

EL TEOREMA DE WATSON DEL SECTOR SANITARIO:
HACIA UNA TEORÍA SOCIOLÓGICA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL ESPAÑOLA

Jesús M. de Miguel
(Universitat Autònoma de Barcelona)

Llama la atención que no exista un análisis crítico sobre la Seguridad Social en España. Casi todos los estudios son parciales, y ninguno se ha atrevido a formular una teoría sobre las relaciones de este sector público con el resto de los grupos del sector sanitario y la sociedad en general. Una razón de peso es la casi «invisibilidad» de esta institución durante los largos años del franquismo, y los pocos datos que ha ofrecido para su análisis. Por fin en 1977, y ante la imparable evolución política del régimen, la Seguridad Social ha salido de su letargo para pasar a defender su existencia actual en dos voluminosos informes conocidos como el *Libro Blanco* y el *Libro Rosa*. Con esta aparición la Seguridad Social cierra un ciclo de su historia que nos es preciso entender. La hipótesis general del presente estudio es que la Seguridad Social española, *primero*, ha seguido un modelo de desarrollo privado, sin planificación, y sin evaluación de sus realizaciones; *segundo*, que no se ha ocupado de solucionar aquellos problemas no cubiertos por el sector privado; y *tercero*, que su objetivo fundamental ha sido el apoyo del sector privado dentro del sistema sanitario. En las páginas que siguen se delimitan estos tres aspectos, y se analizan los diversos grupos de presión, definiendo lo que aquí se acuña como el «Teorema de Watson» del sector sanitario. Este está calcado del paradigma watsoniano de que «el criminal es aquel a quien beneficia el crimen». Reconozcamos, a pesar de la baja calidad de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y de que su estructura sea tan poco democrática, que es sin embargo una suerte que exista un sistema sanitario público —y mejor aún dentro de la organización general de la Seguridad Social. Este hecho va a permitir una reforma más fácil, y una mejor redistribución de recursos entre la población en el futuro.

La protección del propio sistema

No existe un estudio teórico sobre la estructura del sector sanitario en España, por lo que es difícil situar a la Seguridad Social en relación con otros sectores. Más dificultoso todavía es realizar un análisis válido sobre los intereses que protege la estructura actual de la Seguridad Social. La primera suposición es que la Seguridad Social protege al propio sistema, es decir a la burocracia de funcionarios y personal contratados por ella, además de los intereses generales del Estado dentro de un modelo de país capitalista dependiente.¹

Durante años, al ser los gastos de la Seguridad Social inferiores a los ingresos, el sistema funcionaba como un mecanismo de ahorro obligatorio, al que los trabajadores no podían renunciar. El propio *Libro Blanco* tiene que reconocer esta característica de ahorro forzoso y que la Seguridad Social llegó a tener «una participación muy significativa en la financiación del INI» además de mantener una función «recolectora de ahorro para las instituciones bancarias».² Hasta qué punto el milagro económico de los años sesenta se debe al esfuerzo de los trabajadores, en parte canalizado a través de la Seguridad Social mediante un sistema coactivo de recolección de

1. Los dos textos más importantes son el *Libro Blanco*: Subsecretaría de la Seguridad Social, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977), 743 pp.; y el *Libro Rosa*: 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 pp. Para un análisis general del sector sanitario véase el reciente estudio de Jordi Gol, *et al.*, *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona: Edicions 62, 1978). Una formulación teórica puede verse en Jesús M. de Miguel, *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Barcelona: Vicens Vives, 1978), y el informe *Planificación y reforma sanitaria* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978).

2. *Libro Blanco*, pp. 129 y 138. Citamos estas fuentes por ser oficiales, y demostrar mejor así el problema.

impuestos, es algo difícil de medir. En general, muchos coinciden actualmente en afirmar que la Seguridad Social ha sido —y es— el «banquero barato del mercado de capitales».³

El dinero de la Seguridad Social, y en especial los superávits, se han invertido de tres formas. Primero, una parte se ha convertido en una simple acumulación financiera que ha beneficiado considerablemente a los Bancos y Cajas de Ahorros recipientes de tales cantidades de dinero. Segundo, otra parte se ha utilizado en inversiones poco rentables del sector privado, con lo que las empresas privadas se libran de invertir en negocios no muy rentables. Tercero, se producen inversiones en el sector privado en campos elegidos libremente por los directivos de la Seguridad Social, sin un control de los asegurados. Junto a estas tres formas de inversión hay que señalar la no inversión en necesidades de la población, que han repercutido en un nivel de salud de la población bajo, y en una tasa de mortalidad todavía alta, sobre todo en comparación con otros países europeos. Llama la atención que en estos últimos treinta años, cuando las necesidades sanitarias (y de otro tipo) de la población española eran urgentes, la Seguridad Social se permitiese mantener superávits constantes y cuantiosos, y realizar inversiones de muy dudosa eficacia.

En todo el sector sanitario público existen un total aproximado de 30.000 funcionarios, distribuidos en 19 ministerios. La Seguridad Social ha mantenido una burocracia extensa y poco eficaz. Sin embargo, el coste de los gastos de administración no parece ser muy alto, siendo alrededor del 5 %, con pequeñas (y al parecer erráticas) oscilaciones:

Años	<i>Gastos en administración de la Seguridad Social</i>
1967	6,8 %
1968	5,5
1969	4,9
1970	4,7
1971	5,0
1972	4,9

3. Alberto Infante, «La Seguridad Social: Algunos aspectos claves de la Seguridad Social española», pp. 41-74, en T. Álvarez, *et al.*, *Cambio social y crisis sanitaria: Bases para una alternativa* (Madrid: Ayuso, 1975), p. 59.

El INP mantiene unos gastos en administración algo superiores (4,1 %) a los del Mutualismo Laboral (3,0 %), lo que en parte viene justificado por la mayor burocracia del INP. Sin embargo, la fiabilidad de estos datos es reducida, y en nuestra opinión hay muchos otros gastos de administración que aparecen bajo las rúbricas de «personal» y de «asistencia sanitaria». Así pues no podemos considerar la hipótesis de un gasto de administración bajo como concluyente sin realizar un análisis más detallado.

El monopolio profesional

Una de las hipótesis más interesantes es que la Seguridad Social española, contra lo que pueda parecer a primera vista, ha apoyado el monopolio profesional, y muy especialmente el de los médicos. A pesar de que casi todo el mundo acepta ya el hecho de que en España el número de médicos es excesivo (aunque su distribución territorial sea muy desigual), la Seguridad Social ha llegado a contratar a la casi totalidad de los mismos, ofreciéndoles un salario seguro, dejándoles tiempo libre en abundancia para que se dediquen al pluriempleo y a sus consultas privadas, y permitiendo el uso de recursos públicos para sus intereses particulares. Por si fuera poco, la mala distribución de los hospitales y ambulatorios de la Seguridad Social ha contribuido a la ya desigual distribución de médicos en el país.

Respecto a este tema las opiniones de los médicos y de la población (según las encuestas del *Libro Rosa*), como podría esperarse, difieren bastante. La aparente carencia de médicos según la población señala posiblemente la insatisfacción de la población ante la mala distribución de los mismos, y la dificultad de obtener verdadera atención médica con pocos recursos económicos. En cambio los médicos son más conscientes del hecho de que —relativamente hablando— sobran médicos en el país:⁴

	<i>Opinión de:</i>	
	<i>La población</i>	<i>Los médicos</i>
Sobran médicos	4 %	20 %
Hay suficientes	42	56
Faltan médicos	53	25

4. *Libro Rosa*, pp. 765-766.

Sin embargo, ambos grupos, población y médicos, coinciden en que donde más sobran médicos es en las grandes ciudades y faltan en el campo.

En el país existen aproximadamente 7.682 médicos rurales (titulares) que representan tan sólo el 13 % de todos los médicos. El sistema español es peculiar, y elimina la competición, ya que el 71 % de estos médicos rurales están adscritos a «partidos» (zonas geográficas que corresponden a cada médico titular) «cerrados», es decir, en los que la ley no permite trabajar a ningún otro médico.⁵ Es curioso, pues, que todavía se hable de la supuesta libertad de médico y de la medicina libre, cuando la estructura tradicional del sector sanitario español desde principios de siglo, por lo menos, protegía el monopolio por circunscripciones territoriales. Ésta es también una razón para explicar el lento proceso de incorporación del sector rural en la Seguridad Social, ya que la profesión médica ha explotado suficientemente este área, y no había posibilidades reales de obtener beneficios más altos. Esta pauta coincide con la de no interferencia del sector público en el sector privado, salvo para proporcionarle más beneficios. Así, el voluminoso *Libro Rosa*, con cerca de mil páginas, apenas dedica cinco líneas al ejercicio privado de la profesión médica, escudándose en la falta de datos. Sin embargo, es capaz de realizar un esfuerzo considerable, con más de 8.000 entrevistas personales, escamoteando en ellas el tema del sector de la medicina privada, a pesar de la importancia que tiene en España.

El problema es difícil a causa del pluriempleo. En total el 90 % de los médicos en España mantienen una consulta médica (ya sea pública o privada), el 53 % de los médicos ven regularmente pacientes en el hospital, y el 49 % de los médicos realizan además visitas a domicilio. Estos datos elaborados por el INP sugieren que cada médico por lo menos simultanea dos tipos de trabajo. Según los cálculos del propio *Libro Rosa* cada médico en España dispone de 2,4 empleos diarios. Si tenemos en cuenta tan sólo a la Seguridad Social, ésta proporciona 1,3 puestos de trabajo por médico activo, o lo que es lo mismo que, en 1974, había más puestos de trabajo para médicos que médicos trabajando.⁶ Puede decirse, pues, que la profesión médica ha conseguido vivir primordialmente de la Seguridad Social, conservando además todos sus privilegios de monopolio profesional.

5. Se consideran como «cerrados» todos los partidos-médicos de 6.000 habitantes o menos. Estos partidos cerrados también tienen adscritos otros profesionales sanitarios: veterinario, farmacéutico, ATS y matrona.

6. El 22 % de los médicos colegiados no estaban en activo.

La distribución de los médicos según el lugar de trabajo, y el número de horas que ellos mismos aseguran que trabajan al día es la siguiente:⁷

	<i>Proporción de médicos</i>	<i>Horas diarias de trabajo (Días laborables)</i>
Seguridad Social	81 %	4,3 horas/día
Ejercicio privado	58	3,4
Seguros privados	42	2,2
Dirección General de Sanidad	24	3,0
Otros organismos públicos	18	4,3
Otras instituciones privadas	17	3,0
TOTAL	240 %	8,4 (por médico)

Se observa, pues, que cada médico tiene de media 1,23 trabajos en el sector público (la mayoría de ellos uno al menos en la Seguridad Social) y 1,17 trabajos en el sector privado. El 90 % del ejercicio libre se realiza en zonas urbanas de más de 100.000 habitantes. Existe, pues, un pluriempleo profesional considerable, y seguramente único en Europa, aunque los organismos oficiales siempre se han negado a enfrentarse con este problema.⁸ El pluriempleo no sólo produce una calidad baja de atención médica, sino que facilita la corrupción en el uso de recursos públicos para intereses privados, y el traspaso de pacientes de un sector al otro. La medida más coherente para solucionar este sector *no* consiste en la eliminación radical de la práctica privada (una medida imposible para cualquier gobierno actual) sino en declarar las prácticas públicas y privadas como exclusivas, dejando al médico la elección.

La Seguridad Social es un sistema sanitario con más médicos que camas (47.251 médicos y 41.532 camas, en 1976), y más puestos de trabajo para médicos que médicos hay en el país. En 1974, por ejemplo, habían 42.524 médicos en act.vo en España y la Seguridad Social mantenía 43.016 plazas de médicos cubiertas, distribuidas de la siguiente forma:

7. *Libro Rosa*, pp. 196 y 207.

8. El *Libro Blanco* señala el problema de pasada, eludiendo su análisis (p. 575).

<i>Médicos en la Seguridad Social</i>	<i>Proporción</i>
Médicos generales (de zona)	33 %
Especialistas en ambulatorios	31
Especialistas en hospitales	27
MIR (médicos internos y residentes)	7
Médicos en servicios de urgencia	3
TOTAL	100 % (43.016)

Aparte hay 4.749 médicos más en los Servicios Médicos de Empresa, el Plan de Higiene y Seguridad del Trabajo, Instituto Social de la Marina, Mutualidades Laborales, y el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos; y 670 médicos que son funcionarios del INP, la mayoría de ellos «inspectores». A pesar de estas cifras el 52 % de los médicos del país están convencidos de que el número de médicos en los hospitales de la Seguridad Social son todavía «insuficientes» y que son necesarios más; una afirmación difícil de creer con las cifras anteriores. El 88 % de los directivos de la Seguridad Social, por el contrario, opinan que el número es suficiente o más que suficiente.

A pesar de la pseudo-socialización de los servicios sanitarios realizada por la Seguridad Social, ésta ha mantenido un modelo médico de profesional liberal. Esto ha redundado en beneficio de la profesión médica que se ha asegurado así unos ingresos mínimos constantes bastante apreciables, por una dedicación mínima, y permitiéndole transferir recursos y pacientes de un sector al otro, y hacer uso privado de las instalaciones de la Seguridad Social. La presión ejercida por la profesión médica ha sido tan exitosa que la Seguridad Social ha cubierto prácticamente todos los médicos del país. Esta situación podría haberse aprovechado para realizar una mayor socialización del sector, para regionalizar los servicios médicos, o al menos mantener un control de calidad sobre la asistencia médica; sin embargo, ninguno de estos tres objetivos se han realizado. En 1973 el coste del personal en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social representaba nada menos que el 66 % del presupuesto de los hospitales, y el 71 % del de los ambulatorios.

La participación masiva de la profesión médica en la Seguridad Social es un fenómeno reciente. En 1965 concentraba el 64 % de los médicos y diez años después el 84 %. Se puede predecir, sin embargo, que esta pro-

porción va a descender (en realidad ya descendió al 82 % en 1976) ya que el número de médicos en el país aumenta a una velocidad tal que la Seguridad Social no va a poder absorberlos. De hecho, la expansión hospitalaria de la Seguridad Social cada vez más se realiza contratando camas con otros hospitales ya existentes, con lo que la profesión médica no puede contar con muchas más plazas libres. Este fenómeno va a producir tensiones considerables dentro de la profesión médica.⁹

En la *Tabla 1* se puede observar la evolución del número de médicos trabajando en la Seguridad Social en relación al número de médicos en el país. Entre 1965 y 1976 el número de médicos en el país creció un 46 %, mientras que el número de médicos en la Seguridad Social aumentó un 85 %.

TABLA 1
Evolución del número de médicos en la Seguridad Social

Años	Número de médicos			Médicos en la Seguridad Social			
	España	Seguridad Social	% de médicos en la SS	Médicos generales	Médicos especialistas	% de especialistas	% de especialistas en hospitales
1965	39.709	25.595	64	14.013	11.582	45	...
1967	41.932	26.927	64	14.811	12.116	45	...
1970	45.335	30.197	67	15.053	15.144	50	25
1972	49.256	34.560	70	15.081	19.479	56	34
1976	57.887	47.251	82	17.052	30.199	64	47
Índice (1965 = 100)	146	185	128	122	261	142	...

Fuente: Ministerio de Trabajo, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), pp. 543-544.

Nota: No todos los médicos son necesariamente de igual dedicación.

Repetimos que estas proporciones variarán en el futuro. La gran expansión se ha realizado en el caso de los médicos especialistas, con lo que la proporción ha pasado del 45 % de los médicos en 1965 al 64 %

9. Para un estudio detallado de este problema puede verse: Jesús M. de Miguel, *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976).

en 1976. La mayoría de los especialistas nuevos trabajan en los hospitales de la Seguridad Social. De los médicos generales el 45 %, en 1976, lo son de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), desempeñando sus funciones en el ámbito rural. Dado que prácticamente todos los médicos especialistas trabajan en las ciudades, resulta que aproximadamente el 80 % de los médicos contratados por la Seguridad Social trabajan en zonas urbanas o metropolitanas. La Seguridad Social, a pesar de su poder y grandes recursos no ha sido capaz de realizar una regionalización sanitaria adecuada.

En la *Tabla 2* se puede apreciar el crecimiento real según el número de personas protegidas por la Seguridad Social. En 1967 la Seguridad Social mantenía un médico por cada 685 personas aseguradas, y una década después, en 1976, disminuyó este número a 637 personas protegidas. Sin embargo, la distribución es desigual y mientras que en 1967 habían más médicos generales que médicos especialistas, en 1976 la relación es la inversa. Lo que es incluso más problemático es que el número relativo de médicos generales ha descendido, de un médico por cada 1.234 personas protegidas en 1967, a 1.786 personas en 1976. La medicina ambulatoria se ha deteriorado considerablemente en la Seguridad Social, para beneficio claro de la medicina privada. La paradoja de este fenómeno es que los médicos en uno y otro sector son las mismas personas, y por lo tanto sospechosamente responsables de este deterioro.

TABLA 2

Evolución de las tasas de médicos en la Seguridad Social

Años	Población asegurada (en millones)	Médicos en la Seguridad Social	Médicos por 10.000 asegurados		
			Total	Médicos generales	Médicos especialistas
1967	18,4	26.927	14,6	8,1	6,6
1971	27,4	32.104	11,7	5,4	6,3
1975	30,0	45.532	15,2	5,5	9,7
1976	30,1	47.251	15,7	5,6	10,0
Índice					
1976	164	175	108	69	152
(1967 = 100)					

Fuente: Ministerio de Trabajo, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), pp. 543-643.

La Seguridad Social ha colaborado también a hacer la práctica general poco atractiva, cosa que podía haber evitado con una reestructuración de sus servicios. Las consultas ambulatorias de la Seguridad Social se han masificado hasta niveles de ineficacia; la media de consultas por médico es de 28 pacientes al día, y las de los médicos generales de 37. Aparte, un tercio aproximado de esas consultas son primeras visitas. En la *Tabla 3*

TABLA 3

Consultas ambulatorias de la Seguridad Social en 1976

<i>Especialidades</i>	<i>Médicos que pasan consulta</i>	<i>Media de consultas diarias por médico (a)</i>	<i>Proporción de primeras consultas (a)</i>
Medicina General	7.660	37	29 %
Pediatría-Puericultura	2.217	31	28
Odontología	734	20	54
Traumatología	711	29	39
Respiratorio-Circulatorio ...	708	18	39
Cirugía General	693	12	41
Aparato Digestivo	683	15	36
Otorrinolaringología	671	17	35
Oftalmología	656	22	48
Tocología	504	16	31
Dermatología	409	18	45
Neuropsiquiatría	385	16	34
Ginecología	383	14	34
Urología	363	17	36
Nutrición	260	15	30
TOTAL	17.037	28	32 %

Fuente: Ministerio de Trabajo, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), p. 612.

Notas: (a) Estimación calculada sobre 11.534.440 consultas en diciembre de 1976.

se presentan estos datos por especialidades. Teniendo en cuenta que el tiempo real de consulta suele ser una hora, es difícil imaginar cómo cada médico puede atender a 28 pacientes, o cómo un psiquiatra puede ver a 16 pacientes en una hora. Medicina General y Pediatría-Puericultura mantienen las consultas más masivas, ya que son los que ven a los pacientes antes de ser enviados a los especialistas.

La superabundancia de pediatras en España —un factor ya referido por diversos estudios— bastante superior a otros países europeos se explica por la cantidad de consultas ambulatorias de ese tipo en la Seguridad Social (el 21 % en 1976) aparte de un alto nivel hospitalario (9 % de los especialistas en los hospitales). En total los pediatras representan el 15 % de los médicos especialistas en la Seguridad Social.

Los problemas de la estructura ambulatoria de la Seguridad Social son numerosos. Muchas de las consultas ambulatorias no se realizan en los ambulatorios de la Seguridad Social, sino en el propio domicilio o en la consulta privada del médico, con lo que el grado de control de la calidad de la atención médica es prácticamente inexistente.

Teóricamente además cada médico general visita al 20 % de la población cubierta al menos una vez al año, es decir 2,8 visitas al día; los pediatras-puericultores realizan 2,2 visitas diarias en 1976. Sin embargo, las visitas de los médicos a los pacientes enfermos en sus domicilios «han quedado reducidas al grado mínimo y en muchos casos se realizan por terceras personas, ayudantes u otros compañeros del titular».¹⁰

El problema fundamental es el de la dedicación del médico a la Seguridad Social. No existen jornadas normales de 7 u 8 horas; las más largas son de 6 horas diarias, y muchas son bastante más cortas. Tampoco existe incompatibilidad de trabajo entre la Seguridad Social y la consulta privada; más bien lo contrario, la brevedad de los horarios médicos en la Seguridad Social favorece el desarrollo privado de la medicina, aprovechándose de los recursos (e incluso pacientes) públicos. La jornada legal de muchos médicos de la Seguridad Social es de dos horas y media, que en la realidad se reduce a menos de la mitad, dada la costumbre de dedicar la primera hora a la espera de los pacientes y la segunda hora a la consulta.¹¹ Ante esta realidad de jornadas de trabajo de media hora, los sueldos de algunos médicos de la Seguridad Social son desproporcionada-

10. *Libro Blanco*, p. 574. Las cifras son aproximadas, extrapolando los datos de diciembre de 1976, según días laborables.

11. En un estudio realizado, por mí, en Barcelona (en 1977) se observó que la mayoría de las consultas de especialistas duraban menos de media hora.

mente altos y su responsabilidad ínfima. Los ambulatorios suelen estar organizados en función de las consultas de los médicos y no al revés; cada especialista mantiene horas limitadas, distintas unos de otros, y nunca coordinados, creando molestias sin fin a los pacientes. Según el *Libro Rosa* el 24 % de los pacientes entrevistados consideran que el trato sanitario de los médicos de la Seguridad Social es «malo» o «regular»; el 31 % tenían una opinión negativa respecto del trato personal recibido por los mismos médicos.

El sistema ambulatorio de la Seguridad Social se calcó del modelo de consulta privada. Los médicos cobran un salario proporcional al número de personas aseguradas a su cargo, independientemente de cuántos asistan a la consulta; en cambio en los hospitales el personal médico recibe un salario mensual. Las desigualdades lógicas del sistema de cuota de los ambulatorios llevó a que en la práctica se garantizaran unos ingresos mínimos a los médicos, además de un sistema de gratificaciones diversas. A medida que los médicos se establecen en la profesión el salario de la Seguridad Social se va convirtiendo en una parte más pequeña de sus ingresos; por eso «cuando los médicos van estableciéndose mejor, disminuyen su horario en la Seguridad Social, hasta el mínimo permitido».¹² Esto significa que el paso de la asistencia médica de la Seguridad Social recae sobre todo en médicos jóvenes, muchos de ellos con una experiencia reducida.¹³ Los sistemas de pago ofrecen, aún en 1978, todas las posibilidades: porcentaje por cada asegurado, salario fijo, e incluso pago por acto médico. Todo este confuso panorama se complica con los llamados «complementos de destino», que son pagos jerarquizados según el nivel del trabajo realizado, además de «complementos de docencia», aumentos por antigüedad, trienios y gratificaciones de julio y septiembre. El personal no médico mantiene además un complemento de «asistencia» y otro de «conducta» (*sic*). Sin embargo, la Seguridad Social ha sido incompetente para estructurar un sistema de ascensos y de carrera profesional para los médicos, basándose sin embargo en sistemas particularistas y poco eficientes, como las oposiciones.

La evolución en el número de personal sanitario de la Seguridad Social sugiere la siguiente pauta: primero, se dio trabajo a los médicos, hasta el punto de que en 1965 habían 2,4 médicos por cada enfermera y auxiliar de enfermera (ambos grupos combinados). Cuando el número de mé-

12. *Libro Rosa*, p. 207.

13. En 1974 el 20 % de los médicos en España tenían 30 años o menos.

dicos recibiendo un sueldo fijo de la Seguridad Social empezó a saturar los deseos de colaboración de la profesión médica, llegando al 80 % de todos los médicos del país (precisamente la misma proporción de los que están en zonas urbanas) la Seguridad Social empezó a proporcionar trabajo a niveles más bajos —y baratos— es decir, al personal paramédico, y sobre todo a las enfermeras. En consecuencia en 1975 ya sólo habían 0,8 médicos por cada enfermera (y auxiliar de enfermera) dentro de la Seguridad Social:

<i>Por cada 100 médicos</i>		
<i>Años</i>	<i>Número de enfermeras</i>	<i>Número de personal paramédico</i>
1965	33	76
1970	52	103
1975	60	137
1976	67	159

Este proceso correspondió también a la creciente hospitalización de la estructura de la Seguridad Social en esa década.

En números globales el crecimiento máximo del personal de la Seguridad Social en la última década se ha concentrado en el personal paramédico; pero repetimos que eso se debe a que ya no hay más médicos en el país. Y el crecimiento mayor ha sido en aquella mano de obra más barata, la de auxiliares de enfermería. Este grupo técnicamente denominado «auxiliares de clínica» desempeña en el fondo un papel de enfermeras en los hospitales españoles. En 1965 sólo representaban el 18 % de las enfermeras más auxiliares de enfermería, el 27 % en 1970, y nada menos que el 48 % en 1976. Es decir que cada vez más los hospitales de la Seguridad Social funcionan con auxiliares y no con enfermeras, así como con MIR en vez de médicos (no MIR). El 81 % de todas las auxiliares de enfermería trabajan en hospitales.

En la *Tabla 4* se puede medir mejor la evolución del personal sanitario en la década 1965-1975, la de máxima expansión de la Seguridad Social. El peso específico de los médicos disminuye: eran el 57 % del personal sanitario en 1965, el 50 % en 1970 y el 42 % en 1975. La máxima expansión de médicos se ha realizado a los niveles más caros (médicos

especialistas) y del personal paramédico a los niveles más baratos. Las dos terceras partes de estos últimos trabajan en hospitales, y sólo un 34 % en ambulatorios. Esto ha creado un sistema muy jerarquizado, con grandes diferencias de poder, y que a su vez está dividido por sexos: médicos (varones), enfermeras (mujeres).

TABLA 4

Evolución del personal sanitario de la Seguridad Social
(En números absolutos)

Tipo de personal	Años			Índice 1975 (1965=100)
	1965	1970	1975	
<i>Personal médico</i>	25.595	30.197	45.532	178
Médicos generales	14.013	15.053	16.406	117
Médicos especialistas	11.582	15.144	29.126	251
<i>Personal paramédico</i>	19.533	30.500	61.721	316
Practicantes	7.429	7.951	10.408	140
Matronas	1.695	731	2.691	159
Enfermeras	8.542	15.820	27.439	321
Auxiliares (a)	1.867	5.998	21.183	1.135
<i>Total personal sanitario</i>	45.128	60.697	107.253	238
% de personal médico	57 %	50 %	42 %	...

Fuente: Ministerio de Trabajo, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), pp. 543, 546, 547.

Notas: (a) «Auxiliares de clínica».

Aunque en 1975 el personal médico es menos de la mitad del personal sanitario de la Seguridad Social, está concentrado en los ambulatorios (donde representa el 60 % del personal) y no tanto en los hospitales (el 27 %). En la *Tabla 5* presentamos la distribución de personal sanitario en los ambulatorios y hospitales de la Seguridad Social en 1975. Los MIR representan prácticamente el 10 % del personal de los hospitales y el 36 % de todos los médicos en los hospitales. En general, llama la atención

la falta de personal paramédico en los ambulatorios y de personal médico en los hospitales.

TABLA 5

Distribución del personal sanitario de la Seguridad Social, en 1975
(En porcentajes)

<i>Personal sanitario</i>	<i>Ambulatorios</i>	<i>Hospitales</i>	<i>Total</i>
Médicos generales	31 %	} 17 %	38 %
Médicos especialistas	29 %		
MIR	—	9,5	4,8
Practicantes	20	—	9,8
Terapeutas (a)	—	1,2	0,6
Matronas	—	1,7	0,9
Enfermeras tituladas	13	39	26
Enfermeras auxiliares	7,5	32	20
TOTAL	100 %		
	(52.171)	(53.977)	(106.148)
<i>Personal médico</i>	60 %	27 %	43 %

Fuentes: INE, *Anuario estadístico de España 1975* (Madrid: INE, 1976), pp. 694-695.

Notas: (a) Fisioterapeutas, y Terapeutas ocupacionales.

En resumen, que el desarrollo de la Seguridad Social no sólo no ha perjudicado a la profesión médica española, sino que ésta vive en la actualidad de ese sector público. Sin embargo, este modelo no puede continuarse por muchos años, y los médicos van a enfrentarse con serios problemas de profesionalización, a la vez que otros sectores paramédicos van a presionar para obtener más puestos de trabajo y mejor retribuidos. La producción acelerada de licenciados en Medicina seguramente empeorará este problema en los próximos años.

Las empresas sanitarias

Una tercera hipótesis es que los grupos que se benefician de la estructura actual de la Seguridad Social son precisamente los establecimientos

sanitarios, tanto ambulatorios como hospitalares, del sector público (excluida la Seguridad Social) y del sector privado. En vez de servir de competencia, la Seguridad Social se basa cada vez más en un sistema de contratación de otros centros sanitarios, con un control mínimo sobre la calidad de asistencia médica recibida por los pacientes. Además los contratos se realizan individualmente, con decisiones no reglamentadas, y sin una organización previa, dando origen a todo tipo de corruptelas por ambas partes, creando además desequilibrios entre los propios hospitales. Dentro incluso de la Seguridad Social existe una grave falta de coordinación entre el sector hospitalario y el sector ambulatorio. Los hospitales acusan a los ambulatorios de enviarles todos los pacientes sin intentar curarlos, mientras que los ambulatorios se quejan de que el sector hospitalario acapara la mayoría de los recursos.

El «concierto» con otros hospitales es un contrato anual, renovable, que se realiza entre el INP (u otros organismos de la Seguridad Social) y un hospital, con objeto de garantizar la asistencia hospitalaria a la población asegurada en un área donde el INP no posee suficientes centros sanitarios propios. En el caso del INP estos contratos suponen casi la cuarta parte de las camas utilizadas (el 23 % en 1972). En el caso del Mutualismo Laboral que no posee hospitales propios, el 40 % de la población es atendida en hospitales del INP y el 60 % en otros hospitales, públicos o privados, contratados. Entre los hospitales contratados por la Seguridad Social en 1970 ya existían 12 hospitales de la Cruz Roja, y 10 hospitales universitarios (o *clínicos*). El contrato supone la «negociación y acumulación de intereses entre partes y en alguna manera ventajas y beneficios para quien presta el servicio».¹⁴ Paradójicamente el sistema supone dar beneficios a instituciones privadas directamente con presupuestos públicos, pagados anteriormente por los propios trabajadores, y a costa de ellos y de su salud.

Es importante comprobar que los gastos de la Seguridad Social que han crecido más han sido relativamente los de establecimientos sanitarios contratados, que en la década 1967-1976 aumentaron 3,5 veces. Si se tiene en cuenta el gasto por persona protegida, el gasto de la Seguridad Social en establecimientos contratados fue de 94 pesetas al año en 1967, para pasar a 857 pesetas por persona una década después. Los servicios contratados supusieron nada menos que 25.820 millones de pesetas en 1976, frente a 1.726 millones una década antes.¹⁵ En resumen, el porcentaje del

14. *Libro Blanco*, p. 422.

15. Todas estas cifras son en pesetas constantes de 1975.

total de gastos sanitarios del Régimen General en hospitales contratados se dobló entre 1970 y 1973:

<i>Gastos sanitarios de la Seguridad Social en</i>		
<i>Años</i>	<i>establecimientos contratados</i>	<i>establecimientos propios</i>
1970	6,3 %	21,0 %
1971	6,9	22,4
1972	11,7	23,2
1973	12,7	22,8

Estos datos sugieren que la expansión mayor de la Seguridad Social no se ha debido tanto al desarrollo de los hospitales (o ambulatorios) propios, a pesar de su acelerada construcción, sino al aumento de la contratación de camas con otros hospitales, muchos de ellos privados o de beneficencia; aparte, claro está, del gasto en medicinas y en personal.

La mayoría del gasto en establecimientos contratados fue realmente en hospitales: 67 % en hospitalizaciones, 28 % en asistencia completa en hospitales, y 5 % en consultas ambulatorias. En números absolutos, en 1976, la Seguridad Social utilizó 65.380 camas, de las cuales más de un tercio eran contratadas, con un total de 10 % de camas en hospitales privados:

<i>Camas utilizadas por la Seguridad Social en 1976</i>		
<i>Establecimientos sanitarios</i>	<i>Número de camas</i>	<i>Porcentaje</i>
De la Seguridad Social	41.582	64 %
Públicos contratados	17.217	26
Privados contratados	6.581	10
TOTAL	65.380	100 %

En total, la Seguridad Social mantiene cerca de un millar de ambulatorios (llamados «instituciones sanitarias abiertas») creadas fundamentalmente en los años setenta:

Años	<i>Ambulatorios de la Seguridad Social</i>		
	<i>Nuevos ambulatorios creados</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Ambulatorios creados por año</i>
1944-1966	352	37 %	15
1967-1971	152	16	30
1972-1976	444	47	89
TOTAL (1944-1976).....	948	100 %	30

Como se puede observar, el desarrollo es acelerado, siendo asimismo en el último período 1972-1976, aun cuando vimos que el número de médicos generales apenas aumentaba.

En la *Tabla 6* se puede observar lo que ha significado el crecimiento del número de ambulatorios en relación con el cuidado médico de la población protegida. Entre 1967 y 1976 cada persona pasó de realizar 3,5 consultas al año a 4,8; recibió cinco veces más análisis clínicos (prácticamente cuatro análisis clínicos por persona y año); 2,7 veces más radiografías; y una media de una inyección por persona y año con cargo a la Seguridad Social. La asistencia sanitaria ha crecido pues a un ritmo menor que el de la creación de ambulatorios. Nuestra hipótesis es que la calidad es tan deficiente que sólo una clase baja, pensionistas, y pobres acceden a los servicios ambulatorios de la Seguridad Social. Sin embargo, en los próximos años va a haber un desarrollo sin precedentes en la asistencia ambulatoria, precisamente cuando la Seguridad Social se decida a realizar una reestructuración eficaz de estos servicios.

El sistema ambulatorio de la Seguridad Social ha sido acusado de inmovilista y no coordinado con el desarrollo del sistema hospitalario, produciendo «un deterioro de todo el sistema sanitario».¹⁶ Los privilegios e

16. *Libro Blanco*, p. 580. Es curioso que el *Libro Blanco* de la Seguridad Social arremeta contra los ambulatorios y proteja los intereses de los hospitales de la propia Seguridad Social. Eso nos indica en dónde está el poder dentro del sistema sanitario en la actualidad.

TABLA 6

Asistencia sanitaria de los ambulatorios de la Seguridad Social
(Número medio por afiliado al año)

Años	Consultas médicas	Análisis clínicos	Radiografías	Inyecciones
1967	3,54	0,7	0,16	0,85
1971	3,49	1,5	0,22	0,73
1975	4,34	3,2	0,43	0,94
1976	4,83	3,8	0,43	1,02
Índice 1976 (1967=100).....	136	542	269	120

Fuente: Ministerio de Trabajo, *Libro Blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), pp. 644-645.

intereses creados (como los del cupo, consulta, y especialidad) han dificultado enormemente cualquier cambio. Por ejemplo, *neuropsiquiatría* forma todavía una única especialidad, con todos los problemas que eso conlleva. El sistema ambulatorio es altamente «ritualista» —en el sentido de los tipos de adaptación descritos por Robert K. Merton— justificado por una estructura de intereses y monopolios monolítica. Como el *Libro Blanco* ha tenido que reconocer, los ambulatorios de la Seguridad Social han sido un fracaso, convirtiéndose en simples salas de consulta para que los médicos realicen sus actos médicos (un eufemismo en este caso concreto) que corresponden a sus cuotas establecidas de personas. No existen intereses institucionales y los médicos que realizan su consulta en ambulatorios de la Seguridad Social se sienten extraños a ellos. Los ambulatorios no mantienen ningún programa sanitario sobre la comunidad que les alberga, y menos aún de educación sanitaria, sanidad pública, o medicina preventiva. Todo el sistema de ambulatorios está montado para el negocio de los médicos, y los pacientes son utilizados como una excusa. La masificación es tal que los pacientes no pueden ser diagnosticados sino simplemente recetados. La receta no sólo cumple la función de compensar la falta de diagnosis, sino que además crea unos beneficios económicos indirectos a varios grupos, sin descartar la posibilidad del lucro de los propios médicos a través de la institución conocida como el «tarugo». Los pa-

cientes no sólo no suelen resolver sus problemas, sino que pueden empeorar (tal es el caso del abuso excesivo de antibióticos por la Seguridad Social), y en cualquier caso tener que volver a la consulta, con lo que la masificación aumenta.

La proporción de camas de la Seguridad Social del total de camas hospitalarias del país ha crecido considerablemente en los últimos años; un 9 % en 1963 era ya un 19 % en 1972. Este crecimiento se ha realizado a costa de otros hospitales públicos (del Estado, provinciales, municipales, del Movimiento) e incluso de la Iglesia, pero no de los hospitales privados (particulares, Cruz Roja, extranjeros) que han mantenido su número relativo e incluso crecido ligeramente en números absolutos entre 1963 y 1972. Los hospitales privados, que en 1963 reunían el 36 % de las camas, una década después sólo habían disminuido al 33 %, a pesar de que la Seguridad Social había duplicado la proporción de sus camas. La proporción de camas en hospitales privados apenas ha cambiado en treinta años:

Años	% de camas en hospitales privados
1949	33,0
1963	33,1
1971	33,6
1975	33,6

Como era de esperar existen grandes diferencias regionales. Tanto Barcelona como Madrid tienen más camas privadas que el total de España, sobre todo Barcelona, donde la construcción de hospitales públicos ha sido descuidada al máximo, incluso por la propia Seguridad Social. Barcelona mantiene muchos hospitales privados (el 64 % de las camas, como puede verse en la *Tabla 7*), sobre todo de la Iglesia y de Beneficencia. Madrid se comporta más bien como la media nacional, con un exceso de hospitales de la Iglesia.

Ahora bien, lo que es curioso es que este 30 % aproximado de mercado privado de camas hospitalarias coincide también con un 30 % de consumo privado de medicinas. Parece pues como si existiese una dicotomía del 30 % privado y el 70 % público dentro del sector sanitario español. El fenómeno, pues, de expansión de la Seguridad Social no puede interpretarse como expansión del sector público frente al sector privado

TABLA 7

Tipos de hospitales en Madrid y Barcelona en 1975

<i>Hospitales</i>	<i>% de camas del total</i>		
	<i>Total de España</i>	<i>Barcelona</i>	<i>Madrid</i>
Administración local	29 %	9,6 %	17 %
Administración central	21	14	36
Seguridad Social	20	12	15
Particulares	15	28	12
Iglesia	9,2	19	13
Beneficencia particulares	4,6	16	4,7
Cruz Roja	1,7	1,4	2,6
TOTAL	100 % (180.547)	(20.619)	(25.263)
% camas privadas	31 %	64 %	32 %

Fuente: INE, *Anuario estadístico de España 1975* (Madrid: INE, 1976), pp. 676-677.

(y por lo tanto de socialización del sector sanitario), sino de mantenimiento a ultranza de un sector privado, a costa de que muchas de esas camas sean contratadas por la Seguridad Social. El desarrollo de la Seguridad Social ha producido un hundimiento del resto del sector público hospitalario, pero no la desaparición del sector privado.

Los 14 grandes centros hospitalarios de la Seguridad Social (llamados «ciudades sanitarias») en 1976, fueron creados todos en zonas urbanas donde ya había una Facultad de Medicina, es decir ciudades con un exceso relativo de servicios médicos, y con una clara abundancia de médicos. Esos grandes hospitales, con la excepción del de Córdoba y La Coruña, se situaron en zonas con un nivel relativamente alto de camas de hospital antes de su creación. No sólo la planificación (si es que alguna vez hubo verdadera planificación) de la creación hospitalaria no ha estado coordi-

nada con las necesidades reales del país, sino que su decisión se ha realizado con ignorancia de la población, e incluso de otros organismos públicos influenciados por esas medidas. Madrid y Barcelona concentran el 18 % de las camas de la Seguridad Social, y el resto de las mismas mantienen un desequilibrio regional llamativo. La Seguridad Social podría haber equilibrado la distribución regional hospitalaria española que tantas deficiencias presentaba hace unas décadas, pero más bien ha contribuido a un empeoramiento del problema.

Los hospitales de la Iglesia han dejado progresivamente de ser hospitales de beneficencia, para pobres, para convertirse en hospitales privados o, incluso en proporción creciente, en hospitales contratados (pero no controlados) por la Seguridad Social. Con ello el costo por paciente y día se ha elevado sustancialmente, pasando de 254 pesetas en 1970 a 847 pesetas diarias por paciente en 1974; lo que todavía representa un considerable ahorro para la Seguridad Social, pues sus costes propios de hospitalización son muy superiores. Junto a esta carencia de camas propias, la Seguridad Social ha permitido la asistencia a enfermos privados en sus instituciones públicas, favoreciendo la utilización de sus recursos escasos para la explotación privada, y agravando la falta de camas que padece la estructura sanitaria española. Estos privilegios de la profesión médica han sido —y siguen siendo— uno de los canales de corrupción más elevados dentro del sistema sanitario de la Seguridad Social. El propio *Libro Blanco* tiene que reconocer que esta asistencia a enfermos privados en los hospitales de la Seguridad Social está organizando «serios problemas».

Lo que se explota es la imagen de que la mejor asistencia sanitaria es la de los hospitales privados, algo que los propios médicos saben que *no* es verdad. En las encuestas realizadas por el *Libro Rosa*, la opinión de los diversos grupos sobre cual es la mejor asistencia hospitalaria en el país, presentaba las siguientes diferencias:

<i>La mejor asistencia sanitaria es en los hospitales de:</i>	<i>Población total</i>	<i>Profesión médica</i>	<i>Directivos de hospitales</i>
Seguridad Social	22 %	57 %	41 %
Privados	71	38	47
Otros hospitales públicos ...	7	5	12
TOTAL	100 %		

Salvo la opinión de los médicos, los diversos grupos tienden a creer que la mejor atención sanitaria se realiza todavía en los hospitales privados, y sólo secundariamente en los hospitales de la Seguridad Social.

El caso del sector agrario

Uno de los casos más interesantes dentro de la Seguridad Social es el abandono del sector rural, que parece ir en contra de la política oficial proteccionista mantenida durante la dictadura de Franco. Durante años los jornaleros y pequeños agricultores no estuvieron equiparados al resto de la población asegurada en el Régimen General. Incluso con la creación del Régimen Especial Agrario el sector rural continuaba estando más desprotegido que el sector urbano.

Sin embargo, esta visión no es totalmente cierta. Primero, el campo mantenía una estructura de profesión médica muy establecida que se resistía a reducir sus beneficios con la intromisión de la Seguridad Social. Segundo, hay que reconocer que la aportación del sector rural a la Seguridad Social era menor que las inversiones en ese sector. Hasta 1976 había más agricultores-propietarios en la Seguridad Social que jornaleros (trabajadores rurales por cuenta ajena), con lo que la organización del Régimen Especial Agrario beneficiaba más a los pequeños propietarios que a los asalariados.

El Régimen Especial Agrario siempre estuvo en bancarrota. Así por ejemplo, en 1972 el Régimen General del INP tuvo un superávit de 22.026 millones de pesetas, pero el Régimen Agrícola del INP tuvo un déficit de 20.484 millones de pesetas, con lo que el INP cerró año con un superávit de 6.530 millones de pesetas. Esto significa que los obreros industriales de las zonas urbanas estaban sufragando la asistencia médica de los agricultores-propietarios. A su vez la mayor parte de la aportación estatal a la Seguridad Social ha ido al sector rural; con variaciones, pero siempre superior al 50 %. En 1962 el sector rural absorbió el 83 % de la aportación estatal a la Seguridad Social; proporción que aumentó hasta alcanzar el máximo del 93 % en 1967, para volver a descender paulatinamente coincidiendo con el crecimiento relativo del número de jornaleros frente al número de propietarios agrícolas. En 1972 el sector rural representaba el 52 % de la aportación estatal.

En principio, pues, parece como que el sistema de la Seguridad Social no protegiese al sector rural, lo que llama la atención conociendo la política social del propio Franco. Sin embargo, al estudiar detalladamente el caso se observa que la mayor parte de las subvenciones del Estado han

ido a parar a ese sector, y sobre todo para proteger a los propietarios y no tanto a los jornaleros. La crisis del sector rural no provino de su inclusión o no en la Seguridad Social, sino de que su peso específico ha disminuido progresivamente, disminuyendo los ingresos cada año, y sin embargo aumentando el número de pensionistas y el coste total. En sólo una década, 1967-1976, el número de personas que pagaban cuotas descendió en un 30 % y, sin embargo, el número de pensionistas creció en un 38 %. En la actualidad, en el sector rural, hay 69 pensionistas por cada 100 afiliados que pagan sus cuotas, frente a 36 hace una década. Aparte, los agricultores-propietarios siguen pagando una cuota inferior incluso a la de los obreros industriales, y sin embargo tienen derecho a una asistencia sanitaria completa. En resumen, el caso del sector agrario no se soluciona simplemente con una subvención todavía mayor del Estado, sino con una reestructuración total.

¿Y quién se acuerda de la población?

Analizando los diversos grupos que obtienen beneficios de la organización de la Seguridad Social española no es fácil encontrarse con la población. En general ésta es utilizada más como una excusa de la que se lucran grupos como la profesión médica, los hospitales privados, los propietarios del sector rural e incluso la extensa burocracia pública, que como el objetivo fundamental de la existencia del sector sanitario público.

Hasta 1952 el uso del SOE era muy minoritario, hasta el punto de que los pacientes no acudían ni una vez al año de media a los médicos del SOE. En 1976 ya habían cerca de 150 millones de consultas en la Seguridad Social, lo que representaba unas 4,6 consultas anuales por persona protegida. Del total de esas consultas el 5 % aproximadamente eran domiciliarias (el médico acudía al domicilio del paciente), y el resto se realizaban en los ambulatorios. En números redondos el 22 % de las personas recibían una visita domiciliaria al año. En 1975 esta proporción subió al 25 %, aunque no sabemos si representa una tendencia alcista en el uso de las visitas médicas a domicilio. El *Libro Blanco* defiende la idea de que la excesiva demanda de los hospitales de la Seguridad Social puede, y debe, reducirse aumentando las consultas ambulatorias y haciéndolas más eficaces. Es un proceso ingenuo creer que se puede frenar la demanda sanitaria aumentando los recursos y la calidad de la asistencia. Al contrario, muchos españoles que *no* hacen uso de los ambulatorios de la Seguridad Social debido a la ínfima calidad de los mismos se volcarían a ellos si la calidad fuese comparable a la de la medicina privada. La congestión de los

hospitales de la Seguridad Social proviene de que su calidad es relativamente aceptable, y el nivel de recursos y equipamiento alto. Esto no significa que la Seguridad Social deba seguir manteniendo por mucho tiempo una calidad tan baja de asistencia sanitaria, sobre todo la ambulatoria, pero sí que debe ser consciente de los cambios de demanda que seguramente se originarán en el futuro. Esta idea está de acuerdo con una de las hipótesis más plausibles sobre la Seguridad Social, y en especial su sistema sanitario: que tanto su origen como su desarrollo posterior nunca fueron evaluados por los directivos (ni por la población, por razones obvias de censura) y que nunca supieron a donde iba a llegar. La política oficial ha sido la de amoldarse a las circunstancias, y la del sector privado aprovecharse al máximo de la situación en previsión de situaciones futuras desfavorables. El paciente es quien ha llevado la peor parte de esta dinámica.

Uno de los peligros máximos para la población es la masificación de las consultas, no tanto por el problema de colas, sino por el de la mala calidad (o incluso ausencia de calidad) que conlleva. En 1976, aproximadamente cada médico de la Seguridad Social vio a 28,2 pacientes al día en los ambulatorios.¹⁷ En medicina general el médico se enfrentó con 37 consultas diarias, 11 de las cuales eran primeras visitas. Estos datos significan que el tiempo que el médico dedica a cada paciente es ínfimo, y meramente ritualístico. Un dato optimista podría ser que el gasto medio por consulta ha crecido en los últimos años, incluso si se mide *en pesetas constantes* (de 1975):

Gasto medio por consulta

<i>Años</i>	<i>Total</i>	<i>En personal</i>	<i>En medicamentos</i>
1967	482	194	482
1971	625	162	625
1975	686	198	686
1976	626	176	626

Sin embargo, se observa que el crecimiento se debe exclusivamente al aumento constante del precio de los medicamentos (teniendo en cuenta que los datos se refieren a pesetas constantes) mientras que el resto del

17. Todas las cifras son *medias* y relativas a jornadas laborales.

costo más bien ha descendido que aumentado. Esta relación señala un deterioro de la calidad de la asistencia ambulatoria y no lo contrario.

La masificación entonces tiene varias explicaciones. La consulta ambulatoria es la única forma de obtener medicamentos «gratis», de conseguir el parte médico de baja para justificar la no asistencia al trabajo y la única forma de poder ser enviado a un especialista de la Seguridad Social. El médico general se desmedicaliza para convertirse en un mero agente burocrático que firma recetas, envía pacientes al laboratorio, a los especialistas, o al hospital. Pocas veces realiza un diagnóstico adecuado; simplemente no tiene tiempo suficiente, ni está interesado en ello. Con este sistema los pacientes no se curan nunca, y vuelven a repetir el proceso. Una diagnosis simple puede llevar semanas, y nadie se hace responsable del paciente. De hecho no existen historiales clínicos de pacientes ambulatorios, y cada caso es prácticamente una nueva historia.¹⁸

El único aspecto en que la población ha recibido una mejor atención sanitaria ha sido el incremento de procesos terminados de hospitalización quirúrgica. Estos ascendieron a 165.201 en el año 1976, o lo que es lo mismo el 0,55 % de los afiliados a la Seguridad Social. El incremento es más reducido si se tiene en cuenta la población:

Años	Hospitalizaciones quirúrgicas en la Seguridad Social (1965 = 100)	Por cada 1.000 afiliados
1965	100	...
1967	126	43
1971	234	49
1975	279	59
1976	315	66

A su vez, la media de días de hospitalización que era nueve días por paciente, parece que está aumentando:

18. En la investigación realizada en Barcelona un reuma simulado llevó un mes de visitas y análisis, para no llegar a un diagnóstico serio. El proceso suele ser circular: médico general, laboratorio, especialista, laboratorio, médico general, especialista, laboratorio, etc.

Años	Duración media de las hospitalizaciones
1967	8,2 días
1971	9,3
1975	9,9
1976	9,6

La Seguridad Social ha concentrado, pues, sus máximos recursos para hospitalizaciones quirúrgicas, y no para el cuidado general de la población. Una razón importante es que este cuidado general podía haber interferido con los intereses de la medicina privada.

<i>La mejor asistencia sanitaria</i>	<i>Opinión de</i>	
	<i>La población</i>	<i>Los médicos</i>
Domiciliaria es:		
Privada	89 %	89 %
Seguridad Social	10	10
Otros organismos públicos	1	1
TOTAL	100 %	
Ambulatoria es:		
Privada	87 %	83 %
Seguridad Social	11	10
Otros organismos públicos	2	7
TOTAL	100 %	
Hospitalaria es:		
Privada	71 %	38 %
Seguridad Social	22	57
Otros organismos públicos	7	5
TOTAL	100 %	

Todavía en la década de los setenta se considera en España que la asistencia privada es la mejor de todas, y no sólo por la población total sino también por los médicos. Los resultados de las encuestas del *Libro Rosa* sobre cuál es la mejor asistencia sanitaria posible son las siguientes:¹⁹

Tan sólo la asistencia hospitalaria de la Seguridad Social, y a juicio de los médicos, parece que es mejor que la privada. Llama la atención, sin embargo, la similitud de respuestas de la población y los médicos, y la creencia en la calidad de la medicina privada. En este sentido los pacientes tienen más fe que los propios médicos. La tercera parte de la población está insatisfecha con el sistema sanitario de la Seguridad Social, y sólo un 6 % se opone a la medicina privada, aunque un 77 % de la población reconozca que los honorarios de los médicos privados son demasiado altos.

En la *Tabla 8* se presentan los resultados de las personas que consideran la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y de la medicina privada de «mala» calidad. Como es sólito la Seguridad Social es considerada por todos como de peor calidad que la privada *menos* por los propios direc-

TABLA 8

Personas que consideran la asistencia sanitaria de «mala calidad»
(% del total de los que conocen cada tipo de asistencia)

Opinión de:	Asistencia sanitaria de la Seguridad Social			Asistencia privada		
	Domi- cilio	Ambula- torio	Hospital	Domi- cilio	Ambula- torio	Hospital
Población total ...	28 %	33 %	12 %	2 %	2 %	2 %
Médicos	27	41	5	5	6	7
Directivos de la Seguridad Social	4	4	—	33	38	29

Fuente: Instituto Nacional de Previsión, *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977), pp. 810, 811, 814.

19. *Libro Rosa*, pp. 815-816.

tivos de la Seguridad Social, que arremeten contra la medicina privada. En general los más críticos son los propios médicos. Todos coinciden que lo peor de la Seguridad Social es el sistema ambulatorio (el 41 % de los médicos considera que es de «mala» calidad), y lo mejor (o lo menos malo) el sistema hospitalario. En el caso de la medicina privada no existen diferencias apreciables. Llama la atención la buena fe de la población general, con sólo un 2 % que desconfían de la medicina privada.

Un caso curioso es el de los partos, tradicionalmente un negocio de la medicina privada. El número de partos asistidos en la Seguridad Social ha crecido hasta estabilizarse en torno al 60 %:

Años	% de todos los partos asistidos en la Seguridad Social
1967	56 %
1971	60
1975	60

Esto significa que las personas están dispuestas a tener sus operaciones quirúrgicas en la Seguridad Social, o a obtener sus medicinas «gratis» a través de ella, pero no tanto a dar a luz en una maternidad u hospital público. El asistir al dar a luz es todavía un lucrativo negocio de la profesión médica, que dada su sencillez ha podido conservar. La mala calidad de trato personal a las mujeres que van a dar a luz en la Seguridad Social es reconocida por todos, y esto lleva a que muchas mujeres prefieran pagar antes de verse humilladas.

Lo que es más llamativo aún; no existen estudios serios sobre la calidad de la asistencia médica en la Seguridad Social, ni siquiera en las maternidades; sin embargo algunos indicadores nos sugieren que la realidad deja mucho que desear. Si se comparan los «abortos» (lo que técnicamente en España se denomina a la mortalidad fetal, mortalidad intranatal y mortalidad en las primeras 24 horas de vida —período en el que un español no es todavía considerado como «persona» civil) se puede observar cómo la Seguridad Social no sólo ha mantenido una tasa alta de mortalidad, sino que incluso ésta ha sido creciente.²⁰

20. Para un análisis más detallado véase: Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region* (Ann Arbor: Michigan University Microfilms, 1976), pp. 479-481, y *La sociedad enferma* (en prensa).

*Mortalidad por «abortos» en los partos
(Por cada 1.000 nacidos vivos)*

<i>Años</i>	<i>Seguridad Social</i>	<i>En toda España</i>
1962	36,0	35,9
1965	32,1	31,1
1970	59,3	25,6
1972	63,3	23,5

Es decir, en menos de una década la mortalidad fetal e intranatal («abortos») de los partos de la Seguridad Social prácticamente se ha doblado. Algunos médicos de la Seguridad Social han sugerido que estas cifras pueden encubrir abortos voluntarios terminados en los hospitales de la Seguridad Social. Sin embargo, por ahora, ningún directivo de la Seguridad Social ha explicado esta mortalidad excesiva, ni siquiera se mantienen todavía controles de calidad apropiados.

En resumen, se podría afirmar que el sector sanitario privado (médicos, hospitales privados, sector farmacéutico) se ha visto beneficiado por un consumo sanitario que no se hubiese nunca producido de no existir la Seguridad Social. El gran beneficiado no ha sido el paciente sino estos grupos. La asistencia sanitaria es de mala calidad, acusa una falta real de diagnóstico, el trato personal es deficiente, y la malpráctica y negligencia médicas altas. El paciente ha sido una excusa para un reparto mayor de beneficios entre los grupos con intereses, con la condición de respetar la medicina privada, el pluriempleo, y el uso de recursos públicos para objetivos privados. La evolución de la Seguridad Social no ha hecho más que cristalizar estas relaciones y aumentar el desequilibrio. La estructura actual es difícil de mantener mucho tiempo, ante la plétora de médicos jóvenes sin trabajo, la demanda previsible de asistencia sanitaria de mejor calidad y los procesos democratizadores del país a los que la Seguridad Social —a pesar del *Libro Blanco* y el *Libro Rosa*— ya no puede sustraerse.

JESÚS M. DE MIGUEL

Departament de Sociologia
Universitat Autònoma de Barcelona
Bellaterra
Barcelona