

ANALISIS CRITICO
DEL INFORME AL GOBIERNO
DE LA COMISION INTERMINISTERIAL
PARA LA REFORMA SANITARIA

PRESENTADO POR
ARGUMENTO

ANALISIS CRITICO DEL INFORME AL GOBIERNO

SOBRE LA REFORMA SANITARIA

Presentado por ARGUMENTO

Margarita AYESTARAN ARANAZ

José María DELEYTO DE LA ROSA (*)

José Luis FERNANDEZ ESPINOSA (*)

Carlos MARTIN RAMIREZ

Alberto ORIOL BOSCH

José TORRES HUERTAS

Justo DE LA CUEVA ALONSO

José Antonio ESPINO GRANADO

Rafael LOZANO GUILLEN (*)

Manuel MARTIN RAMIREZ

Carlos BEVILLA RODRIGUEZ

José Antonio VALTUENA (*)

(Ausente)

(*) No es miembro de ARGUMENTO

abril 1976

advertencia:

A partir de la página 19 (Parte Segunda: ANALISIS CRITICO DEL INFORME), el documento va articulado con el antecedente del título de cada capítulo y epígrafe del texto íntegro del Informe de la Comisión Interministerial en tipo menor y, a continuación y con mayores caracteres, el texto del Análisis Crítico propiamente dicho.

Igualmente, en la Tercera Parte (Crítica al "Acuerdo sobre puesta en marcha") se incorpora como antecedente del Acuerdo del Consejo de Ministros de 7 de noviembre de 1975, en que se aprobaron las directrices para el Desarrollo y Aplicación de la Reforma Sanitaria, en tipo menor de letra, seguido de la crítica al documento oficial en caracteres más destacados.

I N D I C E

ERRORES U OMISIONES DE CARACTER BASICO

ANALISIS CRITICO DEL INFORME

CREACION, CONSTITUCION Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISION INTERMINISTERIAL

PRINCIPIOS GENERALES

Derecho a la salud .. .. .	...
Participación comunitaria ... .. .	...
Libertad de elección de servicios asistenciales . ... .. .	...
Personal sanitario e investigación .. .. .	...
Profesionales sanitarios y organizaciones colegiales ... .. .	...
Personal de los servicios sanitarios y Organización Sindical . ... .. .	...
Racionalización de la estructura sanitaria .. .. .	...
Servicio público de asistencia sanitaria ... .. .	...
Intervención de los poderes públicos en materia de sanidad ... .. .	...
Economía sanitaria .. .. .	...
Carácter social de la reforma ... .. .	...

SANIDAD PUBLICA Y DEFENSA DE LA SALUD COLECTIVA

Situación de la sanidad pública . ... .. .	...
Información y estadísticas sanitarias ... .. .	...
Colaboración de la sanidad pública en sectores afines ... .. .	...
Inspección sanitaria ... .. .	...
Actuación de la sanidad pública . ... .. .	...

MEDICINA PREVENTIVA Y PROMOCION DE LA SALUD INDIVIDUAL

Acciones genéricas .. .. .	...
Sanidad maternal e infantil . ... .. .	...
Sanidad escolar . ... .. .	...
Prevención sanitaria laboral ... .. .	...
Prevención sanitaria militar ... .. .	...
Medicina preventiva y promoción de la salud del adulto .. .. .	...
Geriatría y tercera edad ... .. .	...

ORGANIZACION GENERAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Condiciones básicas de la organización de la asistencia sanitaria . ... .. .	...
Medicina de familia . ... .. .	...
Asistencia médica especializada . ... .. .	...
Asistencia psiquiátrica . ... .. .	...
Dinámica de la asistencia sanitaria . ... .. .	...
Servicios de urgencia ... .. .	...

Investigación sanitaria	. . . . .
Farmacia	. . . . .
Veterinaria	. . . . .
Estomatología	. . . . .
Profesionales auxiliares sanitarios	. . . . .
Auxiliares de clínica y otros profesionales	. . . . .

PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Situación actual	. . . . .
Análisis de puestos de trabajo del sector público	. . . . .
Absentismo rural	. . . . .
Técnicos auxiliares de la sanidad	. . . . .
Otros profesionales colaboradores	. . . . .

ACTIVIDADES SANITARIAS PRIVADAS

Actividades sanitarias privadas
---------------------------------	-----------

COMPETENCIA, FUNCIONES Y ESTRUCTURA DEL SECTOR PUBLICO

Ordenación unitaria	. . . . .
Ley General de Sanidad	. . . . .
Reforma administrativa	. . . . .

COSTE Y FINANCIACION DE LA SANIDAD

Economía del sector sanitario
-------------------------------	-----------

CRITICA AL "ACUERDO SOBRE LA PUESTA EN MARCHA, DESARROLLO Y APLICACION DE LA REFORMA SANITARIA

ANEXO ESTADISTICO

P R E A M B U L O

El Informe al Gobierno redactado por la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria fue presentado públicamente el día 20 de julio de 1975 por el entonces Vicepresidente primero del Gobierno y Ministro de la Gobernación, Sr. García Hernández, a quien acompañaba el Director General de Sanidad, Dr. Bravo Morate. El Sr. García Hernández manifestó que se trataba de "una fase inicial, pero el estudio no es ni completo ni definitivo". Añadió que el documento había sido entregado al Gobierno para ser examinado durante dos meses por diversos departamentos ministeriales y que comenzaría a continuación, el día 20 de septiembre de 1975, una segunda fase de perfeccionamiento. Dijo asimismo: "Aspiro a que la opinión pública opine y aporte sus criterios a los trabajos que ha realizado la Comisión, en la que han intervenido ochocientos especialistas".

Esta invitación del Vicepresidente primero y Ministro de la Gobernación, ha sido el origen del presente análisis crítico. No hay en él, por consiguiente, otro motivo que el afán cívico de contribuir a "los trabajos que ha realizado la Comisión" y, así, a la mejora de la sanidad española (tarea que, sin duda, se cuenta entre las más urgentes, inexcusables y trascendentales para el país) ni otro objeto de reflexión que, exclusivamente, el texto del Informe al Gobierno. Si en numerosas ocasiones nuestros comentarios rebasan el estricto examen del citado texto e incluyen alternativas, es sólo con el fin de hacer más explícitas y comprensibles las razones de la crítica, sin pretensión alguna de esbozar un plan para la sanidad española. Nos limitamos por ahora a analizar un texto. Más adelante, en otro documento específico, verá la luz el programa sanitario para España que tenemos en elaboración.

Los comentarios se ordenan en dos partes: la primera contiene lo que, a nuestro juicio, constituyen errores u omisiones de carácter básico -a modo de conclusiones- y que afectan, por lo tanto, a las directrices fundamentales y a la esencia del Informe; la segunda comprende el análisis propiamente dicho, la minuciosa consideración, casi párrafo por párrafo, de cada uno de los ochenta y ocho puntos del Informe.

Al análisis del texto del Informe al Gobierno añadimos unas páginas finales en las que consideramos el "Acuerdo sobre puesta en marcha, desarrollo y aplicación de la Reforma Sanitaria" adoptado en Consejo de Ministros del 7 de noviembre de 1975.

I. ERRORES U OMISIONES DE CARACTER BASICO

1. Imprecisión en la forma

El texto del Informe es, en general, muy poco claro, presenta inexplicables diferencias en el tratamiento de los asuntos (algunos de los más importantes se despachan con brevedad, incluso simplificándose, mientras que otros, de importancia menor, se explican meticulosamente) y carece de unidad y coordinación en muchas de sus partes. El propio Informe advierte que "la necesaria interdependencia entre todos los servicios de naturaleza sanitaria", significa que las "directrices que a continuación se expresan debidamente diferenciadas para mayor claridad deben ser consideradas en conjunto y no aisladas" (1). Pero tal salvedad no es válida. La claridad en el tratamiento de cada parte de un todo no debe impedir que el todo aparezca ensamblado. De otro modo, es notablemente difícil, aún para expertos, concebir unitariamente lo que se presenta edificado por sectores diferentes, como un aglomerado de conceptos distintos, y en los que no es visible el eje común. Mejor que la advertencia preliminar hubiera sido que la ideología y la exposición fuesen más transparentes y conjuntadas, y de no ser así -como no es, repetimos- se deberían haber añadido unas páginas para resumir y unificar (claro que en las páginas de un compendio se observaría quizá más claramente la disparidad de criterios que encierra el texto).

Por otra parte, el Informe reitera todos los tópicos estereotipados de las deficiencias sanitarias españolas, sin datos que justifiquen y cuantifiquen la realidad y el alcance de dichas deficiencias. Nadie duda que existen y que son grandes, pero es evidente que en un documento oficial de tal categoría no basta aludirlas. En realidad, la enumeración de deficiencias que se hace a lo largo del Informe es confusa y trivial, sin base suficiente para proponer medidas de mejora. Quizá por eso, en la mayor parte de los casos, el Informe se limita a hacer declaración de principios y propuestas excesivamente amplias, poco definidas. Sin embargo, el Informe, como se advierte ya en su primera fase, prefigura la Reforma y, por ello, tendría que mostrar y medir los contornos de lo que hay, para proponer con precisión las modificaciones que se pretenden y la forma de llevarlas a cabo.

Cierto que en España la información estadística sanitaria no ha alcanzado un alto desarrollo, pero existe, y la que existe no ha sido recogida en el documento (2). Con esto no queremos decir que hubiera sido necesaria una abrumadora relación de números y citas, sino el uso de aquellos datos, concretos y generales, suficientes

(1) Página 7.

(2) Los datos estadísticos sanitarios no son, ciertamente, completos y suficientes, pero sí más actuales, más diversificados y mucho más numerosos que los presentados a través del Informe y los que, según se deduce, la Comisión ha manejado. En el "Anexo 1" del presente análisis incluimos una relación de datos estadísticos sanitarios que obtuvimos, sin la menor dificultad, de publicaciones existentes.

para revelar la profundidad de los estudios que se han llevado a cabo, sostener las manifestaciones que se emiten y evidenciar públicamente la racionalidad de las propuestas y de "cómo" realizarlas; en suma, dar al Informe una forma más precisa, ordenada, explicativa y fundada.

2. Ausencia de búsqueda de información inicial

"La limitación del plazo ha obligado a operar con los datos y estadísticas ya disponibles, complementado todo ello con lo que es, sin duda, más importante: la experiencia y formación de los componentes de las ponencias y grupo de trabajo". Este párrafo del Informe (3) viene a declarar que en el momento, crítico, de iniciar el proyecto de Reforma no se intentó una labor previa de acopio de información actualizada. Así, la cuestión primaria, elemental, de qué es lo que hay que reformar para construir en España la estructura sanitaria de tal modo que sea válida hoy y capaz de desarrollarse en el futuro, no pudo haber encontrado una adecuada respuesta. Existían, desde luego, opiniones numerosas y estimables sobre la situación sanitaria y su modificación; y, por otra parte, habían sido fijados a la Comisión por el Gobierno unos objetivos de reforma. Pero ni las opiniones pueden trascender su calidad de tales, ni los objetivos eran suficientemente precisos -no podían ni debían serlo- para que quienes recibían el encargo de cumplirlos pudieran prescindir del conocimiento real del estado de cosas.

Se trataba, nada menos, de un proyecto de cambio profundo en un campo literalmente vital para los treinta y cinco millones de españoles, lo cual, es obvio, comportaba un compromiso grave cuyo cumplimiento sólo puede comenzar con un estudio detenido y reciente de la situación. Su omisión no puede ser justificada por la "limitación del plazo" ni sustituida por "los datos estadísticos ya disponibles", ni mucho menos por "la experiencia y formación de los componentes y grupos de trabajo" (que es importante, pero no "lo más importante", como el Informe afirma). El argumento de la "limitación del plazo" adolece, además, de ingenuidad. Si el fijado por el Gobierno no era suficiente para conocer la realidad de los hechos, analizarlos y emitir juicios fundados, la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria estaba obligada a declarar abierta y públicamente que la Reforma no podía programarse en el período de tiempo establecido.

Pero ocurre, además, que, a nuestro juicio, el plazo fijado sí permitía obtener un conocimiento previo para otorgar a la reforma un punto de partida de, al menos, cierta solidez. Dos o tres meses bastan para llevar a cabo una encuesta que ilustre sobre las circunstancias y las necesidades. Hay ejemplos de entidades privadas que en ese corto número de meses, y sin los recursos de todo tipo que puede movilizar el Gobierno, realizaron el trabajo de campo y la tabulación de las opiniones de encuestas de ámbito nacional.

Esta ausencia total de búsqueda de información actual y reciente o, dicho de otro modo, de búsqueda de la realidad de la situación como única base para iniciar científicamente la reforma, es un grave defecto "genético" que, como tal, no puede menos de pesar sobre todo el desarrollo del trabajo en su integridad.

(3) Página 6, punto 3: "Limitaciones".

3. Ausencia del criterio de evaluación de la asistencia médica

La evaluación de la asistencia médica se ha definido como "el estudio de la pertinencia, de la eficacia y de la eficiencia de las acciones médico-sanitarias". A fin de "responder a esta pregunta esencial: ¿debería emprenderse una acción? y, en caso afirmativo, ¿era la forma en que se ha hecho la deseable o la mejor?" (4).

En la sanidad moderna, masificada, que soporta un consumo médico altísimo, creciente e incontenible, y que dispone de procedimientos terapéuticos eficaces y agresivos, la necesidad de evaluar la intervención médica, de medir la eficacia terapéutica y la eficiencia económica, ha llegado a ser fundamental e inexcusable. Actualmente, se duda de la utilidad de buena parte de los actos médicos convencionales (5) y hay estudios científicos irrefutables (6) que demuestran cómo numerosas acciones terapéuticas de coste elevadísimo son inoperantes, cuando no directamente perjudiciales.

La evaluación de la asistencia médica es, por todo ello, un criterio que debería haberse fijado en el frontispicio del Informe. Y aunque, ciertamente, hay en dicho documento referencias concretas a la evaluación -página 15, apartado e), por ejemplo- ésta no se define como una idea propia y esencial, sino derivada de una "adecuada información epidemiológica y sanitaria que debe permitir... planificación... análisis de sus resultados... periódica evaluación...". No es éste el sentido actual de la evaluación, que debe ocupar uno de los lugares centrales de la asistencia y, naturalmente, es merecedor de una labor específica a ejercer, según Gordon Mc Lachlan (7), en tres aspectos: infraestructura, acto médico y resultados. La creación de servicios que lleven a cabo los trabajos, epidemiológicos o de otro tipo, para, precisamente, evaluar la sanidad es imprescindible, en particular en esta época y en este país donde el "acto médico" más frecuente es el de extender recetas y rellenar volantes. (En este sentido también se echa de menos en el Informe referencias a las consultas "express" y a la perentoria necesidad de una dedicación suficiente del médico a cada enfermo (8), a través de la cual llegue a saber cuáles son las verdaderas circunstancias del paciente).

(4) *L'évaluation des actions médico-sanitaires*. Pierre Mercenier. La Revue Nouvelle. Octubre, 1971. Bruxelles. Ver las Actas de las "Jornadas Internacionales de Estudio sobre la evaluación de las actividades y de los servicios de Salud", celebradas en Bruselas en marzo de 1971. Fueron organizadas por el GERM (Groupe d'Etude pour la Reforme de la Medecine) con la colaboración de los Ministerios de Educación y Salud belgas y de la Oficina europea de la OMS.

(5) "También es indispensable medir los efectos del tratamiento y determinar en qué medida se alcanzan los objetivos terapéuticos". *Nuevas perspectivas de la estadística sanitaria*. O.M.S., Ginebra, 1974.

(6) *Effectiveness and Efficiency*, A. L. Cochrane. Londres, 1972.

(7) *Le service national de santé en Grand-Bretagne*. OCDE, 1975.

(8) En un pueblecito cercano a Grenoble se ha establecido por un grupo médico la denominada "consulta lenta", que fija en 25 minutos el límite de tiempo mínimo por visita. Se han conseguido resultados

4. Falta de prospectiva en general y de previsiones financieras, en particular

Según puede deducirse del Informe, la Comisión Interministerial no ha adoptado una mínima actitud prospectiva. No se advierte la preocupación por prever. ¿Cuáles podrían ser los valores sociales e individuales en la España de 1980 o de 1985? ¿Cuáles las necesidades sociosanitarias del país? ¿Cuál la posible patología dominante? ¿Con qué sistemas y con qué técnicas preventivas y curativas podría contarse? Etc. Por supuesto, nunca puede pretenderse exactitud y seguridad en las respuestas; sería absurdo y erróneo pedir minuciosidad en un dibujo del futuro, y más del futuro sanitario que está empujado por una aceleración particular. Basta con formularse interrogantes y contestar con probabilidades que no permitan olvidar que las cosas evolucionan y el futuro vendrá determinado por los actos y decisiones del presente para, en el momento oportuno, sin retrasos, adaptarse a los hechos reales que se produzcan aunque estos sean -que siempre lo serán- distintos de los previstos. Por el contrario, sin esa exactitud prospectiva, los acontecimientos suelen venirse encima y hay que seguirlos mal y a rastras. Mucho nos tememos, a juzgar por el Informe, que ése acabe siendo el destino de la "sanidad reformada" española.

En los aspectos financieros, cualquier estimación se hace, generalmente, a corto plazo -un año, dos años- y debe cuantificarse. Pues bien, también aquí el Informe es defectivo. Se limita a citar la cifra de 200.000 millones como gasto total aproximado en sanidad en 1975, cifra que viene a resultar de la suma de los gastos de la Seguridad Social y de los estatales, y que no incluye -o incluye sólo muy parcialmente- las muy importantes cantidades que destinan directamente a la salud las familias y los individuos (9), ni estiman las "cargas indirectas", o sea los gastos que se producen en otros campos y que se transfieren "invisiblemente" -pero sensiblemente- al de la salud.

Pero, aparte de los errores en que se pueda haber incurrido al establecer la cifra citada, no se hacen, sencillamente, previsiones financieras de ninguna clase, ni del coste de la Reforma en sí,

magníficos, no sólo en lo que respecta al acierto en el diagnóstico, sino también al ahorro y eficacia en el tratamiento. Y en el Reino Unido, J. R. Hampton y sus colaboradores han llevado a cabo un interesante estudio en varios Departamentos de Medicina Interna (British Medical Journal, 31 May, 1975, página 486) en el que se resalta el valor decisivo, comprobado estadísticamente, del interrogatorio del paciente o la conversación preliminar a toda exploración.

(9) El Instituto Nacional de Estadística (*Panorámica Social de España*, 1974. Tabla 5-31) indica que el gasto medio anual por hogar en sanidad (aparte de la cuota de la Seguridad Social) fue, en 1973-74, de 2.431 pesetas de 1958 que equivalen -según el Servicio de Estudios del Banco de Bilbao- a 6.306,01 pesetas de 1973. Considerando válido en 1973 el número de familias del censo de 1970 -último del que se dispone- que es de 8.860.175, el gasto anual en sanidad de los hogares españoles (aparte, repetimos, de la cuota que los trabajadores pagan a la Seguridad Social) sería en 1973, como mínimo, de 55.827 millones de pesetas. En 1975 la cifra tiene que ser, naturalmente, superior.

ni de los gastos de funcionamiento de la "sanidad reformada", si- quiera fuese en su primer año. No es posible, por lo tanto, cono- cer si tales desembolsos podrán ser atendidos por la renta que pro- duzca la comunidad nacional, y en esa ignorancia sólo cabe cons- truir en el aire. Máxime cuando, como es notorio, los gastos de salud son voraces y constituyen el punto más inquietante de la sa- nidad en todos los países. "Según los economistas americanos -dice G. Malignac- las generalidades sobre los derechos de cada ciudada- no a disponer de cuidados médicos de alta calidad son fáciles de formular, pero sólo podrán traducirse en una política concreta si sus autores afrontan cuatro cuestiones preliminares: evaluar el costo total del programa; definir las fuentes de financiación; pro- bar que los esfuerzos suplementarios del presupuesto del Estado en el campo de la salud producirán unas ventajas iguales o superio- res a aquellas que obtendrían las mismas sumas si fuesen destina- das a otras actividades; y precisar la forma en que serán suminis- trados los servicios de salud..." (10).

No hay que añadir que la omisión en el Informe de previsiones fi- nancieras supone una falta tan esencial que hace prácticamente im- posible la fiabilidad y credibilidad en los trabajos para la Refor- ma.

5. No se contempla la infraestructura elemental

¿Cuántos pueblos hay en España sin agua corriente? ¿En cuántos falta el alcantarillado? ¿Cuántos hombres se mantienen con una co- mida monótona y carencial que supone una permanente situación de- ficitaria de elementos fundamentales? Los epidemiólogos están con- formes en que el agua y el jabón han combatido muchas enfermedades con más eficacia que las acciones puramente sanitarias. Y entre los objetivos primarios de la OMS se incluye desde hace tiempo el abastecimiento de agua corriente y la evacuación de aguas residua- les (11).

(10) *La organización de la medicina en los Estados Unidos*, G. Malignac, en *Projet*, mayo 1973, París.

(11) "La 25 Asamblea Mundial de la Salud, reunida en 1972, adop- tó la resolución WHA 25.35, en la que pide entre otras cosas al Director General:

- "1) que prepare pautas, manuales y repertorios de prácticas re- comendadas para la planificación, el trazado y la gestión de instalaciones de abastecimiento público de agua y sanea- miento, dedicando especial atención a los problemas de sa- lud pública y a las necesidades de las zona rurales

"La importancia de los servicios básicos de saneamiento y, en par- ticular, de los servicios públicos de abastecimiento de agua y eva- cuación de aguas residuales, fue señalada de nuevo por la Confe- rencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, celebrada en Estocolmo en junio de 1972". *Servicios públicos de evacuación de aguas residuales*, Serie de Informes Técnicos, núm. 541, Organiza- ción Mundial de la Salud, Ginebra, 1974.

Sin embargo, el informe no facilita ningún dato respecto a la situación de la higiene y la infraestructura sanitaria en España, e incluso omite toda referencia a la primordial importancia que dichos factores tienen en la salud pública y, en consecuencia, en la estructura de la sanidad.

6. Profesionalismo

Subyace en el texto de todo el Informe una predominante preocupación por las profesiones sanitarias, por su economía y por su futuro desarrollo. Sobre estas profesiones recae, sin duda, una parte notable del peso del cuidado de la salud, pero la inquietud que el Informe muestra sobrepasa la lógica atención a los sanitarios y parece que configura un, diríamos, "profesionalismo" -el interés de la profesión por la propia profesión-, que en ocasiones se apoya en funciones marginales o artificiosas. Al leer el Informe se tiene la impresión de que la Reforma sanitaria fue profesionalmente entendida como "una tarta a repartir" y que el número de puestos de trabajo de cada profesión sanitaria se aumentó, infundadamente, en una ansiosa búsqueda de "salidas".

Contrasta, además, el gran interés que muestra el Informe por los profesionales sanitarios con el reducido que dedica al auténtico protagonista de la Reforma: el ciudadano español.

7. Falta de participación de la comunidad

Es significativo que para constituir la Comisión Interministerial fuesen convocados solamente dos clases de representantes: los de la Administración (un ministro, tres subsecretarios, directores generales y secretarios técnicos; de ellos, unos sanitarios y otros simplemente relacionados con los temas sanitarios) y los de las profesiones sanitarias. No formaron parte de la Comisión profesiones tan implicadas en la sanidad actual como son, por ejemplo, las de psicólogo, arquitecto, urbanista, sociólogo, ingeniero, abogado, periodista (fundamental para desarrollar la educación sanitaria), economista (cuyo papel en la sanidad moderna es tan decisivo que ya existe, en la práctica, una especialización en economía sanitaria), etc. Y faltó sobre todo la participación de las instancias del pueblo español en un asunto de tan enorme trascendencia comunitaria. Así, pues, ni han estado todos los técnicos que podrían estudiar la Reforma, ni aquél -el pueblo español- para quien se propugna. Esta última ausencia no sólo es fundamental desde el punto de vista de participación democrática, sino también de la "educación sanitaria" elemental: que el propio enfermo sepa lo que puede pretender y esperar de la sanidad (12).

(12) "Las fuentes de la salud humana son variables. Comprenden, por lo menos, cuatro elementos: 1) *Comportamiento por sí mismo*. 2) *Comportamiento público*. 3) *Factores del medio ambiente*. 4) *Información terapéutica*. El concepto de salud en cualquier sociedad implica el desarrollo de los valores culturales, relaciones sociales y política pública, que dan acceso universal y personal a todas las fuentes de salud, mencionadas anteriormente". *Seguro Nacional de En-*

En el Informe de la Comisión se viene a establecer tácitamente el principio, erróneo y separado, de que la salud es "algo" que facilitan y dispensan en exclusiva determinados profesionales cuando, en realidad, la salud debe ser asumida responsablemente por todo individuo y por la comunidad (13).

8. Omisión de la importancia de la Seguridad Social (14)

En ningún párrafo del Informe se alude al formidable poder financiero y de otros órdenes que, actualmente, detenta la Seguridad Social, ni mucho menos se explica cómo va a someterse ese poder a la "ordenación unitaria" del sector sanitario. Se enuncia en el Informe reiteradamente que la asistencia sanitaria española trata de orientarse hacia una "sanidad integrada", pero no se especifica el lugar que en esa integración ocupará la Seguridad Social que, prácticamente, absorbe hoy toda la asistencia sanitaria.

Del mismo modo, se habla de coordinación pero no se dice qué acciones deben ejecutarse para coordinar ni, sobre todo, de qué modo pueden acomodarse los 180.000 millones de la Seguridad Social en 1975, con los 12.000 millones de la Dirección General de Sanidad, cifras que suponen un desequilibrio tan fuerte que parece inevitable la subordinación de la pequeña a la grande. Tampoco se precisa cómo puede alcanzarse el acuerdo de las distintas procedencias de los recursos y, por lo tanto, de los distintos poderes que representan: los 180.000 millones son aportados por los trabajadores y patronos a una entidad paraestatal, mientras que los 12.000 millones proceden del Ministerio de Hacienda, es decir, de los impuestos del ciudadano español.

9. Enfoque anacrónico de la salud

La detección de los problemas de salud y las medidas a adoptar para resolverlos no corresponden a la estructura, sino a la política sanitaria que, claro está, debe reelaborarse periódicamente,

fermedad y la Salud de la Nación. Illich, Mc Knight y Mendelson en "The Cresset", Valparaíso (Indiana).

(13) "La acción sanitaria debe tender a la liberación del individuo de toda servidumbre, más que a su mantenimiento en un estado de dependencia respecto a la organización médico-sanitaria".

"La promoción de la salud necesita la participación efectiva de la comunidad y de los individuos en la toma de decisiones a todos los niveles. La competencia técnica no puede asegurar al que la posee el monopolio, de hecho o de derecho, de la decisión; el que tiene conocimientos técnicos debe, sobre todo, dedicarse a facilitar una información objetiva, base necesaria y previa a toda decisión. *Estatutos del Groupe d'Etude pour une Reforme de la Medecine*. Bruxelles.

(14) Estos comentarios se refieren al texto del Informe al Gobierno, y no al del "Acuerdo sobre puesta en marcha, desarrollo y aplicación de la Reforma Sanitaria". Consignamos también que en las palabras de presentación del texto del Informe, el entonces Vicepresidente primero y Ministro de la Gobernación aludió a la Seguridad Social.

adaptándose a los momentos y circunstancias. Pero es evidente que con ocasión de la Reforma puede procurarse que la estructura sanitaria sea suficientemente firme y ágil para sostener las diferentes políticas que puedan establecerse. Está claro que en los países industrializados los problemas sanitarios no se resuelven sólo con la medicina asistencial y preventiva. Naturalmente, son necesarias la prevención y la asistencia, pero, como dice Marc Lalonde, "más bien hay que procurar protección, información y los medios que permitan a los ciudadanos asociarse a los especialistas sanitarios en la lucha para la conservación de la salud y la lucha para una vida más sana" (15). Bajo este concepto, el Gobierno de Canadá, por ejemplo, se ha fijado unos objetivos sanitarios verdaderamente reformadores: "En lo sucesivo, el Gobierno de Canadá se propone conceder a la biología humana, al medio ambiente y a los hábitos y formas de vida al menos tanta importancia como a la financiación del sistema asistencial".

España no es Canadá y es obvio que nuestro deficitario sistema asistencial y preventivo necesita todavía una atención preferente, pero de ningún modo única, como el Informe concede. La construcción de una nueva estructura sanitaria española no puede eludir los nuevos aspectos de los problemas de la sanidad en la sociedad actual (16).

Otra muestra del anacronismo del Informe en el enfoque de la sanidad es la ausencia del concepto de "objetivos contradictorios" o "incompatibles" y, prácticamente, del concepto de rehabilitación. Los "objetivos incompatibles" -definidos así por Marc Lalonde- se generan, inevitablemente, por la propia estructura sanitaria (en particular, la asistencial) una vez que el país ha alcanzado un cierto grado de desarrollo. Circunstancias sociales u otros objetivos sanitarios se revelan en ocasiones contradictorios o incompatibles con alguno de los objetivos que se fijan para la sanidad; por ejemplo: a la vez que se intenta conseguir que todos los ciudadanos, cualquiera que sea su lugar de residencia, tengan acceso a los servicios médicos, la sociedad acentúa las condiciones que determinan el éxodo de los profesionales sanitarios del medio rural. Contar con la aparición de esos posibles "objetivos incompatibles" o "contradictorios" y prever una actitud general ante los mismos (si quiera sea la de manifestar el propósito de que los servicios oficiales estén atentos a este fenómeno) debería haber sido objeto del Informe.

Respecto a la rehabilitación, su importancia creciente es obvia. La rehabilitación es en esencia, como se sabe, una fase de acciones po

(15) *Nueva perspectiva de la salud de los canadienses*, Marc Lalonde, *Tribuna Médica*, núms. 608, 609, 610 y 611.

(16) "Por sí sola, la intervención médica no basta para asegurar la mejora del nivel de salud colectiva. Por lo tanto, la medición de las perspectivas de esa mejora ha de incluir la vigilancia de los cambios que intervienen en el conjunto de condiciones sociales y económicas a que está sometida la población, y el estudio continuo de las relaciones entre las enfermedades y los factores sociales y económicos. Esas complejas condiciones van hoy más allá del nivel de vida (nutrición, vivienda, educación, empleo, etc.) para incluir las sobrecargas ecológicas y los problemas de contaminación del medio". *Nuevas perspectivas de la estadística sanitaria*, O.M.S., Ginebra, 1974.

lidimensionales en que los esfuerzos sanitarios deben coordinarse con una serie de aportaciones interprofesionales, cuyo punto de partida es tratar de obtener la reincorporación o incorporación óptima del minusválido y estrechamente vinculada a la obtención de un bienestar subjetivo. (Sin embargo, el Informe no presta atención a la medicina rehabilitadora.)

10. Centralismo

Las peculiaridades regionales -orográficas, étnicas, culturales, económicas, higiénicas, sociales, epidemiológicas, e incluso de forma de ejercicio de la medicina- no se reflejan en la estructura sanitaria reformada que se deduce del Informe. Se prevé, sí, la colaboración de entidades provinciales y locales y la existencia de hospitales regionales, pero tanto una como otra son entendidas como círculos de un sistema de categorías concéntricas regido por disposiciones uniformes emanadas de Madrid.

El reconocimiento de las características propias de cada región se limita, en el Informe, a algunos aspectos de información y estadística sanitarios ("las condiciones del medio ambiente y los problemas sanitarios no son necesariamente uniformes en todas las regiones sanitarias") (17). Se ignora el hecho de la sanidad autóctona y la conveniencia, para la salud de la comunidad, de adaptar a las particularidades de cada región la estructura sanitaria (18).

11. Indefinición del sector sanitario dentro del contexto social

Sin duda, no es la Comisión de Sanidad quien tiene que definir el nivel de consideración que el país debe conceder a la salud. Esta es una decisión política y, naturalmente, sólo el Gobierno, con la participación del pueblo y después de valorar todas las circunstancias, puede situar la sanidad en el lugar justo entre los restantes sectores que requieran atención social (educación, obras públicas, vivienda, etc.).

Pero ello no impide, sino que, por el contrario, exige que en el Informe al Gobierno se precise el lugar, en orden de importancia, que la sanidad ocupa entre las funciones sociales de la España actual, que se compare dicho lugar con los que la sanidad ocupa en otros países y que se formulen sugerencias partiendo de tales datos.

Nada de esto se dice. Las actividades sanitarias aparecen en el Informe aisladas del contexto nacional, desconectadas de las restantes necesidades sociales del país. Tampoco se recogen en él datos extranjeros, imprescindibles como puntos de definición comparativa.

(17) Página 16 del Informe.

(18) Como ejemplo bien conocido citamos al Servicio Nacional de Salud británico que comprende, de hecho, tres servicios diferentes cuyas actividades cubren Inglaterra y País de Gales, Escocia e Irlanda del Norte. Otro ejemplo es el de Suecia, en donde cada "Consejo de Condado" es responsable de la planificación sanitaria que afecta a su territorio.

12. Falta de referencia al médico europeo

El hecho de que España forme parte de Europa y de que algún día ha de integrarse en el Mercado Común no es contemplado en el Informe. A pesar de que, en plena labor de la Comisión de la Reforma, el 11 de febrero de 1975, el Consejo de Ministros de la C.E.E. adoptó las directrices para hacer efectiva en dieciocho meses (es decir, en agosto de 1976) la libre circulación o libre residencia de los médicos pertenecientes a los países de la Comunidad y creó así la figura del médico europeo que, entre otras cosas, significa la afirmación de la tendencia unificadora -dentro de la diversidad regional de la sanidad del continente. De ahí que -aun cuando la figura del médico europeo no sea todavía una realidad inmediata- nos parezca necesario establecer la estructura de la "sanidad reformada" de tal modo que admita las modificaciones necesarias para incorporarse a los países de la C.E.E. También en el campo de la sanidad, el cambio que la integración en la Europa comunitaria supondrá debe ser preparado desde ahora. Sin embargo, no hay en el Informe referencia alguna a nuestro futuro en la sanidad europea.

II. ANALISIS CRITICO DEL INFORME

I. CREACION, CONSTITUCION Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISION

1. Creación de la Comisión

El Consejo de Ministros, de acuerdo con la iniciativa de los titulares de la Gobernación y de Trabajo, estimó conveniente la creación de esta Comisión Interministerial (Orden de la Presidencia del Gobierno de 26 de diciembre de 1974), encomendándole:

a) Formular, a la mayor brevedad posible, las medidas y proyectos de disposiciones que se estimen necesarias para la puesta en marcha de la Reforma Sanitaria.

b) Formular, en el plazo máximo de seis meses, los programas completos de dicha Reforma, que incluyan sus directrices, textos normativos y medidas adecuadas para su desarrollo y aplicación.

Los objetivos de la Reforma Sanitaria -señalados en la orden de creación de la Comisión Interministerial-, son:

1) "Actualizar las funciones y competencias que incumben al sector público en materia de sanidad."

2) "Proceder a la reestructuración del sector público, en materia de sanidad, en orden a su mayor eficacia."

3) "Considerar una posible asistencia integral a la población bajo el criterio de finalidad social prioritaria que ha caracterizado, desde su creación por la ley de 14 de diciembre de 1942, y en su posterior evolución, al Seguro Obligatorio de Enfermedad."

4) "Ordenar el sector farmacéutico, desde el ámbito de la producción y distribución hasta la dispensación y consumo."

5) "Y señalar las bases de una futura ley general de Sanidad."

No se comprenden bien las razones por las que se establecen a priori objetivos a una Reforma que pretende modificar hondamente la actual estructura sanitaria de España. Fijar unos fines determinados (aunque su enunciado sea impreciso) a una labor que, por ser de remodelamiento y actualización, debe tocar todos los aspectos, e introducir nuevas formas y conceptos, supone limitarla y, de algún modo, reducirla. Entendemos que hubiera sido más lógico conceder a la Comisión, manifiestamente y desde el principio, la confianza y la libertad de fijar ella misma los objetivos de la Reforma después de estudiar la situación actual debidamente.

2. Constitución y funcionamiento

La Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria quedó constituida en lunes 13 de enero de 1975. Ha celebrado 12 reuniones. Además de sus componentes, han asistido a sus deliberaciones los vicepresidentes de los Consejos Nacionales de Trabajadores y Empresarios.

Para el cumplimiento de la misión encomendada han funcionado 12 ponencias:

1ª. Sanidad pública y defensa de la salud colectiva.

2ª. Medicina preventiva y promoción de la salud individual: sanidad maternal e infantil, sanidad escolar, prevención sanitaria laboral, prevención sanitaria militar, prevención y promoción de la salud del adulto y geriatría y tercera edad.

- 3a. Organización general de la asistencia sanitaria.
- 4a. Ordenación farmacéutica.
- 5a. Control sanitario de alimentos y otros productos.
- 6a. Centros y establecimientos sanitarios.
- 7a. Personal de los servicios sanitarios.
- 8a. Competencia, funciones y estructura del sector público en materia de sanidad.
- 9a. Ordenación de las actividades sanitarias privadas.
10. Coste y financiación de la Reforma Sanitaria.
11. Coordinación y vigilancia de los trabajos de las ponencias.
12. Enseñanza, Formación, perfeccionamiento, especialización e investigación sanitarias.

La Comisión ha contado para llevar a cabo su cometido, con el apoyo y colaboración de diferentes departamentos y organismos. Particularmente importante ha sido la positiva participación de las organizaciones profesionales sanitarias y de los representantes de la Organización Sindical. La Comisión debe agradecer el esfuerzo y dedicación de los miembros de las ponencias y grupos de trabajo, las aportaciones y sugerencias formuladas por diferentes entidades y particulares y el trabajo intensivo llevado a cabo por los funcionarios.

No explica el Informe de la Comisión a título de qué han asistido a las deliberaciones los vicepresidentes de los Consejos de Trabajadores y Empresarios. No sabemos si en un intento de representar a los sectores laboral y empresarial españoles, ya que no cabe considerar en ningún caso que fueran portavoces, ni simbólicos ni oficiales, del pueblo español. En la constitución y en el funcionamiento de la Comisión Interministerial se acusa la ausencia de las instancias nacionales (entidades locales, asociaciones familiares, etc.), a través de las cuales pudo haberse encauzado la participación de todos los españoles, de todos aquellos para los que, en definitiva, quiera hacerse la Reforma Sanitaria.

3. Limitaciones

La limitación del plazo ha obligado a operar con los datos y estadísticas ya disponibles, complementado todo ello con lo que es, sin duda, más importante: la experiencia y formación de los componentes de las ponencias y grupos de trabajo.

Se ha tratado de conseguir, de esta forma, una visión -y revisión- rápida y panorámica del sector sanitario, evitando ser innecesariamente detallistas, de forma que se puedan establecer las líneas maestras de la Reforma Sanitaria. El desarrollo de ésta permitirá el análisis y estudio más profundo y exhaustivo de problemas concretos.

Las consideraciones y directrices que se recogen en este informe no son una exposición minuciosa de todos los problemas existentes en el sector sanitario. Se pretende enumerar los principales puntos o temas sobre los que debe operar la Reforma Sanitaria y, por tanto, no se excluye la realización de otros cambios o modificaciones, bien porque ya estén en marcha y no requieran una decisión o impulso especial, bien porque sean correlativos o consecuentes con los expresamente señalados.

El orden de enumeración no implica prioridad, si bien, en algunos casos, se indica la importancia o urgencia de la medida a adoptar. Debe señalarse

la necesaria interdependencia entre todos los servicios y actividades de naturaleza sanitaria, lo que significa, entre otras cosas, que las directrices que a continuación se expresan debidamente diferenciadas para su mayor claridad, deben ser consideradas en su conjunto y no aisladas como problemas absolutamente separados e independientes.

Finalmente, la Comisión es consciente, y así debe expresarlo al Gobierno, de que la Reforma Sanitaria exige trabajos y estudios adicionales, la elaboración de una normativa, la modificación de estructuras y organizaciones y una continua labor de intercambio de opiniones, criterios y puntos de vista. Pero se ha estimado que un afán excesivamente perfeccionista no debía impedir la elaboración de este informe y la consecuente puesta en marcha de la Reforma Sanitaria, a través de la cual dichas cuestiones tengan sus cauces adecuados.

Este punto es una exposición de cautelas, no siempre acertadas. En la parte primera de nuestro análisis (epígrafes 1 y 2) ya comentamos ampliamente cada uno de los párrafos del punto. A ella nos remitimos.

II. PRINCIPIOS GENERALES

4. Derecho a la salud

La prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, la asistencia en caso de enfermedad, maternidad o accidente, la rehabilitación y recuperación, forman parte del derecho a la salud, que corresponde a todos los españoles, y cuya efectiva realización ha de venir garantizada por:

- La solidaridad entre todos los componentes de la comunidad nacional.
- La actividad profesional de los facultativos y de todo el personal de los servicios sanitarios.
- La adecuada estructura y el correcto funcionamiento de los servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados.
- Y la ordenación unitaria del sector sanitario.

Aunque el término solidaridad se entienda generalmente como expresión de valores más altos y nobles que los de coparticipación económica, nos parece, por el contexto que analizamos, que la "solidaridad entre todos los componentes de la comunidad nacional" a que el Informe se refiere como aval del derecho a la salud, debe interpretarse en un sentido meramente económico: el reparto entre todos los componentes de la comunidad española, y en proporción directa a sus rentas, de los gastos que la salud de cada uno y de la comunidad se determinen. Y en este aspecto se echan de menos en el Informe explicaciones sobre el modo en que va a establecerse dicha solidaridad y quién va a administrar la participación solidaria. ¿Será el Estado quien, con recursos obtenidos a través de un régimen fiscal más equitativo, asegure a todo ciudadano español una asis-

tencia de calidad suficiente, digna e igualitaria, en todas las enfermedades, en todos los hospitales, en el campo y en la ciudad, en la urgencia y en la cronicidad, etc.? ¿O la solidaridad a la que se refiere el Informe es una especie de sinónimo de Seguridad Social, un sistema de previsión que continuará recibiendo la aportación directa de patronos y obreros y la indirecta -por la repercusión de las cuotas en los costos y en los precios de los productos- de todos los españoles? Son éstos, desde luego, aspectos administrativos y financieros, pero en ellos se vertebra en buena parte el ejercicio del derecho a la salud. Limitarse simplemente a enunciar "la solidaridad entre todos los componentes de la comunidad nacional" como una de las garantías del derecho a la salud parece, cuando menos, una simplificación extrema.

Los restantes tres puntos que el Informe presenta como otros tantos garantes del derecho a la salud, son, exclusivamente, de carácter sanitario. Así quedan fuera de la estructura de la sanidad española reformada las "fuentes de la salud" que provengan de otro ámbito que no sea la actividad, los servicios, los establecimientos o "la ordenación unitaria" de la sanidad. En este punto el Informe pone en evidencia la tendencia a expropiar al hombre de su salud, denunciada por Illich, es decir, a sustraerle la responsabilidad por su propia salud. Deberían haberse incluido en el texto del Informe todas las fuentes de salud (19), comprendidas las decisiones personales de cada individuo.

5. Participación comunitaria

Todos los componentes de la comunidad nacional han de contribuir a la efectiva realización del derecho a la salud, mediante el cumplimiento de las normas de higiene y sanidad pública, seguridad en el trabajo, prevención de las enfermedades y de los accidentes, promoción de la salud individual y utilización suficiente y responsable de los servicios y prestaciones de naturaleza sanitaria.

La educación sanitaria de la población y el fomento de la solidaridad constituyen aspectos fundamentales de profunda raíz social y comunitaria.

Es plausible que en el Informe se recoja el principio de la participación comunitaria. No estamos conformes, sin embargo, con los criterios que se establecen para dicha participación. No concibe el Informe la comunidad nacional como un ente activo, sino pasivo: debe limitarse a cumplir lo dictado por los profesionales sanitarios. Aunque eso no impide que, contradictoriamente, se haga pesar sólo sobre la comunidad el "uso de modo suficiente y responsable de los servicios y prestaciones de naturaleza sanitaria".

La participación comunitaria queda en el Informe tan restringida que, en realidad, configura la "salud expropiada" a que nos hemos referido al comentar el punto anterior.

6. Libertad de elección de los servicios

La libertad de elección de facultativo y de establecimiento asisten-

(19) Nos remitimos al punto 7 de la parte I.

cial constituye un derecho básico de todos los españoles, sin perjuicio:

a) De las limitaciones establecidas o que hayan de establecerse para impedir la transmisión de las enfermedades y defender la salud de la colectividad.

b) De las normas que regulan la cobertura y prestación sanitarias del sistema de seguridad social, asistencia social y beneficencia.

Condicionar la libertad de elección a "las normas que regulan la cobertura y prestación sanitaria del sistema de la Seguridad Social, asistencia social y beneficencia, supone introducir, en contra de la solemnidad de la declaración que titula este punto, la posibilidad de anular tal libertad. Por ejemplo, la normativa que hoy rige la Seguridad Social restringe la libertad a la mera opción de elegir entre los médicos de la misma zona cuyo cupo no esté cubierto.

La libertad de elección no puede supeditarse a normas de organismos o entidades. Su reglamentación sólo puede comprender al derecho en sí y, por supuesto, no ha de ser restrictiva. Precisamente lo contrario de lo que se deduce del texto del Informe.

7. Personal sanitario e investigación

Constituyen requisitos indispensables para un racional desarrollo de la sanidad:

- La formación, perfeccionamiento y especialización del personal.
- La estructuración de las carreras profesionales, la definición, clasificación y homologación de puestos de trabajo y de los derechos y deberes inherentes a los mismos, y el estudio de las necesidades de personal sanitario.
- Y el desarrollo de la investigación científica en materia sanitaria.

En este epígrafe comienza a manifestarse el fuerte "profesionalismo" que impregna todo el Informe. El racional desarrollo de la sanidad no sólo requiere la regulación del personal sanitario -en la que pone particular énfasis el Informe- y el desarrollo de la investigación, sino también, y antes, otras muchas cosas. Entre ellas, por ejemplo, la educación sanitaria y, desde luego, la participación de la comunidad.

8. Profesionales sanitarios y organizaciones colegiales

La actuación profesional de los facultativos es de su personal responsabilidad.

Las organizaciones colegiales sanitarias ciudarán y exigirán que quienes lleven a cabo tales actuaciones profesionales ostenten las titulaciones académicas establecidas por las disposiciones vigentes y se hallen co

legiados; impedirán y perseguirán el intrusismo; ordenarán -en el ámbito de su competencia- la actividad profesional de los colegiados; velarán por la ética y dignidad profesionales; actuarán como cauce de participación profesional en las funciones públicas y tareas de interés general; exigirán de sus miembros la colaboración con las autoridades sanitarias para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y el mejor desarrollo de la asistencia sanitaria, y, en general, darán cumplimiento a los fines previstos en la ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios profesionales, y demás disposiciones vigentes.

No se nos alcanzan las razones por las que en un Informe sobre la estructura sanitaria se hace referencia a la responsabilidad de los facultativos en su actuación profesional, y menos aún comprendemos que esta responsabilidad se atribuya por anticipado, como regla general sin excepciones, a la persona del profesional. Está claro que, llegado el caso, la responsabilidad será de quien o quienes los órganos judiciales decidan, por mucho que afirme otra cosa el Informe.

Pero aparte de esto, que es lo fundamental, nos permitimos preguntar: ¿Cómo puede declararse que la responsabilidad del médico sea personal, sin distinguir los actos médicos individuales de los que se llevan a cabo en equipo en los centros hospitalarios? ¿Quizá se pretende eliminar la responsabilidad subsidiaria de los centros en donde el médico actúa o de la entidad a la que el médico pertenece, por ejemplo, de la Seguridad Social?

Respecto al segundo párrafo de este punto, tampoco encontramos las razones sanitarias que puedan justificar el traer a colación la Ley 2/1974 de 13 de febrero sobre colegios profesionales, que en su día fue motivo de críticas y de protestas por parte de la inmensa mayoría de los colegios de las distintas profesiones. Su cita en el Informe podría ser interpretada como un afán impositivo de reafirmar dicha Ley.

9. Personal de los servicios sanitarios y Organización Sindical

Se cuidarán todos los aspectos relativos a la integración sindical del personal de los servicios sanitarios, de acuerdo con lo establecido en la ley 2/1971, de 17 de febrero, así como al debido cumplimiento de las disposiciones de esta ley y normas que la desarrollan.

Unos sindicatos operativos constituyen realmente un cauce de participación constructiva en la salud comunitaria. Naturalmente nos referimos a los sindicatos de todos los trabajadores y no sólo a los del personal afecto a los servicios sanitarios, que son los únicos que contempla el Informe y en los que no cabe esa función de cauce de participación popular.

Por eso no comprendemos por qué un proyecto de Reforma Sanitaria establece que "se cuidarán todos los aspectos relativos a la integración sindical del personal de los servicios sanitarios..." ¿Qué importa a la sanidad nacional que el médico, el farmacéutico, etc.

se encuentren sindicatos o no? La constancia de tal cosa en el Informe puede entenderse como una especie de "concesión" a la representación sindical sanitaria.

10. Racionalización de la estructura sanitaria

La racionalización de la estructura a través de la cual se realiza la asistencia sanitaria, su estrecha relación con las funciones y servicios de medicina preventiva y sanidad pública, así como las de enseñanza e investigación y su conexión con la asistencia social, viene exigida por razones técnicas y científicas, la economía en la utilización de los recursos -personales y materiales- disponibles y principios inexcusables de la justicia social.

La formulación de este punto nos parece aceptable aunque incompleta. A las razones que enumera como exigencias de la racionalización de la estructura sanitaria, podrían añadirse algunas más.

Y una observación menor: entendemos, metodológicamente, que el lugar de este epígrafe es el preámbulo del Informe.

11. Servicio público de asistencia sanitaria

La asistencia sanitaria, prestada o garantizada por el sector público, deberá orientarse a un servicio integrado y comprensivo, técnicamente organizado, de ámbito nacional y abierto a todos los posibles usuarios.

Las Corporaciones locales participarán, a través de sus establecimientos sanitarios, en la prestación del servicio de asistencia sanitaria.

Las entidades privadas podrán participar en el cumplimiento de los fines de dicho servicio, a través de los convenios o conciertos que establezcan con el organismo gestor.

La definición contenida en el primer párrafo es, para nosotros, no sólo confusa, sino ininteligible. ¿Qué quiere decir "un servicio integrado y comprensivo"? Y ¿"técnicamente organizado"? ¿No lo está, por definición, todo servicio sanitario? Está bien que ese "servicio" se encuentre "abierto a todos los posibles usuarios". Sin embargo deberían haberse añadido las características de esa apertura que son de importancia fundamental. ¿Será gratuito para todos? ¿Gratuito para unos y pagado, total o parcialmente, por otros ese "servicio abierto"?

Respecto al tercer párrafo, relativo a las entidades privadas, nos remitimos a los comentarios que hacemos más adelante, en el capítulo "Actividades Sanitarias Privadas".

12. Intervención de los poderes públicos en materia de sanidad

La intervención de los poderes públicos en materia de sanidad -desde el control sanitario del medio ambiente a las decisiones sobre policía mor

tuoria- es consustancial con la existencia de cualquier colectividad políticamente organizada.

Pero lo que hoy caracteriza a dicha intervención es la acumulación de las causas tradicionales con nuevos y recientes motivos que demandan la intervención pública. Sin ánimo exhaustivo, pueden enumerarse:

a) La exigencia de titulaciones académicas oficialmente reconocidas o el cumplimiento de los requisitos mínimos obligatorios y la persecución del intrusismo en el ejercicio de las profesiones sanitarias o en la realización de actividades relacionadas con la sanidad.

b) La defensa de la salud pública y, por tanto, la posibilidad de establecer mandatos, prohibiciones o condicionamientos a la actividad de los particulares o al funcionamiento de otros servicios públicos.

c) Las luchas sanitarias y el control sanitario de productos, centros y establecimientos relacionados directa o indirectamente con el consumo humano.

d) La regulación de la asistencia sanitaria, que hasta ahora aparece en forma fragmentaria y por razones muy concretas:

- Asistencia sanitaria a enfermos infecciosos.
- Asistencia sanitaria a enfermos psiquiátricos.
- Asistencia sanitaria a grupos sanitariamente más vulnerables o socialmente necesitados de protección específica.
- Asistencias sanitarias especiales, como son la militar o la penitenciaria.
- Asistencia sanitaria vinculada a funciones formativas o de investigación, como es el caso de los hospitales clínicos o universitarios.
- Asistencia sanitaria como contenido de una prestación del sistema de Seguridad Social.
- Así como el control sobre centros y actividades sanitarias privados.

e) Los avances técnicos y científicos de la medicina, de la farmacia y de la veterinaria y, en general, de los medios y procedimientos de la sanidad que dan lugar a la ampliación o establecimiento de actividades de control por las autoridades sanitarias, al fomento de su efectiva aplicación y a la misma promoción de dichos avances o investigaciones.

f) La planificación de los medios personales y materiales y la ordenación funcional del sector sanitario, que constituyen hoy una exigencia inexcusable para hacer real y efectivo el derecho a la salud de los ciudadanos.

g) Y finalmente, la dimensión económica del sector sanitario. El número y cualificación de personas de la población activa que ocupa, las cifras de inversión y de sostenimiento que requiere y los altos índices de crecimiento de estas magnitudes hacen necesaria una atención e intervención adicional de los poderes públicos, sin perjuicio de la aportación que, en su caso deban hacer los interesados.

Como consecuencia de todo ello, puede afirmarse que en la actualidad la intervención del Estado en el sector sanitario no puede continuar siendo fragmentaria y derivada exclusivamente de otros fines o funciones.

La ordenación del sector sanitario es en sí misma, y en forma directa, un fin del Estado que, al configurar la amplitud, extensión y profundidad de su intervención, ha de establecer su coherencia con otros objetivos y fines y su compatibilidad con la participación de los diversos organismos e instituciones intermedias públicas y privadas, y sobre todo con el respeto inexcusable a los aspectos humanos y de independencia profesional de la relación asistencial sanitaria.

La necesidad de intervención de los poderes públicos en materia de sanidad es evidente. De todos modos no parece ocioso que el Informe resalte esa evidencia señalando algunos "recientes motivos que demandan" dicha intervención.

Sorprende, sin embargo, que entre esos motivos se omita la educación sanitaria mientras se incluye la exigencia de titulaciones académicas y la presencia del intrusismo. Se tiene la sensación de que lo que con ello se intenta, principalmente, es afirmar el monopolio de los profesionales de la sanidad como "expendedores de salud". El curanderismo, por supuesto, es peligroso, pero la falta de educación sanitaria implica también serios riesgos, entre otros, precisamente, el de facilitar y fomentar la práctica de los intrusos.

Un punto esencial para el mantenimiento de la salud es que cada uno acepte, dentro de sus posibilidades, la responsabilidad de la suya propia y participe en las decisiones que afectan a la comunidad. Y una de las razones esenciales que justifican la intervención del Estado en este campo es la de enseñar al ciudadano a cuidarse a sí mismo. Todo esto tampoco se dice.

13. Economía sanitaria

La limitación de los medios disponibles, tanto materiales como personales, exige una consideración económica de las decisiones de intervención en el sector sanitario.

En este sentido, no caben planteamientos aislados o parciales que no permiten tener en cuenta las diferentes prioridades, o que pueden conducir a la mala utilización de los recursos o a su total o parcial ineficacia, por apoyarse en la ficción de unos recursos materiales o humanos inexistentes.

El Informe despacha este punto con ligereza sin mostrar la importancia fundamental que tiene la economía para el funcionamiento de la sanidad y, por supuesto, para el adecuado estudio de la Reforma.

Deberían haberse consignado algunos datos tales como el índice de aumento -un aumento al parecer incontenible- del consumo médico en relación con el producto nacional de los principales países, y las cifras relativas a España en los últimos 10 ó 15 años, para poner de manifiesto el formidable poder de decisión económica del médico, del que el economista Víctor Fusch, de la Stanford University, dice que sólo es "comparable al poder que tienen los militares en tiempos de guerra". Cuando menos, estaba el Informe obligado a explicar concisamente lo que es la economía sanitaria, para lo cual habría bastado con transcribir alguna de las definiciones emitidas por los expertos de la misma O.M.S., como, por ejemplo, ésta: "la economía aplicada al campo de la salud o "economía sanitaria", como ahora se denomina, tiene como fines, inter alia, cuantificar continuamente los recursos utilizados en la prestación, organización y funciona-

miento de la asistencia sanitaria; determinar la eficiencia con que esos recursos son distribuidos y usados para fines sanitarios, así como los efectos que sobre la productividad individual y nacional produce la sanidad preventiva, la curativa y la rehabilitadora" (20) Y también pudo el Informe haber aclarado algunos de los conceptos básicos, como el de "opportunity cost", "margin", "el conflicto calidad/cantidad", "el análisis de costos/costo y beneficio/efectividad" como instrumento de evaluación de los programas y de la asistencia sanitaria, etc.

Por otra parte, las "decisiones de intervención" sanitaria de que habla el Informe, basadas en opciones económicas, no pueden ser -ni deben ser- autocráticas ni plantearse sin tener en cuenta a los propios agentes de quienes depende y sobre quienes gravita la continuidad de la aportación dineraria de "los medios disponibles": los ciudadanos españoles. En realidad en este epígrafe, titulado "Economía sanitaria", el Informe no considera en absoluto la economía sanitaria

14. Carácter social de la Reforma

Finalmente, la reforma sanitaria reviste un carácter eminentemente social y comunitario.

Se trata de mejorar en forma palpable y efectiva los servicios y prestaciones sanitarias que se ponen a disposición de los miembros de la comunidad nacional, desde antes de su nacimiento hasta después de su muerte, por los procedimientos técnicos y científicos disponibles en cada momento y con una distribución de los costos y una cobertura de los mismos razonablemente adaptada a las características sociales y económicas de nuestro país en el último cuarto del siglo XX.

Como el valor de los soldados, el carácter social de la Reforma se supone. Están de más por tanto las solemnes declaraciones al respecto. Lo importante es que las medidas que la Reforma propone tengan **efectivamente** carácter social. Ya ya hemos señalado en reiteradas ocasiones (párrafos 5, 7 y 9 de la primera parte, por ejemplo) que en el Informe existen errores y omisiones precisamente en la orientación social de la Reforma.

Un punto más, de capital importancia, echamos de menos en este capítulo de "Principios Generales": el relativo a la política sanitaria. Debiera explicarse la situación y el valor que en la "sanidad reformada" se concede a la política sanitaria orientada a promover, conservar y asistir la salud de los españoles. Y debiera aclararse, al mismo tiempo, la metodología prevista para la elaboración de dicha política. Estas carencias son graves mancuadades en el enfoque general del Informe.

(20) *Health Economics*, Cuadernos de Salud Pública, núm. 64, OMS, 1975. Resume el Seminario Interregional de la OMS sobre "Economía Sanitaria", celebrado en Ginebra del 2 al 6 de julio de 1973.

III. SANIDAD PUBLICA Y DEFENSA DE LA SALUD COLECTIVA

15. Situación de la sanidad pública

El estado de salud de los españoles se encuentra dentro de los límites que les corresponde en función de su nivel socio-económico y cultural.

Ello no debe ser obstáculo para que, al propio tiempo, se considere:

a) Que las estructuras de la sanidad pública -ciertamente en un proceso ya iniciado de transformación- responden a planteamientos y a situaciones vigentes en 1944 (cuando se publicó la ley de bases de Sanidad Nacional), que han quedado superados.

b) Que existen aspectos concretos en que, una mejor ordenación y utilización de los recursos, permitirá obtener resultados concretos positivos para la salud pública.

c) Que la sensibilización de la población en materia sanitaria y la demanda de servicios ha originado la intervención de distintos organismos de la Administración en actividades orientadas a la defensa de la salud colectiva. La inserción de la sanidad pública en el conjunto de organismos, servicios e instituciones ha quedado desfasada, con graves desconexiones y lagunas, por una parte, y arrastrando, por otra, prestaciones y servicios asistenciales innecesariamente vinculados en la actualidad a la dependencia directa de las autoridades sanitarias.

d) Que es necesaria una completa y profunda reestructuración del personal de los servicios especializados de la sanidad pública, adscribiendo muchos de sus puestos de trabajo de contenido predominantemente asistencial a los servicios o instituciones de esta naturaleza y creando, por el contrario, otros indispensables para un funcionamiento real, efectivo y actualizado de los primeros.

e) Que una adecuada información epidemiológica y estadística sanitaria debe permitir una más precisa planificación de las actividades sanitarias, un análisis de sus resultados y una periódica evaluación de la eficacia de las estructuras, servicios y prestaciones de naturaleza sanitaria.

El epígrafe comienza con un enunciado tan rotundo que inevitablemente mueve su análisis a preguntar cómo es posible afirmar que la salud de los españoles está "dentro de los límites que le corresponden", cuando no existen -o no se presentan para fundamentar una afirmación tan aventurada- índices sociosanitarios precisos y el país sufre ostensibles y elementales deficiencias. Por ejemplo, falta de alcantarillado y agua corriente en numerosos pueblos; alrededor de trescientos partidos médicos rurales vacantes; reducido número de camas hospitalarias; asistencia ambulatoria y domiciliaria descuidada, de ínfima calidad y en ocasiones hasta desprovista del más mínimo sentido del cuidado médico, etc. Si, como el Informe afirma, "el estado de salud de los españoles se encuentra dentro de los límites que le corresponden en función de su nivel socio-económico y cultural", hay que deducir necesariamente que se produce alguna de las siguientes circunstancias: que el nivel socio-económico y cultural de España es mucho más bajo de lo que pa

rece ser; que los españoles son particularmente resistentes y mantienen un estado de salud aceptable a pesar de tan numerosas, graves y manifiestas deficiencias en la estructura asistencial del país, o que (una idea illichiana que conviene meditar seriamente) "el desarrollo técnico-sanitario es, en gran parte, un puro despilfarro" y la salud depende básicamente de factores ajenos a la medicina, como pueden ser el aumento del nivel de vida, el agua y el jabón, la responsabilidad de cada individuo respecto a su propia salud...

En este punto el Informe debería contener no justificaciones rebuscadas, para tratar de conciliar una supuesta bondad del estado sanitario actual con la necesidad y la urgencia de la Reforma -conciliación imposible-, sino un perfil razonado y estadístico de aquello que en el título del capítulo enuncia: la situación de la sanidad pública, que es lo que precisamente no contiene. Aparte de la gratuita afirmación inicial, no se presenta nada válido que muestre fundadamente el estado actual de la sanidad pública española (21).

Los restantes párrafos de este punto se comentan a lo largo del presente análisis en otros lugares.

16. Información estadística y sanitaria

La información epidemiológica, los estudios sobre niveles de salud de la población y las estadísticas de funcionamiento y eficacia de las actividades, servicios y establecimientos sanitarios son en la actualidad manifiestamente insuficientes.

Dicha insuficiencia se debe, principalmente, a las siguientes causas:

- a) Estar casi exclusivamente referida a las enfermedades de declaración obligatoria o a sectores asistenciales concretos.
- b) No existir un procedimiento usual para transmitir la información de los facultativos y centros asistenciales a los servicios especializados de epidemiología y estadística sanitaria.
- c) No contar estos servicios con personal e instrumentos de tratamiento de datos que permitan su análisis, presentación y publicación.

Debe, además, tenerse en cuenta que las condiciones del medio ambiente y los problemas sanitarios no son necesariamente uniformes en todas las zonas geográficas ni para todos los grupos de población. La realización de análisis y estudios sectoriales o territoriales o sobre problemas sanitarios concretos es necesaria tanto para adaptar prestaciones y servicios a la realidad, como para comprobar la eficacia de las medidas sanitarias y estructuras asistenciales establecidas con carácter general.

Por tanto, deberán regularse dichas funciones, preparar el personal especializado, estructurar adecuadamente los servicios de epidemiología y estadísticas sanitarias, requerir la colaboración de las profesiones sanitarias y exigir de los establecimientos el suministro de la información, con los siguientes objetivos:

- a) Alcanzar niveles de información sanitaria comparables a los existentes en los países más avanzados y acordes con las directrices de la Orga-

(21) Así lo hizo en parte, por ejemplo, el Informe FOESSA 1970.

nización Mundial de la Salud que permitan la elaboración de "indicadores de salud".

b) Utilizar dicha información para una racional planificación sanitaria.

c) Adoptar las medidas correctoras, de fomento o de apoyo que resulten necesarias.

d) Servir de base para los programas de educación sanitaria.

En nuestros comentarios al epígrafe anterior y en otros precedentes coincidimos con el Informe en que la información y las estadísticas sanitarias de que se dispone son escasas y en muchos puntos insuficientes. Pero, como también hemos afirmado, no hasta el grado que el Informe pretende. Va existiendo ya en España una cierta infraestructura informativa capaz de proporcionar datos actuales suficientes para configurar una visión general, aunque no sea profunda. Las cifras sanitarias que publica el Instituto Nacional de Estadística -particularmente, a partir de 1970-, las contenidas en las Memorias de la Seguridad Social, las que facilita la Dirección General de Sanidad, etc., permiten hacerse una idea general del estado de cosas.

Estos datos no han sido, sin embargo, utilizados para redactar el Informe y, desde luego, no son recogidos en él.

Por otra parte, la constatación de dicha insuficiencia informativa no puede quedar en la expresión de un hecho, ni pasar a convertirse siquiera en un objetivo de la Reforma. Es tan fundamental que condiciona la Reforma misma, y de algún modo hay que cubrirla (en la primera parte nos hemos referido a la inexcusable necesidad de una encuesta previa para llevar a cabo, con una mínima base, la tarea reformadora). El objetivo señalado de "alcanzar niveles de información sanitaria que permitan la elaboración de indicadores de salud" es, sin duda, un objetivo excelente -como lo son asimismo otros que el Informe consigna-, pero revela una carencia actual importante que pesa gravemente sobre los trabajos que se emprenden. Tácitamente -quizá también inadvertidamente- lo expresan los propios redactores del Informe: "b) Utilizar dicha información (se refiere a la información sanitaria y a los "indicadores de salud") para una racional planificación (*) sanitaria". Dicho de otro modo: si la información es hoy, a juicio del Informe, manifiestamente insuficiente; si el Informe no ha manejado, según puede deducirse, todos los datos y cifras disponibles (que son más de las que el Informe parece suponer); si no se ha cubierto esa carencia con un rápido y provisional acopio de datos a través de una encuesta, difícilmente resultará adecuada la planificación sanitaria que la Reforma pretende.

Además, las causas de la insuficiencia estadística que se citan en el punto 16, son discutibles. En realidad, sólo hay una causa: en nuestro país, la epidemiología está todavía subdesarrollada. Señalar como motivos de insuficiencia de la estadística sanitaria que "no existe un procedimiento usual para transmitir la información" ni "servicios con personal e instrumentos de tratamiento de datos que permitan su análisis" es, literalmente, confundir los medios con los fines.

(*) El subrayado es nuestro.

Tal como esta preocupación se manifiesta en el Informe -sin prever las debidas salvaguardas- no se toman en cuenta los riesgos que el maquinismo supone para la libertad y dignidad individuales.

Todavía no se ha estudiado en España, desde el punto de vista legal, la peligrosa posibilidad de una intrusión en la vida de los individuos derivada de los procedimientos informáticos, que es ya causa de preocupación para muchas naciones, así como para organismos internacionales. El individuo "codificado" en una ficha -y más en una ficha médica- que transmite sus datos en el acto a donde sea, es una concepción temible. Como señala Gérald Massadie (22), los "datos personales consignados se anotan de manera permanente, lo cual es fundamentalmente contrario al espíritu de perdón sin el que toda vida social es imposible". Massadie estima también que no existe más que una solución para evitar el avasallamiento del individuo: que cada uno sea propietario de los datos que le conciernen. "La noción jurídica del Habeas data permitiría impedir la divulgación a terceros sin el consentimiento del propietario de los datos".

Mientras el mundo se preocupa seriamente por la dialéctica de las libertades humanas y la informática (23), el Informe de la Comisión solicita de modo implícito el establecimiento de servicios informáticos sin hacer ni la más leve referencia a la previa necesidad de una ley (votada, naturalmente, por el órgano legislativo del país) que salvaguarde la intimidad, la dignidad y la libertad individuales (24). Y ello en una situación como la española en la que no existe un código deontológico de la profesión médica ni las leyes vigentes reconocen el secreto médico, sino en la que, por el contrario, algunas disposiciones del I.N.P. imponen de hecho la vulneración de dicho sigilo. Por ejemplo, en la "Cartilla sanitaria" de

(22) *La fin de la vie privée*, Editions Calman-Levy, Paris, 1974.

(23) Muy recientemente el gobierno francés ha mostrado de nuevo su preocupación por los riesgos que el desarrollo de la informática pueda suponer para la vida privada y las libertades del individuo. En un reciente Consejo de Ministros se ha estudiado un proyecto de ley para evitar tales riesgos, al que el propio Presidente de la República ha concedido importancia relevante. *Le Figaro*, 4 marzo, 1976.

(24) "En junio de 1974 se firmó un convenio de bases para el estudio y experimentación de aplicaciones de la telemedicina entre la Dirección General de Sanidad, la Dirección General de Archivos y Bibliotecas, el Instituto Nacional de Previsión (Seguridad Social) y la Fundación para el Desarrollo de la Función Social de las Comunicaciones (Fundación de la Compañía Telefónica). Al parecer, el convenio comprende dos fases: la primera, el estudio teórico de las posibilidades de aplicación técnica; la segunda, dependiente de los resultados positivos de la primera, la puesta en práctica. En el texto no se ha incluido ninguna cláusula que exprese la disposición de los firmantes a promover la reglamentación jurídica necesaria para la defensa de la dignidad, la intimidad y la libertad de cada ciudadano antes de acometer la fase segunda.

"Tampoco se ha establecido ninguna cautela legal ante el importante complejo informático de la Seguridad Social, en funcionamiento desde hace algunos años, que, indirectamente, a través del control de las prestaciones farmacéuticas, es capaz de dibujar el perfil patológico de cada asegurado o beneficiario que utilice los servicios sanitarios". *Derechos Humanos y Asistencia Hospitalaria*, Enrique Costas. Cuadernos para el Diálogo, núm. extra, diciembre 1975-enero 1976, pp. 62-68.

la "Organización de los Servicios Médicos de Empresa" se recogen datos íntimos ("¿Se inyecta insulina?", "¿epilepsia?", "antecedentes patológicos"...) y los resultados del reconocimiento inicial del trabajador al ser contratado, y de los reconocimientos posteriores, que, además de ser leídos, naturalmente, por el propio trabajador, pueden ser conocidos por la empresa, la cual, en determinadas ocasiones debe estampar su sello en la citada Cartilla sanitaria. La propia "Cartilla" confiesa tácitamente los posibles riesgos que encierra cuando advierte que "el diagnóstico se escribirá, a ser posible, con el origen o derivados griegos o latinos que sean comprendidos sólo por el personal médico". ¿Sólo por el personal médico? ¿Es esto posible? Desde luego que no. Y aunque lo fuese, nada sustancial se modificaría. El secreto profesional exige que el médico informe del resultado del reconocimiento del trabajador con estas palabras únicamente: "apto" o "no apto", sin añadir nada más. Tanto desde el punto de vista deontológico-profesional como desde el de la libertad y dignidad humanas, más importante, tal cartilla es inadmisibile y no se comprende cómo la organización médico-colegial y los representantes de los trabajadores españoles han aceptado su creación.

17. Colaboración de la sanidad pública en sectores afines

Prevenir las enfermedades, los accidentes y las intoxicaciones, eliminar o disminuir los riesgos existentes para la salud o paliar sus efectos nocivos cuando haya resultado inevitable su incidencia y crear unas condiciones de vida, de trabajo y de ocio favorables a la salud individual y colectiva, no es una tarea exclusiva de las autoridades y servicios sanitarios.

Tanto el individuo como la comunidad y los diferentes organismos e instituciones pueden y deben coadyuvar para alcanzar dichos objetivos, cumpliendo los mandatos y prohibiciones expresas de las autoridades sanitarias y, principalmente, siguiendo los criterios y recomendaciones que deben fomentarse a través de los programas de educación sanitaria.

Pero existe además una amplia diversidad de actividades y servicios que, aún no teniendo por su finalidad principal o por razón de las técnicas que utilizan, naturaleza estrictamente sanitaria, vienen determinadas por ser el punto de vista sanitario el que constituye su razón de ser o el que, al menos, condiciona, en todo o en parte, su forma de realización.

Es, pues, necesario que el criterio sanitario sea tenido en cuenta por los diferentes departamentos y organismos al ordenar, vigilar e intervenir en materias tales como el medio ambiente, el suministro de aguas, la evacuación de los residuos, la ordenación alimentaria, la higiene y seguridad en el trabajo, el turismo y la vivienda.

Debe tenerse en cuenta, a este respecto, que múltiples materias que inicialmente formaban parte del ámbito de competencia de la "higiene municipal" (la enumeración del art. 109 y concordantes de la Instrucción General de Sanidad, de 12 de enero de 1904, es suficientemente expresiva) han pasado a ser reguladas por leyes especiales y atraídas al ámbito de competencias de los departamentos de Obras Públicas, Educación y Ciencia, Trabajo,

Industria, Agricultura, Comercio, Información y Turismo o Planificación del Desarrollo.

La jerarquía normativa de las disposiciones generales sanitarias sobre las ordenanzas y actuaciones municipales, no tiene su paralelo respecto de las nuevas leyes especiales y actuaciones de los correspondientes órganos departamentales, sin que tampoco en todos los casos se haya sustituido por una eficaz coordinación.

La defensa del interés público sanitario aparece, en consecuencia, dispersa; no está claramente definida y delimitada y, lo que es más importante, carece, en muchos casos, de un mecanismo operativo eficaz que facilite la incorporación del criterio sanitario.

Se trata, no tanto de recabar una competencia o de exigir un trámite preceptivo y vinculante de información, como de conseguir que el punto de vista sanitario, técnicamente avalado y coherente a una política sanitaria planificada, sea oportunamente facilitado y admitido, evitando resultados de hecho difícilmente corregibles a posteriori o planteamientos de cuestiones de competencia generalmente impertinentes y poco útiles para los objetivos prácticos de la sanidad.

Para que la colaboración de las autoridades y servicios sanitarios sea eficaz y positiva se requiere:

a) Disponer de centros sanitarios especializados de análisis e investigación aplicada debidamente coordinados. Concretamente, la definitiva puesta en marcha y pleno desarrollo de los centros del Instituto Nacional de Sanidad y de los laboratorios jerarquizados de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, con plena dedicación e incompatibilidad con el sector privado, coordinados con los laboratorios municipales de Higiene de las grandes ciudades y con otros centros analíticos o de investigación que por la naturaleza de sus funciones y efectiva colaboración puedan ser funcionalmente admitidos a la red nacional de centros de control e investigación sanitaria.

b) Contar con los facultativos, técnicos y expertos suficientes debidamente especializados -circunstancia ésta que, en todo el sector sanitario debe ser previa a la creación de los centros-, la ampliación de las plantillas y la provisión de los puestos.

c) Insertar la colaboración de dichos técnicos y expertos en los procesos de elaboración de disposiciones generales o programas de actuación sobre las materias antes indicadas.

d) Proceder a la divulgación de los criterios sanitarios, tanto al nivel general de educación sanitaria de la población, como al más específico de los órganos y personal cualificado de los sectores seleccionados.

e) Elaborar normas sanitarias y obligatorias o recomendadas que puedan y deban ser tenidas en cuenta por otros sectores y organismos.

f) Evaluar periódicamente la estructura y eficacia de la sanidad pública, para suprimir controles o intervenciones que ya no sean necesarios por haberse ya incorporado a los hábitos sociales la acción higiénica o sanitaria, y para, por el contrario, evitar que las autoridades o servicios sanitarios queden alejados o marginados de nuevas estructuras o procedimientos de intervención.

La sanidad pública no es, evidentemente, tarea exclusiva de las autoridades sanitarias. También incumbe a otros organismos e instituciones y, sobre todo, al individuo y a la comunidad, cuya intervención debe ser mucho más activa que el dócil papel que le reserva

el profesionalismo que alienta en todo el Informe. Porque no sólo cumpliendo los mandatos y condiciones expresas de las autoridades sanitarias" ni "principalmente siguiendo los criterios y recomendaciones que deben fomentarse a través de los programas de educación sanitaria", asumen individuo y comunidad su responsabilidad y actividades en el campo de la salud. Sus opiniones, sus actos y deseos tienen que ser considerados y encauzados. No se trata de "coadyuvar", según dice el Informe, sino de participar. El Director General de la O.M.S., Prof. H. Mahler, señala: "Admitir a la población en los consejos de salud sería una manera de darle participación responsable en el desarrollo de la salud (25) (*). La Reforma debería sustituir cuanto signifique fomento de la minoría de edad sanitaria de las gentes por una auténtica colaboración de éstas. La sanidad no puede ser una institución totalitaria dentro de la cual unos (los médicos y sanitarios) mandan, mientras otros (el resto de las personas) obedecen. Sólo integrándose en la forma de vida de cada individuo y de cada comunidad puede obtener la sanidad resultados útiles.

Por lo que respecta a la idea de que el criterio sanitario sea "tenido en cuenta por diferentes departamentos y organismos", es algo absolutamente incuestionable. Pero los criterios sanitarios a aplicar deben ser siempre muy simples, sin permitir de ningún modo que se hipertrofien o se tecnifiquen en exceso y conviertan cada una de las materias citadas en núcleos sofisticados, generalmente creadores de problemas. Lo fundamental es, naturalmente, la determinación de los fines que se pretenden, y a ellos deben ajustarse los medios. La creación de centros sanitarios o la formación de técnicos debidamente especializados tiene que ceñirse **estrictamente** a las necesidades. A nuestro juicio, la mayoría de las veces, o prácticamente en todas las ocasiones, bastaría aplicar con sencillez dos de los puntos que el Informe recoge, el c) y el d); es decir, que los técnicos sanitarios expongan sus opiniones al elaborar las normativas correspondientes a las materias indicadas y que se divulguen los criterios sanitarios a nivel de comprensión de la población en general.

Aplaudimos la evaluación periódica de la "estructura y eficacia de la sanidad pública para suprimir controles e intervenciones"... Por ahí, justamente, debe, a nuestro juicio, comenzar la colaboración de la sanidad pública en los sectores afines: por reducir el número de inspecciones y de inspectores al mínimo indispensable y hacer que cada inspección y cada inspector sean verdaderamente eficaces.

18. Inspección sanitaria

Complemento indispensable de cuanto se señala en el número anterior es el adecuado desarrollo de las funciones de control, vigilancia e inspec-

(25) Crónica de la OMS., Vol. 29, diciembre, 1975. *La salud para todos en el año 2000*. Alocución que el Dr. Mahler pronunció ante los Comités Regionales de la OMS de Africa, América y Pacífico Occidental. Aunque dirigida preferentemente a los países en desarrollo, no limita a éstos a la participación de la comunidad. Nos remitimos, por otra parte, a lo expuesto en el epígrafe 7 de la parte I.

(*) El subrayado es nuestro.

ción sanitaria de instalaciones, servicios, actividades, locales y productos, que tiene como finalidad:

- Comprobar el cumplimiento de los requisitos sanitarios señalados en las disposiciones vigentes.
- Servir de base para imponer obligaciones, establecer prohibiciones o adoptar medidas para garantizar la defensa de la salud pública.
- Facilitar el conocimiento y divulgación de las normas, instrucciones y recomendaciones de las autoridades sanitarias.
- Y colaborar con los servicios correspondientes de otros departamentos u organismos, remitiéndoles los antecedentes precisos cuando, con ocasión de la inspección sanitaria, se advierta la posible infracción de otras normativas.

La escasa efectividad con que en la actualidad se lleva a cabo tal tipo de inspecciones sanitarias deriva de las siguientes causas:

- a) Normativa confusa y, en muchos casos, anticuada.
- b) Competencia de las autoridades locales, cuyo ejercicio se halla vinculado a cada una de las ramas profesionales de los "sanitarios locales", quienes han pasado a ser funcionarios del Estado.
- c) Actuación eventual de las Jefaturas Provinciales de Sanidad, con escasez de medios personales y materiales, tanto técnicos como administrativos.
- d) Carencia de agentes sanitarios, que puedan realizar, con una pequeña formación o entrenamiento, la mayor parte de la acción inspectora que sea precisa.
- e) Ausencia de una acción inspectora sanitaria planificada en las grandes ciudades.
- f) Vinculación de la visita de inspección sanitaria a la recaudación de tasas parafiscales.

En consecuencia, se sugiere:

- a) Actualizar la normativa vigente en forma similar a como ya se está realizando con las reglamentaciones técnico-sanitarias de ordenación alimentaria.
- b) Regular el ámbito, estructura, organización y funcionamiento de la inspección sanitaria, a nivel central, provincial y local, con una clara delimitación de las funciones que, en su caso, incumban a las autoridades locales, principalmente en las grandes ciudades, y una referencia específica a la coordinación con los servicios de inspección técnica de otros departamentos.
- c) Crear un cuerpo de "agentes sanitarios" con titulación elemental o media.
- d) Limitar las percepciones de tasas a los supuestos de nuevas autorizaciones, controles analíticos o visitas de comprobación de corrección de anomalías, suprimiendo las de mera inspección ordinaria.

Las causas de la escasa efectividad de las actuales inspecciones sanitarias se denuncian con acierto. No parece, sin embargo, que las sugerencias que se apuntan sean consecuentes con las deficiencias detectadas. De nuevo se tiene aquí la impresión de que la Reforma se utiliza para beneficiar a determinados sectores profesionales, en este caso concreto al veterinario. Se llega incluso a citar entre las sugerencias algunas que corresponden más bien al ámbito comercial que al sanitario.

Es aleccionador comprobar al respecto el escaso número de inspectores que actúan en países extranjeros y los notables resultados que alcanzan, muy superiores a los logrados en nuestro país por un número mucho mayor de personal sanitario dedicado a las mismas tareas (26). Empero, parece ser que se pretende aumentar ese personal con la creación de un cuerpo de inspectores sanitarios de título elemental o medio que, lógicamente, deducimos que no vendrían a sustituir sino a agregarse a los titulados superiores que hoy realizan funciones de control. Entonces, ¿qué número concreto de inspectores se prevé que actúe en la "sanidad reformada" y cuáles han de ser los aspectos fundamentales de su actuación? El control, repetimos, es una materia delicada que debe ser meticulosamente estudiada, no sólo en su aspecto cualitativo sino también en el cuantitativo. De otro modo podría suceder fácilmente que la inspección se convierta en una enorme carga económica para el país, desproporcionada con lo que aporta realmente a la salud. Podría, en suma, traducirse en un despilfarro más.

19. Actuación de la sanidad pública

Las acciones de sanidad preventiva y promoción de la salud deben ser función necesariamente incorporada a los centros y servicios de asistencia sanitaria y actividades relacionadas con la sanidad, públicas o privadas, según su naturaleza, características y capacidad de realización, y sin perjuicio de que su estudio, programación, dirección y control se realice, en cuanto sea necesario, por las autoridades y servicios de la sanidad pública.

Por otra parte, las autoridades locales y, en general, los centros y servicios de otros departamentos y organismos deben prestar su colaboración material en las acciones de sanidad preventiva y defensa de la salud colectiva que programen o dirijan las autoridades sanitarias.

La actuación directa de las autoridades y servicios de la sanidad pública debe realizarse cuando se trate de problemas que excedan la capacidad ordinaria de los centros y servicios de asistencia sanitaria y siempre que sea necesaria para eliminar o disminuir riesgos sanitarios o recoger la información epidemiológica correspondiente.

A tal efecto, deben reestructurarse los servicios centrales y periféricos de la Sanidad Nacional, incluidos los de sanidad exterior de puertos, aeropuertos y fronteras, suprimiendo de sus estructuras y transfiriéndolos, en su caso, a los centros asistenciales correspondientes, las plazas y servicios de carácter asistencial o dispensarial, y reforzando, por el contrario, las funciones de epidemiología, información, análisis, control e inspección sanitarias.

(26) En el extranjero hay pocos inspectores porque, en realidad, en los países democráticos -es a ellos a los que nos referimos- la inspección corre a cargo de todos los ciudadanos. Estos saben que sus quejas serán debidamente atendidas y, si acaso no lo son, la papeleta de voto será la expresión de su condena de la autoridad negligente. Lo que puede llevar a los peores abusos es una situación como la española: inspección blanda, aunque numerosa y tendente a aumentar aún más, y participación comunitaria casi nula.

No se comprende bien el contenido de este punto. ¿Qué quiere decir la frase del primer párrafo: "las acciones de sanidad preventiva y promoción de la salud deben ser función necesariamente incorporada a centros y servicios de asistencia sanitaria y actividades relacionadas con la sanidad pública o privada"? ¿No se ejercen actualmente la prevención y promoción de la salud dentro de la asistencia sanitaria y en otras actividades que se relacionan con la sanidad pública y la privada? Parece obvio que toda actividad relacionada con la sanidad ha de ser, por definición, en algún grado, una acción preventiva y promotora de la salud.

Los siguientes epígrafes del Informe no parecen tener otro fin -vagamamente expresado- que el de intentar convencer, una vez más, de que en la conveniente reestructuración de "los servicios centrales y periféricos de la sanidad nacional" las plazas a desempeñar y los profesionales constituyen la clave esencial y casi exclusiva de los propósitos reformadores de la Comisión.

IV. MEDICINA PREVENTIVA Y PROMOCION DE LA SALUD INDIVIDUAL

20. Acciones genéricas

La medicina preventiva individual está constituida por aquellas técnicas que, aún teniendo un alcance colectivo, han de realizarse forzosamente sobre cada uno de los individuos de la comunidad.

Actualmente la medicina preventiva individual no está ordenada con arreglo a criterios unitarios, ni existe una planificación racional de sus actividades.

Contempla únicamente aspectos parciales del ciclo biológico humano y de sus actividades profesionales y de las posibles cadenas de contagio, y, de aquí, su evidente dispersión administrativa y su falta de ordenamiento.

Debe señalarse que la división entre medicina preventiva individual y medicina asistencial es artificiosa y que conceptual y operativamente son inseparables y deben estar integradas.

Aparte de las peculiaridades de cada uno de los aspectos parciales, que se especifican más adelante, cualquier individuo puede y debe beneficiarse de una serie común de medidas, actuaciones y técnicas preventivas, cuales son:

- Educación sanitaria en general.
- Exámenes de salud orientados a la detección precoz de enfermedades.
- Diagnóstico precoz y tratamiento inmediato y oportuno de las mismas.
- Sanidad preventiva y asistencial integradas en una red nacional completa de centros y servicios.

El conocimiento de una serie de datos biológicos y patológicos de la historia del individuo es de suma importancia para su salud y la de la colectividad, por lo que sería conveniente que dichos datos constasen en un documento obligatorio, individual y vitalicio: el "Documento nacional de salud".

Es conveniente informar a todo el personal sanitario de la trascendencia que tiene la correcta recogida de los datos primarios de morbilidad y mortalidad, que condicionan la bondad de la estadística sanitaria.

La puesta en marcha del Servicio Nacional de Informática Sanitaria permitirá la rápida utilización de los datos recogidos.

La importancia adquirida por la medicina preventiva y el lugar cada vez más prominente que la propia dinámica sanitaria le asegura para el futuro, son notorios. La prevención se sitúa ya, indefectiblemente, en la base de cualquier política de salud. Es, en cierto modo, el núcleo ideológico de la medicina actual.

Suscribimos, por lo tanto, lo que el Informe dice respecto a la artificiosidad que supone separar la medicina preventiva y la asistencial. Estamos también completamente de acuerdo con el Informe cuando denuncia el desorden actual de la medicina preventiva individual. No parece posible, sin embargo, otorgar conformidad a todas las medidas técnicas de prevención que el citado documento enumera. Porque si la educación sanitaria es, en general, de eficacia indiscutible, no lo son tanto, ni mucho menos, los exámenes de salud orientados a la detección precoz de enfermedades, y el hecho de limitarse a consignarlos, sin condicionamiento ni advertencia alguna, como una técnica preventiva más, supone colaborar -aun sin quererlo- al actual desarrollo anárquico de los exámenes sistemáticos de salud: los llamados "chequeos".

A finales de 1974, L'Haute Comité Medical de la Sécurité Social Française declaró que es preciso, cuando menos, racionalizar los exámenes sistemáticos para la detección precoz de las enfermedades, "limitándolos a aquellos grupos de personas expuestos a un alto nivel de riesgo" (27), grupos que corresponde definir a la investigación epidemiológica. Dicho Comité manifestó que para algunos autores "la eficacia de la detección precoz en la masa de la población no siempre está probada" y que, para otros, la labor preventiva no se justifica más que cuando es aplicada de un modo específico a determinadas enfermedades -o, como hemos dicho antes, a grupos de personas en situación de riesgo-, condicionada, en todo caso, a circunstancias personales, o a la simultaneidad de otras medidas, o a la sencillez y escaso coste de las técnicas que se utilicen. Naturalmente hay una condición inexcusable, previa a las enumeradas: que exista una terapéutica eficaz para aquellas enfermedades cuya detección se emprenda. De un modo general, el informe de L'Haute Comité (conocido como el "Rapport Bardeau") añade: "Es utópico y peligroso (falsa seguridad, ansiedad) orientarse hacia la generalización de los exámenes de salud enfocados desde todos los vértices que afecten al conjunto de la población" (28).

Hubiera sido, pues, necesario que en el Informe de la Comisión Interministerial se indicasen aquellas circunstancias sin descender, por supuesto, a especificar enfermedades y detalles de las mismas -aun cuando el hacerlo no sería del todo ocioso-, en las que los exáme-

(27) *Le Monde*, 4 de diciembre, 1974, pág. 17.

(28) *Ibid.*

nes de salud orientados a la detección precoz sean razonables y puedan resultar útiles.

En otro orden de cosas, y en el mismo epígrafe que estamos analizando, la Comisión formula una propuesta que, verdaderamente, atenta a diversos derechos humanos: crear, con carácter obligatorio, el "documento nacional de salud", individual y vitalicio, que recogería una "serie de datos biológicos y patológicos de la historia del individuo" ¿Cómo es posible que se pretenda que el acontecer más íntimo, el desvalimiento de cada hombre en la menesterosa forzosidad de la quiebra de la salud, se consigne obligatoriamente en un documento imprescriptible, individual y vitalicio? Nada, ni aún la eficacia indiscutible y absoluta (que no se da siquiera en la medicina preventiva primaria, puesto que no son raros los casos de inmunidad precaria tras una correcta vacunación), podría justificar el inmenso aumento del riesgo de vulnerar la dignidad y la libertad del hombre que tal "documento" supone, aunque fuese involuntariamente (29).

Si con la implantación del "documento" se busca evitar una "duplicidad de utilización" de los recursos médicos (repetición de las indagaciones, pruebas diagnósticas, etc.), cabría intentar en algunos casos -aunque se trate de un fin deseable en sí, pero casi imposible de alcanzar en la práctica-, y por lo menos con mayores probabilidades de éxito, una racionalización y coordinación de la estructura asistencial, respetando siempre la intimidad y la libertad del paciente; es decir, contando con su previa "autorización" y, si no le fuera posible, con la de sus allegados.

La alarma que produce el "documento nacional de salud" se agudiza cuando en el mismo epígrafe se relaciona dicho documento con la recogida de datos de morbilidad y mortalidad y la puesta en marcha de un Servicio Nacional de Informática Sanitaria, sin que el Informe prevea solicitar las debidas cautelas legales (ley, votada, naturalmente, en las Cortes para proteger valores y derechos fundamentales de la persona).

21. Sanidad maternal e infantil

Tanto la madre como el niño representan grupos de población vulnerables por su exposición a riesgos peculiares, determinados, de una parte, por la propia función fisiológica de la maternidad, y, de otra, por la mayor fragilidad somática y psíquica del niño y del adolescente. Ya que tales riesgos son específicos de la maternidad y de la infancia, requieren también acciones específicas la prevención y asistencia sanitarias, lo que redundará, en el caso del niño, en la protección de su salud de adulto.

Dichas acciones deben extenderse en todo el camino biológico que va desde la etapa previa a la maternidad, que supone la llegada a la misma de los cónyuges en las mejores condiciones de salud, pasando por el consejo prematrimonial, vigilancia durante el embarazo y asistencia correcta al parto, hasta la debida atención durante el puerperio y lactancia. Todo

(29) Ver lo ya expuesto relativo a la Cartilla Sanitaria del Instituto Nacional de Previsión, Organización de los Servicios Médicos de Empresa, en el epígrafe 16.

ello enlaza con la asistencia sanitaria prenatal y en el momento del nacimiento y la debida vigilancia médica durante toda la infancia.

En la actualidad puede considerarse prácticamente inexistente toda actividad orientada al consejo prematrimonial y asesoramiento en planificación familiar.

En cuanto a la vigilancia durante el embarazo, aunque insuficiente por ser incompleta y realizada durante los últimos meses del mismo, puede decirse que se ha incrementado merced a su exigencia preceptiva para que las aseguradas por la Seguridad Social perciban la ayuda económica al parto.

Dicha vigilancia se lleva a cabo en los ambulatorios y centros de diagnóstico y tratamiento de la Seguridad Social, en las consultas externas de los hospitales y en los consultorios privados.

Los servicios de maternología de la Sanidad Nacional, así como los centros maternales de urgencia dependientes de la misma, han visto mermada su actividad en este terreno en progresión paralela al incremento de atenciones prestadas en el mismo por la Seguridad Social, derivando sus actuaciones a otros campos de la medicina preventiva.

Esta vigilancia del embarazo adolece de defectos achacables fundamentalmente a las siguientes causas:

- Falta de la suficiente educación sanitaria de la embarazada.
- Ausencia de las debidas conexiones entre los sanatorios que realizan la vigilancia del embarazo y los que asisten al parto y puerperio.

Respecto a la asistencia al parto, ha mejorado considerablemente desde el punto de vista técnico en los últimos veinte años, en que la atención en el medio hospitalario se ha incrementado en forma incesante hasta alcanzar la gran mayoría de los mismos.

No obstante, la distribución geográfica de las camas de maternidad no obedece actualmente a criterios racionales (comunicaciones, tasas de natalidad, movimientos migratorios...).

En el post-parto, las atenciones prestadas en el centro hospitalario se ven brusca y precozmente interrumpidas con el traslado de la puerpera a su domicilio y la habitual desconexión entre el centro maternal y el médico de familia.

Premisa indispensable para la prevención y la asistencia en el embarazo es la consideración inseparable obstétrico-ginecológica del acto médico.

El deseable reconocimiento sistemático de todo recién nacido por un pediatra-puericultor sólo se realiza en algunos centros hospitalarios del país, e, incluso en estos casos, al igual que ocurre con la madre, se observa una falta de conexión entre los servicios del centro y el personal sanitario extrahospitalario, y entre los servicios obstétricos y los pediátricos.

Toda la patología fetal y del recién nacido y los accidentes infantiles constituyen capítulos importantes en este grupo de edad y requieren, por consiguiente, una atención especial.

El buen estado nutricional infantil es requisito indispensable para un adecuado desarrollo físico y mental y un necesario nivel inmunitario frente a infecciones. Los hábitos nutricionales se adquieren frecuentemente durante la infancia y con carácter permanente.

El cuadro de los recursos sanitarios para la primera y segunda infancia es:

- Preventivos y de promoción de la salud: servicios de higiene infantil de la Sanidad Nacional, ambulatorios de la Seguridad Social y actividades preventivas privadas.
- Asistenciales: servicios pediátricos y hospitales infantiles de la Seguridad Social, servicios y hospitales pediátricos de la Sanidad Nacional y de las Corporaciones locales, clínicas y servicios pediátricos privados.
- Sociales: se limitan a guarderías infantiles y casas cuna.

Los mencionados recursos resultan insuficientes cuantitativa y cualitativamente por su dispersión y porque no abarcan aspectos tan importantes como protección especial a la madre soltera, planificación racional de guarderías, indiscriminación de los hijos ilegítimos, etc.

En consecuencia, se sugieren las siguientes medidas de prevención y protección materno-infantil:

1. Orientar la educación sanitaria de los padres mediante la promoción del consejo prematrimonial, asesoramiento en planificación familiar, programas específicos de higiene personal, de prevención de accidentes infantiles, de nutrición aplicada tanto de la madre como del niño, etcétera.

2. Establecer las debidas conexiones entre el médico de familia, los consultorios especializados y los servicios hospitalarios para que la vigilancia sistemática durante el embarazo, parto y puerperio cumpla los fines de prevenir en lo posible los riesgos de dichos estados.

3. Planificar la distribución de camas y servicios de maternidad y pediatría de acuerdo con lo que se especifica al tratar el tema de centros sanitarios asistenciales y establecer los necesarios controles de calidad en cuanto a centros y personal.

4. Adoptar las medidas necesarias para la atención prenatal y del recién nacido, contando con el personal especializado que le preste las atenciones mínimas exigibles, no debiendo omitirse en ningún caso un reconocimiento minucioso inmediatamente después del nacimiento.

5. Ampliar los servicios preventivo-asistenciales pediátricos hasta la adolescencia, siempre que sea posible, y en todo caso impulsar los programas preventivos en la adolescencia.

6. Establecer la formación continuada de los médicos de familia y otros sanitarios, utilizando para ello los centros y servicios especializados, con objeto de que mantengan actualizados sus conocimientos en pediatría y maternología, a fin de posibilitar una asistencia primaria de nivel adecuado en ambos campos de la medicina.

7. Integrar los servicios preventivos y asistenciales maternos e infantiles en el conjunto del sistema asistencial, en la medida en que dicha integración sea posible, sin menoscabo de ninguna de las dos vertientes señaladas, con objeto de evitar la multiplicidad actualmente existente de centros dependientes de la Sanidad Nacional, de la Seguridad Social y de otros organismos.

8. Estudiar y, en su caso, refundir, en la medida que dicho estudio lo aconseje, las normas de protección sanitaria y social de la madre y del niño y, más ampliamente, de la familia.

La prevención de las complicaciones del parto para la madre y para el hijo -desde hemorragias graves en aquélla, hasta minusvalías permanentes en éste- ofrece dificultades notables, y la prudencia obliga a que la asistencia tocológica y neonatal se efectúe en centros debidamente dotados. El Informe recoge este criterio y establece una ordenación a la que nada tenemos que objetar. Por el

contrario, expresamos nuestros deseos de que se haga pronto realidad el contenido concreto de los propósitos que sobre este tema propugna el Informe. Quizá sea el punto mejor tratado de todo el documento.

Quisiéramos, sin embargo, y sin ninguna intención crítica en este caso, decir de todos modos algo que consideramos necesario. Porque estas cautelas asistenciales que, hemos de repetir, tienen sanitariamente nuestro aplauso, presentan el peligro social de medicalizar en exceso una circunstancia y un estado fisiológicos - como son el embarazo y el parto-, de modo que puedan llegar a identificarse en la mentalidad femenina con situaciones patológicas, si es que esta identificación no se ha producido ya. Curiosamente, no existen a nivel mundial estadísticas recientes sobre el número de mujeres que dan a luz en clínicas o en hospitales, el número de las que lo hacen en su propio domicilio y los índices de mortalidad maternal y perinatal o accidentes de otro orden relacionados con la mayor o menor vigilancia del embarazo y con el lugar donde el parto se produce (30). Falta también el número de partos que son atendidos por especialistas, por médicos generales, por comadronas, o simplemente por una partera, y los correspondientes índices de mortalidad y de accidentalidad. Estos datos parecen importantes para, en principio, determinar si es preferible disponer de un aparato médico-asistencial así como para investigar las causas concretas que hoy dificultan o prácticamente imposibilitan detectar anticipadamente los posibles casos de riesgo en el parto, tanto para la madre como para el recién nacido, obligando a una medicalización generalizada.

22. Sanidad escolar

En materia de sanidad escolar conviene distinguir los siguientes aspectos:

- Higiene y condiciones sanitarias de los locales de las escuelas y centros de enseñanza, tanto públicos como privados.
- Control y vigilancia del régimen alimentario.
- Vigilancia sanitaria y reconocimiento médico periódico de los escolares.
- Exámenes de salud del personal de enseñanza.
- Asistencia sanitaria a la población escolar, y
- Utilización de la estructura educativa para acciones de promoción de la salud.

En la actualidad, estas funciones vienen encomendadas a una amplia diversidad de servicios:

(30) La OMS no tiene estadísticas al respecto. Las más recientes que hemos podido encontrar corresponden a 1961 y están publicadas en *Maternity care in the world: International Survey of Midwifery Practice and Training*, Informe de un Grupo de Estudio de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y de la Confederación Internacional de Matronas. Pergamon Press, Londres.

- La Inspección Médico-Escolar del Estado, que cuenta con una reducida plantilla de 81 médicos y 50 ayudantes técnico-sanitarios, y se encuentra adscrita al Servicio de Inspección Técnica de Educación, bajo la dependencia del subsecretario.
- La Inspección de Enseñanza Media del Estado, con un "inspector de Servicios Médicos de Enseñanza Media", al que corresponde, entre otras cosas, "inspeccionar los servicios médicos y cuanto se relacione con la sanidad y la higiene en los institutos nacionales y los demás centros de Enseñanza Media, tanto oficiales como no oficiales".

Existen en la misma 15 médicos adjuntos en cada una de las sedes de los distritos universitarios y 753 médicos contratados para una permanencia teórica de dos horas diarias en los 747 centros docentes estatales de Enseñanza Media.

En la actualidad se encuentran adscritos al Servicio de Inspección Técnica de Educación, bajo la dependencia del subsecretario.

- Los dispensarios universitarios, dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia, dedicados "a la exploración médica y deportiva y a la orientación y consejo de los escolares en cuanto se relacione con posibles estados patológicos".
- Los servicios sanitarios locales.

Corresponde a los médicos titulares (en la actualidad, funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local), entre otras funciones, "llevar a cabo los servicios de inspección médico-escolar donde no exista personal organizado en Cuerpo especial para la prestación de los mismos" (artículo 32.8 del reglamento de 27 de noviembre de 1953). Asimismo, las que corresponden a los demás profesionales sanitarios locales, con arreglo al citado reglamento.

Igual función incumbe a los servicios sanitarios de los denominados "municipios exceptuados".

- Los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

El Seguro Escolar, establecido inicialmente para los estudiantes de Enseñanza Universitaria y de escuelas técnicas superiores y extendido posteriormente a otros grupos y niveles de enseñanza:

Además, debe tenerse en cuenta que una proporción ampliamente mayoritaria de toda la población escolar es, por razón de su dependencia familiar, beneficiaria del sistema de Seguridad Social.

- Los servicios de la Sanidad Nacional, que se limitan a programas y campañas sanitarias y a la efectiva, directa e inmediata actuación en los supuestos de brotes o emergencias sanitarias.

La denominada sanidad escolar consiste preferentemente en la aplicación de un conjunto de acciones y prestaciones sanitarias a un grupo de población importante por su número y por la trascendencia que para el futuro representa.

No es una especialidad médica separable, y crece su complejidad al extenderse la enseñanza a los adultos y ser adulto el personal docente.

Sus servicios no cubren todas las necesidades preventivas de la población docente, sino sólo durante los períodos de tiempo en que la enseñanza tiene lugar.

Por ello, tanto en los aspectos preventivos como en los asistenciales, ha de ser la organización sanitaria básica la que facilite los medios para alcanzar el objetivo de mejorar y defender la salud de la población escolar.

A esta misma conclusión se llega si se consideran las limitaciones de los medios técnicos y personales, que hacen inviable cualquier propósito de establecer una estructura autónoma que siempre será insuficiente, duplicará innecesariamente los servicios y fomentará el pluriempleo.

Por último, debe señalarse la conveniencia de que la valiosa información epidemiológica y estadística que se recoge al llenar las fichas médicas y realizar reconocimientos de escolares pueda ser utilizada para las funciones generales de estudio, planificación y programación de acciones y servicios sanitarios.

Por todo ello, se sugiere:

- a) Que la inspección y vigilancia sanitaria de los locales e instalaciones y régimen alimentario de las escuelas y centros de enseñanza, tanto públicos como privados, se lleve a cabo por los servicios de la sanidad pública, coordinando su actuación, en cuanto sea necesario, con la inspección técnica (no médica) del Ministerio de Educación y Ciencia.
- b) Que se lleve a cabo la vigilancia sanitaria y reconocimiento médico periódico de los escolares y del personal de enseñanza.
- c) Que la estructura educativa, principalmente al nivel de la Educación General Básica, colabore en facilitar el éxito de los programas de medicina preventiva y educación sanitaria, incluidos la divulgación de los conocimientos sobre organización y funcionamiento de los servicios sanitarios y la reforma correcta, racional y responsable para su utilización.

Tal como afirma el Informe, "la sanidad escolar no es una especialidad médica separable". La escuela no genera una patología específica que requiera atención médica especializada, aunque como lugar público favorezca el contagio de determinadas enfermedades y, en cuanto centro de actividad, puede revelar trastornos somáticos o psíquicos en algunos niños. Pero, sanitariamente, el hecho de que hoy la inmensa mayoría -por desgracia no podemos decir que todos- de los niños sean escolares transforma la escuela en una valiosa oportunidad de prevención e información, comenzando por adecuar el local y el material escolar a fin de que sean higiénica y fisiológicamente correctos, y siguiendo por reconocimientos médicos auténticos del niño, educación sanitaria, etc. No es para ello necesario que exista un personal facultativo específico. En Europa son escasos los países que cuentan con un cuerpo dedicado exclusivamente a la medicina escolar. Los servicios médicos generales -debidamente controlados- pueden ejercer esas funciones. Y entre ellas hay una en la que, a nuestro juicio, debería ponerse mayor énfasis del que pone el Informe, a saber: la educación sanitaria. La escuela es el lugar idóneo para recibir una adecuada información tanto sobre la fisiología humana como sobre el comportamiento sanitario. En la prevención del alcoholismo y de las toxicomanías mayores (drogas) y menores (tabaco) la escuela debe jugar un papel principal.

23. Prevención sanitaria laboral

Puede definirse la prevención sanitaria laboral como el conjunto de actividades orientadas a la promoción de la salud de la población activa y

protección de la misma frente a los riesgos laborales, mediante las oportunas actuaciones sanitarias sobre las personas y sobre el medio ambiente.

Los riesgos específicos de este importante grupo de población vienen determinados por su exposición al padecimiento de:

- Accidentes laborales.
- Enfermedades profesionales.

Si bien cabe señalar que dicha exposición, así como la gravedad de sus consecuencias varían considerablemente con las diversas actividades laborales del hombre.

Por otro lado, la edad productiva, de los quince a los sesenta y cinco años, es aquella en que la mortalidad y la morbilidad general son menores y el vigor físico está en su plenitud.

Las actividades específicas en este campo pueden concretarse en las siguientes:

- Vigilancia y corrección, en su caso, de los ambientes de trabajo (locales, instalaciones, maquinaria y útiles de trabajo, etc.).
- Exámenes periódicos de salud con vistas a la prevención de enfermedades y accidentes.
- Asesoramiento a la empresa en cuanto se refiere a pautas, normas de trabajo e implantación de medidas de higiene y seguridad.
- Utilización de los recursos de educación sanitaria con vistas a la promoción de la salud.

Son competentes en prevención sanitaria laboral, entre otros, los siguientes organismos:

- Inspección de Trabajo.
- Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo.
- Servicios médicos de empresa.
- Servicios y organismos del Plan Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo.
- Comités de Higiene y Seguridad del Trabajo.
- Escuela Nacional de Medicina del Trabajo.
- Organización de Trabajos Portuarios.
- Instituto Social de la Marina.

Todos ellos dependientes del Ministerio de Trabajo.

Son competentes además, organismos dependientes de otros ministerios, tales como la Dirección General de Sanidad, los servicios de sanidad animal del Ministerio de Agricultura, Comisiones provinciales de servicios técnicos, etc.

Las normas actualmente en vigencia subordinan la obligatoriedad de existencia y dotación de servicios médicos de empresa al número de trabajadores de la misma, siendo los obreros de las pequeñas empresas los que se ven privados, precisamente, de los beneficios de tales servicios.

La dispersión administrativa apuntada se traduce en un continuo conflicto de competencias y una duplicidad de instalaciones y de personal con la ineficacia como secuela inevitable.

El número de accidentes laborales sobrepasa el millón anual, con una cifra de fallecidos por encima de los dos mil quinientos y unas doce mil lesiones definitivas como consecuencia de los mismos.

En consecuencia, se estima necesario garantizar la igualdad de protección ante los riesgos laborales y adoptar, entre otras, las siguientes medidas:

- a) La dotación de servicios propios de medicina preventiva laboral se hará obligatoria utilizando el criterio de riesgos específicos, graves y frecuentes, en lugar del criterio meramente cuantitativo del número de puestos de trabajo de cada empresa o empresas mancomunadas.
- b) Las empresas no obligadas a contar con tal servicio propio utilizarán, en cuanto sea posible, el personal, instalaciones y servicios móviles de los centros y servicios sanitarios existentes en la zona.
- c) El Servicio Social de Higiene y Seguridad se responsabilizará en este campo de la medicina preventiva laboral a tres niveles diferentes:
- Como órgano coordinador de la protección de la salud de los trabajadores, frente a los riesgos profesionales.
 - Como órgano ejecutor en el ámbito de la población laboral encuadrada en las pequeñas empresas, ofreciendo medios subsidiarios a los servicios médicos de empresa.
 - Y como órgano de investigación y docencia que oriente científicamente las actuaciones preventivo-laborales y garantice la formación de técnicos y especialistas.
- d) Estos servicios deben ser utilizados en lo posible para la valoración y control de los problemas de contaminación atmosférica del medio ambiente general comunitario externo al de los locales de trabajo.
- e) Dentro de los programas generales de educación sanitaria se dedicará la debida atención a este campo de la prevención.
- f) Estudio, modificación y refundición de la normativa vigente en la materia.

La prevención y asistencia sanitaria laboral tiene unas características específicas que la definen como una tarea autónoma y, desde luego, trascendente. Y en el Informe se echan de menos datos y estadísticas que evidencien sus actuales deficiencias. Entre otras muchas, la falta de cifras comparativas con otros países e información sobre la política seguida en aquellas naciones que han conseguido reducir, si no en términos absolutos al menos relativamente, los accidentes de trabajo y sus inevitables secuelas de muertes, heridos, inválidos y notables perjuicios económicos. Cuando en España, como el propio Informe señala, se sobrepasa el millón anual de accidentes "con una cifra de fallecimientos por encima de los 2.500 y unas 12.000 lesiones definitivas", no es admisible, aun en un informe resumido, sustituir los guarismos que expresan la lamentable evolución de este sector y los que podrían dibujar la posición de nuestro país en el mundo, por simples descripciones de la actual organización médica laboral.

El Informe debería haber consignado que en nuestro país, entre 1955 y 1965, el total de accidentes laborales controlados pasó de 522.350 a 1.005.000, cifras a las que conviene añadir un porcentaje importante, quizá el 25%, para tener una idea más exacta de la trágica verdad (31). Ante tales magnitudes, bien podría hablarse de cifras bélicas. Tampoco el Informe debería haber obviado que

(31) *Tribuna Médica*, números 465 y 467 del 22 de septiembre y 6 de octubre de 1972. Los datos más recientes de los que tenemos noticia al respecto empiezan por ser contradictorios: con fecha 21-3-76 publica ABC de Madrid la siguiente nota: "DISMINUYEN LOS ACCIDENTES LABORALES.- A 1.102.191 se eleva el número de accidentes y enferme-

las valoraciones estimativas -no existen cifras oficiales- de los costos totales de los accidentes de trabajo pasaron de 42.000 millones de pesetas en 1960 a 124.000 millones de pesetas en 1970 y, posiblemente, supongan en estos momentos una cifra aproximada del orden del 25% del presupuesto total del Estado. Tampoco, como ya hemos dicho, debió omitirse la comparación, conocidísima, de nuestras estadísticas con la de otros países que han obtenido evidentes logros en la reducción de los accidentes de trabajo. Por ejemplo, en la República Federal Alemana, con una población laboral de 27.000.000 de trabajadores, la mortalidad anual por accidentes de trabajo es de 4.200 personas, mientras que en España mueren 3.000 con una población laboral de algo más de 13.000.000. Otros datos alemanes importantes comparativamente son que, en 1951, con 19.000.000 de trabajadores, el número de muertes por accidente y enfermedad laboral (no solo accidentes) era de 8.162, y en 1969, con 27.000.000 de trabajadores, el número de muertes por las mismas causas había descendido a 6.247. En la República Federal Alemana ninguna ley obliga a las empresas a tener un médico en su nómina y solamente existen 77 inspectores para todo el país. Debe destacarse que en Alemania la inspección comporta: a) independencia absoluta respecto de las empresas; b) capacitación rigurosa; c) rápida y automática sanción a las empresas que no cumplan con la ley, y d) dedicación exclusiva a la tarea de los inspectores.

El Informe debería haber expuesto también las elevadísimas inversiones que hasta ahora se han dedicado al Plan de Higiene y Seguridad en el Trabajo, el número de personas empleadas y los diversos servicios y centros (el Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo, el Servicio Social de Higiene y Seguridad en el Trabajo, con sus Gabinetes Provinciales, el Instituto Nacional de Silicosis, las Comisiones Técnicas Calificadoras, etc.; la relación, en suma, de organismos y entidades relativas a la medicina laboral casi sería interminable) que constituyen una superestructura sanitaria de enormes costos que, triste es constatarlo, no encuentra en los resultados que se obtienen ninguna justificación (costos que hay que agregar, naturalmente, a los ya inmensos

dades profesionales durante el año 1975, de los que 1.079.262 fueron leves; 20.704 graves, y 2.225 mortales, según los datos facilitados por el Servicio Social de Seguridad e Higiene del Trabajo. Los mortales corresponden a 1.587 en el mismo centro de trabajo; 634 "in itinere" y cuatro a enfermedades profesionales". Es de suponer que los cuatro casos de muerte señalados como consecuencia de "enfermedades profesionales" se refieran a muertes instantáneas o tras un proceso agudo subsecuente a causa accidental en el lugar de trabajo. Porque es obvio, hasta para el más profano, que el elevado número de enfermedades crónicas de origen profesional produce un número anual de decesos muy superior. Con ocho días de diferencia, la HOJA DEL LUNES de Madrid (29-3-76), publica los siguientes datos: "Según datos proporcionados por Castilla, Mutua Patronal de Accidentes de Trabajo, radicada en Madrid (Aravaca, 12), en el pasado año de 1975 se produjeron en España 1.500.000 accidentes de trabajo, que ocasionaron 3.000 muertos". Sin pararnos a considerar cuáles de estas cifras se aproximan más a la realidad, sí podemos conjeturar que, si efectivamente hubiera habido una reducción de la cifra de accidentes con respecto al año anterior, puede en parte deberse al menor índice de actividad laboral respecto al año anterior.

que se derivan de la propia accidentalidad y de la patología labo
ral).

Las sugerencias que aquí formula el Informe de la Comisión Interministerial están, a nuestro juicio, muy lejos de las medidas precisas para modificar la dramática situación actual. Mantienen el criterio, descalificado por los hechos, de que la empresa o las empresas mancomunadas continuarán siendo a la vez patrono y cliente de los médicos que deben controlar y fomentar la higiene y seguridad en el trabajo. No contempla, en absoluto, la independencia del médico laboral, condición primera e inexcusable para la eficacia de su labor. El médico tiene que ser pagado por una persona ju
rídica distinta de la propia empresa en que presta sus servicios para que pueda señalarle a ésta con libertad los errores que cometa y exigirle su inmediata corrección. El conocimiento y el progreso científico deben ponerse siempre al servicio directo del bienestar y de la salud del trabajador y nunca pueden ser utilizados en beneficio de la empresa o del patrono.

En suma, este epígrafe no pasa de ser en el texto del Informe una barroca elaboración de normas inútiles perfectamente sustituibles por una sola: crear el inspector (médico o no médico) independiente de la empresa a la que asesorará obligatoriamente, inspeccionará con competencia e integridad y sancionará con rigor y justicia, en la seguridad de que sus decisiones serán respetadas por los organismos gubernamentales. En tan sencilla disposición radica la eficacia -quizá la única posibilidad de eficacia- de la sanidad preveni
va laboral.

La medicina asistencial tampoco requiere, a nuestro juicio, ningún aparato propio y peculiar. Los casos de accidente y enfermedad pro
fesional deben ser tratados por los servicios médicos normales, es
pecializados o no, según corresponda.

Sería asimismo punto fundamental de una nueva estructura de la sanidad laboral la implantación de una "licencia de seguridad", obligatoria para todas las empresas, previa a la apertura de las de nueva creación y, tras un plazo prudencial de adaptación, exigible también a las ya establecidas. Naturalmente, la licencia comprende ría normas mínimas de garantía y se concedería después de una minú
ciosa comprobación por el inspector.

Con independencia de lo dicho, y como aspecto complementario de in
dudable importancia, debe contemplarse la información para la edu
cación permanente de los trabajadores a fin de que comprendan, res
peten y cumplan las medidas de salvaguarda.

24. Prevención sanitaria militar

Debe comprender:

Vigilancia y control del régimen alimentario y del medio ambiente en que se desarrolla la vida militar con vistas a proteger y mejorar la salud de la población castrense.

Exámenes de salud orientados al diagnóstico temprano y tratamiento de los procesos patológicos en la población militar.

Utilización de los medios de educación sanitaria con vistas a la promoción de la salud.

En el momento actual:

Los exámenes de salud, orientados con exclusividad a la selección de personal útil para el servicio militar, se limitan a la medida de talla, peso y perímetro torácico, salvo en aquellos casos en que se alega alguna afección o anomalía de las incluidas en el cuadro de inutilidades anexo al reglamento de Reclutamiento y reemplazo, aprobado por decreto 3087/1969. El reconocimiento primeramente aludido se efectúa por los médicos titulares, siendo ésta una de las funciones señaladas para los mismos en el reglamento de Personal de Servicios sanitarios locales vigente, que al mismo tiempo señala la obligación por parte de aquéllos de asistir con carácter subsidiario a las fuerzas destacadas del ejército.

Dichos exámenes médicos producen una muy escasa rentabilidad sanitaria, aunque sus beneficiarios constituyen una masa de población civil cuyo acceso a las fuerzas armadas es temporal y en un momento de su ciclo biológico tan importante como es el paso de la etapa juvenil a la adulta y de la formativa a la productiva.

El resto de las funciones sanitarias castrenses se lleva normalmente a cabo con la utilización de sus propios recursos.

Por el nuevo reglamento de Estadística sanitaria (común a los tres ejércitos), aprobado por orden ministerial de 9 de febrero de 1971, se dan normas para la recogida de datos de morbilidad y mortalidad, así como de movimiento hospitalario y por decreto de 29 de marzo de 1973 se regula la declaración obligatoria de enfermedades transmisibles.

Es preciso considerar la conveniencia de que los reconocimientos que sistemáticamente se llevan a cabo con fines selectivos, se programen para obtener el máximo rendimiento en cuanto a la detección de enfermedades, utilizando para ello todos los recursos que sean necesarios.

Teniendo en cuenta que la salud de la población militar y civil pueden influirse mutuamente, cabe también destacar la conveniencia de que las autoridades sanitarias, militar y civil, incrementen las comunicaciones suficientes para la mutua y permanente información epidemiológica.

Los servicios de sanidad de las fuerzas armadas valoran los esfuerzos de la reforma sanitaria, de la cual deben derivarse beneficios directos e indirectos para el conjunto de la nación y, por tanto, también para la población militar. Asimismo, comprenden la imposibilidad de que en materia de salud pública existan compartimentos estancos y abogan por una mayor coordinación funcional con el organismo rector de la sanidad pública, sin perjuicio de las peculiaridades de aplicación derivadas de su empleo en el medio militar.

No encontramos ningún rasgo distintivo que permita diferenciar la prevención sanitaria militar de la prevención general. Ser militar, como ser abogado o médico o sacerdote, no determina características fisiológicas ni, en tiempo de paz, una enfermería distinta. El hecho de que todos los varones se sometan al reconocimiento médico militar es -al igual que el caso de los niños y la escuela- una oportunidad de aplicar la medicina preventiva, pero no justifica la

creación de una "prevención sanitaria militar". Si las fuerzas armadas disponen de su propia asistencia sanitaria es debido a la patología específica de la guerra. En tiempo de paz, los militares se integran en la Seguridad Social. No se comprende, pues, por qué la Reforma Sanitaria dedica un capítulo a esta cuestión.

25. Medicina preventiva y promoción de la salud del adulto

La importancia sanitaria de la población adulta viene determinada cuantitativamente por representar el 53 por 100 de la población total, y cualitativamente, por tratarse de un grupo esencialmente productivo y responsable de sus propias acciones.

Entre las actuaciones de medicina preventiva y promoción de la salud de dicha edad, se consideran fundamentales las siguientes:

- Exámenes de salud orientados a la detección de enfermedades y su oportuno tratamiento.
- Programas de educación sanitaria dirigidos a la promoción de la salud del adulto y preparación del mismo para afrontar los riesgos de la tercera edad.
- Control sanitario de movimientos migratorios internos e internacionales.

Los exámenes de salud, relativamente frecuentes en este grupo de población activa y no sistematizados, obedecen en general a razones de aptitud o selección para puestos de trabajo, siendo deseable cierta normalización para obtener de los mismos mayores ventajas sanitarias, pues la patología dominante en estas edades está principalmente constituida por enfermedades degenerativas y de evolución crónica, susceptibles de prevención o de tratamiento cuando se establece un diagnóstico precoz.

Los datos a obtener de los exámenes de salud tienen especial significado para las actividades de sanidad pública.

Los programas de educación sanitaria deben ir orientados no sólo a mejorar la salud del adulto sino también a prevenir los riesgos de la tercera edad.

En consecuencia, se sugiere lo siguiente:

- Unificar las normas relativas a la práctica de exámenes de salud con vistas a obtener de los mismos la máxima rentabilidad sanitaria.
- Para la realización de dichos exámenes se utilizarán los recursos necesarios del conjunto del sistema sanitario-asistencial.
- Los datos recogidos de los exámenes de salud referentes a situaciones patológicas, factores de riesgo, causas de enfermedad y otros, por poseer valiosísimo interés epidemiológico, deberán ser facilitados a la Administración sanitaria pública para ordenar futuros programas de acción preventiva o asistencial de enfermedades crónicas o degenerativas.
- La educación sanitaria deberá ser programada prestando especial atención a los aspectos relacionados con los riesgos laborales, utilización del ocio, fomento de la actividad física y deporte, hábitos nocivos para la salud y otros.

El primer párrafo es desafortunado y algunas de sus frases ("... por tratarse de un grupo esencialmente productivo...") podrían justificar la concepción que Laura Conti tiene de la función de la medicina y del médico en la sociedad capitalista: preservar e incluso fomentar la competencia industrial, asegurando a los trabajadores las "reparaciones" de su salud para que puedan mantenerse activos en su papel de "máquinas productivas".

Aparte del desacierto del primer párrafo, nos remitimos, en relación con el tema de los exámenes de salud o chequeos, a lo expuesto en nuestros comentarios al epígrafe 20 y, respecto al fichero, al análisis crítico del punto 16.

26. Geriatria y tercera edad

El especial interés sanitario por las personas de sesenta y cinco y más años de edad viene determinado por su significación cuantitativa (10,3 por 100 de la población total), por su vulnerabilidad física, psíquica y social, por la enorme influencia de los factores sociales en dicha edad y por la repercusión de la misma sobre el colectivo general, máxime si se tiene en cuenta la tendencia al envejecimiento progresivo de la población.

El momento especialmente crítico de la jubilación supone tanto un posible trauma para el jubilado como después una sobrecarga económica cada vez mayor para la población activa.

Las actuaciones preventivas en este terreno requieren:

- Garantizar al anciano una asistencia sanitaria que, en éste más que en ningún otro caso, debe ser totalmente integradora de las vertientes preventiva, terapéutica y rehabilitadora, y cuyas atenciones lleguen, siempre que sea necesario, a su propio domicilio.
- Garantizar al anciano la asistencia social necesaria para evitar la soledad y el abandono, con sus inevitables consecuencias patológicas, aumento de hospitalización, etc.
- Procurar que el entorno físico en que se desenvuelve la vida del anciano esté desprovisto al máximo de factores nocivos y, por el contrario, facilite y aumente su bienestar.

En nuestro país, actualmente, los tres millones y medio de personas de más de sesenta y cinco años suponen:

- La ocupación del 35 por 100 de las camas hospitalarias y el 30 por 100 de las psiquiátricas.
- Cuatro veces más asistencia médica a domicilio que la población adulta.

La ocupación de 62.000 plazas en residencias de ancianos, la mitad de los cuales, aproximadamente, sufren procesos crónicos y el 16 por 100 procesos mentales.

Existe multiplicidad y dispersión de servicios e instituciones dedicados a la asistencia médica y social de los ancianos.

Se estiman insuficientes en cantidad y calidad las 62.000 plazas en residencias geriátricas.

Existe un Plan Gerontológico Nacional de la Seguridad Social, aprobado por Orden de 26 de febrero de 1971, orientado fundamentalmente a la creación de hogares, residencias, centros geriátricos, ayuda a domicilio

y turnos de vacaciones; todo ello mediante una acción directa o concertada con otras entidades públicas o privadas.

En consecuencia, se sugiere:

- Que la asistencia sanitaria integrada al anciano se asegure a través de la Red Nacional de Centros y Servicios Asistenciales, que deberá adecuar sus recursos para facilitar al que los necesite el acceso y utilización de los mismos, que, cuando sea necesario, llegarán al propio domicilio.
- Que, como la mayor parte de la población de más de sesenta años son ya beneficiarios del sistema de Seguridad Social, razones de justicia social y, al mismo tiempo, de facilidad práctica, aconsejan que se considere para el futuro la inclusión de la población de los mayores de setenta años en la prestación sanitaria del sistema de Seguridad Social.

Se considera importante el funcionamiento de unidades geriátricas en los hospitales generales.

Asimismo, los servicios de geriatría y de rehabilitación especializados en la tercera edad deben tener un carácter especialmente abierto para facilitar su utilización por los pacientes ancianos.

- Aunar todos los actuales esfuerzos nacionales, públicos y privados, e incrementarlos en la medida necesaria para que la asistencia social en esta edad obedezca a una planificación racional.
- Estudio y construcción o habilitación de residencias y de centros abiertos para estancias de día o de temporada, en los que el anciano pueda beneficiarse de la debida asistencia sanitaria y social sin ver se desinsertado del hogar familiar.
- Dictar las oportunas normas para que el medio ambiente sea adecuado a las necesidades vitales del anciano, en lo referente a construcción de viviendas, transportes, espacios verdes, etc.
- Utilizar los recursos de educación sanitaria y de asistencia social para procurar que al anciano, o personas que le atiendan, llegue la información suficiente sobre sus posibilidades de acceso a los instrumentos asistenciales, preventivos y sociales.
- Estudiar la posibilidad de paliar el problema individual y colectivo de la jubilación mediante técnicas tales como la cesión gradual de responsabilidades, talleres especiales, etc.
- Fomentar la permanencia del anciano en el hogar familiar mediante desgravaciones fiscales u otras ventajas de índole económica o social.

La importancia cuantitativa de los recursos necesarios para la adecuada atención sanitaria en la tercera edad y su íntima vinculación con la asistencia social aconsejan una planificación conjunta de ámbito nacional.

Las consideraciones que hace el Informe aquí están fundadas en algunos datos y, atinadamente, no se limitan a los aspectos sanitarios, sino que tienen en cuenta también los sociales, tan decisivos en este sector. Sin embargo, entre las cifras informativas no se incluyen algunas fundamentales como son: la renta per cápita de esos tres millones y medio de personas de más de sesenta y cinco años de nuestro censo; el porcentaje de esa población que puede considerarse desprovista de recursos; la estimación de la cantidad mínima que mensualmente debería recibir cada anciano para que sus ingresos esten de acuerdo con el nivel de vida general o con el salario mínimo de un trabajador, etc. Y respecto a las cuestiones sociales, solo se formulan declaraciones de principios y algunas de las conclusiones

sugeridas se hallan entre la generalidad y la utopía. Por ejemplo, "dictar las oportunas normas para adecuar a los ancianos en lo referente a la construcción de viviendas, transportes, espacios verdes, etc.", o "estudiar la posibilidad de paliar los problemas individuales y colectivos de la jubilación mediante técnicas tales como la cesión gradual de responsabilidades, talleres especiales, etc.". Serían necesarias medidas más realistas, precisas e incisivas para conseguir que la sociedad de hoy perciba el hecho socio-cultural de que los ancianos enriquecen su entorno y que la experiencia que ellos poseen es, en verdad, de un valor inmenso para la comunidad -que se despilfarra- y que, primero por ellos y después por la comunidad, deben integrarse -y hay modos de hacerlo- en la dinámica social.

V. ORGANIZACION GENERAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA

27. Condiciones básicas de la organización de la asistencia sanitaria

Una organización de la asistencia sanitaria exige la disposición y puesta a punto de una estructura estática y dinámica capaz de cumplir los compromisos asistenciales contraídos por el Estado o los organismos intermedios respecto de un determinado colectivo.

Ello supone:

- a) Una red institucional sanitaria de centros y servicios convenientemente distribuidos geográficamente y debidamente conectados entre sí.
- b) La disponibilidad del personal sanitario en cantidad y calidad adecuada para la demanda asistencial de la comunidad, y
- c) Unos criterios de organización capaces de hacer funcionar la estructura asistencial.

Consecuentemente, los tres puntos señalados exigen:

- a) Una doctrina hospitalaria y de las instituciones correspondientes.
- b) Una política de formación, selección, vinculación, perfeccionamiento y promoción del personal sanitario, y
- c) Unos principios de funcionamiento que hagan posible una asistencia sanitaria correcta en el lugar adecuado, con los medios necesarios y el personal competente para ello.

Tal como ha sido tratado, este epígrafe no tiene razón de ser. Se expresan en él principios y exigencias genéricas desconectadas de la realidad de nuestro país. Lo que el Informe dice puede referirse tanto a España como a cualquier otra comunidad nacional. Y lo que de verdad importa es precisar, hic et nunc, las condiciones de la organización de la asistencia sanitaria española. Al no hacerlo así, este punto deviene en una pura abstracción.

28. Medicina de familia

Por razones de orden histórico y social la Medicina de familia atraviesa una auténtica crisis, que contrasta, sin embargo, con el criterio gene

ralmente admitido de que constituye algo fundamental e insustituible para un adecuado funcionamiento de toda organización asistencial.

El médico de familia -especialmente en el medio rural- practica un ejercicio profesional amplio, polidimensional, no especializado -en el sentido estricto de la especialización técnica, aunque sí en cuanto a su vocación especializada-, que presta asistencia completa al individuo y a la familia y orienta a los enfermos hacia los servicios especializados e institucionales. Tiene, además, una acción sobre la colectividad en el orden de la prevención, de la educación sanitaria y de la promoción de salud. El ejercicio médico de familia dedica una importante actividad en orden a la salud mental de la población y cumple obligación de orden médico legal en lo tocante al Registro Civil y a la Medicina forense. Por último, ejerce su acción asistencial a las fuerzas militares locales y a los destacamentos militares desplazados ocasionalmente en el medio rural.

El ejercicio médico de familia exige, por consiguiente, una dedicación completa y permanente y una vocación decidida y altamente motivada.

El médico de familia en el medio urbano es, por supuesto, un médico general, pero es mucho más que eso. Es decir, no puede definirse, en modo alguno, por caracteres negativos de especialización, ni por condicionamientos residuales de tipo extravocacional, sino que constituye una modalidad de ejercicio suficiente en sí mismo para decidirse positivamente por él. Porque su concepto fundamental deriva de la necesidad de integración de todas las actividades médicas especializadas, conservando la unidad en la consideración conjunta del proceso de enfermedad. Se trata de seguir considerando individualmente al enfermo, personalizando su situación y reconstruyendo todos los elementos de su vida personal desde el punto de vista de su condición de enfermo. Es muy posible que el médico de familia no asuma la responsabilidad directa de demasiados problemas patológicos excepcionales, pero acumula la más alta experiencia en el estudio de enfermos.

El tipo de formación que hoy se facilita en las Facultades de Medicina predispone para un ejercicio profesional rigurosamente tecnificado, exageradamente especializado y limitativamente hospitalario. Es decir, no se prepara al futuro médico de familia, y mucho menos para ir a zonas rurales o semiurbanas.

El sistema de selección de médicos de familia se hace mediante oposición para el ingreso en el Cuerpo de Médicos Titulares, que ejercen predominantemente en las zonas rurales, o mediante concurso-oposición para médico de zona de la Seguridad Social, en las ciudades. Contrastan ambos sistemas, rígidos y lentos, con la facilidad del concurso de méritos, que se adapta mejor a las características de la profesión médica y que, de hecho, se utiliza para cubrir puestos de trabajo médicos en los servicios hospitalarios.

La tajante división entre el ámbito rural (médicos titulares) y el urbano (médicos de zona), con un régimen jurídico y una dependencia administrativa distinta, responde a razones que han perdido su vigencia.

La responsabilidad profesional y, sobre todo, social y humana del médico de familia es más directa y personal, y no se ampara fácilmente en el trabajo en equipo o en el uso de técnicas o instalaciones sofisticadas.

El médico de familia en zona rural tiene muy limitadas sus perspectivas de promoción profesional. Nada justifica esa innecesaria "adscripción a la tierra", que, en definitiva, resulta inefectiva.

En las zonas urbanas, las visitas domiciliarias han quedado reducidas al grado mínimo, y en muchos casos se realizan por terceras personas. Toda

la esencia del concepto "médico familiar" desaparece. El médico de zona, el médico general, se reduce a "pasar" la consulta en las instituciones ambulatorias de la Seguridad Social, en forma generalmente masificada, apresurada e insatisfactoria.

Es, ciertamente, frustrante la imagen de ser un mero trámite para la gratuidad de la especialidad farmacéutica o para el acceso al servicio médico especializado.

No es, ciertamente, fácil sugerir medidas en una materia tan delicada y llena de matices como es la Medicina de familia, donde los aspectos vocacionales, de entrega profesional y de espíritu de servicio son fundamentales. Es a la misma profesión médica, individual y corporativamente, a quien incumbe, en forma insustituible, su mantenimiento.

Hecha esta importante salvedad, se sugieren las siguientes medidas:

1ª Debe fomentarse y prestigiarse el ejercicio profesional de la "Medicina de familia", a tiempo completo.

La denominación de "médico de familia", la categoría, la antigüedad y la plenitud de derechos económicos y profesionales debe corresponder al facultativo que haga de la "Medicina de familia" su carrera profesional.

En todo caso debe distinguirse claramente de la dedicación marginal, fragmentaria, "por horas", que, en muchos casos deteriora gravemente la asistencia, carece de raíz comunitaria, degrada la imagen de la profesión médica y, en cierto modo, puede suponer un régimen competitivo desigual o injustamente privilegiado.

2ª La enseñanza impartida en las Facultades de Medicina debe estructurarse no solamente en orden a la futura formación especializada, sino también con vistas al ejercicio de la Medicina de familia.

3ª La formación posterior a la licenciatura, de carácter eminentemente práctico, incluirá la práctica, durante un año, en centros y servicios de maternología, pediatría, urgencias médicas y quirúrgicas y el ejercicio profesional durante un plazo mínimo de seis meses, como ayudante o colaborador de un médico de familia en zona rural o semiurbana.

Acreditada la suficiencia de esta etapa de formación, el interesado podrá tomar parte en todos los concursos de méritos para la provisión de plazas de "Medicina de familia", tanto en zonas rurales como urbanas.

4ª El actual Cuerpo de Médicos Titulares y las plazas de médicos de zona de los servicios sanitarios de la Seguridad Social deben ser objeto de una común reestructuración.

En principio, se sugieren las siguientes directrices:

a) Delimitación del número de plazas que han de quedar adscritas a los servicios de la sanidad pública, sin cometido asistencial, para el ejercicio de funciones inspectoras, de control epidemiológico y de defensa de la salud colectiva. Dichas plazas pasarán a integrarse en las correspondientes escalas de funcionarios de la sanidad pública.

b) Integración de la mayor parte de las plazas de médicos titulares y de médicos de zona de la Seguridad Social en la nueva estructura asistencial correspondiente a los "médicos de familia".

No hay inconveniente en conservar la tradicional denominación de "médicos titulares".

Sus funciones serán: las correspondientes a la asistencia médica general, en sus propias consultas, en visita domiciliaria, en los centros comarcales y en los ambulatorios y centros de diagnóstico; las de medicina

preventiva, promoción de la salud individual y educación sanitaria de la población, inseparables a su función asistencial, y las de colaboración con las autoridades sanitarias y, en su caso, con las judiciales, cuando sean expresamente requeridos con arreglo a las disposiciones vigentes.

El régimen retributivo parece que deberá contemplar:

- Una retribución básica.
- Una retribución complementaria por aislamiento, obligaciones adicionales o circunstancias singulares.
- Premios de antigüedad y continuidad, y
- Una retribución por población asistida.

Se considera importante que los incrementos retributivos, la promoción a puestos más cualificados y las distinciones honoríficas guarden relación con la permanencia e íntegra dedicación al servicio, los esfuerzos de perfeccionamiento profesional y, no obstante su difícil evaluación, con la calidad profesional y humana de la asistencia. El funcionamiento de comisiones mixtas del organismo gestor y de la Organización Médica Colegial, con representación de los usuarios y de los interesados, puede ser útil a este respecto.

5ª Finalmente, deben considerarse fórmulas adicionales de promoción del "médico de familia": acceso a puestos hospitalarios de medicina interna y pediatría general, especialización en estas materias, reserva de plazas de médico general en hospitales para crónicos, residencias de ancianos, balnearios, médicos de higiene y seguridad en el trabajo, médicos de empresa, médicos de los servicios generales de la administración sanitaria y de la sanidad pública.

Cuanto antecede es asimismo de aplicación a las profesiones auxiliares sanitarias, de acuerdo con la naturaleza de sus diferentes actividades asistenciales.

Situada en primera línea, la medicina de familia es, como dice el propio informe, "fundamental e insustituible para un adecuado funcionamiento de toda la organización asistencial". Y, desde luego, "no es fácil sugerir medidas" sobre un tema de tanta trascendencia. Queremos reconocer tales dificultades antes de comentar críticamente las disposiciones y directrices que el Informe propone.

En primer lugar, entendemos, contrariamente al Informe, que no es "a la misma profesión médica, individual y corporativamente, a quien incumbe, de forma insustituible, el mantenimiento del médico de familia". Justamente porque tiene un carácter fundamental y su ordenación es requisito básico para la asistencia sanitaria en general, la medicina familiar compete de modo particular a los órganos rectores de la sanidad. Que éstos escuchen a la organización médica colegial es conveniente y sin duda necesario, como lo es también que se arbitren los cauces para que el ciudadano español pueda participar activamente en una cuestión que tanto le afecta. Pero la responsabilidad de regular y regir eficazmente la medicina de familia recae en los órganos oficiales de la sanidad española.

De otra parte, las medidas que el Informe propone a fin de fomentar y prestigiar el "ejercicio de la medicina de familia a tiempo completo" no son en su mayoría, a nuestro juicio, acertadas y algunas, incluso, nos parecen contraproducentes. Los estímulos principales que se ofrecen -régimen retributivo generoso y un nuevo escalafón- presentan un claro carácter extraprofesional y son insuficientes para atraer a jóvenes médicos a la vanguardia asistencial. Y los in-

centivos adicionales -facilidades para acceder a puestos hospitalarios y reserva de plazas en residencias, balnearios u otros cuerpos determinados- no son motivos de ánimo, sino más bien de desánimo. Conforman una imagen del médico de familia como profesional de categoría inferior o en situación de ejercicio secundario y transitorio, que se cumple con el fin de obtener ventajas que simplifiquen el acceso a una medicina más alta o a puestos más calificados. Dicho de otro modo: el ejercicio de la medicina de familia se prevé en el Informe, en cierto grado, como un trabajo de menor categoría, provisional y poco exigente en calidad. Mientras que para ejercer como médico especialista, en las residencias de la Seguridad Social y en otros centros, se requiere en la práctica -aunque no en la ley- un año de internado y tres de residencia en un hospital, el Informe propone para el médico de familia una formación postgraduada simplísima, "de carácter eminentemente práctico, incluirá la práctica, durante un año, en centros y servicios de maternología, urgencias médicas y quirúrgicas, y el ejercicio profesional durante un plazo mínimo de seis meses como ayudante o colaborador de un médico de familia en zona rural o semiurbana" (*). Así se califica, desde un principio, al médico de familia como "médico de segunda" cuyo prestigio, naturalmente, es igualmente de segunda. ¿Qué atractivo puede tener tal figura y tal ejercicio profesional para los graduados en medicina que contemplen la posibilidad de ingresar como internos y residentes para hacerse "prestigiosos" especialistas? ¿Se nutrirá el cuerpo de médicos de familia de aquéllos que, por limitaciones personales de distinta índole o por limitaciones de medios formativos, vean reducidas sus opciones profesionales?.

A nuestro juicio, la revalorización de la medicina de familia y de su ejercicio solo puede alcanzarse atendiendo a:

- a) **Cambiar profundamente** la forma del ejercicio. Nada dice el Informe sobre este aspecto, verdaderamente inexcusable. El médico de familia debe sentirse plenamente médico; ejercer sin premuras, servir a los enfermos, integrarse en la comunidad, merecer su consideración. La organización sanitaria tiene que establecer un sistema de interrelación del médico de familia con las asociaciones vecinales o instancias similares. En otros países se han establecido ya los llamados "Centros de Salud Integrados". Su estudio, con vistas a su posible instalación en España, nos parece del máximo interés.
- b) **Incardinar al médico de familia en la red hospitalaria y asistencial.** El médico de familia no puede ser un extraño en el hospital más cercano, sino un médico anejo, es decir, un médico que "pertenece" sanitariamente, aunque no administrativamente, al hospital y cuyo lugar de trabajo está fuera del centro al que debe siempre mantenerse unido.
- c) **Prestigiar la especialidad.** El tiempo y las exigencias de formación del médico de familia deben ser, cualitativa y cuantitativamente, similares a los de otros especialistas. Si no conviene profesionalmente que se especialice en un hospital de modo permanente, podría hacerlo, tal como el Informe propone, en el hospital y fuera de él, pero sin que ello suponga disminución de los requerimientos formativos en ningún orden.

(*) Los subrayados son nuestros.

- d) **Prestigiar el ejercicio.** El mayor prestigio de la práctica médica familiar vendrá dado por el cumplimiento de los puntos anteriores, así como también por un régimen retributivo generoso, que ya se contempla en el Informe.

29. Asistencia médica especializada

El concepto vulgar de "especialista" era, y en muchos casos sigue siéndolo, el de aquel médico que había alcanzado un nivel superior de conocimiento.

En la actualidad, el ritmo creciente y acelerado de la especialización, la división y subdivisión de anteriores especialidades médicas en campos más concretos de estudio, viene, en cierto modo, a avalar esa creencia vulgar, añadiéndose, en muchos casos, la espectacular utilización de instrumentos y técnicas complicados de reciente creación y de difícil manejo.

El mismo éxito de la medicina especializada pone en peligro no sólo la medicina de familia, sino también la adecuada integración de la asistencia médica especializada en el conjunto de la organización sanitaria. En líneas generales, se produce un innecesario desplazamiento de la asistencia desde la medicina de familia a la especializada y desde la medicina extrahospitalaria hacia la hospitalaria. Las consecuencias son un abandono de la medicina de familia, un empobrecimiento de la misión especializada y un encarecimiento y eventual bloqueo de la asistencia hospitalaria.

La asistencia médica especializada está concentrada, prácticamente en su totalidad, en el medio urbano.

Por razones obvias de formación y de posibilidad de utilización de equipos asistenciales, el desarrollo de las especialidades médicas ha estado siempre muy vinculado al sector público: facultades de medicina, hospitales clínicos, hospitales de la Sanidad Nacional y de las Corporaciones locales, así como a algunas clínicas privadas de alto nivel asistencial.

Todavía más destacadamente, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, por la coincidencia en el tiempo entre su establecimiento y expansión con la creciente especialización de la medicina, por las características predominantemente urbanas de su estructura asistencial y por el hecho de incluir en sus cuadros a la inmensa mayoría de los facultativos especialistas, influye decisivamente en esta materia, en la que, además, ca sí no existe otra normativa de organización.

En líneas generales, puede sintetizarse la estructura de la asistencia médica especializada en los siguientes apartados:

- a) Consultorios y hospitales privados.
- b) Dispensarios de sanidad pública.
- c) Consultas de especialidades en los ambulatorios.
- d) Centros de diagnóstico y tratamiento.
- e) Servicios de especialidades de los hospitales.

Los dispensarios de sanidad pública realizan funciones preventivas y asistenciales especializadas en sectores muy concretos. Dichas funciones y cometidos pueden quedar integrados en una estructura asistencial que lleven a cabo funciones de medicina preventiva, de acuerdo con las directrices y programas establecidos por las autoridades sanitarias.

Las consultas de especialidades de los ambulatorios responden al propósito de incorporar los "especialistas" al esquema de asistencia extrahospitalaria de la Seguridad Social, creando las plazas en proporción al número de beneficiarios y según coeficientes estimados para cada especialidad.

El sistema de provisión de las plazas y su régimen retributivo son consecuentes con el carácter meramente acumulativo de su creación. Su función asistencial queda tan desconectada del resto de la organización sanitaria como el consultorio privado. A todo ello, ha de añadirse la falta de programación de las visitas, los horarios reducidos y, en muchos casos, una demanda masiva, a veces innecesaria, en la que se reflejan los mismos defectos de la asistencia general o pediátrica.

Fue para remediar estos defectos por los que se creó el nuevo sistema de centros de diagnóstico y tratamiento, racionalmente estructurados, con dotaciones equilibradas de personal especializado, con jornada de seis horas diarias y retribución fija y funcionalmente vinculadas a las instituciones hospitalarias.

El nuevo sistema ha tropezado, sin embargo, con dificultades graves para su desarrollo al respetarse íntegramente la situación anterior y operar sobre la misma población protegida.

Finalmente, la asistencia especializada en los hospitales, prácticamente desconectada de la ambulatoria, presenta una problemática distinta y común a todo el sistema hospitalario.

A la vista de cuanto antecede, se sugieren las siguientes directrices o consideraciones:

a) Deben llevarse a cabo estudios más completos y exhaustivos en relación con cada especialidad médica, toda vez que son muy distintas las circunstancias que concurren en cada una de ellas.

b) La enseñanza y la formación médica especializada es una función incorporada a los hospitales y centros sanitarios, de acuerdo con la naturaleza y características de cada uno de ellos, previa acreditación.

c) La asistencia médica especializada debe centrarse preferentemente en los hospitales y en los centros de diagnóstico y tratamiento, evitando los obstáculos que impidan su desarrollo.

d) Integración progresiva de la función dispensarial especializada de sanidad pública en los hospitales y centros de diagnóstico y tratamiento.

e) Y ordenación unitaria de la carrera, promoción profesional y régimen retributivo de los especialistas.

Las premisas fundamentales que el Informe establece y el diagnóstico de los problemas creados por el "éxito de la medicina especializada" (concepción vulgar del especialista como médico de superior nivel de conocimientos y prestigio, y desplazamiento innecesario de la asistencia sanitaria desde la medicina de familia hacia la especializada y desde la medicina extrahospitalaria hacia la hospitalaria, por ejemplo) son, a nuestro juicio, acertados, pero no se corresponden con las directrices que el Informe sugiere como medidas de solución de esos problemas.

A nuestro entender, basta una actitud más resumida y directa: desmitificar la actual medicina especializada reduciéndola en el conjunto de la asistencia médica integrada a sus límites naturales, ahora rebasados. Ciertamente que el avance de los conocimientos médicos y su constante expansión suponen una auténtica e inevitable dinámica especia-

lizadora. Pero ello no impide que, en la estructura sanitaria, la hoy llamada medicina especializada deba ceder sitio a la medicina general o medicina de familia, en el caso de que llegara a ser ésta una especialidad de igual rango que las demás. La solución al exceso de especialización reside, paradójicamente, en aumentar ésta todavía más, de tal modo que toda la medicina sea especializada. Una adecuada representación plástica de la figura del médico de familia especialista sería la de un eje. Las cuatro propuestas que formulamos en el epígrafe anterior, más las acciones convenientes para la difusión del prestigio y valor social de la medicina general (32), podrían constituir un remedio eficaz para reducir la hipertrofia de la demanda del consumo médico especializado.

Las medidas que el Informe sugiere (llevar a cabo estudios más completos en relación con cada una de las especialidades médicas; convertir el hospital en el centro de enseñanza, formación y ejercicio de la medicina especializada -cosa que ya es en la práctica-; ordenar de un modo unitario la carrera, promoción y retribución de los especialistas, etc.) son, sin embargo, como hemos dicho, poco coherentes con la situación actual. En realidad, no son otra cosa que expresiones de una actitud ambigua y dilatoria que no conduce a ninguna parte.

En el Informe se echa de menos, una vez más, la ausencia de datos estadísticos fundamentales como punto de apoyo de los propósitos reformadores. Se ignora así el número de actos médicos de medicina general y el número de actos médicos de medicina especializada; el número de ejercientes en cada especialidad (decimos ejercientes porque, de hecho, hay médicos que ejercen dos o más especialidades simultáneamente), etc.

A todo lo dicho habría que añadir dos aspectos esenciales también omitidos en el Informe: cuantificar las necesidades y normalizar la formación. Conocer el número de especialistas de cada rama que son necesarios -y que pueden serlo en la "sanidad reformada"- y regular su formación de tal modo que la **calidad** y la **eficacia** de la práctica de la medicina especializada queden garantizadas. A este respecto, es ineludible y urgente el desarrollo -redacción del reglamento- de la ya antigua pero útil Ley de Especialidades, sobre la que habrá que volver más adelante. (Naturalmente nos referimos a un desarrollo actualizado).

30. Asistencia psiquiátrica

La asistencia psiquiátrica es, sin duda, el sector más rezagado, deprimido y marginado de la sanidad española.

España cuenta con 43.786 camas de asistencia psiquiátrica hospitalaria, lo que representa un índice de 1,38 por 1.000 habitantes.

(32) Recuérdesse que la serie televisiva "Marcus Welbey, M.D." fue producida por la American Medical Association para prestigiar la imagen del médico de familia.

Más importante que la limitación de esta cifra es la baja calidad asistencial, determinada por la antigüedad y tamaño de los edificios e instalaciones, alto índice de ocupación y escasa rotación o movilidad. En su mayor parte sigue siendo el tipo asilar, con escasa dotación de personal sanitario cualificado.

La asistencia psiquiátrica extrahospitalaria es todavía más insuficiente en su cuantía. Además está fragmentada, carente de coordinación entre sí y desconectada de la red hospitalaria, tanto general como psiquiátrica.

En su conjunto, puede afirmarse que la asistencia psiquiátrica sigue siendo, en su inmensa mayoría, benéfica, gratuita, graciable, asilar y sanitaria y socialmente marginada.

La deficiencia del sistema asistencial psiquiátrico infunde poca confianza en otros ámbitos de la medicina y de la sociedad.

La Seguridad Social no incluye como prestación obligatoria la hospitalización psiquiátrica, si bien "las Mutualidades laborales podrán conceder auxilios económicos" (ordenes de 21 de abril de 1967 y 24 de septiembre de 1968).

Las Diputaciones Provinciales han iniciado o llevado a cabo la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, con créditos o subvenciones previstos en el II y III Plan. Pero esta mejora no viene completada con una adecuada red extrahospitalaria, ni respaldada por una financiación suficiente de los gastos de sostenimiento.

A la vista de todo ello, se estima que la asistencia psiquiátrica debe constituir un objetivo prioritario en el cuatrienio 1976/1979.

Los programas deben ir orientados no tanto al incremento del número de camas de hospitalización psiquiátrica, como a la mejora sustancial de sus niveles asistenciales y al desarrollo de programas comunitarios de salud mental.

El problema del personal auxiliar y no titulado de asistencia psiquiátrica es particularmente importante. Su escasez condiciona las posibilidades de un desarrollo asistencial. Su preparación y formación es, por tanto, prioritaria. Asimismo debe considerarse la distribución territorial y dedicación del personal facultativo.

La estructura de la asistencia psiquiátrica debe configurarse teniendo en cuenta:

- 1º La psiquiatría debe dejar de ser una atención sanitaria marginada.
- 2º La prevención de las enfermedades psiquiátricas y la promoción de la salud mental no son separables de la función asistencial.
- 3º Es importante la participación y colaboración de los médicos de familia y de los hospitales generales.
- 4º Debe continuarse la transformación de los hospitales psiquiátricos, de carácter custodial y asilar, en hospitales dinámicos, integrados en el conjunto del equipo asistencial, proyectados hacia la comunidad social y apoyados por una diversificada red extrahospitalaria: centros y servicios de salud mental, hospital de día, talleres protegidos y residencias de postcura.
- 5º La reinserción de los enfermos tratados en la sociedad requiere un apoyo sanitario y una protección social.

La asistencia y hospitalización psiquiátrica debe quedar incluida como prestación sanitaria del sistema de Seguridad Social.

Se trata, sin duda, como dice el Informe, del sector más marginado de la sanidad española. Nosotros añadiríamos que también del más menospreciado por nuestra sociedad. Faltan sin embargo, una vez más, datos fundamentales en los que apoyar la acción reformadora (por ejemplo, el número de médicos de esta especialidad, el del personal auxiliar y personal no titulado y, sobre todo, el número de enfermos a los que ha de atender), datos imprescindibles a todas luces para calificar de prioritario este sector asistencial (33).

Se aprecian, por otra parte, ideas contradictorias. Así, mientras el Informe formula recomendaciones (prolongar lo menos posible las estancias, reinserción social, etc.) que pretenden, según parece, que en lo sucesivo deje de concebirse el manicomio en España como un instrumento de defensa al servicio de la sociedad más que como un lugar de cuidado y atención al enfermo, no hay referencia alguna a los derechos humanos y cívicos del enfermo mental, ni a un programa de reformas legales y administrativas, sin las cuales todo se reduce a consejos tan buenos como inútiles.

En otro orden de cosas, se propugna la inclusión de la asistencia y hospitalización psiquiátricas entre las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, pero no se precisan los criterios médicos, al menos los fundamentales, que deben regir la asistencia psiquiátrica a cargo de la Seguridad Social. Esta se contempla sólo como proveedora de recursos económicos, sin tener en cuenta que de no subsanar se las deficiencias actuales de su asistencia, el hecho de que se incluya la psiquiatría hospitalaria en la Seguridad Social no significa sin más que ésta mejore. Quizá al contrario. A la vista de la experiencia de la actual experiencia psiquiátrica ambulatoria en la Seguridad Social, fundada en una masiva prescripción de tranquilizantes, bien puede decirse que los problemas de la atención psiquiátrica no se resolverán únicamente con los recursos de la Seguridad Social.

Hay, además, otro aspecto importante que omite el Informe, a saber: la extensión de la psiquiatría privada, sea o no de lujo, considerada por algunos como el principal obstáculo para la mejora de la psiquiatría pública. Así como en otras actividades sanitarias el trabajo privado puede ser o no complementario, pero no requiere una revisión a fondo de su incidencia en la asistencia pública, en psiquiatría es **absolutamente imprescindible** definir este punto.

Falta también en el Informe el concepto de equipo, fundamental en la psiquiatría actual, y otro tanto ocurre con la psiquiatría "ex-tramuros", esto es, con la participación del psiquiatra -cada vez más extendida fuera de España- en instituciones que no son el hos

(33) La Comisión Interministerial disponía de estos datos, como puede deducirse de un editorial publicado en *Tribuna Médica* (núm. 623, del 29 de agosto de 1975), en el que se dice: "según estadística estimativa de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, existen en España 40.000 enfermos mentales hospitalizados, 350.000 enfermos mentales graves, 350.000 epilépticos y 800.000 alcohólicos, además de otros grupos no cifrados con alteraciones mentales de menor entidad" (El subrayado es nuestro).

pital ni la consulta psiquiátrica, tales como los servicios de aco
gida diurna y nocturna de drogados, centros de orientación conyu-
gal, dispensarios antialcohólicos, centros de prevención de la de-
lincuencia juvenil, etc.

Por último, el Informe concibe, a nuestro juicio, con desmesurada
amplitud, la asistencia psiquiátrica al considerarla inseparable
de la prevención, como si ésta estuviera incluida en aquélla. Cier-
to que la asistencia y la prevención son tareas que con frecuencia
se realizan (en este sector, como en otros) simultáneamente. Pero
entendemos que la profilaxis y la promoción de la salud mental es
fundamentalmente una cuestión social tanto como médica. Por supues-
to que deben intervenir las instancias sanitarias, pero la solución
reside básicamente en una más adecuada justicia y armonía de las
estructuras sociales. Nos damos cuenta de que es éste un objetivo
lejano y hasta de matiz utópico en el presente. Ello no es obstácu-
lo para que se distinga con exactitud la labor asistencial de la
preventiva. El Informe tendría que haber consignado las debidas re-
ferencias a la sociedad patógena actual y al poder alienante de
sus estructuras competitivas y explotadoras, así como a la necesi-
dad de una educación sanitaria respecto a la higiene mental. Con
cuidado -que en este campo debe ser exquisito- de no medicalizar
más de lo justo.

31. Dinámica de la asistencia sanitaria

Toda la organización sanitaria debe vincularse a una red institucional
configurada en distintos niveles desde el centro subcomarcal hasta el hos-
pital regional, pasando por el comarcal y el provincial.

El hospital regional es el órgano asistencial y de dirección de la asis-
tencia en su región correspondiente. La utilización de las instituciones
de los distintos niveles debe realizarse de modo dirigido desde los nive-
les inferiores a los superiores, de tal forma que sea responsable y razo-
nado, con el debido atenuamiento a un principio elemental de subsidiarie-
dad y jerarquización.

Los distintos niveles asistenciales se corresponden con su equivalente
en cuanto a la contribución, a la formación de personal y a la investiga-
ción epidemiológica, clínica y básica.

Dibuja este punto una dinámica nacional e inconcreta. Todo queda
vinculado a algo tan centralizador y vago como es "una red institu-
cional configurada en distintos niveles". Se dice, es cierto, que
"el hospital regional es el órgano de asistencia y de dirección de
la asistencia en su región correspondiente"; pero es obvio que la
facultad de dirección es una facultad escalafonal, derivada de su
jerarquía y volumen sanitarios y no de su carácter regional. Se es-
tablecen modelos sin considerar que cada región, de acuerdo con
las características físicas, patológicas y humanas que le son pro-
pias, puede y debe construir el suyo propio.

La dinámica de la asistencia sanitaria en España jamás pudo unifor-
marse para todo el territorio, sino construirse por la suma de di-

námicas regionales distintas. Lo cual, por supuesto, no quiere decir que la política nacional de salud, elaborada con la participación de las sociedades regionales y aprobada por los órganos parlamentarios, pudiera ser rechazada por las asistencias regionales, sino, simplemente, que la política nacional de salud se aplicaría en cada región del modo más adecuado a las características de todo orden de esa región.

32. Servicios de urgencias

La asistencia de urgencia es una modalidad asistencial que ha de estructurarse integrada en la ordenación sanitaria general, en su planificación y programación geográfica.

En el medio rural y subcomarcal, carente de centros hospitalarios, la asistencia de urgencia la asumirán los médicos de familia. Cada zona geográfica tendrá establecido un programa adecuado de evacuación de enfermos a distintos niveles hospitalarios.

En los medios urbanos dotados de instituciones hospitalarias, éstas que darán responsabilizadas de la asistencia de urgencia tanto hospitalaria como extrahospitalaria que realizarán a través del personal de la propia institución.

Estamos ante una de las deficiencias más graves de la sanidad española que el Informe, como en otros puntos, resume y simplifica en exceso, cuando la asistencia urgente -aun siendo buena- entraña siempre gran complejidad. En primer lugar porque, indudablemente, quien define en principio la urgencia y provoca la llamada es por lo general un profano en medicina: la persona que se siente enferma o sus familiares. Y es obvio que un profano puede confundir lo aparatoso con lo urgente o, por el contrario, minimizar síntomas serios. Nada dice el Informe sobre la definición de la urgencia, aspecto vital que en varios países es objeto de estudio y hasta de experimentación (por ejemplo, en Francia, las llamadas en demanda de asistencia urgente son recibidas por un médico que inquiere sín tomas o aclaraciones y decide si pone en marcha o no el Servicio de Urgencia, cuyo teléfono desconoce el público. Es decir: hay un centro médico que "filtra" las llamadas.

Tampoco comenta el Informe otro aspecto principal: el acceso al enfermo del médico acompañado de los elementos terapéuticos precisos y, posteriormente, si se hace necesaria, la evacuación del enfermo a un centro hospitalario debidamente dotado; acceso y evacuación que suponen contar con medios de transporte suficientes, incluso extraordinarios -valorados por su utilidad-, tanto en zonas rurales como en capitales importantes (en París, por ejemplo, se utiliza últimamente la motocicleta para acudir a las llamadas de urgencia).

El Informe se limita a decir que las urgencias deben integrarse en la organización sanitaria general y que en el medio rural y subcomarcal serán asumidas por los médicos de familia. No define ni explica nada. ¿Cuántos habitantes o qué extensión de zona se atribuirán por médicos de urgencia en zona urbana? ¿Cuántos en la zona rural y subcomarcal? ¿Se tendrá en cuenta la orografía de cada re-

gion. ¿Con qué van a contar los médicos de familia para poder afrontar una urgencia -acudir al enfermo, tratarlo o evacuarlo, si es posible- en el medio rural y subcomarcal?...

Sin más valor que el anecdótico, aunque sea significativo, quisiéramos referirnos a las ambulancias que actualmente se utilizan en España. Suelen ser coches de turismo de línea aerodinámica, y por lo tanto de escasa altura, en las que se hace absolutamente imposible cualquier intervención médica. Las antiguas ambulancias de tipo furgón, altas de techo, en las que el médico disponía de amplio espacio para actuar, incluso de pie, prácticamente han desaparecido, salvo en la medicina militar. Y en consecuencia, una fase tan importante de la medicina de urgencia como es la atención al enfermo durante su transporte al hospital es hoy en España punto menos que imposible, si se exceptúan como hemos dicho muchas ambulancias militares y algunas que recientemente ha puesto en servicio la Cruz Roja española.

VI. ORDENACION FARMACEUTICA

Antes de iniciar el análisis crítico de cada uno de los epígrafes de que consta el presente capítulo en el Informe de la Comisión Interministerial, nos ha parecido necesario hacer dos consideraciones de orden general. Una, relativa al alto número de "puntos" (22 de un total de 88) que el Informe dedica a la Ordenación Farmacéutica y que, aun cuando no se corresponde con el volumen del texto -cuya proporción es sensiblemente inferior-, obliga a preguntarse sobre las razones de tal minuciosidad expositiva. ¿Es debida a la compleja y conflictiva situación actual del sector farmacéutico? ¿Al lugar, ciertamente importante, que la farmacología ocupa en la sanidad de hoy? ¿A que el consumo farmacéutico absorbe un elevadísimo y desmesurado porcentaje de los recursos de la economía sanitaria española? ¿Existen algunas otras razones?... El tratamiento del tema por el Informe nos ha obligado también a nosotros a extendernos en su comentario.

La segunda consideración se refiere a una grave carencia básica del Informe que, en cierto grado, contradice la abundancia de epígrafes del presente capítulo. No sólo falta en el documento la información que permita conocer los aspectos más relevantes del sector farmacéutico nacional, sino también del mundial; conocimiento que, dado el carácter multinacional de las industrias farmacéuticas más poderosas, la rápida internacionalización de los descubrimientos farmacológicos y las numerosas interconexiones entre mercados nacionales, es indispensable para comprender adecuadamente el sector español. Ello nos ha decidido a intentar cubrir, en la medida de nuestras posibilidades, el vacío del Informe, esbozando seguidamente las principales circunstancias que concurren en el sector farmacéutico en el mundo de hoy:

1. **Producción.** "La producción mundial farmacéutica alcanzó en 1971 una cifra aproximada de 21.000 millones de dólares, sin incluir China y los países socialistas de Europa Oriental" (34).

(34) United Nations (UNCTAD): *Major issues in transfer of technology to developing countries: A case study of the pharmaceutical in-*

2. **Expansión.** "El crecimiento de la producción farmacéutica durante los años 1960-1970 ha sido impresionante. Si se mantiene el actual índice de crecimiento la producción mundial farmacéutica (sin incluir China y los países socialistas de Europa Oriental) se duplicará dentro de unos cinco años" (35).

3. **Concentración.** Es muy fuerte a todos los niveles y actividades. En la producción, el 85,7% del total mundial (sin China y países del Este), o sea, 17.900 millones de dólares, corresponde a los países desarrollados, y el 70% de dicha cantidad a tres naciones solamente: Estados Unidos, Japón y la República Federal Alemana. Los países de Europa Meridional han producido el 4,3% del total mundial y los países en desarrollo, el 10%.

A nivel empresarial, las diez compañías más importantes totalizan cerca del 25% de la producción farmacéutica mundial. Y en los submercados de grupos terapéuticos (el mercado farmacéutico no es homogéneo, sino una suma de submercados diferenciados e independientes entre sí) la concentración es incluso superior: en algunos países uno o dos fabricantes acaparan todas o casi todas las ventas de un submercado.

Pero el hecho más importante "no es la existencia de un alto grado de concentración nacional, sino la naturaleza multinacional de esta concentración" (36). De tal modo que, según la No-yes Data Corporation (37), "para 1990, la investigación, producción y comercialización farmacéuticas mundiales estarán en manos de una o dos docenas de compañías. Aproximadamente la mitad de ellas serán de los Estados Unidos y la otra mitad de Inglaterra, Suiza, Japón y el resto de Europa (*).

4. **Investigación.** No hemos encontrado datos concretos de las inversiones totales a escala mundial en investigación de la industria farmacéutica. Basándonos en datos de la Asociación Canadiense de la Industria de los Medicamentos y de la Pharmaceutical Manufacturers Association de los Estados Unidos, estimamos -de modo aproximado- que la industria farmacéutica invierte en todo el mundo en la actualidad en investigación, entre 900 y 1.100 millones de dólares. La Asociación Canadiense de la Industria de los Medicamentos, calcula que la inversión es de 700 millones de dólares; esta cifra se recoge en varias publicaciones de 1974, pero no se hace constar claramente en ellas el año a que corresponde la inversión. La Pharmaceutical Manufacturers Association, en su "Fact Book 1973", indica que el presupuesto de investigación y desarrollo para 1972 en los Estados Unidos era de 728 millones de dólares; las inversiones

dustry, by Dr. Sanjaya Lall, Institute of Economics and Statistics, Oxford University (The views expressed in the study do not necessarily reflect those of the UNCTAD secretariat), 8 de octubre, 1975. Aparte de las citas concretas, de este estudio tomamos los conceptos fundamentales expresados en estos párrafos relativos a la situación mundial.

(35) Ibid.

(36) Ibid.

(37) *Informe del Mercado Farmacéutico europeo*, 1971. Citado en el estudio de United Nations.

(*) El subrayado es nuestro.

norteamericanas en investigación y desarrollo farmacéutico si-
ponen no solo la mayoría sino un porcentaje muy alto de las tota
les del mundo. No están claros los conceptos que se comprenden
en las cifras de investigación y desarrollo. Por ejemplo, la
industria americana incluye, en algunos casos, en sus presupues
tos la investigación básica, cosa que no hacen otras industria;
algunas veces se incluyen también en investigación los gastos
ocasionados por estudios de mejoras de procedimientos de fabri
cación -ingeniería de métodos- y no sólo los relativos a los
trabajos destinados a descubrimientos.

A nuestro juicio, la tendencia a la concentración de la inves
tigación se acentúa debido, por una parte, a que los países
de aquellas compañías que más recursos destinan a la investi
gación farmacéutica son también los que desarrollan una mayor
investigación estatal (en algunos, la investigación estatal
es dos o tres veces superior a la de la industria privada),
de la cual se beneficia la industria privada; y, por otra par
te, el crecimiento de los costos y de la complejidad de la in
vestigación limita progresivamente el número de empresas con
capacidad suficiente para investigar.

La investigación es considerada por la industria farmacéutica
como una actividad necesaria para afirmar su situación en el
mercado. Innovar -disponer de productos nuevos- es el instru
mento más importante para competir (38).

5. **Comercialización.** "Los gastos de comercialización en la in
dustria farmacéutica son muy superiores a los de investiga
ción, incluso en aquellos países donde más se investiga. En
Estados Unidos, los gastos de comercialización fueron tres o
cuatro veces superiores a los de investigación y alcanzaron
1/3 del total de las ventas del sector" (39). "De hecho, los
gastos de comercialización de una gran sociedad representan
entre el 30 y el 70% de su cifra de negocios" (40). Así, "los
costos de promoción de la industria farmacéutica en los países
desarrollados superaron en 1970 la cifra de los 3.000 millo
nes, es decir, fueron equivalentes al valor total de la produc
ción farmacéutica en los países subdesarrollados y en Europa
Meridional" (41).

6. **Beneficios.** "La industria farmacéutica es una de las más ren
tables en todo el mundo. Desde 1950, los beneficios son sustan
cialmente superiores a la media de toda la industria. En los
Estados Unidos, en 1966, consiguió el 21% de beneficios sobre
el capital y, en Inglaterra, en 1969, el 26%" (42).

(38) "La competencia se realiza sobre todo por la innovación, no
por los precios; los costos de producción representan una débil pro
porción del precio de venta". *Le transfert de technologie pour les
produits pharmaceutiques*, A. Cilingiroglu, OCDE, Paris, 1975.

(39) United Nations, ob. cit.

(40) OCDE, ob. cit.

(41) United Nations, ob. cit.

(42) Ibid.

7. **Market Power.** "Las compañías farmacéuticas más importantes po seen un alto grado de poder comercial que les permite actuar de forma sustancialmente discriminatoria, entre diferentes com pradores del mismo o de distinto país, cargar mucho más que las pequeñas industrias farmacéuticas por productos prácticamente idénticos y conseguir beneficios que parecen traspasar los límites de un "beneficio justo" de la inversión. El grado de poder comercial de las principales industrias farmacéuticas se deriva, esencialmente, de su capacidad de mantener un programa de investigación y de desarrollo continuo y diverso, de conseguir la protección del sistema internacional de patentes y el apoyo estatal para la investigación farmacéutica y, finalme nte, de sus grandes esfuerzos de comercialización" (43).
8. **Dominio tecnológico.** La constatación de tal dominio como "fac tum" y la consiguiente "colonización" se revelan en el gran número de patentes propiedad de las compañías multinacionales. Se estima que entre el 85 y el 90% de las patentes de pro ductos farmacéuticos en los países subdesarrollados pertenecen a empresas extranjeras, principalmente multinacionales. El fenómeno, por otra parte, va alcanzando también a países que propiamente no son subdesarrollados. La patente concede a la empresa una exclusividad que le permite: a) establecer precios elevados; b) primacía en el lanzamiento con marca registrada, y c) ingresos excepcionales y, por lo tanto, más posi bilidades para nuevas investigaciones. Las patentes y las marcas registradas constituyen uno de los campos socialmente más conflictivos de la industria farmacéutica. Se estima que sin pa tentes y marcas podría disminuir la investigación y el progreso tecnológico, pero, al mismo tiempo, se han llevado a cabo estudios que muestran sus efectos adversos. Por ejemplo, la ma yor venta de un producto de marca registrada tiene por efecto disminuir los costes en lugar de bajar los precios. Lall ha calculado que "el Servicio Nacional de la Salud británico hubiera pagado 18,5 millones de dólares en vez de 71,3 millones de dólares -un ahorro del 75%- si los cuatro productos farmacéuti cos más importantes del mercado inglés se hubieran vendido bajo nombre genérico" (44).

Veamos otro ejemplo: las patentes permiten aumentar los precios considerablemente en relación a los "antiguos fármacos capaces de proveer tratamiento alternativo, si no idéntico" (45).

9. **Aumento de las diferencias entre grandes y pequeñas empresas.**
"El porcentaje de crecimiento que una compañía puede alcanzar

(43) United Nations, ob. cit.

(44) United Nations, ob. cit. En este punto importa percibir la enorme diferencia entre el número de medicamentos existentes en el mercado y el número de los verdaderamente necesarios. El "Hathi Committee" de la India ha calculado que en dicho país bastaría con 116 productos esenciales, mientras que en el mercado se encuentran 15.000 medicamentos. En otros países, como España o Brasil, el número de medicamentos esenciales se estima entre el 1 y el 2% de la cifra de especialidades.

(45) A. N. P. Speight, *Cost-effectiveness and drug therapy*, Tropical Doctor, Abril, 1975.

en unas circunstancias dadas es limitado y las grandes sociedades multinacionales tienden, en general, a crecer con más rapidez en valor absoluto que las pequeñas compañías nacionales" (46).

10. **Imposición de modelos farmacológicos.** Además de limitarse a unos cuantos países y a unas cuantas empresas, la investigación y el desarrollo en el sector farmacéutico se orientan principalmente a las enfermedades existentes en los más importantes mercados de aquellas empresas. Los productos farmacéuticos reflejan las necesidades sanitarias de la población de las naciones desarrolladas que, en muchos aspectos, son completamente distintas a las de los países subdesarrollados. A éstos les viene así impuesto un modelo farmacológico inapropiado que no tienen más remedio que aceptar. Sufren, por lo tanto, unos costos económicos y sociales indirectos, que abarcan la introducción y promoción de fármacos inadecuados en precio y en efectos terapéuticos y la supresión de competencia local y de investigación y desarrollo (47).
11. **Contratos de licencia.** Su abundancia es característica de la industria farmacéutica y consecuencia de la "multiplicidad actual de patentes, del hecho de que el cuerpo médico prescribe, preferentemente, marcas determinadas y del control ejercido por algunas compañías sobre ciertas sustancias activas" (48).
12. **Provisión de sustancias activas.** Existe en estos momentos una transferencia oculta a favor de las firmas multinacionales -y a la vez de las naciones donde éstas tienen su sede central- a través del precio de venta a granel de las sustancias activas cuya fabricación dichas firmas controlan mediante patente. El precio de venta de esas sustancias no es, por lo tanto, el precio normal de competencia, sino otro, **muy superior**, aplicado por la sede central de la firma a su filial nacional o a la empresa, también nacional, que adquirió la licencia para elaborar y vender la especialidad farmacéutica correspondiente a la sustancia activa. Tanto las filiales como las firmas adquirentes de la licencia, no están interesadas en comprar la sustancia activa a granel a precios bajos, sino todo lo contrario, puesto que el precio de venta del medicamento, y en consecuencia el beneficio del fabricante, depende, principalmente, del precio de las materias primas -sustancia activa- (49).

(46) OCDE, ob. cit.

(47) El Director General de la OMS viene clamando -en el desierto- para que los laboratorios farmacéuticos dediquen más personal y más dinero a la investigación terapéutica en las parasitosis. Ha declarado que en cinco años podría encontrarse una vacuna antipalúdica (existen 800 millones de personas -pobres- amenazadas por el paludismo), pero seguramente no se descubrirá, porque tendría escasa salida comercial.

(48) OCDE, ob. cit.

(49) Ibid.

13. **Regulación estatal.** En los últimos tiempos se ha acentuado la promulgación de normas gubernamentales sobre control de calidad, seguridad y precio de los productos farmacéuticos. Algunos piensan que estas medidas nacionales podrían convertirse en el futuro en internacionales, por ejemplo, aplicadas por la C.E.E. o, a mayor escala, por la OMS. En el aspecto económico, las grandes compañías disponen ya de tal poder que son capaces, a nuestro juicio, de frustrar, o al menos eludir, los controles de precios.

Podríamos citar otros rasgos igualmente importantes que definen el contexto mundial farmacéutico. Bastan, sin embargo, los expuestos para permitir un adecuado entendimiento de la situación del sector español. Queda por añadir que todo lo que antecede no pretende por descontado negar la importantísima función sanitaria que la industria farmacéutica indudablemente cumple.

33. Generalidades

La remodelación de los sectores privados y la reestructuración del público debe proporcionar una asistencia farmacéutica que, a través de una definida política, alcanzará el objetivo que se pretende. Es decir, que el medicamento llegue al enfermo en las mejores condiciones de seguridad y eficacia, así como las más justas y económicas, haciéndose del mismo el consumo que las necesidades sanitarias exijan.

Por el título y por su carácter de pórtico del capítulo es evidente que este punto no intenta ser más que una resumida declaración de propósitos. Pero aún así su indeterminación nos parece excesiva. Algunos datos, breves, relativos al sector, que en España son abundantes y presentados periódica y detalladamente (Informe IMS, Informe FARMORICERCA, etc.), hubieran sido precisos para mostrar las pretendidas generalidades; v.g.: grado de uso o de abuso de productos farmacéuticos; tendencias terapéuticas; gastos de investigación y promoción de la industria del medicamento; relación entre las formas de ejercicio de la Seguridad Social y el consumo de especialidades farmacéuticas,...

Por otra parte, el Informe debió establecer un prudente plazo de tiempo para cumplir este objetivo, que formula con tanta amplitud, de mejora de un campo tan conflictivo y que, desde hace años, contempla tan sólo proyectos que se desvanecen y afirmaciones que quedan en palabras.

34. Laboratorios farmacéuticos

Es necesario definir el modelo válido de laboratorio, dentro de un sector en que las distintas dimensiones armonicen y se equilibren, de modo que su tecnología y equipo humano permitan, a partir de unos requisitos mínimos, conseguir una producción que cumpla las normas de calidad de fabricación de la C.M.S. y españolas. Fomentar la concentración y especialización hasta donde sea posible y, en condiciones excepcionales, la fabri-

cación por terceros, la producción de grandes series, estimular la exportación y estudiar la posible variación del régimen actual de acciones nominativas. El personal técnico farmacéutico lo será en proporción a la dimensión.

Es conveniente regularizar los condicionantes que se deben imponer a los laboratorios con mayoría de capital extranjero, a fin de que se hagan efectivas las exigencias de fabricar materias primas, exportar, investigar o subvencionar la investigación española y producir especialidades originales en cuantía mayoritaria.

No estamos en contra de que se presenten "perfiles de eficiencia" de los medios productivos, pero no hallamos razones sanitarias para, como hace el Informe, calificar de necesidad la definición de un "modelo válido de laboratorio". Nos parece que la regulación del laboratorio -dimensiones armónicas, dotación, tecnología o normas de fabricación- son aspectos que deben tener un valor industrial y económico secundario en una Reforma Sanitaria. Lo que importa es ordenar y controlar aquello que se integra en la sanidad: la especialidad farmacéutica, sin dispersarse en especificaciones del instrumento que la produce porque, además, si se centran las exigencias en la especialidad, el medio para obtenerla se adecúa por sí mismo como ineludible consecuencia. De ahí que, en nuestra opinión, son dos las normas directa y elementalmente relacionadas con la especialidad, que constituyen la base de una ordenación eficaz de la producción farmacéutica en España:

- a) Para los futuros productos terapéuticos: condición ineludible para ser registrados en la Dirección General de Sanidad sería la de demostrar fehacientemente, con serios estudios científicos y clínicos (50), no sólo su atoxicidad, sino también su eficacia (del mismo modo que se hace en otros países). Aparte de esto, y también con carácter condicionante para la aprobación y registro, la Administración evaluaría la calidad y utilidad de las innovaciones terapéuticas que aportasen.
- b) Para las especialidades actualmente existentes en el mercado español: revisión por la Administración (u órganos delegados que podrían crearse de la eficacia de las especialidades existentes y de todas y cada una de las indicaciones que los productores les atribuyen para, de acuerdo con los resultados de tal revisión, confirmar unas especialidades, reducir el campo e indicaciones de otras y suprimir, en un corto plazo de tiempo, aquellas otras cuya eficacia no se haya evidenciado. Así lo hizo la FDA en los Estados Unidos y los resultados just

(50) Admitiendo que cualquier estudio clínico no puede proporcionar una absoluta seguridad, sino una apreciación de probabilidades. La condición científica del estudio reside en que cumpla -por supuesto, dentro de la ética médica y del respeto a los derechos humanos- las exigencias de autenticidad, de cantidad y de comparación (grupos testigos) para que la apreciación probable se acerque al máximo a la seguridad.

tificaron los problemas de distintos órdenes -inclusive pleitos- que dicha entidad hubo de afrontar como consecuencia de la revisión.

Podría objetarse que, de no reglamentar las dimensiones del laboratorio y la estructura de la industria, proliferarían más las especialidades similares y se acentuaría una competencia que ya hoy es despilfarradora, perjudicándose así la economía sanitaria y la general del país. Esta es una objeción superficial. Las exigencias para registrar una especialidad son ya en el presente suficientemente altas, y medidas similares a las sugerencias que hemos hecho las elevarían todavía más. Sólo los laboratorios con una capacidad técnica suficiente están en condiciones de responder a ellas.

No comprendemos en base a qué justifica el Informe su deseo de "concentrar y especializar los laboratorios farmacéuticos", "reglamentar la fabricación por terceros en condiciones excepcionales" o fomentar "la producción de grandes series" de que se habla posteriormente. ¿Tiene esto último algo que ver con posibles compras directas de la Seguridad Social? ¿Cuál puede ser el beneficio sanitario que se obtenga de una "posible variación del reglamento actual de acciones no minativas"?

El párrafo final del epígrafe 34, que estamos comentando, nos parece una declaración tan rotunda como inoperante. El contexto mundial de la industria farmacéutica que, esbozado, expusimos al principio de este capítulo, no deja lugar a dudas: tratar, como el Informe sugiere, de "imponer los laboratorios con mayoría de capital extranjero" -dicho de otro modo, compañías multinacionales- para la fabricación de "materias primas en España, exportar, investigar o subvencionar la investigación española y producir especialidades originales en cuantía mayoritaria" (*), está fuera de toda lógica. La verdad es que los laboratorios multinacionales, que son los que dominan la investigación, tienden a dominarla cada vez más y la realizan siempre en su nación de origen (51). Un laboratorio que logre una especialidad nueva y útil, la fabricará donde le convenga, la exportará desde donde le convenga y su filial española recibirá la materia prima al precio que la central establezca, de modo unilateral. Aunque la Administración Española llegase al extremo impensable de negar la implantación en España a aquellos laboratorios multinacionales que no cumplieren con los requisitos que el Informe cita, la negativa se evaporaría forzosamente en el momento en que uno de esos laboratorios obtuviese por propia investigación una especialidad original y exclusiva: médicos españoles comenzarían a prescribirla o enfermos españoles a demandarla (incluso espectacularmente: llamadas por radio, aviones fletados exprofeso, etc.) y la Administración no tendría más remedio que importar la especialidad, a los precios que el laboratorio no implantado estableciera libre e impunemente, o aceptar la implantación en España del laboratorio y establecer así un control, aunque muy incompleto, del precio de venta al público.

(51) Ultimamente se advierte una cierta tendencia de las grandes compañías americanas a trasladar a Europa parte del trabajo de investigación debido a los menores costos del personal investigador; la tendencia es muy leve todavía. Ver. United Nations, Ob. cit.

(*) El subrayado es nuestro.

De ahí que insistamos: a nuestro juicio, es mucho menos importante la reglamentación de las características industriales y empresariales de los laboratorios que las exigencias referentes a los productos y la vigilancia para que dichas exigencias sean efectivamente cumplidas. No se eludirá así, es cierto, el peligro de que el precio de medicamentos indispensables, protegidos por patentes y obtenidos por laboratorios multinacionales, sea excesivo. Pero, al menos, no se caerá en la trampa de tranquilizar sólo en apariencia las inquietudes sobre la eficacia y la calidad estableciendo un "modelo de laboratorio", que es siempre posible alcanzar disponiendo de capital y que, por lo tanto, da lugar a una "selección natural" capitalista. Las instalaciones, equipo y dimensiones de un laboratorio tal podrían crear la falsa imagen de que los productos que fabrique tienen que ser, obligadamente, adecuados y eficaces. La FDA, en la revisión que citamos líneas más arriba, encontró las principales dificultades frente a los grandes laboratorios americanos que, evidentemente, responden con exceso a cualquier "modelo" que aquí pueda establecerse.

A este respecto, se echan de menos en el Informe los datos relativos a la llamada "colonización farmacéutica": participación real de empresas foráneas en el capital de laboratorios españoles; importaciones de firmas filiales procedentes de la central principal, con las consecuentes transferencias de beneficios generalmente abusivos, etc. Entendemos, además, que el problema de las importaciones e implantaciones extranjeras y sus consecuencias debería ser contemplado por el Informe no sólo con un sentimiento de gravosa dependencia -que, desde luego, existe y es de lamentar-, sino también y, principalmente, como un hecho "natural" dentro de la organización económica multinacional del mundo de hoy, empequeñecido por la técnica y surcado por las interacciones entre países. Hace tiempo que las fronteras han dejado de ser herméticas. Naciones avanzadas, como Alemania, Inglaterra y los propios Estados Unidos, tienen establecidos en sus territorios laboratorios extranjeros, y los suyos se implantan, a su vez, en otros países. Es obvio que lo que importa es el grado de participación en la "interdependencia" farmacéutica. Por consiguiente, para conocer el nivel real de la "colonización farmacéutica" en España, es preciso situar nuestro país en el contexto internacional comparativamente con los restantes. Tendríamos así, de una parte, los datos relativos a importaciones e implantaciones en España y en otras naciones, que constituirían el "debe", y de otra, las cifras de los mismos países correspondientes a exportaciones e implantaciones en el extranjero, que constituirían el "haber". No se comprende cómo, de una forma sencilla y resumida, no se ha consignado esta contabilidad en el Informe.

35. Materias primas

Existe una limitada producción de materias primas, con deficiente conocimiento de la situación existente, sin haberse llegado a la declaración de interés preferente ni a la creación de una empresa nacional (artículos 10 y 11 del decreto 1418/1973).

La amplitud y variedad del sector de "materias primas" y las peculiares y muy distintas circunstancias que concurren en cada caso desaconsejan medidas precipitadas y generalizadas de intervención o nacionalización. No obstante, se estima prioritaria la actuación en este sector, incluido el particular campo de la producción de estupefacientes.

Se estima inaplazable la declaración de interés preferente de los sectores de producción que se juzguen prioritarios por contar con el sustrato tecnológico y los "knowhow" o por la naturaleza estratégica de los mismos. La importación o producción de materias primas medicamentosas debe estar sometida a los controles tecnológicos y sanitarios pertinentes. La política crediticia, fiscal y arancelaria, así como la aplicación de los decretos de 10 de mayo de 1973 de los Ministerios de Trabajo y de Industria son instrumentos muy valiosos para alcanzar ese objetivo, en el que el Estado intervendrá.

Las materias primas farmacéuticas abarcan dos campos muy distintos: el de los "raw materials" o productos básicos iniciales (como, por ejemplo, el ácido sulfúrico, la planta digital, la sosa caústica) y el de los "fine chemicals" o productos farmacéuticos a granel, en fase de preterminación o ya terminados. Por consiguiente, el Informe debería haber precisado si, en principio, España es deficitaria en "raw materials", en "fine chemicals" o en ambas partidas, que es posiblemente lo que ocurre.

Importa, además, conocer el grado de escasez y los grupos terapéuticos que son afectados. Si hay "un deficiente conocimiento" de la situación existente" debió superarse dicha precariedad antes de emitir el informe. En este campo interesan mucho las precisiones porque, en realidad, todos los países del mundo podrían decir -como el Informe- que tienen "una limitada producción de materias primas" farmacéuticas. Los Estados Unidos o Suiza, que están, como es sabido, a la cabeza de la farmacia mundial, importan sustancias elaboradas (ciertos "fine chemicals" son fabricados sólo por uno o dos países). Incluso determinada firma que es hoy el máximo productor mundial de vitaminas no fabrica todas las que incluye en sus especialidades farmacéuticas. Pretender, pues, una producción completa de materias primas farmacéuticas sería retrotraerse al superado concepto económico de la autarquía.

Estamos seguros de que no se pretende tal cosa, sino una industrialización adecuada. Pero una mínima claridad habría requerido exponer en el Informe las líneas-eje de la política española de materias primas farmacéuticas, después de indicar, cuando menos, las carencias que justifican la prioridad de acción. Tal como está redactado, el Informe no dice nada.

Idénticos comentarios pueden hacerse respecto al segundo párrafo de este punto del Informe: "Se estima inaplazable la declaración de interés preferente de los sectores de producción que se juzguen prioritarios por contar con el sustrato tecnológico y los "know-how" o por la naturaleza estratégica de los mismos". ¿Cuáles son esos "sectores de producción"? El Informe debió hacerlos constar para, desde el primer momento, permitir el análisis de esos sectores que se propone sean de clarados "inaplazablemente" de interés preferente.

Con todo, de este análisis crítico del punto 35 del Informe no debe deducirse, en absoluto, que propugnamos el abandono de la producción de materias primas. Muy al contrario, creemos que reforzar la fabricación de productos químicos fundamentales e ir alcanzando así, gradualmente, un mayor nivel tecnológico y fabril es fundamental, tanto para el desarrollo de la industria farmacéutica como para el progreso del país. Precisamente porque concedemos importancia a esta cuestión, lamentamos tanto las imprecisiones del Informe.

36. Investigación

La investigación es una exigencia ineludible para ciertos laboratorios. La coordinación entre instituciones oficiales e industria farmacéutica es imprescindible. Se debe acometer la potenciación de las estructuras públicas de investigación relacionadas con esta materia. Las ventajas o estímulos a los laboratorios investigadores exigirán la justificación de la misma por éstos y la acreditación consiguiente.

Los ensayos clínicos éticos deben reglamentarse y alcanzar niveles de calidad, salvaguardando los intereses de los enfermos y efectuándose en centros acreditados por contar con equipos profesionales y medios idóneos. La Administración dispondrá de un equipo de consultores para evaluar estas condicionantes y ofrecerá sus centros a la industria farmacéutica para la realización de ensayos clínicos, cuidando de marcar normas a los productos de investigación extranjera.

Promover la investigación científica en España es una tarea constantemente reclamada desde ámbitos numerosos y cuya necesidad día a día se agudiza. Y ello, a nuestro juicio, no sólo por la búsqueda y posible logro de descubrimientos o por el afán, sin duda noble, de llegar a alcanzar los primeros puestos en algún sector científico; lo cual, en la compleja y costosa tarea de la ciencia, es algo que nos parece difícilmente alcanzable para un país que tanto se ha retrasado en estos menesteres y que cuenta por otra parte con modestos recursos. No dudamos, sin embargo, que algo puede hacerse en este aspecto -y quizá bastante, a largo plazo-, pero creemos que, hoy por hoy descubrir no puede ser el objetivo principal ni, por lo tanto, la única razón del trabajo investigador. En nuestro criterio, la investigación es necesaria y urgente en primer lugar porque es el lenguaje internacional de la ciencia y de la técnica, un lenguaje que evoluciona y a cuyo entendimiento la cultura de nuestro país no puede renunciar, y en segundo lugar porque es, asimismo, un elemento formativo imprescindible en nuestras universidades: un médico, un físico, un abogado o un economista que se forme investigando será mejor profesional que otro formado sin la investigación (lo cual no significa, dicho sea de paso, que la centralización y mantenimiento a ultranza de la investigación en el seno único del C.S.I.C. no sea un error doble e importante, como lo es también el que dicho Centro haya burocratizado de tal manera su labor que los investigadores se recluten por oposición y desarrollen su tarea, tan altamente imaginativa y creadora, dentro de los corsés de un escalafón). En suma, entendemos la investigación española como medio de actualización de la cultura, engarzada en la difusión de la misma, con lo que ya de por sí sería fecunda. Lo demás puede venir por añadidura.

Expuesto nuestro criterio respecto a la investigación nacional, ciñendonos a la investigación en el sector farmacéutico, hay que decir que la industria farmacéutica española no investiga. Existen excepciones, muy pocas, e incluso se han obtenido algunos productos originales (aunque vengan a añadir muy poco a la terapéutica). Pero la inquietud producida por la ausencia de investigación es sentida y expresada por la propia industria y por las autoridades sanitarias que, en cinco de las conclusiones a que llegaron las "Jornadas de la Dirección General de Sanidad y los laboratorios farmacéuticos" (junio 1972-enero 1973),

declararon solemnemente el valor insustituible de la investigación (52). No parece, sin embargo, como hemos dicho, que esa inquietud mueva a la actividad, sino que más bien se siente y se sufre pasivamente. ¿Cuáles pueden ser las causas de esta contradicción entre una fe tan entusiasta como la que se confiesa y la ausencia de obras? ¿Existe por parte de la industria el convencimiento soterrado, vergonzante quizá y más fuerte que todas las proclamaciones, de que es ya imposible participar en la competición que la investigación empresarial significa? Naturalmente, nosotros no podemos responder a estos interrogantes. Sí nos atreveríamos a citar, de todos modos, algunas circunstancias concretas -sin afán exhaustivo- como posibles causas de la parálisis de la investigación en este sector industrial:

- a) La investigación industrial requiere, además de recursos, unas condiciones dadas en esa sociedad específica que constituye la propia industria. No es suficiente que exista una mentalidad de necesidad de la investigación ni el buen deseo de valorar adecuadamente este trabajo. Ello es imprescindible. Pero es preciso, además, que el sector industrial esté ordenado en sí mismo de modo tal (productos serios, competencia basada en el servicio, beneficios adecuados, eficiencia en la gestión, sentido empresarial del futuro, etc.) que empuje a incluir la función investigadora entre las habituales de la empresa.
- b) Poquísimas, por no decir ninguna, de las empresas farmacéuticas españolas poseen el "tamaño" industrial y económico necesario

(52) Transcribimos las siguientes conclusiones de las Jornadas:

6. La investigación es imprescindible para la supervivencia del laboratorio farmacéutico. Los logros ya obtenidos son estímulo y garantía para recorrer este camino.
7. La Dirección General de Sanidad debería colaborar cada vez más con las corrientes y los organismos que fomentan aquélla.
8. Por su parte, dicho centro directivo habría de llevar adelante una serie de estímulos y de apoyos de todo tipo, eficaces, respecto a la investigación farmacéutica.
9. Los laboratorios farmacéuticos en su propio interés, así como en el general sanitario, deberían, alcanzar una cifra de negocios superior a los 300 millones, y dedicar, como mínimo un 4% de ésta a la investigación.
10. El tema de las patentes en la industria farmacéutica preocupa hondamente. Se han manifestado sobre él diferentes posturas. Ante ellas, se concluye que es deseable encontrar una fórmula superadora.

La disminución del tiempo de licencia de la propiedad exclusiva de la patente, ajustada a la del resto de los países y la cesión de la misma en condiciones razonables a otros laboratorios, podrían ser fases positivas de un largo proceso a recorrer.

Es necesario que la Dirección General de Sanidad y el Sindicato Nacional de Industrias Químicas sean oídos en la redacción de un nuevo proyecto de estatuto de la propiedad industrial.

para instaurar una función investigadora que en un plazo medio -de ningún modo próximo- adquiriera el suficiente nivel para ofrecer, dentro de la inevitable incertidumbre, algunas probabilidades de éxito. Ciertas empresas, siempre muy pocas, podrían iniciar modestamente la "construcción" de una estructura para el futuro, lo que exige unas inversiones anuales -o sea, continuas- no menguadas, y aceptar que su posible rentabilidad -posible, porque en este campo, repetimos, nada es seguro- se sitúe a largo plazo. Es obvio que acometer esta obra precisa de una fe y una constancia tales que sólo pueden ser fruto de la voluntad de continuidad de la empresa y de una firme política tendente a "proyectarse en el porvenir". Pero esa vocación es muy difícil, de hecho imposible en cualquier industria que, como la farmacéutica española actual, tiene en buena parte una **estructura familiar**, más o menos encubierta por la condición jurídica de sociedad anónima. Si una empresa no se concibe como una obra común, compartida, en marcha permanente y arriesgada, sino como un patrimonio personal o familiar que rinde **beneficios inmediatos y notables**, a duras penas puede surgir en su ámbito la vocación de continuidad. La familia o la persona propietaria no conciben que para crear un futuro incierto haya que renunciar a una parte de sus beneficios. El propietario o la familia propietaria pueden asegurar su futuro, personal o familiar, de un modo mucho más simple: guardarse el dinero que podrían destinar a investigar y ampliar la función productora o introducirse en el mercado, porque, si en último término, se ven obligados a ceder ante la competencia -principalmente la extranjera- las fábricas o las marcas "siempre mantienen un valor". No queremos acusar a nadie, sino analizar los hechos, y nos parece evidente que en la industria farmacéutica no hay, a causa de su estructura íntima, mucha voluntad de arriesgar dinero creando investigación.

Para las empresas farmacéuticas extranjeras, cuya propiedad está generalmente muy distribuida, la continuidad es el primer y vital cuidado que, en no pocos casos, los dirigentes atienden a costa de reducir los beneficios en favor de la investigación. Incluso, en algunos lugares, como en el Japón, la investigación se desarrolló a base de créditos bancarios, concediéndole un claro carácter de lo que económicamente es: una inversión; muy arriesgada, pero una inversión que debe acometer el capital (53).

- c) Motivo implícito en los anteriores y bien conocido, pero que hace falta consignar de modo expreso, es la debilidad de la investigación básica española, que acentúa de modo notable las dificultades para la innovación industrial.
- d) Finalmente, no queremos dejar de incluir en este conjunto de causas un hecho que podría alegarse como disculpa de la pobreza de la investigación farmacéutica en España. Es éste: la investigación industrial, por su coste y para la rentabilidad adecuada de sus resultados, necesita estar sostenida por mercados internacionales, y para acceder a éstos hay que contar con

(53) Desde el punto de vista financiero, la investigación y el perfeccionamiento de medicamentos modernos son inversiones a largo plazo (OMS, ob. cit.).

una industria desarrollada, de la que hace tiempo disponen los países avanzados, que en España es reciente y de proporciones todavía limitadas. La verdad es que la industria española tiene desde hace muchos años el nivel de desarrollo suficiente para haber comenzado a edificar una estructura investigadora, y desde hace muchos más años pudo haber comprendido y atendido, dentro de sus posibilidades, la investigación. El sostén de los mercados internacionales sólo es requerido para los grandes proyectos.

El hecho es que, por estas y otras causas, la industria farmacéutica española, no ha investigado durante decenios, ni está investigando en la actualidad, y que se encuentra por tanto en una situación lamentable con respecto a la investigación farmacéutica mundial. En efecto, la industria de otros países no sólo lleva a la española un adelanto de años en la búsqueda del saber y cuenta con personal experimentado y con recursos financieros abundantes, sino que, además y sobre todo, algunas empresas han logrado introducirse en el imparable y acelerado "movimiento concentrador" de la investigación. La complejidad y la carestía de la investigación crecen continuamente, reduciendo el número de empresas capaces de emprenderla, en razón de la enorme cantidad de recursos que se precisan y a favor de las empresas que disponen sobradamente de esos recursos. Y estas últimas, justamente por que pueden investigar, van absorbiendo cada vez más las posibilidades innovadoras o, lo que es lo mismo, las posibilidades de aumentar sus recursos, aumento que, como en una espiral de privilegios, les permitirá el acceso a la investigación, aún más compleja y más cara, de mañana. La investigación se concentra así en círculos cada vez más reducidos (54).

Respecto a los recursos financieros, nos parece ilustrativo hacer observar la relación que existe entre la cifra estimada que el sector farmacéutico mundial dedica a la investigación (de 900 a 1.100 millones de dólares, o sea, entre 59.500 y 71.500 millones de pesetas, concentrados en muy pocos países, como hemos visto) y la cantidad que podría aportar la industria española si cumpliera la recomendación que se hizo a sí misma en la conclusión novena de las Jornadas citadas: un laboratorio con una venta anual de 300 millones de pesetas "debería" dedicar, como mínimo, el 4% a investigar. Las Jornadas finalizaron en enero de 1973, y el "valor" de los 300 millones de entonces corresponde, más o menos, a 400 millones de hoy. Así pues, todo laboratorio cuya venta anual sea hoy de 400 millones "debería" dedicar el 4% a investigar. Los 53 primeros laboratorios del "ranking" del mercado español alcanzan esa cifra. De ellos, 26 son extranjeros y desarrollan su investigación en su propio país. Sería ingenuo pensar que vayan a dedicar una peseta a este concepto en España. Los 27 restantes son de capital español, aunque en algunos casos no completamente español. La venta total de estos veintisiete laboratorios españoles alcanza una cifra próxima a los 19.600 millones de pesetas. El 4% de esta cifra supone 784 millones de pesetas. En consecuencia, en el caso de que todos y cada uno de los laboratorios que, según la industria, "deberían" investigar, lo hi

(54) Ver las previsiones de la Noyes Data Corporation, citadas en las consideraciones generales que hicimos al principio del presente capítulo de "Ordenación farmacéutica".

ciesen, podrían destinarse a la investigación farmacéutica en España 784 millones de pesetas (unos 12 millones de dólares). Esta cifra, aún siendo irrelevante en relación con la que se estima para la industria farmacéutica mundial -y aún cuando resultaría importante para nuestro país y constituiría un primer peldaño- es la cuantificación de una hipótesis muy optimista (difícilmente realizable, aunque la conclusión de las Jornadas indica el 4% como "deber" mínimo) y presenta, además, la aportación investigadora de la industria nacional como una inversión conjunta capaz de abordar un proyecto de cierta envergadura, cuando en realidad sería la suma de inversiones empresariales fragmentarias y competidoras entre sí (55). Esta visión de la cantidad hipotética de nuestros recursos dentro del contexto mundial bosqueja para la investigación farmacéutica en España un futuro ciertamente muy oscuro. Y más si tenemos presente que el movimiento de "concentración" internacional, del que ya hemos hablado, es muy vivo y se acelera progresivamente. Así están las cosas, y es en verdad sorprendente e inadmisiblemente que el Informe trate en un párrafo único, corto y superficial, una cuestión tan compleja y profunda como es la investigación.

Un planteamiento racional del problema, basado en realidades, hace surgir interrogantes que, a nuestro juicio, no hay por qué tener miedo a formular: ¿Es aún posible que la industria farmacéutica española pueda competir en investigación con la industria extranjera, que se beneficia de una investigación estatal básica, posee una tradición investigadora propia, recursos abundantes y un crecimiento anual vegetativo de todos estos factores mucho más elevado que el que podría alcanzar, con esfuerzo, nuestra industria? (Hablamos de competir, porque, contrariamente a la investigación "cultural", la industrial tiene como único fin la obtención de productos nuevos y rentables, es decir, susceptibles de ser explotados comercialmente en España y fuera de España. En este tipo de investigación los "resultados" tienen que ser, en principio, obligatoriamente "esperables", aun dentro de la incertidumbre). ¿No es casi seguro que, salvo hallazgos casuales, la invención de productos -de auténticos productos, no de simples manipulaciones de moléculas conocidas- será necesariamente hecha por los grandes laboratorios multinacionales? ¿Cuál puede ser la misión de una investigación farmacéutica española y, dentro de esa misión, qué política sería la más acertada? Una valoración financiera a fin de conocer la cifra que tendría que invertir el sector farmacéutico español, y durante cuántos años, para entrar en el campo de las oportunidades a largo plazo -inciertas, como todas, claro- de una investigación propia, y cuánto habría de pagar, en royalties o transferencias "ocultas", por los resultados que pueda ir obteniendo la investigación ajena, sería, en nuestro criterio, la mejor forma de asir el tema y no rehuir su dureza; cosa que hasta ahora no se ha hecho y que el Informe ni menciona. Esta valoración económica no se pretende exacta. Basta elaborar -y hay datos para ello- algunos cálculos aproximados e indicativos.

(55) Recientemente se ha inaugurado en Barcelona un centro destinado a la investigación químico-farmacéutica, subvencionado por cuatro laboratorios. El hecho es alentador porque enseña que la investigación compartida es posible. Pero el número de las que la comparten es bajo, y tiene que serlo necesariamente, dado que el origen y la finalidad de la investigación farmacéutica es la competencia comercial.

Esta es la única forma realista de encarar el problema y de llegar a establecer una base sólida para adoptar la actitud que convenga y que probablemente (nos limitamos a exponer posibilidades, porque el tema requiere una reflexión específica y detenida que no cabe en este análisis crítico de un texto) no pueda, a estas alturas, ser otra que la de un prolongado esfuerzo por parte de la industria para ir creando poco a poco una estructura investigadora de muy limitado valor como elemento competitivo -puesto que los frutos innovadores habría que esperarlos pacientemente-; pero, al menos, el esfuerzo realizado permitiría a la industria un mejor conocimiento de lo que en los países más avanzados se hace en el sector farmacéutico y ofrecería al país puestos de trabajo para científicos cuya capacidad y valor hoy se pierden. Es posible que esto exija a la industria española una aportación superior al 4% (no podrá eludir el pago de un "plus" de carestía que su propia pasividad ha creado) y, por otra parte, como la propia industria solicita, habría de revisarse la legislación de patentes y marcas. La industria debería cobrar conciencia de la urgencia de todo ello. Es posible que transcurrido algún tiempo, quizá no mucho, ya no pueda subir ni siquiera a los trenes lentos e incómodos. El adecuado desarrollo de la investigación básica es un complemento primordial.

Quedan, además, por abordar dos puntos difíciles: uno, los temas de la investigación, necesariamente muy específicos, para facilitar la tarea; otro, las fuentes de financiación. ¿Créditos, decisión de reducir la distribución de beneficios durante un cierto plazo, etc.? Corresponde a la industria financiar esta labor, ya que ha sido la industria la que ha ingresado durante años beneficios que, en parte, pudo y debió dedicar a la investigación.

Lo que sería ilógico e injusto es que la imprevisión empresarial -o el deseo de no reducir las ganancias- sea ahora socorrida por el Estado o por el consumidor como, según veremos, se pretende en el punto 47 del Informe, relativo al precio de los medicamentos y en el que se declara paladinamente que "es necesario alcanzar un escandallo industrial... que recoja gastos de investigación" (*). Con lo cual, por una parte, según se deduce de lo dicho, la Administración acepta de antemano que todos los laboratorios harán investigación, suposición que, cuando menos, es de un optimismo excesivo (aun cuando se establecieran requisitos, la investigación tiene un grado tal de intangibilidad que escapa a cualquier control). Además, establece que sea el enfermo quien pague previa y directamente la investigación farmacéutica que beneficiará ante todo al laboratorio, incluso aunque no obtenga ningún producto, porque las instalaciones y los conocimientos que adquiera -pagado todo por el consumidor- aumentarán su activo. Lo cual, supone una transferencia a cargo del consumidor de una inversión de la empresa que nunca puede considerarse coste directo de producción.

Se ha tratado de explicar el pago de la investigación por el paciente, diciendo que el enfermo es el primer favorecido. No estamos de acuerdo. El enfermo ni es el primer beneficiado ni tiene por qué pagar una investigación, siempre incierta en los resultados, cuyo fin desconoce y en la que no tiene voz ni voto (se investiga sobre

(*) El subrayado es nuestro.

lo que interesa al laboratorio) (56). Y menos aún tiene por qué pagar previamente la investigación futura. No se trata de investigación básica, ni cultural, sino de la que hemos llamado "industrial", cuyo motor es la concurrencia comercial y el afán de lucro. La investigación no es más, en primer lugar, que una inversión del laboratorio y para el laboratorio, puesto que la innovación representa el elemento fundamental de éxito en el mercado farmacéutico (57). ¿Por qué, pues, tiene que ser pagado expresamente por el enfermo? ¿No es deber del propio laboratorio invertir y arriesgar capital para su desarrollo y su progreso empresarial? ¿No es el laboratorio quien financia, por ejemplo, sus instalaciones industriales o sus gastos de comercialización? (58). Ciertamente que en cualquier industria los precios de coste están contruidos por todos los gastos y, en definitiva, el que paga es el consumidor, y cierto también que el precio de venta al público de una especialidad farmacéutica no es fijado libremente por el laboratorio productor, sino que debe establecerse con las partidas constituidas dentro de un escandalo oficial. Pero, por una parte, la constitución del precio de coste implica siempre para cualquier empresa un ejercicio de alto

(56) La naturaleza de la investigación farmacéutica comercial, dirigida a patentar y comercializar fármacos, conduce a un considerable despilfarro de los gastos de investigación y desarrollo, ya que una gran parte de los mismos se destinan a una labor de imitación y de manipulación de moléculas que obtienen productos sólo ligeramente diferentes, en cuanto a eficacia, a los que ya existen, y de un costo notablemente superior. El número de productos farmacéuticos con marca y la proporción de patentes corroboran lo antedicho. Probablemente la ligera modificación de los productos existentes determine alguna ventaja terapéutica, pero, al parecer, el presente método de innovación constituye un inmenso despilfarro, tanto en términos económicos como profesionales. (Schfrin cita una publicación oficial de los Estados Unidos en la que se consigna que el número total de nuevos productos presentados en este país durante el período 1948-1963 (5.386), sólo el 11% contenían nuevas sustancias químicas no conocidas anteriormente; muchas eran duplicados o ligeras modificaciones de compuestos existentes. *The Economist*, 16 de febrero de 1974, señala que de las 1.500 patentes farmacéuticas registradas en 1972, sólo 45 eran "genuinos fármacos nuevos" y 150 eran "modificaciones mayores"; el resto de 1.305 (87%) eran puramente imitaciones). United Nations, ob. cit.

(57) La calidad se asegura por los controles a los que están sometidos todos los productos. El precio carece en estos productos de valor competitivo. El factor que decide frente a los laboratorios restantes, es la novedad del producto, sobre la que se basa la promoción comercial.

(58) Punto importante es la relación de las cantidades que se destinan a investigación con las que se dedican a la propaganda de productos farmacéuticos; estas últimas se estiman entre el 10-15% (Federico Mayor) y el 15-20% (Leopoldo Arranz) del total del consumo farmacéutico que en 1975 fue de más de 100.000 millones de pesetas. Los gastos de promoción estarían, por tanto, entre diez mil y veinte mil millones de pesetas. Hubiera sido necesario que el Informe indicase, aunque sólo fuera aproximadamente, las inversiones que la industria farmacéutica ha destinado a investigación en ese año.

control y administración que debe someterse a criterios fiscales que, aun siendo laxos, no en todas las ocasiones coinciden con la entidad fiscalizada en calificar una partida como gasto o como inversión. El laboratorio debe, por consiguiente, por otra parte, iniciar la investigación e invertir para ello, aceptando los riesgos que esa inversión puede traer consigo en la reducción de los beneficios y no (como sería el caso de incluirla en el escandalo) recogiendo unas cantidades sustanciosas que evitan el riesgo empresarial y aseguran un beneficio.

Repitamos que toda esta difícil e intrincada situación de la investigación farmacéutica -situación que sólo hemos bocetado- la simplifica el informe en un solo párrafo lleno de declaraciones de principios. ¿No sería ésta razón suficiente para descalificar el documento de la Comisión para la Reforma?

El epígrafe 36 que venimos analizando se refiere también a la reglamentación de los ensayos clínicos que, en efecto, como dice el Informe, "debe reglamentarse y alcanzar niveles de calidad salvaguardando los intereses de los enfermos...". El problema, que es importante y está abandonado por completo, también lo despacha el Informe apresuradamente. Porque no basta con decir que la Administración "ofrecerá sus centros a la industria para la realización de ensayos clínicos", sino que hay que considerar desde un principio todos los aspectos: a) en relación con el enfermo, que tiene pleno derecho a ser debidamente informado y a negarse a servir de cobaya humano; b) respecto al medicamento, que debe ensayarse en todas las circunstancias; c) respecto a las experiencias, que incluirán, necesariamente, la comprobación de la eficacia del medicamento (experiencias que comportan problemas éticos graves que deben, claro es, tenerse muy presentes) y ser llevadas a cabo, exclusivamente, por médicos formados y no por internos recién graduados o por enfermeras, como se viene haciendo en lo que hoy se llaman "experiencias"; d) hay que prever la posibilidad de que los médicos experimentadores sean "comprados" o sean alterados hábilmente los resultados de sus experiencias (hechos que se han denunciado ya en varios países), y e) prohibir que las especialidades farmacéuticas resultantes de la investigación extranjera sean experimentadas en nuestro país. Laboratorios norteamericanos han utilizado como cobayas humanos enfermos de sudamérica, de Africa y de Europa, incluida España. Lo lógico y natural es que en España se autorice el empleo de productos extranjeros sólo cuando hayan sido ya autorizados en los países de origen del descubrimiento o, como norma general de homologación, cuando sean registrados en U.S.A., y para idénticas indicaciones que los organismos de aquellos países (o de U.S.A.) establezcan (59).

(59) "A veces se exportan y ponen a la venta en los países en desarrollo medicamentos cuya distribución no está autorizada en el país de origen, o que se han retirado de su mercado nacional por razones de seguridad o por falta de eficacia; también, a veces, se comercializan y se anuncian medicamentos en los países en desarrollo para indicaciones que no han sido aprobadas por los organismos competentes de los países de origen. Tales prácticas, aun en el caso de que no sean ilegales, atentan contra la ética y contra la salud". (*Crónica de la OMS*, Ginebra, volumen 29, septiembre 1975).

37. Distribución de especialidades farmacéuticas

Es necesario exigir unos requisitos mínimos de superficie, stocks, instalaciones técnicas frigoríficas y climáticas, así como laboratorios de control y dispositivos de seguridad. No se admitirán aperturas que no cumplan dichas exigencias y se fijarán plazos de adaptación a los existentes.

El director técnico farmacéutico será, en la medida de las responsabilidades que se le asignen, potenciado en sus funciones y derechos. Según la dimensión del almacén, podrá exigirse una mayor plantilla técnica.

La distribución que es una actividad comercial de carácter sanitario independiente e indispensable, pero no excluyente, necesita se determine un margen, estipulado en un porcentaje, que asegure una justa rentabilidad ineludible para su subsistencia. Los distintos regímenes empresariales, de acuerdo con los resultados económicos, podrán proceder en consecuencia con arreglo a las normas legales que les amparan y en la dirección que aconseje su política empresarial y, con prioridad, el sentido social y de servicio que debe inspirar a estas entidades.

No se comprende muy bien por qué la Administración pretende regular minuciosamente circunstancias que son triviales -como por ejemplo, la superficie- o que se regulan por la propia competencia -como por ejemplo, los stocks- o por el sentido común. Y mucho menos se comprende la exigencia de que los almacenes de especialidades farmacéuticas cuenten con "laboratorios de control". ¿Con qué autoridad y por qué motivos puede un almacén controlar una especialidad farmacéutica ya terminada y controlada por el fabricante y bajo la supervisión de los servicios farmacéuticos oficiales de la Dirección General de Sanidad? ¿No sale ya del laboratorio toda especialidad en condiciones de mantener su vigencia durante su plazo de validez? Y, por otra parte, en caso de un fallo de la especialidad, ¿no es el único responsable el director farmacéutico del laboratorio? En cuanto a los "dispositivos de seguridad", las especialidades farmacéuticas comportan pocos riesgos específicos para la seguridad de las personas y de los locales. Suponemos, por tanto, que se trata de medidas de vigilancia para evitar robos de drogas tóxicas. Si es así, basta con señalar la responsabilidad penal en que podría incurrir el almacén. Sabedor de esa responsabilidad, y por la cuenta que le tiene, ya adoptará las precauciones convenientes.

De otra parte, se contempla en este punto la potenciación de una figura que ya existe: la del director farmacéutico. No discutimos las funciones ordenadoras o clasificadoras de este director, aunque no se percibe cuál puede ser su responsabilidad como técnico en un almacén al que, como hemos dicho, la especialidad farmacéutica llega perfectamente acabada y empaquetada y del que es distribuida a la farmacia muchas veces con el mismo embalaje de origen. No cabe, creemos, potenciar tal dirección sino como una muestra más de "profesionalismo". Porque las funciones que la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria concibe para el director farmacéutico de un almacén deben ser importantes -aunque a no

sotros no se nos alcancen- y, por supuesto, muy definidas -aunque no se formulen- dado que en el Informe se prescribe que "según la dimensión del almacén podrá exigirse una mayor plantilla técnica".

El último párrafo del epígrafe 37 es también confuso. Parece redactado para, de una parte, afirmar las entidades asociativas de farmacias -cooperativas y centros- que canalizan hacia la oficina de farmacia buena parte del porcentaje de beneficio que en el escándalo de la especialidad se destina expresamente a los distribuidores, y de otra, justificar prácticas comerciales sobre la base del citado porcentaje. "La distribución -vale la pena transcribir el texto- que es una actividad de carácter sanitario independiente e indispensable, pero no excluyente, necesita se determine un margen estipulado en un porcentaje, que asegure una justa rentabilidad ineludible para su subsistencia. Los distintos regímenes empresariales, de acuerdo con los resultados económicos, podrán proceder en consecuencia con arreglo a las normas legales que les amparan y en la dirección que aconseje su política empresarial...". ¿Qué significa que la distribución es una actividad "no excluyente"? ¿Tal vez que el laboratorio puede vender directamente a las farmacias o a los centros hospitalarios o residencias? Y al decir que "necesita un margen comercial", cuando ya está fijado hoy en el 12% sobre el precio de venta a farmacias ¿no se está pidiendo un aumento de dicho margen?

El párrafo es oscuro y creemos que podría traducirse así: del margen estipulado por el distribuidor, éste puede hacer -seguir haciendo, como hoy- lo que quiera, según sea el "régimen empresarial". Las cooperativas, repartir entre las farmacias cooperadoras "lo que quede", después de reintegrarse los gastos de Administración, de personal, etc.; los centros farmacéuticos, remitir parte del porcentaje a sus farmacias accionistas, aunque lo hagan indirectamente al distribuir los beneficios anuales, y los restantes almacenes, situados difícilmente entre las cooperativas y los centros, defenderse como les sea posible y, desde luego, revertir también en las farmacias clientes una porción del porcentaje establecido para la distribución.

Si nuestra interpretación del párrafo fuera correcta, se trataría, en definitiva, de justificar -y quizá de aumentar- un porcentaje para la distribución que la práctica muestra es excesivo. Porque si parte de ese porcentaje es cedido -y va a seguir siéndolo- a las farmacias es obvio que el porcentaje fijado sobra para remunerar la labor distributiva. Y ¿en razón de qué va a la farmacia ese sobrante? ¿Es motivo suficiente el hecho de que se "cooperativice" o "centrifique"? ¿No tiene ya la farmacia su beneficio establecido en el escándalo? Sería más justo que si, como parece, el porcentaje de distribución es generoso, fuese reducido a sus justos límites y, en consecuencia, se rebajase el precio de venta al público de la especialidad farmacéutica.

38. Prescripción

Es importante potenciar el estímulo de superación, instaurar el reciclaje formativo, conseguir una mejor formación farmacológica y proporcionar una veraz información privada normalizada, complementada por otra indepen

diente y oficial en la que también figuren datos económicos y comparación de precios. Es importante avanzar hacia una información mecanizada -banco de datos- y conseguir un mayor contacto con el farmacéutico, verdadero profesional del medicamento.

Debe reglamentarse la receta médica e instaurarse una relación entre la prescripción y la duración del tratamiento.

Aplaudimos cuanto el Informe dice que debe hacerse sobre el tema. Lamentablemente no dice cómo hay que hacerlo, cuestión fundamental. Así pues, abre aquí el Informe uno más de sus frecuentes períodos generadores de perplejidades. ¿De qué manera se conseguirá que la "información privada normalizada" sea veraz? ¿De qué modo será complementada por otra independiente y oficial? Y sobre todo, ¿cómo se "reglamentará" la receta médica y se instaurará una relación entre la prescripción y la duración del tratamiento? ¿Es que puede, de modo sistemático preverse tal duración? ¿O es, más bien, que se pretende que en cada tratamiento la prescripción se repita varias veces y con ello "dosificar" y obstaculizar la receta? Si es así, ¿de qué manera repercutirá este hecho en las ya masificadas consultas médicas?

En otro orden de cosas, al referirse a un "mayor contacto con el farmacéutico", ¿quiere decir el Informe que el médico debe relacionarse más con el farmacéutico -o éste con aquél- respecto a la prescripción? En los centros hospitalarios, la relación del farmacéutico con el médico se ha revelado muy útil para la terapéutica farmacológica. Pero en la asistencia sanitaria ambulatoria ¿cómo y dónde puede ordenarse y encauzarse dicha relación? ¿De qué manera podría incorporarse a las, digamos, "costumbres sanitarias"? (60).

39. Oficinas de farmacia

Se consideran las oficinas de farmacia como integrantes de una red dispensarial farmacéutica, constituida por establecimientos privados que colaboran, por razón de su propia naturaleza, con el servicio público de asistencia sanitaria y sometidos, en cuanto a su organización y funcionamiento, al control y vigilancia de las autoridades sanitarias.

Deben reglamentarse los requisitos mínimos que deben exigirse a las oficinas de farmacia en cuanto a superficie, utillaje, stocks e instalaciones. Los requisitos serán distintos según las diferentes clases de oficinas.

La Administración y la Corporación, de acuerdo con la competencia que a ésta otorga la ley de Colegios profesionales, regularán más racionalmente el sistema de apertura de nuevas farmacias en función de los habitantes

(60) En otros países ese "hábito" está ya instaurado. Basta permanecer unos minutos en una farmacia europea o norteamericana para advertir que al despachar un medicamento el farmacéutico se cerciora de que la persona que lo adquiere ha comprendido bien todos los aspectos de la prescripción. E incluso no es infrecuente que el farmacéutico telefonee al médico cuando una receta, por alguna causa (dosis, circunstancias del paciente, tipo de producto, etc.), le parece extraña.

por farmacia y de la distancia entre ellas, con las excepciones que las ne-
cesidades del servicio determinen. El sistema de acceso debe evitar los
componentes de privilegio económico y oportunismo que hoy priman. Debe con-
seguir hacer atractivos los medios rurales como paso para promociones ul-
teriores, en conjunción con los méritos académicos y profesionales. Todo
dentro de un esquema que coincide en lo fundamental con la organización
de la asistencia médica: farmacia rural, comarcal, urbana, de temporada y
macrooficina con especializaciones en gradiente paralelo con la medicina
rural, de familia, la especializada y la institucional. Se estudiarán, por
consiguiente, las características y equipo profesional de las macroofici-
nas. Los derechos de los herederos a continuar con la farmacia serán con-
siderados en términos más razonables y profesionales.

Se exigirá la presencia de los farmacéuticos en la oficina.

Se fijará el número de éstos en proporción a dimensión y actividad de
la misma.

Se cuidará que la conveniente elaboración de fórmulas, genéricos y es-
pecialidades de exclusiva dispensación, en las farmacias que las confeccio-
nen, se efectúe con los requisitos necesarios para asegurar la calidad y
economía.

Se regulará la dispensación con receta ampliando mayoritariamente los
grupos terapéuticos que necesitan ese trámite. Se regularán también las
misiones de colaboración de los laboratorios de control corporativos y la
utilización y valoración de sus resultados. Se fomentará la utilización
del farmacéutico como educador sanitario y colaborador en programas de
farmacovigilancia. Se tendrán en cuenta las facetas del mismo como sanita-
rio, analista y bromatólogo. Se valorará en sus justos términos el queha-
cer integral del farmacéutico en el medio rural.

El beneficio de los farmacéuticos de oficina de farmacia por la dispen-
sación de especialidades farmacéuticas se establecerá en un porcentaje
único, en el que queden incluidos los honorarios profesionales por su ti-
tulación y los márgenes comerciales inherentes a las inversiones neces-
arias para la correcta dispensación de dichas especialidades.

Después de una definición "descomercializadora" de las oficinas de
farmacia y de afirmar su carácter de establecimientos colaborado-
res "con el servicio público de asistencia sanitaria", lo cual es
verdad, pero no toda la verdad; después, decimos, de ese intento
de ennoblecer la farmacia con la calidad exclusiva de servidor de
la salud, aparece de nuevo el criterio de una pretensión de fun-
ciones y aumento de puestos de trabajo y de los "requisitos míni-
mos" relativos a la superficie, utillaje, stocks, instalaciones,
en este caso "distintos según las diferentes clases de oficinas".

Van a existir, pues, en la "sanidad reformada" farmacias de dis-
tintas clases sin que se diga qué circunstancias o característi-
cas serán las que definan cada clase. Nos atrevemos a suponer que
dato principal será la mayor o menor actividad comercial, o sea,
la mayor o menor cifra de venta, y no el mayor o menor grado de
colaboración sanitaria. Porque, no cabe duda, las grandes farma-
cias metropolitanas, y no las rurales (que realizan una mayor co-
laboración sanitaria), serán las "macro-oficinas". Y ¿qué fin tie-
ne el dividir las farmacias en clases diferentes? ¿"Colocar" aca-
so más farmacéuticos?

En el párrafo tercero se hacen de nuevo genéricas profesiones de
fe en una regulación más racional y más justa del sistema de ac-

ceso ("debe evitar los componentes de privilegio económico y oportunismo que hoy priman"). Se habla también de "hacer atractivos los medios rurales como paso para promociones ulteriores" (*). Se dice asimismo que los derechos de los herederos a continuar con la farmacia "serán considerados en términos más razonables y profesionales". Lo que estas confusas frases entrañan puede suponerse. Además de la desconsideración del medio rural, calificado de "como paso" promocional, lo que significa para muchos una obligación "a cumplir" a regañadientes. El medio rural requiere otra estimación y una ordenación distinta que no haga de él lugar de destierro provisional.

Hay, a continuación, en el texto del Informe un párrafo definitivo: "Se exigirá la presencia de los farmacéuticos en la oficina" (**). Así pues, se admite que ahora no todos están presentes en sus oficinas, o no suelen estarlo habitualmente. A pesar de lo cual, es obvio que las farmacias funcionan. Entonces, ¿por qué se va a exigir la presencia de los farmacéuticos y, en último término, qué función de contenido social y sanitario ejerce hoy el farmacéutico en la farmacia cuando, como vemos, el mancebo es suficiente? Sin embargo, no sólo se va a exigir la presencia de los farmacéuticos, sino que "se fijará el número de éstos en proporción a la dimensión y actividad de la misma" (la farmacia).

Se proyecta también ampliar "mayoritariamente los grupos terapéuticos que necesiten ese trámite" de la receta. Es decir, aumentará el número de especialidades para las que será obligatoria la previa prescripción médica escrita. Lo que sin duda está bien, aunque hoy, en la práctica, es ya así para una gran parte de las prescripciones. La Seguridad Social incluye a la casi totalidad de la población del país y las recetas a cargo de aquélla son siempre escritas. Queda, ciertamente, un porcentaje de consumo -podría estimarse en un 30%- fuera de la Seguridad Social, consumo del que habría que deducir los "pequeños remedios" (analgésicos, pastillas para la tos, etc.).

El punto que comentamos establece en su último párrafo que "el beneficio de los farmacéuticos de oficina de farmacia por la dispensación de especialidades farmacéuticas se establecerá en un porcentaje único, en el que queden incluidos los honorarios profesionales por su titulación y los márgenes comerciales...". En este párrafo también son precisas definiciones y surgen de nuevo, necesariamente, los interrogantes: ¿El porcentaje único será más alto que el porcentaje medio actual? ¿Qué parte del porcentaje único puede considerarse honorarios profesionales y qué parte margen comercial? Aquí aparece otra vez el afán de justificar lo que en nuestra sociedad española carece, ya hace años, de justificación e incluso de explicación: que una persona necesite cinco años de carrera para limitarse (excepto en las farmacias rurales en donde aún se ejerce una función informativa, farmacológico-sanitaria) a despachar o, en la mayoría de los casos, simplemente a avalar con su título -porque el que despacha es, como hemos visto, el mancebo- la dispensación de específicos en envases cerrados y precintados en los que no tiene arte, parte ni responsabilidad alguna.

(*) El subrayado es nuestro.

(**) Los subrayados son nuestros.

40. Farmacia hospitalaria

Los servicios farmacéuticos hospitalarios deben obligatoriamente extenderse a toda la red hospitalaria nacional, con unas exigencias mínimas en su instalación y utillaje y un equipo profesional capaz de realizar las misiones de adquirir, controlar, conservar, elaborar, distribuir y dispensar medicamentos y productos afines y efectuar tareas de información de medicamentos, de farmacia clínica, farmacovigilancia y otras. Estarán integrados funcional, jurídica y económicamente en el equipo hospitalario, con idénticos derechos y obligaciones, dentro de su específica competencia, que los profesionales médicos.

Nada hay que objetar a lo que el Informe propugna sobre el tema. Los servicios farmacéuticos hospitalarios, en los centros en que ya funcionan, han mostrado sobradamente su utilidad y justifican los proyectos de extensión. Naturalmente, en medida adecuada, pues no sería conveniente -ni tampoco creemos que se desee- una inflación farmacéutica en los centros hospitalarios.

41. Botiquines

Se reglamentarán las características y dirección de todos los botiquines con criterios de servicio y de garantía farmacéutica.

¿Qué razones existen para reglamentar los botiquines que -como una especie de sucursales de la farmacia- se hallan establecidos en numerosos pueblos de la geografía española y cuyo funcionamiento viene siendo muy eficaz dentro de las lógicas limitaciones de existencias? ¿Qué significa la frase "criterios de servicio y de garantía farmacéutica"? ¿Quizá que, en lo sucesivo, estará presente en los botiquines un farmacéutico, de acuerdo con la idea de "presencia exigible" del punto 39? ¿O tal vez que parte de los botiquines pueden ser convertidos en farmacias? El tema no es intrascendente, aunque el Informe lo resuelva en dos líneas. Afecta a buena parte de la población rural.

42. Registro farmacéutico

En materia de registro farmacéutico se sugiere adoptar los siguientes criterios:

1º Criterios técnico-sanitarios, es decir, las necesidades racionalmente previsibles de los diferentes tipos y clases de especialidades, los niveles técnicos de producción y las garantías del control de calidad.

2º Criterios económico-sociales, según los cuales la limitación de los precios y de los costos globales -principalmente para la Seguridad Social- debe alcanzarse teniendo en cuenta la producción y consumo masivo, eliminando la falsa y excesiva competitividad de los laboratorios que, en definitiva, recae sobre el médico y que carece de razón de ser al nivel singularizado en que hoy se produce. El concierto de grandes producciones y la

autorización para elaboraciones simultáneas o compartidas por varios laboratorios -con derogación del artículo 84, h), del Decreto 2464/1963, de 10 de agosto- puede ser útil.

3º Criterios de estructura industrial, que deben conducir a la cooperación entre los laboratorios, la racionalización y planificación global de su oferta, la limitación y contingentación de los nuevos registros por la propia industria farmacéutica y, en su defecto, por la Administración, y la fijación de unos precios ajustados a los costes reales y periódicamente revisables.

En definitiva, se trata de ordenar el sector farmacéutico partiendo de los datos reales y conocidos: el consumo y la capacidad de producción, y siguiendo los únicos criterios que deben ser válidos: los técnico-sanitarios.

La convalidación es el momento obligado para el replanteamiento de la vigencia de una especialidad, su modificación o supresión. La fecha de caducidad debe coincidir con este plazo.

En todo caso, la autoridad sanitaria puede y debe excluir del mercado, en cualquier momento, las especialidades farmacéuticas que estime que no son inocuas o eficaces.

La importancia de este punto es notoria y el Informe se la concede al considerar el asunto con minuciosidad bajo tres criterios. En el texto faltan sin embargo, en nuestra opinión, hechos y puntualizaciones que estimamos muy importantes:

1. **Criterios técnico-sanitarios.** La especialidad, según el Informe, debe responder a "necesidades racionalmente previsibles" a "niveles técnicos de producción" y a "garantías del control de calidad".

Los "niveles técnicos de producción" y las "garantías de control de calidad" son condiciones elementales que se cumplen ya en estos momentos. Así pues, el Informe no enuncia al respecto nada nuevo. En cuanto a que los registros respondan a "las necesidades racionalmente previsibles de los diferentes tipos y clases de especialidades", es una expresión ambigua cuya interpretación se nos escapa. ¿Se trata de necesidades

médicas, o sea de tratamiento farmacológico, y quiere decirse que las nuevas especialidades sólo serán registradas si se prevé que van a cubrir un hueco terapéutico o van a atender mejor -con más eficacia, con menores reacciones secundarias, etc.- alguno de los que ya están cubiertos? De ser así, una vez registrada la especialidad "X", ¿no se aceptarían todas las similares que a continuación se pretenden? ¿O se aceptaría alguna más? ¿Cuántas? La cuestión es realmente importante y por lo mismo exige decisiones que el Informe omite.

2. **Criterios económico-sociales.** En este apartado propugna el Informe una "limitación de los precios y de los costes globales" -principalmente para la Seguridad Social- a alcanzar sobre la base del consumo masivo y la eliminación de una "excesiva competitividad de los laboratorios". Prevé, para ello, la posible supresión del apartado 4) del artículo 84, del decreto 2264 de 10 de agosto de 1963 (B.O.E. de 7 de octubre

de 1963) (61), con lo cual se permitiría que varios laboratorios elaborasen de modo simultáneo o compartido una misma especialidad. Habla anteriormente de "el concierto de grandes producciones" y, una vez más, la lectura del informe provoca dudas: ¿Significa "el concierto" que varios laboratorios producirán la misma especialidad y la venderán bajo una marca nueva, propiedad comunal de todos ellos? En tal caso, ¿qué harán de las marcas que ya tiene en el mercado? ¿O sólo será el concierto para aquellas especialidades nuevas de las que se prevean "grandes producciones"? ¿O acaso supone el concierto que la Seguridad Social podrá convenir, como cliente principal -más exactamente: como pagador principal-, con uno o varios laboratorios la producción de una especialidad? De ser así, ¿distribuirá la Seguridad Social en sus ambulatorios de modo directo las especialidades "convenidas" o, como se viene haciendo ahora, a través de las farmacias? La distribución por la Seguridad Social excluiría a las farmacias. La venta a través de las farmacias supondría de hecho excluir del mercado las especialidades similares "no convenidas" porque, naturalmente, únicamente se recetarían las "convenidas". Todo esto es muy confuso y encierra quizá una posible y profunda transformación de la producción farmacéutica. Parecen advertirse, incluso, ribetes de una imposición por parte de la Seguridad Social que la generalización del texto del Informe impide estimar y puede ser buena o mala. En cualquier caso, no es admisible que un proyecto posiblemente trascendente no se formule con la suficiente claridad para ser entendido y permitir su acabado análisis.

3. **Criterios de estructura industrial.** Preconiza el Informe "la cooperación entre los laboratorios, la racionalización y la planificación global de su oferta" y la limitación, por ellos mismos -por los laboratorios-, de los nuevos registros y, "en su defecto, por la Administración".

Cada laboratorio tiende al producto nuevo propio (que sea de novedad real o artificial es otra cuestión) como medio esencial para competir en el mercado. Y esta dinámica comercial es tan fuerte que necesariamente obstaculiza o reduce cualquier propósito de cooperación, de planificación global de la oferta y, desde luego, de limitación espontánea de registros. Nos parece claro que objetivos tan difíciles son casi inalcanzables (más que objetivos semejan ideales) y, en cualquier caso, es imprescindible que la Administración intervenga en la limitación de registros (según ya se prevé). Y es asimismo evidente, a nuestro juicio, que la única forma de reducción de las nuevas especialidades radica en la exigencia de **demostrar** la eficacia y aportar mejoras terapéuticas, evaluada según módulos y normas muy claras para todos. Respecto a la eficacia, el propio Informe, en el párrafo final de este epígrafe 42 establece que "la autoridad sanitaria puede y debe excluir del mercado, en cualquier momento, las especialidades farmacéuticas que es time que no son inocuas o **eficaces**" (*). Si la Administración

(61) Artículo 84. "Se reputarán faltas graves...h) Elaborar especialidades farmacéuticas de distintos laboratorio o dar las propias a otro para que por éste se realicen tales menesteres".

(*) El subrayado es nuestro.

es coherente con este enunciado, no cabe duda de que una acción a emprender urgentemente es la que hemos sugerido al comentar el punto 34: comprobar científicamente la eficacia de las especialidades farmacéuticas actualmente en el mercado y cumplir con el deber (así, como acabamos de ver, la propia Administración lo califica) de suprimir las ineficaces.

Está bien consignar un "momento obligado para el replanteamiento de la vigencia de una especialidad"; está bien que, asimismo, el plazo de validez coincida con el plazo de vigencia oficial. Pero todo ello no excluye una revisión general urgente ni la condición de que cada registro se produzca con la demonstración fiable de la eficacia del producto. La convalidación puede determinar posteriormente (y es mucho) que los resultados de la experiencia clínica masiva que supone los meses de venta (hay efectos indeseables que, desgraciadamente, sólo así pueden percibirse) sean tenidos en cuenta: para mejorar el producto o, naturalmente, para suprimirlo.

43. Farmacopea y formulario

El Código de Medicamentos es un instrumento técnico de utilidad para una correcta actividad del farmacéutico, así como para la adecuada prescripción médica.

Es conveniente su reelaboración con la colaboración de las academias, corporaciones, centros técnicos y expertos cualificados, de acuerdo con las orientaciones de los organismos internacionales. La iniciativa puede y debe partir del Centro Nacional de Farmacobiología.

Se hace sin duda necesario reelaborar el código de medicamentos. No creemos, sin embargo, que en este trabajo sean precisas colaboraciones de academias, corporaciones, centros técnicos y expertos cualificados que sigan "las recomendaciones internacionales". La labor nos parece bastante más sencilla: traducir, con pequeños retoques de adaptación, la farmacopea de Europa, recomendación, por lo demás, ya formulada en las "Jornadas de la Dirección General de Sanidad y de los laboratorios farmacéuticos". Mucho nos tememos que de hacerse de otro modo se obtenga un conjunto de normas tan inoperantes como las del Código Alimentario.

44. Información

La información de los laboratorios a los profesionales sanitarios debe ser normalizada y ética. Debe existir una información de referencia procedente de la Administración, con la cooperación de la industria farmacéutica y las corporaciones profesionales en su realización y distribución. Debe lograrse un tratamiento mecanizado de la misma y un banco de datos y utilizar mejor la capacidad del farmacéutico como informador de medicamentos a nivel de hospital y oficina, a la vez que se perfecciona la formación del médico y farmacéutico en farmacología.

Se trata, en efecto, de uno de los temas esenciales para alcanzar un uso correcto de los medicamentos. El desconocimiento farmacoló-

gico que hoy tiene la mayoría de los médicos -y de los veterinarios- es, verdaderamente, grande, lo cual supone, antes que nada, una grave quiebra en el tratamiento de la enfermedad y, en segundo lugar, hace al médico -y al veterinario- particularmente vulnerable a la publicidad de la industria farmacéutica que es de hecho, como se ha repetido tantas veces, la única "formación" farmacológica que recibe.

Las medidas propuestas por el Informe, aparte, una vez más, de su inconcreta formulación, no son resolutiveas en la medida que la seriedad del asunto exige. Entendemos que la "información de referencia procedente de la Administración" debe prescindir rotundamente de cualquier colaboración con la industria farmacéutica y ser absolutamente independiente. Su objetividad ha de ser manifiesta y provenir de ensayos terapéuticos científicamente realizados.

Es preciso tener en cuenta, además, que la publicidad fundamental de los laboratorios (la más decisiva para que el médico acepte o no un producto farmacéutico) es la que realiza el visitador médico oralmente y por ello resulta difícilmente controlable su normalización. El laboratorio cumplirá las normas editando unos folletos que digan "A", pero puede al mismo tiempo ordenar a los visitadores que verbalmente comuniquen al médico "A+B". Con lo cual cabe, incluso, que contradiga con éxito la "información de referencia procedente de la Administración". La fuerza de esta información oral es fácil de estimar por el alto número de visitadores que, en hipótesis baja, puede cifrarse en 8 o 10.000, uno por cada cinco o seis médicos (en Francia son actualmente 9.000, cada uno de los cuales realizan de 160 a 180 visitas por mes) (62). De algún modo debe garantizarse su control.

Por lo que se refiere al banco de datos, ¿se han estimado su inversión financiera de primer establecimiento y sus gastos de funcionamiento? ¿Es viable en la práctica?, queremos decir: ¿será utilizado por los médicos?

Y respecto a "utilizar mejor la capacidad del farmacéutico como inductor de medicamentos a nivel de hospital y oficina", estamos conformes en la acción dentro de los centros hospitalarios. En éstos, la relación farmacéutico-médico es útil, como ya hemos reconocido con anterioridad. En la oficina de farmacia la situación es distinta, aunque, sin duda, el farmacéutico -principalmente en el medio rural- ejerce hoy una función docente sobre el modo de empleo del producto. Pero cada enfermo es distinto y, por ello, tal información le corresponde al médico. Al menos debería el farmacéutico mantenerse en relación con el médico. ¿Cómo puede hacerlo?. (En el epígrafe 38, al tratar el tema de la prescripción, poníamos de manifiesto las perplejidades que nos produce la ausencia de planteamientos indicativos del Informe).

El Informe, sin embargo, omite algunas medidas fundamentales que podrían tomarse, que indicativamente exponemos a continuación, unas tomadas de R. Hooghe y otras que nosotros sugerimos:

- "Informar al medio médico sobre el peligro de permitir que subsista el degradante clima actual que conduce al médico a transmitir inconscientemente al enfermo el mensaje publicitario" (63).

(62) "A folie des médicaments", *L'Express*, 19-25 mayo de 1975

(63) R. Hooghe, "La publicité pharmaceutique", *Lettre d'Information*, n°73 du GERM, Bruxelles, décembre 1973.

- "Lograr que las facultades de medicina concedan un lugar esencial a la formación de los futuros médicos en farmacología clínica" (64). El Informe propone "perfeccionar la formación" sin pararse a definir en qué pueda consistir este perfeccionamiento, cuando lo que se necesita es facilitar la formación básica.
- "Cursos acelerados de farmacología para la generalidad de los médicos de la Seguridad Social" (no se comprende cómo este organismo no los ha instituido ya).
- "Edición de una publicación oficial y profesional sobre farmacología, breve y práctica".
- "Informar al público incansablemente, con claridad y objetividad, del papel de consumidor pasivo que se le quiere hacer desempeñar" (65).

45. Control e inspección

Se debe potenciar al máximo en utillaje, pero sobre todo en personal, al Centro Nacional de Farmacobiología.

Se deben marcar las prioridades de control e inspección de los laboratorios y de las especialidades de más alto riesgo por sus características intrínsecas o su difusión.

Es necesario un Cuerpo Farmacéutico de Sanidad Nacional de carácter integral, en cuantía y con formación suficiente.

Estas actividades son sin duda inexcusables, y está muy bien marcar las prioridades "por sus características intrínsecas o su difusión de las especialidades farmacéuticas".

Pero no se explica, y difícilmente se comprende la relación entre lo dicho y la necesidad de un Cuerpo Farmacéutico de Sanidad Nacional de carácter integral. Parece la expresión de un deseo profesional -antiguo, por otra parte- que, precisamente, se cumplía en el mismo mes en que el Informe fue editado: en julio de 1975 se creó dicho Cuerpo.

46. Farmacovigilancia

Los efectos adversos de los medicamentos deben ser seguidos y los centros hospitalarios, médicos y farmacéuticos, mentalizados para que efectúen la información con seriedad y celeridad dada la gravedad que el problema adquiere por la peligrosidad del arsenal terapéutico y sus interacciones nocivas.

(64) R. Hooghe, *La publicité pharmaceutique, Lettre d'Information*, n° 73 du GERM, Ob. cit.

(65) Ibid.

Un trabajo también fundamental e imprescindible que el Informe despacha con premura y simplificación. Es necesario algo más que "mentalizar a los centros hospitalarios, médicos y farmacéuticos". Una farmacovigilancia sería requiere tanto que los médicos dispongan de fichas normalizadas (66) en las que puedan hacer constar con rapidez las reacciones adversas, como un conocimiento de las especialidades farmacéuticas y un seguimiento del enfermo que siempre son difíciles, particularmente en los casos ambulatorios.

47. Precio de los medicamentos

El precio del medicamento debe ser fijado por un órgano único.

Es necesario alcanzar un escandallo industrial adaptado a la verdadera estructura de costes, que induzca a fabricar con criterio objetivo y no promueva los precios altos; que recoja gastos de investigación y otros acreditados; que otorgue legítimos, pero justos gastos de comercialización para evitar que el exceso en la retribución de los mismos sirva para crear consumo no racional. El beneficio industrial variará según el precio y las ventas previsibles.

La Administración deberá tener suficientes elementos de juicio para comprobar la veracidad del coste propuesto a la luz incluso del estudio económico de la estructura de la empresa y su balance.

Especial mención debe hacerse respecto del control de precios de las materias primas.

Los criterios generales de aceptación de precios deben ser restrictivos y a la baja respecto del valor a otorgar a materias primas que no aporten verdaderas novedades farmacológicas, terapéuticas o farmacotécnicas sobre las existentes en el mercado, y asimismo en el caso de que haya equivalentes comercializados con calidad suficientemente contrastada.

En resumen, los precios de las especialidades farmacéuticas deberán estar de acuerdo con el coste real de su producción y, en consecuencia, estarán constituidos por la suma de sus diferentes componentes.

Deberá tenerse en cuenta:

- El uso de materias primas de producción nacional.
- La fabricación propia de estas materias.
- La producción en grandes series.
- La investigación científica y su desarrollo.
- La creación de fármacos originales y eficaces.

Deberán revisarse, como mínimo, cada tres años.

Se inicia el tratamiento de este tema con una aseveración tan categórica como inexpresiva: "el precio del medicamento debe ser fijado por un órgano único". ¿Qué órgano? ¿No ha podido el Informe indicar las características y situación del órgano que debe fijar nada menos que el precio de los medicamentos y consignar las reformas ventajosas -suponemos que lo serán- que aportará respecto a la actual situación?

(66) Ver el anexo II constituido por la fotocopia de la ficha que emplea el Centre National de Pharmaco-Vigilance francés (Pág. LIII).

El párrafo segundo ("es necesario alcanzar un escandallo industrial adaptado a la verdadera estructura de los costes ...") es una proclamación de buenos deseos que el Informe no dice cómo se convertirán en realidades y muchos de los cuales no parecen aceptables o posibles. Sobre la investigación ya expusimos detenidamente, al comentar el punto 36 las causas que, en justicia, se oponen a que se incluyan en el escandallo los gastos de una labor cuyo móvil es exclusivamente comercial. Sobre los gastos de comercialización pensamos que está bien un "justo" -estrecho- porcentaje en el escandallo, pero que eso no impedirá que cantidades importantísimas, mayores sin duda que las derivadas de dicho porcentaje, se destinen a la promoción (Esos entre 10.000 y 20.000 millones que hoy se utilizan para tal fin ¿corresponden al porcentaje fijado en el actual escandallo o son muy superiores?). Tampoco nos parece que aporte nada resolutivo el hecho de establecer un beneficio industrial variable según el precio y la cifra de venta previsible (cosa difícil de calcular por anticipado en un producto original). Y si está bien que se tenga en cuenta el uso de materias primas de producción nacional cuando sea posible (de hecho hay muchas especialidades cuyas materias primas sólo se fabrican en el extranjero), no creemos que sea justo estimar como factor favorable la fabricación propia de las materias primas, porque con eso tan sólo se beneficiarán unos pocos -los fabricantes- y quizá se perjudique a laboratorios que no fabrican, pero que pueden estar edificando a sus expensas una estructura de investigación que más adelante puede ser fuente de innovación; lo cual es, en esta industria, bastante más importante que la fabricación de materias primas.

En suma, estos criterios significan, en general, acciones periféricas. El núcleo está, como el Informe indica, en las materias primas, y hay que convenir que, en el caso de ser nuevas, originales y exclusivas, escapan a todo posible control. De tratarse de materias primas conocidas, ya la Administración viene aplicando desde hace tiempo "criterios restrictivos" y una "valoración a la baja", con el único resultado de crear precios distintos para una misma especialidad: aquella que se creó en la época en que la materia prima era nueva y original, se vende a un precio, y la que se presentó después cuando la materia prima era ya conocida, a otro precio inferior.

El problema es, desde luego, muy complejo. Intervienen el "market power" de las compañías multinacionales proporcionado por la investigación, las patentes, las marcas, etc. El precio de los medicamentos preocupa en todas las partes del mundo y desde hace tiempo (son antiguos los conflictos en U.S.A. -Comisión Kefauver- y recientes los ocurridos en Inglaterra y en la República Federal Alemana). Así pues, sería injusta y absurda la crítica de que en España el problema no se ha resuelto. Criticamos en cambio que en el Informe se expongan medidas genéricas y directrices imprecisas y superficiales o imposibles de llevar a la práctica. A nuestro juicio, el Informe debería haber sido más claro, más expositivo y contener criterios reformadores más profundos: el cambio radical del escandallo, que estimamos imprescindible. Sin pretender aportar una solución definitiva -lo que sería fatuidad- pensamos que dos factores inmateriales, la **eficacia** del producto y una evaluación de las **aportaciones terapéuticas reales** que el medicamento incorpore (al margen de que su materia prima sea **nueva, original y exclusiva**), deben intervenir como índices de corrección muy importantes de las partidas "materiales" que el escandallo contenga. En comentarios a puntos anteriores nos

hemos referido ya a estos factores de eficacia y evaluación de mejoras terapéuticas (67). La revisión periódica de precios -mejor cada dos años que cada tres, como el Informe propone- nos parece fundamental.

48. Consumo de medicamentos

Las especialidades farmacéuticas alcanzan en forma suficiente a toda la población española, no obstante situarse el consumo por habitante y año en niveles todavía inferiores a países similares. La amplia cobertura que en esta prestación facilita el sistema de Seguridad Social (y en los cada vez más limitados casos marginales la beneficencia) garantizan la suficiencia a todos los niveles sociales y económicos.

A sabiendas de que un incremento del consumo farmacéutico no significa necesariamente una promoción de la salud de la población y que, por el contrario, un consumo innecesario o excesivo es un retroceso sanitario y un despilfarro económico, se impone un continuado y cada vez más detallado análisis del consumo farmacéutico, en la forma prevista por el artículo 9º del Decreto 1417/1973, de 10 de mayo, es decir, "por laboratorios, presentaciones farmacéuticas, principios activos, niveles de precios, oficinas de farmacia, ordenadores de la prescripción e instituciones sanitarias".

Recogidos tales datos, se estima que debe continuarse el análisis desde un punto de vista sanitario y epidemiológico para detectar la coincidencia o desfase entre las situaciones de salud y enfermedad de la población y las tendencias del consumo farmacéutico o los hábitos de prescripción.

Una acción planificada y general de educación sanitaria con el fin de orientar al personal facultativo en determinados aspectos de la prestación farmacéutica e informar al público sobre el adecuado y correcto uso de los medicamentos (artículo 7º del Decreto antes citado) parece una medida conveniente, pero no necesariamente eficaz y suficiente para corregir algunas desviaciones concretas.

De los estudios que se lleven a cabo y de los datos que de los mismos se obtengan deberán deducirse medidas adicionales que, por venir a corregir anomalías parciales, no deberán ser generales, sino de aplicación se-

(67) Nosotros no hemos inventado nada. Nos limitamos a recopilar y, claro está, a reflexionar. Por ello queremos citar aquí algunos testimonios: "El profesor Matté declaró en una emisión de la TV francesa, en mayo de 1969, que el 90% de los medicamentos son ineficaces o inactivos; y el Dr. Beraud, afirmaba en un artículo publicado en "Le Monde", en enero de 1970, que el 50% del consumo farmacéutico es está compuesto por productos (tónicos, digestivos, etc.) cuya acción es exclusiva o principalmente psicológica". (*L'invasion pharmaceutique*, pág. 12, de J.P. Dupuy y C. Karsenty. Editions du Seuil, París, 1974). El Dr. A.L. Cochrane, en *Efektividad y eficacia* declara que "la cantidad de prescripciones ineficaces es muy grande y... muy cara"; añadiendo: "lo que resulta ineficaz es el empleo como placebo de medicamentos relativamente caros. Es una lástima que ninguna empresa farmacéutica produzca una amplia variedad de placebos no tóxicos, baratos y de brillantes colores". Es una ironía, pero no deja de ser realista.

lectiva. Dichas medidas obedecerán no tanto al propósito de limitar el gasto farmacéutico como al de impedir o eliminar consumos excesivos e innecesarios de especialidades farmacéuticas.

En principio se sugiere:

- La prohibición de entrega y circulación de muestras gratuitas de especialidades farmacéuticas que no supongan una efectiva novedad terapéutica. En todo caso, su riguroso control -con cifras limitadas de producción y ejemplares correlativamente numerados- para que su uso no se convierta en un "mercado" paralelo de complacencia que, además, puede facilitar operaciones fraudulentas de falsificación o comercio clandestino.
- El incremento selectivo, para productos concretos y por plazo determinado, de la participación de los beneficiarios de la Seguridad Social en el coste de las especialidades designadas, bien sea en todo el territorio nacional o bien en zonas concretas en que se aprecien incrementos injustificados del consumo.
- La "información científica y económica al personal sanitario" (artículo 5º del Decreto 1417/1973, de 10 de mayo) se realizará sin caracteres publicitarios, de acuerdo con lo que al efecto se determine.
- La limitación y regulación de los "visitadores médicos".
- La limitación y estricto control de las aportaciones de los laboratorios farmacéuticos para reuniones, congresos o premios.

Parte este punto de un párrafo con un cierto carácter justificativo y cuando menos discutible: "el consumo por habitante y año en niveles todavía inferiores -se está refiriendo a la población española a países similares". Es posible que existan "países similares" con un consumo per cápita superior, pero es seguro que en naciones de igual o mayor desarrollo que España el consumo farmacéutico anual por habitante y año es menor; por ejemplo, en Italia y Gran Bretaña. ¿En qué lugar y situación concreta está España? Cuando en un informe al Gobierno se hacen afirmaciones que implican índices matemáticos de comparación, tales datos deben aportarse, siquiera sea con brevedad. De otro modo, la afirmación queda sin base.

Pero el error fundamental en este epígrafe 48 es un error de concepto: se considera el consumo farmacéutico demasiado lejano -si no prácticamente ajeno- a la actividad del médico, al consumo de asistencia médica en general. El análisis "continuado y cada vez más detallado" a que nos remite el Informe (análisis que creemos debería estar ya hecho y consignarse en el Informe, máxime cuando se dispone desde hace años de medios informáticos para ello-, alude a los "ordenadores de la prescripción" y a los "hábitos de prescripción", pero no sitúa clara y debidamente en el consumo médico el núcleo generador del gasto farmacéutico.

El consumo farmacéutico se inicia en la consulta del médico y, dado que cada año crece el número de consultas y que -por imposibilidad material de practicarlas adecuadamente- en todas se receta, aumentando al mismo tiempo el número de productos que el médico prescribe en cada una, es inevitable que el gasto farmacéutico crezca ininterrumpidamente. A ello viene a sumarse la sustitución en el rece-

taje de productos antiguos por otros "nuevos" a precios "más actuales". La enorme dinámica del consumo farmacéutico se debe, antes que nada a que el acto médico se encuentra deteriorado en la asistencia sanitaria actual; sin que con ello quiera negarse que no existen otras causas influyentes, algunas, como la publicidad médica, muy influyentes. Y la relación del médico con el enfermo -indagación, conversación, "imposición de manos"- se ha sustituido por la "receta rápida" en la que el producto farmacéutico adquiere un doble "valor de signo": signo para el médico, que al recetar estima que ya ha prestado su asistencia al enfermo y, en cierto modo, puede evadirse con buena conciencia de asumir personalmente el cuidado, y signo para el paciente que, al recibir la receta, considera que recibe también una cierta atención, de forma tal que ya ha transferido la confianza en el médico a la confianza en el medicamento. A estos dos "signos" se añade un tercero, algo más borroso, pero que explica, en parte, el afán de innovar de la industria farmacéutica: el médico es simultáneamente símbolo del progreso técnico, y cuando receta al paciente un nuevo producto (con frecuencia al hacerlo resalta la novedad: "le voy a recetar a usted una cosa nueva", como si le dijera que emplea en él lo mejor), parece que estuviera administrando los "avances de la ciencia" (68).

Toda esta complicada situación se agrava por el hecho de que al médico se le enseña a diagnosticar más que a tratar. Durante la carrera su formación farmacológica es casi nula y, finalizada ésta, la información que sobre el tema recibe es, exclusivamente -como ya hemos dicho-, la que los visitantes médicos le facilitan.

Estas circunstancias, intrincadas y profundas, son, a nuestro parecer, las principales responsables de la "explosión farmacéutica", y por ello, las medidas que en el Informe se sugieren para "impedir y eliminar consumos excesivos e innecesarios" son en su mayoría, tal es nuestro criterio, tangenciales e ineficaces: supresión de muestras gratuitas para que "su uso no se convierta en un mercado paralelo de complacencia...". ¿Se ha valorado el número de muestras que se entrega de cada producto? ¿Se ha valorado su importe? Ante un mercado que se estima en más de 100.000 millones de pesetas, precio de venta al público, para 1975, ¿puede ser trascendente el importe de las muestras? Y quede claro que la formulación de estas preguntas no implica dudas acerca de la regulación y reducción de la entrega de muestras, sino que pensamos que debe hacerse por otras razones. El incremento selectivo y provisional de la participación de los beneficiarios de la Seguridad Social en el precio de las especialidades para productos, precios y zonas concretas -o para todo el territorio nacional- más que una medida restrictiva útil da la impresión de ser una actitud sancionadora, que resultaría por otra parte inexplicable. ¿Qué consecuencias puede tener que el asegurado o beneficiario pague más si carece de capacidad para decidir y se le prescribe el producto? ¿Se pretende tal vez que el médico recete otros productos más baratos por consideración al enfermo o porque éste "presione" sobre el médico? En otro orden de cosas, la limitación de las aportaciones de los laboratorios a reuniones, congresos y premios médicos supone reducir tan sólo una de las varias formas de publicidad y, precisamente, una que no es de las más eficaces. En este sentido, sería más congruen

(68) Ver al respecto *L'invasion pharmaceutique*, de Dupuy y Kar^usenty, ya citada.

te y útil la "limitación y regulación de los visitantes médicos", siempre que tal limitación sea auténtica; es decir, alcance un nivel suficiente.

En resumen, el consumo de medicamentos es inseparable del consumo, más amplio, de asistencia médica. Y en las actuales deficiencias de la asistencia médica están los motivos auténticos y principales de lo que en el consumo de medicamentos es excesivo e innecesario. Ahí es a donde hay que llegar. Y es ahí a donde el Informe no llega (69).

49. Estupefacientes y psicótrapos

En esta materia se sugiere:

- Reglamentación de la Ley 17/1967, de 8 de abril.
- . Potenciación del Servicio de Estupefacientes y su coordinación con otros organismos.
- . Garantizar el adecuado suministro de sustancias estupefacientes.
- . Rigurosa fiscalización de la importación, exportación, cultivo, fabricación, distribución y dispensación de estos productos.
- . Poner en vigor una normativa básica de control de psicótrapos acorde con el Convenio de Viena de 1971, garantizando el cumplimiento de la misma.
- . Articular mediante norma específica la permanente coordinación y asistencia mutua de todos los órganos facultados para el control de estas sustancias y la represión por vía administrativa de su tráfico ilícito.
- Se debe atajar el problema a través de la investigación de las causas que lo producen, la educación sanitaria selectiva, la potenciación de los medios de la Administración en personal y material y la formación de especialistas y monitores en la cuestión.

No se explica bien por qué el Informe dedica un epígrafe a este grupo terapéutico. Verdad es que, socialmente, los estupefacientes y psicótrapos merecen una particular atención. Pero en este aspecto, quizá el único que justifica su referencia, el Informe se limita a declarar la necesidad de una educación sanitaria selectiva -necesidad ineludible-, de investigar las causas que producen el fenómeno de adicción (aunque no nombren éste) y -una vez más el "profesionalismo"- la formación de especialistas y monitores en la cuestión. Sin embargo no se relacionan los estupefacientes y psicótrapos de un modo suficientemente claro con la urgencia de una asistencia concreta, preventiva y curativa de los adictos a las drogas.

50. Productos y especialidades farmacéuticas de uso veterinario

Se considera inexcusable el control sanitario de los productos y especialidades farmacéuticas de uso veterinario y la coordinación de las actuaciones administrativas de las autoridades y servicios sanitarios y de ga-

(69) Tendría enorme interés la realización de campañas de educación sanitaria encaminadas a desmitificar socialmente el medicamento.

nadería en orden a su registro, fabricación, distribución, dispensación y venta.

Está bien lo que el Informe consigna, pero remite imprecisamente al futuro -"se coordinará..."- el antiguo problema de la distribución de estas especialidades. ¿Continuará realizándose a través del veterinario, quien las utiliza y vende al mismo tiempo, se hará a través de cooperativas ganaderas regidas farmacológicamente por un veterinario, o intervendrá la farmacia de modo exclusivo tal como se hace con las especialidades de uso humano? Este contencioso entre las profesiones farmacéutica y veterinaria se elude. Es, sin embargo, el aspecto actualmente más importante de cuantos afectan a las especialidades farmacéuticas de uso veterinario.

51. Cosméticos

Están sometidos a control sanitario. Poseen reglamentación específica. Debe modificarse ésta en el sentido de aumentar las exigencias de control e identificación de los cosméticos con componentes de actividad farmacológica.

Es razonable un control más exigente. Se observan con cierta frecuencia reacciones adversas a los cosméticos, que deberían indicar sus componentes o fórmula cualitativa. Pero entendemos que unas mayores exigencias en el control del producto no tienen por qué conducir necesariamente a una distribución y venta exclusiva a través de las farmacias, cosa que quizá podría deducirse de esta frase del Informe: "identificación de los cosméticos con componentes de actividad farmacológica". Los cosméticos no son medicamentos.

52. Apósitos

Únicamente están sometidos a control sanitario los esterilizados. Deben ser registrados y controlados todos ellos, sean estériles o no.

Nos remitimos a la segunda parte de nuestro comentario al punto anterior. Sería deseable conocer las razones que aconsejan registrar los apósitos no estériles.

53. Alimentos dietéticos

Poseen reglamentación técnico-sanitaria y control sanitario. Debe efectuarse una subdivisión entre dietéticos especiales y normales, aumentando las exigencias y controles sanitarios para los primeros. La reglamentación de los segundos deberá renovarse, dentro del marco del Código Alimentario.

El Informe debería definir las circunstancias en razón de las cuales un producto dietético puede ser calificado de "especial", porque alguien puede ver en esto un cierto riesgo de que buena parte de los productos dietéticos "normales", que hoy se venden en supermercados sin que nada ocurra, sean "trasladados" al grupo de "especiales" y se restrinja su venta a las farmacias. La llamada "guerra de los potitos", que se desarrolló basándose en disposiciones antiguas favorables a los farmacéuticos (70), es una advertencia.

Respecto a que la "reglamentación de los segundos (normales) debiera renovarse dentro del marco del Código Alimentario" nos remitimos a los comentarios que en puntos anteriores reflejan nuestra opinión sobre el citado Código.

54. Dentífricos y similares

El especial relieve sanitario de los dentífricos, productos de higiene bucal y similares aconseja su inclusión en un registro especial y un mayor control sanitario sobre los mismos.

Las garantías de calidad y sanidad exigibles a estos productos, como a todos los restantes de higiene y aseo personal, no pueden discutirse. Algunos -como los desodorantes- determinan a veces reacciones adversas. No sería admisible que el registro y el mayor control encauzase la distribución de los dentífricos y productos similares como si fueran especialidades farmacéuticas. Nos remitimos al respecto a nuestros comentarios al punto 51.

VII. MATERIAL E INSTRUMENTAL MEDICO

55. Necesidad de control u homologación sanitaria

Se estima necesario el conocimiento, información, homologación y, en su caso, el control e incluso el registro sanitario del material e instrumental utilizado en la práctica médico-sanitaria, reactivos específicos para análisis y diagnósticos clínicos, así como de los artículos de óptica y acústica médicos, aparatos ortopédicos, prótesis y otros similares.

Afirma el Informe que "se estima necesario el conocimiento, información, homologación y, en su caso, el control e incluso el registro sanitario del material e instrumental...". No discutimos tal necesidad. Existe sin embargo, a nuestro juicio, otra mucho más perentoria-

(70) En este punto queremos referirnos a la sustitución de la lactancia artificial por la de leche en polvo o maternizada y similares. En diferentes ocasiones, la OMS ha hecho ver la conveniencia física y psíquica, para el niño y para la madre, de la lactancia natural.

ria que el Informe no señala: el control y el registro de precios, que en estos productos es absolutamente indispensable. Basta para comprobarlo los escandalosos precios -sobrecargados por un beneficio abusivo e inadmisible- a que se venden las gafas, los audífonos o las lentillas.

VIII. CONTROL SANITARIO DE ALIMENTOS Y OTROS PRODUCTOS

56. Inspección sanitaria

b) La mejora de la higiene, pureza y calidad sanitaria de los alimentos a través de su adecuada producción, transformación, conservación, transporte, almacenamiento y distribución, así como su consumo en forma racional y equilibrada son, sin duda, factores destacados de promoción de la salud de la población presente y futura.

La evolución de la tecnología alimentaria, y la creciente racionalización y masificación de la producción, conservación, distribución y consumo de alimentos hacen de su control y vigilancia sanitaria una importante y completa tarea, en la que pueden destacarse:

a) La prevención de las infecciones o intoxicaciones transmitidas a través de las aguas, bebidas, alimentos u otros productos.

Se trata de impedir, con carácter general, la transmisión de enfermedades tales como el cólera, la fiebre tifoidea, las disenterías, la hepatitis, las parasitosis intestinales y las zoonosis transmisibles; de evitar los casos, individuales o colectivos, de infección o intoxicación por consumo de productos en mal estado; y de vigilar y, en caso necesario, interferir la presencia, en el consumo humano, de productos con toxicidad o malignidad directa o acumulativa.

c) Policía sanitaria y desarrollo técnico y económico del sector de la alimentación son conceptos que no solamente no se contradicen, sino que necesariamente van unidos. El adecuado funcionamiento de la sanidad alimentaria es un índice muy significativo del nivel de desarrollo de una comunidad.

d) La ordenación de los servicios sanitarios de la alimentación y, con especial relieve, de la sanidad veterinaria.

El control y vigilancia del sector alimentario (prescindiendo de la intervención por razones exclusivamente económicas, de producción o abastecimiento) ha respondido a las siguientes ideas básicas o directrices, ya recogidas en el Real Decreto de 22 de diciembre de 1908 y que no han sido sustancialmente modificadas por la profusa legislación posterior:

a) La intervención se establece "en interés de la salud pública" y en defensa de "los intereses de los consumidores". En consecuencia, las medidas a adoptar se matizan desde las exclusiva o predominantemente sanitarias -dirigidas, por ejemplo, a garantizar la potabilidad de las aguas o a "impedir la contaminación de los alimentos"- hasta aquellas cuyo objetivo es evitar el fraude, la falsedad, el engaño o la inexactitud.

b) El control de "calidad de los alimentos" tiene un carácter fundamentalmente analítico y se centra sobre el producto terminado ofrecido al consumo: "reconocimientos y análisis químicos, físicos, micrográficos y bacteriológicos de sustancias, productos u objetos que se relacionen directa o indirectamente con la alimentación".

No obstante, la acción de inspección sanitaria se inicia desde una perspectiva anterior y alcanza a las mismas fábricas, instalaciones o establecimientos de alimentación, ya que al asegurarse de "la normalidad en la producción" se garantiza, con más eficacia, la calidad y pureza sanitaria del producto.

c) Dadas las muy distintas circunstancias que inciden en el sector alimentario, son necesarias "las tolerancias establecidas para mantener la posible concordancia entre los intereses de los consumidores y las exigencias de la industria y del comercio".

d) Finalmente, la acción inspectora dirigida a garantizar la higiene, pureza y calidad sanitaria de los alimentos y a prevenir riesgos sanitarios, y que debe:

- "Privar a sus actos de todo carácter vejatorio o abusivo".
- Evitar "la suspensión de las transacciones comerciales".
- "Impedir que los industriales y comerciantes honrados sean objeto, por parte del público, de suposiciones injustas".

El Informe plantea la inspección como una "compleja tarea" en la que se implica a la medicina preventiva, a la higiene, a la policía sanitaria, al control de calidad, a la lucha contra el fraude y a la sanidad veterinaria. Estos aspectos existen, sin duda, pero, en realidad, la inspección sanitaria de los alimentos no es más difícil que las restantes inspecciones y, como en éstas, sólo requiere, fundamentalmente, tres cosas: competencia, honesta independencia y autoridad. La situación sanitaria en el campo alimenticio si bien es deficiente, no se ha agravado últimamente (no siempre está corrompida por el fraude) como para justificar la imposición de más costosas acciones de vigilancia.

Los servicios de inspección hasta ahora establecidos no han impedido que, esporádicamente, surjan casos de cólera o salmonelosis (a los que es muy sensible la opinión pública) ni que aparezcan también, de vez en cuando, reducidas transmisiones de hepatitis, parasitosis intestinales y zoonosis. Pero sería curioso, además de necesario, conocer estadísticamente los resultados (evaluar los actos) de las recientes normas inspectoras y de los trabajos que, al respecto, "garantizan" la higiene.

Sería además discutible en parte la primera de las ideas básicas y directrices a las que, según el Informe, responde el control sanitario: "en interés de la salud pública" y "en defensa de los intereses de los consumidores". ¿Por qué en el Informe sobre la Reforma Sanitaria aparece la defensa de los intereses de los consumidores en general? Una vez más, echamos de menos en el Informe una exposición de circunstancias y puntualizaciones estadísticas que permitan un cierto conocimiento del tema. A título de ejemplo:

- a) El número de empresas alimenticias es en España excesivo y, como consecuencia, la mayor parte de ellas adolece de reducidas dimensiones y de una situación económica nada fácil. Su índice de capitalización es bajo; sus medios propios son escasos y su fren problemas financieros; la formación profesional de su personal es limitada; es difícil la provisión de materias primas por discontinuidad de las campañas de producción; se producen fallos en la creación de cooperativas; existe un desbarajuste competitivo, y, finalmente, deben contar con que la capacidad

CAJAL

adquisitiva del comprador es heterogénea, de tan distintos niveles que, en muchos casos, los escalones más bajos obligan a la Administración a tolerar la venta de productos de calidad muy baja.

- b) Según datos de diversa procedencia (71) existen en España unas 500 fábricas de conservas de pescado; 193 de quesos de oveja (preferentemente manchegos) de las cuales siete de gran dimensión; 24, medianas y 162, pequeñas. Hay unas 200 salas de despiece y 125 mataderos frigoríficos; 716 mataderos industriales y 2.450 municipales (con capacidad de sacrificio de 7.000, 360 y 750 Tm. al año, respectivamente). El número de fábricas de conservas y productos cárnicos supera el millar, siendo el 50% de tipo familiar (se emplean de una a cinco personas); el 25% dan trabajo de seis a diez personas; 10 tienen más de 100 empleados, y 15 exceden de los 220 operarios. Con todo, España es uno de los países del mundo desarrollado que consume menos carne.

En esta situación, el Informe establece, como otra de las ideas básicas o directrices, que "la acción de inspección sanitaria se inicia desde una perspectiva anterior (al producto terminado en consumo) y alcanza a las mismas fábricas, instalaciones o establecimientos de alimentación, ya que al asegurarse de "la normalidad en la producción" se garantiza, con más eficacia, la calidad y pureza sanitaria del producto". Aparte de que esto no es cierto, y de que fácilmente podría volverse la oración por pasiva (al asegurarse de la calidad y pureza sanitaria del producto, si se hace seriamente, se adecúan consecuentemente las fábricas, instalaciones y establecimientos), el Informe no señala de qué forma se llevará a cabo una real inspección a todos los centros productores de un mundo alimentario confuso y atomizado. ¿Cómo se puede controlar auténticamente esa masiva cantidad de centros productores? ¿Cuántos de ellos pueden mantener un técnico que inspeccione y garantice sus productos?

Si se pretende igualmente el control de establecimientos, las preguntas que pueden formularse se acentúan teniendo en cuenta que hay 1.000 almacenes frigoríficos, 1.200 almacenes de productos animales, 100 centrales lecheras, cerca de 500 mataderos de aves, 35.000 carnicerías, más de 30.000 pescaderías, 8.000 lecherías, tiendas, mercados, etc.

El Informe, además, invade campos propios de los ministerios de Industria y Comercio cuando pretende "asegurarse de la normalidad de la producción" y "mantener la posible concordancia entre los intereses de los consumidores y las exigencias de la industria y del comercio".

Es también significativo que el Informe proclame que la acción inspectora debe "evitar la suspensión de las transacciones comerciales". Sería más sanitario añadir, cuando menos a la palabra "evitar", la frase "en lo posible". Coordinar la sanidad con los intereses comercial

(71) Ver, por ejemplo, *Estudio económico de la industria cárnica*. Servicios de Estudios de la Banca Catalana, *Estudio de la Cámara Oficial de Comercio de Gerona*, *Código alimentario español y Codex alimentarius mundi*; *Estudios, Comisiones y grupos de trabajo del FORPPA*, e *Información Comercial Española*.

les es conveniente, pero jamás debe aquélla subordinarse a éstos. Ni tampoco es justo convertir la sanidad en un "centro de gastos", en móvil de tasas y aportaciones que no redundan en mayor salud.

57. Código Alimentario español

La entrada en vigor, aplicación y desarrollo del Código Alimentario Español, determinada por el Decreto 2519/1974, de 9 de agosto, y la actualización de las competencias en materia alimentaria de la Dirección General de Sanidad llevada a cabo por el Decreto 797/1975, de 21 de marzo, han significado un nuevo y decidido impulso en esta materia, que puede sintetizarse en los siguientes aspectos:

- a) Un proceso acelerado de actualización de las normativas.
- b) Un nivel aceptable, aunque todavía mínimo, de coordinación entre los servicios de Sanidad, Industria, Comercio y Agricultura, así como con la Organización Sindical, conseguido a través de la Comisión Interministerial para la Ordenación Alimentaria.
- c) Un control y registro sanitario de industrias y establecimientos alimentarios, coordinado con los controles y registros sectoriales existentes en otros departamentos, que supone las siguientes ventajas:
 - Una garantía preventiva generalizada.
 - Una acción rápida, eficaz y segura en los supuestos de producirse una alarma o emergencia sanitaria.
- d) Un control y vigilancia selectiva de productos que requieran una atención específica.

El Código Alimentario es un documento de larga gestación, y es precisa la consideración de esta circunstancia para comprender las perspectivas y posibilidades de dicho Código. Una Orden del 21 de junio de 1955 dispuso la constitución de una Comisión Interministerial destinada a preparar y estudiar un reglamento de alimentación. Por Decreto de 21 de septiembre de 1967 se aprobó el texto del reglamento (Código; es decir, **varios años después** de constituirse la Comisión se aprobó el resultado de sus trabajos. Posteriormente, por Decreto de 9 de agosto de 1974, se decide la puesta en vigor del Código Alimentario, para lo cual se dan plazos de seis meses para la aplicación de algunos artículos y se ordena la constitución de comisiones y grupos de trabajo para la redacción de los reglamentos sectoriales. En resumen, desde que se ordena constituir la Comisión Interministerial destinada a redactar el proyecto hasta que se aprueban sus trabajos, transcurren doce años y, desde esa aprobación hasta la puesta en vigor, pasan otros siete años más (durante los cuales el documento permanece prácticamente inmovilizado). No puede haber duda alguna de que antes de nacer el Código Alimentario tenía edad suficiente para estar ya anticuado, incluso terminológicamente, en algunos aspectos. Se trata ahora de actualizarlo y ampliarlo con los reglamentos sectoriales que se redactan a marchas forzadas, dentro de ese "juego de las prisas" de los plazos inminentes que se fijan por circunstancias políticas.

Pero, como es lógico, no hay lugar para muchas esperanzas. Por un lado, porque el Código, en el momento de su redacción no tuvo en cuenta la atomización de la industria alimentaria y, en consecuencia,

antes de aplicar los reglamentos que se redacten, será indispensable conceder plazos de adaptación industrial, dictar normas para que pueda llevarse a cabo y, quizá en no pocos casos, prever subvenciones.

Por otra parte, debe estimarse también -cosa que no se ha hecho- la repercusión en los costes de la producción alimentaria que traerá consigo el cumplimiento de las exigencias del Código: el consumidor tiene derecho a estar perfectamente informado tanto de las ventajas sanitarias reales que va a obtener a través del Código, como de lo que va a pagar por esas ventajas, es decir, sus consecuencias en los costos y precios finales de los productos.

Hay que tener presente al mismo tiempo la actual aceptación en la práctica diaria de hechos picarescos. Por ejemplo: España es un país que no consume leche, puesto que en España, sistemáticamente, se le extrae a la leche una parte importante de la grasa y, por definición, deja de ser leche aquella que no contiene la totalidad de los ingredientes naturales (el mínimo de grasa exigido por la legislación española es el 3,1%, cuando el índice natural es de 3,4% en los casos de índices bajos, y no son pocas las razas de vacas que producen el 3,7%, el 3,9% e incluso más).

Así pues, la legislación española permite extraer de la leche parte de la grasa, lo que significa, ni más ni menos, autorizar el fraude. Dicho en otros términos: la normativa general por la que se rigen las centrales lecheras dictada por la Dirección General de Sanidad ha institucionalizado el deterioro alimenticio de la leche. Otro ejemplo: los chorizos, lomos, jamones serranos, quesos, etc., no son hoy otra cosa en su mayoría que auténticos atentados contra los conceptos que conforman la calidad de la vida.

58. Sugerencias

Si se tiene en cuenta el volumen y nivel tecnológico del sector alimentario y los propósitos y objetivos señalados por la nueva legislación, se pone claramente de relieve la inadecuación de la actual estructura de la sanidad pública que, con la salvedad del recientemente creado Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, se basa en una extendida red de sanitarios locales en el ámbito rural y una muy limitada dotación de los servicios centrales y provinciales. Todo ello, con una casuística división de funciones por profesiones sanitarias y escaso respaldo administrativo.

En consecuencia, se sugiere:

- a) La urgente necesidad de acelerar el pleno funcionamiento del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, así como del nuevo Registro Sanitario de la Alimentación.
- b) Establecer una unidad central de nivel adecuado de sanidad alimentaria.
- c) Considerar la conveniencia de establecer centros especializados de alimentación y nutrición en zonas periféricas, para el análisis y control sanitario de sectores de producción que por su importancia lo justifiquen.
- d) Establecer, en las principales Jefaturas Provinciales de Sanidad, laboratorios jerarquizados, con plena dedicación a la función analítica y de investigación, funcionalmente conectados con el Instituto Nacional de Sanidad, los Laboratorios Municipales de Higiene de la capital y, en su caso, con otros que realicen funciones afines.

e) Organizar la inspección sanitaria de alimentos en forma acorde con las actuales estructuras de producción, distribución y consumo, y con arreglo a las siguientes directrices:

- La actividad municipal deberá centrarse en la vigilancia a nivel de establecimientos de almacenamiento y suministro al consumidor, con el apoyo técnico y analítico que sea necesario de las Jefaturas Provinciales de Sanidad.
- La actividad ordinaria de inspección sanitaria podrá ser auxiliada por agentes sanitarios.
- Las funciones permanentes de intervención o policía sanitaria en los grandes centros de producción o transformación de alimentos tales como mataderos, centrales lecheras, etc., deberán ser llevados a cabo por funcionarios de Sanidad, con arreglo a su competencia profesional, a plena dedicación y sin vinculación laboral o económica con la empresa inspeccionada.
- Las actividades de supervisión, alta inspección y control sanitario serán desarrolladas por los inspectores facultativos de la Jefatura Provincial de Sanidad.
- Con carácter excepcional o extraordinario podrán realizarse inspecciones por los funcionarios facultativos de los servicios centrales de la Dirección General de Sanidad.

Al concretarse en este epígrafe la creación de nuevos centros para cubrir **supuestas** posibles necesidades, se establecen nuevos focos concentradores de "profesionalismo" especulando con el ofrecimiento de una más sofisticada o refinada higiene alimentaria.

No hace falta tanta hipertrofia ni tanto intento de control, ni tanta "omnipresencia" en los establecimientos o fábricas de alimentos. No se pueden estar haciendo registros ni análisis constantemente. En Suecia, Alemania, Estados Unidos (con su famosa FDA) tienen la inspección alimenticia resuelta con más sencillez, más flexibilidad y mayor eficacia: aplicando simplemente todo el rigor de la ley cada vez que se demuestra un quebrantamiento de la misma.

IX. CENTROS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

59. Evaluación

En un sentido meramente material, los hospitales, centros y establecimientos sanitarios son el conjunto de edificios, instalaciones y equipos técnicos para el desarrollo de actividades relacionadas con la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Un concepto más amplio y más completo incluye la referencia a su estructura, organización y funcionamiento, tanto de cada centro o establecimiento como del conjunto de todos ellos.

Su evaluación puede realizarse:

- a) En términos de progreso sobre una situación anterior.
- b) En relación con una demanda estimada por niveles de utilización u ocupación.

c) O, como es más frecuente, a partir de baremos, índices o coeficientes existentes en otros países o admitidos o manejados como válidos por los expertos.

Puntos de vista adicionales han de tenerse en cuenta, si se quiere superar la simple acumulación de datos estadísticos:

d) Criterios técnico-profesionales, es decir, si facilitan y no desnaturalizan el correcto ejercicio profesional, permiten la razonable incorporación de los avances técnicos y científicos y colaboran adecuadamente en las funciones de formación, especialización e investigación.

e) Criterios sanitario-sociales, es decir, si responden a las necesidades sanitarias conocidas a través de los estudios epidemiológicos y cubren la demanda de servicios y prestaciones de naturaleza sanitaria que expresa la comunidad.

f) Y criterios polígicos, administrativos y económicos, es decir, si su estructura, organización y funcionamiento son los adecuados, de acuerdo con las posibilidades de la comunidad, para cumplir los objetivos y fines sanitarios y asistenciales, con un óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles y un respeto a las prioridades sociales establecidas, todo lo cual puede permitir la elaboración de indicadores de salud.

La aplicación de los anteriores criterios de evaluación conviene realizarla teniendo en cuenta la distinta y prácticamente independiente trayectoria de desarrollo que han seguido los establecimientos sanitarios por razón de la finalidad generalmente extrasanitaria a que están vinculados.

El primer epígrafe de este capítulo tiene, como en otros anteriores, carácter de prólogo; pero aún así adolece de abstracción. No recoge ni un solo dato o índice ilustrativo. Y sin embargo, existen en abundancia: periódicamente la Dirección General de Sanidad, junto con el Instituto Nacional de Estadística, publica el Catálogo de Hospitales, y desde hace años se vienen realizando y difundiendo en España numerosos estudios (muchos de ellos muy útiles) sobre hospitales (72). El Informe parece eludir estos aspectos. No se trata -como hemos dicho en anteriores ocasiones- de que deba exponer farragosamente cifras y más cifras, pero tampoco debe sustituir los datos concretos por palabras y más palabras. Definir la realidad es -o debería de haber sido- la primera función del Informe, y más en un aspecto tan esencial como es el de los centros sanitarios.

Debiera haber expuesto, como mínimo, cuáles son los índices de ocupación de los hospitales y de rotación de los enfermos; cuál es la influencia, que se haya podido medir sobre la situación sanitaria en la zona próxima del hospital, en general, y de la proporción de camas hospitalarias (particularmente cuando esta influencia está siendo actualmente puesta en cuestión) (73), y cuáles son los cos-

(72) Recordamos al respecto los numerosos trabajos de Adolfo Serigó, en los que ha precisado con cifras y mentarios la situación de los hospitales españoles. Y recordamos asimismo la importante ponencia redactada por la Asociación para el Desarrollo Hospitalario de Barcelona (febrero de 1972), en la que el problema hospitalario español fue cuidadosamente analizado desde ángulos muy diversos.

(73) "Teniendo en cuenta sólo las camas para agudos, tenemos 7,6 por 1.000 habitantes; pero esta proporción llega a 13 en Berlín y se reduce a 5,3 en mi estado. Sin embargo, la morbilidad, la mortalidad y la utilización son similares en toda Alemania. Lo cual quie

tos actuales por cama y su ritmo de crecimiento, tema éste universal (74), verdaderamente inexcusable en un texto destinado a la evaluación de los centros y establecimientos sanitarios. También tendría el Informe que expresar la relación que pueda existir entre la educación sanitaria y el número de enfermos ingresados en los hospitales, así como entre el número de médicos de primeros auxilios y la disminución de las tasas de hospitalización (75). En suma: tendría el Informe que ofrecer al Gobierno una información suficiente. Pero no lo hace. Por el contrario, un punto como éste, eminentemente concreto, es despachado por la Comisión con simples y discutibles divagaciones doctrinarias.

60. Red local

Los "establecimientos de beneficencia, sanidad e higiene" son una competencia genérica y una obligación mínima de las Corporaciones Locales (artículos 101, 102, 243, 245 y concordantes de la Ley de Régimen Local).

La red local está integrada, en líneas generales, por los siguientes tipos de establecimientos:

- Hospital médico-quirúrgico.
- Hospital psiquiátrico.

re decir que la proporción de camas hospitalarias no tiene ninguna influencia sobre la situación sanitaria de la población". (El subrayado es nuestro). Prof. Dr. F. Beske, Secretario de Estado del Ministerio de Asuntos Sociales Schleswig-Holstein, República Federal de Alemania, *Tribuna Médica*, 636, de 28 de noviembre de 1975.

(74) "Según un estudio efectuado hace 10 años -(Abel-Smith, *Estudio Internacional de los Gastos de Sanidad*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1967, Cuadernos de salud pública n° 32, el costo de un día de hospital era, aproximadamente el cuádruplo de la renta diaria por habitante. Habida cuenta de que, en los países desarrollados, cada individuo "consume", por término medio, dos días de hospital al año, resulta que cada hospitalizado gasta por valor de una semana de su renta anual en asistencia hospitalaria; gasto que costea directamente o a través de los impuestos o del seguro de enfermedad. Importa, pues, que el Gobierno racionalice la administración de los hospitales y supervise sus costos". (*Organización y funciones de los establecimientos de salud*, Crónica de la OMS, Vol. 29, Noviembre 1975. Un ejemplo completo de esta preocupación es el de la R.F. alemana, que en un minucioso informe gubernamental, publicado a finales de 1975, analizando el resultado de la Ley de Financiación de Hospitales que entró en vigor en 1972, se expuso entre otras cosas el temor de que el aumento de los costos llegue a límites insostenibles.

(75) ... hay que disponer de otras alternativas que suplan las camas de hospital. Tenemos que descansar en los médicos de "primera línea" y ahora estamos estudiando los primeros auxilios. Disponiendo de un gran número de médicos de primeros auxilios, disminuirían las tasas de hospitalización. Por lo menos el 90% de los pacientes están atendidos por estos médicos, ya que la atención prestada por un médico cuesta mucho menos que la atención hospitalaria". Prof. Dr. F. Beske, *Tribuna Médica*, n° 636, 28 de noviembre de 1975.

- Instituto de maternología.
- Centros y servicios complementarios de la sanidad pública, en materias tales como enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación, tiñas, enfermedades sexuales, lepra, tuberculosis, etc.
- Hospitales municipales.
- Dispensarios, casas de socorro, botiquines y servicios de urgencia.
- Laboratorios e Institutos Municipales de Higiene.
- Centros sanitarios locales.
- Y Centros primarios de sanidad y casa del médico.

El agotamiento paulatino, aunque todavía no definitivo, de la clientela benéfica ha vaciado de contenido a los establecimientos benéfico-locales.

La red hospitalaria local, sólo en parte modernizada, merced a las subvenciones del Estado y a la financiación propia ha dejado prácticamente de tener una finalidad reconocida por la Ley para convertirse, de hecho, en un suministrador de servicios y prestaciones sanitarias, generalmente a bajo precio, tanto a la Seguridad Social como al sector privado.

La red extrahospitalaria local, integrada por una amplia diversidad de dispensarios, casas de socorro, botiquines, servicios de urgencia, centros sanitarios locales, etc., carece casi en absoluto de coherencia. Su vinculación a la red hospitalaria y a la estructura asistencial de la Seguridad Social, es puramente anecdótica. En términos relativos, cumple hoy menos fines sanitarios y, desde luego, se halla menos integrada en el conjunto asistencial que hace treinta años.

Los centros y servicios locales complementarios de la sanidad pública se han visto afectados por la absorción de su personal por el Estado (funcionarios técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local), por la necesaria centralización de las medidas para la defensa de la salud colectiva y por la aproximación de las funciones de medicina preventiva a los servicios asistenciales.

Finalmente, los centros sanitarios locales han recibido atención prioritaria en el III Plan y se han definido como centros integrados de salud. La dificultad con que tropiezan deriva de ser todavía considerados como extraños a la red asistencial de la Seguridad Social y carecer de apoyo suficiente por parte de las Corporaciones Locales, entre otras razones, por tratarse de centros cuyo personal, funciones y ámbito territorial exceden al municipio.

Emplea el Informe el mismo estilo evanescente que en el punto anterior. Hace un relato esquemático de situaciones archisabidas, pero no presenta siquiera un boceto de la que llama "red local": ni cita el número de los establecimientos que la componen; ni distingue los porcentajes de los que han sido modernizados y de los que se mantienen en la "antigüedad"; ni indica el número de camas; ni consigna su índice de actividad (número de enfermos tratados, tasas de ocupación, promedio de estancias, etc.), ni mucho menos -al referirse a la calidad en relación con la cantidad- el índice de eficacia de la red. Deja sin indicar, incluso, cuáles son las funciones actuales y cuáles las posibles funciones futuras -en la "sanidad reformada"- de esa red local.

El Informe, en realidad, se autorrestringe a decir que existe una red local, constituida por unos determinados tipos de establecimiento, que queda vacía de contenido y que depende exclusivamente de las decisiones de la Seguridad Social. ¿Es posible que un informe con tan lacónica vaguedad sirva para algo?

61. Sanidad Pública

Los centros y establecimientos de la sanidad pública son fundamentalmente los dependientes de la Dirección General de Sanidad y su Organismo Autónomo "Administración Institucional de la Sanidad Nacional".

La red de establecimientos de la sanidad pública está integrada, en líneas generales, por los siguientes tipos de establecimientos:

- Jefaturas Provinciales de Sanidad.
- Servicios de Sanidad Exterior.
- Centros Secundarios de Higiene.
- Instituto Nacional de Sanidad y Escuela Nacional de Sanidad.
- Centros Asistenciales especializados de ámbito nacional.
- Hospitales generales y pediátricos.
- Hospitales especiales de enfermedades del tórax.
- Hospitales especiales de asistencia psiquiátrica.
- Dispensarios, consultorios y centros de diagnóstico y orientación terapéutica.
- Centros Comarcales y Subcomarcales de Sanidad, así como los maternales y pediátricos.

Los centros de autoridad sanitaria están claramente delimitados a nivel central (Dirección General de Sanidad) y a nivel provincial (Jefaturas Provinciales de Sanidad).

A nivel subprovincial es casi inexistente la red de Centros Secundarios de Higiene.

La red de centros técnicos de sanidad (no asistenciales) está iniciada a nivel central (Instituto Nacional de Sanidad), con una mejora sustancial, a nivel provincial, de los laboratorios de las Jefaturas Provinciales de Sanidad y con escasa conexión con los servicios locales (Institutos y Laboratorios Municipales de Higiene).

La red hospitalaria de la sanidad pública, con unas instalaciones anticuadas sólo en parte modernizadas cumple unas funciones residuales o marginales, de carácter asistencial, crecientemente concertadas con la Seguridad Social.

La red extrahospitalaria de la sanidad pública es una amplia diversidad de centros -dispensarios, consultorios y centros de diagnóstico y orientación terapéutica- con unas funciones muy concretas u diferenciadas y escasa o nula vinculación a la red hospitalaria.

La nueva red programada de Centros Comarcales y Subcomarcales de Sanidad no ha llegado todavía a plasmarse.

Se continúa aplicando el cliché de las indefiniciones. Nuevamente se omiten los datos estadísticos y el análisis de la situación es tan apresurado, incompleto y superficial que no vemos cómo podría el Gobierno deducir consecuencias válidas.

62. Hospitales universitarios

El Hospital Clínico es el que "tiene por objeto la enseñanza práctica de la Medicina" (artículo 2º de la Orden de 15 de junio de 1946).

La Ley 37/1962, de 21 de julio, reconoce que "los hospitales son también Centros de formación de personal, técnico y sanitario y de investigación científica, siempre que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines, que lo consienta el carácter y finalidad de cada Institución y que se establezca la debida coordinación con los centros docentes oficiales".

La vigente Ley de Seguridad Social prevé centros especiales "para atender, sin perjuicio de la finalidad asistencial y mediante la particular dotación de los medios adecuados, las finalidades de investigación y perfeccionamiento de técnicos sanitarios". Asimismo prevé el régimen de conciertos con las Facultades de Medicina (art. 104 de la Ley de Seguridad Social).

El ámbito de la "enseñanza práctica" y de la formación médica excede al concepto formal de hospitales clínicos que son los dependientes de las Facultades de Medicina e integrados en los presupuestos de las Universidades. Esta circunstancia impide que "puedan realizar ninguna actividad de enseñanza o asistencia que no esté prevista en dicho presupuesto" (Ley 108/1966, de 28 de diciembre).

Tal subordinación de la enseñanza médica y de la asistencia sanitaria a las previsiones de un presupuesto excesivamente rígido es poco realista e inadecuada para unos establecimientos tan dinámicos y funcionales como deben ser los hospitales.

Las necesidades asistenciales y las posibilidades financieras de la Seguridad Social han venido, de hecho, a absorber y resolver la gestión de los hospitales clínicos de esta forma incorporados a la red asistencial de la Seguridad Social.

El Informe cita órdenes y leyes, refiere hechos conocidos y termina exponiendo otra verdad tópica: que la Seguridad Social ha asumido las posibilidades de la enseñanza práctica de la medicina. Con ello nada en concreto se dice, y las interrogantes son imperativas. ¿Qué "cantidad" de enseñanza práctica permiten los actuales hospitales universitarios y los "acreditados" de la Seguridad Social? ¿Qué número de estudiantes de medicina o de médicos en formación pueden ser admitidos? ¿Cuál es la estancia media, el costo diario por enfermo, etc., o, más simplemente, el número medio de camas de cada hospital universitario? ¿Cuál es el número total de camas que se destinan en España a la enseñanza? Etc., etc., etc.

Respecto a la absorción por la Seguridad Social de las posibilidades de enseñanza, el Informe omite una serie de problemas importantes. Por ejemplo: que el programa de postgraduados que se aplica actualmente en los centros de la Seguridad Social es el que ésta ha estimado oportuno establecer y no está confeccionado por el Claustro de la Facultad; que, en la práctica, quien rige los hospitales universitarios es el representante en ellos de la Seguridad Social; que los hospitales clínicos deben admitir a todos los alumnos de las facultades de medicina, mientras que los hospitales asociados (o sea, los de la Seguridad Social) practican el "numerus clausus"; que, con el fin, según parece, de reducir las cargas económicas, el Ministerio de Educación y Ciencia ha cedido prácticamente a la Seguridad Social la red de hospitales clínicos, en su mayoría modernos y organizados, etc., etc., etc.

63. Sector privado

Los hospitales de la Iglesia, con 15.876 camas, representan, aproximadamente, el 10,10 por 100 del total existente en el país. Más de las dos terceras partes de dicha cifra corresponden a hospitales psiquiátricos (10.969).

Los particulares o entidades privadas tienen, aproximadamente, un 22,32 por 100 de las camas hospitalarias, con un total de 35.092, de las cuales 5.474 son psiquiátricas.

La red hospitalaria privada no está prácticamente sometida por la Administración al debido control. No se hallan reguladas las "condiciones mínimas exigibles".

Se desconoce legal y administrativamente la existencia de centros extra hospitalarios privados. Los "centros médicos", "urgencias médicas" o unidades de "chequeo" carecen de cualquier regulación o control.

En este punto el Informe se hace más concreto. No facilita una visión completa, pero, al menos, señala algunas cifras y expone brevemente la situación.

Aunque más cosas podría decir. Una, al menos, fundamental: la diferencia en la calidad de los cuidados y en el número de camas entre el sector público y el sector privado. La asistencia que requiere un alto nivel tecnológico y elevado coste y la que admite la enseñanza, así como la que intenta alguna labor de investigación, es la pública y no la privada. Estos centros, salvo contadas excepciones (y aún parte de ellos están "concertados" con la Seguridad Social, cosa que también se omite y debería ser un punto de particular atención), reducen su intervención a aquellos campos patológicos que podríamos denominar de "pequeño riesgo".

64. Seguridad Social

La red de centros y establecimientos sanitarios de la Seguridad Social es, sin duda, la que mayor interés reviste; no tanto por su cuantía (El 17,54 por 100 del total de camas hospitalarias en 1972. Este tanto por ciento no es significativo, dada la falta de homogeneidad y disparidad de niveles asistenciales. La prestación real de la Seguridad Social es muy superior a lo que indica ese índice) como por su calidad, reciente construcción y alto nivel asistencial. Pero, sobre todo, por ser una red homogénea de ámbito nacional y sujeta a una disciplina común.

Según la orden de 28 de julio de 1971, está integrada por los siguientes tipos de establecimientos:

- Ciudades sanitarias.
- Residencias sanitarias con servicios regionales.
- Residencias sanitarias provinciales.
- Residencias sanitarias comarcales.
- Centros especiales.
- Centros de diagnóstico y tratamiento.
- Ambulatorios.
- Consultorios de medicina general.
- Ambulatorios mixtos.

Además, la orden de 25 de junio de 1973 prevé la utilización de los consultorios privados de los médicos y practicantes-ayudantes técnicos sanitarios para la asistencia de enfermos de la Seguridad Social.

Más de las dos terceras partes de las camas hospitalarias de la Seguridad Social están construidas e instaladas con posterioridad a 1963, lo que supone un destacado contraste sobre el resto de la red hospitalaria nacional.

Además, su crecimiento cuantitativo, situado por encima de las 2.500 camas anuales, es el único significativo en el conjunto de la red hospitalaria. En los demás sectores, público y privado, las nuevas instalaciones no llegan generalmente a compensar la cuantía de las desafectaciones y clausuras.

La hospitalización de la Seguridad Social se caracteriza por ser de corta estancia y alto nivel asistencial y urbana.

La ausencia de datos generales para todo el país y, sobre todo, su falta de homogeneidad, no permiten establecer una valoración relativa de la red extrahospitalaria de la Seguridad Social. En todo caso, su importancia es también creciente, pero adolece de graves defectos en su estructura real, en su vinculación a la red hospitalaria, en su conexión con los demás centros extrahospitalarios y, sobre todo, en su funcionamiento.

Para corregir, al menos en buena parte, estos defectos, el decreto-ley 13/1971, de 22 de julio; el decreto 1872/1971, de 23 de julio, y la orden de 23 de julio de 1971, además de determinar los distintos tipos de instituciones sanitarias abiertas y cerradas de la Seguridad Social establecen el principio de jerarquización de servicios, entre los que se presta especial atención a los nuevos centros de diagnóstico y tratamiento, así como la coordinación de las distintas instituciones entre sí y con los facultativos de medicina general y de pediatría-puericultura de familia.

La "jerarquización" supone la formalización o reajuste de la plantilla o plantillas correspondientes, la supresión del sistema de "cupos de titulares asignados a cada especialidad", la fijación de los equipos asistenciales teniendo en cuenta las necesidades de la asistencia y las posibilidades de la institución y la provisión de las plazas mediante concurso de méritos.

No obstante, se respeta la situación de los facultativos especialistas con nombramiento en propiedad "que opten por no integrarse en la institución jerarquizada, supuesto en el cual continuarán en el ejercicio de sus funciones y conservarán sus derechos individuales de carácter asistencial y económico".

Las dificultades de aplicar la jerarquización, la duplicidad que, por el respeto a los "derechos adquiridos", supone y su limitada extensión hasta la fecha, hacen que la estructura asistencial extrahospitalaria de la Seguridad Social siga presentando los conocidos defectos: limitada dedicación horaria de los facultativos, excesivo número de visitas con consultas sobrecargadas, organización meramente "horizontal" o acumulativa de las consultas sin un racional escalonamiento o jerarquización asistencial, etc.

Todo ello tiene como consecuencia un deficiente nivel asistencial extrahospitalario, una lógica insatisfacción profesional de los facultativos, una demanda a veces innecesariamente canalizada a los hospitales y un exceso de prescripción farmacéutica.

Debe señalarse, además, el carácter predominantemente urbano de la red extrahospitalaria de la Seguridad Social, su casi total desconexión con los sectores afines (cuyo particularismo y condiciones no los hacen ciertamente "coordinables") y la limitada utilización subvencionada de consultorios privados de los facultativos siguiendo fórmulas de integración o agrupación profesional.

Regresa aquí el Informe a lo que parece ser algo así como su principal normativa: escasez o carencia de datos y explicación sumaria de las circunstancias fundamentales. Se refiere, sin embargo, con cierta meticulosidad a aspectos que, como la situación administrativa de los facultativos y los "derechos adquiridos", sólo son tangencialmente sanitarios.

"La red de centros y establecimientos sanitarios de la Seguridad Social es, sin duda, la que mayor interés reviste", dice el Informe. Constituida con una notable abundancia de medios, sus instalaciones hospitalarias son, por fuerza, las más modernas y las únicas que presentan un crecimiento cuantitativo. El Informe estima este crecimiento de un modo aproximado en más de 2.500 camas anuales, lo cual no es mucho, sino poco, considerando que únicamente el 17,54% del total de camas hospitalarias existentes en 1972 pertenecía a la Seguridad Social (Hubiera sido más directo señalar el número concreto de camas que supone ese porcentaje y, sobre todo, consignar que se han construido en más de 30 años, que son los que la Seguridad Social lleva funcionando). Faltan en el Informe datos fundamentales para comprender la situación y calificar la gestión, datos como: la justificación de la necesidad del centro en relación con su ubicación geográfica; el grado de nivel tecnológico respecto a sus fines; la justificación de los propios fines del centro en algunos aspectos; el número de camas por cada mil beneficiarios; el tipo de hospitales y las enfermedades tratadas en ellos; el costo diario por cama en los centros propios y el mismo costo en los concertados; los índices de rotación de enfermos en unos y en otros, etc. Se omite asimismo el problema del cotidiano envío de enfermos a Madrid y a Barcelona desde zonas infradotadas sanitariamente para ser atendidos en los grandes centros asistenciales -La Paz o el Clínico, de Madrid, etc.-, y el consiguiente de los centenares de enfermos en pensiones de espera, porque faltan en residencias provinciales y regionales personal especializado idóneo. Y tampoco se dice nada de la total y lamentable desconexión que existe entre el médico de zona y los centros hospitalarios, cuyas consecuencias paga el enfermo.

Al faltar estas referencias, verdaderamente esenciales, no se percibe en el texto del Informe la situación actual de la red hospitalaria de la Seguridad Social. El futuro; las posibilidades de expansión; los programas de creación o ampliación de camas, su ritmo y su oportunidad, etc., queda absolutamente oculto. Ni se menciona.

Otro aspecto fundamental tendría que haber sido considerado por el Informe: la autonomía casi total de la Seguridad Social, que durante años le ha permitido administrar cientos de miles de millones de pesetas sin, prácticamente, contar con nadie. Las decisiones de la Seguridad Social jamás han sido, no ya consultadas, sino tan siquiera previamente conocidas por el pueblo español o sus representantes legales. En lo sucesivo, parece que las Cortes serán informadas de los presupuestos y de las cuentas de la Seguridad Social, pero ya se ha dejado sentado que tal información no implica intervención,

y mucho menos participación en los proyectos que originan los gastos recogidos en los citados presupuestos y cuentas. He aquí uno de los puntos clave -los inmensos recursos económicos de la Seguridad Social- de la Reforma que, sin embargo, no es ni rozado por el Informe cuando éste está tratando, precisamente, de la red de la Seguridad Social.

Respecto al funcionamiento de los centros **extrahospitalarios** formula el Informe un comentario curioso: "La ausencia de datos generales para todo el país y, sobre todo, su falta de homogeneidad, no permite establecer una valoración relativa de la red extrahospitalaria de la Seguridad Social". Pero ¿No dispone la Seguridad Social de datos relativos a sus centros? ¿No existen cifras tan homogéneas como son las del número de consultas por médico general y por especialista, el número de horas de trabajo por médico, el número de prescripciones, etc.? ¿No se puede relacionar todo ello con los índices de morbilidad y tratar de evaluar -la Seguridad Social se ha dotado a sí misma de un centro de informática- la eficacia? No se comprende ni la ausencia de datos ni la imposibilidad de emitir un juicio.

Para calificar la asistencia ambulatoria de la Seguridad Social no es necesario análisis alguno. Las deficiencias son tan ostensibles y han sido sufridas por tantos españoles -el Informe dice que "adolece de graves defectos"- que conducen legítimamente a esta irrefutable afirmación: en la red extrahospitalaria de la Seguridad Social la asistencia médica **no existe**, habiendo sido sustituida por un efímero contacto médico-enfermo, contacto durante el cual el enfermo tiene que limitarse a enumerar apresuradamente los síntomas que cree padecer, y el médico, a extender, con no menor premura, la **consabida receta**. (El Informe indica que -como hemos comentado nosotros detenidamente en las páginas que preceden- una de las consecuencias del "deficiente nivel" asistencial extrahospitalario es "un exceso de prescripciones farmacéuticas").

Como medio de corregir, "al menos en buena parte, estos defectos", alude el Informe a una serie de decretos y, de manera especial, a los nuevos Centros de Diagnóstico y Tratamiento. Hasta ahora estos nuevos centros no pasan de ser en la práctica una pura idea. Sólo hay dos o tres en España y el ritmo de construcción, así como su ordenación interna, hacen presumir que el proyecto está todavía muy lejos de ser una realidad. No es seguro, además, que estos centros resuelvan el problema. De hecho, la asistencia médica ambulatoria de la Seguridad Social tiene que empezar por ser **creada** -insistimos: **creada**- con toda urgencia. Porque la que hoy se presta es poco más que un "despacho de 'vales' farmacéuticos".

65. Crítica del conjunto de la red

El aspecto más crítico que, en su conjunto, presentan las actuales estructuras de los centros y establecimientos sanitarios es el de no hacer posible un nivel razonablemente equilibrado y coherente de las prestaciones y servicios sanitarios, sin que esta situación sea exclusivamente atribuible a limitaciones personales, materiales o económicas.

En términos de progreso sobre situaciones anteriores, la evaluación es ciertamente positiva, sobre todo en sectores concretos, como es el caso de

los servicios sanitarios de la Seguridad Social, cuya aportación debe apreciarse no sólo por su cuantía, sino por cuanto ha significado y significa como impulsor del desarrollo en calidad y extensión de la asistencia sanitaria.

El progreso debe, no obstante, evaluarse en términos relativos a otros sectores o actividades del país y también en consideración a las zonas y sectores sanitarios que han quedado rezagados o deprimidos.

Es evidente un desequilibrio polarizado favorablemente hacia las grandes urbes y los establecimientos quirúrgicos.

La frecuente crítica, basada en el índice de camas por mil habitantes, válida como una primera impresión, debe ser muy matizada al considerar futuros programas.

En cifras absolutas, el número de camas existente para hospitalización de enfermos agudos puede considerarse suficiente. Pero su calidad asistencial es, en muchos casos, deficiente, su distribución territorial no es homogénea y se encuentran, en gran parte, ocupadas por enfermos crónicos o de larga estancia.

Por ello, es más importante y urgente la necesidad de camas hospitalarias para enfermos no agudos, así como de centros residenciales no estrictamente sanitarios que liberen a los hospitales de funciones meramente asilares.

La mejora de la red asistencial extrahospitalaria no solamente es una necesidad en sí misma, sino que vendrá a limitar el número de hospitalizaciones innecesarias, permitirá acortar la duración de las estancias y disminuirá, al menos en términos relativos, el coste global de la asistencia hospitalaria y de la prestación farmacéutica. Además, permitirá un más correcto ejercicio de los profesionales facultativos.

En su conjunto no puede estimarse como satisfactoria la colaboración de la red de centros y establecimientos sanitarios en las funciones de formación, perfeccionamiento, especialización e investigación sanitarias.

La limitación y, en muchos casos, penuria de los medios existentes ha justificado, hasta la fecha, la creación y puesta en marcha de nuevos establecimientos que venían a atender una evidente necesidad sanitaria y a cubrir una efectiva demanda de la comunidad.

El nivel alcanzado, no obstante su evidente parquedad, debe obligar en el futuro a considerar cuidadosamente la demanda real basada en estudios de morbilidad y a proceder a la creación de nuevos centros o servicios teniendo en cuenta los cauces socio-económicos por los que se canaliza tal demanda y las posibilidades de sostenimiento, principalmente por lo que a medios personales se refiere.

La coexistencia, por mera acumulación histórica, de múltiples esquemas sanitario-asistenciales, obedece más a una rutina que a una necesidad e impide considerar las prioridades, establecer programas racionales, aprovechar los recursos disponibles y ordenar los centros y establecimientos sanitarios de acuerdo con las necesidades actuales y los más elementales principios de organización.

Sin haber expuesto previamente cifras estadísticas ni índices hospitalarios primarios (como hemos visto en los comentarios a los epígrafes anteriores), el Informe emite la conclusión de que la actual estructura de centros y establecimientos sanitarios "no posibilita un nivel razonablemente equilibrado y coherente de las prestaciones y servicios sanitarios". Desde luego que no. Metodológicamente, el In-

forme debería haber fundado su juicio en un perfil de datos objetivos pero, en este caso, la evidencia permite afirmar que el servicio asistencial español es, sin eufemismos, en términos generales, malo e insuficiente. Esta evidencia y los clamores que levanta ha sido, en definitiva, el móvil de la Reforma. Pero, según el Informe, la situación "no es exclusivamente atribuible a limitaciones personales, materiales o económicas". ¿A qué puede atribuirse entonces? Las causas que imposibilitan el "nivel razonable" tendrían que ser citadas en el Informe de modo correcto.

Estima también el documento que, aun siendo deficiente la situación actual, es, en relación con las anteriores, de progreso. ¿Qué se entiende por progreso? Coincidimos en que, en algunos sectores de la Seguridad Social, algo se ha hecho, cuantitativamente. Pero lo hecho es poco, absolutamente insuficiente respecto a la asistencia médica hospitalaria y pésimo además en la ambulatoria. (Las frases de elogio a la aportación de la Seguridad Social como "impulsor del desarrollo" nos parecen excesivas y deben ser matizadas: la Seguridad Social ha dispuesto de enorme recursos financieros -prácticamente de todos- y el carácter casi exclusivamente quirúrgico de los centros a los que dedicó con preferencia sus inversiones, ha facilitado esa "visión" de una medicina avanzada).

Como de pasada, el Informe se refiere al número de camas para agudos, que considera suficiente. Habla del número, pero no lo cita, como tampoco cita el índice por mil habitantes, ni de camas para agudos, ni de camas en general. La ausencia de estos índices es verdaderamente sorprendente, incluso dentro de la precariedad de datos que caracteriza al Informe. Digamos nosotros que el índice general de camas en España es de alrededor de 4,8 por mil habitantes y el de camas para agudos de 2,7; este último, en efecto, a juzgar por las más recientes estimaciones de los expertos de otros países -que hemos citado en anteriores notas a pie de página- no es, en principio, insuficiente (76). Conformes, por tanto, con la apreciación que hace el Informe de que es más importante y urgente la creación de camas hospitalarias para enfermos no agudos y la construcción de centros residenciales que puedan liberal al hospital de su función asilar. Pero ¿cómo se va a hacer realidad esta orientación? ¿Qué medidas van a aplicarse? ¿Se proyecta crear "subhospitales" o centros de "hospedería vigilada" anexos a los hospitales, similares al que ya funciona incorporado a la Clínica Puerta de Hierro, que permitan que el hospital dedique su capacidad a los enfermos graves? Ni en este punto 65, que se dedica a la crítica de la situación existente, ni, como veremos, en el siguiente, dedicado a "sugerencias", dice nada el Informe respecto a cómo -que es lo verdaderamente esencial- se llevará a cabo esa "liberación hospitalaria". En relación con la mejora de la red asistencial extrahospitalaria que -son palabras del Informe- "no es solamente una necesidad en sí misma, sino que vendrá a limitar el número de hospitalizaciones innecesarias" (afirmación esta última muy discutible, porque está probado que la oferta sanitaria crea demanda, y las hospitalizaciones inúti-

(76) "Hace años parecía razonable la proporción de seis camas para agudos por cada 1.000 habitantes, pero ahora, un estudio ha demostrado que se necesitan sólo de 2,5 a 3,5, como ha dicho el Profesor Beske", Prof. Gordon McLachlan, de Nuffield (Inglaterra), *Tribuna Médica*, nº 636, ob. cit.

les dependen de la estructura, volumen y funcionamiento de los hospitales), el texto del documento es un conjunto de divagaciones.

66. Sugerencias

En consecuencia, se sugieren las siguientes medidas:

1ª Aprobación de un esquema o modelo de estructura asistencial al que deberán ajustarse todas las decisiones que en el futuro se adopten sobre creación, construcción, modificación o modernización de centros y establecimientos sanitarios.

Esta medida puede llevarse a cabo por decreto acordado en Consejo de Ministros, de conformidad con lo previsto en el artículo 5º de la ley 37/1962, de 21 de julio, "de modo que cada demarcación territorial que al efecto se señale cuente con los hospitales precisos para atender plenamente las necesidades de su población, teniendo en cuenta la distribución y morbilidad de la misma, así como las prioridades y destino de los centros hospitalarios".

El esquema o modelo debe incluir no sólo los hospitales, sino también los centros extrahospitalarios, así como los centros sanitarios no asistenciales, lo que también puede realizarse por decreto por no existir norma con rango de ley que se oponga a tal normalización y venir a dar cumplimiento, en el aspecto material de las instalaciones sanitarias, al mandato contenido en la disposición final de la ley aprobatoria del III Plan.

En principio, se propone el siguiente modelo: (*)

2ª Debe establecerse un plan de instalaciones sanitarias a realizar en doce años, 1976/1987, señalándose en el mismo tres niveles de realización:

a) Nivel mínimo, que determinará la inversión del Estado bien en forma directa o a través de subvenciones específicas y concretas.

En principio se considera que dicho nivel mínimo, al menos en el cuatrienio 1976/1979, debe limitarse a garantizar un determinado índice de camas de hospitalización quirúrgica o de enfermos agudos y maternidad con un nivel asistencial adecuado.

b) Nivel prioritario, que debe orientarse a alcanzar un nivel equilibrado y coherente de la estructura sanitaria y determinará el destino de los fondos destinados a inversiones sanitarias por el sector público, fomentándose para alcanzarlo la colaboración de las entidades públicas y privadas.

En principio se considera que dicho nivel prioritario debe incluir los centros y servicios en que se apoya la asistencia sanitaria de urgencia, la asistencia extrahospitalaria y la asistencia psiquiátrica.

Asimismo, los centros técnicos del Instituto Nacional de Sanidad y los laboratorios jerarquizados de ámbito regional de las Jefaturas Provinciales de Sanidad.

(*) Véase el ESQUEMA O MODELO DE ESTRUCTURA ASISTENCIAL, PUBLICA Y PRIVADA, propuesto por la Comisión Interministerial, que reproducimos en la pág. sgte.

ESQUEMA O MODELO DE ESTRUCTURA ASISTENCIAL, PUBLICA Y PRIVADA

CENTROS EXTRAHOSPITALARIOS	HOSPITALES	CENTROS ESPECIALES	CENTROS DE SANIDAD PUBLICA
		Centros, institutos y hospitales nacionales con fines de desarrollo y especialización sanitaria: H. N. de Infecciosos, Cáncer, Leprológicos, etc.	Instituto Nacional de Sanidad.
	Hospitales regionales..... Hospitales provinciales con servicios regionales.	y universitarios.	Jefaturas Provinciales de Sanidad con Laboratorios Regionales.
Centros de diagnóstico y tratamiento.	Hospitales provinciales.	Servicio Provincial de Ambulancias y Transportes Sanitarios. Bancos de sangre.	Jefaturas Provinciales de Sanidad.
Centros comarcales (centros mixtos).	Hospitales comarcales. Maternidades.		Jefatura Comarcal de Sanidad.
Ambulatorios. Centros subcomarcales. Consultorios y centros médicos.			

Fuente: Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, Pág. 73.

c) Y un nivel máximo, por especialidades o tipos de centros sanitarios, alcanzado el cual cesará cualquier tipo de inversión o subvención con cargo a fondos públicos. Dicho nivel máximo deberá establecerse como escala progresiva en el tiempo de forma que determine también las prioridades y el equilibrio del desarrollo.

3ª El denominado catálogo de hospitales debe ampliarse a todo tipo de centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados y completarse en cuanto a los datos sobre los mismos, incluyendo, entre otros, los correspondientes a su calificación, acreditación, su coste de sostenimiento y el rendimiento. Su publicación debe ser anual.

4ª La gestión y administración de todos los centros y establecimientos públicos de asistencia sanitaria responderá a los criterios de racionalización y cuidados progresivos y de regionalización y jerarquización interinstitucional.

A nivel interprovincial o regional deberán llevarse a cabo funciones de planificación y programación del desarrollo de la estructura sanitaria.

El comienzo de este epígrafe ("en consecuencia, se sugieren las siguientes medidas") determina de inmediato la formulación de esta pregunta: ¿En consecuencia de qué? Puesto que lo dicho en los anteriores puntos del capítulo "Centros y Establecimientos Sanitarios" adolece de aguda precariedad de datos, de índices y, en suma, de información.

Y "las siguientes medidas" que sugiere el Informe se formulan también de modo impreciso. La primera ("un esquema o modelo de estructura asistencial") se presenta sin ninguna explicación. ¿Hay que entender que existe una coordinación horizontal entre los distintos centros que comprende el esquema? y si es así, ¿qué relación pueden tener, por ejemplo, los "hospitales regionales y universitarios" con las "Jefaturas Provinciales de Sanidad"? Y si la coordinación es sólo vertical, ¿cómo se relacionarán los "centros de diagnóstico", o los "centros comarcales", con los hospitales? Un "esquema modelo" tan confuso en su exposición nos parece que no es de recibo. Además no contiene, en absoluto, cifra prospectiva alguna respecto a "creación, construcción, modificación o modernización de centros y establecimientos sanitarios". ¿Cuántos centros se prevén como necesarios y en qué plazo de tiempo? ¿Cuántos de cada tipo? ¿Qué número de enfermos podrá cuidar cada clase de centro? ¿Qué número de enfermos se estima que harán uso de la red de los centros asistenciales en el transcurso de los próximos años, es decir, a plazo inmediato, medio y largo? ¿Se han previsto los movimientos emigratorios que, en nuestro país podrían dejar vacíos e inactivos algunos centros antes de empezar a funcionar? ¿Se han tenido en cuenta las redes viarias al situar los puntos asistenciales? En la medicina curativa, la cantidad de enfermos influye muy directamente sobre la calidad de la atención, de modo que los conceptos que deben orientar cualquier esquema, y en consecuencia el propio esquema, dependen en gran parte de las cifras futuras que se estimen; cifras a las que el Informe ni siquiera hace referencia. "El programa hospitalario, por ejemplo, debe ser el resultado de las necesidades existentes y, sobre todo, de las previsibles, y otro tanto ocurre con su funcionamiento" (77). Lo mismo cabría decir con respecto a los distintos centros extrahospitalarios.

(77) *Planificación y Organización de la Salud a escala de una institución*, Robert Feltesse y Grenon, Seminario sobre Planifica

El Informe se limita a afirmar que "debe establecerse un plan de instalaciones sanitarias a realizar en doce años, 1966/1978" (¿En virtud de qué, doce años, y no diez o quince?), y señala para el mismo "tres niveles de realización": Uno, mínimo, para "garantizar un determinado índice de camas de hospitalización quirúrgica o de enfermos agudos y maternidades con un nivel asistencial adecuado (¿qué índice de camas?). El segundo nivel, que llama "prioritario", incluye los "centros y servicios en que se apoya la asistencia sanitaria de urgencia, la asistencia extrahospitalaria y la asistencia psiquiátrica", y también los centros técnicos dependientes de Sanidad (omite -como ya hemos dicho- el número de unos y de otros, el número de plazas, los índices de camas, la modalidad que adoptará la asistencia a las urgencias, etc.). Finalmente, fija el nivel máximo por especialidades o tipos de centro sanitario a establecer "como escala progresiva en el tiempo", sin especificar qué especialidades, cómo será esa "escala progresiva" ni cuánto será el tiempo, etc. Los tres niveles quedan dentro de la más absoluta indefinición y, al menos para nosotros, dentro de una total incompreensión.

Además de esta carencia de información cuantitativa, que en este caso afecta vivamente a lo conceptual, el esquema es anacrónico en aspectos fundamentales, como el hospitalario: Proyecta construir hospitales comarcales cuando en muchos países de los más avanzados del mundo se tiende a cerrarlos (78); habla de hospitales regionales e incluye entre los criterios de "gestión y administración" el de regionalización. ¿Qué quiere decirse con esto? A juzgar por lo expuesto en otros puntos del Informe y por la ambigüedad de los párrafos del epígrafe que comentamos, nosotros suponemos que no se refiere a la autonomía administrativa y financiera de los hospitales regionales, autonomía que es absolutamente fundamental para alcanzar la rentabilidad (concepto que debe incluir el de calidad de la asistencia). No prevé el informe la asistencia hospitalaria a domicilio -"home

ción y Organización de la Salud, organizado por el CIERSES y celebrado los días 12 y 13 de octubre de 1974, en la Abadía de Royumont (Francia).

(78) "En los Países Bajos se está procurando cerrar los hospitales más pequeños, dejando los establecimientos con 400 o 500 camas. La misma política se sigue en el Reino Unido y la U.R.S.S. En los Estados Unidos de América se ha venido observando durante el último decenio que los hospitales de zonas rurales tienen una tendencia creciente a dejar de lado los pequeños hospitales locales en favor de un hospital general urbano. Parece ser que los hospitales rurales de Francia sólo mantienen unas pocas camas para maternidad y convalecencia, y que desde 1958 no se ha practicado en ellos ninguna intervención quirúrgica". (*Organización y funciones de los establecimientos de salud*. Crónica de la OMS, Vol. 29, noviembre de 1975). En otros puntos de dicho trabajo se expresan las causas de la tendencia a cerrar los establecimientos pequeños: la tasa media de ocupación de las camas suele ser de menos del 50% y puede bajar hasta el 20%; el corto número de camas y las dificultades de obtener suministros determinan que los pequeños hospitales no dispongan del material necesario; a su vez, esas restringidas posibilidades técnicas dificultan el reclutamiento de médicos, y finalmente, el desarrollo económico mejora las carreteras, lo que permite a los campesinos trasladarse para ser tratados en los centros urbanos.

care"- que, en estos momentos, se está aplicando ya en muchos países y que, en los casos en que es aplicable, que son muchos, presenta no tables ventajas (79). Reiteramos, finalmente, que en la elaboración del esquema hospitalario presentado por el Informe no han intervenido, que se sepa, los usuarios (80).

Para terminar, no omitimos que por descontado nos parece muy bien el proyecto de ampliar el llamado "catálogo de hospitales".

Como complemento del análisis a este capítulo, remitimos a los comen tarios que incorporamos al epígrafe 80 del Informe.

X. ENSEÑANZA, FORMACION, PERFECCIONAMIENTO, ESPECIALIZACION E INVESTIGACION SANITARIAS

67. Trascendencia de la formación del personal

La sanidad, la educación y el ejercicio de las profesiones sanitarias han experimentado una rápida evolución y transformación en los últimos años. No es, pues, extraño que su punto de confluencia -la formación y especialización sanitarias- sea particularmente problemático y conflictivo.

En todo caso, se trata de una materia fundamental para los propios inte resados, para el conjunto de las profesiones sanitarias y para toda la co lectividad nacional, cuyos servicios y prestaciones sanitarias, actuales y futuros, guardan estrecha relación con la calidad y extensión de la for mación de los profesionales sanitarios.

Lo que se dice al respecto en el texto que analizamos no tiene, creemos, entidad suficiente para constituir un epígrafe de un informe al Gobierno.

En cuanto a la "trascendencia de la formación del personal", lo que en nuestro criterio importa de verdad es algo que el Informe no señala: el ejercicio de las profesiones sanitarias, particularmente el de la medicina, está -sobre todo en su aspecto ambulatorio- muy lejos de una adecuada atención sanitaria y, además, si se adoptara

(79) Su creación requiere pocos medios, establece una "doble corriente" entre el médico de zona y el hospital, el costo diario del "home care" es muy inferior al de cama y día en el hospital (según los países, la mitad, el tercio, la cuarta parte e incluso la octava parte) ofrece ventajas psicológicas evidentes; en algunos enfermos acelera la curación -según un estudio del Mount Sinai Hospital- y aporta al enfermo y a su familia una educación sanitaria valiosa. (Ver *L'Hospitalisation à domicile*, Lettre d'information n° 27, GERM, Bruselas, 1969).

(80) "Tanto el funcionamiento de un servicio de salud como las metas y el orden de prioridad, deben contar con la aprobación de los usuarios", OMS, Ob. cit.

una modalidad racional, se hallaría divorciado, social y científicamente, de la formación actual del profesional sanitario. El verdadero cambio, realmente copernicano, no se ha producido, contrariamente a lo que el Informe dice, en los saberes sanitarios, ni tan siquiera en las técnicas "con ser muchos los avances", sino en el modo de ejercer. El profesional sanitario de hoy se encuentra al terminar sus estudios dos graves problemas: una forma nueva de ejercicio que no responde, a nuestro entender, a la concepción clásica de la carrera médica, y una falta de conocimientos para ejercer con solidez y con autenticidad su profesión en los pocos casos (algunos hospitales) en que esto es posible. La formación del personal entraña por consiguiente, antes que trascendencia, el requerimiento de una doble premisa: establecer, dentro de las actuales condiciones sociales, una forma eficaz de ejercicio profesional y formar convenientemente para ese ejercicio adecuado y moderno.

Porque si bien es cierto que, por definición, el médico debe "formarse bien", no lo es menos que su fin es curar, no saber "per se", y que si la forma de ejercicio está pervertida y no permite "usar" los conocimientos, el nivel de formación pierde valor. La razón de los conocimientos exigidos no es otra que la de poder aceptar responsabilidades asistenciales para obtener una atención sanitaria nacional buena y adecuada. ¿Qué responsabilidad tiene hoy el médico en los ambulatorios de la Seguridad Social en los que desarrolla la mayor parte de su ejercicio profesional?

Parece, por tanto, que entre la formación y práctica médicas existe una estrecha dependencia, pero en sentido inverso al que siempre se ha supuesto. Es decir: tradicionalmente se consideraba que "buenos médicos = buena asistencia sanitaria"; hoy habría que invertir los términos de esa igualdad aceptando que a una adecuada forma de ejercicio corresponde una buena formación del médico, ya que el buen ejercicio estimula la buena formación. (G.L. Monekosso recoge este hecho, aunque con una formulación menos radical) (81). ¿Será ésta una de las causas de la calidad de la medicina americana en general, aun cuando parte de sus médicos están formados en países distintos y de modos muy diferentes?

68. Enseñanza de la medicina

El número de alumnos matriculados en las Facultades de Medicina ha pasado de 23.723 en el curso 1966-67 a 44.247 en el curso 1972-73. En la actualidad estudian en España la carrera de Medicina 52.276 alumnos.

Estas cifras permiten suponer un sustancial y llamativo incremento del número de nuevos licenciados en Medicina, que, teóricamente, pueden llegar a alcanzar la cifra de casi diez mil anuales. No obstante, antes de llegar

(81) "Incluso las modernas escuelas de medicina, solamente se preocupan por la producción de mano de obra para la asistencia sanitaria... Puede apreciarse, sin embargo, una tendencia actual a vincular la producción y la utilización de talentos formados, de una manera que resulte mutuamente relevante", G.L. Monekosso, *La Escuela de Medicina en la sociedad moderna*, "Impacto", julio-septiembre 1975. (El subrayado es nuestro).

a la conclusión de que va a producirse un exceso en el número de médicos, deberá analizarse si el incremento del número de alumnos se traduce en un proporcional incremento del número de nuevos licenciados; si tal incremento es coincidente con la demanda creciente de facultativos por los servicios sanitarios; si entre las cifras manejadas existe o no una proporción importante de estudiantes de otros países y cuál es la importancia de la emigración de profesionales médicos españoles.

Las cifras citadas de alumnado en Medicina no están suficientemente respaldadas en todos los casos por una adecuada dotación de personal docente cualificado y medios técnicos suficientes.

Sólo la cuarta parte de los docentes de Medicina son numerarios en sus tres grados: catedrático, agregado o adjunto.

En la actualidad el número de camas dedicadas a la docencia es de 21.323 en 36 hospitales, de los que nueve son universitarios y otros funcionan mediante convenios.

Con el número total de alumnos existente (52.276) la relación cama/alumno es de 0,5, es decir dos alumnos por cama, cuando los índices que se estiman óptimos son de cuatro a cinco camas por alumno, si bien con referencia únicamente a los del segundo ciclo.

El Informe indica con prudencia que "antes de llegar a la conclusión de que va a producirse un exceso en el número de médicos", consecuencia del alto aumento del número de alumnos, deberá estimarse si el incremento de alumnos es proporcional al de licenciados, si es o no coincidente con las necesidades sanitarias, si la emigración de profesionales médicos españoles es importante y qué proporción de estudiantes extranjeros hay en las facultades de España.

Está bien la prudencia, pero puede afirmarse que el problema actual de la enseñanza de la medicina es, obviamente, el de enfrentarse con una gran masa de alumnos que crece de manera desmesurada. Dice el Informe que las cifras citadas del alumnado en medicina no están suficientemente respaldadas en todos los casos por una adecuada dotación del personal docente cualificado y medios técnicos suficientes. La realidad es, por desgracia, más cruda, pues hay en la actualidad once viejas facultades totalmente incapaces de afrontar la avalancha de alumnado y otras diez facultades nuevas de las que por lo menos siete de ellas lo único que poseen, aparte de su declaración de tales por el B.O.E., es el alumnado; carecen de todo lo demás. La referencia al insuficiente número de camas que actualmente se utiliza para la docencia es un índice claro de la precariedad en que se está desarrollando la enseñanza.

No menciona el documento un problema que creemos de la mayor importancia: la educación que se imparte en nuestras facultades va orientada casi exclusivamente al ejercicio profesional dentro de la estructura hospitalaria.

Pensamos nosotros que, respecto a la situación de la enseñanza de la medicina, son imprescindibles las siguientes acciones como coordinadas fundamentales:

1. Cuantificar la necesidad de médicos para España en estos momentos y en un futuro previsible (al comentar el punto siguiente volveremos sobre el tema).

2. Cuantificar los recursos, existentes y posibles, para la forma
ción.
3. Definir si, de acuerdo con las necesidades y con los recursos, es necesario establecer un control en el número de médicos que se formen.
4. De estimar necesario tal control, sería inexcusable fundarlo en: a) auténtica igualdad de oportunidades, b) revisión periódica (anual o bianual), y c) participación social en dicho control. En cualquier caso, se ha de ser consciente de que la influencia del control de acceso a la enseñanza se limita a la formación del médico, y no puede de ninguna manera garantizar la calidad de lo que podría llamarse "producto final" o ejercicio profesional del licenciado en medicina (82).

Todo lo expuesto son consideraciones al margen de la forma de enseñanza, ya se imparta ésta en Facultad o en Escuela de Medicina.

Con lo dicho hemos pretendido tan sólo exponer un proceso racional, por etapas, del análisis de la actual situación de la enseñanza de la medicina. No entramos a discutir ni a examinar la selectividad ni el *numerus clausus*, sobre los cuales existen opiniones diferentes dentro del grupo que ha realizado el presente análisis.

69. Sugerencias

En consecuencia se sugiere:

- a) Estudiar las necesidades de facultativos médicos no solamente en sus cifras globales, sino también por especializaciones, para que sea posible orientar adecuadamente los recursos destinados a la enseñanza.
- b) Valorar los niveles de enseñanza de la medicina efectivamente desarrollada en cada centro y adoptar las medidas pertinentes para garantizar los mínimos aceptables.

No debe excluirse la suspensión del funcionamiento cuando resulte in
viable alcanzar tales mínimos.

La dotación de personal docente debidamente cualificado es prioritaria.

- c) Incrementar el número de camas hospitalarias adscritas a la enseñan
za y formación, incorporando los hospitales que acrediten niveles asisten
ciales y aptitud para dicha misión.

Las venias docentes deben otorgarse en todo caso a título personal.

Cuanto antecede es asimismo aconsejable respecto de las demás profesione
s sanitarias, con las variantes correspondientes a las características de cada una de ellas.

(82) En las conclusiones del *Seminario de Educación Médica*, celebrado en Madrid en 1971 se afirma, por una parte, que "debe efectuarse un proceso de selección de estudiantes" y, por otra, que "la predicción del rendimiento profesional de los futuros médicos no parece poderse establecer con seguridad".

Las tres sugerencias expresadas en este apartado son evidentemente inexcusables, aunque su formulación se realiza en términos generales. Se echa de menos una mayor concreción que sería deseable. Estudiar las necesidades de médicos de un país es sin duda, como ya hemos dicho, una cuestión básica pero nada fácil de llevar a cabo. Hay que empezar por conocer la tarea a realizar y el tiempo en que debe cumplirse y, en consecuencia, es necesario saber los datos básicos que permitan deducir el número suficiente de trabajadores, es decir, de médicos. Dicho de otro modo: se requiere un conocimiento exacto de la realidad sanitaria del país como punto de partida, no sólo para diseñar una estructura sanitaria, sino también y, sobre todo, una política de salud a corto, medio y largo plazo, y hacer estimaciones de consumo médico en los mismos estadios. Todo esto falta en España. Se toca aquí una de las deficiencias sustanciales de nuestra sanidad que, en consecuencia, subyace en el Informe: la falta de previsiones de todo tipo.

Para definir el número de médicos lo único que cabría, aquí y ahora, sería elaborar un indicador -de sólo relativa utilidad- comparando en su conjunto nuestra actual situación con la de otros países, no sólo por el número de médicos o el número de hospitales, sino también por las líneas maestras de nuestra sanidad, la actitud del enfermo, etc., con las correspondientes a los países en comparación. Pero, insistimos, la utilidad de este indicador únicamente podría ser relativa o muy baja, de no ser nula.

A la segunda sugerencia -valorar la enseñanza de cada centro y conceder prioridad a la dotación del personal docente- habría que formular varias observaciones considerando la realidad española. Coincidimos con el Informe en que cada centro docente tiene su "personalidad"; ocurre, sin embargo, que, en estos momentos, valorar en España los centros de enseñanza médica es una labor excesivamente fácil. La valoración de la calidad de la enseñanza de cada centro sólo es útil cuando todos disponen de medios materiales y personales para cumplir un mínimo cualitativo, cosa que no ocurre en nuestro país.

Pero, además, "dotar de personal docente debidamente cualificado" a las facultades de medicina se nos antoja una tarea inalcanzable. A nuestro entender, una solución a este problema podría ser la de tratar de incorporar aquellos médicos en ejercicio predispuestos a la docencia y con capacidad para desempeñarla, debiendo establecerse a este fin, sin temor ni demora, los sistemas de acceso oportunos.

En la tercera sugerencia, habría que introducir, en nuestra opinión, una distinción importante: incrementar el número de camas hospitalarias para la enseñanza es una necesidad perentoria; pretender sin embargo que, en la modesta asistencia hospitalaria actual, el aumento de camas se haga incorporando solamente aquellos hospitales "que acrediten niveles asistenciales y aptitud para dicha misión (*), supone hacer imposible dicho aumento. Serían necesarios muchos buenos hospitales que hoy no existen. Entendemos por eso que hay que contar con lo que existe e incorporar -salvo excepciones- todos los hospitales que lo soliciten, puesto que en ellos existen los factores fundamentales para la enseñanza de la medicina: el enfermo y el médico, siempre que éste tenga "dedicación hos

(*) El subrayado es nuestro.

pitalaria exclusiva" (83). Sin duda no podrá el alumno conocer en muchos de ellos una tecnología avanzada ni una atención buena. Pero tendrá la oportunidad, esencial, de adquirir experiencia y vivir el acto médico. No es todo lo que debiera ser, pero sería mejor de lo que es hoy. Hay, pues, que utilizar todos los hospitales posibles que lo demanden, aunque, como con buen criterio señala el Informe, las venias docentes se otorguen a título personal, debiéndose prever por quién y cómo se concederá dicha venia.

70. Formación postgraduada del médico

Todo hospital debidamente acreditado al efecto, complementado con los servicios extrahospitalarios pertinentes, desarrollará cursos, de carácter eminentemente práctico, de internado rotatorio posgraduado, que será el primer escalón para el ejercicio profesional.

El ejercicio de la profesión médica tiene la siguiente gradación:

- a) Un ejercicio limitado, aplicable a todos aquellos supuestos en que el profesional médico se encuentre en una etapa de adquisición de conocimientos prácticos y de incremento progresivo de su responsabilidad profesional.
- b) Ejercicio independiente, que supone la toma de decisiones profesionales con carácter personal y autónomo, tanto sea en el ejercicio de la medicina general o familiar como en el ámbito de sectores especializados.
- c) Ejercicio cualificado, que implica un doble reconocimiento, por una parte académico y por otra profesional: la posesión del título de especialista y el reconocimiento colegial de esta característica. Ambas condiciones, a su vez, deben reflejarse en la definición del puesto de trabajo.

Esta línea de formación y práctica de la medicina no se encuentra regulada, debido al defectuoso e insuficiente desarrollo de la Ley de 20 de julio de 1955, y, por tanto, se estima que debe procederse a una clara estructuración de la carrera profesional del médico en ejercicio, señalando los requisitos formales y materiales.

Lógicamente debe ser requisito formal, en todo caso, la posesión del título de licenciado en Medicina. Asimismo debe ser requisito formal la posesión del título de especialista para acceder a las plazas de mayor rango y responsabilidad dentro de la estructura sanitaria.

El requisito material debe venir determinado por la progresiva adquisición de experiencia en el ejercicio de la medicina. Parece razonable exigir un número mínimo de años de práctica profesional para que sea reconocida la condición cualificada de especialista.

A este respecto debe señalarse que el alto nivel de ejercicio cualificado debe ser de aplicación tanto para la medicina general como para la

(83) "Los hospitales deberán ser adaptados a las necesidades de la enseñanza y se aprovechará plenamente la competencia de las numerosas categorías de personal local haciéndoles participar a tiempo parcial en los programas de enseñanza". *Peut-on réduire le coût de l'enseignement médical?*, Brian Abel-Smith, Lars Ekholm, Herbert E. Klarman y Vicente Rojo Fernández. *L'Information Médicale et Paramédicale*, 2 octubre 1973.

especializada, estimulándose de esta forma la promoción profesional del médico de familia.

La permanencia y dedicación en puestos de trabajo médicos de servicios especializados debe ser requisito exigido para el reconocimiento de la condición de especialista.

En consecuencia, se sugiere:

a) Programar, en todo el ámbito nacional, la formación médica especializada, teniendo en cuenta las necesidades previsibles y las posibilidades del conjunto del sistema sanitario.

b) El número de médicos en formación -sea de internado rotatorio o de formación especializada- de cada institución hospitalaria se hará constar en el correspondiente catálogo.

c) La vinculación a tales plazas tiene, por su propia naturaleza, carácter transitorio, lo que no excluye la permanencia y estabilidad durante el período formativo y la debida formalización contractual.

d) Revisar las plantillas de los establecimientos para calificar como permanentes todas las plazas necesarias para su correcto y completo funcionamiento asistencial.

Por tanto, debe corresponder:

1º Al Ministerio de Educación y Ciencia, la acreditación de establecimientos para la docencia, la concesión individualizada de la venia docente y el otorgamiento de las titulaciones académicas especializadas.

Debe suprimirse el actual mecanismo de "especialización", basado en el mero dato de la colegiación con actividad especializada.

2º A la organización médica colegial, el reconocimiento profesional de la condición de especialista, para lo que será requisito inexcusable la posesión del correspondiente título académico.

Dos aspectos encontramos confusos en este apígrafe. Uno, la diferencia entre "ejercicio independiente" y "ejercicio cualificado". Si el primero supone la toma de decisiones profesionales con carácter profesional y autónomo en medicina general o en medicina especializada (*), aunque la posesión del título de especialista, tal como se propugna en el Informe, muestre, efectivamente, una formación postgraduada profunda, el llamado "ejercicio independiente" permite decidir en sectores especializados. Se ve que entre el "ejercicio independiente" y el "cualificado" hay una diferencia de conocimientos, pero al nivel del ejercicio -que es de lo que se trata- la diferencia se desvanece. Al menos, tal como se expone en el Informe. Esto debe ser aclarado.

El otro aspecto es la asignación a la Organización Médico-Colegial del "reconocimiento profesional de la condición de especialista, para lo que será requisito indispensable la posesión del correspondiente título académico" expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia. Si éste expide el título de especialista, ¿cuál será el reconocimiento de la Organización Médico-Colegial? ¿Acaso un simple trámite? En otros países es la Organización Médico-Colegial la que controla la especialización del médico y la que concede la au-

(*) El subrayado es nuestro.

torización para el ejercicio profesional como especialista. Pero es obvio que en España esto es, hoy por hoy, imposible. De hecho, sería suficiente para resolver la formación de postgraduados el desarrollo de la ley de especialidades -redactando el reglamento correspondiente-, ley antigua, pero que contiene posibilidades de establecer una ordenación inteligente y eficaz y que hasta ahora, curiosamente, sólo se aplica en la práctica en estomatología. A esta ley nos hemos referido ya en nuestros comentarios a puntos anteriores.

71. Formación de la sanidad pública

La enseñanza, formación y especialización en materia de salud pública se ajustará a las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

A tal efecto, la Escuela Nacional de Sanidad y sus departamentales y filiales se potenciarán, utilizando al máximo las posibilidades formativas del conjunto de la estructura sanitaria.

La sanidad pública es una específica actividad sanitaria. De ahí que, en nuestra opinión, habría que empezar por discutir si es necesario acceder previamente a un título universitario para luego diplomarse en sanidad pública o si -lo que entendemos más racional- podría haber una carrera de Sanidad Pública dentro de las facultades de medicina.

Lo que a todas luces se percibe es la deficiencia de la actual formación en sanidad pública en España. La sanidad pública no puede enseñarse de un modo adecuado en cursillos cortos y acelerados. Así pues, parece demasiado escueta la referencia a la Escuela Nacional de Sanidad. Mientras la crítica se ejerce sobre el quehacer de la Facultad de Medicina o la especialización de los postgraduados, parece como si la Escuela Nacional de Sanidad necesitase sólo ajustes menores para funcionar a nivel óptimo. ¿Acaso es así?

72. Formación continuada

Debe fomentarse la formación continuada de todos los sanitarios, especialmente los que tienen máximo aislamiento y responsabilidad.

Aunque en todo el mundo la formación continuada se acepta ya como indispensable -no sólo en el campo médico-, comienzan a surgir tendencias "contestatarias". No podemos entrar ahora en discusión por menorizada sobre el tema. Nos limitamos a mostrar que es conflictivo y que requiere particular consideración; consideración que, por lo demás, no le concede el Informe.

Concretándonos a la formación continuada en medicina, hay que convenir que el continuo progreso en todos los campos médicos parece

que obliga al profesional a un trabajo de actualización permanente. Sin embargo, si se ahonda un poco más, advertiremos que ni el progreso médico es tan violento que haga tabla rasa con el pasado (aunque sin duda alguna se producen cambios) ni el médico en ejercicio se desactualiza en forma rápida, y mucho menos radical, cuando ha recibido una adecuada formación pre y postgraduada, que quizá sea el problema básico de la formación continuada. Si se instaura, como debe instaurarse, la evaluación de la asistencia médica, se incorporará "eo ipso" al ejercicio de la profesión, como parte inevitable del mismo, la reflexión y el estudio diario que, junto con la práctica, constituyen sin duda una magnífica actualización del saber médico.

Con lo dicho, no pretendemos negar la conveniencia de un trabajo específico destinado a la formación continuada del médico. Nuestros comentarios tienen por objetivo únicamente mostrar que el tema es de gran complejidad e importancia y debe ser meditado en todos sus aspectos: cómo, dónde, cuándo, por quién debería llevarse a cabo la formación, y cuál sería su costo (obligatoriamente alto) en relación con su rendimiento.

73. Investigación sanitaria

Las directrices que se proponen son:

- Potenciación y desarrollo de los centros que tengan una infraestructura adecuada, tales como Facultades de Medicina, ciudades sanitarias de la Seguridad Social, otros hospitales cualificados, instituciones centrales de la sanidad nacional, institutos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y algunos centros privados.
- Ayudas eventuales a grupos de trabajo con carácter temporal y limitado.
- Establecimiento de un plan de investigaciones sanitarias, con delimitación de áreas prioritarias.

Las directrices citadas serán de aplicación a los facultativos farmacéuticos y veterinarios, en relación con las Facultades y centros correspondientes.

Parece que son amplias y generosas las directrices que se proponen en orden a la investigación, pero, en realidad, son irrelevantes.

Como primer punto, debería recoger el Informe la situación actual de la investigación en España. Datos, cifras, conceptos, circunstancias que permitan formarse una idea de su estado. Pero nada con signa. Y, además, ¿de qué forma deben ponerse en marcha los programas de investigación sanitaria? ¿Sobre qué presupuestos y quién ejercerá la dirección y control de dichos programas de investigación? ¿Deberá hacerse dentro de las estructuras actuales que el Estado tiene para la investigación -C.S.I.C.- o quizá deberá crearse algo parecido a los NIH de U.S.A. o al MRC británico? (Remitimos al lector a los comentarios vertidos en este análisis a propósito del epígrafe 36).

74. Farmacia

El número de alumnos actuales en las Facultades de Farmacia es de 15.000.

Se sugiere la creación del título de especialista en determinadas materias, tales como Farmacia hospitalaria y Farmacia industrial, Toxicología analítica, Análisis clínicos, Microbiología y Radioinmunoanálisis.

Se estima conveniente facilitar la formación profesional del personal auxiliar de oficinas de farmacia.

Los títulos de especialista que se sugieren, demuestran la vaciedad a que ha llegado la carrera de Farmacia: la mayoría de esos títulos se interfieren en el ejercicio de otras profesiones. No parece que la especialización farmacéutica pueda llenar de contenido la carrera.

El problema de la "colocación" del elevado número de farmacéuticos que se produce (a juzgar por los 15.000 alumnos, según el Informe, de las facultades de farmacia) es verdaderamente arduo. Hace falta mucha imaginación para resolverlo. Y también, decisión. En otro lugar correspondiente a los temas de farmacia del presente documento, comentábamos (vid. epígrafe 39) la desvahida situación actual de la función que cumple la carrera de farmacia en la concreta situación sanitaria de nuestra sociedad española. Para llenarla de nuevos o revitalizados contenidos que la justifiquen social y profesionalmente quizá habría que reinventarla. Si ello no es posible, habrá que suprimirla. La realidad no permite que la carrera superviva en su actual condición artificial.

Nos tememos que las plantillas de funcionarios del Estado se incrementarán en función del objetivo político que representa el intento de dar salidas profesionales a estos graduados sin atenderse a las necesidades reales.

75. Veterinaria

Actualmente existen 3.765 alumnos en las Facultades de Veterinaria.

Se sugiere la conservación de las especialidades actuales y la creación de otras, como Biopatología, Microbiología, Inmunogenética y Toxicología alimentaria.

Los comentarios hechos al epígrafe anterior podrían aplicarse a éste, por la circunstancia de que el veterinario está abandonando el campo, su lugar de trabajo, y pretende, a nuestro entender erróneamente, adherirse a especialidades que en apariencia amplía en su radio de acción, pero que en la práctica ya han sido, en muchos casos, cubiertas por otras profesiones.

La veterinaria no ha perdido su razón de ser. Más bien la ha afirmado. El ganado, fuente indispensable de nutrición del hombre, tiene

cada día mayor valor. Ocurre, sin embargo, que la veterinaria, como decimos, está abandonando progresivamente su ámbito esencial de trabajo; no ha sabido transformarse sin perder el lugar que le es propio. La equivocación es grave. La base del futuro de la veterinaria está, fundamentalmente, en su regreso al campo y a una actuación más intensa en el mismo. Los veterinarios deben formarse sobre todo para desempeñar su trascendental papel en la ganadería, sin que ello signifique que descuiden en absoluto sus cometidos obligados e indiscutibles dentro de la sanidad general y en las industrias de productos de origen animal.

76. Estomatología

Existen 3.451 odontólogos y estomatólogos colegiados (1 por 10.000 habitantes), con gran irregularidad en el reparto, predominando en las grandes ciudades. La tasa por habitante es muy baja en España (en Europa, 1/3.500; en España, 1/10.000).

Existe una grave escasez de centros de enseñanza de la Estomatología. No hay incremento de licenciados en Estomatología.

La Estomatología no cuenta con un personal auxiliar cualificado y reconocido (higienistas dentales).

Es, por tanto, indispensable y urgente corregir o paliar tales deficiencias.

El grado de desatención estomatológica en nuestro país, que no queda reflejado en el Informe, es verdaderamente alto. No nos referimos al nivel de salud dental -lamentable aquí y en otros países- sino al de la organización de la asistencia (84). La situación de la estomatología española es en verdad sorprendente. Fue la primera en constituirse como especialidad médica y además advirtió desde su origen la importancia y el poder del monopolio y la conveniencia de conservarlo dificultando el acceso. Así se sustituyó el título de odontólogo (que en países avanzados es una carrera técnica corta) por el de estomatólogo, y se exigió ser médico para ingresar en las escuelas de estomatología. La diferencia entre tan largos y costosos estudios y el carácter del trabajo que desarrollan en la práctica la mayoría de los estomatólogos es notoria.

No basta, por ello, que el Informe bosqueje los hechos conocidos (grave escasez de centros de enseñanza de estomatología -sólo hay dos-; estancamiento en el número de licenciados; falta de personal auxiliar, etc.- ni que se consigne el propósito de corregir con urgencia tales defectos. El informe debería también indicar con claridad el número

(84) La enfermera odontológica desarrolla en otros países (Nueva Zelanda fue el primero en crear esta profesión) una valiosa función en el ámbito escolar: enseña a los niños la higiene dental, les remite a su dentista cuando es necesario y mantiene un fichero de asistencia odontológica. En España ni siquiera se ha esbozado esta tarea.

de odontólogos que España necesitará en el futuro (y esto sí puede hacerse fácilmente, porque existen datos suficientes para elaborar estimaciones útiles), qué formación es verdaderamente necesaria -media o normal- para ejercer la profesión, y cuál es el modo de que el número de odontólogos crezca con rapidez.

77. Profesionales auxiliares sanitarios

Existe en España un grave déficit de ayudantes técnicos sanitarios y enfermeras en ejercicio, que concurre con serios problemas de heterogeneidad en niveles formativos, funciones, colegiación, denominación, puestos de trabajo y promoción profesional.

Dada la importancia decisiva que estos profesionales tienen para el funcionamiento de los servicios sanitarios y la complejidad del tema planteado, se estima conveniente que sea objeto de un estudio concreto y específico.

No obstante, se pueden ya sugerir las siguientes medidas:

- 1º Implantación de la co-educación, sin discriminación por razón de sexo.
- 2º Elevar las condiciones de titulación para acceder al ingreso en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
- 3º Supresión del régimen de internado obligatorio.
- 4º Elevación de la calidad en las enseñanzas y reforma del plan de estudios, incluyendo estudios a nivel de Escuela universitaria.
- 5º Establecer nuevas especialidades, tales como Cuidados intensivos, Instrumentistas, Hematología, Anestesia, Supervisión de enfermería, Geriátría, Biopatología y Enfermería de salud pública.
- 6º Creación de nuevas Escuelas.

La matrona es una profesión definida e independiente. El título de matrona se obtendrá después de cursar los estudios de enfermería o ayudante técnico sanitario y dos cursos académicos de la especialidad de Matrona.

Es evidente que existe en España un déficit grave de profesionales técnico-sanitarios, tal como dice el Informe. No se comprende, por tanto, cómo entre las medidas que el mismo Informe anticipa para tratar de solucionar el problema, se incluye la de "elevar las condiciones de títulos para acceder al ingreso en las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario". ¿Por qué? ¿Quizá pretendiendo un mayor reconocimiento social, puesto que en tal caso los ATS participarían ya del bachillerato o de otro título similar? No parece que quepa esperar que los bachilleres (BUP) que procedan de EGB se inclinen de buen grado hacia carreras cortas o de segundo orden.

Más útil para cubrir el déficit y mejorar la carrera es, en nuestra opinión, la medida sexta del Informe: crear nuevas escuelas con una enseñanza amplia, exigente, que haga que la carrera sea respetada por la propia persona que la ejerce y por el médico.

Habría, además, que instaurar cuanto antes las prácticas hospitalarias para los ATS masculinos y femeninos.

78. Auxiliares de clínica y otros profesionales

Debe fomentarse y promocionarse la formación de auxiliares de clínica, cuya colaboración resulta muy precisa para el funcionamiento de los servicios sanitarios asistenciales.

Se fomentará, promocionará y, en cuanto sea necesario, se regulará la formación de técnicos ortopédicos, protésicos dentales y otras nuevas profesiones sanitarias.

La figura del auxiliar de clínica, que es sin duda básica, aparece muy poco clara en estos momentos, no sólo jurídicamente, sino también, diríamos, social y sanitariamente. Habría sido muy oportuno que el Informe consignase una definición del auxiliar de clínica.

En cuanto a las profesiones de técnicos ortopédicos, protésicos dentales y otras nuevas profesiones sanitarias, igualmente importantes, requieren, desde luego, una estudiada regulación.

XI. PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

79. Situación actual

El índice de médicos por millón de habitantes es en España de 1.406. La media europea es de 1.400.

El número de médicos colegiados pasó de 38.050 en 1962 a 47.855 en 1971.

Puede estimarse, pues, que en cifras globales no existe escasez de médicos en España, lo que, por supuesto, no significa que estén equilibradamente repartidos. La insuficiencia en zonas rurales es patente; asimismo la limitación del número de determinados especialistas o su concentración en las grandes ciudades.

El estudio de la distribución en la modalidad de ejercicio es incompleto y de poco valor estadístico. Los criterios de recogida y elaboración de los datos no se ajustan a patrones uniformes. Hay profesionales que figuran como especialistas ejercientes en varias especialidades y ejercicio de especialidades no reconocidas oficialmente.

La tasa de farmacéuticos por habitante (0,512) es muy elevada comparada con la de otros países.

En relación a 1974, hay una oficina de farmacia por cada 2.547 habitantes.

Es el momento óptimo para poder definir el crecimiento y desarrollo de la profesión veterinaria, en virtud de su notoria importancia en el desarrollo de la economía nacional ganadera, de la industria e higiene de la alimentación y de otras actividades que complementan las misiones tradicionales de la profesión.

A la vista de los datos obtenidos, el incremento profesional de los ayudantes técnicos sanitarios ha sido del 27,35 por 100.

No hay distribución geográfica armónica de los profesionales, pues existe una marcada tendencia a concentrarse en los grandes núcleos urbanos, de modo especial por la atracción de los hospitales.

La tasa establecida en 1974 era de un ayudante técnico sanitario por cada 569 habitantes. Pese a la tendencia acelerada de crecimiento, está muy distante de la existente en otros países.

Las matronas son la única profesión sanitaria en la que se ha producido un decrecimiento en relación con las cifras globales de población, debiéndose promocionar de acuerdo con las necesidades del país.

La tendencia de la atención obstétrica en el medio hospitalario, la participación más directa del especialista por la práctica del parto dirigido, permiten pensar que no es preciso incrementar dichas cifras, debiendo mantener la evolución demográfica vegetativa normal de esta profesión y, en su caso, según las necesidades del país.

Hasta 1974 se habían diplomado 2.871 fisioterapeutas, cifra insuficiente si se tiene en cuenta, además, que hay un porcentaje que no ejercen activamente su profesión.

Debe potenciarse la formación profesional de los fisioterapeutas. La proyección de futuro está condicionada al desarrollo que se imprima a las unidades de rehabilitación.

Las instructoras sanitarias constituyen un reducido grupo cuya importancia en el desarrollo de la función sanitaria requiere especial atención y debe potenciarse.

De los 8.000 títulos expedidos de asistencia social hasta el momento, sólo el 36 por 100 (2.838) ejercen activamente la profesión. De éstas, 979 actúan en el campo sanitario propiamente dicho; o sea, el 33,89 por 100 de la población activa profesional.

No se refiere el Informe a la situación actual, aunque así lo proclame, sino a una situación ya pasada y, por ende, muy distinta. El número de médicos colegiados que consigna (47.855) corresponde, como el propio Informe declara, a 1971, es decir, cuatro años atrás de las fechas en que la Comisión Interministerial realizó sus trabajos, a pesar de que dicha Comisión pudo fácilmente disponer de datos oficiales (85), más recientes, los relativos a 1973 (51.594 médicos colegiados) y de otros oficiosos (86) pertenecientes al mismo mes de enero de 1975 (52.348 médicos colegiados) en el que la Comisión se constituyó. En consecuencia, el Informe anota como "actual" una cifra de médicos colegiados inferior en 3.739 a los que, según la realidad oficial, había en 1973, y en 4.498, a los que, de acuerdo con la realidad oficiosa, existían en 1975. Diferencias importantes, inaceptables en un informe al Gobierno y que, además, acentúan el

(85) *Anuario Estadístico de España*, editado en 1975.

(86) Relación estadística por provincias y especialidades de *Unión Médica Farmacéutica Española* (U.M.F.E.), publicado en enero de 1975. U.M.F.E. es una empresa de direcciones médicas con años de experiencia, muy utilizada por la industria farmacéutica.

hecho de no contar los médicos no colegiados, pero que, sin embargo, ejercen funciones sanitarias, (alrededor de los 4.000) como son parte de los M.I.R. y de los médicos militares, etc.

Naturalmente, el índice español de 1.406 médicos por millón de habitantes que recoge el Informe es también erróneo, por inactual y por que excluye aquella parte, no despreciable, de la población profesional activa a la que nos acabamos de referir. El índice auténtico y actual, el de enero de 1975 que el Informe tendría que haber recogido, es el de 1.450 médicos por millón de habitantes, si se toma el número de médicos colegiados (87) o bien el de 1.550 en el caso de sumar a la cifra de colegiados los 4.000, diríamos, "precolegiados" o sin obligación de colegiar (88).

Tampoco la media europea de 1.400 que el Informe cita es exacta. De la elaboración de varios datos (no todos procedentes del mismo año ni de las mismas fuentes (89), pero con pequeñas diferencias temporales y de fiabilidad, lo cual nos ha permitido homogeneizarlos para estos cálculos indicativos, hemos obtenido como índice medio europeo aproximado para el período 1971-1974 el de 1.640 médicos, como mínimo, por millón de habitantes.

El Informe declara que "no existe escasez de médicos en España, lo que, por supuesto, no significa que estén equilibradamente repartidos". La concentración de los médicos en zonas urbanas es notoria, como lo es su ausencia en las zonas rurales; pero ni puede afirmarse -como se hace- que no exista escasez de médicos ni tampoco podría asegurarse que exista. En nuestros comentarios a epígrafes anteriores ya hemos dicho que es preciso conocer el volumen de una obra a realizar y el tiempo en que ésta debe cumplirse para fijar el número de trabajadores necesario. Y los términos de la obra sanitaria nacional se expresan, como es lógico, en una política sanitaria que, en España, falta. Sin ello no es posible juzgar -y mucho menos en un informe al Gobierno- si el número de médicos en nuestro país es escaso o es suficiente.

A los farmacéuticos les dedica el Informe en este epígrafe dos párrafos, por lo demás vagos y dogmáticos: uno, asegurando que su tasa es muy elevada comparada con la de otros países, sin que se ci-

(87) Según nos informó telefónicamente el Instituto Nacional de Estadística, en 1974 el número de habitantes en España era de 35.833.105. Para nuestros cálculos, hemos supuesto la misma cifra en enero de 1975, época en la que el número de colegiados alcanzaba la cantidad, como ya decimos, de 52.348, y el de "precolegiados" alrededor de 4.000 (el total aproximado sería, por tanto, de $52.348 + 4.000 = 56.348$).

(88) Aunque estas cifras generales no tengan, en cuanto a distribución geográfica, es decir, las enormes diferencias en la proporción de médicos que existen entre el medio rural y el urbano.

(89) En aquellos casos en que se consigna un asterisco (*), los datos fueron tomados del Volumen I (número de habitantes en 1971) y del Volumen III (número de médicos en 1972) del *World Health Statistical Annual*, de la OMS, editado en 1975. Cuando no hay asterisco, la fuente ha sido *Tribuna Médica*, número extraordinario dedicado a "Hospitales", de 1 de abril de 1974, y las cifras corresponden, algunas, a 1972, otras a 1973 y otras a 1974.

ten las cifras y las tasas de algunos de esos otros países (90); y otro, en el que se dice que "en 1974 hay una oficina de farmacia por cada 2.547 habitantes", aspecto en el que también se echa de meu

No hemos incluido datos de la U.R.S.S. (242 millones de habitantes y 2.640 médicos por millón de habitantes, según la OMS) por su alto número relativo de médicos formados con menores exigencias y para un ejercicio limitado), que distorsionaría cuantitativa y cualitativamente la media.

<u>P a í s e s</u>	<u>Número de habitantes</u>	<u>Número de médicos por millón de habitantes</u>	<u>Número total de médicos</u>
Alemania Federal	61.000.000	2.030	125.000
(*) Alemania República Democrática.	17.000.000	1.640	28.000
Austria	7.400.000	2.130	15.900
Bélgica	9.700.000	1.720	16.700
(*) Bulgaria	8.200.000	1.890	15.600
Checoslovaquia	14.500.000	2.470	35.800
Dinamarca	5.000.000	1.650	8.100
Finlandia	4.700.000	1.250	6.100
Francia	50.800.000	1.350	68.700
Gran Bretaña	55.700.000	1.360	76.300
(*) Grecia	8.800.000	1.700	14.600
(*) Holanda	11.500.000	1.320	15.100
(*) Hungría	10.300.000	1.900	19.100
(*) Irlanda	3.000.000	1.200	3.600
Italia	54.000.000	2.020	108.500
(*) Luxemburgo	340.000	1.080	365
Noruega	3.800.000	1.620	6.300
(*) Polonia	32.600.000	1.560	52.000
(*) Portugal	8.700.000	980	8.500
Rumanía	20.300.000	1.550	32.000
Suecia	8.100.000	1.380	11.300
Suiza	6.300.000	1.430	9.100
(*) Yugoslavia	20.500.000	1.070	22.000
España	34.000.000	1.410	48.025
Totales	456.240.000		746.690

MEDIA EUROPEA APROXIMADA 1971-1974 ... 1.640

(90) Citamos algunas cifras de la demografía farmacéutica correspondientes a 1971 del *World Health Statistics Annual*, edita-

nos, y más vivamente, la carencia de datos comparativos extranjeros. Tampoco se aporta información cuantitativa sobre la profesión veterinaria. No se dice que los veterinarios son en la actualidad alrededor de 9.000, y asimismo se omite que dicha cifra es excesiva en relación con la de otras naciones cuyas economías ganaderas están mucho más desarrolladas que la nuestra, y en las que la higiene de la industria alimentaria y de la alimentación en general se encuentra sometida a un control más racional y más sólido que en España (91). Sin embargo, el Informe proclama -así, sin dar cifra alguna- que "éste es el momento óptimo para poder definir el crecimiento y desarrollo de la profesión veterinaria...". ¿Por qué? ¿Cuáles son las razones de que "este momento sea el óptimo? Otro punto eludido: la interferencia, gravemente conflictiva, de otras profesiones en la veterinaria.

A los ATS, a las matronas, a los fisioterapeutas, a los instructores sanitarios y a los asistentes sociales, el Informe dedica unos comentarios tanto o más simples que los que dedica a los médicos, farmacéuticos y veterinarios. (¿Cuáles son las necesidades del país de acuerdo con las que -según el Informe- debe promocionarse el número de matronas?).

En este epígrafe no habla para nada el Informe de la escasez o ausencia de otras profesiones sanitarias reconocidas por la O.M.S.: ingeniero sanitario, psicólogo, estadístico sanitario, etc. (más adelante, en el punto 83, citará algunas de ellas en un conglomerado difuso en el que se incluyen profesiones que la O.M.S. no califica), ni tampoco de las dificultades derivadas de la estructura social médica española, caracterizada por el dominio claro de los "patrones" y de grupos o escuelas. Los problemas asistenciales que esto crea no son despreciables y exigen ser mencionados.

80. Análisis de puestos de trabajo en el sector público

El análisis del censo de puestos de trabajo da la cifra de 261.998:

- Titulados de grado superior	134.283
- Titulados de grado medio	57.955

do en 1975:

Austria	2.672
Bélgica	6.856
Francia	26.500
Alemania Federal ...	25.563
Italia	37.200
Holanda	1.084
Reino Unido	17.391
Estados Unidos	130.750
España	16.550

(91) Datos de 1971 del *World Health Statistics Annual*, de la OMS, editado en 1975:

Austria	1.093	Suiza	858
Bélgica	1.364	Reino Unido	6.377
Francia	6.450	U.R.S.S.	81.600
Alemania Federal ..	9.900	Estados Unidos ..	26.100
Italia	7.700	España	7.523
Holanda	1.630		

- Otros técnicos de grado medio	387
- Auxiliares sanitarios	22.730
- Técnicos sanitarios	366
- Administrativos	10.493
- Técnicos y de oficios	23.488
- Subalternos	12.296

El desglose de los puestos de trabajo correspondientes a los titulados de grado superiores:

- Médicos	105.000
- Farmacéuticos	20.286
- Veterinarios	7.404
- Odontólogos/estomatólogos	898
- Otros titulados	695

Por cada médico colegiado existen teóricamente dos puestos de trabajo, y si se calcula por médicos "con ejercicio profesional" resultan 2,5.

La Seguridad Social dispone de un total de 56.794 puestos de trabajo, que corresponden a 1,10 por médico colegiado y a 1,39 por cada médico "con ejercicio".

En cuanto a los farmacéuticos existen 1,12 puestos de trabajo por cada farmacéutico colegiado.

Para evitar errores de interpretación es preciso dejar constancia de que las características de los puestos de trabajo descritos son muy varia dos por razón, entre otras cosas, de su nivel de dedicación y de la hete rogeneidad de vinculaciones y de regímenes jurídicos por los que se regu lan.

Las plantillas de los centros sanitarios se han redactado en base a múl tiples criterios. Algunos centros presentan escasez de profesionales, mien tras otros, por el contrario, muestran aparente hipertrofia, compensada con un elevado porcentaje de vacantes. En otros esa hipertrofia es real. Es indispensable acomodar las plantillas a criterios técnicos, consonantes con la misión sanitaria de cada centro. Dichas plantillas deben compren der todos los puestos de trabajo, incluidos los transitorios de carácter predominantemente formativo.

Existen numerosos tipos de jornadas de trabajo. Donde están reguladas no hay prácticamente ningún sistema objetivo de control de su cumplimiento para los titulados de grado superior. Sus situaciones límite van desde la actividad discontinua, motivada en la solicitud de servicio, hasta la per manencia en expectativa durante veinticuatro horas.

Se hace indispensable normalizar las jornadas de trabajo de la activi dad profesional en sus distintos puestos y en relación con las funciones concretas a desempeñar en cada uno de ellos.

La conjugación de las distintas variables dan como resultante múltiples combinaciones y posibilidades, acompañadas en muchos casos del ejercicio privado de la profesión. Es preciso definir de modo claro las compatibili dades e incompatibilidades de los puestos de trabajo.

Circunstancias similares a las anteriormente enunciadas se producen en cuanto a nomenclaturas, definiciones de categorías y contenidos, sistemas de selección y obligaciones de los mismos puestos de trabajo. Es imprescin dible dar estado unitario a su denominación, definición y misiones.

Dice el Informe que "el análisis del censo de puestos de trabajo da la cifra de 261.998" y especifica las cantidades parciales que corresponden a los diferentes graduados. No explica el método utilizado en la elaboración del citado censo, ni tampoco de quién dependen los puestos de trabajo (excepto los de la Seguridad Social, que son 56.694), información fundamental para advertir la calidad y las circunstancias de cada puesto. Sobre todo cuando el mismo Informe indica en párrafos anteriores que "para evitar errores de interpretación es preciso dejar constancia de que las características de los puestos de trabajo descritos son muy variadas..." (*). Así, después de homologar puestos que son, sin duda, muy diferentes, el Informe no tiene reparos en afirmar que "por cada médico colegiado, existen teóricamente dos puestos de trabajo y si se calcula por médico con ejercicio profesional, resulta el 2,5". ¿Cómo puede establecerse una proporción entre puestos distintos, con remuneraciones y circunstancias dispares, y con médicos que también son diferentes en su formación y ejercicio? ¿Qué utilidad y fiabilidad puede tener tal cálculo? Podría dar lugar a deducciones a la vez tan lógicas y tan absurdas como la de que se necesita un número de médicos doble que el de 1971 (suponemos que para el Informe sigue siendo "actual" el número de los existentes en 1971).

Por otra parte, ¿ampliará o reducirá la Reforma Sanitaria los puestos de trabajo censados en la actualidad? La falta de prospectiva de que adolece el Informe queda de manifiesto aquí en un tema tan fundamental como es el laboral.

En otro orden de cosas, coincidimos con el Informe en que las plantillas de los centros sanitarios "deben comprender todos los puestos de trabajo, incluidos los transitorios de carácter puramente formativo". Asimismo, en principio, estimamos con el Informe, "que se hace indispensable normalizar las jornadas de trabajo de la actividad profesional en sus distintos puestos y en relación con las funciones concretas a desempeñar en cada uno de ellos"; pero a esto habría que añadir una condición: siempre que las, diríamos, "jornadas asistenciales" cubran la mañana y la tarde dentro de una actividad normal. El hospital, limitado hoy en la práctica clínica (excepto algunos casos) a hospital de mañana (aunque esa mañana sea de siete horas) supone, a nuestro juicio, un despilfarro de medios terapéuticos y, por lo tanto, una incongruencia asistencial. Existe ya una especie de "ley" de distribución laboral, según la cual el médico trabaja en el hospital por la mañana y en la Seguridad Social o en su consulta privada por la tarde. ¿Por qué no ha de existir un hospital verdaderamente activo durante la mañana y la tarde, aparte de que esté vigilante y presto a los cuidados urgentes durante el día y la noche? Cabe argüir que la actividad del hospital viene fijada por el número de enfermos y que, generalmente, los actos médicos realizados por la mañana cumplen debidamente la asistencia, siendo durante la tarde la función del hospital la de hospedería con vigilancia del enfermo. Esto puede ser cierto, aunque en la práctica es frecuente que, debido a la actual jornada de trabajo, no se pueda cumplir la asistencia del propio hospital. Pero aun cumpliéndola, no cabe duda de que, a partir de mediodía, muchos de los servicios que entonces cesan en su trabajo podrían prestar atención a enfermos ambulatorios. Un hospital activo durante doce horas ¿no podría atender, aunque no hospedar, a un mayor número de enfermos? ¿No podría,

(*) El subrayado es nuestro.

por ejemplo, transformarse en un moderno centro de diagnóstico y tratamiento, mejor que los que está pretendiendo construir la Seguridad Social? ¿No podría ser el núcleo generador de una hospitalización a domicilio que tan necesaria se hace? Sería, naturalmente, precisa una doble plantilla de médicos, de mañana y de tarde, o dividir la actual plantilla de sólo mañana. Esta es otra cuestión. Pero el trabajo hospitalario, la actividad de sus costosos medios, no cesaría y, de este modo, se anularía o disminuiría el despilfarro. Al hospital debe exigírsele la máxima rentabilidad pública de sus medios de asistencia y la racionalidad en su ordenamiento.

Coincidimos, por último, con el Informe en que "es preciso definir de un modo claro las compatibilidades e incompatibilidades de los puestos de trabajo".

81. Absentismo rural

El absentismo profesional en el medio rural tal vez obligue a adoptar medidas como:

- Obligatoriedad del ejercicio profesional en dicho medio como requisito previo para acceder a otros puestos en zonas urbanas.
- Homologar el ejercicio profesional en el medio rural durante un período de tiempo al servicio militar de los jóvenes licenciados.

La falta de profesionales en el medio rural es un problema ostensible y muy agudo. No proporciona el Informe ningún parámetro de los que existen para medir su gravedad. Por ejemplo, el número de los partidos rurales que en estos momentos carecen de médico (unos 1.300); la cifra de población rural sin asistencia alguna o con una asistencia "distanciada", etc. Sin detenerse a dibujar el perfil de la situación, el Informe propone sin más dos medidas para superar o reducir el absentismo profesional rural: la primera consistiría en obligar al ejercicio profesional rural "como requisito previo para otros puestos en zonas urbanas", y la segunda en "homologar el ejercicio profesional en el medio rural durante un período de tiempo (aquí debe faltarle al texto del Informe la palabra "equivalente" para que la frase tenga completo sentido) al servicio militar de los jóvenes licenciados".

Las dos medidas tienen como desafortunado denominador común la inesperienza profesional. Las dos medidas condenan a la población rural a ser asistida por médicos recién licenciados o, en el mejor de los casos, por médicos que hayan realizado el "internado" y la "especialización" e inician entonces su camino profesional. En ambos casos, médicos jóvenes a los que se sitúa, aislados, en un medio que no sólo desconocen, sino que, a juzgar por el Informe, no llegarán a conocer. Porque las medidas propuestas califican tácitamente el ejercicio rural como "medicina obligada" -su homologación con el servicio militar es significativa- como un período de transición que es necesario aceptar y sufrir para continuar la carrera, para "alcanzar" la ciudad.

No cabe duda que aun en estas deficientes circunstancias, más vale que los pueblos se encuentren asistidos que, como ahora ocurre, desertados por la medicina. Pero no se trata de ofrecer una lamentable solución de segundo orden, ni mucho menos de formalizarla en un informe que quiere servir de base para reformar la situación actual de la medicina española. Se trata de encontrar una fórmula humana y eficaz partiendo de la realidad más dura: sería ilusorio pensar que la población rural vaya a alcanzar a corto plazo un plano de igualdad con la población urbana en cuanto al acceso a la asistencia se refiere; pero no es una ilusión, sino un deber, el esfuerzo inmediato y continuo por reducir, y en algunos casos anular, los obstáculos que dificultan la accesibilidad asistencial de la población rural. Partir, como hace el Informe, de medidas que establecen unas diferencias ya no de acceso, sino de calidad en los cuidados, y "fijar" esas medidas como régimen, supone institucionalizar, hacer perpetua, una inadmisibile discriminación de esa población. De ningún modo puede aceptarse una estructura de la sanidad rural construída por médicos inexpertos y constreñidos a la fuerza a ejercer su profesión. Tienen que existir otros sistemas más lógicos desde el punto de vista médico y, reiteramos, más humanos.

82. Técnicas auxiliares de la sanidad

Inicialmente se sugiere promocionar la formación de técnico auxiliar de laboratorio, técnico auxiliar de anatomía patológica, personal técnico auxiliar de radiología, técnicos ortopédicos, protésicos dentales y otros.

Suponemos que se trata de crear esta nueva profesión que es, sin duda muy importante. Sin buenos técnicos auxiliares, la sanidad no puede ser ágil ni alcanzar eficacia completa. Pero, por eso mismo, algo más debería decirse. ¿Cuántos conviene que sean? ¿Cuál será su perfil legal? ¿En qué especialidades es necesario o urgente su presencia y, por tanto, a qué formación debería darse preferencia? Dedicar a un grupo profesional un epígrafe del Informe para luego, literalmente, cubrir el tema con cuatro líneas propugnando que se "promocione su formación", es a todas luces insuficiente.

83. Otros profesionales colaboradores

Ingenieros sanitarios.- Es imprescindible contar con la colaboración de este grupo de profesionales. La formación especializada que deben recibir puede llevarse a efecto en régimen de colaboración de la Escuela Nacional de Sanidad y las escuelas especiales afectadas de Ingeniería.

Ingenieros electrónicos.- Son hoy día colaboradores indispensables de los centros asistenciales con base en los hospitales de ámbito regional y proyección profesional a su área geográfica.

Arquitectos sanitarios.- La especialización debe realizarse en los medios docentes de la Sanidad en colaboración con la Escuela de Arquitectura. Su labor deben realizarla conjuntamente con los sanitarios y gerentes y directores de hospitales.

Ingenieros y arquitectos técnicos.- En circunstancias similares a las señaladas para los titulados de grado superior deben realizar previamente a su ingreso en los servicios de la Sanidad un curso de formación.

Asistentes sociales.- Las necesidades de este grupo de personal se estiman en un plazo de diez años como superiores a cinco mil. Sería conveniente considerar la posibilidad de su vinculación interdepartamental.

Psicólogos y sociólogos.- Constituyen el complemento de los grupos profesionales que colaboran activamente con la Sanidad. Los primeros, con una participación en la asistencia y en la rehabilitación, y los segundos, principalmente, en la planificación y programación.

Servicios técnicos de conservación y mantenimiento.- Formarán parte de la plantilla de cada centro sanitario, supeditados en cuanto a su función a las unidades regionales de ingeniería o arquitectura sanitaria. Podrán estar dirigidos por ingenieros técnicos.

El desarrollo de estas distintas unidades dispondrá del número y personal preciso de los distintos oficios en relación con las necesidades concretas de cada uno de los centros y en correlación con su volumen.

La casi totalidad de las profesiones a las que el Informe se refiere en este epígrafe no están calificadas por la O.M.S. como parasanitarias. Ni los ingenieros electrónicos, ni los arquitectos, ni los ingenieros y arquitectos técnicos, ni los sociólogos, ni los asistentes sociales, ni, por supuesto, los grupos de servicios técnicos de conservación y mantenimiento de centros asistenciales, ninguno de estos grupos de profesionales es reconocido por la O.M.S. como parasanitario, según decimos. Es ésta una crítica menor, porque la sanidad española no tiene obligación de ajustarse de un modo estricto a los juicios de la O.M.S., ni tampoco en el Informe se las denomina profesiones parasanitarias, sino colaboradores. Pero para nosotros, situándolos en el contexto sanitario, ambos términos son sinónimos. Lo que importa en este caso es que el criterio seguido por la Comisión Interministerial para seleccionar los "profesionales colaboradores" no se explica en el Informe al Gobierno. Nosotros podríamos citar otras profesiones que colaboran con la sanidad tanto o más que las relacionadas en el Informe; por ejemplo: economistas (punto clave de la sanidad actual es la economía), periodistas (difusión de conocimientos higiénicos), licenciados en derecho (basta recordar el derecho a la salud y sus implicaciones administrativas y legales), etc. ¿Por qué la Comisión elige unas y deja a un lado otras? ¿Qué razones la han movido para no seguir (excepto en dos casos: ingenieros sanitarios y psicólogos) las experimentadas calificaciones de la O.M.S.?

Señalemos también que al estimar la cantidad de asistentes sociales necesarios en diez años no cita el Informe cuáles han sido las variables que se manejaron para obtener la cifra de 5.000. Además, ¿por qué no se han proyectado las necesidades futuras de los restantes profesionales que relaciona en este punto el Informe?

XII. ACTIVIDADES SANITARIAS PRIVADAS

84. Actividades sanitarias privadas

1. La creciente intervención del Estado en materia sanitaria como corriente universal viene justificada plenamente por la necesidad reconocida de garantizar a todos los ciudadanos, sin discriminación alguna, su derecho a la salud. Situación apoyada por el texto fundacional de la Organización Mundial de la Salud y la propia Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944.

No obstante, no puede privarse tanto a los profesionales sanitarios como a la población del ejercicio y utilización libres de la asistencia sanitaria privada.

Ahora bien, dicha forma de asistencia deberá estar sometida a los necesarios condicionamientos y regulaciones por parte de la Administración, directamente o a través de las corporaciones de derecho público.

2. Actualmente en nuestro país las actividades sanitarias privadas se llevan a cabo a través del ejercicio libre de las distintas profesiones sanitarias, las entidades libres de asistencia médico-farmacéutica, clínicas, hospitales y consultorios privados..., etc.

Esta forma de ejercicio profesional que debiera satisfacer por igual la confianza y la libertad del enfermo y la conciencia profesional del sanitario adolece, sin embargo, de ciertos defectos que deben ser paliados o subsanados y que pueden resumirse como sigue:

- El personal sanitario realiza en su gran mayoría un pluriempleo tan significativo que sólo el 7,5 por 100 de los médicos, por poner un ejemplo, ejerce exclusivamente el ejercicio privado, y nada menos el 83 por 100 compatibilizan y simultanean el ejercicio privado con otras modalidades de ejercicio profesional. De esta situación se derivan consecuencias tan diversas y negativas como el bloqueo de puestos de trabajo para los profesionales recién graduados y la insatisfacción de muchos de los profesionales que simultanean varios puestos de trabajo con largos desplazamientos en muchas ocasiones. Por otra parte, esto lleva consigo en ocasiones una falta de dedicación que acarrea para el paciente una demora innecesaria en el establecimiento del diagnóstico e instauración de la terapéutica, creando en el mismo sensación de incertidumbre y desconfianza que le llevan a la pluriutilización de los distintos servicios sanitarios con sobrecarga de los mismos.
- Existe, igualmente, una proliferación de instalaciones médicas privadas muy diversas, centros de rehabilitación, centros de plasmaféresis, clínicas de urgencia, gabinetes radiológicos, consultorios..., etcétera, para los que no existe ninguna normativa ni procedimiento legal de control, pudiendo por ello, en algunos casos, no alcanzar los mínimos deseables en cuanto a instalaciones, personal, seguridad, etcétera.
- Los hospitales del sector privado tienen en su mayoría un número pequeño de camas, con insuficiencia, en algunos casos, de medios técnicos

cos y personal para garantizar una asistencia correcta, por lo cual puede hablarse en este sector de un "minifundismo hospitalario".

Existen en el país 373 entidades de Seguro Libre de Enfermedad, con 209 Delegaciones en lugares geográficos distintos al de la sede central. El número de asegurados es del orden de nueve millones trescientos mil, de los cuales en alguna provincia el 80 por 100 se encuentra incluido también en la Seguridad Social.

El número de puestos de trabajo para médicos es superior a los treinta y cinco mil.

Existen numerosas entidades de muy pequeño contenido económico ya que, en 1973, solamente cinco obtuvieron recaudación superior a los 100.000.000 de pesetas y, en cambio, 220 entidades recaudaron menos de 9.000.000.

La cobertura mínima legal de los servicios, regulada por resolución de la Dirección General de Sanidad de 30 de julio de 1964, es totalmente suficiente en el momento actual.

En consecuencia, de todo lo enunciado se propone lo siguiente:

1º Estudiar racionalmente los puestos de trabajo del sector público para sanitarios y establecer en consecuencia la dedicación necesaria para cada uno de ellos de forma que para cada actividad no se ocupen más profesionales que los estrictamente necesarios.

2º Permitir la libre adscripción del personal sanitario, en cuanto se refiere a sus servicios e instalaciones privadas, a la Seguridad Social, mediante la aceptación de las normas y condiciones exigidas por ésta, que deberá establecer el sistema adecuado de retribución por acto médico.

3º Estudiar y promulgar, oída la Organización Sindical, la normativa adecuada para la apertura y funcionamiento de los centros, servicios e instalaciones sanitarias privadas, cuya inspección será siempre competencia de la Sanidad Pública.

4º Los hospitales privados se incluirán en la Red Nacional de Centros Asistenciales y disfrutarán de los beneficios inherentes a tal inclusión, siempre que reúnan los niveles mínimos requeridos para ello y acepten las normas establecidas al respecto.

5º Establecer la normativa y procedimientos de control y vigilancia de las entidades privadas de asistencia sanitaria, a fin de que por la Administración pueda garantizarse en todo momento la correcta prestación de los servicios, así como la debida remuneración al personal sanitario que los presta.

6º Para los centros, instalación y servicios privados farmacéuticos y veterinarios se promulgarán las normativas adecuadas en su apertura y funcionamiento y se establecerá el procedimiento pertinente de control, vigilancia e inspección.

El tema es tratado de un modo excesivamente sumario. Los problemas de la práctica privada no son comentados en su totalidad ni en toda su gravedad, y la exposición de la situación actual en España, aunque más precisa que la de otros sectores (aquí se citan porcentajes y bastantes cifras), no incluye datos tan fundamentales, aunque difíciles de obtener, como son: número de enfermos a que se asiste anualmente, ingresos médicos (al menos los declarados), ingresos de las sociedades médicas (aunque éstos puedan estimarse por los datos que

en el Informe se dan), valor de las instalaciones y edificios, rentabilidad aproximada, etc. Para el perfil de las actividades sanitarias privadas, es decir, del ejercicio libre y tradicional de la profesión, los datos económicos son indispensables.

Omite también el Informe las no escasas, digamos, "interferencias" de la asistencia privada en la calidad y hasta en la ética del ejercicio profesional en la medicina pública; por ejemplo, enfermos que requieren asistencia inmediata deben someterse a una espera, a veces prolongada, para ser tratados en los centros públicos y de la Seguridad Social, mientras, en ocasiones, los mismos facultativos los atienden sin demora como enfermos privados.

Nada se dice tampoco respecto a las diferencias cuantitativas ni cualitativas entre la asistencia ambulatoria y hospitalaria pública y privada. En este aspecto hay, sin embargo, hechos tan importantes -a los que ya nos hemos referido en comentarios a puntos anteriores- como la carga sobre el sector público de la asistencia onerosa y tecnificada mientras que (salvo excepciones) el sector privado trata enfermos con menores exigencias.

Por lo que se refiere a las propuestas que el Informe hace, coincidimos -siempre bajo el criterio de un control estricto y público- prácticamente con todas, inspiradas por el espíritu "afrancesado" de compatibilizar o integrar la medicina privada con la pública. Tal criterio general puede ser útil, si se logra llevarlo a la práctica. Una de las propuestas, la segunda, constituye, además, un principio de justicia, puesto que significa el acceso a la Seguridad Social, aunque en condiciones especiales, de los muchos médicos que hoy están fuera de ella. Echamos en falta sin embargo una propuesta de control de honorarios de la medicina privada que, en sobradas ocasiones, se elevan a cantidades inadmisibles.

XIII. COMPETENCIA, FUNCIONES Y ESTRUCTURA DEL SECTOR PUBLICO

85. Organización unitaria

Como es bien conocido y queda reflejado en anteriores apartados de este informe, el perfil de la actuación pública en materia de sanidad no coincide con el esquema formal, generalmente anacrónico, resultante de nuestras disposiciones vigentes y, lo que es más importante, es insuficiente o inadecuado en relación con las necesidades actuales.

Están desequilibrados o indebidamente adscritos o fraccionados los medios personales y materiales utilizados. El planteamiento de cualquier esquema de desarrollo resulta así difícil y problemático, con grandes posibilidades de que se produzcan duplicidades innecesarias y vacíos asistenciales.

Por otra parte, si bien es cierto que la sanidad es un sector necesariamente complejo y, por tanto, inevitablemente conectado con un amplio número de centros de decisión públicos y privados, no es menos cierto que se halla excesivamente disperso entre muy diferentes ámbitos de competencia.

La evidencia de todas estas circunstancias ha inducido a la unánime conclusión de que es necesaria la ordenación unitaria del sector sanitario.

Que "el perfil de la actuación pública en materia de sanidad no coincide -como dice el Informe- con el esquema formal... resultante de nuestras disposiciones vigentes", es un hecho ostensible. Pero no porque estén "fraccionados los medios personales y materiales utilizados" ni porque el sector sanitario "se halla excesivamente disperso entre muy diferentes ámbitos de competencia". Estas razones, que el Informe aduce, se fundan en una visión meramente formal, configurada por textos legales, sí, pero no sólo anacrónicos y obsoletos, sino también completamente desvanecidos por falta de medios. Si en los textos legales las competencias sanitarias aparecen fragmentadas y, a veces, duplicadas, la estructura sanitaria real de España presenta una aguda concentración en la Seguridad Social, institución que, a la vez, goza de una autonomía insólita, tanto administrativa como técnica. La Seguridad Social ostenta sanitariamente un poder absoluto y no se comprende cómo el Informe al Gobierno, en lugar de consignar esta circunstancia, cae en el tópico de los "diferentes ámbitos" y de las competencias múltiples. Repetimos que sólo puede hablarse de dispersión sanitaria al nivel de la letra de disposiciones legales, aunque convenga, naturalmente, aclarar administrativamente su situación, bien suprimiéndolas o bien actualizándolas.

No es, por consiguiente, la dispersión el motivo que verdaderamente justifica y exige una ordenación unitaria de la sanidad. Las causas, en nuestra opinión, son, fundamentalmente, dos: en primer lugar, la necesidad de someter el enorme y absoluto poder sanitario de la Seguridad Social al Estado y, en definitiva, al pueblo español (si se ordena unitariamente el sector, la asistencia de la Seguridad Social dejará de ser autónoma y, por tanto, sus proyectos y programas se integrarán en la política sanitaria general); y en segundo lugar, que la ordenación unitaria es premisa ineludible para una coherente política sanitaria y para estructurar una asistencia regionalizada

86. Ley General de Sanidad

Una clara y actualizada definición de las funciones y fines que incumben al sector público en materia de sanidad, su ordenación unitaria y la participación en su cumplimiento de los diversos organismos, corporaciones y entidades públicas y privadas, son materias que deben quedar recogidas en una nueva Ley General de Sanidad.

En principio, se estima que debería comprender las siguientes bases o enígrafes:

- 1º Epidemiología, información y estadísticas sanitarias.
- 2º Luchas sanitarias y promoción y defensa de la salud colectiva.
- 3º Inspección, vigilancia y control sanitario del medio ambiente de los locales, industrias, establecimientos y actividades y de alimentos y otros productos directa o indirectamente relacionados con el consumo humano.
- 4º Control sanitario de cosméticos, productos de uso doméstico, plaguicidas y otros productos que puedan afectar a la salud humana.

5º Ordenación sanitaria de la producción, distribución, prescripción, dispensación, publicidad, promoción comercial y consumo de las especialidades farmacéuticas.

6º Determinación de los precios y márgenes de beneficio en la venta al público de especialidades farmacéuticas. Aportaciones de los beneficiarios y pago por el sistema de Seguridad Social.

7º Control de estupefacientes y psicotropos.

8º Control y registro sanitario de especialidades farmacéuticas de uso veterinario.

9º Homologación y control de medios e instrumentos de uso terapéutico o sanitario.

10 Programas de medicina preventiva, promoción de la salud individual y educación sanitaria de la población, programas sanitarios especiales, preventivo-asistenciales, dirigidos a la maternidad, la infancia, la población escolar, laboral y de la tercera edad.

11 Ordenación de los exámenes de salud y reconocimientos médicos preceptivos.

12 Sanidad militar.

13 Sanidad penitenciaria.

14 Ordenación general de la asistencia sanitaria: general o de familia, especializada, de urgencia, psiquiátrica, hospitalaria (médica y quirúrgica), poshospitalaria, crónica, residencial, balnearia y de rehabilitación.

15 Ordenación de las prestaciones sanitarias directa o indirectamente garantizadas por el sector público y su régimen de prestación:

- Asistencia sanitaria de urgencia.
- Asistencia y hospitalización psiquiátrica.
- Asistencia sanitaria con cargo a fondos de beneficencia.
- Asistencia sanitaria con cargo a fondos de asistencia social.
- Asistencia sanitaria del régimen general y de los regímenes especiales del sistema de seguridad social.
- Asistencia sanitaria y rehabilitación en los supuestos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Asistencia sanitaria en los supuestos de accidentes de tráfico.

16 Ordenación de la asistencia sanitaria privada:

- Honorarios facultativos.
- Precios y tarifas de los centros sanitarios privados.
- Igualatorios.
- Seguro privado de asistencia sanitaria.
- Requisitos y control de las entidades privadas de asistencia sanitaria.

17 Ordenación de los centros y establecimientos sanitarios (hospitales, centros ambulatorios y dispensarios, servicios de ambulancias y transportes sanitarios, bancos de sangre y centros de producción de hemoderivados, laboratorios farmacéuticos y de producción de estupefacientes, almacenes farmacéuticos, oficinas de farmacia y centros de sanidad pública):

- Estudios de necesidades, planificación y programación.
- Autorización, clasificación, catalogación y estadísticas.
- Condiciones mínimas y normas de funcionamiento.
- Régimen de gestión y administración.
- Control, vigilancia e inspección.

18 Ordenación del personal de los servicios sanitarios:

- Estudio de necesidades, definición y homologación de puestos de trabajo.

- Sistema de selección y provisión de puestos de trabajo.
- Régimen de formación, perfeccionamiento y especialización.
- Condiciones de ejercicio y promoción profesional.
- Régimen económico y retributivo.
- Incompatibilidades, control y régimen disciplinario.

19 Régimen de financiación y análisis y control de costos y rendimientos de los servicios sanitarios.

Es, desde luego, elemental e inexcusable que la Reforma sea presidida y autorizada por normas legales de alto rango, pero precisamente por eso, las disposiciones que se dicten -la Ley General de Sanidad que el informe prevé- deberían ser la consecuencia de estudios previos, reflexiones, discusiones y hasta, en algunos casos, experiencias piloto de carácter socio-sanitario. Sólo así la anunciada Ley General de Sanidad no se limitará a formalizar la Reforma, sino que será el instrumento que posibilite su cristalización real.

Sin embargo, en el Informe ya se enuncian "en principio" (frase cautelosa, pero que no modifica la ligereza de anticipar criterios) las bases fundamentales que esa posible Ley General de Sanidad podría comprender, con lo cual se prefigura, y en cierto modo se condiciona la Reforma.

Al menos, se sugiere al Gobierno una estructura real que únicamente los hechos deben fijar.

Entre las bases que se anticipan faltan, pensamos, muchas primordiales (nada se dice, por ejemplo, de la participación de la comunidad en las decisiones sanitarias, ni de la necesidad de modificar la actual situación de monopolio médico -patógena por sí misma- ni de la trascendencia de la evaluación de los actos médicos, etc., y las que se citan parecen informadas por un pensamiento anticuado, de ningún modo reformador, por ejemplo: se mantienen situaciones tan anacrónicas e injustas -aparte de contradictorias con las manifestaciones de los propósitos unificadores del Informe- como son los distintos regímenes dentro del sistema de la Seguridad Social (régimen general, regímenes especiales).

En su mayor parte, las bases de la nueva ley que se anticipan en el Informe, no son otra cosa que un simple reflejo de la situación actual. Muchas de ellas aparecían ya en la Ley de Bases de Sanidad de 25 de noviembre de 1944.

87. Reforma administrativa

La reforma administrativa en materia de sanidad es necesaria porque:

a) Incluso con la actual estructura hay ya una amplia relación de cuestiones que reclaman una inmediata revisión o actualización administrativa. Tal es el caso de los registros sanitarios, el personal de la sanidad pública, la inspección sanitaria, la catalogación de establecimientos, la formación y especialización de personal sanitario, los servicios de urgencia, la asistencia extrahospitalaria, etc.

b) La reforma administrativa es requisito previo y condición necesaria para la puesta en marcha y adecuado desarrollo de la reforma sanitaria.

"El hecho mismo de que haya sido necesario crear esta Comisión Intermi-
nisterial de alguna manera viene a significar que ninguno de los organis-
mos existentes, ni siquiera a nivel consultivo, cuenta con la suficiente
competencia administrativa y capacidad técnica para emprender, impulsar y
desarrollar con eficacia la reforma sanitaria que el país exige".

c) La reforma sanitaria va, a su vez, a determinar cambios importantes
en la estructura, organización, personal y régimen de funcionamiento de
los servicios actualmente existentes.

En consecuencia, se sugiere:

1º Adoptar las medidas necesarias y crear los órganos y servicios pre-
cisos para la puesta en marcha y eficaz desarrollo de la reforma sanita-
ria.

2º Realizar las reformas que se han indicado en los diferentes aparta-
dos de este informe, entre las que debe destacarse la unificación progres-
siva de centros y servicios asistenciales del sector público.

3º Establecer una común dependencia administrativa de todo el sector
sanitario, evitando que continúe disperso o indebidamente subordinado a
otras funciones o servicios.

Finalmente, debe considerarse la conveniencia de crear un nuevo cuerpo
nacional de sanidad que integre a los facultativos -médicos, farmacéuticos
y veterinarios- con funciones técnicas relacionadas con la sanidad pública
y la administración sanitaria, desde la jefatura comarcal de sanidad has-
ta la dirección de centros y establecimientos del sector público y el desem-
peño de las funciones técnicas de mayor responsabilidad en los servicios
centrales.

No discutimos la necesidad de una reforma administrativa, que el In-
forme considera perentoria. Las razones que expone nos parecen ló-
gicas. Sostiene que existen "cuestiones que reclaman ya una revi-
sión o actualización administrativa" y ello es evidente, como lo
es que la puesta en marcha de la Reforma Sanitaria requiere previas
modificaciones administrativas, puesto que va a determinar cambios
importantes en la estructura, organización, personal, etc.
Pero, dejando aparte el hecho de que nuevamente aparece como leiv
motif el profesionalismo -"un nuevo cuerpo nacional de Sanidad,
etc."-, encontramos un criterio erróneo: estima el Informe que el
hecho mismo de que haya sido necesario crear esta Comisión Intermi-
nisterial, de alguna manera viene a significar que ninguno de los
organismos existentes, ni siquiera a nivel consultivo, cuenta con
la suficiente competencia administrativa y capacidad técnica para
emprender, impulsar y desarrollar con eficacia la reforma sanitaria
que el país exige". Nosotros creemos que esto no es así. Que la Se-
guridad Social no cuente con la suficiente competencia administrati-
va es dudoso (habría que estudiar, en todo caso, si en realidad se
da o no dicha insuficiencia), pero es seguro que tiene la necesaria
capacidad técnica y bastantes recursos para modificar la sanidad
del país. En definitiva, esto es lo que ha hecho en los últimos
años, aunque no siempre lo haya hecho bien. La necesidad de la Re-
forma Sanitaria e incluso de la Reforma Administrativa han sido
determinadas por la enorme capacidad de acción real que la Seguri-
dad Social posee en el campo de la sanidad, o, mejor dicho, porque
sólo la Seguridad Social tiene capacidad de acción.

XIV. COSTE Y FINANCIACION DE LA SANIDAD

88. Economía del sector sanitario

El gasto total en Sanidad para 1975 se estima en una cifra superior a los 200.000 millones de pesetas. En general, los "costos" se identifican con los "gastos" e incluso con las cifras consignadas para cubrir las atenciones sanitarias.

La multiplicidad de fuentes de financiación (Presupuestos Generales del Estado, Organismos Autónomos, Seguridad Social, Haciendas Locales y Entidades privadas), la dispersión de conceptos en cada una de ellas, su confusión con otras finalidades sociales y su solapamiento y duplicidad hacen muy difícil sacar conclusiones válidas y significativas.

La consideración casi exclusivamente técnico-sanitaria y facultativo-profesional ha determinado que la capacidad de gestión administrativa de desarrollo de nuevos servicios y de información estadística y económica solamente exista, con niveles apreciables, en los ámbitos de la Administración Local y de la Seguridad Social.

Se estima que el sector sanitario, en su conjunto y en sus principales magnitudes, debe ser objeto de un estudio económico, con análisis de sus costos reales y sistemas de financiación.

No obstante, se pueden avanzar los siguientes criterios:

1º Los Presupuestos Generales del Estado deben incluir los créditos correspondientes a las siguientes atenciones: funciones de planificación, ordenación, coordinación y control, administración general sanitaria y subvenciones determinantes de la política sanitaria (incluido el costo de la asistencia sanitaria benéfica).

2º El Instituto Nacional de Sanidad, como organismo autónomo del Estado, debe financiarse con la subvención de los presupuestos Generales del Estado y sus ingresos por tasas y prestación de servicios.

3º La prestación de la asistencia sanitaria del sector público debe venir financiada por:

- La subvención de los Presupuestos Generales del Estado para cubrir la asistencia benéfica, costos de enseñanza e investigación, etc.
- La subvención para nuevas inversiones.
- Los fondos propios de la Seguridad Social.
- El apoyo y colaboración de las Corporaciones Locales.
- El pago, cuando proceda, efectuado directamente por los particulares.

Concluido el presente informe, la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria considera oportuno destacar la necesidad de que se realicen estudios adicionales, como se ha indicado en el párrafo último del apartado tres, así como que se concreten los aspectos de organización y financiación, en base a las orientaciones o directrices que el Gobierno estime correctas de acuerdo con el contenido del presente informe.

Ni se dicen las partidas que constituyen el total de los gastos estimados para 1975, ni se indica el nivel de aumento anual en los costes sanitarios durante, al menos, el último quinquenio, ni se especifican las cantidades que se han destinado a cada una de las principales funciones sanitarias como la prevención, la asistencia, la información pública (educación sanitaria), la investigación médica, etc. Menos todavía se hacen cálculos prospectivos; el futuro económico de la sanidad es eludido en el Informe, con lo cual se omite también -nada menos- cualquier estimación sobre si la Reforma es o no realizable. Sin conocer los gastos que la Reforma supondrá y el "precio" anual de la futura "sanidad reformada", es absolutamente imposible decidir si la Reforma puede llevarse a cabo o no. El sistema más primario al formular un proyecto exige que éste sea acompañado de un presupuesto. El Informe al Gobierno, sin embargo, propone una sanidad que pretende ser nueva, sin mencionar para nada sus costes. ¿Cómo puede saberse si el país podrá financiar lo que el Informe propone, al margen ya de que la propuesta sea o no la conveniente? Y no solo eso. El Informe, sin cálculos, ni estimaciones, ni cifra alguna en qué basarse, se atreve a anticipar criterios de financiación, sin advertir que los modos de financiación jamás son inocuos, sino que, muy por el contrario, presuponen compromisos políticos y sociales de gran alcance en sus consecuencias. Por ejemplo: las cuotas de la Seguridad Social disminuyen el sentido de responsabilidad de la población asegurada y el personal sanitario, a la vez que permiten a los organismos que recaudan y distribuyen los recursos, que puedan destinar éstos buscando un interés político, tanto o más que cumplir objetivos auténticamente sanitarios. De ahí que la financiación por la Seguridad Social exija el control por el pueblo de los medios de financiación, de sus cuentas, y la fijación de los fines a realizar (programas y presupuestos) (92).

El último capítulo del Informe es de todo punto rechazable. No puede admitirse que uno de los temas fundamentales de la asistencia sanitaria, como es el económico, que tan graves preocupaciones provoca en todo el mundo, se resuelva en el Informe por el fácil expediente de unos párrafos equivocados y el recurso final a sugerir que se hagan "estudios adicionales". La viabilidad de la Reforma depende de los recursos financieros; si éstos no se han considerado antes de informar al Gobierno, ¿qué trabajos "adicionales" pueden hacerse, una vez presentado el Informe?

(92) Ver *Financement de la santé et retribution du personnel*, Dres. H. Van Balen, J. Meesters y M. Goldstein.- "La revue Nouvelle", octubre 1971, Bruselas.

CRITICA AL "ACUERDO SOBRE PUESTA EN MARCHA,
DESARROLLO Y APLICACION DE LA REFORMA SANITARIA"

Los Ministerios de Gobernación y Trabajo distribuyeron en el pasado mes de noviembre de 1975 un texto bajo la denominación de "Acuerdo sobre la puesta en marcha, desarrollo y aplicación de la Reforma Sanitaria" que comprende doce directrices que tratan de condensar lo expuesto en el Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial. En consecuencia, nuestra crítica al Informe no sólo es aplicable perfectamente al citado "Acuerdo", sino que lo incluye. Sin embargo, el carácter ejecutivo de este documento (1) le concede en algunos aspectos de su exposición un particular acento y una actitud que requieren por nuestra parte críticas específicas.

El Consejo de Ministros, en su reunión del día 6 de diciembre de 1974, examinó los informes de los titulares de Gobernación y de Trabajo y estimó conveniente la creación de una comisión interministerial que, en el plazo de seis meses, formulara al Gobierno las propuestas oportunas sobre las directrices, normativa, desarrollo y aplicación de la reforma sanitaria.

• En el plazo previsto, la comisión elaboró y presentó el informe al Gobierno sobre la reforma sanitaria, en el que se contiene un análisis crítico y una enumeración de los principales puntos o temas sobre los que debe operar la reforma sanitaria.

Al propio tiempo se indica que dicha reforma exige trabajos y estudios adicionales, la elaboración de una normativa, la modificación de estructuras y organizaciones y una continuada labor de intercambio de opiniones, criterios y puntos de vista, así como que se concreten los aspectos de organización y financiación, en base a las orientaciones y directrices que el Gobierno estime correctas.

• El Gobierno ha examinado con atención el citado informe y, de acuerdo con el mismo, considera necesaria la puesta en marcha de la reforma sanitaria, a través de la cual y de las correspondientes y sucesivas medidas y disposiciones, quede reestructurado el sector sanitario y recogida su nueva organización y régimen de funcionamiento en una ley General de Sanidad.

En su virtud, a propuesta conjunta de los vicepresidentes primero y tercero del Gobierno, titulares de los departamentos de Gobernación y de Trabajo, el Consejo de Ministros ha tenido a bien acordar:

1. Dar la conformidad inicial al contenido del informe sobre la reforma sanitaria, sin perjuicio de que, en el desarrollo de ésta, se tengan en consideración las observaciones o sugerencias de los diferentes departamentos, entidades u organismos.

(1) Fue aprobado en Consejo de Ministros celebrado el 7 de noviembre de 1975.

2. Poner en marcha la reforma sanitaria, teniendo en cuenta las orientaciones y sugerencias del citado informe y, concretamente, las directrices que se señalan en el presente acuerdo.

3. La comisión interministerial creada por orden de la Presidencia del Gobierno de 26 de diciembre de 1974 ("B. O. E. del 28), continuará sus funciones como órgano consultivo y asesor, en cuanto se refiere a la puesta en marcha, desarrollo y aplicación de la reforma sanitaria.

Las Direcciones Generales de Sanidad y de Seguridad Social, en contacto con las unidades, centros directivos, entidades u organismos que en cada caso proceda adoptarán o propondrán las medidas necesarias para la puesta en marcha, aplicación y desarrollo de la reforma sanitaria, dando cuenta de todo ello a la comisión interministerial.

La secretaría de dicha comisión actuará en estrecho contacto con ambas Direcciones Generales y se constituirá como órgano de trabajo o estudio, con las colaboraciones que en cada caso sean precisas.

DIRECTRIZ 1.

La unificación del sector sanitario constituye la directriz básica de la reforma sanitaria, cuya consecución se llevará a cabo en forma progresiva, siguiendo las demás directrices que a continuación se señalan.

Del mismo modo que en el Informe, no se especifican en el Acuerdo las razones auténticas que obligan a la unificación. Además, la lectura del texto completo del Acuerdo revela que el concepto de unificación es entendido de un modo tan particular y equívoco que en la práctica desaparece.

DIRECTRIZ 2.

La ordenación y planificación general de todos los servicios y actividades sanitarias se llevará a cabo en forma unitaria y por un solo organismo, al que, además, corresponderá:

2.1.1. El estudio y conocimiento de las necesidades de personal y medios materiales de los servicios sanitarios.

2.1.2. El mantenimiento y actualización periódica de un catálogo y registro nacional de centros y establecimientos sanitarios públicos y privados, que incluirán, con arreglo a sus diferentes características, los hospitales y centros sanitarios asistenciales, los centros técnicos de sanidad, los de enseñanza, formación e investigación sanitarias, y los laboratorios, almacenes, centros y oficinas de farmacia.

2.1.3. La elaboración del esquema nacional de necesidades de instalaciones sanitarias, con base en el modelo correspondiente a cada provincia, que recogerá, con arreglo a una terminología uniforme, los niveles mínimos prioritarios y máximos correspondientes a los diferentes tipos de hospita

les y centros o servicios sanitarios, incluidos los transportes sanitarios, servicios de urgencia y bancos de sangre. Dada la previsible dificultad inicial, la primera elaboración del esquema nacional y de los modelos provinciales tendrá carácter meramente indicativo. En lo sucesivo, la construcción de nuevas instalaciones o la creación de nuevos establecimientos sanitarios públicos o privados, e inexcusablemente toda inversión pública con dicha finalidad, deberán ajustarse a las previsiones del citado esquema de necesidades o de sus periódicas modificaciones.

2.2. La Dirección General de Sanidad asumirá dichas funciones en contacto con los demás departamentos, entidades u organismos. Dada la indispensable y decisiva colaboración del organismo gestor de la asistencia sanitaria, para el eficaz desarrollo y coherencia de tales funciones, se establecerá un órgano común de planificación y programación sanitarias.

La Dirección General de Sanidad -aun con la obligación de contacto con otros organismos- personifica, según evidencia el texto del Acuerdo, la "directriz básica" que es la unificación. Sin embargo, poco después el párrafo 2.2 crea un "órgano común de planificación y programación sanitarias" (el subrayado es nuestro) entre la Dirección General de Sanidad y el Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria. Este Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria "se integrará en la actual estructura asistencial del Instituto Nacional de Previsión". Es, pues, un sinónimo eufemístico de lo que hoy denominamos Seguridad Social. La composición del citado organismo no se determina en el acuerdo. Se dice únicamente que en su órgano de gobierno "se incluirá un representante de cada una de las Direcciones Generales de Sanidad y Administración Local". ¿Cuántos serán los representantes de la Seguridad Social? ¿Cómo se articula esa representación?

Como se ve, el Acuerdo califica a la Dirección General de Sanidad de único ordenador y planificador de "todos los servicios y actividades y, por tanto, de único responsable, y a renglón seguido somete, paradójicamente, a la Dirección General de Sanidad a la coordinación de sus proyectos con los del Organismo Gestor dentro de un "órgano común". En el mejor de los casos, la unificación se reduce a una coordinación. Ahora bien, proclamar la unificación solemnemente como primera y básica de las directrices de la Reforma, para luego limitarla a coordinaciones -difíciles de estructurar en teoría y siempre problemáticas en la práctica- es una simple falacia. ¿Quién elaborará, en definitiva, la política sanitaria española? ¿De dónde provendrán los recursos para la Reforma y para ejecutar las políticas sanitarias que anualmente (o con periodicidad que oportunamente se establezca) deben fijarse? Son éstas preguntas fundamentales a las que el texto del "Acuerdo" no contesta. Puede suponerse -por lo expuesto en párrafos posteriores que más adelante comentaremos- que la Seguridad Social continuará siendo la fuente de financiación fundamental y cabe, en consecuencia, estimar que el Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria (Seguridad Social) dominará de hecho el "órgano común". Los actuales campo de acción de la Dirección General de Sanidad -prevención- y de la Seguridad Social -asistencia- van a permanecer inalterados o, quizá, van a alterarse en beneficio de la segunda. No se advierte que vaya a ser moderado el poder sanitario absoluto que, desde hace años, detenta en España la Seguridad Social. Todo hace pensar que, en

realidad, la Reforma no pasará de una simple acción sustitutiva de la actual maraña de textos legales (en su casi totalidad, como señalamos al comentar el punto 85 del Informe, jubilados y completamente desvanecidos) por otros que copien la realidad, es decir, que adapten la letra a los hechos sanitarios que se han producido en los últimos años. Lo cual resultaría a la postre todo lo contrario a introducir reformas e incluso simples modificaciones: sería perpetuar institucionalizadas -y por ello, inevitablemente agravadas- las deficiencias existentes.

DIRECTRIZ 3.

Las funciones de sanidad pública y defensa de la salud colectiva estarán a cargo de la Dirección General de Sanidad y de los centros y servicios de ella dependientes.

Se articulará el funcionamiento de la Red Nacional de Centros Técnicos de Sanidad Pública, que, en principio, comprenderá el Instituto Nacional de Sanidad, los laboratorios de las jefaturas provinciales de Sanidad y los institutos o laboratorios municipales de higiene, los cuales se integrarán en los anteriores. Sin perjuicio de su misión específica, los institutos y centros de higiene y seguridad en el trabajo colaborarán activamente al cumplimiento de los fines de la sanidad pública.

Las funciones de sanidad preventiva, promoción de la salud individual y educación sanitaria de la población se llevarán a cabo por los establecimientos, servicios y personal de asistencia sanitaria, que cumplirán las directrices o instrucciones que señale la Dirección General de Sanidad. Todo ello, con independencia de las actuaciones especiales que este centro directivo estime pertinente realizar.

Se establecerán centros o jefaturas comarcales con funciones exclusivas de sanidad pública, cuando resulten indispensables, por razón de las cifras de población y de los servicios a realizar.

El control, vigilancia e inspección sanitaria de actividades, instalaciones, servicios locales y productos se llevará a cabo por la Dirección General de Sanidad, y se regulará con una clara delimitación de las funciones que, en su caso, incumban a las autoridades locales, principalmente en las grandes ciudades, y una referencia específica a la coordinación con los servicios de inspección técnicos de otros departamentos u organismos.

Tal como se observa, el campo de acción de la citada Dirección General de Sanidad está claramente demarcado: la medicina preventiva. Dentro de él, unas funciones (sanidad pública y defensa de la salud colectiva) las ejercerá con medios y personal propios, y otras (sanidad preventiva, promoción de la salud individual y educación sanitaria de la población) con "servicios y personal de asistencia sanitaria", es decir, del Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria, sinónimo de la Seguridad Social. Dicho de otro modo: para los trabajos de infraestructura sanitaria, la Dirección General de Sanidad

contará con medios propios; para la medicina preventiva, deberá utilizar los ajenos.

En consecuencia, la Dirección General de Sanidad no podrá ordenar directamente -aun estando facultada para ello- sin tener presente la labor que en aquel momento el Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria tenga encomendada a los médicos, que son suyos. De otro modo, correría el riesgo de que sus instrucciones produjeran confusión o no fueran atendidas. Por consiguiente, dichas instrucciones sobre medicina preventiva deben, previamente, ser conocidas, cuando menos por el "órgano común" de coordinación. Lo que supone que el Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria (Seguridad Social), integrante del citado órgano común, va a intervenir en alguna medida también en la prevención sanitaria. Es más, si los medios y el personal son los pertenecientes al Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria ¿qué razones autorizan a que las normas de acción provengan de una entidad distinta, como es la Dirección General de Sanidad? En realidad, el Organismo Gestor (Seguridad Social) hace a la Dirección General de Sanidad la "concesión" de permitirle dirigir la medicina preventiva, concesión que, naturalmente, el Organismo Gestor puede obstaculizar con facilidad y absorber cuando lo desee. (En el párrafo del "Acuerdo" que se analiza, subyace, a nuestro juicio, un objetivo: transformar en el futuro la Seguridad Social en Ministerio de Sanidad. ¿Consistirá quizá en esto toda la Reforma?).

DIRECTRIZ 4.

La asistencia sanitaria del sector público se llevará a cabo en forma unitaria y por un solo organismo del sistema de Seguridad Social, con base en la actual estructura asistencial del Instituto Nacional de Previsión, y en el que progresivamente se irán integrando los siguientes centros y establecimientos:

- 4.1. Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios del sistema de Seguridad Social.
- 4.2. Los hospitales y centros sanitarios asistenciales de la administración institucional de la sanidad nacional.
- 4.3. Los hospitales clínicos o universitarios, siempre sin perjuicio de sus peculiares características académicas, formativas y de investigación.
- 4.4. Y los hospitales y centros sanitarios asistenciales de las corporaciones locales.

Hasta tanto se produzca la efectiva integración, podrán actualizarse o establecerse convenios asistenciales entre las diversas entidades.

Los centros y establecimientos sanitarios privados sin ánimo de lucro podrán ser incorporados al cumplimiento de los fines asistenciales que incumben al sector público, siempre que reúnan los requisitos y niveles que se señalen y se sometan al mismo régimen de organización y funcionamiento.

Los establecimientos privados con ánimo de lucro podrán participar al cumplimiento de dichos fines, a través de los convenios que establezcan con el organismo gestor.

A "un sólo organismo del sistema de Seguridad Social con base en la actual estructura asistencial del Instituto Nacional de Previsión" se le asigna la asistencia sanitaria del sector público. En ese Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria se integrarán los centros y establecimientos de la Seguridad Social, los de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, los hospitales clínicos universitarios y los hospitales y centros sanitarios de las corporaciones locales. También podrán ser incorporados "los centros y establecimientos privados sin ánimo de lucro", (suponemos que los de la Cruz Roja y órdenes religiosas) y "los establecimientos privados con ánimo de lucro". En definitiva: todos. La situación actual de la Seguridad Social (que, a través de ciertos dirige de hecho desde hace años la mayor parte de la red de hospitales españoles) quedará de esta manera reconocida, legalizada y por tanto indiscutida. Pero no reformada. Nada cambia. Todo se consolida tal y como estaba.

DIRECTRIZ 5.

El organismo citado prestará, a través de sus centros, servicios y establecimientos, propios o concertados, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de la asistencia social y de la beneficencia, organizará y mantendrá los servicios de urgencia y, en general, cualesquiera otras actividades de asistencia sanitaria que incumban al sector público.

Las corporaciones locales satisfarán al organismo gestor la parte correspondiente al epígrafe "asistencia sanitaria por enfermedad común y accidente no laboral", de las cuotas de la Seguridad Social, sobre el nivel inferior de las bases de cotización, por cada una de las personas o familias acogidas al concepto legal de beneficencia e inscritas reglamentariamente en los padrones correspondientes.

En el órgano de gobierno central del organismo gestor de la asistencia sanitaria se incluirá un representante de cada una de las Direcciones Generales de Sanidad y de Administración Local. En los órganos provinciales de gobierno de dicho organismo figurarán el presidente de la Diputación Provincial y el jefe provincial de Sanidad.

Corresponderá al organismo gestor de la asistencia sanitaria la elaboración y realización de su propio plan de inversiones en instalaciones sanitarias, ajustándose a lo previsto en el número 4.1.3.

Además de reafirmar, de derecho, la amplitud del campo en el que ya de hecho ejerce su poder absoluto la Seguridad Social, e incluso facultarla para extenderlo aún más (el Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria presentará "la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de la asistencia social y de la beneficencia, organizará y mantendrá los servicios de urgencia y cualesquiera otras actividades sanitarias que incumban al sector público" -el subrayado es nuestro-), introduce, a través del último párrafo

de esta quinta directriz, una contradicción tácita o al menos una confusión operativa en un punto tan importante como es la financiación del desarrollo asistencial. El párrafo dice textualmente: "Corresponderá al Organismo Sector de la Asistencia Sanitaria la elaboración y realización de su propio plan de inversiones en instalaciones sanitarias, ajustándose a lo previsto en el número 2.1.3 (los subrayados son nuestros). El epígrafe que se cita, el número 2.1.3, se refiere a la "elaboración del esquema nacional de necesidades sanitarias, con base en el modelo correspondiente a cada provincia" que, en principio, "tendrá carácter indicativo", pero al que "en lo sucesivo" (no está claro si esta frase quiere decir a partir de la fecha del Acuerdo o a partir de la elaboración del esquema nacional definitivo) deberá inexcusablemente ajustarse "toda inversión pública" para la construcción de nuevas instalaciones sanitarias.

Así pues, el Acuerdo estipula, por una parte, la obligación inexcusable de atenerse a un "esquema nacional de necesidades sanitarias" y, por otra, consigna que corresponde al Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria (Seguridad Social) elaborar y realizar su propio plan de inversiones, aunque "ateniéndose" a la obligación anterior. ¿Cómo pueden armonizarse estas dos disposiciones, una general y otra particular?. Naturalmente, sólo cabe que la segunda se subordine a la primera, el "plan propio" del Organismo Gestor al "esquema nacional" y así lo admitimos. Pero, entonces, ¿hay que entender que se concede competencia al Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria para "seleccionar" sus nuevas construcciones dentro del esquema nacional? Y si es así ¿quiere decirse que las necesidades sanitarias se incluyen en el esquema nacional sin establecer un orden de prioridades? ¿Puede concebirse un esquema que no especifique claramente, y sobre todo, la mayor o menor urgencia de las necesidades? Todo esto es para nosotros muy confuso. Sin embargo, nos parece evidente que, en cualquier caso, se concede al Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria (Seguridad Social) una capacidad de decisión interna y una autonomía que chocan con el concepto superior de planificación sanitaria. Una vez que se ha dispuesto la elaboración de un "esquema nacional de necesidades sanitarias", fijando las correspondientes prioridades, (y una vez que se ha sometido, naturalmente a la aprobación y control de los representantes del pueblo español), al Organismo Gestor le corresponderá únicamente construir, en la medida de sus recursos, según lo programado. Está de más cualquier "plan propio". Por eso, preguntamos de nuevo ¿qué significa realmente el párrafo anteriormente reproducido de la directriz 5 del Acuerdo?

DIRECTRIZ 6.

La asistencia y hospitalización psiquiátrica, incluidas la prevención de las enfermedades psiquiátricas y la promoción de la salud mental, deberá ser objeto de un programa especial y prioritario para su desarrollo, con los siguientes objetivos:

6.1. Formación de personal auxiliar y no titulado de asistencia psiquiátrica.

6.2. Incentivos para una más equilibrada distribución geográfica de los médicos psiquiatras.

6.3. Fomento de la participación y colaboración, en este campo, de los médicos de familia y hospitales generales.

6.4. Progresiva creación de centros extrahospitalarios de asistencia psiquiátrica.

6.5. Y transformación y modernización de los hospitales psiquiátricos.

Previo el establecimiento de un sistema especial de financiación, la asistencia y hospitalización psiquiátrica quedará incluida como prestación del sistema de Seguridad Social, en cuyo momento se llevará a cabo la integración progresiva en el organismo gestor de la asistencia sanitaria de los hospitales de asistencia psiquiátrica y centros de salud mental del sector público. Antes del 31 de diciembre de 1976 deberá acordarse dicho sistema especial de financiación y su régimen de aplicación.

Se repite abreviado, en esta directriz del Acuerdo, lo expuesto de modo más amplio en el "punto 30", Asistencia psiquiátrica" del Informe al Gobierno. Nos remitimos, pues, a nuestros comentarios al citado punto 30.

De todos modos, un aspecto quisiéramos resaltar aquí: el Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria (insistimos: Seguridad Social), "integrará la asistencia y hospitalización psiquiátrica, incluidas la prevención de las enfermedades psiquiátricas y la promoción de la salud mental". El Acuerdo recoge el criterio anticipado en el citado punto 30 del Informe al Gobierno: "La prevención de las enfermedades psiquiátricas y la promoción de la salud mental no son separables de la función asistencial". Así es. Pero también es así respecto a las restantes entidades patológicas. ¿Por qué en las enfermedades "psiquiátricas" es el propio Organismo Gestor quien dirige la medicina preventiva sin ninguna intervención de la Dirección General de Sanidad? No encontramos razones válidas para esta excepción, que es una incoherencia dentro del ya de por sí incoherente sistema de distribución de los campos de actuación. ¿Podrían estar los motivos en ese "sistema especial de financiación" que se establecerá como previo requisito a la inclusión de la asistencia y prevención psiquiátricas en la Seguridad Social, financiación que por sí misma, constituye otra incongruencia inadmisibile en este punto? El Acuerdo no explica el por qué de la excepción que se hace con la medicina preventiva psiquiátrica ni el por qué del sistema especial de financiación. En cualquier caso, y aunque la deducción sea irrelevante, el primero de los hechos confirma nuestro supuesto de que asignar la medicina preventiva, en general, a la Dirección General de Sanidad es una "concesión" de la Seguridad Social.

DIRECTRIZ 7.

Los hospitales constituirán el núcleo central de la estructura asistencial del sector público y a los mismos quedarán vinculados los demás centros y servicios asistenciales, siguiendo criterios técnicos de jerarquización. Dichos centros y establecimientos estarán abiertos a toda la población, facilitándose la libertad de elección de los servicios asistenciales del sector público, sin más limitaciones que las que obedezcan a razones técnicas o de organización sanitaria.

La asistencia privada en hospitales o centros sanitarios públicos que no sea debida a razones de necesidad o de urgencia, o se halle previamente concertada, quedará subordinada al cumplimiento prioritario de las prestaciones a que se refiere el apartado 5. En cualquier caso, todos los ingresos derivados de dicha asistencia privada corresponderán exclusivamente al organismo gestor.

Nos remitimos también a nuestros comentarios al capítulo "Centros y Establecimientos Sanitarios" del Informe al Gobierno,

Añadimos aquí dos observaciones y algunos interrogantes. La primera es que el acuerdo no se refiere para nada en absoluto a la regionalización, ausencia significativa en un documento de carácter ya ejecutivo. Bien podría colegirse que la estructura hospitalaria se prevé centralizada y regida por normas nacionales idénticas y minuciosas. El Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria (Seguridad Social) no parece que vaya a admitir autonomías, ni siquiera relativas.

La segunda es que el Acuerdo acepta la asistencia privada en hospitales o centros sanitarios públicos "cuando se halle previamente concertada", manteniendo así, más o menos, la contradictoria situación actual, en la que hospitales de la Seguridad Social o de entidades oficiales dedican magníficos espacios a enfermos "de pago", que, por supuesto, reciben un trato humano distinto y mejor que los pacientes de la propia Seguridad Social, que no son considerados tales.

Los interrogantes surgen ante la declaración de que se facilitará la libertad de elección de los servicios asistenciales. ¿Qué amplitud tendrá esa libertad de elección? ¿Cuáles pueden ser las "razones técnicas o de organización sanitaria" -términos demasiado ambiguos- que pueden limitar esa libertad de elección?

DIRECTRIZ 8.

En materia de ordenación farmacéutica se adoptarán, entre otras, las siguientes medidas:

8.1. Intensificar la producción de materias primas en territorio nacional, incluido el particular campo de la producción de estupefacientes.

8.2. Limitar y contingentar las autorizaciones y nuevos registros de especialidades farmacéuticas, a propuesta de la propia industria farmacéutica y, en su defecto, por la Administración. En todo caso, las autorizaciones y nuevos registros serán publicados en el "Boletín Oficial del Estado".

8.3. Racionalizar y planificar la oferta farmacéutica mediante el concierto de grandes producciones y la autorización para elaboraciones simultáneas o compartidas por varios laboratorios.

8.4. Prohibir la entrega y circulación de muestras gratuitas de especialidades farmacéuticas que no supongan una efectiva novedad terapéutica.

8.5. Restringir y normalizar la promoción comercial de las especialidades farmacéuticas.

8.6. Someter a estricto control las aportaciones de los laboratorios farmacéuticos para reuniones, congresos, premios o actividades similares.

8.7. Fijar el precio de las especialidades farmacéuticas de acuerdo con el costo real de su producción y distribución.

8.8. Modificar el régimen de autorización y apertura de oficinas de farmacia, para lo que se tendrá en cuenta las cifras de población, consumo farmacéutico y el mejor servicio al público.

8.9. Y regular el ejercicio profesional del farmacéutico con oficina de farmacia abierta al público, señalando sus derechos, obligaciones, honorarios, régimen retributivo, responsabilidad e incompatibilidades.

Se refiere a la ordenación farmacéutica y comprende nueve medidas que reiteran esquemáticamente casi todo lo expuesto "in extenso" de los 23 puntos que el Informe al Gobierno dedica al tema. No tenemos nada que añadir a los comentarios que hacíamos, asimismo "in extenso", a cada uno de los citados 23 puntos del Informe.

DIRECTRIZ 9.

La formación, perfeccionamiento y especialización del personal de los servicios sanitarios es requisito indispensable para el racional desarrollo de la Sanidad. Entre otras medidas, se adoptarán las siguientes:

9.1. Se establecerá una nueva y completa regulación del régimen de formación, perfeccionamiento y especialización de los médicos, en la que se contemplen los requisitos académicos y titulaciones generales y especializadas, el régimen de formación práctica y progresiva adquisición de experiencia profesional y los derechos, obligaciones e incompatibilidades durante el período formativo.

9.2. Se promoverá la urgente creación de nuevas escuelas de AFS. Los trámites de creación de tales escuelas serán declarados de urgencia.

9.3. Se establecerá una nueva regulación de dichos profesionales sanitarios normalizando los requisitos y condiciones de ingreso, niveles formativos, condiciones de ejercicio, colegiación profesional, promoción, especialización y titulaciones homologables internacionalmente. Se suprimirá el internado obligatorio en el período formativo, se facilitará el

ejercicio parcial, a media jornada, de la mujer casada y, en general, se equipararán las condiciones laborales de la mujer a las del varón.

9.4. Y se fomentará la formación y promoción profesional del personal no facultativo de los servicios sanitarios.

Declara que la "formación, el perfeccionamiento y la especialización del personal de los servicios sanitarios es requisito indispensable para el racional desarrollo de la sanidad". Pero la amplia dimensión del concepto de personal sanitario se reduce en esta directriz a dos profesiones: una, la médica, a la que -en forma muy sintética y difícilmente comprensible- el Acuerdo anuncia "una nueva y completa regulación" de la formación, perfeccionamiento y especialización, de progresiva adquisición de experiencia profesional, y de derechos, obligaciones e incompatibilidades, durante el período de tiempo formativo, pero sin tratar, al menos concretamente, la enseñanza de la carrera ni la labor de investigación, puntos fundamentales que, además, están comprendidos en el Informe al Gobierno; y la otra, la de Ayudante Técnico Sanitario, a la que se dedica la mayor parte del texto de la directriz, concendiendo a la creación de nuevas escuelas un carácter de urgencia que no se consigna en el Informe al Gobierno, cuyo motivo no explica el Acuerdo. Ausencia particularmente sensible, dado que tal Informe al Gobierno estima que dichos profesionales deben ser objeto de un "estudio completo y específico" que el Acuerdo no dice si fue o no realizado.

En esta directriz se olvidan, o aparecen expuestos de un modo indirecto, algunos conceptos fundamentales -como la enseñanza de la carrera de medicina- y otros -como el de la investigación- se eluden. El texto de la directriz adolece en general de carencias conceptuales graves y es difícilmente inteligible.

DIRECTRIZ 10.

En materia de personal de los servicios sanitarios, constituye directriz básica el evitar o suprimir hipertrofias de plantillas y duplicidades o empleos múltiples injustificados, y en cubrir las deficiencias o carencias cuantitativas o cualitativas más importantes que previsiblemente impiden el desarrollo de la Sanidad.

La nueva ordenación de dicho personal responderá, además, a las siguientes directrices:

10.1 El personal de los servicios de sanidad pública y administración sanitaria se reestructurará con arreglo a los siguientes criterios:

- Se limitará la condición de funcionario público a los supuestos en que hayan de desarrollarse, en exclusiva o predominantemente, funciones de planificación, ordenación, inspección o control o funciones técnicas de sanidad pública de mayor responsabilidad.
- Se procurará la unificación de cuerpos y escalas.
- Se integrarán las plazas de la Inspección Médica Escolar y de la Inspección de Enseñanza Media del Estado.

- Se creará un Cuerpo Especial de Agentes Sanitarios.
- Se delimitará el número de plazas de los actuales Cuerpos de Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la sanidad local, que han de quedar adscritas al servicio exclusivo de la sanidad pública, pasando las demás a depender del organismo gestor de la asistencia sanitaria (o del Ministerio de Agricultura en el caso de los veterinarios titulares).

10.2 La mayor parte de las plazas de médicos titulares y las correspondientes a médicos de zona de la Seguridad Social integrarán la nueva ordenación de "médicos de familia", dependiendo del organismo gestor de la asistencia sanitaria, que constituye el elemento básico tanto de la medicina preventiva como de la asistencial.

Paralelamente se procederá con respecto de los Cuerpos de practicantes, matronas y enfermeras titulares, así como con el de farmacéuticos titulares, con arreglo a sus peculiares características.

10.3 Un estatuto único regulará el régimen de selección, provisión de puestos de trabajo, derechos, obligaciones, régimen económico y retributivo, responsabilidades e incompatibilidades del personal de los hospitales, centros y servicios dependientes del organismo gestor de la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

- Evitar el absentismo rural.
- Fomentar la progresiva promoción en la carrera profesional, exigiendo el paso previo y permanencia en determinados puestos de trabajo o niveles para acceder a otros superiores.
- Facilitar la formación continuada y la actualización de los conocimientos técnicos y científicos.
- Y fomentar la formación, especialización y promoción profesional del personal no facultativo de los servicios sanitarios.

Relativa al personal de los servicios sanitarios, nos parece que lo más importante que expone está, sin embargo, en una frase que es ajena al tema: "...del Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria, que constituye el elemento básico tanto de la medicina preventiva como de la asistencial" (el subrayado es nuestro). Se revelan aquí el verdadero carácter y la auténtica y primordial influencia del Organismo Gestor de la Asistencia Sanitaria. Es el Organismo Gestor (o sea, la Seguridad Social) el fundamento de todo y, por lo tanto, el que lo decide todo.

Respecto al asunto que le concierne, el personal de los Servicios Sanitarios, la directriz expone diversos proyectos, que en su mayoría no se encuentran especificados en el capítulo correspondiente del Informe al Gobierno. Las ideas principales parecen responder, sin embargo, a los criterios del anterior documento y fueron ya criticadas en nuestros comentarios al mismo. Pero, repetiremos aquí que la calificada por el Acuerdo de "directriz básica en materia de personal", la que ordena "evitar o suprimir hipertrofias de plantillas y duplicidades o empleos múltiples injustificados", se contradice abiertamente con el carácter eminentemente "profesionalista" (y de "colocación" de sanitarios) que se percibe a lo largo del Informe citado.

De todos modos, sería necesario un estudio jurídico-administrativo de las acciones concretas que se proponen en esta directriz 10 del Acuerdo (y se sus consecuencias).

DIRECTRIZ 11.

El costo y financiación, régimen económico y presupuestario de los servicios y actividades sanitarias del sector público serán objeto de un estudio especial, que será llevado a cabo conjuntamente por los ministerios de Hacienda, Gobernación y Trabajo.

A partir del 1 de enero de 1976, toda inversión o subvención pública con destino a hospitales o centros asistenciales quedará subordinada a que el correspondiente establecimiento preste la asistencia sanitaria garantizada por el sector público, con arreglo a su naturaleza y características, mediante convenios con el organismo gestor de la asistencia sanitaria y cumpliendo las normas que al efecto se establezcan.

Con independencia de las cifras expresamente consignadas para actividades, servicios y atenciones sanitarias, se procurará que las demás inversiones previstas en el programa de inversiones públicas confluyan al cumplimiento de los objetivos de la reforma sanitaria.

Del mismo modo que el Informe, también el Acuerdo elude, inaceptablemente, la cuestión: "El costo y financiación, régimen económico y presupuestario de los servicios y actividades sanitarias del sector público" -dice- "serán objeto de un estudio especial, que será llevado a cabo conjuntamente por los Ministerios de Hacienda, Gobernación y Trabajo.

Nuestra impresión ante la ausencia de un previo y serio estudio económico -incluso de unos simples cálculos estimativos- ha sido reiteradamente expuesta en varios párrafos de la crítica al Informe al Gobierno. Nos limitamos ahora a expresar de nuevo el asombro que produce la carencia de adecuadas consideraciones económicas y la desautorización, por dicha falta, del programa completo y aun del intento de reforma.

DIRECTRIZ 12.

El proyecto de ley General de Sanidad deberá ser remitido a las Cortes antes del 31 de diciembre de 1976.

Los órganos de la administración sanitaria centrales y periféricos, así como los respectivos órganos consultivos, adaptarán sus estructuras a las nuevas atribuciones y funciones que se establezcan para el cumplimiento de estas directrices.



Con carácter general, y sin perjuicio de la completa elaboración de la ley General de Sanidad, las medidas que se indican en las anteriores directrices deberán ser desarrolladas, salvo cuando expresamente se señale otro plazo, antes del 30 de junio de 1976, aprobándose por el Gobierno las medidas o proyectos de disposiciones que en cada caso resulten necesarias.

Establece que el proyecto de Ley General de Sanidad deberá ser remitido a las Cortes antes del 31 de diciembre de 1976 y que, sin perjuicio de ello, las directrices comprendidas en el Acuerdo deberán ser desarrolladas antes del 31 de junio del mismo año por medio de disposiciones que aprobará el Gobierno.

También aquí se hace indispensable un análisis jurídico y administrativo. Pero al margen de lo que legalmente resulte, nos parece inadmisibles que una reforma sanitaria que debe ser sancionada por una Ley General de Sanidad, se anticipe en aspectos parciales y aislados por medio de disposiciones en las que no intervendrá ni el pueblo español ni sus actuales representantes. Esta actitud es peligrosa por dos causas: porque aleja del pueblo la participación en su sanidad, participación indispensable para que, realmente, el concepto de salud sea comprendido y asumido responsablemente por los ciudadanos, y porque no permite enmiendas, aun en grado mínimo, al texto del proyecto inicial de Reforma que, según hemos podido comprobar, adolece de tan gravísimas deficiencias, que, de hecho lo anulan.

ANEXO ESTADISTICO

Se incorpora el presente anexo estadístico con dos fines: uno, a título meramente informativo, para que el lector tenga una visión numérica de los aspectos más importantes de la actual sanidad nacional. Y otro, como refutación a lo expuesto en el Informe, que acentúa en exceso la insuficiencia de la información y estadísticas sanitarias actuales: contamos en España con todos los datos que serían deseables, pero los que existen son más, bastantes más de los que el Informe, al parecer, supone.

Las estadísticas que recogemos en este Anexo han sido publicadas todas por el Instituto Nacional de Estadística en algunos de sus Anuarios o ediciones especializadas. Quiere ello decir que del examen de una sola fuente estadística -aunque esta fuente sea, por imperativo de la ley, centralizadora, recopiladora y depuradora de los trabajos estadísticos elaborados por la Administración- se han obtenido datos muy representativos y notoriamente actualizados. Sería ocioso hacer constar que si estas cifras están a disposición de los españoles, los autores del proyecto de Reforma Sanitaria disponían lógicamente de ellas y, por tanto, de medios y posibilidades de elaborar su trabajo sobre datos recientes e, incluso, de actualizar la información por el sencillo expediente de dirigirse a todos los organismos directa o indirectamente relacionados con el tema sanitario, tanto en la Administración General del Estado como de la Seguridad Social, e incluso particulares.

Ya se señala en el análisis crítico del Informe, la ausencia de todo tipo de análisis comparativos con base estadística, tanto referidos al pasado como proyectado al futuro. Reiteramos ese criterio aquí al expresar nuestra opinión de que, a partir de los datos presentes, tal como se conocen, cualquier estadístico, economista o sociólogo, con conocimientos metodológicos, podría haber realizado importantes trabajos en la materia.

CONTENIDO DE ESTE ANEXO

Las tablas estadísticas que se presentan han sido agrupadas por su referencia a los siguientes temas:

1. Población y movimiento natural de la misma
2. Estado sanitario
3. Censo de establecimientos y equipamiento sanitario
4. Seguridad Social
5. Consumo médico

1. Población y movimiento natural de la misma.- Las cifras de población, así como las funciones biométricas de la misma, están referidas a los años censales. De ser precisos estudios más detallados, podrían utilizarse las cifras de las rectificaciones del padrón municipal. En cuanto al movimiento natural de la población, las cifras que aquí presentamos abarcan hasta el año 1974. No obstante, debe advertirse que la Administración dispone ya de las correspondientes a 1975, toda vez que el Anuario del Instituto Nacional de Estadística ve la luz (en su edición manual) en el mes de mayo y, lógicamente, su publicación debe encontrarse en el momento de redactar este documento en fase de impresión.
2. Estado sanitario.- Por lo que respecta a las cifras de enfermedades de declaración obligatoria, vale la observación anterior en el sentido de que se dispone de cifras de 1975. En cuanto a ci-

fras procedentes de establecimientos hospitalarios, la última se refiere al año 1971, año en que se elaboró el último censo hospitalario. No obstante, a estas fechas, estamos seguros de que la Administración ya puede disponer de cifras mucho más actuales. En cuanto a las cifras de causas de muerte, aquí la disponibilidad de cifras podría alcanzar, con toda seguridad hasta 1975, ya que la Administración dispone de mecanismos para obtener con prontitud tales datos.

Por lo que se refiere a las tablas de indicadores, cuyas series terminan por ahora en el año 1970, los autores del proyecto de Reforma Sanitaria pueden disponer, si lo desean, de indicadores referidos a 1975 y años intermedios, toda vez que la elaboración de estos indicadores, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, lo es en función de informaciones numéricas básicas que llegan, como ya se ha dicho, hasta el año 1975.

3. Censo de establecimientos y equipamiento sanitario.- Las cifras referentes a instalaciones hospitalarias que aquí se presentan corresponden a la encuesta del año 1972 realizada por el Instituto Nacional de Estadística. Repetimos aquí afirmaciones anteriores: muchas de estas cifras, debidamente actualizadas, pueden ser obtenidas por la Administración, si así lo desea.

Las tablas de indicadores pueden ser igualmente actualizadas por los correspondientes servicios del Instituto Nacional de Estadística, conforme se especifica líneas arriba.

4. Seguridad Social.- Se incluyen, a título indicativo, algunas informaciones estadísticas referidas a actividades de la Seguridad Social. Aquí también la Administración puede disponer de toda la información que recoge y elabora el Instituto Nacional de Previsión, referida al año 1975. Para el aumento de las series de indicadores, los razonamientos son exactamente los anteriores.
5. Consumo médico.- Los indicadores que aparecen en las tablas que se adjuntan están calculados en base a la Encuesta de Presupuestos Familiares publicada por el Instituto Nacional de Estadística el pasado año. Las cifras, pues, son actuales.

Fuentes: Anuarios y publicaciones estadísticas del I.N.E.
(Anuario Estadístico)
(Panorámica Social)
(Censo de Establecimientos Sanitarios)

Centre National de Pharmaco-Vigilance du Conseil National de l'Ordre des Medecins, Paris (pág. LIII de este Anexo).

POBLACION Y
MOVIMIENTO
NATURAL
DE LA MISMA

POBLACION DE ESPAÑA

POBLACION DE HECHO (1) EN 31 DE DICIEMBRE, SEGUN LOS CENSOS

Años censales (2)	Población total (3)	Población de las capitales de provincia (4)	MUNICIPIOS MAYORES DE 50.000 HABITANTES (NO CAPITALIS)	
			Número	Población
1900	18.616.630	3.154.396	3	233.180
1910	19.990.909	3.538.606	4	291.225
1920	21.388.551	4.159.721	6	410.357
1930	23.677.095	5.201.160	7	378.124
1940	26.014.278	6.453.972	9	622.290
1950	28.117.873	7.824.631	16	1.158.949
1960	30.582.936	9.522.404	29	3.009.208
1970	33.956.376 (5)	12.223.237	34	3.222.123

(1) Población presente en el momento censal. Están excluidos, por tanto, los españoles que en 31 de diciembre estaban en el extranjero. Pero están incluidos en cambio los extranjeros que estuvieran en España.

(2) La Ley de 3 de abril de 1900 dispone que todos los años terminados en cero, y con referencia al día 31 de diciembre, se liven a cabo los Censos generales de la Nación.

(3) Población en la Península, islas Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla.

(4) De 1900 a 1920 se ha incluido el municipio de Las Palmas de Gran Canaria, que a partir de 1927 es la capital de la provincia de Las Palmas. Se incluye también la población de Ceuta y Melilla.

(5) Se incluyen plazas menores.

FUENTE DE INFORMACIÓN: INE.

Población de hecho, según los grupos de municipios, clasificados por el número de sus habitantes (1)

GRUPO	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970
Total	18.616.630	19.990.909	21.388.551	23.677.095	26.014.278	28.117.873	30.582.936	33.956.047
EN MUNICIPIOS								
Hasta 100 habitantes	1.606	1.489	2.273	2.616	4.498	5.357	9.502	30.779
De 101 a 500 habitantes	1.037.486	995.873	972.476	953.064	939.866	922.847	964.396	851.140
De 501 a 1.000 habitantes	1.724.053	1.691.522	1.598.242	1.531.634	1.533.892	1.472.892	1.334.468	1.098.801
De 1.001 a 2.000 habitantes	2.362.168	2.405.223	2.390.357	2.366.501	2.296.340	2.306.616	2.132.502	1.753.279
De 2.001 a 3.000 habitantes	1.740.040	1.764.482	1.830.306	1.818.828	1.804.467	1.791.409	1.684.720	1.557.597
De 3.001 a 5.000 habitantes	2.603.157	2.706.047	2.689.200	2.840.370	2.811.954	2.921.020	2.722.069	2.366.920
De 5.001 a 10.000 habitantes	3.152.655	3.430.122	3.630.029	4.014.623	3.922.757	4.054.930	4.371.489	3.721.484
De 10.001 a 20.000 habitantes	2.014.542	2.403.655	2.646.599	2.845.905	3.268.611	3.360.742	3.410.424	3.763.048
De 20.001 a 30.000 habitantes	884.329	976.776	975.119	1.122.133	1.457.556	1.444.739	1.805.206	1.927.168
De 30.001 a 50.000 habitantes	563.503	626.349	822.837	1.391.325	1.488.045	1.212.766	1.222.766	1.006.752
De 50.001 a 100.000 habitantes	856.723	934.850	1.263.799	1.276.264	1.512.462	1.884.194	2.442.326	2.469.556
De 100.001 a 500.000 habitantes	603.513	867.303	1.106.083	1.555.435	2.802.008	3.332.672	4.160.188	6.396.468
De más de 500.000 habitantes	1.072.835	1.187.218	1.461.231	1.958.397	2.169.822	3.407.689	4.322.860	6.092.975

(1) Incluidos Ceuta y Melilla.

Población calculada en 1 de julio de cada año

CONCEPTO	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
INTERPOLACION (1)										
Total nacional (2)	30.591.975	30.917.097	31.245.675	31.577.745	31.913.344	32.252.909	32.595.279	32.941.692	33.291.787	33.645.612
Conjunto capitales (2)	9.490.372	9.735.429	9.986.815	10.244.691	10.509.226	10.780.592	11.058.966	11.344.527	11.637.462	11.937.561
Ceuta	72.870	72.250	71.635	71.025	70.421	69.821	69.227	68.638	68.054	67.475
Melilla	78.282	76.758	75.263	73.797	72.360	70.951	69.569	68.215	66.886	65.584

CONCEPTO	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
PROYECCION										
Total nacional (2)	34.003.178	34.364.553	34.729.770	35.098.967	35.471.888	35.848.873	36.229.864	36.614.904	37.004.036	37.397.304
Conjunto capitales (2)	12.246.219	12.562.438	12.886.821	13.219.581	13.560.933	13.911.099	14.270.307	14.638.791	15.016.789	15.404.548
Ceuta	66.900	66.331	65.767	65.207	64.652	64.102	63.556	63.015	62.479	61.947
Melilla	64.307	63.054	61.826	60.622	59.442	58.284	57.149	56.036	54.945	53.875

(1) Una vez conocidos los resultados del Censo de 1970.—(2) Península e islas Baleares y Canarias.

Funciones biométricas de la población española

Esperanza de vida

ANOS DE EDAD	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970 (1)
Población total								
0	34,76	41,73	41,15	49,97	50,10	62,10	69,65	72,32
1	42,38	48,06	47,95	55,49	55,53	65,31	71,28	72,47
5	49,32	52,91	52,67	56,91	56,00	63,16	67,85	69,32
10	46,45	49,60	49,47	52,94	51,95	58,72	63,07	64,47
15	42,47	45,43	45,37	48,58	47,51	54,06	58,22	59,58
20	38,37	41,63	41,65	44,53	43,39	49,57	53,44	54,76
25	35,76	38,12	38,25	40,71	39,60	45,25	48,68	49,99
30	32,59	34,47	34,73	36,81	35,77	40,97	43,99	45,23
35	29,24	30,74	31,09	32,88	31,83	36,61	39,31	40,53
40	25,74	27,08	27,43	28,96	27,57	32,21	34,69	35,87
45	22,14	23,41	23,75	25,07	24,20	27,99	30,17	31,30
50	18,56	19,73	20,08	21,24	20,55	23,87	25,78	26,84
55	15,13	16,17	16,53	17,54	17,07	19,87	21,57	22,61
60	11,96	12,87	13,19	14,08	13,86	16,11	17,62	18,61
65	9,12	9,96	10,18	10,95	10,96	12,75	13,91	14,93
70	6,67	7,44	7,56	8,21	8,33	9,82	10,65	11,57
75	4,74	5,36	5,43	5,93	6,14	7,24	7,80	8,71
80	3,40	3,82	3,87	4,19	4,36	5,06	5,39	6,48
85	2,46	2,73	2,75	2,95	3,05	3,47	3,66	4,56
90	1,78	1,95	1,96	2,03	2,15	2,37	2,25	3,47
95	1,17	1,36	1,46	1,47	1,53	1,63	1,39	2,81
Varones								
0	33,85	40,92	40,26	48,38	47,12	59,81	67,32	69,69
1	41,74	47,64	47,24	54,13	52,37	63,18	69,15	69,76
5	48,60	52,45	51,81	55,50	54,60	60,99	65,74	66,83
10	45,66	49,12	48,58	51,55	50,35	56,57	60,96	62,00
15	41,60	44,89	44,40	47,14	44,03	51,91	56,14	57,13
20	37,93	41,06	40,68	43,11	39,97	47,44	51,41	52,36
25	34,93	37,60	37,31	39,29	36,37	43,18	46,70	47,66
30	31,86	33,88	33,89	35,37	32,82	38,97	42,05	42,96
35	28,52	30,04	29,97	31,20	29,07	34,69	37,42	38,32
40	25,02	26,35	26,28	27,50	25,36	30,36	32,85	33,73
45	21,49	22,73	22,66	23,71	21,80	26,22	28,33	29,23
50	18,04	19,16	19,14	20,05	18,43	22,23	24,08	24,87
55	14,77	15,73	15,76	16,55	15,29	18,43	20,03	20,77
60	11,74	12,58	12,60	13,30	12,43	14,93	16,28	16,98
65	9,00	9,81	9,72	10,38	9,87	11,83	12,80	13,58
70	6,61	7,41	7,30	7,83	7,59	9,16	9,82	10,50
75	4,71	5,36	5,35	5,70	5,61	6,81	7,24	7,97
80	3,38	3,84	3,69	4,06	4,03	4,81	5,08	5,99
85	2,45	2,75	2,64	2,88	2,87	3,33	3,57	4,33
90	1,76	1,97	1,90	2,04	2,05	2,30	2,21	3,33
95	1,10	1,40	1,23	1,48	1,50	1,59	1,37	2,65
Mujeres								
0	35,70	42,56	42,05	51,60	53,24	64,32	71,90	74,96
1	43,01	48,46	48,65	56,05	58,83	67,32	73,29	75,17
5	49,99	53,34	53,51	58,30	59,52	65,19	69,83	71,79
10	47,19	50,04	50,33	54,32	55,49	60,73	65,03	66,92
15	43,29	45,94	46,32	50,00	51,12	56,08	60,16	62,01
20	39,78	42,16	42,59	45,94	46,96	51,56	55,31	57,13
25	36,56	38,61	39,17	42,10	42,96	47,17	50,52	52,28
30	33,28	35,03	35,75	38,25	38,85	42,82	45,77	47,45
35	29,92	31,41	32,19	34,34	34,70	38,39	41,04	42,69
40	26,43	27,79	28,55	30,38	30,66	33,90	36,37	37,97
45	22,76	24,06	24,81	26,38	26,66	29,60	31,79	33,30
50	19,05	20,27	21,00	22,38	22,68	25,34	27,31	28,74
55	15,47	16,57	17,26	18,48	18,81	21,12	22,94	24,35
60	12,17	13,14	13,75	14,80	15,20	17,11	18,77	20,11
65	9,23	10,10	10,59	11,46	11,94	13,48	14,82	16,11
70	6,72	7,48	7,88	8,54	9,07	10,32	11,31	12,44
75	4,78	5,35	5,67	6,13	6,58	7,56	8,23	9,26
80	3,42	3,80	4,02	4,31	4,61	5,24	5,63	6,80
85	2,47	2,71	2,84	3,01	3,20	3,56	3,81	4,70
90	1,79	1,94	2,02	2,11	2,22	2,42	2,57	3,53
95	1,07	1,36	1,44	1,47	1,54	1,65	1,73	2,87

(1) Cifras provisionales.

Fuente de información: Tablas de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística.

Movimiento natural de la población
Matrimonios, nacimientos y defunciones

Datos generales

CONCEPTO	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Cifras absolutas										
Matrimonios	227.460	229.796	232.624	231.546	238.973	247.492	253.475	262.481	268.981	267.171
Nacimientos (1)	667.749	661.731	672.039	659.677	658.931	656.102	664.770	665.569	665.336	682.010
Defunciones (2)	267.407	269.738	274.021	277.357	297.169	280.170	302.869	289.163	296.524	(5) 294.567
Crecimiento vegetati- vo (3)	400.342	391.993	398.018	382.320	361.762	375.932	351.901	385.406	369.812	(5) 387.443
Por 1.000 habitantes (4)										
Matrimonios	7.13	7.12	7.14	7.03	7.18	7.36	7.45	7.64	7.74	7.61
Nacimientos (1)	20.92	20.52	20.62	20.03	19.79	19.50	19.55	19.37	19.19	19.43
Defunciones (2)	8.38	8.36	8.41	8.42	8.93	8.33	8.91	8.15	8.54	(5) 8.39
Crecimiento vegetati- vo (3)	12.54	12.15	12.21	11.61	10.87	11.17	10.64	11.22	10.65	(5) 11.04

(1) Nacidos vivos.—(2) Sin los nacidos muertos, muertos al nacer o antes de las primeras veinticuatro horas de vida.—(3) Crecimiento vegetativo igual a nacimientos menos defunciones.—(4) La población utilizada para la obtención de las tasas es la calculada en 1 de julio de cada año. Los años 1965 a 1969 han sido rectificadas según la nueva población calculada como consecuencia del Censo de 1970.—(5) Cifras provisionales.

Nacimientos y defunciones, por meses

CONCEPTO	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Nacidos vivos										
Total anual	667.749	661.731	672.039	659.677	658.931	656.102	664.770	665.569	666.336	682.010
Enero	54.748	53.875	54.061	56.632	54.131	53.804	53.083	53.329	55.558	55.677
Febrero	52.047	50.555	51.326	53.817	49.969	49.676	50.239	51.904	50.264	50.123
Marzo	59.441	57.828	57.412	56.275	56.568	55.739	57.635	55.261	55.751	55.577
Abril	56.702	54.617	55.132	56.614	55.400	55.818	55.070	55.753	55.256	57.367
Mayo	55.349	57.727	59.643	56.803	57.441	56.672	56.448	60.389	59.709	60.603
Junio	55.063	55.160	55.924	52.668	55.032	56.492	56.625	55.935	57.640	53.275
Julio	56.105	56.028	57.477	59.506	58.928	58.241	59.054	58.644	58.981	62.699
Agosto	56.715	57.430	56.935	55.871	53.649	52.373	55.940	56.120	57.183	57.635
Septiembre	58.083	56.919	58.164	54.169	57.508	55.091	57.644	57.086	54.123	56.870
Octubre	56.337	55.345	58.626	55.799	56.340	55.960	55.394	56.580	56.332	59.463
Noviembre	53.398	52.081	53.478	49.543	50.373	51.402	53.919	52.043	51.143	53.637
Diciembre	53.761	54.136	53.861	51.680	53.624	54.834	53.710	52.547	53.395	59.103
Defunciones (1)										
Total anual	267.407	269.738	274.021	277.357	297.169	280.170	302.869	289.163	296.524	294.567
Enero	29.968	26.330	29.855	28.944	28.369	29.595	33.389	39.181	39.170	29.342
Febrero	24.919	22.441	26.058	30.044	25.405	24.331	25.420	26.585	26.208	25.139
Marzo	27.658	25.384	24.364	29.122	26.037	27.799	27.612	25.522	23.172	26.570
Abril	22.466	24.136	22.697	23.302	23.745	23.593	24.464	22.790	23.164	23.723
Mayo	21.433	22.878	22.458	21.289	22.397	22.606	22.588	22.908	21.632	23.433
Junio	20.189	19.349	19.338	19.464	20.694	20.023	22.186	20.362	20.396	20.177
Julio	18.088	19.492	21.308	20.689	22.411	20.826	21.936	21.120	21.758	22.515
Agosto	18.134	19.486	19.489	19.037	20.416	19.951	20.785	19.818	21.820	21.134
Septiembre	17.973	18.326	18.417	18.233	19.579	19.264	19.568	19.433	19.392	19.691
Octubre	19.686	19.879	19.233	19.446	22.914	21.510	21.473	22.058	22.378	23.286
Noviembre	21.351	24.279	22.190	21.784	31.105	22.964	29.606	22.451	23.061	24.472
Diciembre	25.542	27.758	28.614	26.003	34.187	27.708	33.842	26.947	29.373	35.085

(1) Cifras provisionales para 1974.

Alumbramientos

CONCEPTO	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Total nacional										
Total:										
Sencillos	675.293	668.756	678.703	666.239	664.516	660.905	669.871	669.960	669.073	684.688
Dobles	6.531	6.177	6.168	5.948	5.824	5.915	5.448	5.577	5.469	5.425
Superiores	(2) 57	(1) 72	(1) 60	50	49	59	59	(2) 39	46	(1) (3) 53
Sencillos:										
Niños	347.552	345.132	349.699	343.229	342.466	340.865	345.437	345.553	345.148	352.317
Niñas	327.741	323.624	329.004	323.010	322.050	320.040	324.434	324.407	324.530	332.351
Múltiples:										
Niños	2.386	2.122	2.203	2.134	2.130	2.126	1.982	2.018	2.031	1.990
Niñas	2.199	2.129	2.163	2.081	1.991	2.075	1.941	2.035	2.001	2.023
Mixtos	2.003	1.939	1.862	1.783	1.740	1.773	1.584	1.563	1.493	1.465
Capitales										
Total:										
Sencillos	295.942	304.567	321.031	327.796	343.367	357.580	379.296	389.624	397.744	415.403
Dobles	3.082	3.023	3.194	3.108	3.125	3.306	3.256	3.578	3.490	3.561
Superiores	30	(1) 30	(1) 34	29	31	35	37	(1) 28	35	(1) (3) 43
Sencillos:										
Niños	152.922	157.893	165.809	169.483	177.930	185.124	195.634	201.152	205.900	213.948
Niñas	143.020	146.684	155.162	158.308	165.437	172.456	183.662	188.472	191.844	201.455
Múltiples:										
Niños	1.182	1.076	1.164	1.092	1.154	1.229	1.212	1.329	1.299	1.323
Niñas	1.053	1.052	1.120	1.104	1.075	1.167	1.180	1.277	1.291	1.315
Mixtos	877	901	944	941	927	946	901	1.000	955	966

(1) Uno de ellos, cuádruple.—(2) Dos de ellos, cuádruples.—(3) Uno de ellos, quintuple.

Nacidos vivos

CONCEPTO	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Total nacional										
Total	667.749	661.731	672.039	659.877	658.931	656.102	664.770	665.569	666.336	682.010
Nacidos vivos	Niños 342.142	339.895	344.791	338.334	338.494	337.252	341.850	342.254	342.371	350.030
	Niñas 325.607	321.836	327.248	321.343	320.437	318.850	322.920	323.315	323.965	331.980
De ellos:										
Ilegítimos	Niños 5.741	5.487	5.211	4.897	4.771	4.579	4.635	4.758	5.520	5.256
	Niñas 5.513	5.161	4.919	4.631	4.554	4.384	4.353	4.431	5.303	4.877
De circunstancia expó-	Niños 207	226	224	273	221	217	233	235	264	288
sita	Niñas 205	187	202	213	223	148	169	230	237	285
Capitales										
Total	291.542	300.442	317.157	323.742	339.619	354.375	376.124	386.995	395.546	413.680
Nacidos vivos	Niños 150.077	155.007	163.257	166.595	175.386	182.951	193.532	199.279	204.189	212.544
	Niñas 141.465	145.435	153.900	157.147	164.233	171.424	182.592	187.716	191.357	201.136
De ellos:										
Ilegítimos	Niños 2.870	2.849	2.764	2.727	2.701	2.797	2.935	3.088	3.623	3.480
	Niñas 2.644	2.586	2.601	2.430	2.549	2.576	2.722	2.802	3.399	3.211
De circunstancia expó-	Niños 192	217	194	267	215	207	211	212	249	281
sita	Niñas 191	177	164	204	218	142	157	203	222	272

Abortos

CONCEPTO	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Total nacional										
Total de abortos	20.779	19.596	19.261	18.608	17.380	16.810	16.176	15.653	14.418	13.670
Nacidos muertos	Niños 8.816	8.398	8.024	7.821	7.045	6.805	6.566	6.411	5.872	5.351
	Niñas 6.161	5.766	5.789	5.516	5.152	5.042	4.950	4.837	4.284	4.109
Muertos al nacer	Niños 756	716	771	732	728	684	558	555	584	550
	Niñas 602	588	551	547	568	550	487	439	454	451
Muertos antes del primer	Niños 2.631	2.335	2.415	2.415	2.235	2.137	2.038	1.941	1.885	1.849
día	Niñas 1.813	1.793	1.711	1.577	1.652	1.592	1.577	1.470	1.339	1.360
Capitales										
Total de abortos	10.654	10.280	10.365	10.357	10.091	9.922	9.797	9.870	9.283	8.976
Nacidos muertos	Niños 4.405	4.361	4.125	4.219	4.020	3.872	3.825	3.881	3.553	3.410
	Niñas 3.340	3.103	3.203	3.149	2.972	3.006	2.998	3.063	2.748	2.696
Muertos al nacer	Niños 320	318	371	365	376	400	294	319	386	350
	Niñas 240	272	258	282	298	324	276	272	329	309
Muertos antes del primer	Niños 1.376	1.267	1.400	1.423	1.356	1.319	1.324	1.345	1.315	1.254
día	Niñas 973	959	1.008	919	1.029	1.001	1.080	990	947	957

ESTADO
SANITARIO

Morbilidad

Enfermedades de declaración obligatoria

Casos registrados por enfermedades

CONCEPTO	1955	1956	1957	1958	1959	1970	1971	1972	1973	1974
Total nacional										
Total	970.646	941.388	845.794	1.414.320	2.610.465	644.764	1.751.439	778.686	1.464.153	1.482.465
Cólera (000)	—	—	—	—	—	—	21	—	—	5
Fiebres tifoidea y paratifoidea (001-002) ...	3.917	3.238	3.326	3.104	2.891	3.329	2.534	2.235	2.183	2.415
Disenteria bacilar (004)	2.026	1.971	1.823	2.435	1.659	2.312	2.231	1.656	1.739	1.192
Tuberculosis pulmonar (011)	7.470	5.737	5.404	5.157	4.251	4.100	3.550	3.534	3.115	3.326
Carbunco bacteriano (022)	455	353	316	350	311	284	199	220	198	232
Brucelosis (023)	3.354	3.942	5.882	6.447	5.644	6.461	6.173	6.405	7.090	7.663
Lepra (030)	30	20	50	38	33	35	22	24	25	17
Difteria (032)	890	248	145	102	57	74	46	33	19	22
Escarlatina (034.1)	6.239	3.203	4.244	4.129	3.597	4.861	2.725	3.845	5.202	3.380
Meningitis cerebroespinal epidémica (036) ...	1.015	657	766	857	753	1.510	3.661	2.653	2.244	2.007
Poliomielitis (040-043)	62	237	336	162	396	188	258	159	155	127
Varicela (052)	45.252	43.070	41.754	42.644	41.592	39.627	38.478	53.631	49.083	51.898
Sarampión (055)	190.621	145.158	153.717	116.209	143.739	145.788	120.735	181.625	131.301	147.703
Rabia (071)	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tracoma (076)	579	212	238	453	77	100	141	66	85	38
Paludismo (084) (1)	—	—	—	—	—	—	—	—	18	5
Fiebre recurrente (por garrapatas) (088.1) ...	—	—	—	—	—	—	—	—	11	7
Oftalmía purulenta del recién nacido (098.2).	66	39	34	18	20	21	16	12	27	14
Triquinosis (124)	34	28	37	10	26	52	127	—	312	49
Reumatismo cardiovascular (391)	2.551	2.054	1.935	2.027	1.569	1.862	1.705	2.036	2.149	1.977
Gripe (470-474)	705.298	731.101	625.695	1.230.698	2.403.742	434.098	1.568.773	520.520	1.250.157	1.260.103
Septicemia puerperal (670)	185	129	102	90	58	62	45	33	49	53
Capitales										
Total	117.697	118.559	114.149	253.860	502.248	100.619	418.655	145.745	235.733	245.096
Cólera (000)	—	—	—	—	—	—	5	—	—	2
Fiebres tifoidea y paratifoidea (001-002) ...	876	596	680	539	583	669	451	526	491	429
Disenteria bacilar (004)	62	11	17	19	151	200	303	580	435	220
Tuberculosis pulmonar (011)	1.939	1.795	1.528	2.019	1.764	1.630	1.460	1.428	1.263	1.244
Carbunco bacteriano (022)	9	5	5	13	3	11	5	14	—	6
Brucelosis (023)	274	297	460	564	384	407	326	399	443	552
Lepra (030)	4	4	7	10	10	7	5	5	7	3
Difteria (032)	182	57	36	31	17	21	13	8	9	3
Escarlatina (034.1)	451	343	587	578	493	674	543	1.363	704	360
Meningitis cerebroespinal epidémica (036) ...	542	372	478	515	489	847	1.614	1.132	979	784
Poliomielitis (040-043)	34	126	164	78	188	91	106	61	84	69
Varicela (052)	6.753	6.560	5.666	5.476	5.655	5.125	5.648	12.090	9.058	7.450
Sarampión (055)	19.754	15.738	17.583	17.225	12.956	17.182	14.580	26.257	18.209	18.944
Rabia (071)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tracoma (076)	138	87	62	120	11	13	14	11	5	11
Paludismo (084) (1)	—	—	—	—	—	—	—	—	14	4
Fiebre recurrente (por garrapatas) (088.1) ...	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Oftalmía purulenta del recién nacido (098.2).	12	10	5	1	5	10	6	4	8	—
Triquinosis (124)	13	4	7	7	—	—	8	—	52	35
Reumatismo cardiovascular (391)	415	316	216	361	327	373	375	281	615	322
Gripe (470-474)	86.212	92.217	86.634	226.294	479.199	73.344	393.181	101.503	203.265	214.506
Septicemia puerperal (670)	27	21	14	10	13	15	2	3	1	1

(1) Casos originados fuera del territorio nacional.

NOTA.—Entre paréntesis y a continuación de cada rúbrica se indican los números que a cada una corresponden en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Lista detallada (octava revisión, 1965). En las rúbricas de declaración obligatoria que no se mencionan no se han producido casos.

Fuente de Información: Dirección General de Sanidad.

Morbilidad

Casos registrados por enfermedades y meses

Año 1974

CONCEPTO	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep- tiembre	Octubre	No- viembre	Di- ciembre
Total nacional													
Total	1.482.465	183.734	129.077	103.375	66.213	62.907	63.481	28.614	13.400	17.506	30.108	112.898	666.152
Cólera (000)	5	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—
Fiebres tifoidea y paratifoidea (001-002)	2.415	109	124	112	172	146	293	247	377	326	197	224	88
Disentería bacilar (004)	1.192	31	33	29	17	36	200	204	211	281	107	21	22
Tuberculosis pulmonar (011)	3.326	263	299	308	268	267	322	234	299	271	272	305	218
Carbunco bacteriano (022)	232	5	12	13	11	6	26	26	57	46	15	10	5
Brucelosis (023)	7.663	417	573	851	705	964	1.226	842	722	486	351	320	205
Lepra (030)	17	1	2	3	—	2	1	2	2	—	—	3	1
Difteria (032)	22	3	—	5	6	—	5	—	1	1	—	1	—
Escarlatina (034.1)	3.380	261	329	402	314	423	577	252	127	89	106	248	252
Meningitis cerebroespinal epidémica (036.0)	2.089	270	269	324	201	200	185	106	100	70	84	158	122
Poliomielitis (040-043)	187	12	14	7	8	13	17	18	22	21	19	15	21
Varicela (052)	51.898	4.017	3.517	6.125	5.894	5.051	7.300	4.077	2.475	1.277	1.396	4.429	6.340
Sarampión (055)	147.793	14.009	15.947	23.243	20.407	19.192	24.758	9.377	4.155	1.975	2.293	5.431	7.006
Tracoma (076)	38	—	3	1	—	3	3	4	15	5	1	3	—
Paludismo (084)(1)	5	—	1	—	—	—	1	—	—	1	1	—	1
Fiebre recurrente por garrapatas (088.1)	7	—	—	1	—	2	1	—	1	1	—	1	—
Oftalmía purulenta recién nacido (098.2)	14	2	3	1	1	—	1	3	1	—	2	—	—
Triquinosis (124)	49	38	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	6
Reumatismo cardiovascular (391)	1.977	210	199	204	152	135	152	131	164	151	155	186	138
Gripe (470-474)	1.260.103	164.083	107.746	71.723	38.057	36.463	28.409	13.089	9.663	12.501	25.105	101.542	651.722
Septicemia puerperal (670)	53	3	6	23	—	2	1	2	4	3	4	1	4
Capital													
Total	245.096	27.779	19.630	14.731	8.581	7.410	6.917	3.118	2.256	2.490	4.473	18.231	129.480
Cólera (000)	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Fiebres tifoidea y paratifoidea (001-002)	499	25	24	20	45	27	58	42	64	74	51	52	17
Disentería bacilar (004)	220	8	10	8	6	13	25	38	42	22	20	15	13
Tuberculosis pulmonar (011)	1.244	115	107	118	106	77	106	89	101	87	127	118	93
Carbunco bacteriano (022)	6	—	—	—	—	—	—	2	1	2	—	—	1
Brucelosis (023)	552	20	33	47	40	59	112	59	59	35	30	23	30
Lepra (030)	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—
Difteria (032)	3	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Escarlatina (034.1)	360	35	26	28	25	31	47	29	15	30	21	22	50
Meningitis cerebroespinal epidémica (036.0)	784	81	113	116	76	66	91	43	35	19	29	53	62
Poliomielitis (040-043)	69	7	9	4	3	3	5	2	7	7	6	5	11
Varicela (052)	7.459	487	617	702	841	831	973	544	344	213	179	645	1.083
Sarampión (055)	13.944	2.441	2.152	3.003	2.397	2.144	2.268	1.057	512	259	314	987	1.410
Tracoma (076)	11	—	—	—	—	2	—	—	9	—	—	—	—
Paludismo (084)(1)	4	—	1	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—
Triquinosis (124)	35	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reumatismo cardiovascular (391)	392	48	38	47	41	27	19	16	24	16	12	29	75
Gripe (470-474)	214.508	24.475	16.495	10.636	5.001	4.130	3.212	1.196	1.011	1.724	3.683	16.280	126.635
Septicemia puerperal (670)	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

(1) Casos originados fuera del territorio nacional.

Morbilidad en establecimientos sanitarios con régimen de internado

Establecimientos y movimiento de enfermos (1)

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Total nacional										
Establecimientos que remitieron datos (2) ...	956	934	930	922	901	896	893	876	844	835
Camas de los mismos (3)	85.870	87.052	86.684	88.407	89.894	90.572	91.524	92.704	90.717	95.503
Enfermos en primero de año (4)	46.423	45.275	45.142	45.036	44.447	46.830	46.894	47.219	48.394	49.018
INGRESADOS EN EL AÑO	782.010	837.672	867.826	897.837	999.723	1.064.558	1.135.378	1.227.791	1.309.099	1.396.131
Varones	321.380	342.381	351.775	367.349	402.692	424.593	455.770	492.942	529.775	563.223
Mujeres	460.630	495.291	516.051	530.488	597.031	639.960	679.603	734.849	779.324	832.908
SALIDOS DURANTE EL AÑO	783.029	837.684	867.974	898.350	997.434	1.064.319	1.135.102	1.226.860	1.308.415	1.393.620
Por curación	717.686	771.560	801.780	829.443	922.193	987.374	1.050.763	1.124.410	1.194.876	1.237.843
Por fallecimiento	15.496	16.804	16.975	17.622	19.222	21.113	23.619	26.791	27.344	30.003
Por otras causas	49.847	49.320	49.219	51.285	56.019	55.832	60.720	75.659	86.195	95.114
Capitales										
Establecimientos que remitieron datos (2) ...	463	460	457	460	450	441	434	431	423	425
Camas de los mismos (3)	59.248	61.224	61.251	63.318	64.753	64.952	66.336	66.996	71.390	70.562
Enfermos en primero de año (4)	32.692	32.454	32.692	32.454	32.523	33.995	34.554	34.967	35.573	35.531
INGRESADOS EN EL AÑO	638.882	686.978	709.042	730.790	824.027	877.262	932.326	1.003.493	1.065.536	1.139.988
Varones	262.355	281.840	289.542	301.380	334.249	353.706	379.179	407.683	436.153	463.731
Mujeres	376.527	405.138	419.500	429.410	489.778	523.556	553.148	595.810	629.383	676.257
SALIDOS DURANTE EL AÑO	639.163	686.788	709.490	731.224	821.864	876.722	931.921	1.003.133	1.064.537	1.136.157
Por curación	585.009	631.646	653.931	673.444	758.232	810.993	859.721	915.284	967.182	1.027.203
Por fallecimiento	12.643	13.905	14.226	14.703	16.331	18.037	20.417	23.283	23.686	26.476
Por otras causas	41.511	41.237	41.333	43.077	47.301	47.702	52.780	64.566	73.669	82.478

(1) Están incluidos los Ingresados para reconocimiento médico, reposo, convalecencia, acompañar enfermos, por embarazo sin mención de complicaciones, etc.—(2) No se incluyen los dependientes de los Ministerios Militares ni los establecimientos Psiquiátricos. Tanto las cifras de establecimientos como la de sus camas están referidas al mes de enero.—(3) En las cifras de camas se incluyen también las de las cunas; de ambas se computan únicamente las instaladas con carácter estable.—(4) La discordancia entre existentes en fin de un año y comienzo del siguiente se debe a variaciones en los establecimientos que remiten datos.

Clase de establecimientos que remitieron datos, camas de los mismos e ingresados

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Total nacional										
Total:										
Establecimientos	956	934	930	922	901	896	893	876	844	838
Camas	85.870	87.052	86.684	88.407	89.894	90.572	91.524	92.704	96.717	95.569
Ingresados	782.010	837.672	867.826	897.837	999.723	1.064.558	1.135.378	1.227.791	1.309.099	1.396.131
Hospitales generales:										
Establecimientos	305	300	296	290	291	282	280	275	258	254
Camas	36.640	37.074	38.079	38.171	39.810	39.449	40.246	39.367	39.732	41.132
Ingresados	272.895	297.810	301.574	310.602	373.626	435.906	406.543	428.999	461.240	492.718
Hospitales y clínicas quirúrgicas:										
Establecimientos	379	373	371	373	366	363	359	352	348	348
Camas	18.381	18.796	19.110	20.272	21.424	22.733	23.554	24.243	24.679	25.995
Ingresados	397.211	421.822	446.218	479.614	524.493	524.670	612.104	667.083	706.418	752.340
Otros establecimientos especializados:										
Establecimientos	193	182	184	181	172	177	184	183	181	184
Camas	26.136	26.430	26.647	25.447	24.005	23.947	23.713	24.995	28.358	24.714
Ingresados	101.947	107.971	109.980	97.217	90.557	92.064	103.517	118.047	125.880	133.667
Asilos-hospitales y enfermerías:										
Establecimientos	79	79	79	78	72	74	70	66	57	52
Camas (1)	4.713	4.752	4.848	4.517	4.655	4.443	4.011	4.099	3.948	3.728
Ingresados	9.957	10.069	10.054	10.404	11.047	11.918	13.214	13.662	15.561	17.406
Capitales										
Total:										
Establecimientos	463	460	457	460	450	441	434	431	423	425
Camas	59.248	61.224	61.251	63.318	64.753	64.952	66.336	66.996	71.390	70.562
Ingresados	638.882	686.978	709.042	730.790	824.027	887.262	932.326	1.003.493	1.065.536	1.138.088
Hospitales generales:										
Establecimientos	81	82	81	81	83	82	82	82	83	83
Camas	27.080	27.442	28.308	28.645	30.042	29.744	30.655	29.869	30.644	32.107
Ingresados	216.566	237.908	234.133	243.599	303.605	317.383	330.003	351.463	374.595	400.884
Hospitales y clínicas quirúrgicas:										
Establecimientos	260	259	258	263	258	251	245	242	235	235
Camas	14.768	15.208	15.524	16.624	17.747	18.750	19.239	19.477	19.662	20.854
Ingresados	330.629	351.665	372.752	401.380	441.009	489.310	511.820	546.646	577.953	616.532
Otros establecimientos especializados:										
Establecimientos	109	106	105	103	96	95	95	95	93	95
Camas	15.787	17.086	15.812	16.438	15.064	15.031	15.092	16.287	19.751	16.083
Ingresados	88.620	94.165	95.024	82.410	76.029	76.934	86.017	100.918	108.406	115.881
Asilos-hospitales y enfermerías:										
Establecimientos	13	13	13	13	13	13	12	12	12	12
Camas (1)	1.613	1.488	1.607	1.611	1.900	1.427	1.350	1.363	1.333	1.518
Ingresados	3.067	3.240	3.133	3.401	3.384	3.635	4.486	4.466	4.582	4.791

(1) Solamente se computan aquellas que en cada establecimiento están destinadas exclusivamente a fines sanitarios.

Morbilidad

Ingresos habidos en los establecimientos, según la Lista C de la Clasificación Internacional de Enfermedades Séptima Revisión 1955

CONCEPTO	Total nacional									
	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Total	782.010	837.672	867.826	897.837	999.723	1.064.553	1 135.278	1.227.791	1.309.099	1.396.131
C 1 Tuberculosis aparato respiratorio	16.743	17.477	17.205	16.688	15.806	14.396	14.002	13.323	12.876	13.701
C 2 Tuberculosis, otras formas	4.444	4.009	3.375	3.160	2.878	2.722	2.494	2.368	2.191	2.167
C 3 Sífilis y sus secuelas	285	233	220	196	171	151	167	134	116	184
C 4 Infección gonocócica	22	23	25	24	14	7	19	26	24	21
C 5 Disenteria, todas formas	38	30	30	18	13	23	19	47	15	24
C 6 Otras enfermedades del tracto intestinal	3.152	2.826	2.641	1.993	1.918	2 107	2.307	2.255	2.383	2.543
C 7a Escarlatina	42	53	115	25	23	25	24	26	47	65
C 7b Difteria	936	803	624	374	215	172	136	109	137	114
C 7c Tos ferina	246	268	118	80	102	99	103	120	178	156
C 7d Sarampión	602	802	616	677	789	689	624	765	878	565
C 7e Parotiditis epidémica	60	13	15	10	9	18	12	65	26	40
C 8 Tifus y enfermedades por rickettsias.	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
C 9 Paludismo (f)	61	50	34	35	25	21	29	30	55	54
C 10 Enfermedades por helmintos	1.401	1.438	1.368	1.301	1.252	1.279	1.306	1.311	1.375	1.465
C 11 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	6.265	7.297	5.752	5.343	5.513	5.679	5.596	5.469	5.246	6.370
C 12 Tumores malignos, incluso los neoplasmas de los tejidos linfático y hematopoyético	10.421	11.377	12.304	12.126	12.997	12.799	12.926	13.153	14.563	14.549
C 13 Tumores benignos y tumores no especificados	27.337	29.043	29.387	29.764	31.868	32.741	35.618	37.984	39.714	41.469
C 14 Desórdenes alérgicos	1.522	2.066	2.531	2.531	3.114	3.273	3.967	5.582	6.141	7.745
C 15 Enfermedades del tiroides	1.247	1.250	1.315	1.425	1.448	1.639	1.532	1.836	2.232	2.509
C 16 Diabetes mellitus	1.352	1.551	1.679	1.891	2.238	2.608	2.866	3.717	4.090	4.773
C 17 Avitaminosis y estados carenciales ...	572	569	458	553	441	455	441	422	366	400
C 18 Anemias	1.453	1.531	1.524	1.597	1.623	1.707	1.867	2.298	2.516	2.565
C 19 Psicosis y psiconeurosis	2.997	3.459	3.343	3.277	3.633	3.944	4.039	4.777	5.018	4.799
C 20 Lesiones vasculares que afectan al sistema nervioso central	2.238	2.436	2.118	2.487	3.198	3.464	3.923	5.025	5.715	6.609
C 21 Enfermedades del ojo	16.757	17.882	18.663	19.082	19.737	20.200	21.917	23.755	25.394	23.450
C 22 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	4.617	5.705	5.858	6.559	7.754	8.661	10.099	10.467	11.452	9.832
C 23 Fiebre reumática	506	416	360	430	369	675	504	397	480	439
C 24 Enfermedad crónica reumática del corazón	2.761	3.564	3.496	3.044	3.317	3.739	3.807	4.091	4.662	4.723
C 25 Enfermedad arteriosclerótica y degenerativa del corazón	1.476	1.645	1.807	1.850	2.362	2.460	3.521	4.604	5.584	7.165
C 26 Enfermedad hipertensiva	938	1.091	1.024	1.210	1.469	1.841	1.933	2.456	2.388	2.223
C 27 Enfermedades de las venas	8.730	9.198	9.408	9.776	9.983	10.645	11.396	12.295	13.809	14.398
C 28 Rinofaringitis aguda (resfriado banal)	151	277	280	326	248	381	209	273	353	499
C 29 Faringitis y amigdalitis aguda e hipertrofia de amígdalas y vegetaciones edemoides	29.633	31.884	33.614	35.562	36.844	39.533	40.628	42.470	44.182	44.023
C 30 Gripe	1.378	1.431	935	865	814	1.029	878	1.349	540	1.094
C 31 Neumonía	3.945	4.894	4.108	4.287	4.036	4.395	4.888	5.791	6.242	9.045
C 32 Bronquitis	6.713	8.162	7.005	7.838	8.207	8.312	9.161	11.373	11.660	14.179
C 33 Silicosis y fibrosis pulmonar profesional	78	62	68	126	131	78	70	101	193	189
C 34 Las demás enfermedades respiratorias	9.052	9.185	8.911	8.691	8.936	9.248	10.097	12.196	13.286	13.668
C 35 Enfermedades del estómago, excepto cáncer	15.931	17.068	16.408	16.987	17.688	17.820	18.239	19.317	20.150	21.455
C 36 Apendicitis	57.239	57.843	59.001	61.527	66.078	66.747	67.787	68.335	70.864	69.745
C 37 Hernia de la cavidad abdominal	36.628	38.602	38.642	39.482	40.813	41.732	42.180	42.366	44.887	45.653
C 38 Diarrea y enteritis	2.829	2.756	3.519	3.053	3.406	3.403	4.480	4.521	5.376	6.807
C 39 Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares	8.575	9.353	9.063	10.074	11.266	13.358	14.097	14.960	17.209	17.359
C 40 Otras enfermedades del aparato digestivo	14.780	15.146	15.692	16.017	17.118	17.846	19.499	22.319	24.135	25.039
C 41 Nefritis y nefrosis	2.192	2.747	3.114	2.740	2.906	3.673	3.438	3.751	4.411	5.435
C 42a Enfermedades de los órganos genitales masculinos	11.198	10.759	10.829	11.887	11.869	12.310	13.186	14.847	15.551	16.300
C 42b Enfermedades de los órganos genitales femeninos	35.603	37.745	36.361	36.987	43.978	47.090	45.990	52.053	55.069	56.850
C 43a Parto normal	108.124	122.241	134.943	138.746	167.989	178.420	192.301	211.660	219.786	229.633
C 43b Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	40.381	42.237	45.406	42.870	42.278	42.768	43.715	42.660	42.918	43.464
C 44 Forúnculo, absceso, celulitis y otras infecciones de la piel	9.178	9.112	9.846	8.949	9.520	9.649	10.029	10.958	11.803	11.487
C 45 Otras enfermedades de la piel	6.252	6.146	6.043	6.308	5.934	6.214	6.587	7.593	7.944	8.826
C 46 Artritis y reumatismo, salvo fiebre reumática	5.532	6.122	6.729	6.608	6.860	6.540	7.298	8.418	9.158	8.987
C 47 Enfermedades de los huesos y de otros órganos del movimiento	14.259	14.555	14.094	15.099	15.196	16.415	17.525	18.667	19.314	18.855
C 48 Malformaciones congénitas y enfermedades de la primera infancia ...	11.153	11.646	12.983	14.508	18.040	19.934	21.243	23.254	26.742	27.484

(1) Los casos de paludismo se han originado fuera del territorio nacional.

Morbilidad

(Continuación)

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
C 49 Otras enfermedades especificadas y las mal definidas	94.910	100.899	110.893	116.444	144.742	161.010	181.913	203.295	228.900	268.733
C 50a Accidentes y envenenamientos profesionales	24.615	25.531	25.406	27.440	29.491	29.808	31.123	32.214	33.624	35.345
C 50b Accidentes y envenenamientos no especificados como profesionales	70.655	77.648	80.715	87.177	97.604	106.870	115.504	122.160	126.697	129.039
C 50c Violencias contra sí mismo u otra persona	1.014	980	531	445	444	833	634	2.513	2.451	2.970
Total ingresos por enfermedad, accidentes, envenenamiento o violencia	741.226	793.262	822.552	848.569	946.723	1.003.860	1.067.943	1.158.321	1.233.716	1.311.336
Ingresos especiales:										
1 Embarazo sin complicaciones	34.962	38.136	39.212	43.184	46.865	54.843	59.834	61.291	64.374	71.010
11 Reconocimiento médico, reposo, convalecencia, acompañar enfermos, etcétera	5.822	6.274	6.062	6.084	6.135	5.855	7.601	8.179	11.009	13.785

Capitales

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Total	633.382	686.973	709.042	730.790	824.027	877.202	932.326	1.003.493	1.065.536	1.139.088
C 1 Tuberculosis aparato respiratorio	11.166	11.050	11.007	10.583	9.978	9.476	9.155	8.738	8.231	8.378
C 2 Tuberculosis otras formas	3.897	3.487	3.015	2.806	2.625	2.457	2.295	2.159	1.956	1.988
C 3 Sífilis y sus secuelas	258	212	203	175	159	144	160	131	106	156
C 4 Infección gonocócica	20	19	20	23	13	6	18	25	19	30
C 5 Disentería todas formas	22	19	23	12	10	12	13	46	13	19
C 6 Otras enfermedades del tracto intestinal	2.831	2.523	2.414	1.836	1.731	1.968	2.109	2.051	2.155	2.310
C 7a Escarlatina	39	49	23	22	21	19	22	25	44	61
C 7b Difteria	825	708	543	341	197	144	122	101	122	97
C 7c Tos ferina	223	234	94	74	90	88	92	109	171	144
C 7d Sarampión	549	722	574	617	628	654	592	725	810	523
C 7e Parotiditis epidémica	52	7	6	8	9	12	8	15	17	14
C 8 Tifus y enfermedades por rickettsias	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
C 9 Paludismo	51	46	34	32	21	20	29	29	55	49
C 10 Enfermedades por helmintos	1.310	1.373	1.331	1.256	1.195	1.193	1.253	1.260	1.306	1.361
C 11 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	5.499	6.650	5.231	4.865	5.113	5.384	5.300	4.970	4.758	5.774
C 12 Tumores malignos, incluso los neoplasmas de los tejidos linfáticos y hematopoyéticos	9.733	10.594	11.462	11.292	12.124	11.918	11.942	12.188	13.429	13.527
C 13 Tumores benignos y no especificados	23.003	24.562	24.983	25.324	27.156	27.656	30.202	32.151	33.474	34.816
C 14 Desórdenes alérgicos	1.234	1.723	2.186	2.208	2.764	2.860	3.510	4.979	5.460	6.844
C 15 Enfermedades del tiroides	1.109	1.128	1.202	1.298	1.279	1.378	1.347	1.637	2.007	2.253
C 16 Diabetes mellitus	1.203	1.409	1.540	1.747	2.061	2.377	2.642	3.417	3.728	4.271
C 17 Avitaminosis y estados carenciales	454	479	387	472	396	401	383	373	342	348
C 18 Anemias	1.177	1.285	1.292	1.392	1.439	1.467	1.657	2.039	2.232	2.291
C 19 Psicosis y psiconeurosis	2.677	3.106	3.006	2.990	3.295	3.656	3.702	4.418	4.699	4.414
C 20 Lesiones vasculares que afectan al sistema nervioso central	1.842	2.126	1.857	2.187	2.880	3.157	3.558	4.479	5.169	5.896
C 21 Enfermedades del ojo	15.238	10.211	16.894	17.222	17.562	18.007	19.419	21.081	22.743	23.589
C 22 Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	4.331	5.441	5.521	6.256	7.464	8.330	9.748	9.953	10.936	9.257
C 23 Fiebre reumática	453	390	338	404	351	622	465	371	445	410
C 24 Enfermedad crónica reumática del corazón	2.664	3.417	3.345	2.932	3.195	3.493	3.568	3.784	4.329	4.372
C 25 Enfermedad arterioesclerótica y degenerativa del corazón	1.327	1.461	1.601	1.677	2.157	2.154	3.172	4.202	4.949	6.225
C 26 Enfermedad hipertensiva	834	1.005	943	1.132	1.377	1.744	1.862	2.296	2.146	2.111
C 27 Enfermedad de las venas	7.102	7.442	7.614	7.880	8.057	8.596	9.259	9.780	11.201	11.593
C 28 Rinofaringitis aguda (resfriado banal)	123	259	268	308	141	377	194	236	322	469
C 29 Faringitis, amigdalitis aguda e hipertrofia de amígdalas y vegetaciones adenoides	23.631	25.823	27.636	29.355	30.184	31.903	33.024	34.142	34.688	34.876
C 30 Gripe	715	739	547	510	538	745	619	888	356	776
C 31 Neumonía	3.352	4.174	3.553	3.710	3.474	3.916	4.427	5.063	5.562	8.087
C 32 Bronquitis	5.587	6.950	6.009	6.749	7.214	7.211	7.965	10.143	10.304	12.722
C 33 Silicosis y fibrosis pulmonar profesional	67	41	59	118	126	55	55	80	175	153
C 34 Las demás enfermedades respiratorias	7.865	8.016	7.917	7.722	7.908	8.117	8.739	10.573	11.423	11.806

Morbilidad

(Continuación)

CONCEPTO	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
C 35 Enfermedades del estómago, excepto cáncer	13.646	14.594	14.116	14.462	15.119	15.317	15.501	16.437	17.119	18.463
C 36 Apendicitis	46.483	47.409	47.909	49.401	53.059	54.053	54.227	54.466	55.916	54.672
C 37 Hernia de la cavidad abdominal	29.891	31.580	31.525	31.993	33.498	34.181	34.140	34.132	36.036	36.434
C 38 Diarrea y enteritis	2.365	2.351	3.121	2.683	3.015	3.050	4.023	4.002	4.814	6.091
C 39 Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares	7.479	8.181	8.018	8.867	9.853	11.763	12.426	13.138	15.178	15.507
C 40 Otras enfermedades del aparato di- gestivo	12.556	12.862	13.387	13.713	14.730	15.416	16.630	19.114	20.580	21.442
C 41 Nefritis y nefrosis	1.985	2.489	2.795	2.497	2.655	3.439	3.148	3.362	4.058	5.045
C 42a Enfermedades de los órganos geni- tales masculinos	9.602	9.054	9.220	10.153	9.961	10.515	11.052	12.476	12.900	13.427
C 42b Enfermedades de los órganos geni- tales femeninos	28.443	29.945	28.770	29.411	35.849	38.731	37.901	42.519	45.262	46.811
C 43a Parto normal	87.853	99.012	103.780	110.268	136.878	141.861	150.573	163.246	168.904	173.230
C 43b Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	29.609	31.510	33.713	30.451	29.501	29.989	27.306	29.005	30.012	31.199
C 44 Forúnculo, absceso, celulitis y otras infecciones de la piel	7.328	7.228	7.893	7.218	7.777	7.683	8.029	8.577	9.158	8.573
C 45 Otras enfermedades de la piel	5.435	5.419	5.434	5.594	5.279	5.416	5.798	6.670	6.886	7.766
C 46 Artritis y reumatismo, salvo fiebre reumática	4.481	4.918	5.566	5.571	5.946	5.664	6.375	7.425	8.038	7.801
C 47 Enfermedades de los huesos y de otros órganos del movimiento	11.433	11.916	11.558	12.178	12.492	13.529	14.268	15.240	16.210	15.179
C 48 Malformaciones congénitas y enfer- medades de la primera infancia	10.240	10.566	11.792	13.172	16.699	13.253	19.338	21.020	23.490	23.560
C 49 Otras enfermedades especificadas y las enfermedades mal definidas	82.841	89.614	95.519	100.250	126.612	140.394	160.677	177.520	199.427	234.105
C 50a Accidentes y envenenamientos	15.309	16.193	16.034	17.459	19.839	20.614	20.903	21.875	22.433	24.646
C 50b Accidentes y envenenamientos no pro- fesionales	57.477	63.413	65.411	70.361	78.726	87.053	92.546	96.099	97.531	98.610
C 50c Otras violencias	818	794	415	360	384	451	481	2.315	2.226	2.791
Total ingresos por enfermedades, acciden- tes, envenenamiento o violencia	608.037	653.916	675.644	693.613	782.807	829.162	877.969	947.300	1.006.110	1.067.520
Ingresos especiales:										
I. Embarazo sin complicaciones	25.992	27.717	27.850	31.840	35.640	42.712	47.310	49.325	50.402	59.028
II. Reconocimiento médico, reposo con- valescencia, acompañar enfermos, etc.	4.853	5.345	5.548	5.337	5.580	5.388	7.047	6.868	9.024	11.532

Causas de muerte

Fallecidos según la Lista B de la Clasificación Internacional de Enfermedades

(Octava revisión, 1965)

CONCEPTO	1970		1971		1972		1973	
	Cifras absolutas	Cifras relativas	Cifras absolutas	Cifras relativas	Cifras absolutas	Cifras relativas	Cifras absolutas	Cifras relativas
Total	280.170	100,00	302.869	100,00	280.163	100,00	296.524	100,00
B 1 Cólera	—	—	—	—	—	—	—	—
B 2 Fiebre tifoidea	33	0,01	38	0,01	27	0,01	30	0,01
B 3 Disenteria bacilar y amebiasis	5	—	2	—	5	—	3	—
B 4 Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1.147	0,41	1.288	0,43	1.311	0,47	1.296	0,44
B 5 Tuberculosis del aparato respiratorio	3.202	1,14	3.224	1,06	2.691	0,96	2.593	0,88
B 6 Otras tuberculosis, incluyendo efectos tardíos	394	0,14	370	0,12	323	0,12	284	0,10
B 7 Peste	—	—	—	—	—	—	—	—
B 8 Difteria	5	—	6	—	6	—	3	—
B 9 Tos ferina	9	—	9	—	—	—	5	—
B 10 Angina estreptocócica y escarlatina	4	—	1	—	7	—	5	—
B 11 Infecciones meningocócicas	259	0,09	468	0,15	455	0,16	406	0,14
B 12 Poliomieltis aguda	21	0,01	41	0,01	25	0,01	19	0,01
B 13 Viruela	—	—	—	—	—	—	—	—
B 14 Sarampión	95	0,03	66	0,02	110	0,04	66	0,02
B 15 Tifus y otras rickettsiosis	—	—	—	—	1	—	—	—
B 16 Paludismo (1)	—	—	1	—	2	—	2	—
B 17 Sífilis y sus secuelas	258	0,09	294	0,10	207	0,07	229	0,08
B 18 Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	1.834	0,65	1.851	0,61	1.703	0,61	1.655	0,56
B 19 Tumores malignos, incluyendo los neoplasmas del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos	45.631	13,29	47.575	15,71	47.992	17,13	49.538	16,72
B 20 Tumores benignos y tumores de naturaleza no especificada	324	0,12	154	0,05	205	0,07	187	0,06
B 21 Diabetes mellitus	4.543	1,62	5.675	1,87	5.534	1,98	6.241	2,10
B 22 Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	82	0,03	210	0,07	285	0,10	338	0,11
B 23 Anemias	724	0,26	699	0,23	691	0,25	647	0,22
B 24 Meningitis	475	0,17	625	0,21	550	0,20	517	0,17
B 25 Flebre reumática activa	479	0,17	343	0,12	204	0,07	99	0,03
B 26 Enfermedades reumáticas crónicas del corazón	7.480	2,67	8.125	2,68	6.118	2,18	5.587	1,88
B 27 Enfermedades hipertensivas	4.664	1,67	3.424	1,13	2.433	0,87	2.394	0,81
B 28 Enfermedades isquémicas del corazón	15.692	5,60	20.284	6,70	21.606	7,71	23.270	7,85
B 29 Otras enfermedades del corazón	33.834	12,08	35.440	11,70	30.791	11,00	31.655	10,60
B 30 Enfermedades cerebrovasculares	38.417	13,71	42.805	14,13	44.859	16,01	48.970	16,52
B 31 Gripe	1.949	0,70	4.594	1,52	2.122	0,78	5.663	1,91
B 32 Neumonía	9.981	3,58	13.220	4,37	11.596	4,14	13.023	4,39
B 33 Bronquitis, enfisema y asma	11.448	4,09	12.986	4,29	11.194	4,00	11.616	3,92
B 34 Úlcera péptica	1.916	0,68	2.240	0,74	2.226	0,79	2.106	0,71
B 35 Apendicitis	184	0,06	171	0,06	212	0,08	216	0,07
B 36 Obstrucción intestinal y hernia	1.501	0,53	2.105	0,70	2.001	0,71	2.019	0,68
B 37 Cirrosis hepática	7.219	2,58	7.747	2,56	7.577	2,70	7.712	2,60
B 38 Nefritis y nefrosis	4.077	1,45	4.186	1,38	3.984	1,42	3.677	1,24
B 39 Hiperplasia de la próstata	576	0,20	582	0,19	631	0,23	939	0,32
B 40 Aborto	15	0,01	9	—	22	0,01	19	0,01
B 41 Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio. Parto sin mención de complicación	202	0,07	190	0,06	193	0,07	161	0,05
B 42 Anomalías congénitas	1.643	0,59	1.823	0,60	2.112	0,75	2.389	0,77
B 43 Lesiones al nacer, partos distócicos y otras afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales	666	0,24	841	0,28	936	0,33	732	0,25
B 44 Otras causas de mortalidad perinatal	2.711	0,97	1.440	0,48	1.433	0,51	1.557	0,52
B 45 Síntomas y estados morbosos mal definidos	22.634	8,08	24.446	8,07	17.291	6,17	17.670	6,03
B 46 Todas las demás enfermedades	39.920	14,25	39.370	13,00	33.952	12,12	35.239	11,88
ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS (POR LA CAUSA EXTERNA)								
BE 47 Accidentes de vehículos de motor	4.583	1,64	4.672	1,54	4.899	1,75	5.213	1,77
BE 48 Los demás accidentes	7.296	2,60	7.061	2,53	7.947	2,84	8.798	2,97
BE 49 Suicidio y lesiones autoinfligidas	1.424	0,51	1.473	0,49	1.523	0,54	1.467	0,49
BE 50 Las demás causas externas	214	0,08	84	0,03	105	0,04	103	0,03

(1) Casos originados fuera del territorio nacional.

Fallecidos menores de un año según la Lista B de la Clasificación Internacional de Enfermedades
(Octava revisión, 1965)

CONCEPTO	1970		1971		1972		1973	
	Cifras absolutas	Cifras relativas	Cifras absolutas	Cifras relativas	Cifras absolutas	Cifras relativas	Cifras absolutas	Cifras relativas
Total	13.632	100,00	12.552	100,00	10.905	100,00	10.167	100,00
1 Cólera	—	—	—	—	—	—	—	—
2 Fiebre tifoidea	—	—	—	—	—	—	—	—
3 Disentería bacilar y amebiasis	1	0,01	—	—	2	0,02	—	—
4 Enteritis y otras enfermedades diarreicas	837	6,14	786	6,26	752	6,90	669	6,58
5 Tuberculosis del aparato respiratorio	6	0,04	6	0,05	7	0,06	1	0,01
6 Otras tuberculosis, incluyendo efectos tardios	13	0,09	17	0,14	15	0,14	6	0,08
7 Peste	—	—	—	—	—	—	—	—
8 Difteria	1	0,01	1	0,01	2	0,02	1	0,01
9 Tos ferina	8	0,06	8	0,06	4	0,04	5	0,05
10 Angina estreptocócica y escarlatina	1	0,01	—	—	1	0,01	2	0,02
11 Infecciones meningocócicas	103	0,75	154	1,23	158	1,45	133	1,31
12 Poliomielitis aguda	4	0,03	11	0,09	7	0,06	3	0,03
13 Viruela	—	—	—	—	—	—	—	—
14 Sarampión	43	0,31	32	0,25	42	0,38	19	0,19
15 Tifus y otras rickettsiosis	—	—	—	—	—	—	—	—
16 Paludismo	—	—	—	—	—	—	—	—
17 Sífilis y sus secuelas	3	0,02	3	0,02	—	—	2	0,02
18 Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	613	4,50	618	4,92	554	5,08	524	5,15
19 Tumores malignos, incluyendo los neoplasmas del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos	73	0,53	64	0,51	41	0,38	66	0,65
20 Tumores benignos y tumores de naturaleza no especificada	—	—	5	0,04	3	0,03	3	0,03
21 Diabetes mellitus	16	0,12	17	0,14	9	0,08	11	0,11
22 Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	50	0,37	47	0,37	34	0,31	28	0,27
23 Anemias	38	0,28	31	0,25	18	0,16	15	0,15
24 Meningitis	223	1,63	242	1,93	198	1,82	189	1,86
25 Fiebre reumática activa	—	—	—	—	—	—	—	—
26 Enfermedades reumáticas crónicas del corazón	—	—	—	—	—	—	—	—
27 Enfermedades hipertensivas	—	—	—	—	—	—	—	—
28 Enfermedades isquémicas del corazón	—	—	—	—	—	—	—	—
29 Otras enfermedades del corazón	619	4,54	732	5,83	509	4,67	446	4,39
30 Enfermedades cerebrovasculares	354	2,60	268	2,13	301	2,76	242	2,38
31 Gripe	196	1,44	200	1,59	128	1,17	145	1,42
32 Neumonía	1.359	9,97	2.011	16,02	1.653	15,16	1.346	13,24
33 Bronquitis, enfisema y asma	187	1,37	163	1,30	109	1,00	83	0,82
34 Úlcera péptica	—	—	1	0,01	1	0,01	—	—
35 Apendicitis	4	0,03	1	0,01	3	0,03	3	0,03
36 Obstrucción intestinal y hernia	121	0,89	113	0,90	108	0,99	118	1,16
37 Cirrosis hepática	—	—	—	—	—	—	—	—
38 Nefritis y nefrosis	29	0,21	22	0,18	18	0,16	16	0,16
39 Hiperplasia de la próstata	—	—	—	—	—	—	—	—
40 Aborto	—	—	—	—	—	—	—	—
41 Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio. Parto sin mención de complicación	1.261	9,25	1.425	11,35	1.611	14,77	1.723	16,95
42 Anomalías congénitas	—	—	—	—	—	—	—	—
43 Lesiones al nacer, partos distócicos y otras afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales	666	4,88	841	6,70	936	8,58	732	7,20
44 Otras causas de mortalidad perinatal	2.711	19,89	1.440	11,47	1.433	13,14	1.557	15,31
45 Síntomas y estados morbosos mal definidos	743	5,45	1.281	10,20	710	6,51	661	6,50
46 Todas las demás enfermedades	3.195	23,44	1.807	14,40	1.327	12,17	1.176	11,57
ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS (POR LA CAUSA EXTERNA)								
BE 47 Accidentes de vehículos de motor	20	0,15	22	0,18	23	0,21	25	0,24
BE 48 Los demás accidentes	129	0,95	178	1,42	184	1,69	213	2,09
BE 49 Suicidio y lesiones autoinfligidas	—	—	—	—	—	—	—	—
BE 50 Las demás causas externas	5	0,04	5	0,04	4	0,04	2	0,02

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

Sexo y edad	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970
Varones								
Menores de 1 año	10,1	11,7	11,4	10,8	8,8	6,5	5,0	2,8
De 1 a 4 años	7,8	9,1	8,2	6,6	3,7	2,7	1,0	0,5
De 5 a 49 años	11,5	11,0	12,3	11,6	16,9	11,8	6,9	6,8
De 50 y más años	21,6	19,0	18,7	22,6	25,0	30,1	37,6	41,1
No consta	—	0,1	0,1	0,1	0,6	0,2	0,3	0,3
TOTAL	51,0	50,9	50,7	51,7	55,0	51,3	50,8	51,5
Mujeres								
Menores de 1 año	8,4	9,5	9,5	8,8	7,3	5,4	3,8	2,1
De 1 a 4 años	7,4	8,7	7,9	6,2	3,6	2,5	0,8	0,4
De 5 a 49 años	11,6	11,3	12,6	10,6	10,1	9,1	5,0	3,8
De 50 y más años	21,6	19,5	19,2	22,6	23,8	31,6	39,4	42,2
No consta	—	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3
TOTAL	49,0	49,1	49,3	48,3	45,0	48,7	49,2	48,5

FUENTE: Elaboración en base al Movimiento Natural de la Población del INE.

TASA DE MORTALIDAD POR CAUSAS DE DEFUNCION Y SEXO (por 100.000 habitantes de cada sexo)

Causas de defunción	1910		1920		1930		1940	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Tuberculosis del aparato respiratorio	133,5	113,7	148,6	133,1	111,8	88,1	110,1	73,0
Tumores malignos	46,7	55,6	56,2	63,0	68,4	73,0	66,6	65,8
Diabetes Mellitus	5,9	6,2	6,0	7,1	7,3	10,9	6,7	9,9
Enfermedades cerebrovasculares	145,2	133,7	124,4	119,3	109,7	107,8	119,9	115,7
Enfermedades del corazón y vasculares	232,4	250,2	249,9	267,2	237,9	250,4	278,7	262,5
Bronquitis y neumonia	386,8	321,1	370,0	309,0	285,6	225,3	241,6	190,1
Cirrosis hepática	18,7	14,9	18,2	12,8	18,6	12,8	11,4	7,5
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	—	33,1	—	28,5	—	19,8	—	13,9
Accidentes	39,8	17,3	32,7	11,4	30,4	8,7	52,8	16,0
Resto de las causas	1.390,9	1.238,7	1.426,1	1.266,0	902,5	783,8	993,3	667,0
TOTAL	2.399,9	2.184,5	2.432,2	2.217,4	1.772,2	1.580,6	1.881,1	1.421,4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS DE DEFUNCION Y SEXO (total de fallecidos = 100)

(Conclusión)

Causas de defunción	1950		1960		1970	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Tuberculosis y aparato respiratorio ...	8.99	6.29	3.42	1.65	1.70	0.55
Tumores malignos ...	6.78	7.38	13.81	13.16	17.25	15.26
Diabetes Mellitus ...	0.37	0.65	0.73	1.37	1.08	2.20
Enfermedades cerebrovasculares...	7.41	9.37	10.64	13.57	11.85	15.69
Enfermedades del corazón y vasculares ...	20.62	24.59	18.73	22.20	26.75	30.75
Bronquitis y neumonía ...	10.52	10.01	8.17	7.73	8.04	7.24
Cirrosis hepática ...	1.08	0.77	2.14	1.33	3.28	1.83
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio ...	—	0.41	—	0.35	—	0.16
Accidentes ...	3.51	1.23	5.16	1.79	6.15	2.22
Resto de las causas ...	40.72	39.30	37.20	36.85	23.90	24.10
Total de fallecidos ...	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FUENTE: Elaboración en base al Movimiento Natural de la Población del INE.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR SEXO (por 1.000 nacidos vivos de cada sexo)

Sexo	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970
Varones	213.3	157.3	172.1	124.1	114.9	68.3	39.2	23.3
Mujeres	194.7	140.4	157.6	109.5	102.1	59.8	31.5	18.0
TOTAL	204.5	149.3	165.2	117.1	108.8	64.2	35.5	20.8

FUENTE: Elaboración en base al Movimiento Natural de la Población del INE.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR SEXO RECTIFICADA (por 1.000 nacidos con vida de cada sexo)

Sexo	1940	1950	1960	1970
Varones	133.3	71.1	46.9	29.5
Mujeres	118.0	61.8	37.0	22.9
TOTAL	125.9	66.6	42.1	26.2

FUENTE: Elaboración en base al Movimiento Natural de la Población del INE.

TASA DE MORTINATALIDAD POR SEXO (nacidos muertos y muertos al nacer respecto a 1.000 nacidos con vida de cada sexo)

Sexo	1940	1950	1960	1970
Varones	30,7	33,4	34,9	22,1
Mujeres	22,5	25,0	24,8	17,5
TOTAL	26,7	29,3	30,0	19,9

FUENTE: Elaboración en base al Movimiento Natural de la Población del INE.

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL ENDOGENA Y EXOGENA (por 1.000 nacidos con vida)

	1950	1960	1970
Mortalidad endógena	9,2	12,6	12,9
Mortalidad exógena... ..	57,4	29,5	13,3

FUENTE: Elaboración en base al Movimiento Natural de la Población del INE.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS DE DEFUNCION Y SEXO (por 100.000 menores de 1 año de cada sexo)

Causas de defunción	1910		1920		1930		1940	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Sarampión	269,5	247,9	287,2	245,2	228,8	200,3	120,6	109,0
Escarlatina	43,5	36,7	33,0	24,8	3,5	4,9	4,0	4,6
Tosferina	280,7	322,8	394,2	471,7	111,9	149,1	117,0	145,9
Difteria	101,2	91,8	88,3	69,7	34,2	32,5	93,3	74,3
Tumores malignos	2,2	2,8	2,2	4,6	1,2	0,8	0,4	0,5
Meningitis	1.637,3	1.351,2	1.581,4	1.357,8	739,2	617,4	Sin dato	Sin dato
Bronquitis y neumonía	3.984,2	3.175,7	3.514,2	2.854,0	2.327,5	1.986,3	3.573,0	2.936,1
Diarrea y enteritis	6.754,3	5.942,4	8.831,6	7.944,6	6.638,6	5.846,7	5.459,2	4.839,2
Debilidad y anomalías congénitas...	3.967,8	3.251,5	3.978,1	3.323,9	2.823,1	2.333,9	4.005,8	3.286,7
Resto de las causas	6.637,5	5.444,7	6.335,5	5.164,4	3.597,2	3.003,3	3.264,1	2.744,9
TOTAL	23.678,2	19.867,5	25.045,7	21.460,7	16.505,2	14.175,2	16.637,4	14.141,2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS DE DEFUNCION Y SEXO

(Conclusión)

Causas de defunción	1950		1960		1970	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Sarampion	0,72	0,87	0,61	0,74	0,25	0,40
Escarlatina	0,02	0,02	0,04	0,02	—	0,02
Tosferina	0,78	1,12	0,42	0,44	0,04	0,09
Difteria	0,31	0,22	0,17	0,21	—	0,02
Tumores malignos	—	0,01	0,36	0,36	0,57	0,49
Meningitis	3,06	3,47	2,73	3,01	1,60	1,69
Bronquitis y neumonia	23,20	24,19	20,09	21,40	11,16	11,59
Diarrea y enteritis ...	21,23	21,24	9,76	10,59	7,71	8,12
Debilidad y anomalias congénitas ...	28,23	25,96	30,29	27,64	13,65	12,89
Resto de las causas	22,45	22,90	35,53	35,59	65,02	64,69
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FUENTE: Elaboración en base al Movimiento Natural de la Población del INE.

TASA DE HOSPITALIZACIONES (por 100.000 habitantes)

Años	1963	1970
Tasa	4.601	6.621

FUENTE: Elaboración en base al Censo de Establecimientos Sanitarios del INE, Catálogo de Hospitales y a los Anuarios del INE.

CENSO DE
ESTABLECIMIENTOS
Y EQUIPAMIENTO
SANITARIO



Establecimientos sanitarios, según la finalidad y la entidad jurídica de quien dependen

DEPENDENCIA FINALIDAD	TOTAL DE ESTABLECI- MIENTOS	ADMINISTRACION CENTRAL					ADMINISTRACION LOCAL		
		TOTAL	Gobernación	Educación v Ciencia	Militares	Otros	TOTAL	Diputaciones y Cabildos	Municipios
TOTAL	1.287	175	117	8	42	8	218	114	104
HOSPITALES GENERALES	261	51	3	6	41	1	110	53	57
HOSPITALES ESPECIALES	1.026	124	114	2	1	7	108	61	47
Quirúrgicos	629	10	5	1	-	4	25	1	24
Maternidades	166	56	53	1	-	2	27	15	12
Infantiles	21	7	7	-	-	-	3	3	-
Psiquiátricos	113	7	6	-	-	1	39	37	2
Antituberculosos	44	35	35	-	-	-	1	1	-
Otros	53	9	8	-	1	-	13	4	9

Establecimientos sanitarios, según la finalidad y la entidad jurídica de quien dependen

DEPENDENCIA FINALIDAD	SEGURIDAD SOCIAL			Beneficencia particular	Iglesia	Cruz Roja Española	Particulares	Otros
	TOTAL	Instituto Nacional de Previsión	Obra Sindical 18 de Julio					
TOTAL	99	69	30	72	83	40	597	3
HOSPITALES GENERALES	22	20	2	45	7	10	15	1
HOSPITALES ESPECIALES	77	49	28	27	76	30	582	2
Quirúrgicos	75	47	28	13	47	29	429	1
Maternidades	2	2	-	2	1	-	78	-
Infantiles	-	-	-	1	3	-	7	-
Psiquiátricos	-	-	-	2	19	-	46	-
Antituberculosos	-	-	-	1	1	-	6	-
Otros	-	-	-	8	5	1	16	1

Establecimientos sanitarios, según la capacidad y la finalidad de los mismos

FINALIDAD CAPACIDAD (Unidades de hospitalización)	TOTAL	HOSPITALES GENERALES	HOSPITALES ESPECIALES						
			Total	Quirúrgicos	Maternidades	Infantiles	Psiquiátricos	Antituber- culosos	Otros
TOTAL	1.287	261	1.026	629	166	21	113	44	53
Menos de 20	352	16	336	178	129	5	12	-	12
De 20 a 49	343	45	298	234	22	7	20	1	14
De 50 a 99	200	47	153	108	11	3	14	4	13
De 100 a 199	139	46	93	69	1	4	6	7	6
De 200 a 499	175	72	103	36	3	2	25	29	8
De 500 a 999	50	22	28	4	-	-	22	2	-
De 1.000 y más	28	13	15	-	-	-	14	1	-

Establecimientos sanitarios, según la capacidad y la entidad jurídica de quien dependen

DEPENDENCIA CAPACIDAD (Unidades de hospitalización)	SEGURIDAD SOCIAL			Beneficencia particular	Iglesia	Cruz Roja Española	Particulares	Otros
	TOTAL	Instituto Nacional de Previsión	Obra Sindical 18 de Julio					
TOTAL	99	68	30	72	23	40	597	0
Menos de 20.....	-	-	-	7	7	1	252	0
De 20 a 49.....	24	5	19	22	14	15	212	0
De 50 a 99.....	11	5	6	15	25	14	64	0
De 100 a 199.....	16	12	4	19	21	9	35	-
De 200 a 499.....	34	33	1	5	7	1	11	-
De 500 a 999.....	7	7	-	3	3	-	2	-
De 1.000 y mas.....	7	7	-	1	6	-	1	-

Capacidad de los Establecimientos sanitarios según la finalidad de los mismos

CAPACIDAD FINALIDAD	TOTAL DE UNIDADES DE HOSPITALIZACION	CAMAS			INCUBADORAS
		TOTAL	En unidades generales	En unidades especiales	
TOTAL	177,385	175,143	172,167	2,956	2,042
HOSPITALES GENERALES.....	71,211	70,148	68,316	1,832	1,063
HOSPITALES ESPECIALES.....	106,174	104,995	103,871	1,124	1,179
Quirúrgicos.....	39,962	39,113	38,466	647	549
Maternidades.....	3,419	3,232	3,213	19	189
Infantiles.....	1,972	1,835	1,732	103	137
Psiquiátricos.....	42,700	42,700	42,560	140	-
Antituberculosos.....	13,362	13,359	13,219	140	3
Otros.....	4,759	4,756	4,681	75	7

Establecimientos sanitarios, según la capacidad y la entidad jurídica de quien dependen

DEPENDENCIA CAPACIDAD (Unidades de hospitalización)	TOTAL DE ESTABLE- CIMIENTOS	ADMINISTRACION CENTRAL					ADMINISTRACION LOCAL		
		TOTAL	Gobernación	Educación y Ciencia	Militares	Otros	TOTAL	Diputaciones y Cabildos	Municipios
TOTAL	1,287	175	117	8	42	8	218	114	104
Menos de 20.....	352	58	56	-	1	1	26	4	22
De 20 a 49.....	343	10	6	-	-	4	45	11	34
De 50 a 99.....	200	7	1	-	5	1	43	13	30
De 100 a 199.....	139	16	9	1	6	-	23	6	15
De 200 a 499.....	175	68	40	4	23	2	48	45	3
De 500 a 999.....	50	11	4	1	6	-	24	24	-
De 1.000 y más.....	28	4	1	2	1	-	9	9	-

Capacidad de los Establecimientos sanitarios según la entidad jurídica de quien dependen

DEPENDENCIA	CAPACIDAD	TOTAL DE UNIDADES DE HOSPITALIZACION	CAMAS			TOTAL
			TOTAL	En unidades generales	En unidades especiales	
TOTAL		177,365	179,143	172,197	2,946	2,242
ADMINISTRACION CENTRAL		37,959	37,735	37,030	705	224
Gobernación		19,253	19,154	18,895	259	99
Educación y Ciencia		5,012	4,957	4,817	140	55
Militares		13,023	12,966	12,660	306	57
Otros		671	658	658	-	13
ADMINISTRACION LOCAL		52,657	52,348	51,653	695	315
Diputaciones y Cabildos		46,652	46,408	45,840	568	244
Municipios		6,005	5,940	5,813	127	71
SEGURIDAD SOCIAL		33,056	32,046	31,130	916	1,120
Instituto Nacional de Previsión		31,118	30,120	29,075	991	960
Obra Sindical 18 de Julio		1,938	1,926	1,901	25	60
BENEFICENCIA PARTICULAR		9,132	9,073	8,893	180	71
IGLESIA		16,105	16,038	15,891	147	56
CRUZ ROJA ESPAÑOLA		2,890	2,837	2,750	77	59
PARTICULARES		25,457	24,965	24,599	366	154
OTROS		102	101	101	-	1

Habitaciones en unidades generales de los Establecimientos sanitarios, según la finalidad de los mismos

FINALIDAD	HABITACIONES	HABITACIONES							
		TOTAL	Con 1 cama	Con 2 camas	Con 3 camas	Con 4 camas	Con 5 camas	Con 6 camas	Con más de 6 camas
TOTAL		61,290	23,911	19,665	6,437	3,684	1,205	2,933	2,445
HOSPITALES GENERALES		23,036	6,694	8,854	2,762	1,783	365	1,150	1,207
HOSPITALES ESPECIALES		38,252	17,217	10,811	3,675	1,901	641	1,783	2,238
Quirúrgicos		21,552	11,279	7,119	1,468	713	148	234	491
Maternidades		1,832	1,106	450	91	95	31	14	42
Infantiles		478	189	86	39	90	23	33	48
Psiquiátricos		8,895	3,348	1,480	1,152	479	314	453	1,659
Antituberculosos		3,810	732	1,125	352	303	92	937	169
Otros		1,685	593	551	150	141	33	99	118

Habitaciones en unidades generales de los Establecimientos sanitarios, según la entidad jurídica de quien dependen

DEPENDENCIA	HABITACIONES							
	TOTAL	Con 1 cama	Con 2 camas	Con 3 camas	Con 4 camas	Con 5 camas	Con 6 camas	Con 6 camas de 6 camas
TOTAL	61.290	23.911	19.665	6.437	3.694	1.206	2.933	3.454
ADMINISTRACION CENTRAL	10.022	2.624	3.310	3.984	889	269	1.307	780
Gobernación	4.880	922	1.391	3.750	552	161	1.048	366
Educación y ciencia	1.597	486	480	76	209	50	228	68
Militares	3.341	1.152	1.439	158	114	34	110	334
Otros	204	84	57	32	14	24	1	12
ADMINISTRACION LOCAL	12.179	3.137	3.597	1.820	866	106	660	1.703
Diputaciones y cabildos	10.115	2.461	2.786	1.625	772	360	667	1.642
Municipios	2.064	676	811	195	94	46	83	159
SEGURIDAD SOCIAL	12.387	1.459	6.218	2.749	1.177	274	496	74
Instituto Nacional de Previsión	11.424	1.204	5.630	2.682	1.129	272	493	14
Obra Sindical IA de julio	963	255	588	67	38	2	3	10
BENEFICENCIA PARTICULAR	3.954	2.256	877	220	281	77	64	159
IGLESIA	5.512	3.275	793	306	250	137	330	515
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	1.692	935	627	62	42	9	9	13
PARTICULARES	15.477	10.192	4.152	574	189	35	75	256
OTROS	67	33	34	-	-	-	-	-

Personal de los Establecimientos sanitarios, según la categoría y el régimen laboral

REGIMEN LABORAL CATEGORIAS	TOTAL PERSONAL	PERSONAL VINCULADO AL HOSPITAL			COLABORADORES HABITUALES
		TOTAL	Con 36 horas semanales y más	Con menos de 36 horas semanales	
TOTAL	136,307	126,461	118,116	8,345	9,846
PERSONAL DIRECTIVO	1,767	1,506	1,263	243	261
Directores y Gerentes.....	917	758	595	163	159
Administradores e Intendentes.....	850	748	668	80	102
PERSONAL SANITARIO	86,720	78,105	71,686	6,419	8,615
Médicos.....	27,184	20,270	16,135	4,115	6,934
De medicina interna y especialidades médicas.....	5,305	3,725	2,834	891	1,580
De cirugía general y especialidades quirúrgicas.....	7,511	4,912	3,440	1,472	2,599
Especialistas en obstetricia y ginecología.....	2,603	1,691	1,294	397	912
Especialistas en psiquiatría.....	1,259	923	634	289	330
Especialistas en pediatría.....	1,787	1,245	999	246	542
Servicios y Departamentos Centrales.....	3,385	3,004	2,570	434	391
De guardia.....	1,748	1,563	1,274	289	185
En periodo de formación.....	3,576	3,187	3,090	97	389
Farmacéuticos.....	281	260	207	53	21
Otros titulados superiores con función sanitaria.....	460	368	264	104	92
Personal de enfermería titulado.....	25,799	24,901	23,726	1,175	898
Enfermeras jefe y supervisoras.....	1,747	1,696	1,641	55	51
Matronas y A.T.S. especializadas en obstetricia.....	2,151	1,785	1,565	220	366
Otros A.T.S. especializados.....	2,655	2,579	2,418	161	76
Practicantes y A.T.S. masculinos.....	3,418	3,183	2,679	504	235
Enfermeras y A.T.S. femeninos.....	15,828	15,668	15,423	235	170
Personal auxiliar de enfermería.....	32,996	32,326	31,354	972	670
Auxiliares de clínica especializados.....	4,465	4,327	4,166	161	138
Auxiliares de clínica.....	18,721	18,605	18,307	298	116
Otros auxiliares sanitarios.....	9,810	9,394	8,881	513	416
PERSONAL NO SANITARIO	47,820	46,850	45,167	1,683	970
Capellanes.....	967	814	627	187	153
Titulados superiores y de grado medio.....	735	694	617	77	41
Asistentes Sociales.....	608	509	415	94	99
Administrativos.....	6,639	6,526	6,277	249	113
Subalternos.....	10,917	10,857	10,593	264	60
Personal de oficio cualificado.....	9,132	9,034	8,671	363	98
Personal sin cualificar.....	18,822	18,416	17,967	449	406

Personal de los Establecimientos sanitarios, según la categoría y la entidad jurídica de quien dependen

DEPENDENCIA CATEGORIAS	TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS	ADMINISTRACION CENTRAL					ADMINISTRACION LOCAL		
		TOTAL	Gobernacion	Educacion y Ciencia	Militares	Otros	TOTAL	Diputaciones y Cabildos	Municipios
TOTAL	136,307	23,272	8,127	8,179	6,583	383	26,688	22,233	4,458
PERSONAL DIRECTIVO	1,767	239	124	20	87	8	308	170	139
Directores y Gerentes	917	110	58	11	36	5	129	70	59
Administradores e Intendentes	850	129	66	9	51	3	179	100	79
PERSONAL SANITARIO	86,720	12,844	3,657	5,671	3,334	182	16,632	13,825	2,497
Médicos	27,184	4,552	1,212	2,487	784	69	4,662	3,629	1,033
De medicina interna y especialidades médicas	5,305	990	379	397	192	22	1,038	690	348
De cirugía general y especialidades quirúrgicas	7,511	811	183	434	180	14	1,022	729	293
Especialistas en obstetricia y ginecología	2,603	298	76	159	52	11	380	251	128
Especialistas en psiquiatria	1,259	149	52	68	24	5	360	336	14
Especialistas en pediatria	1,787	299	114	152	28	0	259	215	44
Servicios y Departamentos Centrales	3,395	813	263	466	182	2	541	470	71
De guardia	1,748	183	35	26	112	10	415	303	112
En periodo de formación	3,576	1,009	210	785	14	-	667	640	27
Farmacéuticos	281	73	10	15	46	2	90	70	20
Otros titulados superiores con función sanitaria	460	105	29	43	29	4	122	99	20
Personal de enfermería titulado	25,799	3,373	1,100	1,598	604	71	3,784	2,971	519
Enfermeras jefe y supervisoras	1,747	171	57	102	4	1	257	235	22
Matronas y A.T.S. especializadas en obstetricia	2,151	280	65	75	126	14	454	273	181
Otros A.T.S. especializados	2,655	589	257	294	37	1	298	194	104
Practicantes y A.T.S. masculinos	3,418	416	107	68	222	19	998	719	279
Enfermeras y A.T.S. letrados	15,828	1,917	614	1,052	215	36	1,787	1,454	333
Personal auxiliar de enfermería	32,996	4,741	1,306	1,528	1,871	36	7,944	7,152	792
Auxiliares de clínica especializados	4,465	820	324	390	99	7	873	799	74
Auxiliares de clínica	18,721	1,903	554	1,040	287	22	2,457	2,020	377
Otros auxiliares sanitarios	9,810	2,018	428	98	1,485	7	4,614	4,273	341
PERSONAL NO SANITARIO	47,820	10,189	4,346	2,488	3,162	193	9,748	8,236	1,510
Capellanes	967	142	71	18	46	7	208	103	75
Titulados superiores y de grado medio	735	267	106	139	21	1	102	95	5
Asistentes Sociales	608	111	75	31	4	1	187	164	23
Administrativos	6,639	1,099	256	346	432	65	1,122	772	186
Subalternos	10,917	1,669	469	980	192	28	2,044	1,691	353
Personal de oficio cualificado	9,132	1,834	683	342	792	17	1,958	1,561	407
Personal sin cualificar	18,822	5,057	2,686	632	1,675	74	4,105	3,618	427

Hospitalizaciones y consultas externas, según la finalidad de los Establecimientos sanitarios

FINALIDAD	TOTAL	HOSPITALES GENERALES	HOSPITALES ESPECIALES							
			Total	Quirúrgicos	Maternidades	Infantiles	Psiquiátricos	Antituberculosos	Otros	
HOSPITALIZACIONES Y CONSULTAS										
HOSPITALIZACIONES										
Ingresos	2,442,360	1,153,236	1,289,124	1,083,782	79,639	23,669	56,580	22,542	21,906	
Estancias	45,062,073	16,374,931	28,687,142	8,958,095	442,442	459,936	14,287,507	3,375,234	1,161,925	
CONSULTAS EXTERNAS	13,255,055	6,890,065	6,364,990	5,521,919	169,262	278,892	67,191	37,587	14,144	

Hospitalizaciones según el régimen económico de los enfermos

REGIMEN ECONOMICO	TOTAL	EXENTOS O EXCEPTUADOS DE PAGO	DE TARIFA		CONCERNIDO					SIN ESPECIFICAR
			Reducida	Completa	Con la Diputación	Con el Ayuntamiento	Con la Seguridad Social	Con el Seguro Libre	Otros	
HOSPITALIZACIONES										
INGRESOS	2,442,360	1,131,616	167,364	395,871	18,293	3,092	473,149	156,353	95,362	1,149
ESTANCIAS	45,062,073	19,632,536	5,992,859	5,360,495	4,793,763	95,087	5,769,077	1,145,410	1,930,275	322,571

Hospitalizaciones y consultas externas, según el tipo de asistencia

(Continúa)

TIPO DE ASISTENCIA	TOTAL	MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS	CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA			PSIQUIATRIA
				Total	Partos	Otros	
HOSPITALIZACIONES Y CONSULTAS							
HOSPITALIZACIONES							
Ingresos	2,442,360	1,037,787	1,058,844	678,665	557,052	125,613	23,341
Estancias	45,062,073	10,189,599	12,473,830	3,400,357	2,538,972	861,585	14,827,930
CONSULTAS EXTERNAS	13,255,055	3,049,578	4,104,562	1,150,873	658,173	492,760	190,411

Hospitalizaciones y consultas externas, según el tipo de asistencia

(Continúa)

TIPO DE ASISTENCIA	PEDIATRIA				REHABILITACION			OTRAS
	Total	Prematuros	Medicina	Cirugía	Total	Secadores	Otros	
HOSPITALIZACIONES Y CONSULTAS								
HOSPITALIZACIONES								
Ingresos	173,274	23,100	127,661	22,513	25,209	17,363	7,846	55,240
Estancias	2,030,470	359,386	1,435,756	235,328	464,990	391,476	73,514	1,574,697
CONSULTAS EXTERNAS	972,995	7,904	886,203	79,888	2,866,425	2,642,457	223,968	919,961

Hospitalizaciones (ingresos), según el tipo de asistencia y la finalidad de los Establecimientos sanitarios

TIPO DE ASISTENCIA FINALIDAD	TOTAL	MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS	CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA			PSIQUIATRIA
				TOTAL	Partos	Otras	
TOTAL	2,442,360	403,787	1,058,844	678,665	553,052	125,613	73,341
HOSPITALES GENERALES.....	1,153,236	265,044	447,565	299,110	234,064	65,046	17,006
HOSPITALES ESPECIALES.....	1,289,124	138,743	611,279	379,555	318,988	60,567	56,335
Quirúrgicos.....	1,083,782	106,683	595,194	307,614	259,168	48,446	5,018
Maternidades.....	79,639	363	3,314	71,208	59,346	11,862	-
Infantiles.....	23,689	3,160	1,280	84	65	19	205
Psiquiátricos.....	56,580	1,961	-	12	12	-	1,117
Antituberculosos.....	22,548	16,193	3,040	-	-	-	-
Otros.....	22,908	10,383	7,451	637	397	240	-

Hospitalizaciones (ingresos), según el tipo de asistencia y la finalidad de los Establecimientos sanitarios

TIPO DE ASISTENCIA FINALIDAD	P E D I A T R I A				R E H A B I L I T A C I O N			O T R A S
	Total	Prematuros	Medicina	Cirugia	Total	Sesiones	Otras	
TOTAL	173,274	23,100	127,661	22,513	25,209	17,363	7,846	29,240
HOSPITALES GENERALES.....	94,190	13,595	67,225	13,370	15,540	10,479	5,051	14,781
HOSPITALES ESPECIALES.....	79,084	9,505	60,436	9,143	9,669	6,884	2,795	14,459
Quirúrgicos.....	55,422	5,240	46,323	3,869	8,895	5,110	2,780	6,956
Maternidades.....	4,742	2,194	2,489	59	-	-	-	12
Infantiles.....	18,652	1,871	11,559	5,222	-	-	-	288
Psiquiátricos.....	263	207	63	-	-	-	-	232
Antituberculosos.....	-	-	-	-	50	50	-	3,255
Otros.....	5	-	2	3	724	724	-	3,706

Altas y necropsias, según la finalidad de los Establecimientos sanitarios

FINALIDAD	TOTAL	HOSPITALES GENERALES	H O S P I T A L E S E S P E C I A L E S					Otros	
			Total	Quirúrgicos	Maternidades	Infantiles	Psiquiátricos		Antituberculosos
ALTAS Y NECROPSIAS									
ALTAS	2,356,905	1,100,414	1,258,491	1,074,208	79,693	22,435	41,424	18,487	20,244
Por curación o mejoría.....	2,230,128	1,021,641	1,208,485	1,043,067	79,005	21,593	35,111	11,796	17,913
Por traslado.....	18,545	7,969	10,578	7,632	359	131	1,639	442	373
Por fallecimiento.....	42,978	28,244	14,734	9,882	302	583	1,755	1,392	819
Por otras causas.....	65,256	42,560	22,696	13,627	27	126	2,918	4,857	1,139
NECRDPSIAS	6,629	5,877	752	201	51	128	8	309	55

Docencia según la finalidad de los Establecimientos sanitarios

FINALIDAD ALUMNOS MATRICULADOS	TOTAL	HOSPITALES GENERALES	HOSPITALES ESPECIALES						
			Total	Quirúrgicos	Maternidades	Infantiles	Psiquiátricos	Antituber- culosos	Otros
POSTGRADUADOS.....	3,841	2,966	876	249	20	262	86	167	92
ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	18,344	15,477	2,867	132	600	1	1,344	140	650
AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS	14,758	10,919	3,839	2,382	515	637	293	12	-

Establecimientos sanitarios, capacidad y hospitalizaciones, según la finalidad de los mismos

(Continúa)

FINALIDAD CONCEPTOS	TOTAL DE ESTABLECI- MIENTOS	HOSPITALES GENERALES	HOSPITALES ESPECIALES					
			Total	Quirúrgicos	Maternidades	Infantiles	Psiquiátricos	Antituber- culosos
ESTABLECIMIENTOS.....	1,287	261	1,026	629	166	21	113	44
UNIDADES DE HOSPITALIZACION.....	177,385	71,211	106,174	39,962	3,419	1,972	42,700	13,362
INGRESOS.....	2,442,360	1,153,236	1,289,124	1,083,782	79,639	23,669	56,580	22,548
ESTANCIAS.....	45,062,073	16,374,931	28,687,142	8,958,095	442,442	459,938	14,289,507	3,375,234

Establecimientos sanitarios, capacidad y hospitalizaciones, según la finalidad de los mismos

(Continúa)

FINALIDAD CONCEPTOS	HOSPITALES ESPECIALES							
	Cáncer	Oftalmología	Traumatología rehabilitación y neurología	Endocrinología y Nutrición	Cardiología	Enfermedades infecciosas y lepra	Geriatría y crónicos	Otros
ESTABLECIMIENTOS.....	4	6	9	2	3	4	22	3
UNIDADES DE HOSPITALIZACION.....	268	206	858	39	339	1,387	1,750	212
INGRESOS.....	2,093	4,332	3,275	542	2,790	2,925	4,253	2,706
ESTANCIAS.....	84,272	40,090	188,624	4,695	86,970	216,109	508,219	32,943

Indices de funcionamiento de los Establecimientos sanitarios según la finalidad de los mismos

INDICES DE FUNCIONAMIENTO FINALIDAD	INDICE DE OCUPACION	PROMEDIO DE ESTANCIAS POR ENFERMO	INDICE DE ROTACION	INDICES DE PERSONAL POR UNIDAD DE HOSPITALIZACION			
				Todo el personal	Personal sanitario	Personal de enfermería titulado	Personal auxiliar de enfermería
TODAS LAS DEPENDENCIAS	0,69	18	14	0,76	0,48	0,14	0,13
ADMINISTRACION CENTRAL	0,60	28	8	0,61	0,34	0,09	0,12
Gobernación	0,69	72	3	0,42	0,19	0,06	0,07
Educación y Ciencia	0,69	15	17	1,63	1,13	0,31	0,30
Militares	0,41	15	10	0,50	0,25	0,04	0,14
Otros	0,65	24	11	0,57	0,27	0,10	0,11
ADMINISTRACION LOCAL	0,77	40	7	0,50	0,31	0,07	0,11
Diputaciones y Cabildos	0,80	46	6	0,47	0,29	0,06	0,10
Municipios	0,51	14	13	0,74	0,46	0,10	0,13
SEGURIDAD SOCIAL	0,72	9	28	1,37	0,93	0,38	0,32
Instituto Nacional de Previsión	0,73	9	29	1,40	0,95	0,40	0,33
Obra Sindical 18 de Julio	0,67	10	25	1,02	0,67	0,13	0,10
BENEFIENCIA PARTICULAR	0,68	17	15	0,81	0,52	0,11	0,21
IGLESIA	0,82	45	7	0,43	0,27	0,06	0,09
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	0,60	8	27	1,25	0,81	0,15	0,19
PARTICULARES	0,68	11	20	0,88	0,57	0,13	0,21
OTROS	0,73	22	12	1,33	0,86	0,29	0,42

NUMERO DE CAMAS POR 100.000 HABITANTES SEGUN LA CLASE DE ESTABLECIMIENTO SANITARIO

Clase de establecimiento	1949	1963	1970
1. Hospitales generales (1)	192,1	168,0	199,6
2. Hospitales especiales ...	239,0	319,5	310,7
— Quirúrgicos ...	44,2	109,6	114,0
— Maternidades ...	20,3	13,9	9,7
— Infantiles ...	—	6,5	6,1
— Mentales ...	93,0	126,0	127,1
— Antituberculosos ...	55,3	48,2	42,8
— Otros ...	26,2	15,3	11,0
3. Hospitales asilos ...	29,4	14,4	1,1
TOTAL ...	460,5	501,9	511,4

(1) Los Hospitales Generales incluyen los Hospitales Militares.

FUENTE: Elaboración en base a los Censos de los Establecimientos Sanitarios, INE y al Catálogo de Hospitales. Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS Y DEL NUMERO DE CAMAS SEGUN EL ORGANISMO GESTOR

Organismo gestor	Establecimientos		Camas	
	1963	1970	1963	1970
Administración Central	16,8	13,4	28,9	24,2
Administración Local	16,8	16,3	30,3	30,7
Seguridad Social... ..	3,4	7,2	7,6	14,5
Particulares	54,8	48,5	21,0	14,3
Otros	8,2	14,6	12,2	16,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Censo de los Establecimientos Sanitarios del INE y Catálogo de Hospitales. Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

NUMERO DE CAMAS POR 100.000 HABITANTES SEGUN EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA

Tamaño del municipio	Año 1970
En capitales	999,7
En municipios de 20.000 habitantes y más... ..	451,7
En municipios de menos de 20.000 habitantes	141,8
TOTAL	508,7

FUENTE: Elaboración en base al Catálogo de Hospitales. Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE CAMAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS SEGUN SU CLASE Y POR REGIONES (AÑO 1970)

Regiones	Clase Hospitales Generales	Quirúrgicos	Maternidades	Infantiles	Psiquiátricos	Antituberculosos	Hospitales-Asilos	Otros	Total
Andalucía	17,7	14,5	17,8	12,2	11,7	18,9	19,5	11,3	15,4
Aragón	6,2	3,8	5,6	—	4,7	2,9	—	0,3	4,8
Asturias... ..	1,6	5,1	2,3	—	3,1	2,8	—	—	2,8
Castilla la Nueva	20,6	11,0	14,7	34,3	14,4	19,9	—	35,1	17,1
Castilla la Vieja.	6,3	8,3	5,8	—	10,8	6,6	5,9	—	7,6
Cataluña... ..	15,6	19,4	8,8	10,9	19,5	10,2	55,3	24,9	17,1
Extremadura... ..	1,7	2,7	5,2	—	3,1	—	—	—	2,1
Galicia.	4,6	8,1	4,3	—	4,9	6,7	—	—	5,5
León	1,6	3,6	3,6	—	2,6	6,0	—	0,2	2,6
Murcia.	3,0	1,9	6,2	1,5	3,3	2,5	—	0,9	2,8
Valencia	9,2	7,8	8,4	5,6	4,9	8,4	2,7	22,8	8,0
Vascongadas	4,5	7,2	7,8	29,5	8,4	8,8	16,6	1,1	6,8
Navarra	2,0	1,4	6,2	—	3,5	—	—	—	2,1
Baleares	1,5	2,6	0,4	—	1,7	1,9	—	2,2	1,8
Canarias... ..	3,9	2,6	2,9	6,0	3,4	4,4	—	1,2	3,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Catálogo de Hospitales. Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

SEGURIDAD SOCIAL

Seguridad Social
Contingencia de Asistencia Sanitaria

Seguro de enfermedad (1)
(Medias mensuales)

CONCEPTO	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Empresas aseguradas (miles)	499	450	406	412	429	453	483	528	571
Asegurados (miles) (*)	5.090	5.410	5.816	5.880	6.055	6.224	6.465	6.681	6.775
Beneficiarios (miles) (*)	13.292	14.180	(2) 9.649	9.727	10.011	10.251	10.783	11.211	11.452
Recaudación (miles de pesetas) ...	150.344	160.408	148.436	220.969	285.550	482.172	705.276	1.335.047	1.577.305
Pagos por prestaciones sanitarias y económicas (miles de pesetas) ...	157.195	148.999	163.704	185.906	235.874	477.346	801.747	1.449.038	1.752.952
Asegurados enfermos	17.197	19.335	21.595	24.559	24.482	56.140	78.738	106.364	111.114
Coste medio por asegurado enfermo (pesetas)	762	759	758	897	1.187	1.432	1.498	1.629	2.729

(*) Figuran incluidos los correspondientes a la Mutualidad Nacional de P. S. Agraria.

(1) A partir de 1 de enero de 1969, el concepto de «Seguro de Enfermedad» es sustituido por el de «Contingencia Sanitaria».—(2) Excluidos los aseguradores a partir de 1962.

NOTA.—En 1967 los asegurados enfermos corresponden a los procesos ultimados de incapacidad laboral transitoria por enfermedad con asistencia directa por el I. N. P., del Régimen general de la Seguridad Social.

Contingencia de Asistencia Sanitaria

CONCEPTO	1970	1971	1972	1973	1974
Empresas inscritas Régimen General en situación de alta. Media mensual (miles)	628	650	679	709	738
Trabajadores y asimilados. Media mensual (miles) (1).	9.367	9.732	10.221	9.521	10.303
Beneficiarios familiares. Media mensual (miles)	15.767	16.838	16.741	15.925	17.350
Población protegida. Media mensual (miles)	25.134	26.570	26.962	25.446	27.653
Recaudación total (cuotas). Millones de pesetas	35.140	44.832	59.540	87.360	
Coste de la asistencia (prestaciones). Millones de pesetas	40.522	52.624	71.186	97.097	

(1) Comprende media mensual de trabajadores afiliados al Régimen General, mar, ferroviarios, pensionistas y otros; Régimen Especial Agrario, y Montepío Nacional de Empleadas de Hogar.

Fuente de información: Instituto Nacional de Previsión.

Contingencia de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social

CONCEPTO	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
RESIDENCIAS SANITARIAS Y CLINICAS QUIRURGICAS CONCERTADAS										
Establecimientos	364	329	348	325	368	387	413	448	479	496
Intervenciones quirúrgicas	513	585	670	728	815	922	1.076	1.128	1.095	1.275
Con internamiento	425	481	535	564	623	693	738	817	798	922
Sin internamiento	88	104	135	164	192	229	338	311	297	353
Estancias causadas	3.271	3.802	4.209	4.528	5.056	5.718	6.196	7.097	6.860	7.928
AMBULATORIOS										
Establecimientos	443	432	458	469	485	492	499	506	529	623
Consultas	48.192	54.207	59.963	66.651	74.296	85.679	89.102	101.944	110.815	118.198
Curas	2.255	2.348	2.420	2.513	2.582	2.650	2.755	2.917	2.948	3.067
Inyecciones	15.775	16.867	15.672	16.107	17.666	18.476	19.756	20.816	22.111	23.650
Investigaciones y diagnósticos especiales (1)	1.172	805	794	805	765	776	859	976	893	889
Operaciones (2)	1.215	1.220	1.211	1.238	1.292	1.367	1.474	1.623	1.655	1.697
Radioscopías	809	884	1.125	896	1.001	1.033	1.076	1.079	1.059	1.052
Radiografías	2.048	2.527	2.724	3.512	4.355	4.905	6.154	7.552	7.949	9.278

(1) Se refiere a metabolismo, electrocardiograma, endoscopia, etc.—(2) Son intervenciones de pequeña cirugía que no requieren internamiento.

NOTA.—Todas las cifras, e excepción del número de Establecimientos, están expresadas en millares.

POBLACION ASEGURADA EN EL S.O.E. (por 1.000 habitantes)

	1944	1950	1955	1960	1965	1970
Trabajadores asegurados del S. O. E. por 1.000 habitantes	80,62	109,98	130,23	167,97	195,03	278,40
Beneficiarios familiares asegurados del S. O. E. por 1.000 habitantes	176,17	183,58	192,63	270,67	321,21	468,62
Total de asegurados del S. O. E. por 1.000 habitantes	256,79	293,56	322,86	438,64	516,24	747,02

FUENTE: Elaboracion en base a los Anuarios Estadisticos del INE.

RELACION ENTRE EL PERSONAL SANITARIO DEL S.O.E. Y EL PERSONAL SANITARIO TOTAL

	1955	1960	1965	1970
$\frac{\text{Médicos del S. O. E.}}{\text{Total médicos}} \times 100$	61	63	65	66
$\frac{\text{Practicantes del S. O. E.}}{\text{Total practicantes}} \times 100$	31	34	34	35

FUENTE: Elaboración en base a los Anuarios Estadísticos del INE.

RELACION ENTRE LA POBLACION ASEGURADA Y LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL S.O.E.

	1955	1960	1965	1970
Trabajadores por médico	300,84	374,84	444,16	623,39
Beneficiarios familiares por médico	444,98	604,02	731,54	1.049,31
Total de asegurados por médico	745,82	978,86	1.175,69	1.672,70

FUENTE: Elaboracion en base a los Anuarios Estadisticos del INE.

RELACION ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS ANUALES Y EL TOTAL DE MEDICOS DEL S.O.E.

	1955	1960	1965	1970
Número de consultas por médico	1.258	1.552	1.864	2.845

FUENTE: Elaboración en base a los Anuarios Estadísticos del INE.

RELACION ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS ANUALES Y LA POBLACION ASEGURADA DEL S.O.E.

	1955	1960	1965	1970
Número de consultas por asegurado	2,59	2,57	2,93	3,41

FUENTE: Elaboración en base a los Anuarios Estadísticos del INE.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA DEL S.O.E.

Prestaciones	1964	1968	1972
Asistencia facultativa y auxiliar sanitaria	34,1	26,9	15,6
Servicios sanitarios concertados	4,2	4,9	11,6
Prestaciones en instituciones propias.	18,6	19,9	23,2
Prestaciones farmacéuticas... ..	37,9	47,2	48,5
Otras prestaciones	5,2	1,1	1,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Memoria Estadística de las Contingencias de la Seguridad Social

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS GASTOS DE FARMACIA DEL S.O.E.

Gastos de farmacia	1964	1968	1972
Clinicas y residencias	2,9	3,7	3,7
Ambulatorios	4,3	0,1	0,1
Recetas	92,7	96,1	96,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Memoria Estadística de las Contingencias de la Seguridad Social

CONSUMO MEDICO

GASTOS EN SANIDAD.

EVOLUCION REAL DEL GASTO MEDIO ANUAL POR HOGAR EN SANIDAD Y SU PROPORCION RESPECTO AL TOTAL DEL PRESUPUESTO DE LOS HOGARES

	1958	1964	1973-74 (1)
Gasto medio anual por hogar en Sanidad	898	1.434	2.431 (2)
Tanto por mil del gasto medio anual por hogar en Sanidad respecto al total del presupuesto de los hogares	19 ‰	25 ‰	26,4 ‰

(1) Cifras provisionales.

FUENTE: Encuesta de Presupuestos Familiares. INE.

(2) Pesetas en 1.958

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO MEDIO ANUAL POR HOGAR EN SANIDAD, SEGUN TIPO DE GASTO (AÑO 1973-74)

Tipo de gasto	Porcentajes
Cuota de seguridad médica e igualas (excepto Seguro Obligatorio de Enfermedad)	17,3
Productos medicinales y farmacéuticos	43,1
Otros gastos	39,6
Aparatos y equipos terapéuticos y atención hospitalaria y conexa	19,6
Servicios de medicina	16,9
Otros servicios médicos sin internamiento	3,1
TOTAL	100,0

FUENTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1973-74. INE (Cifras provisionales).

INDICES DEL GASTO MEDIO ANUAL POR HOGAR EN SANIDAD SEGUN TIPO DE GASTO Y TAMAÑO DEL MUNICIPIO (AÑO 1973-74)

Tamaño del Municipio	Cuotas e igualas	Productos farmacéuticos	Otros gastos	Total sanidad
Hasta 2.000 habitantes	141,9	92,8	71,4	92,8
De 2.001 a 10.000 habitantes	76,4	76,9	75,1	76,1
De 10.001 a 50.000 habitantes (excepto capitales)	68,3	93,9	109,2	95,5
Más de 50.000 habitantes (incluido capitales)	114,9	115,3	114,3	114,8
Conjunto nacional	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1973-74. INE (Cifras provisionales).

INDICES DEL GASTO MEDIO ANUAL POR HOGAR EN SANIDAD SEGUN TIPO DE GASTO Y NIVEL ACADÉMICO DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL. (AÑO 1973-74)

Nivel académico del sustentador principal	Cuotas e iguales	Productos farmacéuticos	Otros gastos	Total sanidad
Primario	101,2	91,0	95,5	94,5
Bachiller elemental	177,5	156,2	129,1	145,2
Bachiller superior	200,0	191,0	168,7	183,7
Formación profesional	98,0	120,5	128,5	119,8
Nivel anterior al superior	180,6	213,8	266,5	228,9
Superior	218,1	254,8	256,8	249,2
Sin estudios	60,1	78,9	75,9	74,5
Analfabeto	34,6	59,1	43,3	48,6
Conjunto nacional	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1973-74. INE (Cifras provisionales).

INDICES DEL GASTO MEDIO ANUAL POR HOGAR EN SANIDAD SEGUN TIPO DE GASTO Y NIVEL DE INGRESOS DEL HOGAR (AÑO 1973-74)

Nivel de ingresos	Cuotas e iguales	Productos farmacéuticos	Otros gastos	Total sanidad
Hasta 60.000 pesetas	37,0	46,9	28,8	38,0
De 60.001 a 84.000 pesetas	55,6	47,9	40,5	46,3
De 84.001 a 120.000 pesetas	65,8	63,7	54,6	60,5
De 120.001 a 180.000 pesetas	70,3	79,0	74,4	75,7
De 180.001 a 240.000 pesetas	88,7	107,1	93,3	98,4
De 240.001 a 480.000 pesetas	141,2	125,9	143,7	135,6
De 480.001 a 700.000 pesetas	244,9	223,1	214,5	223,4
Más de 700.000 pesetas	313,8	295,1	418,1	347,0
Conjunto nacional	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1973-74. INE (Cifras provisionales).

INDICES DE GASTO MEDIO ANUAL POR HOGAR EN SANIDAD SEGUN REGIONES (AÑO 1973-74)

Regiones	Indices
Andalucía	71,0
Aragón	99,1
Canarias	143,6
Castilla la Nueva	103,1
Castilla la Vieja	97,4
Cataluña	141,4
Extremadura	68,4
Galicia	86,3
León-Asturias	75,1
Murcia	65,5
Valencia	98,0
Vasco-Navarra	105,7
Conjunto nacional	100,0

FUENTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1973-74. INE (Cifras provisionales).

à découper suivant le pointillé

CENTRE NATIONAL DE PHARMACO-VIGILANCE

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
60, bd de Latour-Maubourg, 75007 PARIS
Tél. : 551-76-00 - 551-38-79

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES
ET COUVERTES PAR LE SECRET PROFESSIONNEL
SUR LES EFFETS INDESIRABLES DES MEDICAMENTS
(Même incomplète cette fiche peut être très utile)

M

Ne rien inscrire
dans ce cadre.

Tampon du praticien.

A

, le

Signature

(PARTIE A CONSERVER PAR LE CONSEIL DE L'ORDRE)

(PARTIE DESTINEE AU COMITE SCIENTIFIQUE)

Faits cliniques et para-cliniques observés :

Evolution :

M

Ne rien inscrire
dans ce cadre.

Médicaments suspectés (y compris sérums et vaccins) :

Posologie, voie d'administration, durée,
associations, etc. :

Le malade :

NOM (3 premières lettres au moins) :

Prénom :

Age :

Sexe :

Grossesse :

Profession : ..

Pays d'origine :

La maladie au moment de la prescription :

*(Préciser si possible les effets indésirables observés
antérieurement et les antécédents pathologiques)*

Avez-vous déjà alerté pour ce malade (*) :

Centre hospitalier de	OUI	NON
Centre anti-poisons de	OUI	NON
Le laboratoire fabriquant le médicament	OUI	NON
Autres	OUI	NON

(*) Barrer les mentions inutiles.



FUNDADA EN 1895

N.º 2066

ABRIL

1976

CONSEJO DE REDACCION

PRESIDENTE

D. ANTONIO NAVEDO
BASTERRECHEA

Presidente del Consejo de
Administración de ACFESA

CONSEJEROS

D. Carlos Antich Rojas
D. Angel Aparicio Palomino
D. Flavio Caballero Chueca
D. Francisco Esteve Forriol
D. Luis Angel Heras González
D. César Herra Perujo
D. Miguel Ucelay Rived
D. Juan Jesus Varona Marin

DIRECTOR FARMACEUTICO

D. PEDRO MALO GARCIA

EDITA 

Asociación de Centros
Farmacéuticos de España. S. A.

Dirección y administración:
General Orta. 6B. 4.
Teléfono 262 40 25 - Madrid-6

EDITOR GERENTE

D. ANTONIO PELETEIRO VARELA

DIRECTOR PERIODISTA

D. JUAN JOSE ESPEJO

PORTADA



Profesor doctor don Eugenio Selles Marti

Depósito Legal: M. 87-45-1960

 Promotores
Técnicos
Asociados, S.A.
Carbonero y Sol. 19 - Madrid-6



Difusión controlada
13.264 ejemplares

editorial

!!! ESTRUJADOS !!!

EN estos días difíciles para nuestra profesión hemos dado en pensar que la Farmacia-Industria, Distribución y Oficina-, se encuentra entre esas dos superficies que constituyen una prensa hidráulica; de un lado, la rigidez e inamovilidad de unos ingresos limitados por haber llegado al techo del consumo de medicamentos unida al establecimiento de unos precios fijados por la Administración en los que no pueden repercutir el aumento de gastos y, como tercer elemento, el trasvase a la Seguridad Social, de sectores humanos con status económicos superiores al nuestro, privandonos así de lo que comúnmente llamamos **receta particular**.

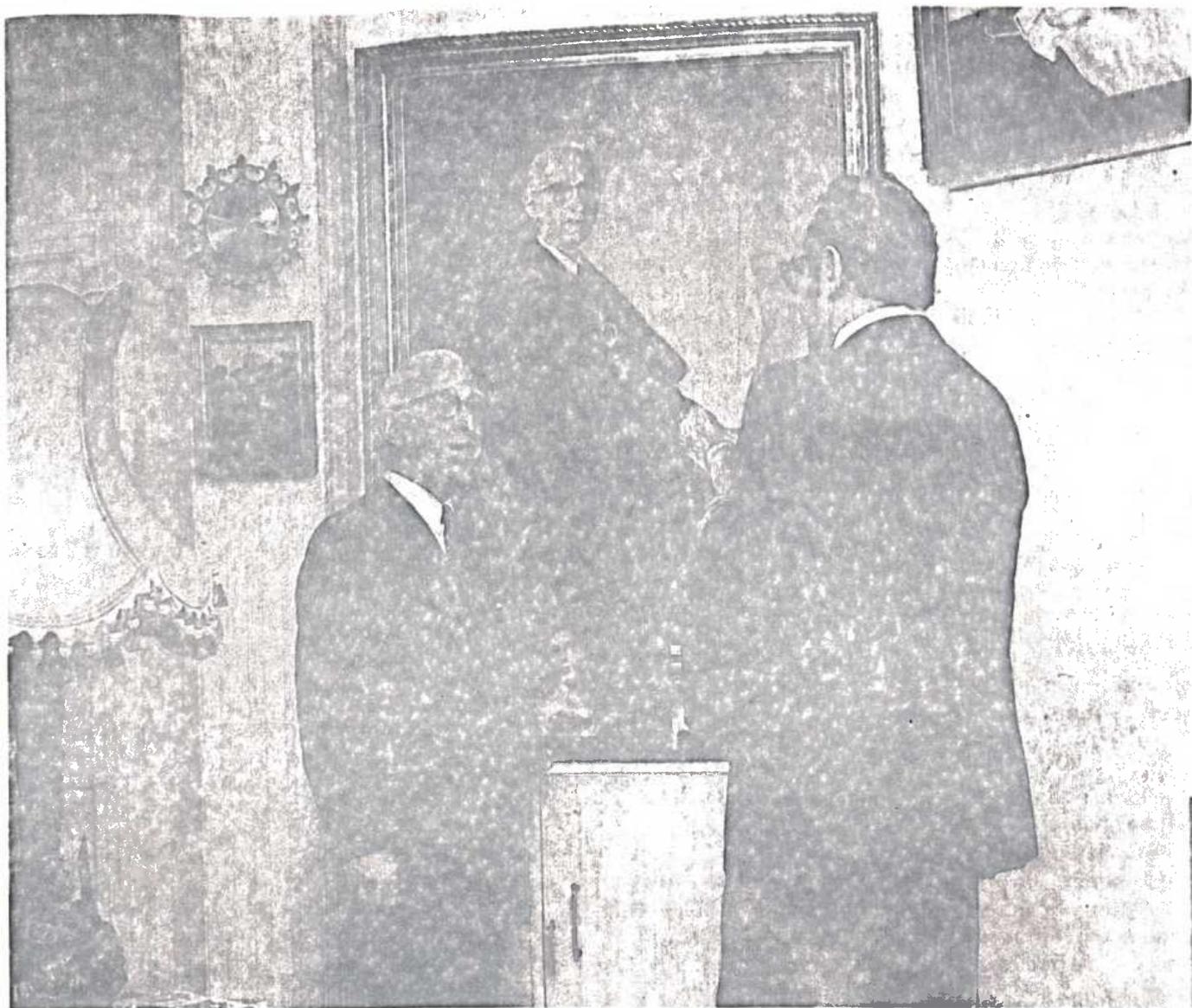
El elemento que nos presiona incesantemente está integrado por la contribución fiscal, el incremento del salario de nuestros colaboradores, el aumento de las tarifas de la energía eléctrica, el teléfono, los transportes, la inversión en stocks, los alquileres... y nuestra propia cesta de la compra, pues aunque alguien pretenda que seamos espíritus angélicos, aún no hemos conseguido prescindir de vestidos y alimentos. Milagritos, no.

Si a todo ésto le agregamos el condimento del, ya maloliente, R-64, que actúa como catalizador de nuestra mala situación, el panorama resulta pavoroso. Estamos auténticamente prensados, hechos orujo, y las últimas gotas de grasa, las que se extraen con disolventes químicos, aún parecen una regalía al Ministro de Trabajo que "está disgustado con los gastos de Farmacia" de la Seguridad Social.

En el momento de escribir este editorial, leemos en la Prensa diaria el anuncio de un convenio provincial único, que afectará a todos los integrados en el Sindicato de Industrias Químicas. Igual rasero existirá para los que componen el grupo de Resinas, Plásticos o Asfaltos Bituminosos -cuyos precios se revisan casi mensualmente- que a la Distribución Farmacéutica, la Industria y la Oficina de Farmacia, que vienen soportando unos márgenes de beneficio continuamente mermados hasta tal punto que hace imposible su existencia.

Deseamos ignorar el trasfondo que ha dado lugar a este convenio provincial que, esperamos, sea convenientemente meditado y discutido para asentarlo en unas bases reales. De otra forma se colocará en trance de desaparición: Primero a la Distribución y después a la Oficina de Farmacia, por imposibilidad de mantener sus funciones.

Y no se nos amenace con medidas nacionalizadoras. Esa posibilidad nos produce cada vez menos inquietud y cada día son más los que, angustiados por una situación insostenible, piensan que lo mejor sería romper la baraja, y que el Estado cargue con unas obligaciones que no tienen que ser soportadas en exclusiva por una sufrida profesión, cuyo único pecado es aceptar resignadamente y en silencio todos los palos que se escapan.



El Profesor Selles conversa con nuestro director.

ENTREVISTA CON EL PROFESOR DON EUGENIO SELLES MARTÍ

“... las Farmacopeas estamos
haciendo un médico internacional”

CUALQUIER día de cualquier mes puede llegar a tus manos la receta de un médico que —todavía los hay— sabe prescribir una fórmula magistral. Ese médico es consciente de la ventaja del medicamento “a medida” de su enfermo, y no ha querido someterse a la uniformidad que le ofrece la especialidad farmacéutica.

Inflamado de ilusión profesional te dispones a ejercer la más prístina y fundamental tarea para la que fuiste preparado durante los largos y duros años de tu carrera. Tomas la receta y lees algo que precisas consultar. La Farmacopea Española debe ser tu código y guía de actuación, y a ella acudes en busca del dato necesario. Pero ese dato no lo

encuentras, porque la sustancia a que se refiere no se conocía en los años cuarenta, cuando se preparó la última edición, ni aún en el año 1954, fecha en que salió a la venta la Farmacopea vigente. Es el momento en que las palabras que, en los tebeos, se expresan con culebritas y batracios acuden a tu mente y, para salir del apuro, has de acudir a esos librotos en inglés —la EXTRAFARMACOPEIA, la Farmacopea inglesa o la internacional— si es que tienes alguno, o bien a consultar con el compañero, o el antiguo profesor, que saben más que tú.

En alguna otra ocasión puedes tropezar con un colega extranjero y la mala fortuna hará discurrir la conversación por cauces que te lleven a ponderar el nivel de tu profesión en España. Si las cosas llegan a tener que mostrar tu Farmacopea, notarás que oleadas de calor, cual mujer en menopausia, invadirán tu rostro, que adquirirá los tonos de un catador de vinos con plétora sanguínea.

El común denominador que se desprende de cualquier sentimiento ante nuestra Farmacopea, es el de vergüenza. Una vergüenza de la que no te sientes responsable, pero que te alcanza, como alcanza al verdugo el cumplimiento de una ejecución en cuya sentencia no tomó parte.

¿Cuál es la causa de tal situación? Hemos oído rumores acerca de que existían buen número de ejemplares de la última Farmacopea española en los almacenes de la Real Academia de Medicina, ejemplares que habrían de venderse como papel si apareciese una nueva edición puesta al día. Otras fuentes de información nos hacen saber que, hace algunos años, se pidió a los expertos en el medicamento, los farmacéuticos, la confección de unos suplementos para unir a la citada Farmacopea, con información oficial sobre las nuevas sustancias incorporadas al arsenal terapéutico. Parece que nadie contestó a dicho intento de mezclar el oro de la eficacia con la ganga de lo prácticamente inservible, e incluso parece que algún ilustre científico expresó que el hacerlo "constituía un delito de lesa Patria". Total, que estamos huérfanos de cualquier orientación oficial que no estuviese prevista en los tiempos del "ungüento de canutillo".

Pero plantear el tema resulta difícil. Una muralla de silencio y complicidades extiende su cortina de humo sobre el asunto. El monopolio decimonónico que concede la edición de las Farmacopeas a la Real Academia de Medicina, es un tabú demasiado fuerte que ata lenguas y estremece voluntades. Cuantos abrigan apetencias socio-políticas, honores académicos o, simplemente, conservar situaciones de privilegio, eluden manifestarse sobre asunto tan vital y se encogen de hombros, eso sí, con la más amable de sus sonrisas. El pobre periodista, que desea saber, se pierde en un piélagos de evasivas e inconcreciones, y ter-

mina preguntándose por qué la Farmacopea no la hace la Real Academia de Farmacia, con la asistencia de médicos y veterinarios asesores; por qué tiene que hacerla la Real Academia de Medicina, con farmacéuticos asesores que quizá no pertenecen a dicha Academia; por qué el Estado concede un cometido a quienes tienen dificultades —porque no están especialmente capacitados— para realizarlo; por qué —siguiendo la misma lógica— la Junta Directiva del Real Automóvil Club, por ejemplo, no es quien determina el tipo de aleación que debe emplearse en las ballestas, y el paso de rosca más conveniente en los tornillos que usa la SEAT. Por qué...

Hemos encendido la lamparilla que Diógenes nos legó, para buscar a ese hombre libre de prebendas arrebatables; que tuviese autoridad y conocimiento del tema que nos preocupa; que posea la difícil gallardía de hablar claro; que esté libre de compromisos y prefiera la verdad al compadreo; que se rompa antes que doblarse. Las múltiples saetas de nuestro pensamiento coincidieron —todas— en un profesor ya jubilado, maestro de muchas vivencias y espíritu insobornable. Nuestro hombre es don Eugenio Selles Martí.

No haremos la presentación de don Eugenio. Resulta sobradamente conocido y sería pedante por nuestra parte intentar refrescar la memoria acerca de quien dejó huella imborrable en todos los que vivieron su entorno. Sí afirmaremos que la fidelidad a sus convicciones fue origen de infinitas contrariedades y alguna amargura se hubiese ahorrado —somos testigos de ello— de haber pactado con las circunstancias. ¡Qué difícil es vivir socialmente si nos ceñimos a la sinceridad! Hay una historia de ciencia-ficción que expone el rechazo, por parte de sus semejantes, a un hombre que sólo dice la verdad. En ella se muestra el derrumbamiento de todas las estructuras de una convivencia cimentada en la hipocresía y la falsedad...

Pero dejemos las filosofías y lancémonos, sin paracaídas, a la entrevista.

—Profesor: ¿Por qué no tenemos una Farmacopea moderna?

—**Hasta hace poco porque había muchas Farmacopeas de la última edición en la Real Academia de Medicina. En este momento no lo sé.**

—¿Puede usted hablarnos con toda sinceridad, sin temor a perder algo?

—**Nada puedo perder. Sólo tengo mi jubilación.**

—Bien. ¿Sabe usted que los farmacéuticos sentimos vergüenza de mostrar nuestra Farmacopea ante cualquier colega extranjero? ¿Tan pocos conocimientos existían en 1954 para dar lugar a este engendro?

—**Hay que conocer la historia. Se había agotado la anterior Farmacopea oficial; se abrían nuevas farmacias que precisaban de ella y la Real Aca-**

demia de Medicina no renunciaba al privilegio que viene disfrutando desde el siglo pasado de ser la editora de la Farmacopea española que, cada vez que se termina, el Gobierno declara Farmacopea oficial. (Si el Gobierno —el Ministerio de la Gobernación— no la refrenda, la Academia de Medicina ha hecho un mal negocio.) Aquí tienes la autorización del Ministerio de la Gobernación, Orden de 23 de marzo de 1953, sobre la publicación de la Farmacopea.

—Pero una cosa es la edición y otra la confección.

—Te contaré. En el año 1940 se vio que la Farmacopea vigente estaba superada y la Real Academia de Medicina tomó el acuerdo de preparar otra. En 1941 se formó la Subcomisión encargada de ponerla en marcha. Se hizo una encuesta a todos los organismos profesionales, Facultades, Colegios, etcétera, que hubo de cerrarse en 1942 con escasísimas respuestas. Todo el mundo se inhibía y por fin se creó la Comisión de la que formaban parte don José Casares Gil, don Rafael Folch, Chicote y Castro, que eran farmacéuticos y académicos, y otros farmacéuticos expertos, catedráticos o no, don César González y don Ramón Casares —que después fueron nombrados académicos— don Guillermo Folch, don Nazario Díaz y algunos más que encontrarás en la propia Farmacopea. Además de éstos, grandes clínicos, médicos y veterinarios, como terapeutas.

El que más conocía sobre Farmacopea era don Rafael Folch, aunque el enorme criterio de don José Casares resolvió muchos atolladeros. Empezamos a trabajar sin muchos medios. Don Rafael Folch, gran trabajador, era un buen acicate. Pero las cosas no rodaban a gusto de todos y en el último año yo me retiré. Una vez terminada la redacción pasaron varios años, y por mil dificultades, hasta 1954 no salió a la luz.

—Una luz que, ya, no se correspondía con una Farmacopea anticuada para esos años

—Reconozco que salió tarde y con daño. Después se quiso publicar un suplemento actualizador a la Farmacopea y se nos invitó a los catedráticos de Farmacia Galénica a tomar parte en la empresa, pero consideramos que, dignamente, no se podía mantener con remiendos la que existe y no es aceptable, pues supondría alargar la vida de algo que no sirve. Nos negamos a la colaboración, sin previo acuerdo.

—Observo que, a pesar de ser la Real Academia de Medicina quien presenta la Farmacopea, son principalmente farmacéuticos quienes la con-

feccionan. ¿Por qué no es la Real Academia de Farmacia el organismo encargado de presentar una obra tan necesaria y tan nuestra, aunque se invite como expertos a los más ilustres terapeutas de la Academia de Medicina.?

—Porque así está legislado desde el siglo pasado. Nos decía nuestro profesor Castro: “No olviden ustedes que mientras el señor ministro está siendo auscultado y tratado por el médico, el farmacéutico a lo más que llega es a tratar con la criada o el lacayo de ese ministro.” De todas formas, actualmente, son las dos Reales Academias, Medicina y Farmacia, quienes han de ponerse en conversación para hacer la Farmacopea, pero no llega a establecerse esa conversación.

Don Eugenio entra en un breve silencio. En la pared del estudio su retrato pintado por Agustín Segura —un gran cuadro— parece dictarle prudencia, como hacía Pemán con Rafael Alberti:

*¡Que no te me comprometas
que te va a pillar el toro!
Rafael, si los poetas
tienen el oro y el moro
con tener a la poesía...*

Continúa don Eugenio:

Creo que ha habido un intento de adoptar la Farmacopea europea. No lo comprendo, pues dista bastante de ser perfecta, existiendo la Internacional, de la Organización Mundial de la Salud. Sorprende el espíritu de pueblo colonizado que algunos sectores mantienen. No nos admiten en Europa porque “Europa acaba en los Pirineos” y nosotros estamos en trance de aceptar sus principios sin haber tomado parte en la concesión de los mismos. ¿Es que tenemos que ir a la zaga de los demás? ¿Es que tenemos que halagar a Europa —a la del Mercado Común— para que nos de la limosna de su “homologación” tan de moda? ¿Acaso carecemos de medios para afirmar nuestra personalidad? No es así y sólo la abulia nos conduce por tal camino. El adoptar, en todo caso, la Farmacopea Internacional resultaría más digno y acertado. Algunos países la han adoptado por contener unos criterios que acercan las tendencias más generalizadas.

—Comprendo lo que me dice. Pero el caso es que no tenemos una Farmacopea utilizable en estas fechas. ¿Qué habremos de hacer para conseguir una nueva edición? ¿A qué puertas hemos de llamar para alcanzar algo tan vital?

—Hay una solución. Ya que las Academias de Farmacia y Medicina no se reúnen para redactar una nueva Farmacopea, los farmacéuticos



"Lo que queda de un Académico."

tendrían que dirigirse a la más alta autoridad sanitaria para que, por medios legales, urgiese a las dos Academias interesadas estimulándolas hacia tal cometido. Mientras no exista otra legislación éste es el camino, que precisa la autoridad mancomunada de los Ministerios de Gobernación y Educación y Ciencia.

—¿No piensa que esta legislación debería revisarse?

—No hay país con mejores leyes que España. Lo malo es que no siempre se cumplen.

—Perdone que insista. ¿No debería ser un organismo farmacéutico quien redactara la Farmacopea?

—En todos los países hay una Comisión oficial de Farmacopea que es la que actúa en nombre del Gobierno. Una Comisión formada principalmente por farmacéuticos, con colaboraciones médicas.

* * *

Contemplamos una pintura de don Eugenio, un paisaje de Toledo, mínimo pero perfecto de color y ambiente. Otro cuadro pintado por él, "Lo que

queda de un académico", muestra una calavera sobre la medalla y un libro. Adherida a una esquina del mismo una tarjetita con la reflexión del profesor:

*Por medalla de Academia
ya te dicen "inmortal"
Academia..., o epidemia
¿qué te importará al final?
Epidemia o Academia...,
¡las dos terminan igual!*

Nos gustaría encender un cigarrillo. Nos aguantamos las ganas, porque don Eugenio es enemigo del tabaco y por nada del mundo desearíamos incurrir en su desagrado.

* * *

—¿No podría hacerse una extrafarmacopea, un formulario o como usted quiera llamarle, para sacarnos a los farmacéuticos de esta inopia que sufrimos?

—Antes de ser tú estudiante ya habló la Real Academia de Farmacia de hacer un formulario. No se le veía porvenir y decayó el entusiasmo.

—¿Por qué no se le veía porvenir?

—La obra era de gran envergadura, precisaba la colaboración de muchos y aunque trabajásemos románticamente, como en todos estos casos, requería unos fondos de los que la Academia no disponía. Además, ¿cómo se iba a imponer en competencia con el texto oficial y siendo similar a otras obras que ya tenéis los que os preocupáis de ello y si a los que no les preocupa no les interesan? La cosa fue cayendo paulatinamente en el olvido.

—Me parece que la solución urgente sería el adoptar una buena Farmacopea de cualquier país, porque todos los humanos tenemos la misma fisiología y lo mismo es la eritromicina en Rusia que en los Estados Unidos o Pozuelo de Alarcón.

—A mí me parecería bien adoptar PROVISIONALMENTE una buena Farmacopea extranjera. Pero entre la Inglesa, la Suiza, la Norteamericana o la Francesa, yo me quedaría con la Internacional, para no hacernos dependientes de una nación y porque los autores de todas estas Farmacopeas son los que hacen la Internacional, en la que yo, modestamente, también he metido alguna cuñita.

—¿No sería lo ideal que existiese una sola Farmacopea para todo el mundo?

—A eso se va. La Organización Mundial de la Salud tiende a ello, pero no la puede imponer ya que sólo puede efectuar recomendaciones que los Gobiernos pueden, o no, aceptar. (Cuando fui nombrado por la Organización Mundial de la Salud como *experto*, tuvieron que pedir permiso a nuestro Ministerio de Asuntos Exteriores.) Todos están de acuerdo con la adopción de un Código internacional del medicamento, pero luego surge el amor propio de cada país y no se llega a una decisión.

—¿Hay algún indicio sobre la redacción de una nueva Farmacopea española?

—A título de rumor te diré que, tal vez, Sanidad siente preocupación por el tema, y Gobernación tiene conciencia de que se trata de un Código. Y los códigos los hace el Gobierno, con todos los asesores que precise, pero sin abdicar de tan alta función. Hasta ahora ha habido una Comisión de las Academias de Medicina y Farmacia, una Comisión que no se ha reunido nunca.

—¿Posibilidades de Farmacopea?

—Si yo tuviera autoridad para actuar; si fuese ministro de la Gobernación, director general de Sanidad o subdirector general de Farmacia, pondría en marcha la legislación vigente —que está bien pensada— y ordenaría la redacción sin demoras de la Farmacopea. Que la Academia de Medicina asesore en los asuntos médicos y de orientación terapéutica y que la redacte la Academia de Farmacia, donde casi todos los académicos son catedráticos de Farmacia, máximos expertos del medicamento. Que sea Gobernación quien edite y perciba los beneficios, o en todo caso las dos Academias actuantes. Tengo la sospecha, no me importa decirlo a toda España, de que todo está parado porque la Academia de Medicina no quiere admitir la intervención de la Academia de Farmacia. Hay, me duele decirlo, una gran despreocupación: desinteresada por parte de aquellos a quienes ni les va ni les viene, e interesada por los que mantienen su tozudez y tenacidad.

—¿Y qué hace, mientras tanto, la Real Academia de Farmacia?

—He tratado varias veces del tema con el director y no estima oportuno ocuparse de la Farmacopea por ahora. Es cuanto puedo decir.

—Entonces, ¿cuál es nuestra situación?

—Nacionalmente ya la conoces. Hacia el exterior estamos haciendo un ridículo internacional. Por culpa de quien sea. Para evitarlo hay que echar a andar y hacer una Farmacopea como los farmacéuticos saben hacerla; como la hicieron cuando hubo que hacerla, con arreglo a los conocimientos de la época.

Terminamos la entrevista. Don Eugenio se ha "caldeado" y no sería honesto tirarle de la lengua, que luego se enfada la gente. Debería llamarse don Claro, que también está en el santoral. Y vosotros, amigos, si recibisteis algún suspenso de él, no le guardéis rencor. Hacía lo que consideraba justo, aunque le doliese. Y por ser justo —somos testigos— ha tenido que sufrir amarguras que hubiese evitado de no ser como es. Un hombre honrado.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA REFORMA SANITARIA

Faltan medidas para proteger al médico de la avalancha publicitaria

La Farmacología clínica debería ser esencial en las Facultades de Medicina. No se comprende cómo la Seguridad Social no ha organizado ya cursos farmacológicos para todos los médicos. La información farmacológica tendría que publicarse de manera oficial y profesional. Sólo hay dos alternativas para las Facultades de Farmacia: o "reinventar la carrera" o dejarla desaparecer.

Lo más doloroso del artículo que reproducimos, publicado en el periódico "Ya" de Madrid, el 13 de abril pasado, es la incomprensión y desconocimiento de la realidad que contiene. Las verdades a medias son muchas veces más dañinas que las falsedades. La urgencia de nuestro cierre nos impide refutar cumplidamente algunas de las aseveraciones que nos afectan. Lo haremos en otro número.

Amplia atención dedica a los diversos aspectos de la problemática farmacéutica el "Análisis crítico del Informe al Gobierno para la Reforma Sanitaria", elaborado por Argumento, del que ofrecimos un primer resumen el pasado domingo.

Ordenación farmacéutica.—El Informe —dice el Análisis— no incluye datos sobre los aspectos más relevantes del sector farmacéutico nacional ni tampoco del mundial, este último, indispensable dado el carácter multinacional de las industrias farmacéuticas, la rápida internacionalización de los descubrimientos farmacológicos y las numerosas interconexiones entre mercados nacionales.

Laboratorios.—Para el Análisis, lo que importa es ordenar y controlar aquello que se integra en la Sanidad, y señala que las normas relacionadas con la especialidad farmacéutica, que constituyen la base de una ordenación

eficaz de la producción farmacéutica en España, son dos: "para los futuros productos terapéuticos" y "para las especialidades actualmente existentes en el mercado español". En cuanto a lo primero, el Análisis dice que demostrar fehacientemente con estudios científicos y clínicos, no sólo la toxicidad, sino la eficacia de los productos, tendría que ser condición ineludible para que fueran registrados en la Dirección General de Sanidad, y que, también como condición para su aprobación y registro, la Administración tendría que evaluar la calidad y utilidad de las innovaciones terapéuticas. En cuanto al otro punto, la Administración tendría que revisar la eficacia de las especialidades existentes y todas las indicaciones que los productores les atribuyen para, de acuerdo con los resultados de tal revisión, confirmar unas especialidades, reducir el campo e

indicaciones de otras, y suprimir, en un corto plazo de tiempo, aquellas otras cuya eficacia no se haya evidenciado.

Investigación.—La realidad —dice el Análisis— es que, durante decenios la industria farmacéutica española no ha investigado y que tampoco ahora lo está haciendo. Por ello, considera sorprendente e inadmisibles que el Informe trate esta compleja cuestión en un solo párrafo, corto y superficial. Añade que ni el Estado ni el consumidor tienen ahora por qué pagar esta inversión empresarial, con respecto a la investigación industrial. Y no tienen por qué hacerlo, por la incertidumbre de los resultados, porque se investiga sobre lo que interesa al laboratorio, etc. La investigación también de "futura", no es más que una inversión "del" laboratorio y "para" el laboratorio. Los autores del Análisis acusan además de ligereza al Informe por no tratar de defender a los españoles del riesgo de ser "cobayas" humanas para productos extranjeros, y proponen que se prohíba que especialidades farmacéuticas resultantes de la investigación ex-

En el "B.O.E." del 31 de marzo de 1976, página 6.458, aparece una Orden del Ministerio de Agricultura, de 5 de diciembre de 1975, por la que se aprueban como oficiales los métodos de análisis de suelos y aguas, cuya extraordinaria extensión impide reproducirlos en nuestra revista.

RESOLUCION de la Dirección General de Trabajo por la que se dicta Decisión Arbitral Obligatoria, de ámbito interprovincial, para la actividad de Oficinas de Farmacia.

Ilustrísimo señor:

Vistas las actuaciones relacionadas con las deliberaciones concernientes al establecimiento de un Convenio Colectivo Sindical, de ámbito interprovincial, para la actividad de Oficinas de Farmacia, incluida en el ámbito de la Ordenanza Laboral aprobada para la misma por Orden de 10 de febrero de 1975, y

Resultando que, en 10 de marzo del actual, tuvo entrada en esta Dirección General escrito del Presidente del Sindicato Nacional de

Industrias Químicas, en el que exponía que no habiéndose llegado a un acuerdo en las negociaciones de las representaciones económicas y sociales, para concertar el antes mencionado Convenio Colectivo tanto en su fase de deliberaciones como en la conciliación se instaba fuera dictada la pertinente Decisión Arbitral Obligatoria, a cuyo efecto acompañaban las actas correspondientes a la reunión de la Comisión Deliberadora y del acto de conciliación de la misma y del proyecto del Convenio presentado por la representación social.

Resultando que, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 14 de la Orden de 21 de enero de 1974 fueron convocadas las Comisiones Asesora y Deliberadora del Convenio a la reunión que había de celebrarse en la Dirección General de Trabajo, el día 25 del mes de marzo del año en curso y en la que tampoco pudo ser alcanzado un acuerdo;

Considerando que, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 15, apartado tercero, de la Ley 38/1973, de 19 de diciembre, y en el 14 de la Orden de 21 de enero de 1974, procede que por esta



tranjera sean experimentadas en nuestro país, cosa que ha sucedido ya. Lo lógico —dicen— es que se autoricen en España cuando hayan sido ya autorizados en los países en que se han descubierto.

Distribución de especialidades farmacéuticas.—Interpretan los autores del Análisis que el Informe trata de justificar, y quizá de aumentar, un porcentaje para la distribución, cuando la práctica dice que ya es excesivo. En efecto, si parte de ese porcentaje es cedido (y va a seguir siéndolo) a las farmacias, es obvio que el porcentaje fijado “sobra” para remunerar la labor distribuidora. Si ese porcentaje ya es generoso, sería más justo reducirlo y, en consecuencia, rebajar el precio de venta al público.

Oficinas de farmacia.—Dice el Análisis que el Informe trata de justificar lo que en España hace ya años que carece de justificación y de explicación: que para despachar envases cerrados y precintados, en los que el dependiente no tiene arte ni parte ni responsabilidad alguna, sean necesarios cinco años de carrera. La carrera de Farmacia —dicen— hay que “reinventarla” o dejarla desaparecer. Esas son las únicas alternativas.

Información farmacéutica.—El análisis se muestra partidario de liberar al médico de la situación actual, en que se le hace transmisor inconsciente del mensaje publicitario. Acusa al Informe de omitir medidas en este sentido y

dice que es necesario que las Facultades de Medicina den un lugar esencial a la formación en Farmacología clínica; que luego, la Seguridad Social ofrezca cursos acelerados de dicha materia para todos los médicos. (“No se comprende —dice— cómo dicho organismo no los ha instituido ya.”) Además, se debería editar, oficial y profesionalmente, una publicación, breve y práctica, sobre farmacología. Finalmente, habría que informar al público, incansablemente, con claridad y objetividad, sobre el papel de consumidor pasivo que se le quiere hacer desempeñar.

Precio de los medicamentos.—Sobre este tema, dice el Análisis que preocupa a nivel mundial desde hace tiempo, que es muy complejo (por la intervención de las multinacionales, las patentes, las marcas...) y que sería injusto criticar el hecho de que en España no se haya resuelto todavía. Critica, en cambio, que el Informe haya expuesto medidas genéricas y directrices imprecisas y superficiales o imposibles de llevar a la práctica.

Consumo de medicamentos.—Dice el Análisis: “El consumo de medicamentos es inseparable del consumo de asistencia médica. En las actuales deficiencias de ésta están los auténticos motivos de lo que, en el consumo de medicamentos, es excesivo e innecesario. Ahí es donde hay que llegar. Y ahí es donde el Informe no llega.

Protesta del Colegio de Madrid

El presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, se ha dirigido a nuestra Redacción, expresando su repulsa, que encierra la de otros muchos compañeros, por las afirmaciones gratuitas vertidas sobre la Corporación que representa, por los alumnos de la Facultad de Farmacia entrevistados en el MONITOR número de marzo de 1976.

La indignación producida por las citadas opiniones, que carecen de la más mínima base, y el deseo de aclarar las confusas ideas de este grupo de estudiantes, ha hecho que el señor Gómez de Agüero proponga una mesa redonda en la que intervendrían elementos del Colegio y otros del estamento estudiantil. De la conversación, que sería publicada por el MONITOR, saldría la luz capaz de esclarecer unos criterios fundamentados principalmente en el desconocimiento y la falta de contacto con la realidad presente.

Esta Redacción considera altamente oportuna la proposición del señor Gómez de Agüero y se ofrece gustosa para llevar a cabo su realización en el caso que exista acuerdo entre ambas partes.

Dirección General se dicte Decisión Arbitral Obligatoria para todas las Empresas y trabajadores que hubieran quedado vinculados en el Convenio si éste fuese acordado.

Vistos los textos legales citados y demás de general aplicación, Esta Dirección General resuelve dictar la siguiente Decisión Arbitral Obligatoria para la actividad de Oficinas de Farmacia:

Primero.—La presente Decisión Arbitral Obligatoria será de aplicación a la totalidad de Empresas y trabajadores incluidos en el ámbito de la Ordenanza Laboral para las Oficinas de Farmacia, aprobada por Orden de 10 de febrero de 1975, excepto en aquellas provincias que tengan Convenio Colectivo Sindical en vigor.

Segundo.—El salario base del personal a que la presente se refiere será el que resulte de aumentar las remuneraciones establecidas en el apartado segundo de la Decisión Arbitral Obligatoria del 5 de marzo de 1975, en un 17,1 por 100, cantidad en la que se comprende el incremento dispuesto en el apartado séptimo de ésta más tres puntos.

Tercero.—Vigencia. La presente Decisión Arbitral Obligatoria entrará en vigor el día 1 de enero de 1976. Si transcurridos doce

meses de su vigencia no hubiera sido sustituida por Convenio Colectivo Sindical o por nueva decisión Arbitral Obligatoria, las retribuciones resultantes de lo dispuesto en el apartado segundo serán incrementadas en el porcentaje que experimente la variación del índice del coste de vida en el conjunto nacional, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, referido a los doce meses indicados.

Cuarto.—En lo no previsto en la presente será de aplicación lo dispuesto en la Decisión Arbitral Obligatoria de 5 de marzo de 1975.

Quinto.—Disponer la publicación de esta Decisión Arbitral Obligatoria en el “Boletín Oficial del Estado”.

Lo que comunico a V. I.

Dios guarde a V. I.

Madrid, 30 de marzo de 1976.—El Director general, José Morales Abad.

Ilmo. Sr. Secretario de la Organización Sindical.

CONSEJO DE REDACCION

PRESIDENTE

D. ANTONIO NAVEDO
BASTERRECHEA

Presidente del Consejo de
Administración de ACEFSA

CONSEJEROS

D. Carlos Antich Rojas
D. Angel Aparicio Palomino
D. Flavio Caballero Chueca
D. Francisco Esteve Forriol
D. Luis Angel Heras González
D. César Herra Perujo
D. Miguel Ucelay Rived
D. Juan Jesús Varona Marín

DIRECTOR FARMACEUTICO

D. PEDRO MALO GARCIA

EDITA 

Asociación de Centros
Farmacéuticos de España. S. A.

Dirección y administración:
General Oráa, 68, 4.º
Teléfono 262 40 25 - Madrid-6

EDITOR GERENTE

D. ANTONIO PELETEIRO VARELA

DIRECTOR PERIODISTA

D. JUAN JOSE ESPEJO

PORTADA



CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL CENTRO FARMACEUTICO MURCIANO

Depósito Legal: M. 87-45-1960

 promotores
técnicos
asociados, s.a.
Carbonero y Sol. 19 - Madrid 6



Difusión controlada
13 264 ejemplares

editorial

JUZGAR CON LIGEREZA

ENERGICAS, numerosas y variadas han sido las reacciones despertadas por el famoso informe de ARGUMENTO, S.A. sobre la Reforma Sanitaria, cuyos puntos más salientes ha reflejado con muy diverso talante la prensa nacional.

Reconozcamos que como acicate hiriente para nuestra profesión no tiene desperdicio y sus tonos descalificadores para la Farmacia recorren toda la gama de las agresiones "civilizadas", como ha recogido alguna publicación profesional dando cumplida réplica de las informaciones vertidas en dicho informe.

Restringiéndonos a cuanto expone sobre la Distribución de medicamentos, punto que afecta directamente a quien edita esta Revista, estamos en condiciones de asegurar y demostrar que ARGUMENTO, S.A. ha juzgado con tremenda ligereza y sin querer llegar al fondo del asunto. Se ha dejado llevar por el panorama engañoso que ofrece algún elemento en nuestro sector, cuyo triunfalismo sólo enmascara una dura realidad de la que algunos pretenden huir usando la táctica del avestruz.

La verdadera ecuación apariencia-realidad se sintetiza en una fórmula simple, pero casi desconocida para la mayoría. Es un asunto celosamente velado que no ofrece gran interés para la gente —muchas veces ni para el mismo farmacéutico, primer interesado— y tampoco al parecer, para el grupo ARGUMENTO, S.A. que ha preferido regodearse con el escaparate falseado sin tomarse la molestia de examinar la contabilidad, tarea que exige esfuerzo y análisis.

La demagogia domina y dirige ciertos grupos que pululan por el país y dentro de entidades muy serias hay personas cuyas fobias o filias prevalecen frente a la sensatez que requiere el bien común y el servicio a la verdad.

El mostrador, mi cátedra

Por Tomás GIL REDONDO

ARRIBA, las montañas; abajo, el río con sus aguas y sus piedras. En medio, la carretera y el automóvil quitaron el tormento del risco y de la breña, dejando solamente la maravilla del paisaje. Un pastor con sus cabras y un niño en bicicleta se hacen, con parsimonia, soberanos del puente. Frenazo obligatorio. Qué país, qué paisaje y qué paisanaje. ¿Verdad D. Miguel? Se me achican los tres dentro de la mente, ya casi de noche. Y los tres se me funden, quizás por la obsesión de cada día, en una fachada blanca con ocho letras rojas: F-A-R-M-A-C-I-A. La pequeña estrella del cajetín de guardia me invita a la lectura del mensaje iluminado. El colegio provincial se dirige al público para hablarle, de urgencias, de medicamentos similares, de sustituciones.

—¿Hay huelga aquí también?

El compañero se ríe. Me pregunta por la huelga madrileña, por la brigada de antidisturbios y por todas las iglesias de Moratalaz. Me siento con el a lo caliente del brasero. Despliega ante mi vista, todas las hojas de un árbol inmenso, transfiguradas en fichas de cartulina blanca.

—Aquí está todo— y me señala con el dedo, la cabeza y las fichas iluminadas.

—¿Nunca te pierdas en este bosque?— El compañero se ríe. Me enseña, con paciencia milenaria, todas las aguas de su saber viviente, hasta hacerme beber en todos los ríos de la fuente de la Salud: El Intercón, los cuadernillos opacos del Consejo, las páginas brillantes de Mundo Farmacéutico.

—El compañero se siente parlanchín. Mientras habla, le miro con recelo, a los ojos. ¿Cuántos años tendrán estos ojos, tan antiguos como el mundo, como el dolor, como la muerte?.

Su palabra resuena en el silencio, como un aldabanozo profundo sobre la puerta de la conciencia: "Doy la razón a Ortega: La Universidad, lo universitario,

consiste en enseñar, en difundir cultura. Me considero, haciéndolo, un periodista ecuánime del medicamento; un maestro de la Salud pública. Mi farmacia es una oficina de información sanitaria; una escuela del pueblo".

—Vender, como contraste, casi me está prohibido. Desconozco, por completo, las técnicas de persuasión. No acierto a llamar la atención ni a despertar el interés. El deseo y la acción del cliente se quedan paralizados. Mis palabras, primeras y obligadas son profundamente antipáticas: Cuidado, abuso, intolerancia, toxicidad, efecto secundario...

—Mi farmacia es como cantó Neruda,
Iglesia
de los desesperados
con un pequeño
dios
en cada píldora.

—Pero no es posible lanzar al vuelo las campanas, ni cantar con latines gregorianos. El lenguaje científico de la bioquímica o de la farmacodinamia tengo que machacarlo en el mortero, para hacer polvo fácil, sencillo, comprensible.

—Es preciso ofrecer polvo puro del pueblo, cuando el pueblo pregunta. No es posible la palabra brillante, ni los colores vivos. El pueblo ya no adora la elegante, levita del Galeno; ya no reza, fanático, a Esculapio; desconfía de los templos hipocráticos. Quiere saber. Pregunta frente a frente al boticario porque pretende averiguar el prospecto enigmático; confrontar indicaciones; comprender la receta más allá de la letra y de la firma.

El compañero sigue hablando. Es una catarata de palabras futuras, de miradas antiguas y cartulinas blancas.

En el cajetín de guardia, continúa encendida la estrella más pequeña y más despierta de todas las estrellas.

Sobre distribución farmacéutica

LA Distribución Farmacéutica a lo largo de las dos últimas décadas ha sufrido una evolución paulatina hacia su profesionalización en el aspecto cuantitativo; cada vez suponen mayor cantidad y proporción de mercado los Almacenes que vamos a llamar profesionales (propiedad de Farmacéuticos corporativamente asociados): Cooperativas y Centros Farmacéuticos.

Por la importancia que hoy tiene este hecho real, queremos resaltarlo a fin de que todos los farmacéuticos españoles sepamos el alcance que este hecho supone en cifras, y las exigencias, responsabilidades y coberturas que están en nuestra mano.

El porcentaje de Almacenes Profesionales en número, está alrededor del 50%, siendo la otra mitad por lo tanto los denominados Almacenes libres (muchos de ellos propiedad también de farmacéuticos).

Sin embargo, el porcentaje de mercado que absorben las actividades de los Almacenes profesionales es notablemente superior; sin poder conocerlo con gran exactitud, se aproxima al 75% del mercado.

Este dato de suma importancia, nos viene a decir en primer lugar el avance logrado hasta la fecha y la importancia que se deriva de tal magnitud.

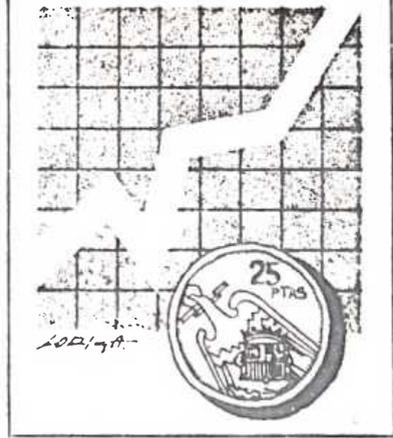
- El Farmacéutico con Oficina de Farmacia posee y controla el 100% de las actividades profesionales de la Oficina de Farmacia.
- El Farmacéutico con Oficina de Farmacia posee el 50% de los Almacenes de Distribución Farmacéutica.
- El Farmacéutico con Oficina de Farmacia controla el 75% de la venta de los Almacenes de Distribución Farmacéutica.
- Para el año 1976, en curso, la cifra de venta de los Almacenes profesionales (Cooperativas y Centros Farmacéuticos) oscilará más o menos sobre 55.000 millones de pesetas a precio de venta de Almacén.
- Mensualmente dichos Almacenes profesionales venden aproximadamente 5.000 millones de pesetas.
- Toda esta actividad mercantil está regida, gobernada y controlada por farmacéuticos directivos de los respectivos Almacenes.

Lo anteriormente expuesto, es un hecho real y únicamente podemos añadir, que se trata de un fenómeno en-marcha que probablemente irá en aumento en el futuro; por un lado existe la posibilidad de que las Entidades (Cooperativas y Centros) sigan proliferando en puntos de venta (Almacenes) y cuando menos, debemos contar con lo que hemos dado en llamar "Aumento vegetativo".

Pero... ¿Estamos preparados para poder gobernar, controlar y administrar, tan ingente volumen de cifras que movemos?...

¿Somos conscientes de la importancia de lo que tenemos entre manos?...

ECONOMIA



¿Conviene que estemos preparados para administrar prudente y sabiamente lo que hoy manejamos?...

¿Conviene que nos preparemos para el futuro de lo que nos espera?...

Con respecto a esta última pregunta, por ejemplo, es estimable que si los Stocks de la totalidad de los Almacenes Profesionales (Cooperativas y Centros Farmacéuticos) evaluados en 7.500 millones de venta (la venta de 45 días) crecen a un ritmo de 20% anual (cifra previsible de ventas, mas bien prudente), sólo por este concepto, para dar el mismo servicio a la Farmacia, se necesitará aportar a las Entidades el primer año 1.500 millones, el segundo 1.800 millones y así sucesivamente en progresión geométrica; si calculamos que el número de farmacéuticos propietarios es de 10.000 significa que sólo para soportar los aumentos de Stocks, cada farmacéutico debe de aportar el 1º año 150.000 pesetas, el 2º año 180.000 pesetas, etc. etc.

Otra solución mejor, efectivamente, es pedir que nos lo preste alguien, y a ser posible sin devengar intereses (y perdón por la ironía o fantasía) pero creo que es mejor continuar con un análisis serio del problema.

Podríamos añadir a las exigencias que crea un aumento de Stock, las derivadas de una exigencia existente todavía de mejores y más modernas instalaciones. ¿Acaso todos nuestros Almacenes son propiedad de nuestras Empresas? ¿No existen todavía Almacenes e instalaciones inadecuadas, vetustas, obsoletas?

Todavía más: la imperiosa necesidad de mecanización de nuestras empresas de cara a un futuro cercano, no ha hecho sino empezar; el esfuerzo y dedicación requeridos, podríamos decir que ha sido realizado en un 25%, por lo que debemos prepararnos para seguir esforzándonos en el 75% que nos falta, difícilmente evaluable en ptas., pero digno de tener en consideración.

Más, despreciemos (no consideremos) la influencia de los dos últimos capítulos (instalaciones y mecanización) para que veamos que con sólo seguir adaptando nuestros Stocks a las exigencias de cada año, nuestra necesidad de aportación resulta sorprendente:

Por termino medio, cada socio de una Cooperativa o Centro Farmacéutico, sólo para mantener los Stocks de acuerdo con las necesidades, necesitará aportar a su Empresa 150, 180, 216.000 ptas. anuales, año tras año.

Hagan números...

J.M.P.



COLABORACION

Reinventar la carrera

EN alguna ocasión, he recibido la dolorida confidencia de un compañero que, al precisar los servicios de un técnico para una función específica, no ha podido contratar a un farmacéutico, como hubiera sido su deseo, ya que en la bolsa de trabajo no existían quienes con esta titulación tuviesen la preparación necesaria para desarrollar la tarea. Hace unos días escuchaba al Director de un importante Laboratorio la imposibilidad de contratar a un farmacéutico para ciertos trabajos de síntesis orgánica y nos decía la dificultad de lograrlo, porque en nuestra carrera no se nos ha enseñado a realizar prácticamente tales técnicas.

En el número de abril, del Monitor se reproducía, con un breve comentario de la Redacción, el extracto publicado por un diario nacional del informe sobre la Reforma Sanitaria elevado por ARGUMENTO, S.A. Con una ligereza escudada en la más rimbombante fraseología sociológica, tocaba los temas Sanitarios —al menos según aparecía en el extracto— sin llegar a la más profunda razón del asunto. Entre las más detonantes conclusiones afirmaba que la carrera de Farmacia, o desaparece o tiene que “reinventarse”. No puedo negar que mi primer sentimiento fue de indignación. Después he tenido tiempo de reflexionar y medir exactamente el alcance de dicha afirmación.

No tiene que reinventarse la carrera de Farmacia. Sí, en cambio, ha de beneficiarse con una profunda reestructuración en los planes de estudios. Después, que estos planes sean llevados a la práctica con el mayor rigor, prescindiendo de los elementos docentes que quieran anteponer sus rancios criterios a la exigencia de los tiempos que corremos. En la formación de un profesional no debe tolerarse la carga de conocimientos absoletos que pueden

desear imponer unas mentalidades trasnochadas. No puede salir un farmacéutico sin la base teórica y práctica que le permita encararse con un aprendizaje más profundo de lo que es una síntesis orgánica, una fermentación industrial o un problema galénico. Las viejas épocas de “cuantos menos seamos los que sabemos, más ventajas tendremos” deben quedar superadas. Los tiempos en que escaseaban el utillaje y los aparatos de precisión, reservados sólo para diletantes o miembros de la minoría “elegida”, han de ser borrados.

Farmacia es una carrera con múltiples proyecciones hacia muy diversos campos de la ciencia, y todo farmacéutico que dirija sus pasos a uno de esos campos deberá tener una preparación básica que exceda de la mera “empollación” de gordísimos libros, concebidos para cerebros que, luego quizá, no tienen manos.

La respuesta al desafío planteado por las exigencias profesionales sólo puede darla la Universidad. Las Facultades de Farmacia han recibido en estos últimos años una valiosa aportación de jóvenes profesores, cuya formación sólida y moderna permite esperar de ellos un cambio radical en los métodos de enseñanza. La ruptura de las barreras que aislaban —consiguiendo una zona estéril— la intangibilidad de las cátedras pontificadoras, ha logrado que el estamento docente viva y comparta la “praxis” de nuestra profesión. Se han abatido las torres de marfil y los complejos distanciadores. Y quienes confeccionaban los planes de estudios conocen, si quieren verlo, cuanto es preciso para que a nuestra carrera no se le apliquen diagnósticos de extinción *si no se “reinventa”*.

Armando PAZ

El precio de la salud

DESDE hace ya mucho tiempo me viene preocupando, casi diría mejor, acongojando, el costo creciente de los cuidados médicos: los procedimientos analíticos y de exploración modernos, el empleo de carísimos medicamentos entre ellos antibióticos; las intervenciones quirúrgicas que requieren cuidados intensivos y litros y litros de sangre. Si a todo esto se añade el que los pacientes tienen a veces que estar muchos días y no siempre por razones inevitables en un hospital que cuesta varios miles de pesetas por día y cama; no debe extrañarnos que los gastos de la Seguridad Social sean inmensos y que graviten sobre la economía española de un modo que, en estos momentos de crisis, se hacen sentir de una manera más dura y persistente. No nos consuela —mal de muchos, consuelo de tontos— el que esto mismo esté ocurriendo en casi todos los países del mundo, y el que la Organización Mundial de la Salud haya hecho recientemente un llamamiento acusando su temor de que muy pronto las economías nacionales seah incapaces de hacer frente al gasto sanitario.

Sin embargo, es muy duro renunciar a los progresos de la Medicina moderna y no creo yo que haya nadie que se atreva —desde luego, yo no— a decir que hay que abandonar los adelantos para hacer una Medicina «a la antigua» y, por lo tanto, más barata. Es cierto que aquella Medicina tenía aspectos humanos, de relación médico-enfermo, que hoy día se han perdido y a los que debemos volver. Pero a nadie que esté en su sano juicio se le ocurre aconsejar que hay también que dejar de emplear antibióticos, radioisótopos, transfusiones o complicados procedimientos quirúrgicos.

¿Cómo resolver este problema?
¿Cómo poder continuar mejorando

el estado sanitario de nuestras poblaciones sin caer en un gasto tal que arruine toda nuestra economía? Yo creo que es sobre todo a fuerza de imaginación e inventiva como podemos hacerlo. Por supuesto que la Medicina en los grandes hospitales modernos, por lo menos en los que yo vivo y me desenvuelvo, está mal administrada. A veces, por falta de coordinación entre los Servicios, un enfermo espera muchos más días de los debidos antes que le llegue el turno para operar o para hacerle una exploración. Es verdad también que hemos enseñado a los jóvenes, y esto es culpa de los maestros, por lo que yo debo aquí confesar mi tanto de responsabilidad, una Medicina demasiado compleja, en la que se toman muchas medidas diagnósticas y terapéuticas no necesarias. Un primer paso sería, pues, el agilizar el trabajo hospitalario y evitar los actos médicos inútiles.

El otro día venían mis colaboradores, todos excelentes y de un gran nivel profesional y científico, a consultarme sobre una enferma difícil. Me asustó ver el volumen de «dossier» clínico. Había por lo menos el grosor de un libro de ciento veinte páginas en formato de a folio. Yo les dije: «No me leáis nada de lo que habéis encontrado; dejadme que yo explore por mí mismo a la mujer». La vi despacio, conversé con ella, palpé y percutí su abdomen, le hice un tacto combinado y al final emití un diagnóstico. «Decidme ahora si me he equivocado». Ellos, riéndose, me contestaron que a esa misma conclusión habían llegado. «¿Y cuánto tiempo habéis necesitado?». Me dijeron que varios días y un montón de análisis y exploraciones. No creas, lector, que yo soy un genio, soy un médico del montón, quizá por más viejo con más experiencia. Lo que pasa es que estoy acostumbrado a aquellos

tiempos en que sin medios habla que diagnosticar y curar enfermedades, y los resultados, aunque indudablemente son ahora muchísimo mejores, no eran entonces tan malos.

He querido decir con esto que se pueden ahorrar muchas veces tiempo y dinero haciendo una Medicina más clásica o, por lo menos, no pasando a los recientes avances hasta no haber agotado los métodos antiguos.

Pero con ser esto tan importante, me preocupa mucho más el enorme gasto que se hace por no saber prevenir las enfermedades. Veo con escalofrío las enormes sumas que se presuponen para reeducar y proteger a los subnormales. Y, sin embargo, no comprendemos que este camino, caritativo y admirable, es escasamente eficaz y que lo que hay que hacer con la subnormalidad es prevenirla, lo que hoy día la ciencia moderna está en condiciones de hacer. El consejo genético, la monitorización del embarazo y el parto de alto riesgo, las campañas de detección de cromosomopatías, de enzimopatías congénitas son cosas hoy día bien conocidas y puestas perfectamente a punto por nuestros científicos, pero que sólo se hacen a escala muy reducida. En campañas sanitarias bien organizadas no producirían una economía de miles de millones.

Otro tanto puede decirse del cáncer. Me he preocupado de calcular lo que cuesta en dinero una mujer con un cáncer del pecho o con un cáncer de la matriz ya declarados. No hablemos de la pérdida de vidas humanas y del valor incalculable que ello supone. Simplemente las horas de trabajo perdidas, las largas hospitalizaciones y aún suponiendo que podamos llegar a dominar la enfermedad, cosa muchas veces imposible; las grandes intervencio-



actitud colegial en cuestiones políticas, en oposición a las exigencias del sufragio universal.

CONTRIBUYE a esclarecer esta cuestión el criterio de nuestro legislador respecto a la participación de los profesionales en las funciones públicas de carácter representativo y demás tareas de interés general. Tampoco en esta actividad, que se extiende a toda la problemática de la vida social, rebasan los colegios profesionales la esfera de su específica y natural competencia, por cuanto los procuradores en Cortes que ostentan su representación no están ligados al mandato *imperativo* alguno, sino al servicio de la nación y del bien común. Lo que quiere decir que, desvinculados de los colegios que sirvieron de cauce para su elección, son, en su labor legislativa, representantes del pueblo español y ajenos, en consecuencia, a la voluntad y a la responsabilidad de los profesionales que intervinieron en su designación. De ahí que esta situación no pueda confundirse con la que caracteriza al régimen político *corporativista*, en el que son los intereses profesionales —con el contenido que les es propio— los que inciden en los mecanismos legislativos y gubernamentales.

La politización de los colegios profesionales, aunque utilizada coyunturalmente, implica el grave peligro de convertirse en pauta de acción en la vida colegial, deteriorando el espíritu de compañerismo y la comunidad de intereses que dieron origen y pujanza a estas corporaciones tradicionales. Sin olvidar, por otra parte que la conflictividad y disgregación aneja al pluralismo político en la lucha por el Poder conviene atemperarlas, asegurando para ello la cohesión y fuerza de las entidades que componen el *todo* social; entidades que son todavía más importantes frente a cualquier tipo de totalitarismo que pretenda someter la vida social al dogmatismo político y al poder de la Administración.

J. LLORENTE BARDECI