

# **POLÍTICA DE SALUD Y ESTADO DE BIENESTAR: EL CONFLICTO SANITARIO ESPAÑOL Y EL USUARIO DEL SERVICIO**

**MIGUEL OLMEDA DÍAZ**

Universidad de Valencia

*"Porque, hoy por hoy, la red sanitaria pública, con todas sus limitaciones y sus carencias, es el dispositivo sanitario de mayor calidad de nuestro país".*

*EL PAÍS, 27 de abril de 1987*

*"La recuperación de la autonomía personal será el resultado de la acción política que refuerce un despertar ético. La gente deseará limitar los transportes, porque quiere moverse eficiente, libre y equitativamente; la gente limitará la escolaridad, porque quiere compartir igualitariamente la oportunidad el tiempo y la motivación para aprender en más que para aprender sobre el mundo; la gente limitará las terapias médicas, porque quiere conservar su oportunidad y poder para curar".*

*Ivan Illich, Limits to medicine, pág. 270.*

## **I. El conflicto médico-sanitario reciente**

Cuando se pretende entrar analíticamente en algún problema o cuestión social, uno puede partir de alguno de los siguientes miradores: 1) La información estadística o empírica de que se disponga, a partir de que la que pueden hacerse preguntas pertinentes o significativas en relación con los intereses sociales que se quiere investigar; 2) La sistematización de los diversos estudios o análisis que desde distintas perspectivas, se han hecho sobre la cuestión que se pretende analizar;

3) Algún conflicto social que ha ocurrido o está ocurriendo estrechamente relacionado con el problema social de que se trata.

En mi caso, la elección ha planteado pocas dudas. La cuestión sobre la que me ha interesado reflexionar en voz alta es la *relación entre la cantidad y la calidad de la asistencia sanitaria y el bienestar ciudadano*. Uno tiene cierta desconfianza en el apartado de información estadística de que hasta el momento disponemos en relación con el problema; y, valorando en lo que tiene de valiosa la serie cada vez más numerosa y cualitativamente mejor de estudios analíticos sobre la asistencia sanitaria en España, lo cierto es que el campo es relativamente joven en nuestro país. Pero estaba ocurriendo un conflicto sanitario, y su observación me ha permitido un buen punto de partida.

Este conflicto, con sus intereses, sus reivindicaciones y sus propuestas de mejora de la asistencia sanitaria puede sistematizarse utilizando: a) Las presiones, informaciones y posiciones que ha ido aportando la prensa diaria y semanal no profesional ni especializada, es decir, dirigida a informar al ciudadano normal y corriente: b) las revistas y publicaciones especializadas y profesionales; c) las encuestas realizadas entre los sanitarios y entre los usuarios o entre los ciudadanos. He elegido la primera y no por casualidad, sino porque *el objetivo del estudio es el puesto que el ciudadano corriente tiene o debe tener en la asistencia sanitaria y en su calidad*.

Es así que la consulta de la prensa diaria y semanal durante el tiempo que se incuba y desarrolla el conflicto médico permite tratar, aunque sea someramente, dos cuestiones básicas en relación con: 1) Las causas que la prensa ha ofrecido del conflicto: y b) las características que, a mi entender, definen el conflicto en su relación con el bienestar de los ciudadanos.

## **Causas del conflicto médico**

Si se tiene la oportunidad y la paciencia de repasar la prensa y las intervenciones de personajes implicados en el conflicto de los medios de comunicación durante los últimos meses, es relativamente fácil establecer un esquema de las explicaciones ofrecidas de la baja calidad y del deterioro de la calidad de la asistencia sanitaria española, del caos sanitario, de la medicina tercermundista –que de éstas y algunas otras formas se ha bautizado la situación-, que constituyen la justificación del conflicto médico.

Entre otras, se consideran fundamentales las siguientes:

- 1) La insuficiencia de medios o presupuestaria en relación con las necesidades de asistencia sanitaria.
- 2) El economicismo y autoritarismo de la administración sanitaria.
- 3) El sistema y nivel remunerativo de los médicos.
- 4) La mala gestión de los recursos y la defectuosa planificación.
- 5) El comportamiento de los mismos médicos.

En primer lugar, se cita la *falta de medios y recursos*. Suele haber una coincidente protesta, porque los gastos públicos españoles en asistencia sanitaria y en salud representan un porcentaje del PIB bajo; en modo alguno equivalente a las naciones europeas (alrededor del 8%).

UGT<sup>1</sup>, por ejemplo, considera que existe una insuficiente cobertura de la demanda de servicios sanitarios públicos debido a: a) el crecimiento de la población atendida que pasa del 80% en 1980 al 95% en 1985; b) la disminución en pesetas constantes del presupuesto sanitario de la Seguridad Social; c) el progresivo empobrecimiento del sector sanitario con respecto a otros sectores del gasto tanto en términos del PIB como en relación con otros países del área. Para la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública<sup>2</sup> *“una política de restricción económica ha supuesto una disminución sustancial en la capacidad de los hospitales de poner al día su tecnología; e incluso se ha argumentado en la Administración la existencia de un exceso de camas hospitalarias, que está en flagrante contradicción con la situación de otros países de la CEE, con las recomendaciones de la OMS y con la realidad incontrolable de unos hospitales sobrecargados”*.

José M.<sup>a</sup> Fidalgo, de Comisiones Obreras, insiste en que en España hay 3,41 camas por mil habitantes, mientras que en la CEE se superan las 7 camas hospitalarias por cada mil habitantes.

Juan Blázquez, presidente de la Confederación Española de Sindicatos Médicos, compara los 15.000 millones dedicados a la investigación militar y los 1.500 para la investigación sanitaria.

---

<sup>1</sup> GONZÁLEZ TAPIA y M. A. ZAMARRÓN: “Ante un panorama incierto”, *EL PAÍS*, 7 de abril de 1987, pág. 32.

<sup>2</sup> VILLANUEVA, L.: “Las raíces del problema”, *EL PAÍS*, 26 de marzo de 1987, pág. 28.

Esta insuficiencia presupuestaria para la asistencia sanitaria se traduce en tres consecuencias básicas que se presentan como síntomas de falta de calidad y su deterioro: 1) Deficiencias sanitarias; 2) errores médicos; 3) el crecido número de médicos parados en relación con las abultadas y crecientes listas de espera.

La prensa ha ofrecido una retahíla de deficiencias y errores médicos que, puestos juntos, constituyen la delicia de críticos y amantes de lo truculento. Pero, a mi entender, pueden reflejar alguna idea de interés. Todo parece indicar que tanto los sindicatos médicos como los periodistas creen estar convencidos de que la salud de los ciudadanos está muy directa y principalmente relacionada con el nivel de gasto público sanitario; o más en concreto, con el porcentaje que el gasto público sanitario represente en relación con el Producto Interior Bruto. En segundo lugar, siguen dando la impresión de que el médico y el hospital constituyen los protagonistas de la salud de la comunidad.

En relación con los errores médicos en particular, me gustaría destacar lo siguiente. En primer lugar, se insiste en que la figura del médico está sufriendo una transfiguración en nuestro país. Ha pasado de la mitificación... a la imagen del funcionario agrio y desinteresado que se parapeta detrás de su despacho del ambulatorio, atestado de gentes con o sin causa. En segundo lugar, y como indica *EL PAÍS*, (19 de enero de 1987), olvidar una gasa o un bisturí en el vientre de un paciente, diagnosticar una meningitis como un sarampión o abandonar el quirófano durante una operación son casos que tienen entidad suficiente para ir configurando una cierta imagen negativa de la práctica médica de este país. Es cierto, escribe el mismo Editorial, que hechos de esta naturaleza ocurren en todas partes. Pero así como en otros países... los médicos tienen plena conciencia de la dimensión penal de su actuación profesional y adoptan las medidas necesarias para evitarla o neutralizarla, en España apenas existe esta realidad. En tercer lugar, la reacción normal de la profesión médica ante la denuncia y divulgación del error médico es doble, pero en todo caso corporativa y de baja dimensión ética: a) Protegiéndose, mediante la negativa a emitir informes directamente sobre la realidad de las actuaciones o estado de salud en litigio; b) amenazando con y haciendo efectivas las denuncias de deficiencias del sistema sanitario o del centro donde ha tenido lugar el error, intentando justificar el error humano por deficiencias estructurales.

En todo caso, la creciente denuncia y condena de la mala práctica médica puede ser un buen trasfondo del conflicto actual y puede ser un anuncio de las exigencias de la próxima política sanitaria.

La segunda explicación ofrecida de la baja calidad de la asistencia sanitaria en España y justificativa del conflicto médico consiste en "*el economicismo que la administración sanitaria quiere imponer en el funcionamiento de los centros y el rígido autoritarismo que se está utilizando en la aplicación de este modelo*"<sup>3</sup>.

Esta acusación de economicismo y autoritarismo se refleja y concreta: a) en la influencia decisiva del análisis económico; b) en la existencia y prepotencia del gerente; c) en la exclusión o alejamiento de la profesión médica en la toma de decisiones y dirección general del hospital o centro sanitario.

*"... A partir de ahí se ha producido una situación generalizada en los hospitales de apatía y frustración que lleva progresivamente a un incremento de la desresponsabilización de los profesionales, a la rutina y a la inhibición en la resolución de los problemas".*

A estos problemas se refiere, claramente *EL PAÍS* (días 11 y 19 de marzo de 1987) en sendos Editoriales, insistiendo en que: a) la opción por gestores cualificados está más que justificada; b) la naturaleza especial de la salud pública requiere que su gestión tenga en cuenta criterios no sólo de rentabilidad técnica o financiera; c) en consecuencia, a la hora de tomar ciertas decisiones, los médicos y el resto del personal sanitario deben estar presentes en los órganos de dirección y no sentirse exclusivamente peones de un tablero...

Expresiva a este respecto es la entrevista de Javier Matos, Presidente del Colegio de Médicos de Madrid<sup>4</sup>.

P- ¿Cómo está la Medicina en España?

J. Matos- Pues ya lo ve usted. La Medicina está muy mal. Tengo que decirlo sin rubor. Está peor. Está peor de lo que estaba.

P...

J. Matos- Este (el ministro) es un economista, lo cual no quiere

---

<sup>3</sup> SÁNCHEZ BAYLE, M.: "Democratizar los hospitales públicos", *EL PAÍS*, 13 de febrero de 1987, pág.26.

<sup>4</sup> Publicada en *Los domingos de ABC*, 5 de abril de 1987, págs. 8 y 9.

decir que me parezca mal que haya un economista, porque lo que hay que hacer es aprovechar los recursos existentes; pero no se pueden aplicar exclusivamente teorías económicas a un campo como el de la Sanidad. No es bueno que los médicos no participen en la reforma de la Sanidad; porque los médicos no sabrán mucho, pero son los que más saben.

Quizás valga la pena traer aquí el resumen que del problema hacen Sánchez Fernández de la Vega y Cuevas Santos<sup>5</sup>. Para quienes *el deterioro hospitalario se debe* a tres factores:

1) La politización de los órganos de gobierno de las instituciones hospitalarias que no pudo ser asimilada por los profesionales implicados. En su opinión, *"cada Gobierno democráticamente elegido tiene el derecho a elaborar las bases del desarrollo de la política sanitaria que considere más adecuada para responder a las necesidades reales de la población. Es, sin embargo, difícilmente justificable que para hacerla efectiva emplee exclusivamente a minoritarios equipos de dirección implantados por el impropio método de (a libre designación, con base más en criterios ideológicos que en criterios técnico-profesionales..."*

2) Los efectos del citado factor en la génesis del deterioro hospitalario se vieron intensificados cuando simultáneamente con la instauración de una dirección fuertemente ideologizada, *se produjo una anulación de los mecanismos de participación profesional y democrática a nivel decisorio.*

3) La insuficiente dotación presupuestaria.

La estructura piramidal autoritaria excluyente de los órganos de dirección de los hospitales no era el producto de una desafortunada incoherencia, sino la condición necesaria para establecer un drástico *plan económico sin contestación posible*. Bajo un aparente intento de gestionar mejor los hospitales *se ocultaba un plan para efectuar una detracción presupuestaria, cuyo destino era financiar irregularmente la estructura de atención primaria, aparente prioridad gubernamental*<sup>6</sup>.

En tercer lugar, hay un motivo que tiene todo el aspecto de tener un peso decisivo en la convocatoria y desarrollo de las huelgas, del

---

<sup>5</sup> SÁNCHEZ FERNÁNDEZ DE LA VEGA y otro: "Planteamientos de la Coordinadora de Médicos de Hospitales", *EL PAÍS*, 10 de marzo de 1987.

<sup>6</sup> *Cambio 16*, 1987, nº 799, págs. 94 y 95.

conflicto, y que probablemente ha aunado a agrupaciones de profesionales médicos diversos: *el sistema y nivel de remuneración de los médicos*.

Según el Ministro de Sanidad y Consumo<sup>7</sup>, en agosto de 1986, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos le planteó el modelo retributivo que pretendía la igualación de los médicos con otros empleados del sector público, incluyendo conceptos de productividad y especial dedicación. Según el Ministerio, después los sindicatos cambian de opinión y en lugar de pedir el sistema retributivo de los empleados públicos, con todas sus ventajas y sus inconvenientes, han terminado derivando a un incremento lineal de las retribuciones básicas.

En cualquier caso, y como señala Arrojo, E., tanto la administración como los sindicatos están de acuerdo en la necesidad de modificar el actual sistema de retribuciones del INSALUD; se señalan como defectos los siguientes: a) excesivo número de conceptos retributivos; b) la escasa transparencia y dificultad de su control; c) la pobre correlación entre el servicio prestado y la retribución percibida. Así las cosas, la Administración sanitaria ofrece el pasado día 4 de marzo de 1987, una propuesta de sistema de remuneración, propuesta que provoca la no aceptación de los sindicatos y la respuesta con el movimiento huelguista que conocemos.

Para enfocar adecuadamente el peso que ha tenido y tiene el problema remunerativo sería oportuno hacer algunas consideraciones ambientales:

1) El Sistema retributivo debe entenderse en el contexto de la elaboración del Estatuto-marco del personal sanitario que prevé la Ley General de Sanidad. Y éste puede comprender aspectos difíciles de asumir y aceptar por una buena parte del personal médico del Insalud y de la OMC: a) la jubilación a los 65 años; b) la desaparición del carácter vitalicio de las jefaturas de servicio y de sección; c) la aplicación de las incompatibilidades, etc.

2) *"Pretende prestar un servicio sanitario mejor y de más calidad, al incentivar la plena dedicación de los profesionales de la sanidad pública y primar a aquellos servicios que prestan una mejor asistencia. De esta forma, se crea un estímulo positivo para la formación de nuevos equipos de atención primaria y para la integración de especialistas de*

---

<sup>7</sup> Entrevista al Ministro de Sanidad, en *Cambio 16*, 1987, nº 799, págs. 94 y 95.

cupo en los servicios hospitalarios".

3) Se acepta el principio de equiparación de las remuneraciones del personal sanitario a la del resto de los funcionarios del Estado; pero se precisa determinar niveles.

4) Se da por ambas partes mucho peso a la dedicación exclusiva, y su relación con las incompatibilidades y con el ejercicio privado de la medicina. Sanchez Bayel, M.<sup>8</sup> insiste en el carácter decisivo que la dedicación exclusiva tiene sobre la calidad del servicio; aparte de otras razones, "es bien conocido que las actividades sanitarias privadas pueden parasitar al sector público, produciéndose en ocasiones la derivación de los enfermos del sector público al privado".

5) Resultan especialmente delicados los problemas relacionados con la incentivación profesional, por ejemplo, las compensaciones por productividad: su volumen, determinación de la productividad, etc.

En definitiva el pasado 25 de abril la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, con UGT y ELA-STV, firman un acuerdo retributivo con el INSALUD. Su contenido es el siguiente:

## LOS NUEVOS SUELDOS

### MÉDICOS QUE NO HACEN GUARDIAS SIN EXCLUSIVA

Concepto	Cantidad	% sobre lo que se gana actualmente
Sueldo	2.343.656	+5
C. Productividad	200.000	+9
C. Atención continuada	2.993.658	+22
TOTAL	2.993.658	+36

### CON EXCLUSIVA

Concepto	Cantidad	% sobre lo que se gana actualmente
Sueldo	2.343.656	+5

<sup>8</sup> SÁNCHEZ BAYLE, M.: "Dedicación exclusiva", *EL PAÍS*, 17-18 de abril de 1987, pág. 15.



C. Productividad	200.000	+9
C. Atención continuada	450.000	+22
Exclusiva	3.893.656	+44
TOTAL	3.893.656	+80

#### MÉDICOS QUE HACEN GUARDIAS SIN EXCLUSIVA

<b>Concepto</b>	<b>Cantidad</b>	
Sueldo	2.343.656	
C. Productividad	200.000	
C. Atención continuada	910.000	(hasta 3 guardias)
TOTAL	2.993.658	

Las 910.000 pesetas pueden ser por una guardia, por dos guardias o por las tres.

A partir de la tercera guardia (es decir, la cuarta, quinta, etc.) se abonarán a 12.750 pesetas por módulos de 17 horas.

Se han pasado 910.000 pesetas de la masa de las guardias (que eran variables) a complemento fijo, se cobrarán aunque se esté enfermo, de vacaciones, etcétera.

#### MÉDICOS QUE HACEN GUARDIAS Y COGEN LA EXCLUSIVA

<b>Concepto</b>	<b>Cantidad</b>	
Sueldo	2.343.656	
C. Productividad	200.000	
C. Atención continuada	910.000	(hasta 3 guardias)
C. Específico	900.000	(exclusiva)
TOTAL	4.353.658	

*EL PAÍS*, 27 de abril 1987.

Me gustaría destacar aquí lo que el Editorial de *EL PAÍS* del pasado 27 de abril señalaba en relación con este acuerdo: "*El acuerdo suscrito*

*tiene la bondad de potenciar el carácter de dedicación exclusiva a la medicina pública, fijando unos salarios dignos... supone que aquellos médicos que opten por la dedicación exclusiva y realicen las guardias ganarán tanto y, en algunos casos más, que otros titulados universitarios de los cuerpos de élite de la Administración del Estado... Pero lo difícilmente justificable es que se quiera mantener una renta garantizada del Estado, por unas horas en los hospitales o en las consultas públicas combinándola con una dedicación privada donde desarrollar la fuente principal de sus ingresos. Es una flagrante obviedad recordar la legitimidad del deseo de promoción personal; pero... ello no puede hacerse a costa de generar una visión catastrófica del funcionamiento y estructuras del sistema sanitario público y del desprestigio del mismo ante la opinión pública. Porque, hoy por hoy, la red sanitaria pública, con todas sus limitaciones y sus carencias, es el dispositivo sanitario de mayor calidad de nuestro país”.*

En cuarto lugar se alude a la *mala gestión de los recursos y la defectuosa planificación.*

*Tiempo*, (nº 254, pág. 13) señala las siguientes formas de mala gestión:

- 1) El INSALUD al final del ejercicio 1986 no había gastado 725.732.696 pesetas del plan especial de prevención de la subnormalidad. Sobraron también 440.995,034 pesetas del presupuesto de asistencia psiquiátrica y salud mental.
- 2) DEUDAS: El Primero de Octubre debe a sus proveedores 1.700 millones; más de la mitad de esa cifra corresponde a material quirúrgico y medicinas indispensables... Empresas, de tamaño mediano, como Jabones la Toja, no pueden soportar esta deuda y amenazan con retirar el servicio.
- 3) Cobros pendientes: La Paz tiene pendientes de cobrar deudas de particulares y de compañías de seguros por cerca de dos mil millones de pesetas aproximadamente la misma cifra que debe a empresas de material quirúrgico.
- 4) Robos: Un reciente informe de los servicios centrales de Inspección del INSALUD desvela que, en la Paz se roban todos los días objetos por valor de un millón de pesetas. El mismo informe concluye que nadie tiene la culpa. Todo

el que pasa por un hospital se lleva algo.

- 5) Utilización del material: También es frecuente la compra de aparatos costosos que permanecen arrinconados en los almacenes largo tiempo y al final tienen un rendimiento limitado porque nadie sabe usarlos. Se cita el caso de un Body Scanner que la Paz compró a Siemens en 1984 por 300 millones de pesetas. UTILIZACIÓN: a) Estuvo inutilizado durante un año esperando hacer obras de albañilería que costaron 25 millones; b) por insuficiencias técnicas, rinde poco; hace dos trabajos cada día, cuando podía realizar sin esfuerzo diez; c) hay una larga lista de niños cancerosos que esperan, mientras que La Paz traduce del inglés las instrucciones del manejo del aparato.

Por su parte, González Tapia y A. Zamarrón, de la Unión General de Trabajadores señalan los malos resultados de la política de gestión con que se ha pretendido reconducir el incremento del gasto sanitario y paliar la reducción presupuestaria del sector; a) sigue existiendo desorganización en la ordenación, tramitación y realización de las prestaciones asistenciales; b) escasa o nula integración de la asistencia hospitalaria y ambulatoria; c) se han congelado las plantillas a la baja; d) insuficiente implantación de medios y procedimientos para la recogida de datos y su evolución.

Por último, no quiero dejar de señalar, aunque sea ligeramente, otra razón apuntada y que puede ser real: *el comportamiento de los mismos médicos.*

*"En la protesta médica, se mezclan diversas motivaciones, no todas admisibles... El estado de la sanidad española justifica la irritación general. Pero no es posible ignorar que entre los causantes del deterioro se encuentran precisamente cientos o miles de médicos que no cumplen o cumplen mal, abusan de privilegios, compatibilizan situaciones inadmisibles, sienten un apego memorable a su condición de funcionarios vitalicios y deshonran con su actitud la postura honesta de otros muchos miles de compañeros"<sup>9</sup>.*

Naturalmente, no es éste el punto de vista y el juicio de valor de la Organización Médico Colegial. De acuerdo con su Presidente, Ricardo

---

<sup>9</sup> GONZÁLEZ TAPIA y otro: «Ante un panorama incierto», op. cit.

Ferré<sup>10</sup>: a) "No cabe olvidar que mientras crecen las listas de espera, se multiplican las camas en los pasillos y despachos y fallan los suministros, la labor de los médicos sigue ofreciendo uno de los «índices sanitarios más satisfactorios», reconocidos por la propia Administración. Así una reciente encuesta realizada por el INSALUD confirmaba que más del 80% de los usuarios considera que el trato recibido de los facultativos es bueno o muy bueno. Los profesionales de la medicina, por tanto, son uno de los estamentos de mayor eficiencia"; b) "... hemos de reiterar una vez más que nuestros objetivos (los de la OMC) no son otros que la defensa de los pacientes y que es necesario en las circunstancias actuales llegar a un acuerdo que permita alcanzar la mejor sanidad para los ciudadanos".

## **Características generales del presente conflicto**

Primera, el conflicto al que los ciudadanos hemos asistido a lo largo de los últimos meses *es más un conflicto médico que sanitario o de salud*; es más un problema planteado y sostenido desde la oferta de los servicios de asistencia sanitaria que desde la demanda; es más un problema de una profesión, de los intereses de un grupo laboral que de los intereses de los ciudadanos o de las condiciones sanitarias ciudadanas.

Segunda, dentro de los intereses de la profesión médica se trata básicamente de una *reacción hostil y defensiva de la asistencia sanitaria hospitalaria* frente a una prioridad política a favor de la *asistencia primaria*.

Tercera, todo parece indicar que se trata *de un pulso continuo entre los políticos* por un lado, aupados o sostenidos por unos expertos, los economistas, y los *médicos*. Y en el trasfondo, ciertos intereses políticos de ideologías contrapuestas frente a la concepción del partido en el poder. Este pulso parece movido y estimulado por el sector más conservador y dominante de la profesión médica que controla los Colegios profesionales.

Precisamente, esta soterrada -y a veces no tanto- lucha entre expertos y políticos explica y da la clave de la exposición que hace

---

<sup>10</sup> FERRÉ, R.: "Análisis de la crisis sanitaria", *EL PAÍS*, 15 de marzo de 1987, pág. 22.

Evans<sup>11</sup> de la general aceptación de la llamada Nueva perspectiva en los problemas sanitarios.

Cuarta, en este país todavía la profesión médica y sanitaria no tiene asumida *la idea de que la salud es una característica residual del comportamiento humano* (individual y ambientalmente considerado) en la *que están implicados todos los saberes*: que la asistencia sanitaria es una actividad que absorbe una buena porción de recursos públicos y que la economía tiene un puesto básico en la valoración, regulación y toma de decisiones en las actividades asistenciales: que la tradicional ética médica -como cualquiera de las tradiciones éticas- no es inmutable como la salida y la puesta del sol y que puede existir contradicción entre una ética médica secular y el bienestar de los ciudadanos al final del siglo XX.

Quinta, la justificación y fundamentación explícita del conflicto es la *calidad de la asistencia sanitaria* en un doble frente: a) habitualmente es baja- y b) está deteriorándose. En ese sentido se hacen series de deficiencias; y, cuando se publican los errores médicos, se amenaza por parte de la profesión médica con publicar informes sobre tales deficiencias y baja calidad. Pero en todo caso, y esto me parece importante hacerlo expreso aquí, se trata de una dimensión de la calidad de los servicios: a) desde *criterios estricta y exclusivamente médicos*: b) referidos fundamentalmente al *vector de inputs o de estructura* de los servicios sanitarios: c) en cualquier caso, se trata de una dimensión cualitativa *desde la oferta de los servicios*. Al usuario, al votante, al sujeto pasivo de los impuestos no se le oye decir nada ni ocupar un lugar privilegiado en lo que los demás plantean respecto a su bienestar.

Sexta, en descargo resulta justo decir que estas tendencias *pueden encontrarse en todas las agrupaciones médicas de los países avanzados*; no se trata de un comportamiento específico de España, por supuesto. La diferencia puede estar en el grado, en la intensidad y en el camino recorrido en la aproximación al buen entendimiento de la salud ciudadana...

## **II. Consideraciones generales sobre el papel del usuario en la determinación de la calidad de la**

---

<sup>11</sup> EVANS, R.: "A retrospective on the New Perspective", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1982, nº 2, págs. 325-344.

## **asistencia sanitaria**

En mi opinión, como se acaba de ver, una característica a considerar del actual conflicto médico es *la ausencia de propuestas en relación con el usuario como protagonista del servicio sanitario*. Mi propósito es hacer patente este protagonismo; y esto puede plantearse en dos niveles: 1) *En términos generales*, a partir de las relaciones entre los *distintos agentes* que intervienen en el servicio; y 2) *en algunas cuestiones puntuales* en relación con la soberanía del ciudadano en la provisión de la asistencia sanitaria. Por razones de espacio, se analizan en este artículo las consideraciones generales únicamente. En este sentido, podrán analizarse: a) estilo de vida; b) la determinación de las necesidades sanitarias de una comunidad; c) el carácter necesario o innecesario de las intervenciones médicas; d) la calidad del servicio sanitario.

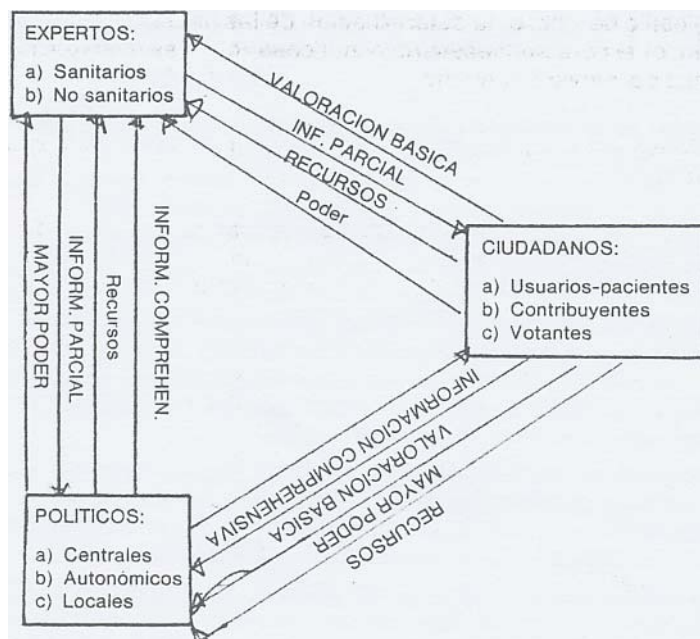
## **Las relaciones entre los agentes sociales intervinientes en la provisión del servicio sanitario**

A lo largo del conflicto médico, se han utilizado con frecuencia expresiones como «*economicismo*» de la asistencia sanitaria, «*medicalización*» de la sociedad, «*politización*» de la medicina y «*democratización*» de la asistencia sanitaria. Lo que se pretende aquí es simplemente situar el problema utilizando algunas ideas básicas, que no siempre son tenidas en cuenta cuando se reflexiona sobre problemas más complejos. Se intenta matizar el sentido positivo que tales expresiones pueden tener en orden a una tendencia hacia la democratización real de las decisiones sanitarias. Se parte de la diferenciación entre tres grupos básicos de agentes que intervienen en el proceso de provisión del servicio. En cada momento y lugar, podemos encontrar y describir una serie o sistema de relaciones de poder y de legitimaciones de hecho o de derecho en la toma de decisiones en relación con la salud entre tres grupos de agentes:

1.- LOS CIUDADANOS: 1) Usuarios actuales de los servicios; 2) contribuyentes o paganos de los servicios; 3) votantes, o electores. Los contribuyentes y votantes son usuarios potenciales del servicio sanitario.

2.- LOS POLÍTICOS Y EL GOBIERNO: 1) Locales; 2) Autonómicos- y 3) Centrales.

3.- LOS EXPERTOS: 1) Sanitarios, en especial los médicos; 2) no



sanitarios, en especial aquí, los economistas.

Ha habido y hay dos perspectivas de partida al acercarnos reflexivamente a la lucha que cada grupo realiza. Se puede suponer de entrada que los expertos y más en concreto los expertos médicos fundamentalmente pretenden defender, ampliar y legitimar su territorio en la toma de decisiones en relación con la salud de los ciudadanos. Hay, desde luego, otra manera de situarse ante el fenómeno: la perspectiva de buena fe. Como señalan M, Haug y B. Lavin<sup>12</sup>, *"Los profesionales médicos pretenden una ética del altruismo y de servicio, sus miembros piensan que es digno de ser creído que utilizan sus conocimientos únicamente para el mejor interés de sus clientes y de ahí su derecho a la autonomía-autorregulación más que cualquier supervisión externa para proteger al cliente"*. Igual podría indicarse de los políticos, y del Gobierno, pero esta duplicidad de supuestos puede ser más habitual en relación con los políticos que con los médicos y sanitarios

Como puede verse en el gráfico siguiente, aparecen tres características de las relaciones:

- 1) Los *recursos*, que en todo caso provienen de los ciudadanos, usuarios actuales o potenciales, y que se dirigen directamente a los expertos sanitarios, si el

<sup>12</sup> HAUG, M. y B. LAVIN: *Consumerism in Medicine*, Londres: Beverly Hills, 1983.

sistema es privado; o a través del Gobierno, si es pública la financiación, y normalmente, en ambas direcciones porque el sistema sanitario es mixto en proporciones variables. Aunque parezca inmediato es necesario recordar aquí -y en relación con las causas del conflicto- que, cuando los médicos de hospitales reclaman más recursos, se lucha más contra los bolsillos de los ciudadanos que contra los políticos y el Gobierno.

- 2) La *información*, a) sobre el estado de salud; b) sobre los medios para tratarla; c) sobre los costes y beneficios del tratamiento. Y esto puede hacerse en dos niveles de comprensión: 1) General, afectando a un conjunto de población o grupo de riesgo; 2) parcial, afectando a un usuario. Con frecuencia, se ha atribuido con exclusividad a los expertos sanitarios la generación, elaboración, tratamiento y control de la información sanitaria y de la salud. La tesis defendida aquí es que el punto básico es la evolución e información de y para el usuario actual y potencial. La función fundamental del experto médico y del economista es la de colaborar con el usuario en el manejo, generación y control de la información y evolución sanitarias.
- 3) *El poder*, es decir, la capacidad de tomar decisiones en materia sanitaria, que evidentemente sigue estando en manos de los sanitarios y de los políticos; sin embargo, el origen y justificación está en los usuarios, actuales y potenciales. Es necesario moverse en la dirección del rescate del poder del ciudadano y del usuario en relación con la asistencia sanitaria y convertirlo consciente e institucionalmente en el protagonista de la toma de decisiones en relación con su propia salud.

## **Medicalización, economicismo y democratización de la asistencia sanitaria**

Se trata aquí de explicitar el contenido que puede darse a la expresión programática de democratización de la asistencia sanitaria, que se ha utilizado y frecuentemente con ocasión del conflicto médico. Naturalmente no referido exclusivamente al fenómeno de que exista una regulación legal realizada por un Gobierno Democrático y por un



Parlamento Democrático; y por supuesto no sólo a que participe en las decisiones el personal sanitario de los centros de asistencia sanitaria y menos aún, que sean los médicos quienes participen en las decisiones básicas del centro; y todavía menos, que necesariamente sean directores del centro sanitario los médicos, sino a la institucionalización y puesta en ejecución de la soberanía del usuario de un servicio público.

La mentalidad, la organización y los hechos han consagrado el comportamiento denominado ya *medicalización de la sociedad*, es decir el predominio en la toma de decisiones sobre los recursos, la información y el poder por parte de la profesión médica. Esta expresión puede tener, al menos, tres contenidos:

1) *A los conocimientos médicos* se les atribuye una capacidad de creación, de información y explicación de la salud ciudadana superior a la que tienen; 2) *A las actuaciones e intervenciones* de los expertos sanitarios se les atribuye o se espera de ellas unos beneficios en términos de estado de salud superiores a los que producen o son capaces de generar o no se les atribuyen costes que ocasionan; 3) *A la profesión médica* se le asignan o realiza unas funciones o roles sociales para los que no tiene legitimación objetiva o preparación o se le permite asignar una cantidad o calidad de recursos socialmente injustificados.

Hay, por otra parte, otra acusación y riesgo que se ha hecho y se hace en esta lucha entre expertos en relación con la asistencia sanitaria de los ciudadanos; la del *economicismo* de la asistencia sanitaria, o de la gestión y administración de la asistencia. Por economicismo de la asistencia sanitaria puede entenderse: 1) El simple *intento de aplicación del conjunto de conocimientos y criterios de decisión aportados por la Ciencia Económica* a los problemas de la asistencia sanitaria, es decir, a un tipo importante de actividades de prestación de servicios; 2) *El hecho de atribuir, al Análisis Económico de la prestación de servicios sanitarios una capacidad explicativa superior a la debida*; de modo que puede distorsionar los intereses de los usuarios y limitar y reducir su calidad; 3) El hecho de *aplicar* en la toma de decisiones en relación con la prestación de servicios sanitarios un *modelo de razonamiento económico inadecuado* para este tipo de servicios.

Los sanitarios, principales usuarios de esta acusación suelen referirse básicamente al primer contenido; y, en ocasiones, al segundo. Los economistas suelen situarse entre el segundo y el tercero. En mi opinión, la tarea de interés está en el tercero.

En mi opinión, puede encontrarse -tanto en la literatura como en la lucha política y en la realidad- base para los tres contenidos pretensiones de la asistencia sanitaria. Puede no estar muy alejado de la realidad el pensar que estas tres grandes etapas o modos de entender la relación entre los agentes implicados en la provisión de la asistencia sanitaria (medicalización, economicismo y democratización) responden a tres estructuras distintas de sociedad y, por consiguiente, de necesidades, aspiraciones y posibilidades sociales distintas.

Como señala J. McEwen<sup>13</sup>, en el pasado, los individuos y las familias tuvieron una decisiva responsabilidad en la propia salud y en su propia asistencia sanitaria como resultado de la necesidad: únicamente la gente adinerada y/o culta solía y podía utilizar los servicios -más o menos efectivos- profesionales de los médicos. En la comunidad, unos individuos se ayudan a otros; y algunos se aceptan como poseedores de una especial capacidad o dotación para el tratamiento y la curación. Por supuesto, hubo menos intervención de los ciudadanos en la política sanitaria.

Para Heuvel<sup>14</sup> *“las ideologías de la asistencia sanitaria están cambiando desde una orientación: a) profesional independiente a b) una orientación burocrática-empresarial; y de ésta a c) una orientación de responsabilidad individual y de autoayuda”*.

Mi tesis es que:

1) Cada concepción, cada etapa tiene sus propias razones, sus propias exigencias, sus propios tipos y niveles de costes y beneficios sociales, que pueden determinar la preferencia por una forma u otra de asistencia sanitaria; 2) en la actualidad, en los últimos 15 años del siglo XX, estamos entrando y quizás estemos ya bastante dentro de la tercera concepción o etapa; la democratización o era de participación del usuario y del ciudadano, en la provisión de la asistencia sanitaria, propia y ajena.

Para McEwen, esta participación ciudadana significa: 1) La implicación activa de cada ciudadano en todos los aspectos de su asistencia sanitaria, en lugar del tradicional papel pasivo, normalmente

---

<sup>13</sup> McEWEN, J.: “Primary health care: The challenge of participation”, en LAASER, U. et alts. (eds.), *Primary Health Care in the Making*, Berlin: Springer-Verlag, 1985, págs. 320-321.

<sup>14</sup> HEUVEL, J. A.: “The role of the consumer in the health policy”, *Social Science and Medicine*, 1980, 14A, págs. 423-426.

asociado al rol asumido de paciente: *AUTOAYUDA*; 2) un proceso de sustitución y/o de complementación de tareas que normalmente se han pensado dentro de la esfera médica y que se toman por el individuo interesado: *desmedicalización o desprofesionalización de la salud*; 3) un deseo de asumir responsabilidades en la toma de decisiones en relación con aspectos más amplios de la política sanitaria y en concreto de la provisión y suministro de la asistencia sanitaria a la población: *democratización*.

Como es bien sabido, en ésta, como en cualquier otra muestra del dinamismo social, las etapas se yuxtaponen y solapan. Y este hecho fundamental, junto con los intereses personales y de grupo, dan lugar a la diferenciación de posiciones conservadoras y progresistas, es decir, posiciones de acuerdo con los aspectos que perduran de la etapa anterior o de acuerdo con las manifestaciones de la etapa que está entrando. Además origina planteamientos dudosos, ambivalentes y muy matizados. Para J. McEwen, hoy los individuos, solos o agrupados, los profesionales y el Gobierno son exponentes del principio de participación. Sin embargo, matiza y diferencia. *El Gobierno* fomenta que cada ciudadano se ocupe y se sienta responsable de su propia salud; pero insiste poco en la participación activa en las decisiones políticas y administrativas del servicio sanitario. *Los profesionales* están divididos en lo que a la participación activa llevará a una relación médico-enfermo inaceptable, destruyendo la autoridad del médico, y a una profusión de terapias y autocuidados peligrosos; otros, sin embargo, piensan que los sanitarios en general y los médicos en particular deben asumir un papel activo en ayudar al ciudadano a aceptar más responsabilidad y trabajar en difundir la información. Por lo que afecta a *los pacientes*: algunos se sienten felices en su papel pasivo de receptores de asistencia individual y no tienen ningún interés ni motivación para implicarse en los problemas generales de la asistencia sanitaria; otros sin embargo -y cada vez en número mayor- están exigiendo un papel activo individual y colectivamente.

Estas tendencias a la matización se aprecian igualmente en un teórico de la Economía de la Salud, como es el caso de G. H. Mooney. Si se ha de aplicar la soberanía del consumidor, escribe G. H. Mooney<sup>15</sup> hay que contestar afirmativamente a tres cuestiones: 1) Si el individuo

---

<sup>15</sup> MOONEY, G. H.: *Economics, medicine and health care*, Brighton, Harvester Press, 1986.

acepta que es el mejor juez de su propio bienestar; 2) si el individuo es capaz de juzgar su propio bienestar: 3) si el individuo desea hacer el apropiado juicio.

Para el autor, la primera cuestión significa en concreto si el usuario, el ciudadano, cree en el principio de su autonomía o está más inclinado a pensar que sus propias ideas y valoraciones están probablemente equivocadas y que tiene que doblegarse ante las valoraciones del experto sanitario. En su opinión, es muy probable que, en problemas de asistencia sanitaria, las preferencias reveladas de los individuos no sean las mismas que sus preferencias reales. En la asistencia sanitaria esta diferenciación de preferencias, establecidas por Harsanyi, puede ser relevante. Piensa que el principio de la soberanía del consumidor debería aplicarse en primer lugar y especialmente a la cuestión de si el individuo acepta o no para sí el principio de la soberanía del consumidor. Fundamentalmente dependerá del ambiente cultural y del sistema sanitario en que esté situado.

A la segunda cuestión, sostiene que, en muchas situaciones, no. Y se cita, *"Las actitudes hacia la asistencia sanitaria y la salud son tales que el individuo puede tener grandes dificultades para entender los efectos probables de diferentes formas de tratamiento y aún puede ser incapaz de evaluar la utilidad o desutilidad con los diferentes estados de salud"*.

En cuanto a la tercera: parece que responder a la primera implica la respuesta a la tercera; pero en su opinión no es necesariamente así. El proceso de decisión puede tener un valor en sí mismo; la utilidad puede ser función aquí de nuestra fe en la autonomía individual aun a riesgo de equivocarnos.

En su opinión, a la libertad de elegir no necesariamente se le dota de utilidad positiva: puede ser negativa. Yo puedo o querer decidir, o que decida otro por mí: en este caso el médico. Si se me fuerza a decidir, puede disminuir mi utilidad.

Pueden resultar explicativas del estado de la cuestión dos encuestas llevadas a cabo en EE.UU.: una a nivel estatal y otra a nivel nacional<sup>16</sup>. Cuatro son las cuestiones planteadas: a) El derecho del usuario de la asistencia sanitaria a la información sobre el producto; b) E) derecho del usuario a tomar las decisiones; c) La disposición a otorgar

---

<sup>16</sup> HAUG, M. y B. LAVIN: *Consumerism in medicine*, op. cit, pág. 67 y ss.

al médico alguna autoridad para dirigir la transacción; d) La disposición a actuar retando la autoridad.

La consideración se hace: 1) Al público y 2) A los médicos.

### El público y la autoridad de los médicos

	%	%
	ESTATAL	NACIONAL
<b><i>A. Creencia en el derecho a la información</i></b>		
Fuerte rechazo del derecho	6,7	2,5
Rechazo del derecho o dudas	21,5	14,6
Aceptación del derecho	38,2	42,0
Fuerte aceptación del derecho	33,5	41,0
	%	%
<b><i>B. Creencia en el derecho del usuario para tomar decisiones</i></b>		
Fuerte rechazo del derecho	3,1	1,7
Rechazo del derecho o dudas	22,5	17,0
Ambivalente	48,5	43,8
Aceptación del derecho	22,7	31,2
Fuerte aceptación del derecho	3,1	6,2
	%	%
<b><i>C. Disposición a retar la autoridad del médico</i></b>		
Muy baja disposición	3,0	5,6
Baja disposición	11,9	36,2
Ambivalente	26,4	31,8
Alta disposición	39,0	17,6
Muy alta disposición	19,7	8,8
	%	%
<b><i>D. Retos de comportamiento</i></b>		
Ninguno	58,3	48,0
Bajo	28,4	28,0
Moderado	9,8	13,2
Alto	3,0	10,9

## Opinión de los médicos de asistencia primaria sobre la autoridad del médico

<b><i>A. Creencia en el derecho a la información</i></b>	<b>PORCENTAJE</b>
Fuerte rechazo del derecho	33
Rechazo o ambivalente	33
Aceptación del derecho	16
Fuerte aceptación del derecho	19

<b><i>B. Creencia en el derecho del usuario para tomar decisiones</i></b>	<b>PORCENTAJE</b>
Fuerte rechazo	1
Rechazo	13
Ambivalente	43
Aceptación	20
Fuerte aceptación	23

<b><i>C. Disposición a aceptar el reto a la autoridad del médico</i></b>	<b>PORCENTAJE</b>
Muy baja	0
Baja	3
Ambivalente	16
Alta	48
Muy alta	33

<b><i>D. Acomodación al reto de comportamiento de los pacientes</i></b>	<b>PORCENTAJE</b>
Siempre rechaza el reto del paciente	10
Ordinariamente rechaza el reto del paciente	17
Respuestas mixtas	24
A veces trata de persuadir al paciente	24
Ordinariamente trata de persuadir al paciente	16
Se acomoda a las exigencias del paciente	8

## Opinión del público sobre la medicina y los médicos

<b><i>A. Escepticismo sobre la eficacia de la medicina</i></b>	<b>PORCENTAJE</b>
No escéptico	22,4
Relativamente escéptico	40,7
Escéptico	27,5
Muy escéptico	9,4

<b><i>B. Creencia en la competencia de los médicos</i></b>	<b>PORCENTAJE</b>
Competencia muy alta	6,7
Alta	41,5
Ambivalente	41,6
Baja	10,2
Muy baja	1,3

<b><i>C. Creencia en el interés de los médicos por los pacientes</i></b>	<b>PORCENTAJE</b>
Muy alto	11,6
Alto	32,9
Ambivalente	30,1
Bajo	17,2
Muy bajo	8,2

## Conclusión

El conflicto médico al que hemos asistido ha despertado la idea ambiental en la literatura técnica sobre Economía de la Salud y en las políticas sanitarias de que el usuario del servicio en general y de la asistencia sanitaria en particular es el gran olvidado en la toma de decisiones; que estamos entrando en la era en que el experto tiene que dejar de lado sus pasados privilegios, basados en la información: ésta está siendo cada vez más pública y más pluriforme.

El problema básico de las políticas sanitarias y de las actitudes sanitarias puede estar en buscar una mejor educación sanitaria; pero no sólo de los ciudadanos, que suele ser la pretensión normal, sino

básicamente de los sanitarios, de los expertos. Pueden resultar, sin embargo, de difícil reconversión quienes han sido educados en el convencimiento de que son los celosos depositarios de cuanto saber se refiere a la salud de los ciudadanos, como ha puesto de manifiesto el reciente conflicto médico.