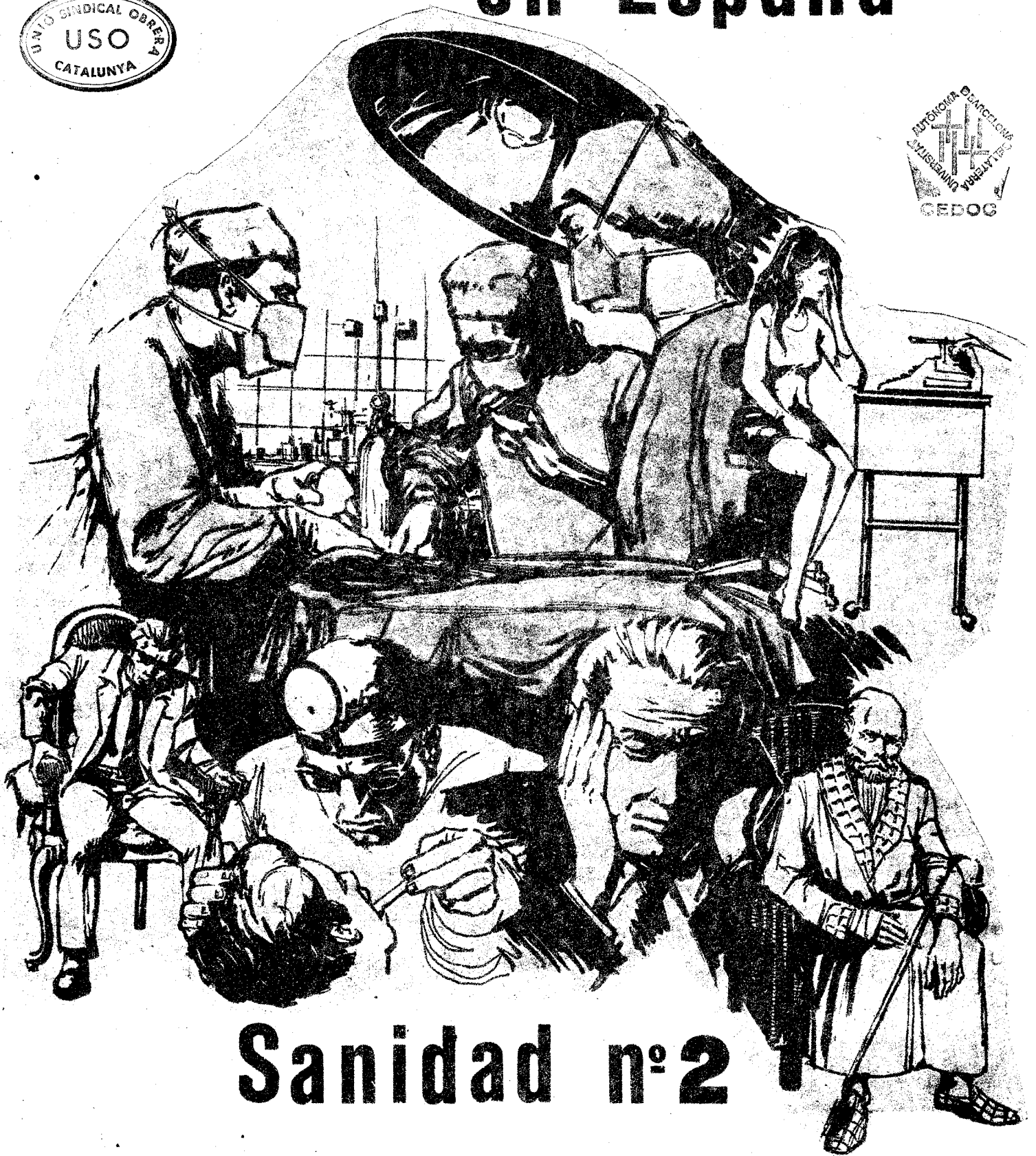


La Seguridad Social en España



Sanidad nº 2

unión sindical obrera
(u.s.o.)

CAPITALISMO Y

SEGURIDAD SOCIAL

La implantación de la Seguridad Social ha sido una necesidad histórica del capitalismo. Efectivamente, con la puesta en marcha de la mecanización en manos de la naciente clase patronal a principios del presente siglo que habría de configurar las grandes aglomeraciones fabriles y los evidentes conflictos de clase, la burguesía tomó paulatinamente conciencia de la importancia de asegurar la continuidad del proceso productivo.

Para ello, un primer paso lo constituyó el "asegurar" las máquinas y mercancías almacenadas para lo cual se crearon los Seguros contra accidentes, averías o robo. El segundo paso lo constituyó asegurar a los obreros de modo que es tuvieran siempre, de modo permanente, en condiciones de trabajar de la forma establecida por la clase patronal. A la clase patronal le interesaba, le interesa, una mano de obra sana y que rinda. Para ello se establecieron varios seguros, los más importantes de los cuales son:

- * El Seguro de Vejez. mediante el cual se retira la mano de obra ya inservible o defectuosa por la edad del obrero.
- * El Seguro de Enfermedad o accidente. mediante los cuales se repara a la mayor velocidad posible el

trabajador estropeado y se lo reintegra en condiciones de continuar en el proceso productivo.

En definitiva, para la clase patronal se trata en este caso de mantener la estabilidad y capacidad productiva del mayor número posible de trabajadores ya adiestrados. Ello responde, ~~a una~~ etapa de consolidación del capitalismo monopolista de estado. En efecto, sabido es que la acumulación primitiva de capital la realizó la clase patronal en todo el mundo capitalista en base a la sobreexplotación directa de la clase obrera a través de jornadas de trabajo muy largas y agotadoras, a través del total desamparo de las condiciones de trabajo de los obreros que tuvieron que pagar con su vida en muchas ocasiones en accidentes de trabajo o enfermedades de toda índole.

Una vez realizada esta acumulación primitiva de capital, en los países capitalistas avanzados, el eje principal de la acumulación se centra en la obtención de la llamada "plusvalía relativa" en función del aumento de las cadencias y los ritmos de trabajo. Es en este contexto donde la aparición de la Seguridad Social cobra todo su sentido: es el complemento indispensable que requiere esta nueva fase del capitalismo en la que es preciso garantizar por encima de todo el rendimiento obrero y el incesante aumento de la productividad.

El hecho de la paulatina concentración de capitales en la vía monopolista y su cada vez mayor vinculación con el aparato del estado han hecho posible la realización del proyecto. Ciertamente, el moderno estado capitalista, centralizando muchos más recursos, es capaz hoy de programar de modo eficaz la rápida reparación y puesta a punto de los obreros fuera de servicio por enfermedad o accidente.

Por otra parte la Seguridad Social constituye para la clase patronal un poderoso instrumento de estímulo del consumo obrero. Este aspecto, por el que el hecho de que ciertos gastos en enfermedad o accidente queden cubiertos por la Seguridad Social (o lo que es lo mismo por el "ahorro forzoso y planificado de modo racional de los trabajadores") permite un incremento del consumo por parte de los trabajadores de otros bienes que de otro modo no lo serían ante la perentoriedad de satisfacer el pago de la curación privada. Particularmente es importante, en este sentido, analizar el Seguro de desempleo o paro: este seguro, constituye para el capitalismo un auténtico instrumento de regulación del ciclo económico, mediante el cual se compensan las recesiones que conllevan habitualmente las crisis capitalistas mediante la presión sobre el consumo que se opera a partir de este seguro de trabajadores no productivos que enjuaga la falta de consumo de los trabajadores en activo en un determinado momento.

Otro aspecto digno de mención es la capacidad represiva que posee la Seguridad Social en manos de los capitalistas frente a la combatividad de la clase obrera. Es lógico que los

capitalistas se asegurasen su provecho mediante una legislación que les permita la sumisión de gran número de trabajadores. Cualquier enfrentamiento con el capital significa la posibilidad de pérdida de empleo y con ello los beneficios que le pueden representar la Seguridad Social. Esto queda bien patente si pensamos en los obreros mayores de 50 años, las posibilidades de encontrar un nuevo trabajo son mínimas y si quieren disfrutar por ejemplo del seguro de vejez tienen que trabajar, al menos, setecientos días antes de causarse el derecho.

Digamos, por fin, que la Seguridad Social se ha convertido para la clase patronal en una formidable fuente de ingresos de los de mayor cuantía que absorbe el Estado. A través de ellos se opera una financiación de empresas que por la misma evolución del capitalismo son deficitarias, o no son rentables para la iniciativa privada. La Seguridad Social se convierte así en un importante estabilizador del sistema capitalista.

Resumen

La Seguridad Social implantada hoy en el conjunto de países capitalistas significa:

- 1—La rápida reparación de los trabajadores para capacitarlos de cara a incesantes aumentos de los ritmos y su retirada al no ser rentables.
- 2—Un instrumento para la clase patronal para estimular el consumo obrero, su sumisión, compensar las crisis capitalistas.

¿Quién paga y para que sirven los fondos de la Seguridad Social?

El hecho de analizar las bases de cotización e ingresos de la Seguridad Social, así como la utilización que se realiza de los fondos acumulados, es particularmente útil para desvelar el carácter de "ahorro forzoso" que significa pa

ra los trabajadores afectados, obligados de este modo, a costearse su propia curación, así como garantizando con su dinero la financiación de empresas deficitarias o fraudulentas.

LA COTIZACION

En primer lugar es preciso hacer referencia a la participación relativa de los distintos sectores en la cotización para la financiación de la seguridad Social. A es

te respecto, las "Cuentas y balances de la Seguridad Social, 1972" que publicadas por el Ministerio de Trabajo arrojan la siguiente distribución de aportaciones para el año 1.971:

RECURSOS	MILLONES DE PTS	%
Cuotas de empresas	114.983,6	70,3
.. .. trabajadores	37.424,0	22,0
Subvenciones (Estado)	12.954,4	7,7

En apariencia, pues, más del 70 % de la cotización la sufragan las empresas, mientras la aportación de los trabajadores y, sobre todo, del Estado es mucho menor. Sobre esta cuestión varias aclaraciones son indispensables. En primer lugar valorar que la cotización que las empresas ofrecen

a la Seguridad Social es una parte de lo que les corresponde a los trabajadores, de modo que este dinero que no se paga directamente a los obreros - constituye un salario diferido que pertenece al trabajador. De este modo si un trabajador, por ejemplo un oficial de metalurgia que gane 210 (que es la Base Tarifada) a ellas

deben añadirse 84.- ptas. más (el 40 %) de salario diferido o "no cobrado" en concepto de pago de la clase patronal (empresa) en materia de Seguridad Social, de modo que su salario de hecho debería ser 294.- ptas.. De este modo la clase patronal contará con esta base salarial (las 294.- ptas.) para exigir un rendimiento al trabajador.

En segundo lugar, la clase patronal hace repercutir sistemáticamente su aportación de cuotas a la Seguridad Social en un constante aumento de los precios que repercute de modo especialmente negativo para el trabajador, con lo cual este la financia también a través del consumo.

En tercer lugar, el carácter "regresivo" del sistema de financiación de la Seguridad Social es un hecho, como se ha demostrado incluso en base a datos del Ministerio de Hacienda (ver Premio IEF 1.970). En efecto, la práctica de financiación de la Seguridad Social demuestra el fracaso de la "teoría de redistribución de la renta" con que se pretendía adjetivar, es decir, "a mayor salario, mayor cotización". Ocurre, pues, que soportan la mayor carga tributaria los perceptores de rentas más bajas, de menores salarios. Es importante remarcar en este sentido que mientras los trabajadores afectados por el Salario Mínimo cotizan por todo su salario, aquellos obreros que cobran salarios superiores al mínimo cotizan sólo por una pequeña parte del mismo, debido al establecimiento de los llamados "topes de cotización". De es-

to salen beneficiados los jefes y encargados que además cobran su sobresueldo en calidad de gratificación que no consta en nomina. Por otra parte, en el mejor de los casos nos hallamos en el terreno de la redistribución de rentas "salariales" pero en nada afectan, dada la escasa participación del estado en la cotización, a la redistribución de las demás rentas (las llamadas "rentas de Beneficios" por ejemplo.

Digamos por fin, que las cotizaciones para la Seguridad Social tanto las directamente pagadas por los trabajadores como las que formalmente paga la empresa, son consideradas por la clase patronal como "costes de producción". Esto significa que no afectan a los beneficios de la misma sino que sale de la parte de dinero destinado al pago de los trabajadores y del constante aumento de los precios.

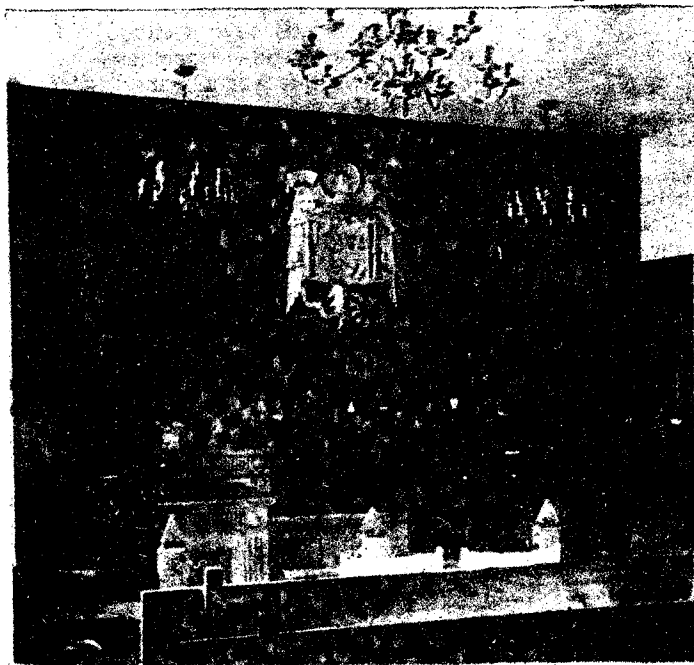


Todo beneficios

LA PARTICIPACION DEL ESTADO

Mención aparte requiere la participación del Estado en la financiación de la Seguridad Social. La nota dominante en este aspecto es su escasa contribución.

Ello tiene importantes repercusiones por cuanto imposibilita de hecho alterar a fondo la misma estructura de la Seguridad Social y descarga todo el peso de la contribución, como hemos visto ya, sobre los trabajadores. Pero hay que tener en cuenta que una aportación mayor por parte del Estado sin un cambio cualitativo en el sistema de recaudación de impuestos, no modificaría las cosas sustancialmente de su estado actual, seguirían siendo los trabajadores los que de



un modo mayoritario costearían la Seguridad Social. Por lo tanto se hace necesaria la modificación de la actual política impositiva, dan

do prioridad a los impuestos directos (sobre los beneficios de las empresas por ejemplo) que sobre los indirectos (sobre el consumo), y forzando que los empresarios no hagan repercutir estos impuestos sobre los precios de los productos.

LA UTILIZACION

DE LOS FONDOS

Es interesante analizar el destino de los fondos de la Seguridad Social para terminar de darnos cuenta de que es un montaje al servicio del capitalismo.

Los capitalistas decidieron que los fondos de la Seguridad Social podían servir muy bien para financiar sus empresas deficitarias, ahorrándose así ellos el mantener las llamadas "inversiones no gratas" por ser de beneficios muy reducidos o nulos. En 1969 los fondos del Mutualismo Laboral que ascendían a 57.256 millones de pesetas, dieron una rentabilidad del 4,99 %.

Un decreto oficial del Estado establece la obligación de invertir las "reservas" en tres grupos de inversiones, que son:

- 1- Empresas del Instituto Nacional de industria (INI). A este grupo se dedicará un 50 % en valores emitidos o garantizados por el Estado. (Bazán, Hunosa, Iberia, Potasas de Navarra, ... Etc.). Estas inversiones dan un interés del 5,5 %. Pero ocurre que muchas de estas empresas son deficitarias, Hunosa es un ejem-

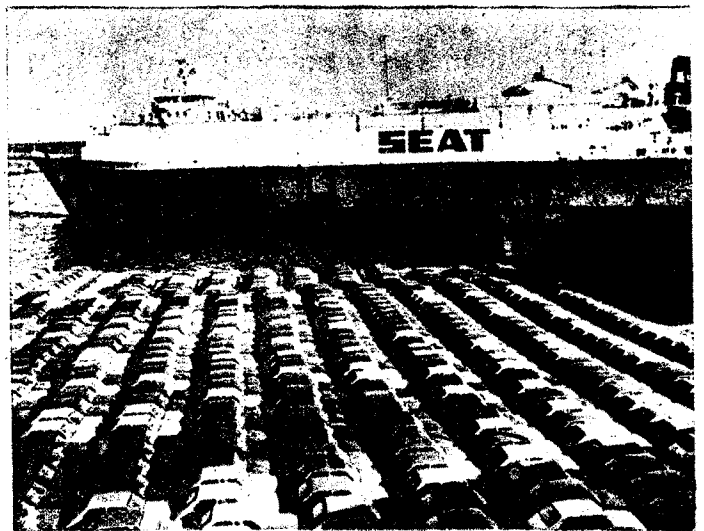
pló claro.

En otras donde el INI disponia de una participación mayoritaria de acciones, como el caso SEAT -empresa con buena perspectiva y alto índice de rentabilidad- el INI cede esta participación en favor de la FIAT. Lo mismo ocurre con otras como AUXINI, HIDROELECTRICA, MONCARRIL, etc. El INI lo creó el Estado Español para enguagar las pérdidas de los capitalistas.

2-Se dedica un 30 % como mínimo en otros fondos públicos españoles: valores industriales, títulos emitidos por sociedades de inversión mobiliaria (SEAT, Altos Hornos de Vizcaya, Eléctricas, CAF; empresas totalmente capitalistas donde se está utilizando el dinero de los trabajadores para reesplotarlos y si es necesario se asesina (Recordar los asesinatos de La Bazan de el Ferrol, la Seat de Barcelona, etc.). Muchas de Estas empresas están prosperando, se están afianzando y enriqueciendo; dicen que crean nuevos puestos de trabajo; lo cierto es que esa riqueza la amasan a cuenta de los jubilados y de-

más pensionistas los cuales se tienen que conformar con pensiones de miseria, a costa de una sanidad deplorable.

3-Se dedica un 20% en instalaciones de Universidades Laborales, créditos de viviendas,... con un interés de un 4 %. Un interés sobre un dinero que pertenece a la clase obrera.



SUPERAVIT de la S. SOCIAL

m i l l e n e s d e p e s e t a s

AÑO	RECAUDACION	PRESTACIONES	superavit
1958	16.430	9.895	6.535
1959	22.184	17.707	4.477
1960	23.493	18.808	4.679
1961	25.546	20.356	5.189
1962	28.240	23.240	5.000
1964	46.742	20.573	26.179
1965	49.152	25.900	23.244

MEDICINA Y SEGURIDAD SOCIAL

La practica de la Medicina tiene lugar en tres vertientes de similar importancia:

MEDICINA PREVENTIVA

No solo en lo que se refiere a campañas de vacunación y estudio de epidemias; sino en cuanto al estudio del medio ambiente, contaminación, habitabilidad, reconocimientos periódicos habitabilidad de viviendas, higiene personal, métodos de seguridad en el trabajo, etc.

Hasta ahora la Seguridad social no se ha ocupado de este campo, tan importante o mas que el que corresponde a la medicina curativa y mucho mas efectivo a corto y largo plazo.

MEDICINA CURATIVA

La Seguridad Social se ha volcado exclusivamente en este campo, que es el que mejor resultado le va a dar: la puesta a punto rápida de los trabajadores.

Y no todos los aspectos de esta medicina curativa son englobados en nuestra Seguridad Social, la cual dedica su mayor atención al tratamiento de las enfermedades agudas desatendiendo aquellas de larga duración o cuya curacion lo es a largo plazo.

-Centros de rehabilitacion física:

Se estan empezando a crear por la

necesidad de un rendimiento a plenitud de los trabajadores que han sufrido una lesion la cual, una vez curada deja disminucion de sus condiciones físicas.

Estos centros van paralelos a las Ciudades Sanitarias con sus características y sus defectos.

■ **PSIQUIATRIA, ENF. CRONICAS y SUBNORMALIDAD:** Son tres tipos de enfermedades dificilmente recuperables a una sociedad productora y que no es rentable su tratamiento.

-Psiquiatria: Hasta ahora los hospitales psiquiátricos eran manicomiales, con técnicas pasadas y represivas.

En la actualidad se añaden psiquiatras a los hospitales de la S. S. con la única misión de tratar casos agudos o enfermos agitados, sin que se pretenda en ningún momento hacer tratamiento psiquiátrico.

La psiquiatria, cuando se quiere practicar con métodos correctos, llega un momento en que choca con el sistema ya que exigiria la participación del enfermo y de la familia en la gestión del hospital y de la Seguridad Social.

-La Subnormalidad es una faceta de la medicina aun mas desatendida que la psiquiatria ya que se piensa que

el porcentaje de enfermos es menor careciendo también de planificación sanitaria.

-Enfermedades crónicas:

.Enfermedades cardíacas: se intentó hacer medicina preventiva sobre todo a través de los medios informativos, para aumentar el prestigio personal de Martínez Bordiú.

En este tipo de enfermedades, si la solución ha de ser rápida se resuelve en grandes centros, sobre todo Madrid.

Como el tratamiento en ambulatorios no es correcto, el número, la gravedad y la precocidad de aparición de la Insuficiencia Cardíaca hace que se precisen abundantes sanitarios medios.

.En las enfermedades renales sucede aproximadamente lo mismo.

.Enfermedades respiratorias:

Plantean problemas a más largo plazo. Suelen ser enfermos procedentes de la Clase Obrera (mineros, etc), y por tanto suelen ser combativos por lo que requieren mayor demagogia por parte de la Seguridad Social, la cual ha creado centros de rehabilitación para silicóticos, etc dotados con bastante plantilla, medios técnicos, comodidades, etc.

De todo esto, lo que debe quedar claro es que las enfermedades crónicas son iguales a las demás y por tanto requieren la misma atención, atención que en absoluto les es dedicada por nuestra Seguridad Social.

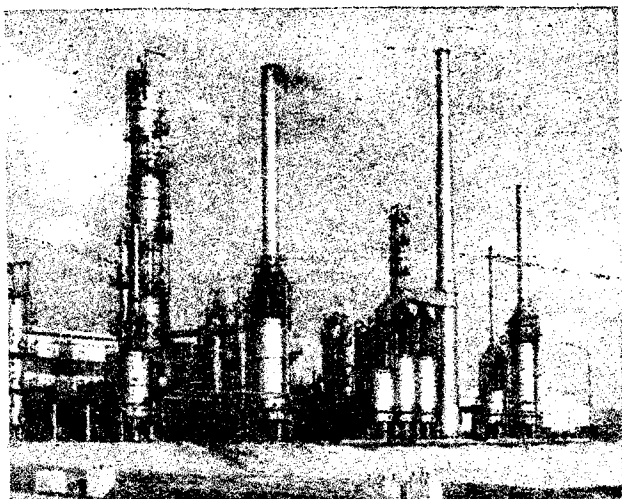
MEDICINA SOCIAL

Antes, la lucha por la vida y por la salud era sobre todo contra los males producidos por la naturaleza; hoy en día esta lucha choca cada vez más con un ambiente que no es sólo natu-

ral, sino producido por la sociedad, por el capitalismo.

Consecuencia de ello es la contaminación de las aguas y del aire debidos a los residuos industriales y a la intensa motorización privada; el caos urbanístico que conlleva el hacinamiento, el tráfico caótico, la falta de zonas verdes, la intensidad de ruidos...; la nocividad de la fábrica, no necesaria por motivos técnicos, sino que viene a añadirse a la ley del beneficio, que organiza el proceso productivo solamente en función del mayor rendimiento, violando el derecho a la vida y a la salud; la contaminación de los alimentos; etc, etc.

Todas estas "nocividades", fruto del sistema socioeconómico han hecho evolucionar las causas de la mortalidad y del enfermar: en la actualidad han crecido enormemente las enfermedades del sistema nervioso y circulatorio; y se observa una correlación entre las muertes por tumores cancerosos y las sustancias cancerígenas que se respiran cotidianamente en nuestras ciudades.



El médico solo, no puede saber si las enfermedades de un grupo de obreros (por ejemplo), se deben a los ritmos, a los controles demasiado autori-

tarios, a la falta de transportes, a las condiciones familiares difíciles... Debe realizar su diagnóstico ayudado por los trabajadores, y es evidente que este no se puede traducir en una cura individual: demasiadas investigaciones sobre la nocividad del ambiente de trabajo, sobre los daños de esta o aquella condición higiénica han quedado en letra muerta por falta

de elemento decisivo, que es siempre la lucha de los trabajadores interesados que son las víctimas que tienen que poner en peligro su salud.

Una reforma sanitaria que trate de cambiar esta situación no puede limitarse a unos cambios legales o reglamentarios, sino a través de un cambio en la relación de fuerzas entre las clases sociales.

MEDICINA ASISTENCIAL

La Medicina asistencial es llevada por la Seguridad Social fundamentalmente a tres niveles:

HOSPITALES
AMBULATORIOS
MEDICINA RURAL

Ambulatorios

Son en teoría centros destinados a:

- tratamiento de enfermedades agudas no complicadas.
- llevar un control periódico de los enfermos crónicos.
- llevar a cabo una medicina preventiva debidamente planificada:
 - .estudio de la zona donde es ta ubicado, de sus características y de las enfermedades que más se dan en ella.
 - .establecer y realizar campañas periódicas de vacunación.
 - .realizar reconocimientos médicos periódicos, etc, etc.

-un lugar donde se den normas sanitarias: normas de higiene de casas, de personas, normas dietéticas, conocimiento de enfermedades y de los factores que intervienen en su producción, etc.

Los ambulatorios, tal y como funcionan hoy en España no cumplen ninguna de estas condiciones, ya que:

- No se hacen "actos médicos": la historia clínica (resumen de la enfermedad, síntomas que produce, enfermedades anteriores que pueden haber influido en la actual, etc), y menos la exploración, no tienen cabida en el reducidísimo tiempo que se dedica a cada enfermo.

-El médico realiza allí un papel de burócrata, limitándose a rellenas recetas o a "doblar" en otras los medicamentos que los mismos enfermos le presentan procedentes del "médico particular (que por supuesto, les ha atendido mejor), o de la medicación que ellos mismos se prescriben.

-No se hace jamás medicina preventiva (nunca se hace un plan de zona para vacunaciones, estudios epidemiológicos, etc).



Una medicina mas humanizada...

-El médico de ambulatorio no recibe formación ni ampliación alguna de sus conocimientos. Unicamente le llega como información la propaganda trucada de los laboratorios.

-No se hace educación sanitaria: no se aclara al enfermo lo que tiene, ni los factores ambientales, de trabajo, etc que han intervenido en la enfermedad o pueden intervenir en enfermedades futuras.

-El médico se convierte así en un cómplice del sistema que no trata de curar las enfermedades a partir de la causa que las ha producido, sino que hace que desaparezcan los síntomas

mas sobresalientes para poner así a punto, a todo trance, a la mano de obra.

-Los ambulatorios son fuentes nada despreciables para las consultas privadas (el enfermo, para congraciarse con su médico va primero al seguro donde se le desprecia y después a su casa, donde el mismo médico le va a dedicar media hora).

Esto supone un robo doble:

- . el enfermo ha cotizado ya por su cartilla sin que el médico le ofrezca nada a cambio, y menos salud.
- . y ha de pagarle de nuevo en la consulta privada.

Todo esto va a suponer que el enfermo, mal tratado, mal estudiado, mal diagnosticado, al llegar al hospital lo haga en condiciones precarias tras haber pasado por un ambulatorio.

Sabido es que la curación de una enfermedad es mas fácil cuando el diagnóstico es precoz, y en algunas enfermedades (cancer, por ejemplo), la vida va a depender de la precocidad de ese diagnóstico.

Por tanto, en los hospitales el trabajo queda muy deteriorado debido al tipo de enfermos que le llega de los ambulatorios, enfermos que en la mayoría de los casos debieran haber sido enviados meses antes.



Pase,
por favor...

Hospitales

La política sanitaria de la Seguridad Social respecto a los hospitales se ha modificado en el curso de los 10 últimos años.

En 1963 la S.S. disponía solamente de 11.939 camas propias. En marzo de 1.973 el número casi se había triplicado llegando a ser de 31.270..

Este aumento se ha llevado a cabo casi totalmente a expensas de la creación de grandes ciudades sanitarias.

El hecho de la aparición de estos grandes edificios, en contraposición con los pequeños hospitales de zona, o los centros de diagnóstico y tratamiento mucho mas humanos, mas efectivos desde el punto de vista

sanitario, y económicamente mas baratos es debida a la misma estructura de la S. S. y del régimen que la sustenta.

Estos grandes hospitales cubren las apariencias de una asistencia sanitaria adecuada, contrarrestan-

do la ineficacia de los ambulatorios, sirven como un extraordinario medio de propaganda del régimen.

Por otro lado, el número de camas de S.S. existentes en la actualidad es realmente insuficiente (en 1972 entre camas propias: 26.639, y concertadas con otros hospitales: unas 13.000, el número era de 39.639 que da un índice de 1,34 camas por cada 1.000 asegurados siendo la cifra óptima de la O.M.S. de 10 camas por cada mil habitantes.



A esta insuficiencia numérica se añade:

-por un lado la complicada burocracia y la mala organización hospitalaria que hace que el movimiento de enfermos dentro del hospital (tiempo de estancia por enfermo)

Avances muy lento, tardando a veces muchos días para hacer unas radiografías o unos análisis algo más complicados que lo normal. Ello supone una gran pérdida de tiempo para el enfermo y un aumento enorme de los gastos de estancia. Así, para ingresar en una Ciudad Sanitaria por una intervención o una exploración "no urgente" existen demoras a veces de varios meses.

-Además, para casi el 80 % de la población protegida (28 millones en 1972) solo posee el 28,4% de las camas existentes en España, las cuales están dedicadas a los enfermos agudos no existiendo prácticamente ningún centro para crónicos (Psiquiatría, tuberculosis, etc.).

Todo esto nos deja ver muy claro que la Seguridad Social tiende a cumplir dos objetivos fundamentales:

- que la fuerza de trabajo siga manteniendo el sistema: acalla la conciencia de los trabajadores señalando la "cobertura de su salud", su retiro, etc.
- cubrir las aspiraciones de una asistencia sanitaria adecuada con grandes hospitales.

El médico dentro del hospital

Cuando empezaron a funcionar los hospitales de S.S. se usaron los métodos de trabajo de los EE. UU. que de cara a los médicos consistían en métodos de selección para su entrada (examen de 500 preguntas corregido por cerebro electrónico). Por este método:

- entraba gente científicamente valiosa.
- muchos de ellos eran hijos de los menos privilegiados.
- estaban proletarizados (pequeño sueldo, puesto temporal).
- al entrar por mérito propio exigían buena asistencia, docencia e investigación

A los dos años estos médicos tenían cierta conciencia de la realidad y tenían combatividad lo que dió lugar a huelgas y conflictos con los que tuvo que enfrentarse la S.S.

Los hospitales en muchos de sus servicios mejoraban el nivel científico. Esto supuso una reacción por parte de los jerarcas de la medicina, ya que en el futuro, para optar a los puestos dirigentes de la S.S. era preciso pasar por internado y residencia, lo que llevaría a que los hijos de la gran burguesía, tras el examen con corrección electrónica quedaran fuera.

Surge así un decreto de la S.S. en el cual esta no acepta las normas del Seminario de Hospitales. Eliminan la selectividad técnica sustituyéndola por:

- una entrevista
- un enchufe

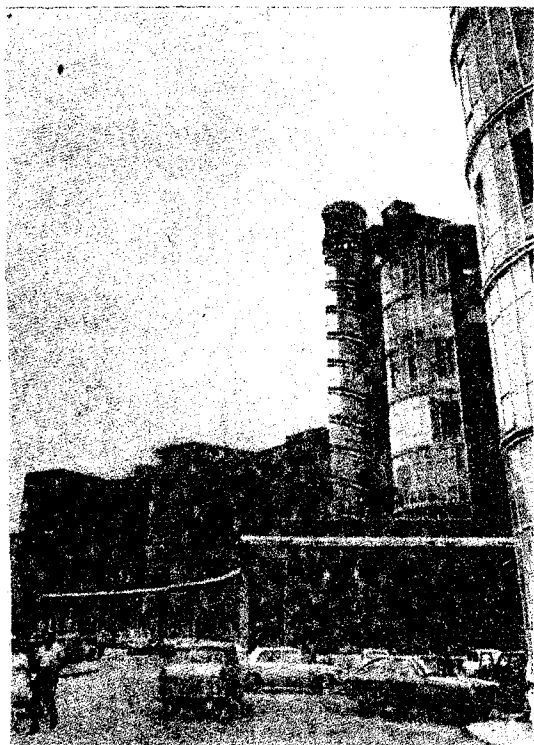
En segundo lugar suprimen la proletarización limitando la jornada para poder tener por la tarde consulta privada, y aseguran a los n. residentes que van a tener un puesto de trabajo vitalicio si no plantean problemas de tipo político.

Es entonces cuando empiezan a intentar entrar por todos los medios los médicos más dedicados a la medicina liberal.

La S.S. planteó la jornada de 7 horas (sin fichar, ya que los médicos

son clase burguesa que no se va a poner a sí misma controles).

El trabajo continuado de un médico viendo enfermos durante 7 horas es un planteamiento laboral absolutamente demagógico ya que el el trabajo así hecho no sería efectivo (el acto médico exige mucha concentración y cansa, por lo tanto sería necesario prolongar las horas de trabajo intercalando sesiones, estudio, investigación).



CRUCES PARA LOS ONCE

El horario de trabajo, en la práctica se escamotea:

- .las guardias, en los sitios en que no se pagan reducen el trabajo a 6 horas (de 9 a 3).
- .en los sitios donde se pagan, se llega a las 9, se sale a las 2 y en el intermedio hay una clase de inglés. Las horas de trabajo se convierten en tres, no hay manera de hacer una asistencia mínima exigible en un hospital.

Por otro lado, la exclusividad que pretendían los MIR, significaría tener la tarde libre para estudiar o seguir viendo enfermos en el hospital.

La exclusividad daba la puñalada clave a la medicina privada al pluriempleo

La vinculación definitiva al cargo

La irregularidad del horario

La no exclusividad...

hacen pensar que difícilmente se puedan realizar en la S.S. las tres misiones del hospital:

-Asistencia sanitaria

-Investigación: eliminada porque no se puede hacer durante horas de trabajo, o se dedica a ella el médico por su cuenta.

La burguesía sabe que en muchos casos solo puede ser atendida en estos hospitales lo que significa:

- .usufructo del dinero de los obreros.
- .supone un ingreso adicional para los médicos que siguen cultivando la medicina privada dentro del mismo hospital (por ejemplo en Puerta de Hierro el 20% de las camas son privadas)

-Docencia

- .jefes sin dedicación total, sin tiempo para seminarios, sesiones clínicas, etc.
- .internos entrados por enchufe, sin capacidad combativa para exigir docencia.
- .la característica fundamental de la docencia es tener que estudiar. Al no haber esta exigencia, los conocimientos se deterioran y atra san empeorando la asistencia.

La vinculación definitiva al cargo dará lugar a tapones en los hospitales

dentro de unos años, lo que significa que los puestos de trabajo nuevos se agotarán, siendo además que la política sanitaria no tiende a ampliar esto con la creación de centros de diagnóstico y tratamiento intermedios entre ambulatorio y hospital.

Medicina Rural

El médico juega en el medio rural el papel de autoridad representativa y religiosa. Forma parte de la clase más privilegiada del pueblo. Ejerce paternalismo.

Cura a una minoría con polifarmacia usando de la medicina para su lucro personal.

La medicina rural:

- No está planificada: la planificación supondría:

.una política sanitaria coherente con existencia de vías de drenaje de enfermos (primero a un centro de diagnóstico y tratamiento y después al hospital).

.planificación de las características locales y de las necesidades de la zona.

- Los medios empleados son exclusivamente demagógicos.
- Muchas veces los médicos rurales ejercen el papel de curandero farmacológico (no estudian), empleando tratamiento arbitrariamente y sin conocimiento de la utilización de los fármacos.
- Se utiliza la medicina para el beneficio personal ejerciendo labor de policía (exigencia de igualdad).
- El médico no ejerce ningún papel educativo sanitario.
- No se hace medicina preventiva.

La medicina rural tiene características específicas en razón de los ciudadanos que se benefician de ella, cosa a tener en cuenta al hacer una planificación de la Sanidad.



La industria farmacéutica

Antes, la medicina y las medicinas estaban reservadas a las clases dominantes. La creación de la asistencia mutualista ha ido poniendo progresivamente a disposición de la mayor parte de la población asistencia farmacéutica, incluso se puede decir que se ha limitado a eso. Por ello, la industria farmacéutica ha conocido un crecimiento impetuoso, que se ha caracterizado:

- por una parte, por la multiplicación de empresas artesanales.
- por otra, por la progresiva implantación de los principales grupos farmacéuticos mundiales en el país.

De este modo, se ha aprovechado la necesidad de la clase trabajadora para desarrollar en pocos años una asistencia mutualista que ha aumentado en pocos años el mercado de los fármacos. La misma estructura burocrática de gestión y administración de la medicina -el médico que tiene sesenta enfermos a la hora- favorece una medicina consistente en la eliminación de síntomas a partir de la receta. El resultado es que la industria farmacéutica se ha ido caracterizando progresivamente como un mercado dominado por un número creciente de pequeñas industrias que fabrican productos muy parecidos, y que, en su lucha, aparte de gastos ingentes de publicidad, han utiliza-

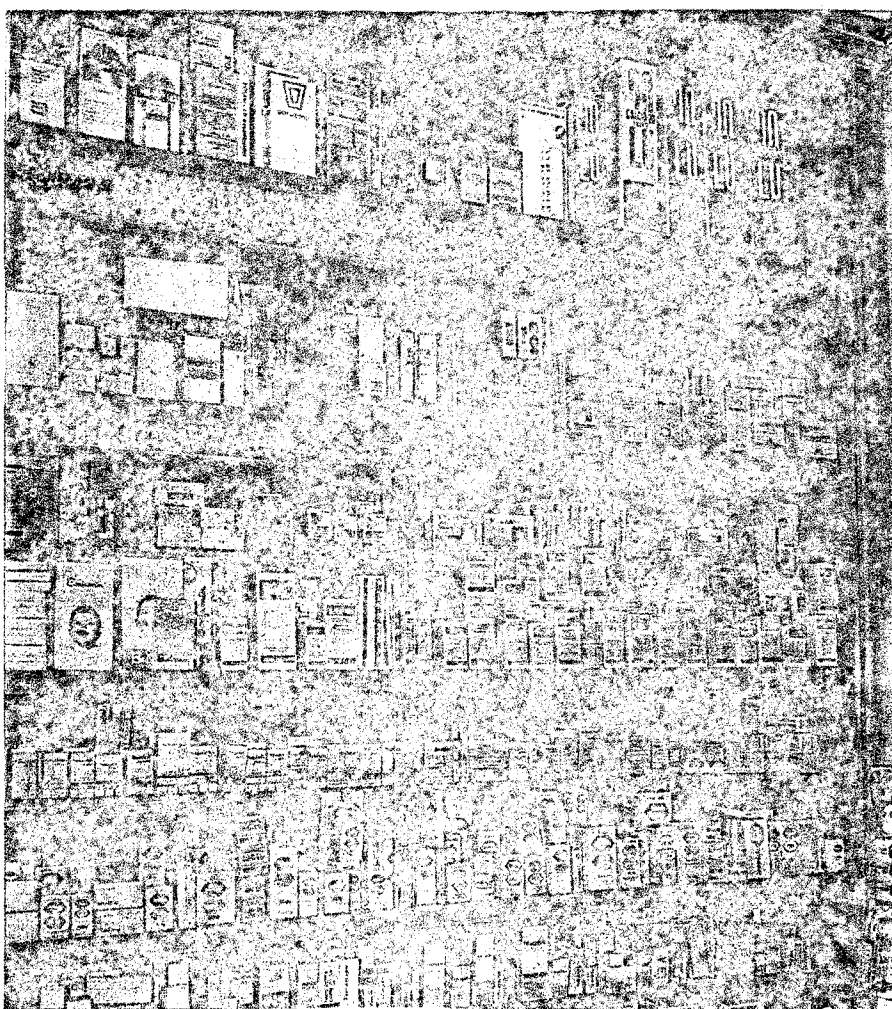
do al médico como intermediario con una auténtica persecución e intentos de corrupción conocidos.

● La primera consecuencia de esta estructuración es que la industria no se ha especializado; casi todas tienen un listín de especialidades que cubre toda la terapéutica, de los antibióticos a la aspirina, imponiendo continuamente modas farmacéuticas ante un consumidor indefenso, o mejor, engañado. La multiplicación de productos se agrava en España por los sistemas empleados por las casas farmacéuticas para violar las disposiciones legales de control de precios, consistentes en crear nuevos específicos cambiando tan solo las dosis o un componente del producto.

● La segunda consecuencia es el continuo aumento del coste de las medicinas, pagado por el consumidor, aumento que no se justifica por una mejora en la calidad. Un método consiste en añadir a las viejas fórmulas sustancias muy costosas, aunque no sean necesarias para la terapia. Por ejemplo, los extractos de hígado se enriquecían con vitamina B12, cuando eran caros. Cuando su precio ha bajado notablemente, se ha sustituido por el coenzima B12, mucho más caro, y, para justificar el cambio, elaboran abundante documentación "científica" para el médico, siendo que ambas sustancias solo son necesarias en casos muy concretos.

El coste no lo soporta solo el consumidor. Con la generalización de la Seguridad Social, ésta ha pasado a ser el primer cliente de la indus-

tria farmacéutica. En 1.967, el Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.) compraba alrededor del 40% del mercado farmacéutico; en 1.971 el porcentaje se había elevado al 66%. En el mismo periodo, el coste de la prestación de farmacia se había elevado de 9.564,7 millones de pesetas en 1.967 a 26.975 millones en 1971, mientras que la población asegurada había pasado de 17,6 millones de personas en el primer año a 22,6 millones en el último. Pero lo más significativo es la composición del coste de la asistencia sanitaria, que muestra como la Seguridad Social es el mejor soporte de la industria privada:



En 1971, según vemos en el cuadro adjunto las prestaciones farmacéuticas supusieron el 51,1 % del total de prestaciones sanitarias:

Las prestaciones sanitarias se llevan la parte del león de los gastos de la Seguridad Social, pagados por cuotas que se sacan de los salarios de los trabajadores. Son ya más de la mitad de los gastos totales.

BALANCE ECONOMICO DE LA ASISTENCIA SANITARIA
(Ejercicio 1971)

	Millones de pesetas
INGRESOS:	
Cuotas.....	44.832,1
Subvenciones.....	950,0
Transferencias.....	10.842,4
Diversos.....	142,8
TOTAL.....	55.867,3
GASTOS:	
Prestaciones sanitarias.....	52.624,7
Transferencias.....	1.446,1
Gastos de administración.....	1.470,5
Diversos.....	493,8
Fondo de Asistencia Social.....	702,8
TOTAL.....	56.737,9

DISTRIBUCION DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

	Millones de pesetas	%
Honorarios personal facultativo.....	9.519,4	18
Asistencia en instituciones propias.....	11.789,9	22,5
Asistencia en instituciones concertadas.....	3.640,3	6,9
Prestaciones farmacéuticas.....	27.104	51,5
Otras prestaciones.....	571	1,1

En el pasado año los porcentajes fueron del 21,14 por 100, los honorarios del personal facultativo; el 21,07 por 100, la asistencia en instituciones propias; el 6,29 por 100, en sanatorios concertados; y el 50,37 por 100, las prestaciones farmacéuticas.

Estas cantidades representan aproximadamente unas 100 pesetas por mes y asegurado, destinadas a honorarios del personal facultativo; 265, para prestaciones farmacéuticas; y 155, por la asistencia en instituciones propias y concertadas.