MEDICOS, ADMINISTRADORES Y ENFERMOS: LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

En este artículo, **Víctor Pérez Díaz** estudia la calidad de la medicina curativa de la seguridad social en España. Constata, junto a la crisis económica del sistema, la existencia de una crisis de su calidad. Esta crisis es patente en la medicina extrahospitalaria; pero también se da, en menor medida, en el terreno hospitalario. Explica esta crisis por la acción, y a veces la pasividad, combinada de los médicos, los administradores y la sociedad civil. Sugiere cursos alternativos de actuación que ponen en cuestión las instituciones económicas y jurídicas vigentes, así como las actitudes y los valores de la clase médica, la administración y la sociedad.

I. LA CRISIS DE LA SANIDAD: COSTES Y CALIDAD

LOS sistemas de asistencia sanitaria y seguridad social de todos los países occidentales están sometidos hoy a grandes tensiones (*). Es improbable que estos países encuentren su solución tomando ejemplo de sociedades colectivistas como la Unión Soviética (1). Para este problema, como para tantos otros, tendrán que contar, ante todo, con sus propios recursos económicos, organizativos y culturales, y seguir inventando compromisos a medio plazo entre libertad y eficacia, en la huida hacia adelante que es su destino de sociedades libres.

Dos han sido los grandes conflictos de los sistemas de asistencia sanitaria y seguridad social de estos países en tiempos recientes: un conflicto sobre la calidad y un conflicto sobre los costes.

En primer lugar, en medio de la gran expansión de estos sistemas en los años cincuenta y sesenta, surgió la corriente crítica que puso en duda la calidad de sus servicios. Señaló, con razón, que la mejora en la prolongación y la calidad de vida y la salud humana no se habían debido principalmente a cuidados médicos, sino a la mejor alimentación y a cambios en el medio social y natural. Denunció el peligro de las enfermedades yatrogénicas, el peligro de una reducción del enfermo a objeto inerte en manos de una profesión y un complejo técnico y burocrático cada día más poderosos y cada día menos fiables y, en general, el peligro de una medicalización de la existencia incompatible con el desarrollo de individualidades libres (2).

Estas críticas afectaron poco la expansión del sistema, impulsada por el desarrollo económico y la creencia popular en los milagros de la medicina científica, y protagonizada por profesionales y burócratas, quienes tildaron aquellas críticas de arcaizantes y románticas. Pero la crisis fiscal del Estado del bienestar, con su cortejo de limitaciones, patentes desde los años setenta, ha invertido la situación. Su mensaje es muy simple: no hay recursos para prolongar la expansión de los servicios sociales, y por tanto de los sistemas de salud, y mucho menos al ritmo anterior. Guste o no, todos los países se encuentran en la tesitura de hacer balance de sus recursos en esta materia. Y, con ello, ha llegado el momento de centrar el foco de atención en la organización y la calidad. La historia nos ha llevado a una situación límite. Pero gracias a ello es posible que nos enfrentemos con lo que, normalmente, hubiéramos eludido siempre: el problema de la calidad de la asistencia sanitaria (3).

La expansión de la oferta y la demanda sanitaria, estimulada por políticos y administradores, corporaciones profesionales e industrias de la salud, y un desarrollo económico de casi dos decenios, interrumpido a mediados de los años setenta: todo esto, común a Europa occidental y Estados Unidos, ha ocurrido en España con variantes de ritmo y modo. Variaciones que se refieren a disparidades, cada vez menos acusadas, en el volumen de la oferta (por ejemplo, el número de camas por habitante) y la calidad de los servicios (4).

Este artículo se refiere a la calidad de la medicina curativa en España (dejando aparte los problemas de la medicina pre-

INDICES DE SALUD Y RECURSOS SANITARIOS DE ALEMANIA, FRANCIA, ITALIA, HOLANDA Y ESPAÑA

	Alemania	*Francia*	*Italia*	*Holanda*	*España*
INDICES DE SALUD					
Esperanza de vida al nacer	71,2	72,7	73,4	74,5	73,4
Mortalidad infantil (°/₀₀)	19,7	14,7	20,9	10,6	18,8
Mortalidad materna nacimientos (°/₀₀)	0,39	0,25	0,25	0,11	0,22
Enfermedades infecciosas y parasitarias × 100.000 habitantes	8,8	14,6	11,2	6,6	20,2
RECURSOS SANITARIOS					
Médicos × 100.000 habitantes	193	154	199	159	148
Dentistas × 100.000 habitantes	52	50	—	32	9
Camas × 100.000 habitantes	11,8	7,7	10,6	5,4	5,2

Fuente: ALCOVER, M.; SABATER, E., «Análisis comparativo de la evolución de los niveles de salud (España y CEE), en *Revista de la Seguridad Social,* julio-septiembre 1979, n.° 3, págs. 7 y ss.

Puede observarse en este cuadro que los *índices de salud* en España son comparables en general, a los de los otros países europeos, en especial Alemania, Francia e Italia, si bien son netamente inferiores en lo relativo a las enfermedades infecciosas y parasitarias (un problema que pone de relieve nuestras graves insuficiencias en el campo de la medicina preventiva). Por lo que se refiere a los *recursos sanitarios,* el número de nuestros médicos es comparable al de esos países, y el número de camas, aunque inferior al de Francia e Italia, es similar al de Holanda (que parece tener, por otra parte, unos índices de salud superiores a los de los otros países). En cuanto al número de nuestros dentistas, sólo cabe decir que es sorprendente, y muy inferior al de los otros países occidentales.

ventiva, el medio ambiente y el medio profesional etc.). Su argumento central es éste. En base al conjunto de informaciones disponibles, a veces, a mi juicio, ilustrativas o fragmentarias, y a una serie de inferencias lógicas, llego a la conclusión de que la calidad de los servicios sanitarios es muy deficiente en los ambulatorios, y sólo mediana en nuestros hospitales. Esto es así porque dos actores principales del sistema de asistencia sanitaria y seguridad social, los profesionales (sobre todo, los médicos) de un lado, y los burócratas y los políticos de otro, por varias razones y a través de diversos mecanismos (que iré presentando a lo largo de esta exposición), han coincidido en dirimir sus diferencias y conseguir, dentro de la medida de sus fuerzas, el alcance de sus objetivos, por el procedimiento de expansionar el sistema y eludir la cuestión de su calidad (5); llevándose todo esto a cabo en parte con el apoyo y en parte con la pasividad de la sociedad civil (enfermos, cotizantes y contribuyentes), que es el otro actor principal del sistema. El énfasis de mi discusión sobre la asistencia extrahospitalaria está puesto en las razones de las estrategias de los actores; mientras que el análisis del hospital se centra en algunos mecanismos que hacen posible el éxito de tales estrategias: la ausencia o la debilidad de diferentes tipos de control de calidad (6).

Este artículo describe y explica lo que sucede, sin proponer reforma alguna, aunque de

las observaciones críticas que contiene, y de los cursos alternativos de acción que describe, el lector puede deducir las reformas que mejor le cuadren.

Por mi parte, con todo ello, me limito a hacer una llamada de atención dirigida, sobre todo, a la sociedad civil. Llamada de atención sobre la inclinación de políticos y burócratas a debatir esas reformas desde el punto de vista de su interés en ampliar sus áreas de poder, de partido o de cuerpo. Llamada de atención a la sociedad civil sobre su propia debilidad de juicio y su propia debilidad de carácter, para defenderse a sí misma y para establecer con la clase médica y con la clase política una relación de intercambio, respeto y confianza mutua, pero no de subordinación y explotación: un pacto, no un acto de sumisión (7).

Añadiré que la preocupación por la calidad de la sanidad y la preocupación por las proclividades de nuestros profesionales y nuestros hombres públicos, no son preocupaciones minoritarias, sino que están ampliamente difundidas en la opinión pública. Dos referencias de carácter muy general a esta opinión pública pueden servir así de pórtico a mi discusión.

OPINIONES DE LA POBLACION ESPAÑOLA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO Y REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

	Porcentaje
La seguridad social:	
Está bien organizada.	18
Está desorganizada...	73
Administra bien sus recursos	14
Despilfarra sus recursos	65

	Porcentaje
¿Cómo califica Vd. las prestaciones sanitarias de la seguridad social?:	
Excelentes o correctas	23
Regulares...	46
Francamente malas...	26

	Porcentaje
Los problemas actuales de la seguridad social son:	
• Tan graves y urgentes que requieren una reforma total e inmediata	34
• Muy graves, pero, dadas las circunstancias del país, es más conveniente hacer una reforma gradual, empezando por mejorar lo que hay	41
• No creo que sean tan graves los problemas y bastaría con administrar mejor	18

Cómo calificaría la buena voluntad de los siguientes grupos para resolver los problemas de la seguridad social, entre 0 (mínima) y 5 (máxima):

Médicos	2,4
Funcionarios de la Seguridad Social	2,0
Gobierno	1,7
Oposición al Gobierno ...	2,4
Empresarios	1,9
Sindicatos	2,5

(c. 1.200)

Fuente: Fundación FIES, «Encuesta sobre Coyuntura Económica», mayo 1982.

En primer lugar, la gran mayoría del país cree que las prestaciones sanitarias de la seguridad social son deficientes. En una encuesta de la Fundación FIES, realizada en la primavera de 1982 (8), el 46 por 100 de los entrevistados consideraba esas prestaciones como «regulares», y el 26 por 100 como «francamente malas». (Esta última respuesta de crítica extrema se reducía considerablemente, pero seguía siendo apreciable, cuando la pregunta precisaba más su contenido, se dirigía a los usuarios efectivos de los servicios sanitarios durante los últimos cinco años y se refería a los hospitales de la seguridad social. En este caso, un 17 por 100 de los usuarios consideraba como «malo» o «pésimo» el trato humano y un 14 por 100 consideraba así el trato profesional). A ello cabe añadir que el 73 por 100 de toda la población pensaba que la seguridad social estaba desorganizada, y el 65 por 100 creía que ésta despilfarraba sus recursos.

Como segunda referencia, señalaré que la inmensa mayoría del país quiere reformas en la seguridad social, presumiblemente reformas que afecten a la calidad de las prestaciones sanitarias (y otros servicios); pero su grado de confianza en que el gobierno, los empresarios, los funcionarios de la se-

guridad social, la oposición política al gobierno, los médicos y los sindicatos, tengan la voluntad de acometer estas reformas es entre medio y bajo. En la encuesta de la Fundación FIES antes mencionada, un 75 por 100 se pronunciaba por reformas de la seguridad social: totales e inmediatas (34 por 100), o graduales (41 por 100). En una escala de 0 a 5, indicando el grado de confianza en la buena voluntad de los diferentes grupos antes mencionados, para resolver los problemas de la seguridad social, la población otorgaba a todos ellos una media entre 1,7 y 2,5 puntos.

II. EL AMBULATORIO, UNA CALIDAD MUY DEFICIENTE

1. Medicina en ambulatorios

Tanto se ha criticado la calidad de los ambulatorios, que una crítica más parece redundante. Los propios médicos la critican intensamente: según una encuesta reciente del Instituto de Estudios de la Seguridad Social (IESS), el 85 por 100 de los médicos considera insatisfactoria la asistencia dada en los ambulatorios (9). Es curioso, sin embargo, que se haya estudiado poco esta extraña institución, que, cual enfermedad incurable, parece inmune a todo tratamiento. Describiré diferentes aspectos que creo relevantes del fenómeno, y trataré de explicar por qué ha resistido y resiste, con esa mala salud inalterable, el paso del tiempo y, hasta ahora, el paso de régimen político.

El ideal de lo que debe ser la práctica de la medicina curativa extrahospitalaria es claro: debe ser una medicina que, por su conexión con la medicina de cabecera, mantenga una integración de varios enfoques o especialidades clínicas; asegure una continuidad en la relación médico-enfermo; permita tener en cuenta los aspectos psicosomáticos de la enfermedad, así como la incidencia del entorno familiar y del entorno social sobre la misma; esté atenta a la posibilidad de recurrir a procedimientos preventivos y rehabilitadores; y se coordine con la atención hospitalaria que el enfermo pueda necesitar. La realidad de la medicina que se realiza en el ambulatorio no puede estar más alejada de este ideal. Esta realidad es secreto a voces, pero ha sido estudiada científicamente con parquedad. Algunas indicaciones estadísticas fiables basadas en encuestas, combinadas con algún estudio cualitativo sobre muestras no representativas, componen la imagen siguiente (10).

Los médicos suelen ir menos de una hora al ambulatorio, incumpliendo así su obligación horaria, y conceden a los enfermos una media de unos dos minutos de atención por enfermo (11). Sucede con frecuencia que los médicos se limitan, si son de cabecera, a dar el vale para el especialista y, si son especialistas, a dar una receta para la farmacia o un vale para rayos o análisis. No es raro que expidan recetas «automáticamente», práctica institucionalizada en la llamada previa a «los de receta», esto es, a quienes vuelven para que se les recete lo mismo que la primera vez, encontrándose con recetas ya preparadas y en blanco, a rellenar según indique la receta anterior.

El enfermo recorre una complicada trayectoria que le hace ir y venir de uno a otro centro de la seguridad social, y al final, con bastante frecuencia, acude a médicos particulares (que a veces son los propios médicos de la seguridad social) o/y los médicos de las sociedades de seguro libre. Esta trayectoria se caracteriza por su discontinuidad, no sólo entre el sector del ambulatorio y los restantes, sino incluso dentro de la fase ambulatoria, dada la desconexión entre médicos de cabecera y especialistas, titulares y suplentes, como si nadie estuviera interesado en el tratamiento y el seguimiento del enfermo, nadie fuera responsable por él, y todos se atuvieran a una especie de «teoría del acto médico autosuficiente». Todo este trasiego extrahospitalario es de efecto nulo a la hora en que el enfermo llega al hospital (sin *récords* de los análisis, radiografías, diagnósticos y tratamientos anteriores). En consecuencia, cada escena singular de esta trayectoria constituye, no una etapa en un proceso racional de curación, sino un ritual que calma, entretiene o acrecienta, según los casos, la angustia producida por las molestias o la enfermedad, y mantiene la fe en que, de alguna manera imprevisible, se produzca un efecto de curación.

Consideremos ahora el otro personaje del drama, el médico extrahospitalario. Los médicos han accedido a las plazas de la seguridad social a partir de diversas experiencias, que no suelen corresponder a procesos rigurosos de formación y especialización. Estos médicos han recibido una formación médica que, según los *standards* internacionales (véanse los resulta-

dos españoles en el examen Foreign), es bastante modesta (12); han conseguido el título de especialista con la mera inscripción como tal, durante dos años, en el colegio de médicos; y han utilizado mecanismos de acceso a la plaza de especialista de la seguridad social, consistentes bien en un concurso público, bien en una interinidad prolongada y finalmente homologada en un concurso restringido, que tampoco requieren o garantizan una formación especial. Por último, su práctica en el ambulatorio no compensa, sino que previsiblemente agrava, estas deficiencias.

En todo caso, los médicos parecen considerar estas plazas de ambulatorio, no como objeto de una vocación singular, sino como complemento económico, y así orientan sus energías hacia otras tareas (de medicina privada en régimen de ejercicio libre, o en conexión con sociedades médicas, empresas, organismos oficiales de toda índole, etc.), de las que obtienen sus mayores ingresos.

De los ingresos reales de los médicos hay escasa información. En 1977, hice la estimación (que como tal, y a título de ilustración, reitero ahora) de que muchos de estos médicos de ambulatorio, al cabo de unos diez a quince años de experiencia profesional, habían llegado a una situación donde trabajaban del orden de cincuenta horas a la semana, y ganaban (entonces) del orden de 200.000 pesetas al mes, habiendo acumulado un patrimonio de cierta importancia (pisos en propiedad, coches, algunas inversiones, carrera a sus hijos, etc.). Este estrato de médicos, aunque con considerable esfuerzo, se situaba al nivel de la clase media acomodada. En los muchos ejemplos que reuní entonces de médicos de ambulatorio, entre 35 y 45 años, que habían pasado por experiencias bastante diversas, observé una homología o proporción entre la estructura de sus tiempos de trabajo y la de sus ingresos. El ambulatorio absorbía en torno a una décima parte del tiempo, y proporcionaba en torno a una décima parte de los ingresos. Ganaban unas 30.000 pesetas en el ambulatorio, sobre un conjunto de entre 200.000 y 300.000 pesetas; trabajaban cinco horas a la semana sobre cincuenta o sesenta. Esta proporcionalidad era el principio regulador de la conducta de estos médicos. Tenían la obligación legal de dos horas y media en el ambulatorio. Pero actuaban como si no considerasen su obligación moral ir allí todo ese tiempo. Según su punto de vista «tenían que ganar» del orden de 200.000 pesetas al mes. Este era el nivel exigido por su sentimiento de dignidad estamental. Su «imperativo moral categórico», que explicaba o racionalizaba su comportamiento efectivo, era: actúa de tal forma que puedas vivir como viven las clases medias profesionales de este país, y parangonarte con los médicos de otros países europeos (13). Un «imperativo moral» derivado quizá del ideal de dignidad estamental, pero no del ideal de diligencia y responsabilidad profesional respecto a la salud de los enfermos.

2. Razones de la persistencia del sistema: estrategias de médicos y burócratas

Sin entrar en el tema de cómo se generó este sistema del ambulatorio, cabe preguntarse cómo y por qué ha persistido tanto tiempo, a pesar de su evidente mal funcionamiento. La respuesta exige entender el sistema como resultado de un compromiso entre dos estrategias, la del aparato político y administrativo de la seguridad social y la de quienes, para abreviar, llamaré «clase médica». Este compromiso ha sido posible a causa de la pasividad (inducida, pero responsable) de la población trabajadora y de la sociedad civil, en general.

La clase médica ha sido plenamente consciente de lo que significaba el ambulatorio, y ha aceptado su papel durante los treinta y pico años que ha durado, hasta ahora, el experimento. Periódicamente se han oído en su seno voces de denuncia, pero esta denuncia no ha sido tan intensa o extensa como para convertirse en un peligro. Y, en esto, las jóvenes generaciones, que tan críticas y combativas se mostraron, en tiempos, en el campo hospitalario, no han sido excepción.

Factores tales como la práctica del pluriempleo, la sobrecarga de trabajo y la fatiga correspondiente, la falta de estímulo profesional, y la necesidad profundamente sentida de «estar en su sitio», sin desmerecer de las obsesiones «desarrollistas» y «consumistas» de la clase media de todos estos años, han tenido su parte en el embotamiento de la sensibilidad de muchos médicos. Tanto más cuanto que la reiteración de la escena del ambulatorio, día tras día, año tras año, les ha permitido instalarse en el incumplimiento y la desatención como en una rutina más. Añádase a aquellos factores la apoyatura y el confort moral que resulta de que todos alrededor están ha-

ciendo lo mismo, y la circunstancia de no tener que dar cuentas o pagar el precio de la propia incompetencia a nadie. A esto último han contribuido dos fatores. Primero, el descrédito, como juez o inspector de la clase médica, del aparato burocrático, la opacidad de cuyos actos ha puesto siempre en tela de juicio su competencia y su espíritu crítico. Segundo, la ausencia del mecanismo de control básico de la elección libre del médico (general y especialista) por los propios enfermos. Esta ausencia ha sido mantenida a sabiendas del deseo expreso o reiterado de las gentes por elegir sus médicos (ver recuadro).

OPINION DE LA POBLACION ESPAÑOLA SOBRE LA ELECCION LIBRE DE MEDICO

	Porcentaje
¿Qué sistema de asistencia médica prefiere Vd?	
Elegir libremente el médico, pagarle de su bolsillo y ser reembolsado un mes más tarde por la seguridad social	64
Un sistema en el que no adelante nada de su bolsillo y sea atendido por el médico que está en el ambulatorio	29
	(c. 4.200)

Fuente: Fundación FIES, «Encuesta sobre Coyuntura Económica», mayo 1982.

Para hacer frente a la disonancia cognitiva (14) y moral entre la práctica del ambulatorio y los ideales morales de la profesión, la clase médica ha desarrollado varios mecanismos culturales de defensa, entre los que destaca el de «desplazamiento de la culpabilidad». Ello lo ha hecho en tres direcciones: 1) hacia el enfermo, a quien se ha caracterizado como enfermo indisciplinado y caprichoso, que obliga al médico a atenderle mal; 2) hacia el aparato administrativo de la seguridad social, como responsable de la asignación de fondos y de la organización del sistema; y 3) hacia el entorno estructural, «las estructuras», «el sistema», «el contexto», «la sociedad», «la burocracia», «el capitalismo», etc. (y así, por ejemplo, aún cuando un 62 por 100 de los médicos cree que los enfermos reciben un trato en la seguridad social peor que en la consulta privada, sin embargo, dentro de los médicos que tal piensan, sólo un 12 por 100 atribuye la causa de esto a los propios médicos, un 23 por 100 lo atribuye a los enfermos, y un 62 por 100 lo atribuye al sistema) (15). Las grandes palabras cumplen aquí la función que «un cielo inclemente» o «unos dioses malévolos» cumplen en sociedades algo más primitivas: reducen la angustia, permiten desahogar la agresividad y evitan fijar la imputación de responsabilidad en los grupos y los individuos más próximos o más temibles.

Cabe comprender, desde luego, la complejidad de las circunstancias, y de las defensas ideológicas. Pero la razón última de que el sistema de ambulatorio haya sido aceptado por la clase médica es relativamente simple: ha proporcionado unos beneficios tangibles a corto plazo con ausencia de riesgos. La existencia del ambulatorio ha garantizado un sueldo base; su mal funcionamiento ha reforzado la práctica privada y las sociedades de seguro libre. En definitiva, los médicos han encontrado en el ambulatorio una posición de fácil acceso que no les requería formación o especialización rigurosa y controlada, en la que obtener un sueldo modesto pero no desdeñable, a cambio de una contribución de su tiempo que la ausencia de control permitía reducir al mínimo, dejándoles 7/8 ó 9/10 de su tiempo libre para su consulta privada y su consulta del seguro libre (o/y sus otros puestos en organismos públicos o semipúblicos), donde podían atender una clientela que incluía justamente muchos enfermos de la seguridad social, a quienes el mal funcionamiento del ambulatorio obligaba a acudir a estas otras formas de asistencia. Y todo ello sin tener que dar cuentas a nadie: ni al Estado, que no las ha pedido, ni a la sociedad civil.

Hoy día hay diferencias de opinión en la clase médica sobre qué hacer con los ambulatorios. Sin embargo, las expectativas sobre el alcance del debate interno y el reformismo de

LA OPINION DE LA SOCIEDAD Y DE LOS MEDICOS ANTE LOS PROGRAMAS SANITARIOS DE LOS PARTIDOS POLITICOS

LA POBLACION EN GENERAL

	Porcentaje
No saben si los diferentes partidos tienen diferentes programas sobre la Sanidad...	40
Creen que todos son parecidos	17
Creen que son diferentes pero no los conocen	16
No saben / no contestan	7
Prefieren el programa de:	
UCD	2
PSOE	7
PC	3
	(c. 2.000)

Fuente: DURÁN, María Angeles, «Morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica en España», IESS, Madrid, 1980, páginas 110 y 679.

LOS MEDICOS

	Porcentaje
Ningún programa se aproxima a sus ideas	19
No conocen los programas	48
No sabe / no contesta	10
Prefieren el programa de:	
UCD	4
PSOE	9
PC	5
Otros	3
	(c. 2.000)

Fuente: GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, P., «Médicos hospitalarios y no hospitalarios: sus opiniones sobre la reforma sanitaria», *Revista de la Seguridad Social,* julio-septiembre 1979, número 3, pág. 162.

estos médicos deben ser templadas por el realismo. A la hora de la verdad, los debates pueden organizarse, de hecho, de modo que no se pierda el norte: la maximización de las ventajas corporativas e individuales, incluida la imagen social, al menor coste posible. Conviene recordar que las diferencias de talante entre médicos no deben ser exageradas.

Cierto que esta clase médica se va diferenciando entre generaciones, entre médicos hospitalarios y no hospitalarios, y, en mucha menor medida, entre grupos de afiliación o simpatía política muy diversa (16). Pero, como ocurre con los miembros de otras corporaciones del país, lo que les une es mucho más importante que lo que les divide. La tendencia de esta población médica a polarizarse entre jóvenes con formación hospitalaria y orientación socializante, y gentes mayores dedicadas sobre todo a la medicina privada y de talante conservador, es muy débil. Predomina en ellos una extensa zona intermedia, sobre la cual se basa un consenso muy amplio.

De ello son testigo varias encuestas realizadas en los últimos años. Por ejemplo, la que se hizo en el año 1972 sobre la identidad profesional de los médicos (17); o las que se han hecho en el Instituto de Estudios de la Seguridad Social (18) en años más recientes.

En conjunto, los médicos comparten ciertas percepciones generales acerca del avance de un «proceso de socialización», de definición ambigua, que suele denotar una extensión de la seguridad social o/y una difusión del trabajo en equipo, o en grandes organizaciones. Comparten, por lo mismo, una percepción confusa de la crisis de la medicina liberal, y la creencia en el protagonismo del hospital como el lugar donde se hace y se enseña la medicina científica. Pero todo esto no es óbice alguno para su aceptación de un compromiso entre medicina socializada y medicina privada (casi dos tercios, por ejemplo, de los médicos, hospitalarios o no, en la encuesta del IESS, se pronuncian a favor de este compromiso) (19). Finalmente, comparten la expectativa de (y la aspiración a) una expansión del sector sanitario, coordinada e impulsada por un Ministerio de Sanidad, donde la influencia de

la clase médica pese más que la del aparato administrativo.

El alto grado de consenso interno se ve reforzado por un alto grado de integración y cohesión interna: de autorreclutamiento (22 por 100 de los médicos son hijos de médicos; y del orden del 73 por 100 de los médicos, en especial los jóvenes, quieren que sus hijos sean médicos); de endogamia profesional (un 30 por 100 de los médicos están casados con quien es médico, profesional sanitario, o hijo/a de médico —y la proporción es del 53 por 100 en el caso de médicos de menos de 30 años); de preferencia por amistades médicas (20).

Por otra parte, el aparato burocrático de la seguridad social, el INP, o sus sucesores institucionales como INSALUD, así como los gobiernos, antes y después de la transición, han sido corresponsables de la organización, el funcionamiento y la calidad de la asistencia sanitaria en los ambulatorios. Han sabido del mal funcionamiento de esta institución que ha sido siempre secreto a voces, y han carecido de la competencia, la voluntad o la moral pública necesarias para exponer públicamente y corregir este mal funcionamiento. Y esto no un año, ni dos, sino a lo largo de treinta y tantos años, hasta hoy.

Que en el seno del INP o sus sucesores institucionales, y de los gobiernos, ha habido voces competentes y atentas al bienestar público, es evidente y sumamente loable. También ha sido evidente el fracaso reiterado de todas esas voces en alterar sustancialmente la trayectoria de la institución que estamos considerando. Cuestiones morales aparte, cabe señalar que el cálculo de sus costes y sus beneficios no hacía indispensable la reforma. Los gobiernos se beneficiaban del apoyo o la aprobación social por la mera expansión cuantitativa del sistema y ganaban legitimidad. La burocracia pública o parapública crecía e intercambiaba favores y recursos con las empresas privadas de seguros libres, las empresas farmacéuticas que ofrecían sus productos a la seguridad social, y una corporación médica ambivalente, pero no insensible a su propio interés.

Para resolver el problema de la prolongada disonancia ética y cognitiva entre los principios de asistencia sanitaria a los trabajadores y la sociedad, y la práctica ambulatoria, los burócratas del INP, y sus sucesores, desarrollaron a su vez una serie de mecanismos culturales de defensa: 1) intentaron un desplazamiento de la atribución de responsabilidad hacia la clase médica; 2) desarrollaron una imagen idealizada de la institución, como garante de los derechos del pueblo trabajador, amenazado por sectores privados animados de espíritu de lucro, y 3) no pudiendo contar a la postre ni con la clase médica ni con la población trabajadora, sintiéndose hostigados por la una e incomprendidos por la otra, los responsables del INP acabaron alimentando un sentimiento de «autocompasión institucional», no excepcional desde luego en la administración pública española, que acentuó su tendencia a la inhibición, su actitud defensiva y su desconcierto.

Muy probablemente estaba en la lógica del régimen autoritario y burocrático anterior, del que el INP era pieza crucial, ser respetuoso y temeroso de las corporaciones profesionales, enfocando los problemas sanitarios de la población trabajadora con algún grado de concernimiento real, pero de manera ostentosa y con descuido de la sustancia de la prestación. Pero es evidente que estos argumentos no agotan la causalidad del fenómeno, como han demostrado os cinco años de experiencia de democracia liberal. Ya que en estos años, en lo que concierne a la práctica del ambulatorio, se ha hecho poco más que añadir al arsenal de instrumentos defensivos de burócratas y políticos, el mecanismo simbólico de la retórica de la reforma permanente (21).

El sistema no hubiera podido perdurar si la población trabajadora y la sociedad civil hubieran tenido una actitud decididamente contraria al mismo. Ocurre, sin embargo, que la población aceptó o toleró el ambulatorio con su sustitución de la atención médica por el uso y abuso gratuito o cuasi-gratuito de medicamentos, radiografías y análisis; y esta aceptación o tolerancia fue debida al efecto de su peculiar cultura sanitaria, al efecto de comparar el nuevo estado de cosas con la absoluta falta de asistencia en los años anteriores a la época del ambulatorio, y a la aparente ausencia de alternativas. Pero veamos algunos de estos puntos con mayor detalle.

3. Las estrategias defensivas de los enfermos

La seguridad social constituye el núcleo central de la asistencia hospitalaria del país, e implica a la mayor parte de los médicos y los habitantes en sus instituciones extrahospitalarias. Pero médicos y enfermos usan en realidad tanto la seguridad

social como la medicina privada. ¿En qué proporción lo hacen los enfermos? En 1972 una cuidadosa encuesta sobre una muestra nacional de cerca de 2.000 familias (22) indicaba que gran parte del público distribuía sus preferencias entre seguridad social, sociedades médicas y ejercicio libre de la medicina, de modo alternante, sucesivo o acumulativo, pero no exclusivo (y esta pauta persiste, como han puesto en evidencia encuestas posteriores) (23).

Aunque la inmensa mayoría de la población, en torno a un 80 por 100, estaba afiliada o se beneficiaba del Seguro Obligatorio de Enfermedad (hoy día este porcentaje es de c. 88 por 100), un tercio de las familias afiliadas a la seguridad social tenía además seguros libres o estaban igualados. Dato más relevante que la afiliación era el uso efectivo de los sistemas sanitarios. Si bien cerca del 80 por 100 de la población estaba afiliada, acudía a la seguridad social en el momento de la enfermedad sólo un 60 por 100; y, de los que acudían a la seguridad social, dos tercios lo hacían con carácter exclusivo, y un tercio acudía a ella y también al sector privado. A la hora de la verdad había un desplazamiento importante de recursos hacia la medicina liberal, a costa tanto del seguro obligatorio como del seguro libre: un 37 por 100 acudía a un médico particular en caso de enfermedad. Aunque la conducta de la población variaba según las distintas clases sociales, y aunque la preferencia hacia la medicina privada se acusaba con mayor intensidad entre las clases medias rurales (el 58 por 100 elegía un médico privado para la primera visita) y urbanas (43 por 100), y los campesinos (49 por 100), se daba también, con intensidad apreciable, entre los empleados (20 por 100), los obreros rurales (23 por 100) y los obreros urbanos (14 por 100) (24).

¿Cuáles son las estrategias implicadas en estas pautas de múltiple afiliación y utilización? Veámoslo concentrando el foco del análisis sobre un segmento de la población, el de los obreros urbanos, que son precisamente quienes recurren con mayor asiduidad y fidelidad a la seguridad social. Acudiré para ello a una evidencia meramente ilustrativa. En una serie de entrevistas en profundidad sobre una muestra estratégica de familias obreras, en un barrio madrileño dotado de ambulatorio, y próximo a una residencia sanitaria de la seguridad social (25), se constató que la tónica dominante de los sentimientos y las actitudes de las gentes era de desconcierto y sensación de impotencia en el terreno extrahospitalario, con la esperanza de que el hospital resolvería en última instancia sus problemas.

El juego de estas gentes entre las distintas instituciones extrahospitalarias parecía un mecanismo defensivo ante una situación de enfermedad que no se sabía cómo afrontar, ni con qué recursos se contaba para ello. La reacción a la enfermedad no era individual, sino familiar. El proceso de sensación de molestia, aguante, preocupación y, finalmente, decisión de acudir al médico, era compartido por los miembros de la familia —y en ese proceso, la mujer o ama de casa, pieza clave en la regulación de las relaciones internas y en el mantenimiento de la unidad familiar, tenía una posición protagonista. Ella llevaba los niños al médico, incluso a los adolescentes, impulsaba al marido, iba al ambulatorio a por las recetas, iba incluso a por las bajas, recogía el vale de hospitalización, compraba los medicamentos, se enteraba de los diagnósticos (y, hasta un punto, del tratamiento), se responsabilizaba de la alimentación y los cuidados en general, ingresaba con el enfermo si era preciso, usando o abusando de la tolerancia de los centros, vigilaba el curso de la hospitalización y ejercía presión sobre enfermeras, médicos, oficinistas *et alia.*

Ahora bien, aunque enfermos y familiares afrontaran la enfermedad, sólo entendían a medias la organización interna de la seguridad social o las sociedades médicas en su caso, y no sabían juzgar los medicamentos, los medios y la práctica de la medicina moderna. Ante semejante complejo de profesionales, técnicos e instrumentos, incontrolable y superior, sólo podían adoptar una serie de tácticas defensivas.

Una de estas tácticas defensivas era el recurso a varios complejos institucionales. Lo normal era que, en tanto se tratase de enfermedades en fase no aguda, el enfermo alternara su médico de cabecera del seguro con el especialista (o los especialistas) del mismo, con el médico de la sociedad o con algún médico particular; todo ello, con o sin conocimiento de unos y otros. Las pautas variaban: a veces se trataba de conseguir que, en el ambulatorio, el titular, o el suplente de turno, recetasen automáticamente lo indicado por el médico de la sociedad o el particular; otras veces se seguía el tratamiento del médico de ambulatorio, con

ocasionales consultas a los demás; otras, se empezaba en el ambulatorio y se terminaba en el médico de sociedad o en el privado. Era frecuente, también, que se recurriese al hospital, usando la vía de urgencia. Entonces había que comenzar de cero y hacer nuevas radiografías y análisis; y no era raro descubrir, con cierta frecuencia, que los diagnósticos y tratamientos anteriores no eran correctos. Las dolencias anteriores no eran tales, habían surgido otras; donde no había que operar, ahora había que hacerlo, etc. Y si, terminada en su caso la fase aguda, el enfermo volvía a casa, se reiniciaba la pauta de referencias múltiples, con la diferencia de que ahora el orden de prioridades entre el hospital y el resto de las instituciones, había quedado fijado ya, de una vez por todas, a favor del hospital, al que se acudía en primera instancia.

Pero la variación de una institución a otra no era sólo defensa frente a lo desconocido: era también ajuste a la falta de la atención médica extrahospitalaria. Esa variación facilitaba una compensación a la desatención médica, en forma de medicamentos. Obtener el medicamento era conseguir satisfacciones de tipo tanto real como simbólico. De un lado, era obtener algo supuestamente útil para la salud; y algo sobrevalorado por una cultura sanitaria ambiente, que enfatizaba medicamentos, operaciones, y en general el uso de «grandes medios», e infravaloraba medidas ordinarias, relativas al régimen de vida en general, alimentación, prevención de la enfermedad, etc. De otro, era conseguir que la seguridad social «hiciera un gasto a su favor», y de este modo mejorase la balanza de prestaciones y contraprestaciones reales y simbólicas entre el individuo y el Estado. Había otros mecanismos compensatorios adicionales, tales como, por ejemplo, a veces, la constitución de una comunidad transitoria con los otros enfermos y el desarrollo de una contracultura fragmentaria y precaria de la queja, ya que no de la protesta.

Todas estas estrategias defensivas y compensatorias se asentaban sobre una concepción de la medicina y el papel del enfermo. En la raíz de la cultura sanitaria de estos enfermos, ampliamente difundida entre todas las capas sociales, estaba, y está, una visión del proceso curativo como combinación de dos procesos. De un lado, la puesta en aplicación de una medicina científica, intervencionista y agresiva, que «conoce» la enfermedad por medio de análisis y radiografías del interior del organismo, y «destruye» esa enfermedad por medio de irrupciones y alteraciones en ese mismo interior, a través de fármacos y operaciones quirúrgicas. Evidentemente, esa medicina sólo puede realizarla el médico. Solo él conoce ese interior, que para el enfermo es un misterio; y sólo él está legitimado para esas intervenciones y agresiones, de las que el enfermo no es capaz. De otro lado, queda margen para un proceso misterioso o arcano, de insegura identificación, mezcla de providencialismo, fatalismo y demonismo (26). Común a estos dos procesos es su carácter incomprensible, y su consecuencia de inducir a los enfermos a desentenderse de los procesos de su organismo, y no conceder atención a sus propias posibilidades como agentes y partícipes en el proceso de su curación (así como de sus posibilidades como agentes principales de las medidas preventivas).

Cómo se ha llegado a este punto es tema que requiere estudio aparte. Parte de la responsabilidad por este estado de cosas ha de ser atribuida a la propia población enferma del país, a su tolerancia con su propia ignorancia y su debilidad moral. Parte muy importante de la responsabilidad corresponde al escaso desarrollo de la medicina preventiva y la educación sanitaria, a causa de la acción o la inacción sistemática, del Estado y la corporación médica durante los últimos cien años. Ha de mencionarse, también, el impulso que este proceso de deseducación y pasivización de la sociedad civil, en su conjunto, ha recibido de la pauta de consumo ostentatorio, exhibida por las clases altas y medias del país, y agudizada en los períodos de auge del desarrollo económico.

Ahora bien, el efecto de esta cultura sanitaria se combina con el efecto de una estructura de poder en la que la sociedad ha sido relegada, en tanto que consumidora de la prestación sanitaria, a una posición de cuasi impotencia, sometida a la autoridad profesional del médico, y a la autoridad administrativa de la burocracia de la seguridad social. Su libertad de elección de médico está sustancialmente restringida; su voz en el funcionamiento de ambulatorio es apenas audible (y en la pequeña medida que lo es, interferida por partidos, sindicatos y asociaciones cuasi-políticas con objetivos propios); su capacidad de acudir con éxito a la vía judicial para exigir responsabilidad

por negligencia o incompetencia es casi nula. Parece quedarle poco más que el desahogo de la queja o la denuncia en la prensa: una vía usada con frecuencia durante estos últimos años, pero de limitada credibilidad y limitado efecto.

En tales circunstancias de incertidumbre cultural y de dificultad para actuar, es decir para convertir la queja en presión, la población enferma ha decidido ser, en su mayor parte, una población pasiva y asustada, y soportar la incomodidad organizativa, la desatención médica del ambulatorio y la angustia correspondiente a la desorientación creada por la multiplicidad de médicos e instituciones a los que acude.

III. EL HOSPITAL, ¿UNA CALIDAD MEDIANA?

1. El problema de la calidad: los mecanismos de control

Por contraste al ambulatorio, la calidad de cuya asistencia es, según todos los indicios, ínfima, el hospital de la seguridad social ofrece a primera vista un panorama mucho más aceptable. La decisión de impulsar la red de hospitales de la seguridad social, descontada la grandilocuencia y la intención estrictamente política del régimen anterior, fue una decisión de resultados masivos y positivos, al menos por comparación con el estado de cosas de la época.

No es mi propósito, antes al contrario, negar el aspecto positivo de la experiencia, poner en cuestión logros y esfuerzos, o poner en duda los grados de satisfacción relativamente altos de la población asistida en esas residencias. Me limito a decir: no es bastante. Y la razón de decirlo es muy simple. Creo que, por una cadena de argumentos y fragmentos de evidencia, debemos poner en cuestión el nivel de calidad de estos hospitales de la seguridad social, que parecen ser, por otra parte, a juicio de los médicos (aunque no necesariamente de los enfermos) (27), en conjunto, los mejores centros hospitalarios de España: por lo pronto, son los centros que el 72 por 100 de los médicos españoles recomendaría, en caso grave requiriendo intervención quirúrgica, con preferencia sobre la clínicas privadas (28).

Es difícil hacer juicios sobre la calidad de los hospitales a la vista de sus resultados, porque es difícil aislar el efecto de una buena calidad de la medicina, de los efectos propios de la gravedad de la enfermedad, la ac-

OFERTA HOSPITALARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SU RELACION CON EL CONJUNTO DEL SECTOR (1977)

Número de establecimientos hospitalarios de la seguridad social	206
% sobre el total de establecimientos hospitalarios	17,3
Unidades de hospitalización de la seguridad social (*)	63.365
% sobre el total de unidades de hospitalización	31,6
Intervenciones quirúrgicas en hospitales de la seguridad social	417.303
% sobre el total de intervenciones quirúrgicas en hospitales	32,3
Partos en hospitales de la seguridad social	305.258
% sobre el total de partos en hospitales	48,2
Enfermos ingresados en hospitales de la seguridad social	1.342.280
% sobre el total de enfermos ingresados en hospitales	41,4

(*) Camas e incubadoras.

Fuente: «Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 1977», INE, Madrid, 1982.

tuación del paciente, el medio natural y social del período posterior, etc. Por motivos tanto analíticos como empíricos, en el debate entre el control de calidad por resultados, o el control de calidad por procesos o procedimientos utilizados, me parece razonable optar por este último (29).

Supongamos, pues, que juzgamos la calidad de los hospitales por el hecho de que sus procesos y procedimientos se ajusten o no a las normas establecidas en centros hospitalarios acreditados internacionalmente. Ocurre, sin embargo, que así como carecemos de información sobre los resultados de los centros hospitalarios, carecemos igualmente de estudios previos sobre la calidad por los procedimientos utilizados. Los datos sobre duración media de estancia y sobre grados de utilización de la capacidad de camas o unidades hospitalarias indican un nivel medio (30). Los datos sobre la calidad de la enseñanza son escasos, aunque algunas respuestas de médicos indican su actitud crítica sobre el tema (31). Los datos sobre la dedicación del personal señalan, por otro lado, un nivel de dedicación comparativamente bajo. No tenemos índices de yatrogenia en hospitales, datos sobre la frecuencia con que los quirófanos han de cerrarse por estar infectados, datos sobre calidades de la investigación. Es decir, no tenemos datos sobre calidad, como tampoco tenemos datos sobre costes por servicios y actos realizados, pues una contabilidad semejante no existe, ni datos sobre utilización de los equipos de informática, o del material médico (32).

En estas condiciones, queda abierto, sin embargo, un camino de argumentos y evidencias por donde avanzar. El camino es el siguiente. Pienso que podemos partir de esta hipótesis mínima: los procedimientos correctos son tanto menos usados cuantos menos mecanismos de control de calidad de los mismos están en funcionamiento. No tenemos evidencia de la calidad de los procedimientos mismos, pero sí hay evidencia de la existencia, o no, de los controles de calidad de estos procedimientos. Hagamos pues el *tour d'horizon* de estos mecanismos de control. De su existencia no podemos deducir que la calidad sea alta. Pero su ausencia sí permite adelantar la fundada presunción de que la calidad es mediocre.

2. Controles externos ejercidos por el hospital: comisiones de control; vínculo contractual; incentivos económicos

Los controles externos ejercidos por el propio hospital, que voy a considerar, son tres: el control ejercido por las comisiones de control; el control ejercido por la renovación o no del lazo contractual entre el personal y el hospital; y el control que se deriva implícitamente de una contraprestación económica que permite exigir una prestación profesional satisfactoria.

Las comisiones de control de calidad son instituciones difundidas por los hospitales del mundo desde hace algún tiempo. No así en España. De los datos, de 1974, de una encuesta (33) se deduce que sólo el 2 por 100 de los hospitales del país tenían, en ese momento, una comisión de utilización, sólo el 13 por 100 una de mortalidad, sólo el 20 por 100 una de historias clínicas, y una de infecciones. Más aún: sólo el 3 por 100 tenía reglas escritas de funcionamiento de sus comisiones.

Las comisiones en cuestión pueden ser varias. La de historias clínicas debe asegurar que las historias existen, están completas, al día y bien archivadas: cuestión previa a cualquier otro control de calidad que se quiera imponer y, por lo tanto, para que todas las otras comisiones puedan funcionar correctamente. Otras comisiones son las de mortalidad y morbilidad, tejidos y tumores, infecciones, farmacia, docencia, utilización, estudios humanos. Obtienen información, evalúan el contenido y la calidad de las tareas de asistencia, enseñanza e investigación que se llevan a cabo en el hospital, y proponen medidas. Permiten que el hospital conozca lo que se está haciendo en él, debata y refuerce o modifique continuamente los *standards* de competencia y ética profesional de la institución, y controle su cumplimiento.

El *quid* de estas comisiones, como el de la mayor parte de las comisiones «de pares», es menos la sanción formal que la pauta de atención y autocontrol que generan a su alrededor. Se sabe que los comités de iguales se resisten a sanciones formales que vayan más allá de la mera advertencia (34). Pero ésta es, por sí misma, importante. Se trata de conseguir que si la incompetencia o la negligencia ocurren, sean expuestas ante la opinión pública del hospital. La lógica de su funcionamiento no es distinta de la de los mecanismos más o menos formales de control social de la «cultura de la vergüenza» típica de los pueblos mediterráneos, o de la que, en un pueblo castellano,

yo llamaría «cultura de la honra». La «deshonra» o la «vergüenza pública» son la sanción típica (aunque no la única) de una comunidad de iguales.

Aunque los médicos, como los enseñantes, consideren con distancia la figura del funcionario (35), pretenden en su mayor parte, aduciendo uno u otro procedimiento, un *status* de permanencia en el puesto laboral equivalente al de aquél. Esta pretensión, en este caso como en el caso de todos los empleados del sector público, presenta como una conquista social moderna lo que es una conquista del corporativismo secular. Lo cierto es que este pretensión ha sido conseguida, en lo fundamental, en España. Sucede, sin embargo, que no se conoce aún sanción más eficaz, en última instancia, a conductas de desidia y cicatería en el cumplimiento del deber profesional (por no hablar ya de negligencia e incompetencia), que la separación del puesto; ni se ve por qué sea preciso condenar a la sociedad civil a pagar y sufrir conductas semejantes en estas condiciones. El sistema de patrimonialismo burocrático, o de empleo público en propiedad, conduce al sector público a la hipertrofia y a un mal funcionamiento crónico, y es incompatible con una conducta de servicio a la sociedad civil y, en este caso, a los enfermos.

El nivel aceptable de los incentivos económicos por parte de los médicos hospitalarios depende de cuál sea su grupo de referencia. La mayor parte de los médicos hospitalarios miran a los médicos de su edad, con éxito en la práctica privada de la medicina, como tal grupo de referencia: con él comparan sus ventajas profesionales y económicas. La balanza de los beneficios profesionales está descompensada a favor de los médicos hospitalarios. Pero la balanza de los beneficios económicos está muy descompensada en su contra, salvo precisamente que también ellos decidan dedicar una parte de su energía a la medicina privada. Tratan, pues, de equipararse con el grupo de referencia. Dado que tienen mayores satisfacciones profesionales, no necesitan ganar tanto como los médicos privados, pero sí llegar a un determinado nivel. Este nivel venía a ser en 1977 de 150.000 a 200.000 pesetas mensuales (36). Era la cifra que se mencionaba más frecuentemente en las entrevistas, cuando se decía: «Si tuviera x pesetas me dedicaría de lleno al hospital». Podemos considerar esa cantidad como el precio del «umbral de la virtud»; por debajo de este umbral la tentación de «los privados» resultaba irresistible, y el «pecado», inevitable. En los últimos años los ingresos de los médicos hospitalarios se han acercado a lo que era este umbral de la virtud de 1977. Pero me temo que la inflación y los ingresos del grupo de referencia han desplazado ese umbral hacia arriba.

En definitiva, los controles externos ejercidos por el propio hospital son deficientes: las comisiones de control faltan o apenas funcionan; los médicos tienen un *status* de funcionario o renuevan su contrato casi automáticamente; y la remuneración económica que reciben es insuficiente para que se sientan compensados por su dedicación al hospital.

3. Controles internos o morales: el hospital como comunidad moral; pautas de dirección; ritos de iniciación

Aparte la cultura de la vergüenza o la honra que subyace el control por los pares a través de las comisiones, centraré ahora la atención en tres mecanismos de control interno o moral en el ámbito de la vida hospitalaria. Primero, el control implícito en la existencia o no de un espíritu de hospital, el entendimiento del hospital como un grupo o una comunidad moral con la que uno se identifica. Segundo, el control implícito en las funciones morales del liderazgo en el seno de la comunidad hospitalaria. Tercero, el control implícito en los ritos de iniciación de los médicos jóvenes en esta comunidad. Creo que ninguno de estos tres mecanismos funciona adecuadamente; y, en consecuencia, cabe esperar que los recursos morales correspondientes, necesarios para la dedicación intensa y atenta al cuidado médico, sean débiles.

Por una variedad de motivos, entre ellos porque el tipo de su actividad requiere la coordinación de múltiples decisiones altamente cualificadas, individualizadas, costosas y arriesgadas, el hospital sólo puede cumplir sus objetivos de asistencia de alta calidad (aparte los de investigación y enseñanza) si se aproxima en grado suficiente a un modelo de comunidad moral o comunidad ética. Una organización como comunidad ética constituye un sistema de relaciones sociales de tal naturaleza que entre todos los elementos del sistema existe un amplio consenso acerca de los objetivos, así como el contenido y la

calidad de los bienes y servicios a producir, acerca de cuáles sean los *standards* de competencia y diligencia precisos para el cumplimiento de aquellos objetivos, acerca de las líneas maestras de la organización, la distribución de poderes y otros recursos, entre todas las partes del sistema. Esto implica considerar lo que se hace como deseable, el conjunto del sistema como valioso, y la autoridad como legítima. Con la consecuencia, a su vez, de que existe un fuerte sentimiento de solidaridad, de pertenencia de todos a una comunidad, y de identificación con la misma.

El consenso no tiene que ser total, quedando áreas de disentimiento que corresponden a escalas de prioridades diferentes entre los objetivos o a pretensiones y reivindicaciones particulares de redistribución de poder y otros recursos. Pero el consenso en lo fundamental modera o limita la extensión y la intensidad de estos conflictos. Indicadores del grado de aproximación a ese modelo son: la manifestación de una identidad hospitalaria en el cuerpo de médicos hospitalarios, la pauta de dirección y la importancia dada al período de iniciación.

El grupo de médicos hospitalarios tales como los jefes de servicio, los jefes de sección y los adjuntos, tiene un compromiso permanente con el hospital, pero puede tener un grado de identificación con él más o menos alto según cuáles sean sus motivaciones y sus intereses. Este grupo, en general, ha pasado por unas experiencias generacionales relativamente homogéneas. Ha vivido sus años universitarios, durante los años cincuenta, sesenta y primeros setenta, criticando una enseñanza de la medicina por la que tiene poco respeto, y participando, directa o vicariamente, en un ambiente de queja o protesta contra el orden político entonces existente.

Su entrada en los hospitales ha diferenciado a estos médicos del resto de sus compañeros. Han seguido entreteniendo sus antipatías contra la burocracia de la seguridad social. No han acabado, empero, de exacerbar esta tensión, entre administradores y profesionales, por cuanto también se han dado cuenta de la extensión y la solidez de su propio poder dentro del marco de la seguridad social: su acceso a medios, la permanencia de sus posiciones, la autonomía *de facto* de los servicios, y los amplios márgenes del juego para sus presiones estamentales y sus estrategias del tipo más diverso.

Por otra parte, los médicos hospitalarios se han penetrado de la idea de la importancia del hospital y de la medicina que se hace en el hospital. Esa es la medicina «verdadera», «científica», la medicina por antonomasia. Se identifican hasta cierto punto con el hospital y se ven como un grupo aparte. Piensan, a veces, en términos de hospital, se dan cuenta de los problemas del conjunto y entretienen al menos un área de preocupación sobre la totalidad. Sin embargo, su identificación con (y su envolvimiento en) el hospital tiene límites. De hecho, casi todos ellos ejercen también la medicina privada. Se habitúan a «coger privados por las tardes» o a conectarse con clínicas privadas —eso si no salen antes del hospital reservando así sus energías para su práctica particular. En rigor, los más no se muestran demasiado escrupulosos con su tiempo de hospital y lo reducen a dos tercios del que debiera ser. El complejo de motivaciones e intereses de estos médicos es ambiguo. La dimensión privada o particularista de ese complejo tiene considerable importancia. Un índice de la debilidad de su espíritu de hospital está en la tendencia de estos médicos a reducir sus estrategias corporativas a la defensa de sus intereses en tanto que empleados a sueldo en el hospital, y la debilidad de sus presiones por una autonomía hospitalaria.

En el proceso de producción y reproducción del consenso en el hospital, y por tanto de la identidad hospitalaria, el director, y en general la pauta de dirección, juega un papel crucial. La función de dirección desborda la de una gerencia (37). Incluye tanto funciones organizativas como culturales. Sólo cumpliendo ambas puede ser el director, o si se prefiere la dirección de un hospital, un productor del consenso y la comunidad hospitalaria. Idealmente, el director sólo puede realizar ese papel a condición de que él mismo conciba y ejerza su papel en términos de ser, por un lado: 1) un integrador de actividades en gran parte autónomas, es decir, un canalizador de problemas hacia múltiples instancias de solución, un coordinador de rutinas o iniciativas procedentes de varios servicios y estamentos, y de sus representantes, un moderador de sus tensiones por el control de los recursos, un intérprete respetado de las reglas del juego; y por otro lado, 2) un «oficiante» en el ritual y el culto del hospital como una comunidad moral, con su tradición local, el culto de sus señas de identidad, la fe en

ciertos principios o creencias en la medicina de calidad y el servicio a la comunidad.

De hecho, las estrategias particularistas y la falta de un espíritu del hospital, en nuestras residencias sanitarias, han sido favorecidas por unas pautas de dirección sin apenas referencia, salvo excepción, a estas funciones de liderazgo moral o cultural. Con frecuencia, la dirección ha tendido a capear los problemas, desplazando la responsabilidad de su solución hacia la instancia superior, y se ha sentido en la circunstancia de ejercer su autoridad, pensando o sabiendo que carecía de legitimidad científica y administrativa a los ojos de sus subordinados. Se ha encontrado una y otra vez en el foco de un conflicto que le ha desbordado casi siempre.

Tal vez el modelo de la «administración colonial» ayude a comprender la lógica de la conducta de tantos de estos directores. Han actuado, muchas veces, como si hubieran asumido el modelo de administrador colonial que sirve los intereses de la «potencia colonial», en este caso la burocracia de la seguridad social, y trata de mantener tranquilos a los nativos, en este caso los profesionales sanitarios, dejando intacta la estructura de poder de la sociedad indígena y, por tanto, la autoridad (incluso reforzada) de los «jefes de tribu», es decir, los jefes de servicio (y más tarde, también, los dirigentes sindicales). Lógicamente, en caso de «insurrecciones populares anticolonialistas», estos administradores coloniales, dado que los jefes de tribu juegan ambiguamente, y dado que «las masas» comprenden que la posición de estos jefes de tribu es en realidad sumamente sólida, y no les conviene antagonizarles demasiado, constituyen el foco exacerbado y vulnerable de todos los conflictos.

El valor otorgado a la comunidad, y la identificación con ella, se expresan en el precio que se está, o no, dispuesto a pagar para ser aceptado en la misma. Precio no tanto en dinero, a veces, sino en esfuerzo. Normalmente, en los grandes hospitales del mundo, el precio a pagar por los médicos jóvenes es el rito de iniciación o el «noviciado» de la residencia y el internado (38). Un período extraordinario, porque no se les juzga entonces con los criterios habituales. El esfuerzo es totalmente desproporcionado a los ingresos obtenidos, pero se está dispuesto a pagarlo, en parte porque se piensa que los beneficios vendrán a largo plazo, en parte porque se está aprendiendo, y en parte porque así se entra en el círculo o comunidad moral restringido de los médicos hospitalarios y del hospital.

¿Qué valor se da en España al período de iniciación en la comunidad moral que es el hospital? O lo que es lo mismo, ¿qué costes, esfuerzos o sacrificios son aceptados por los iniciados en el curso de ese proceso? La pregunta se dirige, ante todo, a los MIR: los médicos internos residentes. Pues bien, los hechos indican la respuesta: ese valor es muy modesto. Una vez en el hospital, la evidencia parece mostrar que la mayor parte de los MIR se limita a cumplir como la mayor parte de los médicos, es decir, punto más o menos de lo imprescindible. Algunos han dedicado o dedican su energía a reivindicaciones colectivas. Pero éstas se han centrado, y se centran, en defender su permanencia en los puestos de trabajo, la limitación de sus horarios, la mejora de sus salarios, y su acceso a poderes o mecanismos de voz para ser oídos en el hospital. Lo han hecho así, probablemente, por varios motivos (el ejemplo de otros médicos y profesionales sanitarios, la pauta autoritaria o errática de la dirección, el discurso de los sindicatos, las deficiencias de la enseñanza, etc.), en los que no voy, ahora, a entrar. Pero sí quiero señalar que este proceso contiene una dimensión cultural importante. Todo él implica que los MIR han definido típicamente su situación, durante estos años, como la de asalariados de una empresa (en este caso, incidentalmente, pública) que amenaza con explotarles. No es de extrañar por tanto que, aunque con frecuencia hayan expresado sus deseos de una mejora de la enseñanza o la calidad de la asistencia, prácticamente nunca estas reivindicaciones hayan sido centrales en sus conflictos con la burocracia de la seguridad social.

4. Controles externos al hospital: inspecciones, mercados y presiones de los enfermos

Finalmente, los mecanismos de control externo ejercidos desde fuera del hospital, bien por el gobierno o la administración pública, bien por la sociedad civil, son sumamente débiles.

La motivación de los médicos para ejercer y aceptar controles de calidad sólo se hará efectiva si se somete el hospital al juicio exterior. El juicio exterior al uso en el país, con respecto a las instituciones del sector público,

es el juicio del superior jerárquico correspondiente, supremo y con frecuencia débil, envuelto en una red de competencias territoriales y funcionales, que amaga con inspecciones erráticas.

Un control alternativo al de la inspección existe en algunos países, donde los hospitales dependen de comisiones de acreditación. Estas comisiones visitan periódicamente los centros, revisan una muestra de historias clínicas y recaban información que permita enjuiciar la calidad de la prestación sanitaria no sólo del conjunto del hospital sino de cada uno de sus servicios. El informe de esta comisión es hecho público y de él depende la calificación o acreditación del hospital que le da o no derecho a llevar a cabo programas de enseñanza y en general condiciona su acceso a los recursos, tanto públicos como privados, que necesita no sólo para crecer, sino incluso para mantenerse.

El sistema de acreditación está ligado al sistema de las autonomías hospitalarias: un modelo de estructura y funcionamiento del sistema hospitalario contrario al modelo de jerarquización y centralización de la red de hospitales típico de nuestro país. En el sistema de autonomías hospitalarias el hospital debe decidir sus programas de estudio, las modalidades de su política asistencial, la dotación y renovación de su material, la determinación de la calificación del personal que precisa, la contratación y la renovación, o no, del contrato de este personal, la elección de sus estudiantes (combinado con sus calificaciones en las pruebas de aptitud y sus propias preferencias). Pero, a su vez, y como correlato de todo ello, ha de atenerse a la determinación de objetivos y de reglas de funcionamiento establecidas y valoradas por la administración pública, las profesiones y la opinión pública, no sólo a través de regulaciones legales o corporativas, sino también a través del funcionamiento de una serie de mercados para diferentes recursos: médicos con prestigio, candidatos a un puesto de residencia, estudiantes, clientes (con cargo a recursos privados o públicos), aportaciones financieras por fundaciones privadas o corporaciones públicas, etc.

En España no hay autonomías hospitalarias, y no hay presión para que se constituyan. Se está acostumbrado a las rigideces del mercado de trabajo de los profesionales de la salud. Se está acostumbrado también a rigideces considerables en la asignación de recursos financieros, y en la selección de estudiantes. Y, por otra parte, se carece, generalmente, de lo que constituye el fundamento y el impulso a una reivindicación de autonomía: la conciencia diferencial de cada hospital, y el sentimiento del hospital como una comunidad moral (39).

Los hospitales en España, y fuera de España, suelen estar diseñados de acuerdo con la metáfora goffmaniana del enfermo como «objeto a reparar» (40). En ese diseño, el enfermo, en tanto que partícipe activo y consciente de su proceso de curación, no tiene prácticamente papel alguno: se limita a ponerse en manos de los expertos, renovar periódicamente su entrega, proveer de la información sobre sus síntomas que pueda ser reinterpretada por tales expertos, o intercambiar algunas fórmulas de cortesía.

Pero, de hecho, los hospitales, cada vez más, han de acomodarse a las estrategias defensivas de los enfermos, que reivindican derechos, garantías en el ejercicio de esos derechos, y acceso a mecanismos de voz en la dirección del hospital, sobre todo en lo que les concierne a ellos mismos (41). Con el tiempo, en muchos hospitales del mundo, se han ido reconociendo los derechos de los enfermos al consentimiento informado, es decir, a la información acerca de las diferentes alternativas de su propio tratamiento, las contraindicaciones y las probabilidades de éxito de los diferentes cursos de acción (y, asimismo, a no ser objeto de experimentación, sin que haya habido antes una información completa sobre las circunstancias y los riesgos del experimento).

Todo esto ha sido recogido en un estatuto de los derechos del enfermo en varios países. Instituciones del tipo *ombudsman,* o del tipo «abogado de enfermos», garantizan el respeto a esos derechos, canalizando los problemas hacia las instancias administrativas, jurídicas o asistenciales de toda índole donde puedan encontrar una solución. La presencia de los representantes de los enfermos en los órganos de gestión y vigilancia del hospital puede reforzar esas garantías. Estos procedimientos de resolución de quejas, agravios y reclamaciones individuales han creado un cuerpo de «jurisprudencia privada» similar al que se ha desarrollado en el «derecho industrial» de varios países, y descargado así el volumen de litigación por acciones de responsabilidad civil profesional, que son el otro gran instrumento de control de la

práctica tanto médica como hospitalaria, por parte de los clientes, y que tanta importancia tiene en países como Estados Unidos (42).

Ahora bien, ninguno de aquellos estatutos de derechos de enfermos, o instituciones de tipo *ombudsman* hospitalario existen en España; como tampoco están desarrollados en nuestro país los mecanismos de protección legal contra la negligencia profesional de médicos y de hospitales como corresponsables o responsables subsidarios de los mismos. Sin duda, esta ausencia explica, en parte, el clima de impotencia e incertidumbre que da sentido al hecho de que una cuarta parte de la población española declare, al tiempo, haberse sentido con motivos para reclamar, por haber sido mal atentida por las instituciones sanitarias de la seguridad social y, sin embargo, no haber formulado reclamación alguna (43).

5. Conclusión

Si miramos, pues, a las comisiones de control, los tipos de contrato, las reivindicaciones de los médicos, la cultura moral hospitalaria, las pautas de dirección, las presiones de la sociedad, o de los enfermos, la conclusión es evidente: los mecanismos de control no existen, o son muy débiles. Las razones de que esto sea así, y algunos cursos alternativos de acción, señalados y sugeridos en las páginas anteriores, conciernen temas muy diversos: instituciones económicas y jurídicas, así como actitudes y valores de la clase médica y de la sociedad. A estos temas, un debate y un análisis más exhaustivo podrían añadir otros, aquí marginados o silenciados, como, por ejemplo, el de la dimensión misma de la organización hospitalaria (un aspecto crucial a tener en cuenta si se pretendiera seguir el curso de acción que lleva a la autonomía hospitalaria).

El hospital de la seguridad social (y, presumiblemente, el hospital español en general) ha conseguido el curioso estatuto ontológico de un ser que, siendo incapaz de autocontrolarse y autodefinirse, ha sido capaz de impedir que le controle y le defina nadie. La calidad que, en estas condiciones, puede esperarse de su desarrollo espontáneo dependerá de la calidad de cada uno de sus elementos; de las probabilidades que cada uno de ellos tenga de imponerse sobre los otros en la competición de todos contra todos por maximizar dineros, prestigios y poderes; y de las probabilidades de que, al hacerlo, cada uno mantenga o mejore su calidad inicial. Espectáculo apasionante para el analista; pero desazonante para el ciudadano de buena voluntad, que se contentaría con una sanidad razonable.

ANEXO

NOTA SOBRE MEDICINA RURAL:
Médicos y Pueblos

La sociedad rural española se ha instalado en una situación crónica de crisis y transformación. El proceso se acelera en periódos de expansión económica, y se atenúa en situaciones de dificultad, pero su tendencia principal es inequívoca: los pueblos o bien decaen y desaparecen, o bien se transforman, a imagen de la ciudad. El tema es conocido y no abundaré en él. Excepto para señalar que ello incide sobre el tema de la sanidad de modo contradictorio: 1) eleva las demandas sanitarias de la población, y 2) aumenta la propensión de los profesionales médicos a dejar el campo y, por lo tanto, reduce la oferta de servicios médicos.

En el momento actual hay un déficit considerable de médicos en los pueblos. Numerosas plazas están vacantes. Según el Libro Blanco de 1977 este número ascendía entonces a 3.217 —es decir, el 41 por 100 de la plantilla (hoy día, el 42 por 100) (1). Muchos médicos rurales ya instalados estaban ocupando las plazas vacantes y multiplicando consiguientemente sus ingresos gracias a este déficit. Pero, aunque no quepa excluir estrategias malthusianas por parte de estos médicos, lo cierto es que hay un problema grave de «vocaciones» de médico rural, es decir, de compromisos de larga duración en el ejercicio de la medicina rural. Los recién licenciados pueden tener interés en ir a los pueblos; pero su interés es el de resolver una situación inmediata, pasar por el pueblo, y volver cuanto antes a la ciudad.

Visto desde el punto de vista de los médicos jóvenes en medio rural, la situación es la siguiente. Por lo pronto, la de obtener unos ingresos económicos aceptables, a cambio de una cantidad de trabajo muy tolerable. En 1977 recibían unas 20.000 pesetas por la Dirección General de Sanidad; una cantidad que podía ascender a 40.000 pesetas por parte de la seguridad social a poco que tuviese en torno a las 500 cartillas, entre por cuenta propia y ajena, amén de los complementos. A esto había que añadir otros ingresos menores (por certificados médicos, por cédulas de habitabilidad, por pequeñas curas, etc.) y el ahorro de gastos corrientes (casa del médico con alquiler mínimo, regalos de comida, leña para calefacción, etc.). Añádase, finalmente, las igualas, que en un partido de 500 familias, y por lo bajo, ascendía a unas 40.000 pesetas y que, en pueblos pobres de sierra con 100 familias he visto que llegaban a 30.000 pesetas. El conjunto redondeaba fácilmente, en 1977, las 100.000 pesetas. Todo ello sin tener en cuenta la duplicación de puestos, que era frecuente, puesto que las numerosas plazas vacantes estaban acumuladas a los titulares de otras plazas.

Hay que tener en cuenta la alternativa de trabajo e ingresos en la ciudad. Casi todos los médicos rurales jóvenes habían intentado una experiencia de trabajo en el medio urbano. La salida inmediata de la Facultad de Medicina para muchos de ellos fue hacer suplencias de guardias y coger en arriendo las visitas domiciliarias de médicos del Seguro. Con tres o cuatro trabajos de este tipo conseguían reunir 20.000 ó 25.000 pesetas al mes, pero a costa de bastante tiempo. Para los que no veían la posibilidad de obtener una plaza de MIR, ni aguantar hasta que salieran oposiciones para una plaza como médico de ambulatorio, la fórmula de médico rural era una buena fórmula transitoria. Tanto más cuanto que los requerimientos de trabajo no eran agobiantes. Para colectivos de 1.500 a 2.000 habitantes la consulta diaria solía oscilar entre una y dos horas, y los avisos diarios se resolvían con frecuencia en un par de horas más, a lo que añadir las urgencias, que era problema menos de tiempo que del desarreglo y la incomodidad que pudieran procurar.

A pesar de todo esto, la plaza rural era vista por la mayor parte de los médicos jóvenes como un empleo de transición. Las causas fundamentales eran, y son, de dos órdenes.

En primer lugar, los médicos jóvenes reaccionan negativamente a la falta de estímulos profesionales que conlleva el ejercicio de la medicina rural. Estos médicos saben muy bien que salen de la Facultad con alguna formación teórica y sin formación práctica alguna. Esto, en la medicina curativa. De la medicina preventiva, de la rehabilitadora, de la atención al entorno social: de esto no tienen más que unas pocas ideas librescas. Con este bagaje van a los pueblos. Quizá como casi siempre se ha ido. Pero estos médicos jóvenes se han habituado, porque son nuevos tiempos, a pensar que hay otra medicina más científica, que requiere quizá más medios, y sobre todo más conexión con los hospitales. Medios, casi no hay ninguno en los pueblos. Ni la seguridad social ni Sanidad les provee de aparatos o instrumental. Sus «poderes» son el fonendo, el tensor, la linterna y pocas cosas más. Incluso puede que el médico tenga que poner de su parte el material de sutura. Y la conexión hospitalaria falta por completo. Quedarse en un pueblo es cerrarse a toda posibilidad de perfeccionamiento profesional. Sólo cabe quedarse si se hace propio el ideal clásico del médico de pueblo como notable del lugar, si no como cacique del mismo: una vocación de fácil realización si se tienen tierras o se establecen alianzas con familias de buena hacienda.

En segundo lugar, los médicos jóvenes reaccionan negativamente a la perspectiva de una vida social y cultural limitada al horizonte del pueblo. La mayor parte de los médicos jóvenes ven con gran escepticismo el modelo tradicional del médico-notable del pueblo. Para ellos, como lugar donde vivir, lo que cuenta es, más bien, la ciudad, como lugar donde se vive o por lo menos como lugar donde se puede uno desplazar libremente y con frecuencia. Y resienten la obligación de encerrarse en el pueblo. De aquí su sensibilidad al tema de las urgencias. Porque lo que se pretende es que su obligación de estancia en el pueblo se reduzca a ocho horas, poco más o menos, de modo que los problemas y avisos consiguientes, que vengan después, corran a cargo de unos servicios de urgencias establecidos a nivel comarcal «con ambulancia y radioteléfono», según reza la frase habitual.

Estos médicos jóvenes pueden estar interesados en el establecimiento de unas pautas de interrelación a nivel comarcal o/y provincial, y el montaje de un servicio de urgencias a nivel comarcal, que les descargue de una buena parte de sus avisos fuera de hora y les dé un margen para programar su tiempo libre. Los dos tipos de medidas pueden conectarse, desarrollarse y abocar a la creación de centros médicos comarcales, que concentren medios, provean de oportunidades de encuentro y conecten con los hospitales de la provincia. (Esta experiencia puede servir incluso de estímulo para experiencias similares en medios urbanos.) Ahora bien, esta forma de enfocar el problema de la sanidad rural, aunque congruente con la perspectiva de los médicos rurales, elude la consideración en profundidad de la relación entre estos médicos y los pueblos, tal como es vista y vivida por las gentes de los pueblos mismos, y elude el tema del control de la calidad de la asistencia médica por parte de estas gentes.

La cuestión puede abordarse a partir de una pregunta aparentemente desconectada con lo anterior: ¿cómo y por qué se mantienen las igualas? La iguala es, como se sabe, una prestación, en principio voluntaria, de las familias al médico para asegurarse sus cuidados profesionales en caso de enfermedades o accidentes, cubriendo visitas, a veces pequeñas curas, etc. Puesto que todo ello está ya cubierto por la seguridad social, es obvio que la iguala es una práctica de dudosa legalidad. Sin embargo, se trata de una práctica universal. Los médicos la practican porque es costumbre aceptada por los pueblos, tolerada o apoyada por las autoridades sanitarias, y que representa entre un tercio y la mitad de sus ingresos totales. Los de más edad lo ven, incluso, como algo que se les debe, al cabo de haber estado muchos años con sueldos mínimos de Sanidad, y apenas algo de la seguridad social: a ellos ya les han explotado mucho, dicen, como para renunciar ahora a las igualas. La práctica se pretende legítima, como compensación a muchos años de retribución insuficiente, como

un elemento que equilibra la balanza global de servicios y contraprestaciones de «toda una vida». Un segundo argumento se refiere a otro equilibrio que se pretende establecer con el nivel de vida de la clase médica urbana, cuyos ingresos pueden ser superiores y cuya facilidad de acceso a servicios colectivos (por ejemplo, colegios y universidades para los hijos) es mucho mayor. La sensibilidad de las autoridades sanitarias a estos argumentos es grande y su tolerancia llega a ser, a veces, presión sobre médicos jóvenes que, llevados quizá de sus escrúpulos (y no sólo de ellos) renuncian a las igualas. Ejemplo peligroso que pondría en cuestión la legitimidad de este uso.

Como ya he señalado, esta práctica se pretende legítima, también por la ausencia de protesta por parte de la población rural. Pero éste es un tema complejo, porque se dan aquí cita dos razones muy diferentes. Una consiste en el temor popular a dejar de pagar la iguala, que puede traer consigo, se piensa, falta de cuidados, o de los cuidados debidos, por el médico cuando llega el momento de la enfermedad. Pero otra razón consiste en el deseo de mantener una práctica que supone un intercambio directo de dinero por servicios, con la consecuencia de una cierta dependencia del médico respecto al pueblo y un control de éste sobre aquél.

Nótese que el hecho de que el médico viva de un salario del Estado o de la seguridad social le hace independiente del pueblo. A través de las igualas, el pueblo puede reivindicar un control sobre él. De aquí que cuando los médicos jóvenes renuncian a las igualas, ese gesto puede ser percibido inmediatamente no como un acto altruista y generoso, sino como correspondiendo a una estrategia de estos médicos para liberarse, ellos, de sus obligaciones con respecto al pueblo. Para los médicos jóvenes, que tienen, efectivamente, también, unos motivos altruistas, la interpretación del pueblo es un malentendido. Pero lo cierto es que, de hecho, la renuncia de los médicos jóvenes a la iguala suele ir acompañada de la mayor frecuencia de sus desplazamientos fuera del pueblo, y del argumento de que, ahora, el pueblo carece de fuerza moral para protestar por ello.

Ahora bien, parece evidente que la (cada vez menos firme) pretensión de la población de mantener el médico en el pueblo las veinticuatro horas del día, es inviable, pudiendo conseguir atención médica pronta por otros caminos. Pero importa comprender que lo que la población rural intenta no es sólo atención médica, sino también control sobre la gestión y organización de esa atención médica. Este es un aspecto de la actitud de los pueblos, y la sociedad civil en general, ante la medicina, que a los médicos, jóvenes o no, les cuesta entender. Y sin embargo, la cuestión es bien simple.

La comunidad rural quiere que los médicos, sea como médicos de pueblos aislados, sea como médicos coordinados entre sí o/y conectados con un centro comarcal, se responsabilicen directa y personalmente ante esta misma comunidad. En el medio rural, la irresponsabilidad generalizada del ambulatorio es imposible. La competencia profesional será más o menos difícil de evaluar, pero al menos la atención personal y la diligencia en tratar al enfermo son hechos manifiestos, juzgados por la opinión pública y eventualmente sancionados por ella. En un momento en que la comunidad rural cede paso a la comarca como medio de referencia de la mayor parte de las actividades económicas, sociales, políticas y culturales campesinas, estos intentos de responsabilización y de control pueden variar de dimensión y de forma: pago de iguala, elección libre de médico en una comarca, más o menos amplia, voz en el funcionamiento de un centro médico. Pero la lógica y el impulso de la estrategia rural permanece: el control de la calidad de la asistencia sanitaria que recibe.

(1) *Libro Blanco de la Seguridad Social,* Ministerio de Trabajo, Madrid, 1977, página 572. En el momento actual, el número de plazas en el medio rural es de 8.550 (en 1977, era de 7.682).

NOTAS

(*) Este artículo se basa en varias investigaciones o averiguaciones que he venido realizando en los últimos años. El punto de arraque fue un estudio realizado en 1977. Alvaro Rengifo Calderón y José María Sancho Rof, de modos diversos, me ayudaron, con su apoyo o su comentario, entonces. Elena Bizcarrondo Alvea, Fernando González Olivares y Pilar Rivilla Baselga participaron en la realización de entrevistas. En los años siguientes, Pilar Rivilla ha sido una colaboradora permanente de mi trabajo en estas materias. El Instituto de estudios de Sanidad y Seguridad Social ha tenido la amabilidad de facilitarme el acceso a encuestas y estudios por ellos realizados. Luis Angel Rojo Duque y Fernando González Olivares han comentado alguno de los borradores finales de este artículo. A todos ellos conste mi gratitud.

(1) Ver EBERSTADT, N., «The health crisis in the USSR», *New York Review of Books,* febr. 19, 1981, págs. 23 y ss., comentando el libro de DAVIS, C., y FESHBACH, M., *Rising infant mortality in the USSR in the 1970s,* United States Bureau of the Census, Series P-95, N. 74, Septiembre 1980, donde se estima que la mortalidad infantil de la URSS oscila hoy día en torno al 40 por 1.000 (mientras que en Europa Occidental y Estados Unidos se suele situar por debajo del 13 por 1.000).

(2) Por citar un ejemplo, COCHRANE, L., *L'inflation médicale,* Ed. Galilèe, París, 1977. La divulgación y el desarrollo de estas tesis suelen estar asociados a los trabajos de IVAN ILLICH (por ejemplo, *Némesis Médica,* Ed. Barral, Barcelona, 1975).

(3) Algunos analistas de la situación actual de la sanidad parten del supuesto implícito o explícito, de que, a pesar de la crisis económica, los países occidentales pueden encontrar respuestas que eviten cortar o amortiguar la expansión del gasto social en sanidad. (Por ejemplo, ROSEMARY TAYLOR, «Crisis and prévention: State intervention in post-war British and Italian health care», en BORNSTEIN, S.; HELD, D.; KRIEGER, J. (ed.), *The State in Capitalist Europe,* George Allen and Unwin, 1982). Entre expertos de inspiración crítica o socializante, ésta es una posición frecuente, aunque no sea la única (y suele estar ligada a una contraposición entre una perspectiva «individualista» y una perspectiva «social» o «ambientalista», que a mí me parece excesiva). Yo creo, por el contrario,

que los límites impuestos por la crisis económica a la expansión del gasto social son, en general, y desde luego en España, sumamente graves; y creo que estos límites pueden y deben ser interpretados como una *oportunidad* para afrontar los problemas de calidad y de organización, y para modificar el foco del debate sobre la sanidad.

(4) ALCOVER IBÁÑEZ, MERCEDES; SABATER MURO, EUGENIO, «Análisis comparativo de la evolución de los niveles de salud (España y CEE)», en *Revista de la Seguridad Social (RSS),* julio-septiembre 1979, n.° 3, páginas 7 y ss.

(5) La pauta es similar, a mi juicio, a la que puede observarse en el terreno de la expansión universitaria. Cfr. PÉREZ DÍAZ, VÍCTOR, «Universidad y Empleo», en PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, n.° 8, 1981.

(6) El análisis de la asistencia extrahospitalaria está centrado en el ambulatorio. Dejo aparte, en anexo, la discusión de la medicina rural. Muchos problemas, dada la forzada brevedad de este artículo, quedan sin discutir. Entre otros, el del probable exceso de la demanda hospitalaria.

(7) El pacto o contrato social a que me refiero no es un acto formal y explícito. Es el contrato implícito que regula los intercambios y las expectativas recíprocas entre los grandes actores sociales. En una discusión interesante del estado de la cuestión en Estados Unidos, PAUL STARR («Medicine and Professional Soveraignity», en *Daedalus,* 1978, vol. 107, págs. 175 y ss.) sugiere que la necesidad de controlar los costes (y, añado yo, de mejorar la calidad) implica una nueva redacción del «contrato» (en el sentido que acabo de indicar) entre la profesión médica y la sociedad, en unos nuevos términos, menos favorables a los médicos porque suponen una disminución de su autonomía y un mayor grado de aceptación de la disciplina del mercado y del Estado (página 176). En realidad, la cuestión práctica central consiste en combinar las alternativas del mercado, racionalidad burocrática y control social organizado (pág. 191). A mi juicio, esta combinación requiere, a su vez, un proceso de experimentación social permanente.

(8) FUNDACIÓN FIES, *Encuesta sobre Coyuntura Económica,* mayo 1982, encuesta realizada en la primavera de 1982, dentro del programa de sondeos periódicos del FIES. El número de entrevistas fue de 1.200, los puntos de muestreo 58 distribuidos en cuatro estratos según el tamaño de población a partir de 5.000 habitantes. El universo estuvo constituido por cabezas de familia. El trabajo de campo se realizó por INVENTICA, y la dirección de esta encuesta correspondió a Francisco Alvira y José García López. La recogida de información se hizo a través de entrevistas personales.

(9) GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, PAULINO, «Médicos hospitalarios y no hospitalarios: sus opiniones sobre la reforma sanitaria», en *Revista de Seguridad Social,* julio-septiembre 1979, n.° 3, pág. 162.

(10) BRAVO, FEDERICO, *et alia, Sociología de los ambulatorios,* Ed. Ariel, Barcelona, 1979), recoge la información estadística, normativa y administrativa disponible, sobre todo a partir del *Libro Blanco de la Seguridad Social,* del Ministerio de Trabajo, Madrid, 1977, y documentos similares posteriores. Salvo indicación expresa, mis referencias al funcionamiento real de la medicina extrahospitalaria (así como hospitalaria y rural) se basan en mi estudio de 1977, complementado o confirmado por averiguaciones ulteriores.

(11) Bravo indica que la consulta media del médico en el ambulatorio se ha estimado de una duración de 47 minutos al día *(op. cit.,* pág. 142).

(12) AZANCOT, LEOPOLDO, «Análisis completo del *Foreing», Boletín Informativo del Consejo General de Colegios Médicos,* número 108, 1972, y «Examen norteamericano para los médicos extranjeros», *Boletín...,* número 132, 1974.

(13) Este imperativo moral, más afortunado que el modelo Kantiano original, se ha ido cumpliendo. Al menos así ha sido con relación a los médicos franceses, cuyos ingresos medios anuales en 1973 se estimaban en 130.000 francos (cfr. SOURNIA, J.-C., *Les malades qu'on fabrique.* Ed. du Seuil, París, 1977, pág. 29). Es también muy probable que los ingresos de los médicos españoles sean superiores a los de los médicos italianos (cfr. CARUSO, S., *Il medico della corporazione o la socialita privata,* Feltrinelli, Milano, 1977).

(14) FESTINGER, L., *A theory of cognitive dissonance,* Stanford, California; Stanford University Press, 1957.

(15) GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, *art. cit.,* página 161.

(16) Una opinión distinta, que enfatiza la diferencia entre hospitalarias y no hospitalarias, puede encontrarse, por ejemplo, en GONZÁLEZ RODRIGUEZ, *art. cit.* Sobre las actitudes políticas de los médicos, ver recuadro en el texto del presente artículo, donde se hace referencia a datos procedentes de GONZÁLEZ RODRÍGUEZ (pág. 172), y de DURÁN, MARÍA ANGELES, *Morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica en España,* IESS, Madrid, 1980, pág. 110.

(17) GONZÁLEZ SEARA, LUIS; MARTÍN MARTÍNEZ JOSÉ LUIS, *Investigación acerca de la identidad profesional de los médicos en España,* Madrid, noviembre 1975 (ver también MOYA VALGAÑÓN, CARLOS, *La corporación profesional médica y la estructura de la sociedad española,* Madrid, 1973).

(18) Ver GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, *art. cit.* Ver, asimismo, varios estudios y encuestas en su mayor parte del Servicio de Estudios Sociológicos del IESS, aparecidas en la *Revista de Seguridad Social,* en estos últimos años: MARTÍN LÓPEZ, ENRIQUE, «Los médicos españoles y su ideología profesional», en *Revista de Seguridad Social,* n.° 2. Servicio de Estudios Sociológicos IESS: «Encuesta Nacional a los médicos sobre la organización sanitaria española y su posible reforma», *RSS,* n.° 1; «Encuesta a los A.T.S. sobre la reforma de la sanidad española», *RSS,* n.° 2; «Encuesta Nacional a la opinión pública sobre la organización sanitaria y su posible reforma», *RSS,* n.° 3; «Encuesta a los veterinarios sobre la reforma de la sanidad en España», *RSS,* n.° 5; «Encuesta a los farmacéuticos sobre la organización sanitaria española y su posible reforma», *RSS,* n.° 8; «Análisis comparativo entre profesionales sanitarios y opinión pública sobre organización y reforma sanitaria», *RSS,* n.° 9.

(19) GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, *art. cit.*

(20) GONZÁLEZ SEARA y MARTÍN MARTÍNEZ, *op. cit.*

(21) Aparte intentos de control del gasto farmacéutico por varias vías, sobre todo a través del aumento de la contribución del usuario; y algunos intentos de última hora para la transformación experimental de algunos ambulatorios en centros de medicina familiar.

(22) IBÁÑEZ, JESÚS; ORTÍ, ALFONSO, *Estructura Social de la demanda sanitaria en España,* Madrid, 1973.

(23) DURÁN, MARÍA ANGELES, *op. cit.,* páginas 55 y ss.

(24) IBÁÑEZ, JESÚS; ORTÍ, ALFONSO, *op. cit.*

(25) Realizada en 1977.

(26) Ver DURÁN, *op. cit.,* págs. 225 y siguientes. Ver también *La antropología mé-*

dica en España, textos compilados por KENNY, M., y DE MIGUEL, J., Ed. Anagrama, Barcelona, 1980, cuyo énfasis está puesto, sin embargo, en lo que los autores llaman «medicina popular».

(27) Por ejemplo, en la encuesta de la Fundación FIES, en la primavera de 1982, entre los usuarios efectivos de los servicios hospitalarios, el porcentaje de los muy descontentos de los hospitales privados por su trato profesional era un 2 por 100 (un 14 por 100 de los hospitales de la seguridad social), por su trato humano era un 2 por 100 (un 17 por 100 de los hospitales de la seguridad social) y por su trato administrativo era un 5 por 100 (un 9 por 100 de los hospitales de la seguridad social).

(28) GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, *art. cit.,* página 168.

(29) MCAULIFFE, W. E., «Measuring the quality of medical care: process *versus* outcome», en *Health and Society,* vol. 57, número 1, 1979, págs. 118 y ss., y ALDERSON, M.; DOWIE, R., *Health Surveys and related studies,* Pergamon Press, Oxford, 1979, págs. 184 y ss.

(30) ALCOVER, SABATÉ, *art. cit.*

(31) GONZÁLEZ SEARA y MARTÍN MARTÍNEZ, *op. cit.*

(32) Sobre la utilización de quirófanos y médicos recordaré, a título sólo de ejemplo, una auditoría, realizada entre octubre de 1980 y enero de 1981, de uno de los hospitales de la seguridad social más importantes de Madrid, que llegó a la conclusión de que los quirófanos actuaban al 32,5 por 100 de su capacidad, y el rendimiento medio de los facultativos del hospital en su actividad asistencial era del 37,7 por 100 *(El País,* 31 agosto de 1982, página 15). Sobre la penuria de los controles de costes, cfr. las respuestas del doctor don Diego Figuera a la encuesta a médicos en este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA.

(33) DR. ASENJO DE SEBASTIÁN, Curso monográfico de Doctorado «Gestión hospitalaria y economía médica», Universidad de Barcelona, 1974-1975.

(34) FREIDSON, E., *Profession of Medicine,* Harper and Row, New York, 1970, páginas 148 y ss. (hay versión española en Ed. Península, Barcelona, 1978), y *Doctoring together,* The University of Chicago Press, Chicago, 1975, págs. 203 y ss.; asimismo FREIDSON, E., y LORBER, J. (ed.), *Medical men and their work,* Aldine Publishing Co., Chicago, 1972, págs. 185 ss.

(35) GONZÁLEZ SEARA y MARTÍN MARTÍNEZ, *op. cit.*

(36) Estimación realizada por mí en 1977, en base a varios informantes, médicos del *staff* de varios hospitales, en Madrid y fuera de Madrid, en torno a 35/40 años. Esta estimación parece consistente con la que se deduce de los debates y los proyectos de reforma de hospitales de la Seguridad Social, que han tenido lugar estos últimos años (ligando, por ejemplo, la dedicación exclusiva con saltos en los salarios de los jefes de sección, servicio y departamento de la banda 130-160.000, a la banda 180-220.000, en 1981).

(37) Dejo aparte el tema del desarrollo y la profesionalización de la función estrictamente gerencial. Mi argumento relativo a las funciones del director puede ser ampliado y referido a las funciones de la dirección en general.

(38) Sugiero aquí una ampliación del concepto de rito de iniciación (hasta incluir un período de iniciación), al modo como Víctor Turner ha ampliado el de los ritos de paso de Van Gennep. Cfr. el estudio clásico de BECKER, H., *et al., Boys in White: Student culture in Medical School,* University of Chicago Press, Chicago, 1961.

(39) Los problemas de fondo de una autonomía hospitalaria son bastante similares a los de la autonomía universitaria. Cfr. PÉREZ DÍAZ, *art. cit.*

(40) GOFFMAN, E., *Asylums,* Anchor Books, 1961, págs. 321 y ss. (hay traducción española: *Internados,* Amorrortu, Buenos Aires, 1970).

(41) Sobre el entrecruzamiento de las estrategias de médicos y pacientes, cfr.: TAGLIACOZZO, D. L.; MAUKSCH, H. O., «The patient's view of the patient's role», en JACO, E, G. (ed.), *Patients, Physicians and Illness,* 2.ª ed., The Free Press, New York, 1972, págs. 162 ss.; FREIDSON, E., «Client control and medical practice», en JACO, *op. cit.,* págs. 204 ss.; BLOOM, S. W.; WILSON, R. N., «Patient-practitioner relationships», en FREEMAN, H.; LEVINE, S.; REEDER, L., *Handbook of Medical Sociology,* Prentice Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1979, páginas 275 y ss.; HAUSSER, S. T., «Physian-patient relationships», en MISHLER, E., *et al., Social Contexts of Heelth, Illness and Patient Care,* Cambridge University Press, Cambridge, 1981, págs. 104 y ss.; WADSWORTH, M., «Studies of Doctor Patient communication», y COULTHARD, M.; ASHBY, M., «A linguistic description of Doctor-Patient interviews», en WADSWOTH, M.; ROBINSON, D. (ed.), *Studies in everyday medical life,* Martin Robertson, London, 1976, págs. 3 y ss. y págs. 69 y ss.; TAYLOR, SHELLEY E., «Hospital patient behavior: reactance, helplessness, or control?», en *Journal of Social Issues,* vol. 35, n.° 1, 1979, págs. 156 y ss.

(42) ANNAS, G., *The rights of Hospital Patients,* Avon Books, New York, 1975 (en especial págs. 32, 57 y ss., 198 y ss., 209 y ss.).

(43) Servicio de Estudios Sociologicos del IESS, «Encuesta nacional sobre la organización sanitaria española y su posible reforma», en *Revista de Seguridad Social,* julio-septiembre 1979, n.° 3, pág. 285.