 1973 el 46 por 100 de las ventas eran de medicamentos producidos por empresas extranjeras o de «fuerte dependencia» de empresas extranjeras: el 13 por 100 por empresas de Estados Unidos, otro 13 por 100 de empresas alemanas y un 8 por 100 de empresas suizas. Las más importantes eran Ciba, Sandoz, Bonet, Lilly y Roche. Este panorama multinacional se contrarresta, según el *Libro Rosa*, por una «intensa actividad exportadora» de las empresas farmacéuticas radicadas en España. Sin embargo, esto es una exageración ya que la exportación, en 1974, se redujo al 4 por 100 de las ventas.

Un problema fundamental —tal y como ilustró el caso del *Librium* y el

*Valium* en Gran Bretaña— es el pago elevado de materias primas a compañías extranjeras, lo que permite transferir los beneficios al extranjero con facilidad. Pues bien, en 1974, el 34 por 100 de las materias primas utilizadas para la producción de medicamentos se importaron del extranjero. Aparte de esto un 22 por 100 de materias adquiridas en España *no* precisaban su procedencia, lo que hace suponer que una proporción de éstas eran de origen extranjero, al menos parcialmente. Teniendo en cuenta la expansión del consumo y la producción de medicamentos, han habido varias tentativas de legislación para favorecer la producción de las materias primas en el país que no han cuajado. A pesar del desarrollo de este sector, en 1970 la producción de materias primas en el país representó el 11,1 por 100 de la producción farmacéutica y en 1974 bajó al 9,7 por 100. Esto sugiere una dependencia cada vez mayor del extranjero.

La producción de materias primas se concentra fundamentalmente en los *antibióticos*, con el 60 por 100 del valor total en 1974 y sobre todo la *tetraciclina* (el 30 por 100 de los antibióticos). A su vez, la producción de antibióticos representa aproximadamente la cuarta parte de la producción farmacéutica, lo que a nivel comparativo internacional supone un consumo excesivo —y seguramente iatrogénico— de *antibióticos*. Sin embargo, parece que el mercado se está diversificando, creciendo más otros grupos terapéuticos:

Grupos terapéuticos	De cada 1.000 pesetas de medicamentos producidos	
	Año 1970	Año 1974
Antibióticos ... ..	251	242
Vitamínicos ... ..	66	76
Dermatológicos ... ..	34	41
Analgésicos ... ..	43	37
Cardiovasculares ... ..	26	31
Hormonas ... ..	41	29

Es importante notar el descenso relativo en la producción de *hormonas*, que son las que seguramente incluyen el mercado de píldoras para controlar la natalidad. No hay grupos terapéuticos que hayan aumentado mucho más que otros, salvo quizás los *vitamínicos*, y con menor importancia los productos contra la obesidad. Los *analgésicos* siguen representando un consumo alto, y que permanece relativamente constante<sup>5</sup>. La expansión se centra no en medicamentos vitales, sino en productos vendibles a un mercado de población

<sup>5</sup> Solamente en *Optalidón*, Sandoz vendió, en 1974, 264 millones de pesetas; Bayer vendió 243 millones de pesetas en *Aspirina* y *Cafiaspirina*.

sana a través de campañas de publicidad, y de creación de *stress* en la población. Ese ha sido el caso de las vitaminas, laxantes y tranquilizantes en otros países.

La estructura del sector farmacéutico español se caracteriza por un número excesivo de medicamentos diversos, de almacenes de distribución, y sobre todo de farmacias. Cada año, cada empresa registra, por término medio, 1,4 nuevos medicamentos, es decir 743 nuevos productos (en 1974). La Dirección General de Sanidad (DGS) mantiene un control estricto sobre los precios (curiosamente el único control que se ha podido realizar sobre la industria farmacéutica), pero este sistema de precios se evita registrando nuevos productos ligeramente diferentes, complicando además el mercado de distribución y venta. La DGS sólo autoriza aproximadamente el 60 por 100 de las solicitudes de nuevos productos, tardando de media catorce meses en realizar un nuevo registro. Las decisiones sobre cada producto no se ajustan a normas claras ni rígidas, por lo que la corrupción puede ser inevitable. Las empresas extranjeras encontraron (según confesión propia) menos problemas al registrar nuevos productos que las empresas nacionales. Casi siempre las dificultades se refieren (en el 68 por 100 de los casos) al precio de venta al público. El poder de la DGS en esta materia es considerable, pero no ha evitado la multiplicación innecesaria de productos farmacéuticos, ni el incremento constante en el precio de los nuevos medicamentos.

La estructura se complica porque entre la empresa farmacéutica que produce los medicamentos y la farmacia que los ofrece al público existe un intermediario que hace de almacén-distribuidor. No tenemos datos reales sobre el coste de estas distribuidoras. El 47 por 100 del mercado está controlado por las llamadas «cooperativas farmacéuticas», que son empresas compuestas por los propios farmacéuticos-con-farmacia, con lo que indirectamente los beneficios de la distribución revierten en los propios farmacéuticos y no en las empresas farmacéuticas. El negocio de la distribución ha sido pues cooptado por la profesión farmacéutica para hacer frente a la disminución general de ingresos de los últimos años, debido a la proliferación de farmacias y a una competencia alta en el total general de beneficios.

En el país hay aproximadamente 14.188 farmacias, además de 82 farmacias hospitalarias. Una característica típica de la estructura de las farmacias en España es que su número es excesivo, aproximadamente *el doble* del número recomendado por la OMS y cinco veces más que en otros países europeos de población dispersa (como en Escandinavia). Las farmacias han crecido más deprisa que la población (entre 1965 y 1972 el número de farmacias en el país creció un 20 por 100, y la población un 7,5 por 100), e incluso más deprisa que el consumo de medicamentos:

Años	Número de farmacias	Habitantes por farmacia
1965	10.555	3.023
1970	12.218	2.754
1974	13.829	2.538

En algunas provincias el número de farmacias es demasiado alto; curiosamente en las zonas pobres (Andalucía Oriental y Extremadura) con lo que la contradicción es mayor: Granada (1.863 habitantes por farmacia), Córdoba (2.060), Sevilla (2.225) y Badajoz (2.245), además del propio Madrid (2.140). El problema se complica porque a pesar del excesivo número la distribución es irregular, perjudicando sobre todo a las zonas rurales y áreas remotas. La distribución de farmacias no parece pues seguir una planificación al servicio de la población, sino una distribución que beneficia a los propios farmacéuticos. Hay que tener en cuenta que el 89 por 100 de los farmacéuticos en activo en España poseen una farmacia. Si el consumo de medicamentos disminuye relativamente o al menos se estabiliza (como es previsible) y el número de farmacias sigue creciendo (como también parece previsible) la crisis de este sector va a ser considerable. De hecho existen demasiadas empresas farmacéuticas, y aunque su número disminuye progresivamente, permanece todavía demasiado alto.

El 38 por 100 de los farmacéuticos con farmacia consideran que el número de farmacias es excesivo, frente sólo a un 2 por 100 que creen que son necesarias más farmacias. Se suele citar que el número excesivo en el caso de España se debe a la alta dispersión de la población rural y a la baja densidad del país. Sin embargo, la tasa *per capita* de farmacias es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Como reconoce el *Libro Blanco* el servicio resulta caro para el consumidor, y poco remunerador para un porcentaje de los farmacéuticos. La solución no está en aumentar el consumo, algo que se ha intentado repetidamente (siempre con éxito), sino en reestructurar las farmacias e incluso reducir su número. Dado que la concesión de farmacias es de por vida (del farmacéutico) e incluso traspasable de padres a hijos, los intereses creados son tan enormes que es difícil una solución del problema.

Se habla también de la baja productividad de las farmacias debido al descuento que se ven obligadas a hacer a la Seguridad Social (sobre las medicinas vendidas a los asegurados de la Seguridad Social, no sobre el consumo privado). Sin embargo, la cacareada «baja productividad» se debe a una mala organización de los propios farmacéuticos que han permitido un crecimiento de las farmacias desproporcionado para el monopolio restringido que poseen, y por no haber sabido desarrollar otros campos de aplicación profesional, permaneciendo en el sector de farmacias, como monopolio lucrativo y que no requiere casi ningún esfuerzo personal. A partir de 1962 se permiten la creación de «farmacias hospitalarias», un sistema que se suponía iba a

crear una cierta racionalidad en el sector, rompiendo el monopolio y reduciendo el costo de los medicamentos. Por causas nunca analizadas estas farmacias hospitalarias no han proliferado mucho (apenas son el 0,6 por 100 del número total de farmacias en el país). Tampoco ha aumentado mucho la venta directa de las empresas farmacéuticas a la Seguridad Social, un sistema que reducía el costo pero perjudicaba a las farmacias.

En resumen, el caso de las farmacias es un ejemplo paradigmático del tipo de contradicciones que un modelo de mercado abierto en un sistema capitalista-dependiente, puede llegar a introducir en un sector sanitario. El caballo perdedor es siempre el mismo: la población del país, y especialmente los pacientes y las clases económicamente más desfavorecidas.

### *Relaciones con la Seguridad Social*

La gran expansión reciente de la industria farmacéutica en esta última década se debe en gran parte a la incidencia de la Seguridad Social en el sector sanitario. Como el *Libro Rosa* reconoce, en la Seguridad Social la asistencia farmacéutica «cubre las insuficiencias de otros capítulos de la asistencia sanitaria»<sup>6</sup>, fundamentalmente la falta de diagnósticos serios y la mala calidad de la asistencia ambulatoria.

La Seguridad Social cubrió en 1976 el 76 por 100 del mercado farmacéutico, habiendo llegado a ese alto nivel en sólo unos años:

Años	% del mercado farmacéutico cubierto por la Seguridad Social
1967	40
1968	43
1969	50
1970	57
1971	63
1972	69
1973	68
1974	71
1975	75
1976	76

Es decir, el máximo desarrollo se realizó entre 1969 y 1972, los últimos años del desarrollo económico. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a los precios de venta al público, pero que la Seguridad Social sólo paga realmente el 77 por 100 de las medicinas que se recetan en la Seguridad Social, ya que un 9 por 100 es pagado por los pacientes al comprar las medicinas en las farmacias, y un 14 por 100 del coste

<sup>6</sup> *Libro Rosa*, pág. 653. Véase también pág. 665.

es abonado por las farmacias, distribuidoras y empresas farmacéuticas a la Seguridad Social.

El peso del gasto farmacéutico llegó a significar más de la mitad del presupuesto al sistema sanitario de la Seguridad Social, lo que es un indicador sensible de la falta de calidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, parece que esta tendencia, que alcanzó la máxima entre los años 1967 y 1971, está empezando a disminuir. Las diferencias anuales son pues importantes:

Años	Coste del sector farmacéutico en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (%)
1962 ... ..	38,8
1963 ... ..	36,1
1964 ... ..	33,6
1965 ... ..	40,4
1966 ... ..	42,5
1967 ... ..	48,0
1968 ... ..	49,8
1969 ... ..	52,8
1970 ... ..	48,4
1971 ... ..	49,5
1972 ... ..	46,0
1973 ... ..	44,4
1974 ... ..	40,2
1975 ... ..	36,2
1976 ... ..	36,1

Hay que llamar la atención sobre el hecho de que sea la etapa de institucionalización de la Seguridad Social, 1967-1971, precisamente la que produce un mayor desarrollo del sector farmacéutico. En la actualidad un nuevo sector acapara la atención de la Seguridad Social, y es su propia expansión hospitalaria, que concentra el 38 por 100 de su presupuesto (en 1976), aunque continúa en alza también el uso de otros hospitales bajo contrato (el 14 por 100 del presupuesto total).

Como ya mencionábamos, existe un proceso de concentración de empresas farmacéuticas, que entre 1967 y 1975 descendieron un 8,5 por 100 en número, originado por la desaparición de las pequeñas empresas nacionales que no pudieron competir con las empresas multinacionales. Sin embargo, en las empresas que se relacionan con la Seguridad Social (que son aproximada-

mente el 85 por 100) no parece que el proceso de concentración sea rápido, incluso al contrario:

*Proporción de empresas farmacéuticas que cubren el consumo*

<i>Proporción del consumo de la Seguridad Social (%)</i>	1968	1972	1975
50 ... ..	4 %	6	7
70 ... ..	7	11	14
90 ... ..	16	22	26

Es decir, el número de empresas en el país disminuye, pero el consumo se diversifica entre las restantes, quizá debido a la propia expansión del consumo. En 1967 los gastos del INP por consulta fueron de 288 pesetas; en 1976 ya eran de 450 pesetas (en pesetas constantes).

Quizá una de las relaciones más interesantes de observar es la distribución regional de la proporción del gasto sanitario de la Seguridad Social dedicado a medicamentos<sup>7</sup>. La mayor proporción se da en el sur de España, y la mínima en el norte (sobre todo Madrid, Vizcaya y Barcelona). El sur, durante años, llegó a gastar más de un 60 por 100 de los recursos en asistencia sanitaria de la Seguridad Social en medicamentos. Es decir, que el elevado gasto en el sector farmacéutico es en realidad un indicador negativo de la calidad de la asistencia sanitaria.

La Seguridad Social consigue que la industria farmacéutica, las farmacias y los pacientes paguen una parte de los medicamentos. En los suministros directos de la Seguridad Social consigue un 9,36 por 100 de descuento. Además, las empresas farmacéuticas con una venta anual de más de 7,5 millones de pesetas realizan un descuento adicional que varía entre el 0,5 por ciento y el 2 por 100. Parte de este descuento va a parar a investigación. En 1972 la cantidad recolectada bajo el concepto de este «descuento» ascendió a 530 millones de pesetas<sup>8</sup>. La adquisición directa de medicamentos por parte de la Seguridad Social —un sistema que podría haber reducido considerablemente los costes— no ha aumentado apenas. En 1967 era el 3,2 por 100 del coste farmacéutico de la Seguridad Social, y en 1976 todavía sólo el 4,2 por 100. Es inexplicable el hecho de que este porcentaje no aumente considerablemente cuando la Seguridad Social consume más de las tres cuartas partes del mercado farmacéutico.

<sup>7</sup> Para un estudio más detallado puede verse Jesús M. DE MIGUEL, *Health in the Mediterranean Region* (Ann Arbor, Michigan: University Microfilms, 1976), páginas 363-367.

<sup>8</sup> Aparentemente es el 15 por 100 de este "Documento complementario" con el que se financió, por ejemplo, el *Libro Rosa*.

Una de las legislaciones más polémicas es la que se conoce como «R-64», es decir, la ley que controla los beneficios de las farmacias, con el 30 por ciento de las medicinas baratas (de hasta 150 pesetas), y luego porcentajes decrecientes desde el 20 por 100 al 15 por 100 en medicamentos más caros. Calculando que los ingresos medios fuesen aproximadamente del 25 por 100 (una cifra que no puede estar muy lejos de la realidad) esto supondría unos 22.000 millones de pesetas en beneficios en 1974 (por medicinas, repetimos, consumidas por la Seguridad Social), que, repartidos entre todas las farmacias del país darían un ingreso medio (aunque con una dispersión grande) de 1,4 a 1,7 millones de pesetas por año y farmacia. Sin embargo, es un hecho que las farmacias no sólo venden medicinas sin recetas, sino otros tipos de productos (como alimentos para niños, productos higiénicos o de belleza, etcétera). Estos ingresos brutos no son excesivamente altos, lo que ha provocado fuertes reacciones en la profesión farmacéutica. Hay que tener en cuenta que el 70 por 100 de este ingreso se canalizaba a través de la Seguridad Social. A su vez, y por el acuerdo de 1972, las farmacias que obtienen unos ingresos de medicamentos vendidos a través de la Seguridad Social superiores a 50.000 pesetas anuales (una cantidad relativamente baja) pagan a la Seguridad Social unos porcentajes graduales según volumen de ventas de entre el 7 por 100 y el 11 por 100. Se calcula, pues, que todas las farmacias del país realizan un descuento medio a la Seguridad Social del 7,5 por 100. Vemos que el sistema del pago de medicamentos es tan complicado y fragmentado como la propia organización de la Seguridad Social. No permite una fácil reestructuración, ni un cálculo sencillo para la planificación adecuada. Los porcentajes se acuerdan tras una negociación larga con cada grupo, excepto con la población que no mantiene representantes.

Hasta 1967 existía una lista reducida de medicamentos que los médicos de la Seguridad Social podían recetar (el famoso «petitorio de especialidades farmacéuticas»), pero los medicamentos eran gratuitos para los pacientes. A partir de 1967 se obligó a los asegurados a contribuir en el coste de los medicamentos; lo que normalmente se denomina como *tiquet moderador*. Los productos farmacéuticos utilizados en los hospitales siguen siendo gratuitos para los pacientes hospitalizados, así como los referidos a accidentes de trabajo, inválidos y pensionistas de la Seguridad Social. El sistema de pago del tiquet moderador es también complicado; supone que en medicamentos de hasta 100 pesetas el paciente paga por lo menos un 12 por 100 del coste total; de 100 a 500 pesetas el porcentaje va disminuyendo del 12 al 10 por 100, y después de esto el porcentaje disminuye gradualmente. En un medicamento de 1.000 pesetas el paciente sólo abona un 5 por 100 del coste (es decir, 50 pesetas). Hasta 1975 el dinero recolectado a través de este tiquet moderador se dedicaba a asistencia social, pero a partir de ese año revierte en el pago de los medicamentos de la Seguridad Social a las empresas farmacéuticas. Parece, pues, que todas las medidas impopulares

en el sector sanitario (como el «descuento complementario» o el «tíquet moderador») se instituyen asegurando que el dinero se dedicará a investigación o a asistencia social, para al poco tiempo utilizar este dinero con los mismos objetivos que el presupuesto general.

Otra solución sería que los hospitales comprasen cada vez más productos farmacéuticos directamente a las empresas, y luego los distribuyesen no sólo para uso interno, sino también en el ambulatorio. Sin embargo, este sistema sólo representaba un 6 por 100 del consumo total (de las ventas) en 1974, y sin una clara tendencia a aumentar rápidamente. En el caso de la Seguridad Social, y en el mismo año, el gasto de productos farmacéuticos de los hospitales sólo representaba un 3 por 100, es decir, menos que la media nacional. Es claro que existen intereses creados que se oponen a que este sistema se desarrolle, aunque significaría un mejor control y un coste bastante menor. Todos los indicadores parecen indicar que el sector público no sólo no mantiene un control sobre el masivo consumo farmacéutico que se realiza a través del mismo, sino incluso que este control es cada vez menor.

En total, el 85 por 100 de los enfermos que acuden a una consulta de la Seguridad Social reciben una receta farmacéutica. Así se escriben alrededor de un millón de recetas al día, o lo que es lo mismo, 23 recetas diarias por médico, siendo esta costumbre más extendida entre los médicos generales, quienes escriben unas 35 recetas al día (datos de 1974). Cada receta, de media, está compuesta de unos 2,9 medicamentos diferentes. El valor medio (en pesetas de 1974) de lo que recetaba un médico de la Seguridad Social era de cerca de 6.000 pesetas al día. Estamos, pues, ante un gran mercado canalizado a través de relativamente pocas personas, fáciles de localizar, y muy concentradas; es decir, una situación ideal para la promoción de cualquier producto.

A partir de 1965 se suprimieron las trabas burocráticas para la receta de antibióticos, y su consumo ha crecido desde entonces desmesuradamente. La tercera parte del consumo de la Seguridad Social se refiere a *antibióticos*. Esto significa un consumo que es aparentemente el triple que el de otros países europeos, quienes a su vez consideran que están consumiendo cantidades excesivas de *antibióticos*. Esto sugiere la existencia de una distorsión del mercado en nuestro país, para la que necesitaríamos una investigación más profunda. Aunque el número de medicamentos distintos utilizados por la Seguridad Social en 1976 fueron 18.515 (un número excesivo si se compara con otros países europeos), el consumo se distribuye desigualmente:

---

<i>% de medicamentos distintos</i>	<i>% del consumo total de la Seguridad Social</i>
3	50
8	70
33	95
100	100

Es decir, la mitad del consumo se concentra en sólo un 3 por 100 de los medicamentos distintos en el mercado. Esto supondría que con sólo la producción, o al menos la distribución, del 8 por 100 de los medicamentos distintos, la Seguridad Social —o el sector público— podría controlar el 70 por 100 del consumo farmacéutico, y reducir enormemente los gastos. Este hecho representa una tentación para la socialización parcial del sector farmacéutico, o al menos para la creación de una empresa nacional farmacéutica.

*Problemas en los procesos farmacéuticos*

La teoría del *Libro Blanco* es que el exceso de oferta ha producido a la larga un incremento de la demanda de medicamentos. No queda claro qué significa realmente un «exceso» de oferta farmacéutica y cómo es que la dinámica del mercado no ha abaratado los precios en vez de aumentarlos, y además hace aumentar sustancialmente la demanda. En el caso del sector farmacéutico la teoría clásica de precios no funciona, y nos encontramos ante un sistema más complicado que una demanda y una oferta con elevadas dosis de competición. La industria farmacéutica ha utilizado a la profesión médica como vehículo para aumentar sensiblemente el consumo, que, a su vez, es pagado por una tercera institución (en este caso la Seguridad Social). El incentivo del «tarugo» ha ayudado sobremanera a la colaboración de los médicos. Los médicos podrían haber evitado este proceso si los Colegios se hubiesen percatado del problema y hubiesen establecido una política racional, pero los Colegios de Médicos son instituciones paralizadas, y poco interesadas generalmente en crear un sistema sanitario racional. El nivel de descontrol, falta de presupuesto y de planificación de la Seguridad Social ha ayudado también a que el equipo de empresas farmacéuticas-médicos siguiesen también incrementando la prescripción de productos farmacéuticos a los pacientes. No se puede inferir automáticamente que el consumo real haya aumentado; sabemos que ha aumentado la compra por los pacientes de medicamentos recetados por los médicos —muchas veces sin mediar un diagnóstico apropiado— pero no sabemos la proporción de pacientes que luego *no* se toman los medicamentos. Y esta proporción puede ser (afortunadamente) muy alta. Si esto es así, el modelo es el de un consumo ficticio, pero

que reparte cuantiosos beneficios entre las empresas privadas y los profesionales.

En el incremento del consumo de medicamentos se benefician toda una cadena de instituciones: productoras de materias básicas nacionales y extranjeras, empresas farmacéuticas nacionales y multinacionales, distribuidoras, farmacias y farmacéuticos. Indirectamente se lucra también la Seguridad Social (que no tiene que establecer sistemas más elaborados de diagnóstico o tratamiento, ni servicios de atención a la comunidad) y los médicos (a través de los variados sistemas de participación en los beneficios de los medicamentos —como el «tarugo»— de los que está llena la picaresca médica española). El consumo indiscriminado y sin diagnóstico serio en muchos casos sólo ha perjudicado a un grupo: el de los pacientes.

El problema se produjo en los años setenta cuando la Seguridad Social se dio cuenta de que la capacidad de producción de las empresas farmacéuticas excedía las necesidades de la demanda<sup>9</sup>. La solución fue la creación más o menos artificial de necesidades nuevas, sancionada por una profesión liberal, siguiendo una hipótesis que ha formulado Ivan Illich recientemente. Esto significa que el consumo ha aumentado al realizarlo, y sobre todo legalizarlo, la profesión médica, que mantiene un elevado carisma entre los pacientes.

En una primera impresión la evolución del coste de medicamentos se reparte en forma extraña. Cada vez la Seguridad Social paga un porcentaje más alto del coste total, y curiosamente los pacientes pagan cada vez menos. No se entiende cómo los pacientes, siendo un grupo con muy poco poder dentro del sector sanitario, han podido conseguir pagar relativamente menos. La explicación es sencilla: siendo el tiquet moderador cada vez menor hace que los pacientes consuman más, siendo la Seguridad Social la que termina pagando (es decir, con las cuotas de los trabajadores); mientras tanto, las farmacias y las empresas farmacéuticas, e indirectamente los médicos, se lucran considerablemente. En la *Tabla 1* se observa la distribución del coste farmacéutico del consumo realizado a través de la Seguridad Social (que es aproximadamente el 70 por 100 del consumo total farmacéutico en el país). En 1967 la Seguridad Social pagaba aproximadamente el 67 por 100 del coste, y los pacientes el 15 por 100; una década después el coste pagado por la Seguridad Social ha aumentado al 78 por 100, y el de los pacientes ha disminuido al 9 por 100. También las farmacias cada vez pagan menos (del 9 por 100 en 1967 al 6 por 100 en 1976).

La opinión de si los medicamentos son caros o baratos varía considerablemente según el grupo que expresa su opinión. La Seguridad Social y los pacientes consideran los precios como muy caros, mientras que las farmacias y sobre todo las empresas farmacéuticas los encuentran baratos:

---

<sup>9</sup> *Libro Blanco*, pág. 692.

TABLA 1

*Distribución del coste farmacéutico de la Seguridad Social*  
(En porcentajes)

Distribución de los costes	Años				Índice 1976 (1967=100)
	1967	1971	1975	1976 (a)	
Coste total (millones de ptas.) (b).	12.094	34.176	74.442	88.390	731 (c)
Pagado por la Seguridad Social ...	67,1 %	70,5	77,2	77,5	115
Pagado por el paciente ... ..	15,3	11,6	8,6	8,6	56
Descuento de las farmacias a la Seguridad Social ... ..	9,3	9,6	7,1	6,4	69
Descuento de los laboratorios ... ..	5,54	5,56	5,29	5,64	102
<b>TOTAL (d) ... ..</b>	<b>97 %</b>	<b>97 %</b>	<b>98 %</b>	<b>98 %</b>	...

FUENTE: Ministerio de Trabajo, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), pág. 698.

- (a) Datos provisionales del *Libro Blanco*.
- (b) Importe a precios de venta al público.
- (c) Nótese que carece de significación real al no ser en pesetas constantes.
- (d) El total no incluye algunas adquisiciones directas por la Seguridad Social a los laboratorios.

Según la opinión de:

Los medicamentos son:	Directivos de la Seguridad Social (%)	Población (%)	Farmacias (%)	Empresas farmacéuticas (%)
Caros ... ..	92	80	35	10
Precios ajustados... ..	8	19	56	67
Baratos ... ..	—	1	9	22
<b>TOTAL ... ..</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Es llamativo que aunque el sector público opina mayoritariamente que los precios de los productos farmacéuticos son caros, no se ha hecho nada para intentar reestructurar eficazmente el sector, y al contrario, cada vez la Seguridad Social paga una proporción más alta del coste total.

El coste no es caro según las empresas farmacéuticas, dado que tienen

que pagar una cantidad apreciable en promoción y propaganda, además de pagos indirectos a la profesión médica, la DGS y la Seguridad Social. Todos los grupos responsables de la asistencia sanitaria (menos las propias empresas farmacéuticas) consideran que la publicidad farmacéutica es excesiva. Incluso la población general está concienciada sobre este problema, y el 39 por 100 considera que la propaganda de medicamentos en los medios de comunicación de masas es «innecesaria», y un 36 por 100 adicional considera que es «perjudicial».

Si consideramos como válidos los datos del *Libro Rosa* la promoción de medicamentos supone que el 71 por 100 de las empresas farmacéuticas contratan «visitadores médicos», o personas que visitan personalmente a los médicos para promocionar los medicamentos y hablar de las excelencias de los nuevos productos. El 91 por 100 de los médicos (según afirman ellos mismos) reciben a estos «visitadores», que son por término medio ocho a la semana. El lector puede imaginarse el coste que requiere una organización que realiza un total aproximado de 400.000 entrevistas personales cada semana, en toda España, incluyendo los lugares más remotos. Según los datos de las propias empresas farmacéuticas (y por lo tanto seguramente infravalorados) el gasto en promoción supuso el 11 por 100 de las ventas de los medicamentos, es decir, que el gasto en promoción fue superior al gasto en investigación. De todas formas en los Estados Unidos el gasto en promoción, constante desde 1950, es del 20 por 100 aproximadamente. La promoción incluye todo tipo de folletos, publicaciones, anuncios en revistas médicas, «visitadores», «muestras gratuitas» de los medicamentos a los médicos, etcétera, pero no incluye los pagos indirectos a la DGS, médicos, hospitales, administradores u otras instituciones con el objetivo específico de promoción.

Como se puede observar en la *Tabla 2*, el incremento del consumo de medicamentos no se ha debido a una expansión del mercado privado, que ya parecía saturado en 1970, sino a la canalización del nuevo consumo a través de la Seguridad Social. Entre 1970 y 1974 el consumo privado quedó casi totalmente estancado, mientras que el consumo público se triplicó. Las farmacias y empresas farmacéuticas han conseguido obtener cada vez más beneficios, y que la Seguridad Social pague un coste cada vez mayor, además de *triplicar* el negocio total. También han conseguido que los pacientes de la Seguridad Social cada vez paguen menos, con lo que el gasto en medicamentos apenas se ha visto disminuido por el tíquet moderador. El negocio parece ya saturado; el número de farmacias ya no puede crecer ilimitadamente (por el contrario, habría que reducir su número, y distribuir las mejor); y la Seguridad Social en 1978 no tiene recursos suficientes para pagar el consumo real (debido a la crisis de las empresas que se niegan a pagar sus cuotas a la Seguridad Social), y mucho menos para triplicarlo en los próximos años. Todo esto significa que el sector va a demandar una reestructuración enérgica, en donde cada grupo (farmacias, empresas farmacéu-

TABLA 2

*Consumo de medicamentos en el último lustro*

Años	Consumo de medicamentos (miles de millones de pesetas) (a)		% de la Seguridad Social del total	Importe real pagado por la Seguridad Social del consumo realizado a través de la Seguridad Social (b) (%)
	En el mercado privado	A través de la Seguridad Social		
1970 ... ..	22,2	26,2	54	69
1971 ... ..	23,3	34,2	59	70
1972 ... ..	21,9	41,4	65	74
1973 ... ..	24,7	53,5	68	76
1974 ... ..	26,1	61,6	70	77

FUENTE: Ministerio de Trabajo, *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España* (Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1977), pág. 564. Se conoce como el Libro Rosa.

(a) A precio de venta al público.

(b) El resto es pagado por los trabajadores, empresas farmacéuticas y farmacias.

ticas, médicos, hospitales, Seguridad Social) y por vez primera los pacientes van a explicitar sus intereses y a presionar por decisiones diferentes.

La idea de que el consumo de medicamentos es excesivo es compartida por todos, aunque todavía un 10 por 100 de las empresas farmacéuticas creen que el consumo debería aumentar aún más. Las diferencias por grupos, según los datos del *Libro Rosa*, demuestran los intereses explícitos:

Grupos	% que consideran excesivo el consumo de medicamentos en España
Directivos de la Seguridad Social ...	100
Jefaturas de Sanidad ... .. .	98
Médicos ... .. .	93
Directivos de los hospitales ... .. .	93
Farmacéuticos con farmacia ... .. .	75
Empresas farmacéuticas ... .. .	47

Hay que volver a llamar la atención sobre el hecho de que a pesar del *consensus* no exista una política clara en el país para reducir ese consumo. Y que el tíquet moderador (medida poco recomendable, ya que reduce el consumo de quienes más lo necesitan), la única medida en acción, ha disminuido en vez de aumentado.

Los datos más importantes del *Libro Rosa* sobre el sector farmacéutico se refieren a la experimentación de nuevos medicamentos sobre seres humanos<sup>10</sup>. Según el citado informe oficial el 14 por 100 de los hospitales españoles «colaboran» con las empresas farmacéuticas en la experimentación de nuevos productos farmacéuticos que todavía no han sido permitidos para la venta normal al público (con o sin receta). No se cita —ni se menciona— si existe o no autorización escrita de los pacientes hospitalizados para colaborar en esos arriesgados experimentos. Más curioso todavía es que la mayoría de estos experimentos se realizan en *hospitales mentales* y *hospitales de niños* (nada menos que el 48 por 100 de los primeros y el 20 por 100 de los segundos). Tanto los enfermos mentales como los niños difícilmente pueden dar su consentimiento para tales experimentos, y realmente dudamos que se consigan permisos escritos de los familiares. En todo caso, estos permisos paternos (o de otro familiar) son también discutidos en los países desarrollados, como medidas poco éticas y a veces inadmisibles.

El 29 por 100 de las empresas farmacéuticas en España están realizando experimentos en más de ocho hospitales a la vez. La práctica tan extendida no puede tampoco identificarse a la ligera como «investigación»; muchas

<sup>10</sup> *Libro Rosa*, págs. 472-474.

empresas extranjeras no pueden legalmente experimentar los nuevos medicamentos en sus propios países, con lo que seguramente realizan experimentos con enfermos mentales o con niños españoles. A nadie se le escapan los problemas éticos de tales investigaciones y experimentos, al severísimo control que deberían estar sujetos, y la autorización expresa y voluntaria de los pacientes, que deben ser informados de todos los riesgos posibles y no ser obligados al experimento contra su voluntad o ignorancia.

Son también las empresas extranjeras quienes más realizan *ensayos clínicos* en hospitales (el 56 por 100 de las empresas); y los hospitales que «facilitan» la investigación farmacéutica son el 91 por 100 de los psiquiátricos y el 40 por 100 de los infantiles, es decir, en porcentajes incluso mayores que los experimentos. El abuso de los pacientes mentales o los niños es una práctica que deberá dar origen a una investigación más profunda.

### *Para una teoría del sector sanitario-farmacéutico en España*

Durante años la asistencia sanitaria de la Seguridad Social fue una asistencia de peor calidad que la privada, y por lo tanto una especie de beneficencia o de medicina para pobres. Esta situación cambió en los años setenta con la creación de los modernos hospitales de la Seguridad Social, técnicamente mejores que los propios hospitales privados. La clase media e incluso los profesionales accedieron también a este tipo de hospitalización (fundamentalmente quirúrgica), deteriorándose mientras tanto la medicina ambulatoria de la Seguridad Social, para beneficio de la medicina privada. Este modelo se refuerza progresivamente, ya que son los mismos médicos los que trabajan en la Seguridad Social y tienen una práctica privada. Son ellos, pues, los que marcan las enormes diferencias de calidad y los que ayudan al trasvase de pacientes-dispuestos-a-pagar del sector público al privado. El sistema sanitario español se configura, pues, como un *modelo mixto*, en donde el sector público aparece al servicio de los intereses del sector privado.

Sin embargo, un aspecto positivo de este modelo mixto casi nunca es considerado en los estudios del sector sanitario. Nos referimos a la ventaja de que el sistema sanitario de la Seguridad Social esté junto a otros seguros sociales y servicios nacionales. La tendencia actual en el mundo es a que la asistencia sanitaria esté en estrecha relación con los otros sectores asistenciales; hecho particularmente importante, teniendo en cuenta la reducción gradual de las hospitalizaciones y el aumento de programas en la comunidad o el municipio. El grado de fragmentación y caos administrativo actual impide una coordinación efectiva, pero permitirá en el futuro el desarrollo de un mejor sistema sanitario público. Por eso la vieja idea de un Ministerio de Salud separado de la Seguridad Social era contraproducente.

Otra razón es que la Seguridad Social española ha seguido un modelo

---

privado, con todos sus defectos, tanto en los ambulatorios y sus consultas médicas como en la organización de los hospitales y la organización del seguro de enfermedad. Este modelo público privatizado favoreció al sector privado, que durante años ha sacado una rentabilidad máxima de la Seguridad Social, consiguiendo una calidad de asistencia sanitaria baja con un gasto alto. En realidad lo que sucede es que los trabajadores están pagando un amplio sector privado (como el de los médicos o la industria farmacéutica) que cada vez depende más de los ingresos provenientes de la Seguridad Social. Este sector privado no se ha contentado con salarios o beneficios bajos, sino que ha obligado a triplicar en una década el consumo farmacéutico. Una parte considerable de estos beneficios del sector privado han ido a parar a empresas multinacionales, que han revertido sus beneficios al extranjero a través del conocido sistema de pagos altos por materias primas, relativamente baratas, importadas. A pesar del aparente desarrollo de la Seguridad Social, ésta depende cada vez más de los hospitales (y otros establecimientos privados) contratados, en donde el control de calidad de la asistencia sanitaria al paciente o el control sobre el presupuesto son inexistentes. El sector público es consciente de estos —y otros muchos— problemas, como lo demuestran las páginas de los voluminosos *Libro Blanco* y *Libro Rosa*, pero no ha realizado ninguna política efectiva para evitarlos. Al contrario, la Seguridad Social ha permitido una sucesiva fragmentación, ha pagado cada vez más por el consumo farmacéutico, ha contratado cada vez más hospitales, ha permitido el deterioro del sector ambulatorio, se ha desentendido de los pacientes crónicos, los mentales, ha permitido la experimentación en sus hospitales con pocas garantías éticas, ha aceptado la utilización privada de sus hospitales a pesar de que estaban saturados ya por los pacientes públicos, ha contratado a toda la profesión médica e indirectamente al 70 por 100 de la profesión farmacéutica sin ejercer un control adecuado y ha utilizado sus recursos económicos mal y en apoyo de un capitalismo a veces deficitario.

En resumen, la gestión de la Seguridad Social durante los largos años del franquismo ha sido una de las peores, realizada con la máxima impunidad, responsabilidad y falta de un control democrático. Sin embargo, el *Libro Rosa* todavía propone una absolución total de los políticos de la Seguridad Social.

Los problemas futuros son múltiples. Aunque la Seguridad Social ha dado trabajo a toda la profesión médica que ha querido trabajar en este sector (por encima del 80 por 100 de los médicos), y con varios empleos a la vez, el crecimiento anual del número de médicos en el país es mayor que el crecimiento de la Seguridad Social. Estos médicos jóvenes no van a poder integrarse fácilmente en el sector público y el sector privado parece saturado. No hay duda de que este hecho va a producir problemas considerables, que seguramente serán positivos para la reestructuración del sector sanitario. A su vez, el sistema sanitario público va a enfrentarse con serios problemas, ya que la fi-

---

---

nanciación de la Seguridad Social está en un *impasse*. Hay que recordar que el sistema sanitario de la Seguridad Social creció a costa de otros sectores de la Seguridad Social, tales como el seguro de paro y sobre todo las pensiones, que, sin embargo, van a acaparar la atención durante los ochenta. Seguramente los años de primacía del seguro de enfermedad se han acabado y ahora le toca reducir sus recursos relativos. Un sector privado deficitario (como los hospitales de beneficencia, de la Iglesia y algunos privados) se han acostumbrado a sobrevivir *con* el apoyo (y *sin* el control) de la Seguridad Social. Dados sus problemas financieros sólo les quedará la posibilidad de enfrentar la quiebra o dejarse integrar en la Seguridad Social con todas las consecuencias. Depende de la política del sector público que este proceso se realice sin muchos problemas o que la situación, por el contrario, languidezca y perdure durante años, a costa de la salud de los pacientes. Las presiones del sector burocrático y de las empresas privadas irán dirigidas a que la Seguridad Social se *expanda* (es decir, gaste más recursos en el sector privado) y no a que se *organice* mejor. La profesión médica ha mantenido horarios de trabajo muy reducidos, con salarios comparativamente altos, y con numerosas posibilidades de corrupción y de aprovechamiento particular de recursos públicos. Los ingresos totales han sido del cuádruplo, al menos, de otros profesionales de la misma edad y nivel de estudios. Todo ello ha sido pagado por la población, y gracias al sistema de la Seguridad Social, por los trabajadores con menos ingresos. La única solución obvia que se nos ocurre es que la Seguridad Social declare incompatibilidad del desempeño público y privado (tanto para los médicos como para establecimientos sanitarios). Esto no significa en modo alguno prohibir la práctica privada, sino hacerla incompatible con la pública. Así se reduciría el número de profesionales en el sector público, pero permitiría un horario más eficaz de jornada completa, un control mejor de la calidad de la asistencia y una reestructuración efectiva empezando por el decadente sistema ambulatorio. Como consecuencia se reduciría el costo farmacéutico de la Seguridad Social. En resumen, que *el coste de la reforma sería bastante menor que el de la no reforma*, una variable crucial para la política económica española de finales de la década de los setenta. Sin embargo, esta ley de «incompatibilidad» se enfrentará con la profesión médica y seguramente con la industria farmacéutica, con lo que tiene pocas posibilidades de aprobarse legalmente.

Llama la atención que la crítica más fuerte del *Libro Blanco* (es decir, de la Seguridad Social) es al sector farmacéutico. Esto se explica porque el sector farmacéutico es ajeno a quien ha escrito el *Libro Blanco*. Sin embargo, no hay que olvidar que la Seguridad Social es el consumidor del 76 por 100 del mercado farmacéutico, con lo que si no es capaz de cambiar la estructura es por corrupción interior, desorganización o falta de competencia de sus directivos. Por ejemplo, el consumo directo a hospitales, o la creación de farmacias hospitalarias, sí es responsabilidad única de la Seguridad Social, y,

---

sin embargo, son dos medidas que no han progresado apenas. Nadie puede culparse de ello salvo la irresponsabilidad de la propia Seguridad Social. Aquí, como en el resto de la Seguridad Social, no puede hablarse ligeramente de «crisis» del sector, sino de una mala gestión. La solución no está, pues, en aumentar las subvenciones estatales (como sugiere el *Libro Blanco*), sino en que se organice el sistema con un control democrático mayor.

La mayor crítica a la Seguridad Social es su falta de preocupación por la Medicina preventiva y la utilización del sector público no para subsanar las lagunas de la asistencia sanitaria, sino para crear un sistema complejo de hospitales para beneficios del sector profesional e incluso de la burguesía. La falta de coordinación con la DGS y la sanidad pública ha sido casi total. No existe tampoco una preocupación efectiva por una mejor redistribución regional de recursos, y la falta de planificación en el plan de establecimientos sanitarios de la Seguridad Social es llamativa.

El INP, y otros grupos del Ministerio de Trabajo, han empezado en 1977 una campaña para definir la Seguridad Social como un sector en «crisis». Así, por ejemplo, el *Libro Rosa* sentencia <sup>11</sup>:

«No se pueden olvidar las serias advertencias de quienes consideran que la Seguridad Social se halla en la encrucijada y proponen que se proceda su reordenación con la colaboración activa y sensata de todos para salir del punto crítico.»

El tono es amenazante y poco específico, como corresponde a un arma ideológica de este calibre. Es ya conocido en sociología que la definición de «crisis» suele responder a los deseos del grupo dominante por concentrar más poder y a la vez crear una expansión. Pero en los momentos políticos y económicos de finales de la década de los setenta una de las formas de permitir esa expansión (a costa de los trabajadores y de los pacientes) sólo puede permitirse con la legitimación de la burocracia pública, que no ha cambiado desde la dictadura franquista. Y los objetivos latentes tanto del *Libro Blanco* como del *Libro Rosa* persiguen esa legitimación.

Más de la tercera parte de la población española (en una encuesta realizada por el INP en 1974), concretamente el 39 por 100, considera que el sistema sanitario actual de la Seguridad Social no es el adecuado, y que debería ser sustituido por otro. No es extraño tampoco que quienes más se oponen a la Seguridad Social sean los grupos privados: el 42 por 100 de los farmacéuticos y el 48 por 100 de los médicos, aunque ambos grupos vivan de la Seguridad Social. Respecto de la atención médica que desarrolla la Seguridad Social, el 36 por 100 de la población considera que es inadecuada, y lo mismo el 46 por 100 de los farmacéuticos y el 51 por 100 de los médicos. (Repetimos que éstos son datos de la propia Seguridad Social). Parece,

<sup>11</sup> *Libro Rosa*, pág. 672. El subrayado es nuestro.

---

pues, que existe una actitud negativa respecto de la Seguridad Social, salvo, claro está, los propios directivos de la Seguridad Social. Sin embargo, el ataque no debe interpretarse literalmente; el sistema sanitario de la Seguridad Social española es una calidad baja, e incluye todo tipo de problemas, pero al menos es una organización existente y de difícil desaparición. Este es el servicio que, casi sin darse cuenta, los creadores del SOE han brindado a la población española. De lo que se trata, pues, es de una reforma a fondo de la Seguridad Social.

El *Libro Blanco* y el *Libro Rosa*, a pesar de su enciclopedez, dejan por discutir los problemas más importantes del sector sanitario. Para empezar no analizan el sector privado ni las relaciones existentes entre éste y el sector público. No se habla tampoco de los canales efectivos de participación de la población en la Seguridad Social ni discuten las posibles formas de control de la Seguridad Social, ni de los hospitales, seguros, ambulatorios, programas de sanidad pública y medicina preventiva, personal sanitario, etc. Tampoco se mencionan programas o planes para aumentar la calidad de la asistencia sanitaria. Los problemas de la asistencia sanitaria pública en la planificación familiar o aborto terapéutico son escamoteados, lo que para unos documentos públicos en 1977 representa una contradicción con los cambios sociales que se producen en el país. Todas las reformas propuestas por el *Libro Blanco* y el *Libro Rosa* —salvo ocasionales verborreas poco específicas— son políticas propuestas de arriba abajo, sin la participación de la población, ni un control posterior de las mismas. En el caso del *Libro Blanco* se ignora incluso cuáles son los autores del mismo y en nombre de quién se proponen los cambios que aparecen por escrito.

El objetivo primordial del *Libro Blanco* es la reforma de la Seguridad Social, a través de una expansión de la misma, con una mayor participación del Estado en los ingresos de la Seguridad Social. Es lógico pensar que si no se reestructura la Seguridad Social y solamente se expande con subvenciones estatales, los problemas aumenten en vez de disminuir. Lo que el *Libro Blanco* trata de convencernos (o mejor dicho convencer al Parlamento y al Gobierno) es que está realizando un servicio importante, que sus directivos son legítimos y responsables, que aceptan la autocrítica sobre asuntos periféricos y que deben recibir —sin mayor control democrático— un apoyo sustancial de los presupuestos generales del Estado. Con ello se refuerza un grupo de poder importante, pero fragmentado, autoritario, desorganizado, irresponsable y centralista, que protege en la práctica los intereses del sector privado. La crítica al *Libro Blanco* (la que nunca se atreve a realizar) y al *Libro Rosa* es que no se trata de aumentar los recursos financieros de la Seguridad Social, y menos aún invocando la hipotética salud de la población, sino en crear una mejor redistribución de recursos a través de una política efectiva de control democrático, de un programa de prioridades

---

y de una planificación innovadora. Esto, a su vez, no puede realizarse sin una reforma fiscal adecuada y un sistema progresivo de impuestos.

El dato más importante es la unanimidad de la población al considerar el derecho a la salud como básico. Aproximadamente el 97 por 100 de la población entrevistada por el *Libro Rosa* en 1974 estaba convencida de que *tiene derecho a que el Estado le proporcione los medios necesarios para atender sus enfermedades*. El modelo de un servicio público sanitario ha sido aceptado por la población; es hora, pues, de llevarlo a cabo. El modelo que ni el *Libro Blanco* ni el *Libro Rosa* son capaces de plantear en 1977 es el de la unificación de todos los regímenes de la Seguridad Social; con un sistema de financiación *no* basado en las cuotas de los obreros, sino en un sistema de impuestos progresivos; ampliación de la asistencia sanitaria completa a toda la población residente; ampliación del cuidado médico a todos los procesos de enfermedad incluyendo la mental, medicina preventiva, planificación familiar y aborto terapéutico, y educación sanitaria y sexual; democratización del sector sanitario a todos los niveles incluyendo un control político y de la comunidad; descentralización de gestión e instituciones en un modelo regionalizado, incluyendo procesos de redistribución regional; y, finalmente, introducción de una política de prioridades que reduzca las desigualdades sociales. Es decir, la «revolución pendiente» pendiente.